

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

**Policlínica
Zully Sánchez – Barrio Peñarol**

Montevideo - Uruguay

*Elaborado por:
Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS*

*Montevideo, Uruguay
Septiembre 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de la Seguridad Social**

PRESENTACION

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevan adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud de la población excluida en América Latina y el Caribe.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 01 de diciembre 1999 en México sobre “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe”. Uno de los objetivos de la reunión es discutir experiencias emprendidas por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad, orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

En el marco de esta iniciativa, el Programa “Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza” (STEP) del Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha realizado una serie de estudios de caso de sistemas de micro-seguros de salud. Dichos estudios de caso tienen como objetivo, entre otros, proveer material de base para el desarrollo de la reunión de México. Los mismos constituirán la base de un análisis de síntesis.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía¹ Metodológica elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS.

El concepto de micro-seguro de salud hace referencia a sistemas de seguro de carácter local instituidos con el fin de procurar protección social ante contingencias relacionadas con el estado de salud de las poblaciones involucradas.

A nivel latinoamericano, entre otros casos se seleccionó la experiencia de la Policlínica Comunitaria Zully Sánchez situada en el barrio Peñarol de Montevideo.

El informe se elabora basándose en las pautas de la guía citada, por el Equipo de Representación de los Trabajadores en el Banco de Previsión Social de Uruguay (ERT). La preparación del presente informe estuvo a cargo de la Socióloga Rosina Tricánico y Ernesto Murro (como integrante del Equipo), con el apoyo del Economista Gabriel Lagomarsino (también integrante del mismo). El trabajo de campo fue realizado por la citada Socióloga con el apoyo del Sr. Murro.
(Ver Anexo 1).

Dejamos constancia de nuestro agradecimiento la Presidenta de la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol y Presidenta de la Comisión de la Policlínica Sra. Nilsa Lucas, al Secretario de dichas comisiones Sr. Carlos Núñez,; al Sr. William Severo integrante de MIRPA y al Sr. Eduardo Farías, Presidente de la Junta Local del CCZ 13; a los Dres Alicia Alemán y Alejandro Goyre; a la As.Social Beatriz Berreta del CCZ 13, a los demás integrantes de la Comisión de la Policlínica Sres. Celia Lago, Susana Odone, Juana González, Ester Perez, Sandra Burgos, María Elena Fuentes, María García, Marta Nicola, María Angélica Gentile y José Mallo.

¹ OIT/OPS. 1999. *Guía para la Realización de Estudios de Caso de Sistemas de Seguro de Salud (Micro-seguros)*.

Asimismo, al Dr. Miguel Fernández Galeano Director de Salud de la IMM, y Dra. Perla Vivas por el asesoramiento, documentación y viabilización de esta Investigación. Por otra parte al Sr. Washington González de la Junta Local, por facilitar los vínculos iniciales para la misma.

En lo referido a la situación de la organización nacional de la salud, fueron sustanciales los aportes documentales y comentarios de los economistas Luis Lazarov y Carlos Grau y del Dr. Hugo Villar.

INDICE

PRESENTACION	2
I. INTRODUCCION	6
1. La importancia internacional del tema	6
2. La situación de la protección de salud en Uruguay en relación al estudio de caso	7
3. Antecedentes histórico-sociales del estudio de caso	8
4. Ubicación del estudio de caso.	9
II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	12
III. CONTEXTO EN QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.	13
1. Fuentes de datos para este capítulo	13
2. Contexto geográfico - administrativo del caso en estudio.-	13
3 Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS.	13
4. Aspectos económicos	15
5 Aspectos Sociales	18
6 Indicadores de Salud	19
7. Protección social en materia de salud	22
8 Cobertura y Equidad en la organización de la salud del país.	30
IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.	34
1. Origen del Sistema de Seguro de Salud	34
2. Etapas de la puesta en marcha del sistema de seguro de salud	38
3. Funcionamiento durante el primer ejercicio	40
V. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.	43
1. Grupo destinatario	43
2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el Sistema	43
3. Aspectos financieros del funcionamiento del Sistema	46
4. Prestadores de Atención médica	48
5. Administración y gestión del Sistema de seguro	50

6.	Actores en relación con el sistema	53
VI. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.		54
VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.		55
1.	Procesos de evaluación	55
2	Punto de vista de los prestadores de atención médica	58
3	Punto de vista de otros actores	59
VIII. CONCLUSIONES.		61
LISTA DE CUADROS		66

I. INTRODUCCION

1. La importancia internacional del tema

Nos parece importante extractar aquí de los documentos preparatorios de OIT-OPS algunos párrafos importantes:

“Existe un consenso en las Américas sobre la creciente importancia y tamaño de la población no cubierta por las prestaciones de salud de la seguridad social, principalmente en el sector informal urbano y rural. En efecto, en estos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta el número de personas protegidas como a las contingencias cubiertas (enfermedades y otras condiciones de salud). La falta de acceso puede deberse tanto a la falta de servicios, como a la falta de recursos para cubrir la parte correspondiente a los usuarios. Se requiere un enfoque creativo e innovador para hacer frente a esta situación. La utilización de los “microseguros”, seguros comunitarios autocontrolados por la comunidad respectiva en cuanto a niveles de contribución y servicio – ha sido propuesta como una posible medida innovadora de reducción de la exclusión en materia de protección social de salud.”

Por su parte, del trabajo publicado en la Revista Internacional de la Seguridad Social, Vol 52 de 1/99, por David Dror y Christian Jacquier (“El microseguro: extensión del seguro de salud a los excluidos”), extractamos:

“La expresión “poblaciones excluidas” no debe confundirse con un sinónimo de pobres. En el fondo, la diferencia radica en que mientras la pobreza significa no acceder a bienes y servicios a causa de recursos materiales desiguales, la exclusión social se refiere a una participación inadecuada o dispar en la vida social, o al hecho de que se niegue a una persona un lugar en la sociedad de consumo, a menudo ligado al papel social del empleo o del trabajo (Duffy, 1995).

En las poblaciones de un mismo país existen en los resultado de salud y la situación en materia de morbilidad significativas diferencias, ligadas a las desigualdades socioeconómica (Bobak, Blane y Marmot, 1998). El efecto de la distribución desigual puede relacionarse con las normas específicas de un país y en aquellos donde la sociedad ha incorporado una organización social en base al mercado es más visible que en otros donde la sociedad se funda en la familia tradicional y en los vínculos comunitarios. En los países donde la familia y otras redes sociales siguen siendo fuertes hay menos peligro de exclusión, incluso frente a un inadecuado suministro de servicios por el Estado.

Hasta ahora, el mercado no ha sido el garante de un suministro suficiente de atención de salud a las poblaciones excluidas. Tampoco el seguro de salud *per se* ha sido el garante de una asistencia óptima.

En los foros internacionales se ha reconocido la necesidad de dar acceso a la asistencia de la salud. Desde 1944, la Declaración de Filadelfia, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo, “reconoce la solemne obligación de la Organización Internacional del Trabajo de promover entre las naciones del mundo los programas que logren.. la extensión de.. la asistencia médica integral “. En 1952, la Conferencia Internacional de Trabajo adoptó el convenio relativo a las Normas Mínimas de Seguridad Social (Nº102), que contenía un

capítulo sobre el suministro de asistencia médica por ley, en los Estados que ratificaran esa parte del Convenio. Sin embargo, éste fue adoptado en un mundo donde gran parte del desarrollo dependía del sector formal. La Declaración de 1978 de la OMS sobre Salud para todos en el Año 2000, conocida también como Declaración de Alma – Ata (OMS,1978), fue la primera que desligó la cobertura de salud de la situación en cuanto al empleo. Alma – Ata fue la plataforma de lanzamiento de un doble enfoque: salud para todos (STP), que constituyó fundamentalmente una exhortación a la justicia social, como parte integrante del desarrollo; y atención primaria de salud (APS), o primer escalón de cobertura universal organizado por los gobiernos.

Diez años más tarde, se reconoció que en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos (PIBMs) la cobertura universal en el marco de APS era inalcanzable por intermedio de los sistemas de salud. En lugar de eso, se alentó a las comunidades a asumir dicha responsabilidad mediante “la propiedad y el control de sus propios emprendimientos y destinos” (Carta de Ottawa; OMS, 1986).

Esto acarreó una *sustancial descentralización de la toma de decisiones*, desde el gobierno central hacia niveles más bajos, el *financiamiento comunitario* de los servicios de salud y el control comunitario de la administración del sistema de salud y del flujo de fondos. Durante el decenio pasado, todas las conferencias mundiales de la ONU incluyeron una resolución en la que se reconoce que AS constituye un derecho humano básico (ONU ACC, 1997). Al mismo tiempo, las políticas de mercadización que apuntaron a crear oportunidades para los individuos más que a resultados sociales permitieron que los países se desentendieran de la diferencia entre oportunidades y derechos. La brecha entre estos dos conceptos se ha apreciado muy claramente entre las personas imposibilitadas de aprovechar las oportunidades y no cubiertas por derecho propio. Testimonio de un significativo descenso de la intervención pública fue la delegación de responsabilidades a las comunidades, las organizaciones no gubernamentales, el movimiento obrero y el sector privado (Declaración de Jakarta de 1997: OMS,1997).”

A partir de este marco internacional al cual no es ajeno América Latina, ni Uruguay, es que se estudia este caso.

2. La situación de la protección de salud en Uruguay en relación al estudio de caso

En Uruguay puede decirse que una de las características más destacadas de la organización de los servicios de salud es la inexistencia de una instancia que proporcione racionalidad a su funcionamiento. Podemos hablar de superposición de servicios, de agregación, fragmentación, duplicaciones. Se comparte lo señalado por el Economista Luis Lazarov, asesor del Sindicato Médico del Uruguay, cuando destaca: “No existe en el país una autoridad rectora donde se centralicen las decisiones estratégicas del sector, tarea que la normativa le asigna al Ministerio de Salud Pública... puede afirmarse que en Uruguay no existe un sistema de salud. En ausencia de una coordinación planificada y explícita, y de una política global para el sector, se producen múltiples efectos de interacción e interdependencia entre los prestadores, que lo convierten en una organización incoherente en diversas áreas, provocando la obtención de resultados muchas veces no deseados.

A modo de ejemplo, la doble cobertura concomitantemente con la falta de cobertura, subsidios cruzados, crecimiento del gasto en salud en los últimos años a tasas no sostenibles

en el tiempo, duplicaciones evitables de costos fijos, problemas de acceso bajo circunstancias que no explican en absoluto su existencia, etc.”

Por lo tanto también “puede afirmarse que en Uruguay no existe una Política de Estado en materia de salud, careciéndose de políticas gubernamentales explícitas en el área, más allá del “laissez faire” predominante”.

Ello se contradice con las cifras comparativas: el gasto en salud en Uruguay en 1995 (último año con información confiable) ascendió a U\$S 1.745 millones de dólares, unos 10 puntos del PBI, similar al de los países desarrollados. Si observamos el panorama de los dos principales efectores de salud en el país, IAMCs (1:500.000 afiliados) y MSP (1:000.000 de personas asistidas), podemos destacar incongruencias notorias. A nivel de las IAMCs su participación (5 puntos del PBI; 50 % del total) coincide con el porcentaje de población afiliada. El MSP, con una cobertura estimada del 34 % de la población consume sólo el 15 % del PBI (1,5 puntos), siendo por tanto el gasto medio ministerial menor que el de las IAMCs. Por otra parte, la tendencia creciente del gasto ocurre con multiplicidad de fuentes de recursos para el sector, muchas veces superpuestas, provenientes de origen público, privado o mixto. La complejidad de la estructura de la que fluyen los recursos desde las familias hacia los prestadores y la cobertura que éstos otorgan a cambio de ello a la población, no permite identificar en qué grado este modelo desarrolla la equidad. Si analizamos las fuentes de ingresos del sector público, vemos que el 88 % proviene de los impuestos, que en Uruguay son altamente regresivos (78 % provienen de los consumidores finales: trabajadores, jubilados, pobres, etc.)

Por su parte, en los últimos años el MSP ha desarrollado una política de progresiva descentralización de sus servicios asistenciales, disminuyendo a su vez, sus actividades de prestación directa de servicios, mediante el traspaso a terceros de funciones sustantivas y no sustantivas y de redistribución de responsabilidades y recursos.

Las IAMCs , con todas sus variantes, constituyen organizaciones sin fines de lucro, que financian la atención de sus beneficiarios mediante el régimen de seguro voluntario de prepago (por afiliación directa, 850.000 afiliados) o por sistema obligatorio de prepago (a través de la seguridad social, BPS, ex Disse 630.000 afiliados), brindando un paquete asistencial casi integral de servicios. Sin perjuicio de ello, existen grupos económicos, médicos y no médicos, que obtienen importantes lucros directos e indirectos de este sector. Este sistema de IAMCs es en su base solidario, dado que los beneficiarios tienen derecho a una asistencia igualitaria mediante el pago de cuotas mensuales únicas (ellas no tienen en cuenta el costo previsible por razones de edad, sexo, por condiciones individuales), tendiendo a ser equitativo en el acceso sin importar los recursos económicos y el costo real de los servicios, aunque existen algunas barreras injustificadas.

Un sistema, además, con exceso de médicos y diversas formas de corporativismo, con mucha alta especialización y multiempleo, que a su vez, genera por sí mismo sus problemas y características.

3. Antecedentes histórico-sociales del estudio de caso

La experiencia de seguro de salud comunitaria que se describirá a continuación pertenece al barrio Peñarol de la Ciudad de Montevideo. Este barrio, situado a 14 km del centro de la

ciudad, debe su nombre a los primeros pobladores del lugar, inmigrantes italianos provenientes de la ciudad de Pinerolo.

El primer censo de población se realizó en el año 1882. De él surge que en aquel momento la población ascendía a 3343 vecinos. De ellos 1934 eran uruguayos, 1011 italianos, 188 españoles, 132 franceses, 52 argentinos, 9 brasileños, 6 ingleses, 4 africanos, 3 portugueses, 2 alemanes y 2 paraguayos.

Los talleres ferroviarios comienzan a construirse en la zona en el año 1891. A partir de allí todas las actividades vinculadas a los Ferrocarriles del Estado (1500 trabajadores en los talleres de Peñarol en la década del 50), la existencia de varias fábricas textiles, una fábrica de ladrillos, la General Motors, etc., le dieron a la zona un importante movimiento social, comercial y de servicios. Existieron en la zona tres casas bancarias. Este crecimiento, independiente del crecimiento del resto de la ciudad, les dio a sus pobladores un sentimiento localista y de identidad que existe hasta la actualidad.

Este auge comienza a decaer en la década del 70 agudizándose la crisis durante la dictadura militar (1973-1984), y fundamentalmente con el cierre de los trenes de pasajeros en el año 1988, hecho que afecta sustancialmente la vida del barrio Peñarol, dada la importancia de los talleres allí instalados, constituyéndose en un claro efecto de cómo una medida de macro política de gobierno, afecta un micro espacio social y económico.

En el año 1982 el barrio Peñarol, pierde una Policlínica Médica del Ministerio de Salud Pública que es trasladada a otro barrio de la Capital y la ambulancia con la que contaba la zona por problemas en la gestión de la misma.

La zona se caracterizó históricamente por tener organizaciones sociales y sindicales fuertes y es en el año 1985 que se funda MIRPA², organización social de segundo grado, coordinadora de distintas organizaciones de base territorial (comisiones de fomento, barriales, complejos de viviendas); funcionales (policlínicas, liceos, comisiones de salud, escuela pública, clubes sociales) y sectoriales (consejo pastoral de la parroquia, cooperativa artesanal, unión ferroviaria, movimiento de jubilados). MIRPA aspira a ser la coordinadora entre el conjunto de las organizaciones barriales de Peñarol y el Estado.

4. Ubicación del estudio de caso.

Uno de los primeros temas a partir de la conformación de MIRPA como Intersocial, es el de la Salud. En el año 85 los técnicos de la Policlínica de las Cooperativas de Vivienda por ayuda mutua que integran el Complejo llamado Mesa 2, convocan a la Intersocial, a un Encuentro de Salud. Los pilares de esta convocatoria fueron los Dres. Sergio Hernández y Zully Sánchez, por lo cual, cuando después de varios años de esfuerzos en pos de este objetivo, se logró inaugurar la policlínica, se le dio el nombre de una de sus mayores propulsoras. Es a su vez destacable el papel del Dr. Jorge Basso, entonces Director de Salud de la IMM y fundador de la Policlínica de la cooperativa de viviendas de Mesa 2 de Fucvam, antecesora en la zona y actualmente en intercoordinación con ésta.

² Mesa Intersocial Reivindicativa de Peñarol y Adyacencias

En el año 87 el MIRPA convoca a un segundo encuentro en el cuál el tema sigue planteado, pero no se logra la manera de financiar el proyecto. Paralelamente a estos hechos, en el año 1986 se suscribía un convenio entre la Comisión por el Reencuentro de los Uruguayos (CRU) y la ONG italiana COSPE³ para privilegiar proyectos en Uruguay.

En el marco de este acuerdo, en el año 1991 la CRU se plantea iniciar un proyecto piloto en un barrio de Montevideo para lo cual solicita al Movimiento de Vecinos de Montevideo (MOVEMO), que defina cuál es el lugar más adecuado para llevar adelante este proyecto de Acción Social. Es así que el Plenario de Comisiones de MOVEMO decide que la zona para llevarlo adelante sea Peñarol con el MIRPA.

El Proyecto CRU-MOVEMO-MIRPA se dividía en cinco áreas. Una destinada a micro-empresas para la cual se cuenta también con el apoyo de FUNDASOL⁴, una segunda destinada a un proyecto de comunicación barrial, otra destinada a un Salón Comunitario en el barrio Oriental Colón y los restantes en el área de Salud. Uno de ellos fue equipar con dos sillones odontológicos la Policlínica de Mesa 2 y el otro el remodelamiento del ala de la Casona cedida por AFE para la Policlínica Comunal de Peñarol Zully Sánchez.

La comunidad contó también con fondos propios recaudados año a año por MIRPA en actividades de Carnaval. Luego se firmó el Convenio con la Intendencia Municipal de Montevideo en el cuál se acordó que la misma pagaría 3 sueldos de médicos y 2 sueldos de enfermeros.

"La Intendencia Municipal de Montevideo ha asumido responsabilidades en la prestación de servicios de Salud en el primer nivel de atención, aplicando en las dos últimas administraciones una concepción que privilegia los espacios educativos, la promoción y el autocuidado y los controles en salud. Asimismo, la participación vecinal viene jugando un importante papel en la definición de la asignación de recursos, y en instancias de planificación y evaluación de las actividades, en el marco de la política de descentralización impulsada por el gobierno municipal."⁵ Por su parte, la División Salud de la IMM tiene como propósito general “ contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva”.

El 29 de agosto de 1996 la Policlínica de Peñarol inaugura los servicios contando con un médico de medicina general, una pediatra , una ginecóloga y dos enfermeros. Actualmente cuenta además con Oftalmología, Cardiología, Dermatología, Psicología, Asistencia Social y Otorrinolaringología, por medio de acuerdos realizados directamente por la Comisión con los Profesionales.

En resumen consideramos este “micro seguro” como una experiencia local que procura protección social ante determinadas contingencias relativas a la Salud de la Población del barrio Peñarol, con una administración típica de voluntariado social y un financiamiento

³ Coperaciones per lo Svilupo dei Paesi Emergenti

⁴ Fundación Uruguaya de Cooperación y Desarrollo Solidarios, que tiene como misión contribuir a elevar el nivel de vida de los sectores de menores recursos de la población mediante la prestación de servicios que permitan consolidar y desarrollar empresas , priorizando a las de pequeña dimensión económica.

⁵ Estractado de "Breve descripción de los Servicios.Evaluación del Programa de Atención al niño en las Policlínicas Municipales de Montevideo".Abril 1999

basado en el co - pago y los aportes de instituciones públicas y privadas de tipo social.

II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Esta sección proporciona una descripción resumida del sistema de seguro de salud. La misma está destinada a ayudar al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio.

Nombre del sistema de seguro: **Policlínica Comunitaria Zully Sánchez**

Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Comisión de Fomento Nuevo Peñarol como integrante de MIRPA**

Dirección de la sede social del SIS: **Aparicio Saravia 4683 esq. Av. Sayago. Barrio Peñarol, Montevideo - URUGUAY**

Fecha de creación del SIS (Concepción): **Encuentro por Soluciones año 1985**

Fecha de inicio de las actividades del SIS: **29 de agosto de 1996**

Fecha de creación de la organización responsable del SIS (Si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): **Comisión de Fomento Nuevo Peñarol - MIRPA en 1985.**

Organización responsable del SIS: **MIRPA, Comisión de Fomento Nuevo Peñarol, un prestador de servicios de salud con fines de lucros.**

Otras actividades de la organización responsable del SIS son prevención y educación para la salud.

Los beneficiarios son **todas las personas y adyacencias del Barrio Peñarol**, Montevideo, zona urbana. Es un barrio con características heterogéneas, fundamentalmente trabajadores, y con algunos grupos de asentamientos precarios.

Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS son:

- servicios ambulatorios
- medicina especializada
- prevención y promoción de la salud
- farmacia
- vacunaciones
- enfermería

Modalidades de financiación del seguro de salud: contribuciones del Estado y transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS.

III. CONTEXTO EN QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

1. Fuentes de datos para este capítulo

El objetivo de este capítulo es presentar una visión fotográfica del contexto local en el que desarrolla sus actividades el SIS.

2. Contexto geográfico - administrativo del caso en estudio.-

Los Centros Comunales Zonales (CCZ) se crearon en el año 1990 como una iniciativa de la Intendencia Municipal de Montevideo a través de la cuál se dividió la ciudad en 18 zonas. A partir de allí, se llevó adelante un proceso de descentralización que involucra diferentes aspectos:

- Desconcentración de los servicios administrativos, pasándolos de la burocracia central a los barrios.
- Descentralización social, dándole participación a los vecinos y usuarios.
Surgen los Concejos Vecinales, elegidos por los vecinos, como órganos consultivos, con funciones de asesoramiento, propuesta, contralor y cogestión.
- Descentralización política, a través de la creación de las 18 Juntas Locales, que dirigen la gestión comunal.

El barrio Peñarol pertenece al CCZ 13. Es en este contexto de descentralización que la IMM comienza a apoyar distintos servicios de gestión comunitaria, fundamentalmente guarderías y policlínicas médicas y odontológicas.

3 Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS.

3.1 Número y tasa de crecimiento de la población; distribución de la población por grupos de edad y sexo.

Cuadro N° 1

Distribución por edad y sexo de la población del barrio Peñarol

Edades	Hombres	Mujeres	Total
0/14	4387	4350	8737
15/19	1650	1599	3249
20/24	1646	1481	3127
25/29	1298	1178	2476
30/64	6570	7132	13702
65/más	1631	2581	4212
Total	17182	18321	35503

Fuente: Censo INE⁶.1996

⁶ Instituto Nacional de Estadística

Cuadro N° 2

Distribución de la población del barrio Peñarol por sexo, según edad.

Edades	Hombres	Mujeres
0/14	26%	24%
15/19	10%	9%
20/24	10%	8%
25/29	8%	6%
30/64	38%	39%
65/más	9%	14%
Total	100%	100%

Fuente: Censo INE.1996

3.2 Densidad

Según los datos del último Censo Nacional de Población y Viviendas del año 1996, la densidad en el barrio Peñarol era de 364,4 hab/ há. En el Censo del año 1985, la densidad era un poco menor: 340,7 hab/ há. ⁷

La densidad de población del barrio Peñarol presenta sectores con características y densidades diferentes.

Dado que la variación intercensal no fue muy alta, se presenta a continuación un análisis hecho por la Facultad de Arquitectura ⁸sobre el barrio Peñarol con los datos del Censo de 1985, el cual permite tener un mayor conocimiento del barrio objeto de estudio.

Sector A: Delimitado por A.Saravia, Lamartine, Camino Edison y Av.Sayago.

Densidad: 100 a 200 hab/há

Excepción: manzanas de viviendas de obreros del ferrocarril: hasta 400 hab /há

Sector B: Conjunto Mesa 2

Densidad: 228 hab/há

Sector C: Compuesto por 2 manzanas

Densidad: 176 hab/há y 133 hab/ há respectivamente

Sector D: Delimitado por Camino Duran, Cnel. Raíz y La Cañada. Coexisten en este sector industrias, un vivero, viviendas aisladas y la Cañada. Es la zona de más baja densidad.

Sector E: Comprende el resto del barrio.

Densidad: en general menor a 40 hab/há

3.3 Porcentaje urbano, peri - urbano y rural.

Peñarol surge como una implantación de una trama urbana en el medio rural. Su desarrollo va haciendo desaparecer el carácter rural, creándose un tejido más o menos homogéneo en torno al núcleo original.

En la actualidad todavía existe una zona de granjas, pero continúa el proceso de urbanización.

3.4 Existencia de corrientes migratorias

⁷ Datos publicados por Instituto Nacional de Estadística. Censos 1985 , 1996.

⁸ No se trata de un material publicado; sólo se ha obtenido fotocopias de un material de trabajo.

Algunos factores como el cierre de trenes de pasajeros de AFE , de los talleres de AFE, de diversas fuentes laborales vinculadas a la industrias, etc., así como la falta de lugares de relación adecuados para la juventud y las trabas en la comunicación con el resto de la ciudad, inciden para que en la zona se produzca una migración de la población joven, buscando oportunidades fuera de la misma.

3.5 Número promedio de miembros por familia

En el barrio Peñarol el promedio de habitantes por hogar es de 3,37.

4. Aspectos económicos

4.1 Ingreso medio por habitante y distribución del ingreso

Según el informe de CEPAL 1997, Uruguay es en América Latina, el segundo país más alto en gasto público social per cápita (U\$S 1.371.-) y es el primer país en la relación de ese gasto con respecto al PBI (22,5 %) y también el primer país en gasto en Seguridad Social per cápita (U\$S 617.-). También es el país que presenta la mejor distribución del ingreso relativa, en un continente que tiene una de las mayores desigualdades del mundo (su índice de Gini es 0,3, el más bajo del continente). Sin embargo, Uruguay, al igual que otros países de América Latina, vive un proceso de marginalización y exclusión social, y ha caído del lugar 29 al 40 en el Índice de Desarrollo Humano (aún considerando la variante metodológica, se ubicaría en el lugar 34).

En los trabajos sobre pobreza se suelen encontrar dos tipos de procedimientos para la identificación y delimitación de la misma, según se enfoque la pobreza absoluta o la relativa: son los llamados métodos directos e indirectos.

Los métodos directos delimitan a los pobres a través de la observación y registro de si la unidad doméstica alcanza a cubrir o no en los hechos, y por sus conductas y tenencias, un umbral de consumo y/o patrimonial.

Los métodos indirectos identifican a los pobres en función de la adecuación de su capacidad de consumo o poder adquisitivo, medido a través de sus ingresos.

En el caso uruguayo, la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, en un trabajo realizado para el BPS (“Funciones e impactos de la seguridad social. Una visión desde los hogares.” Informe de avance, 1994), opta por los métodos indirectos, luego de analizar 6 variantes metodológicas (Altimir 1979, CEPAL-DGEyC 1988, CEPAL-PNUD 1990, Ksztman 1989, Buchelli-Gustaffson 1994, Longhi 1988-94) y a partir de ello, define dos niveles o umbrales, que en nuestro estudio de caso, tomamos como referentes para el mismo.

A partir de ello el ERT define dos niveles de pobreza : el primer nivel se ubica en el entorno de las 6,50 Unidades Reajustables (UR) per cápita y por mes, lo que equivale a U\$S 109.- de 1997. Esto es lo que podría denominarse **pobreza extrema**: con una constricción del consumo muy fuerte y significativa por lo que representa en sí y por sus correlatos en términos de insatisfacción de necesidades básicas, autoestima, aceptabilidad social e integración y participación social.

El segundo nivel se ubica en las 12 UR y equivale a U\$S 201.- per cápita y por mes. Esta se denomina simplemente **pobreza** y existe igualmente una fuerte constricción de consumo.

Según Ruben Kaztman (CEPAL, 1998) en “Encuentros y Desencuentros. Familias pobres y políticas sociales en el Uruguay” (UNICEF-Universidad Católica-Centro Latinoamericano de Economía Humana -CLAEH), para 1995 existen en Uruguay, 657.426 pobres urbanos y entre ellos, 53.776 en situación de indigencia. Estos datos coinciden para lo que puede extenderse de información del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para 1994: 15,7 % de hogares en condición de pobreza y 23 % de los habitantes urbanos pobres.

Cuadro N° 3

Hogares bajo la línea de pobreza en Uruguay

POBREZA	1989	1992	1994
Hogares Bajo Línea de Pobreza (%)	21,8	18,7	15,7
Hogares Indigentes	2,5	1,6	1,1

4.2 Salario mínimo en la zona

El Salario Mínimo Nacional en Montevideo a Julio de 1999, se encuentra en U\$S 90.- y es percibido sólo por el 10 % de la población del país, especialmente en el interior y sectores particularmente marginados. El 90 % de la población percibe ingresos superiores.
(Ver ANEXO 2)

4.3 Principales sectores de actividad de la población de la zona

Cuadro N° 4

Distribución de población uruguaya ocupada según categoría de la ocupación. Año 1998.

Categoría de la ocupación	%
Empl.u obrero privado	56
Empl.u obrero público	16
Servicio doméstico	7
Trab.cta.propia	17
Patrón	4
Total	100

Fuente : Instituto Nacional de Estadística

4.4 Tasa de desempleo y de subempleo

Cuadro N° 5

Distribución de la población económicamente activa . Uruguay 1999:

	%
Ocupados	89
Desocupados	11
Total	100

Fuente: INE.

4.5 Estimación del porcentaje de empleos en el sector informal y movilidad entre el sector formal y el sector informal

Cuadro 6

Distribución de la Población Económicamente Activa. Uruguay 1998:

PEA Ocupados	1.282.000	90%
PEA Desocupados	144.000	10%
Total	1.426.000	100%

Fuente: INE.

Cuadro 7.

Problemas de empleo en Uruguay 1998

Sub empleados	67.000	5%
Precarios	194.000	14%
Domésticos	97.000	7%
Empresas de menos de 5 empleados.	278.000	19%
Total Precariedad	636.000	45%

Fuente: INE.

Elaboración. ERT

Surge de los dos cuadros anteriores, que de la población económicamente activa en Uruguay un 55% tiene problemas de empleo. Un 10 % está desocupado y el restante 45% tiene algún tipo de precariedad. i no se toma como un tipo de precariedad el hecho de trabajar en una empresa de menos de 5 empleados, las personas con problemas de empleo en Uruguay, pasan a ser un 36%.

Situación del empleo y desempleo en el CCZ 13:

Según información proporcionada por la IMM, en la zona, se detecta una tasa de empleo del 50 ,09 % y una tasa de desempleo del 14,5 %, con 17,3 % en mujeres y 12,4 % en hombres. O sea con una tasa de actividad inferior y una tasa de desempleo superior a la media.

4.6 Principales sectores de creación de empleos

Cuadro N° 8

Distribución de la Población ocupada de Peñarol según Sector de Actividad.

Rama de actividad	
Servicios sociales, comunales y sociales	37%
Industrias, manufactureras	31%
Comercios, restaurantes, hoteles	12%
Transporte, depósito, comunicaciones	9%
Construcción	4%
Bancos Finanzas, servicios a empresas	3%
Otros	4%
TOTAL	100%

Fuente: Datos muestrales INE

5 Aspectos Sociales

5.1 Nivel de educación y de alfabetización

Los datos de nivel educativo presentados corresponden al CCZ 13. El barrio Peñarol es uno de los integrantes de este centro comunal. No fue posible acceder a los datos exclusivos del barrio.

Cuadro N° 9

Nivel educativo población mayor de 10 años para el CCZ13

Nivel Educativo	
Nunca asistió	3%
Preescolar	3%
Primaria	50%
Ciclo básico	24%
Segundo Ciclo	12%
Universidad	6%
Docente	2%
Militar	0%
Sin datos	1%
Total	100%

Fuente: Unidad estadística de la IMM. Datos elaborados según Censo 1996

5.2 Servicios sociales disponibles y acceso a los mismos

En relación a los servicios sociales disponibles la zona tiene carencias en lo que respecta a:

- Centros de atención de Salud. La zona sólo cuenta con centros de asistencia primaria. En la zona no se encuentra asentado ningún hospital ni mutualista. La mutualista más cercana se encuentra en un barrio adyacente (Sayago, a unas 25 cuadras del centro de Peñarol).
- Servicios administrativos: Bancos, dependencias del Estado. No hay en la zona. Los usuarios deben trasladarse a los barrios adyacentes.
- Transporte: Escasez de transporte colectivo nocturno

5.3 Existencia de organizaciones de base de la población. ¿Cuáles son las organizaciones más representativas? Proporción de miembros de al menos una organización; nivel y tipo de solidaridad.

El barrio Peñarol cuenta con la Organización de segundo grado MIRPA, que nuclea a 22 organizaciones sociales de base de la población. En su mayoría resultan organismos de gestión urbana informal, a través de los cuales el barrio ha logrado reivindicar sus necesidades en diferentes aspectos: salud, saneamiento, educación, transporte, etc. Se han realizado acuerdos a través de MIRPA con los gobiernos nacional y departamental logrando en algunos de ellos la solución de problemas muy sentidos por el barrio.

El MIRPA resulta un ejemplo de organización barrial, intersocial, e intersectorial en el país, dada su amplia integración y trayectoria.

6 Indicadores de Salud

6.1 *Esperanza de vida; tasa de mortalidad materno - infantil, enfermedades (por morbilidad), principales enfermedades, enfermedades emergentes y reemergentes; causas de mortalidad.*

Cuadro 10

Datos para Uruguay. Indicadores Demo Epidemiológicos

INDICADORES DEMO-EPIDEMIOLÓGICOS	VALORES	PERÍODO
Esperanza de vida al nacer (años):		
• Ambos sexos	74,13	1995-2000
• Hombres	70,45	1995-2000
• Mujeres	77,91	1995-2000
Tasa Bruta de Natalidad (por mil)	18,2	1996
Tasa Global de Fecundidad (por mil)	2,4	1995-2000
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil)	9,68	1996
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	17,5	1996
Porcentaje de Analfabetismo (%)	3,1	1996
Viviendas con Agua Potable (%)	82,2	1996
Hogares sin Servicio Sanitario-evacuación-(%)	4,3	1996
Principales Causas de Muerte (%):		
• Enfermedad Aparato Circulatorio	38,7	1995
• Tumores Malignos	22,7	1995
• Accidentes	5,0	1995
• Infecciones respiratorias agudas	2,6	1995
• Diabetes	1,9	1995
Inmunización (%): varía según zona y vacuna	85-99	1996

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Características demo - epidemiológicas centrales

- Baja tasa de crecimiento demográfico (cercana al nivel del reemplazo)
- Tendencia a acentuar el proceso de envejecimiento de la población.
- Fuertes procesos de urbanización.
- Altas tasas de alfabetización (tendencia decreciente de analfabetos).
- Extensión de la red de agua potable en viviendas particulares.
- Buenas condiciones de evacuación del servicio sanitario
- Los factores anteriores justifican el predominio de las *enfermedades crónicas* sobre las patologías infecciosas como causa de muerte.
- Un rasgo resaltante es la tendencia descendente de la *tasa de mortalidad infantil*, la cual se acentúa en los últimos años, pasando de *46,3 por mil* en el período '70-'74 a *17,5 por mil* en 1996.

(Ver Anexo 2)

6.2 *Saneamiento, acceso al agua potable*

El barrio Peñarol tiene carencias en lo que respecta al saneamiento, tal es así, que es una de las primeras reivindicaciones que plantean en la actualidad las organizaciones sociales de la zona.

Gran parte del barrio no tiene saneamiento. Hay pendientes decisiones del gobierno nacional y de la IMM para culminar las obras del "Plan Saneamiento Urbano III", que solucionaría los problemas de este barrio y otros de Montevideo que se encuentran en igual situación.

Por otra parte el barrio cuenta con sectores específicos de baja calidad ambiental.

Ellos son las Cañadas, los depósitos y talleres de AFE, la vía y su entorno, los basurales.

6.3 Número promedio de visitas anuales a los establecimientos de salud

El número promedio de consultas médicas por persona por año en las IAMC, es de 4,96 y en Salud Pública, de 3,65.

Por otra parte el promedio de días de internación es de 4,63 y 7,25 respectivamente.⁹

6.3.1 Oferta de atención médica a nivel nacional y de Montevideo.

Detallaremos especialmente aquí, la oferta de los dos principales efectores de salud en el país y en Montevideo: MSP e IAMCs.

El MSP a través de ASSE proporciona servicios a la población de escasos recursos a través de 65 establecimientos asistenciales en todo el país (12 hospitales especializados), con 8.500 camas ubicadas en hospitales para pacientes agudos o crónicos (unas 2.300 camas de crónicos). Las camas de agudos se ubican casi sus dos terceras partes en el Interior. Las camas de crónicos o de larga estadía son casi las únicas con las que cuenta el país para tratar a los pacientes oncológicos, ancianos, enfermos psiquiátricos, etc.

En treinta años, el MSP redujo un 40% su disponibilidad de camas, siendo más pronunciada la caída en el Interior donde se perdieron casi la mitad de las camas. El crecimiento experimentado por las IAMC en los últimos años en materia de cobertura e infraestructura explica en parte este proceso.

El MSP sigue contando con un número mayor de camas que el sector de las IAMC pese a cubrir un porcentaje menor de la población que esta última. Esto se refleja en el número de camas por 10.000 habitantes, ya que para el MSP la tasa es de 52 mientras que para las IAMC es de 26.

ASSE dispone además de 190 Policlínicas y 22 Centros de Salud con los que brinda servicios de atención ambulatoria y prevención. Sus servicios están orientados fundamentalmente hacia la recuperación de la salud y, exceptuando inmunizaciones, los programas de promoción y fomento de la salud y rehabilitación han tenido cierto desarrollo. En lo relativo a la atención de primer nivel, la prestación de servicios a cargo de ASSE se canaliza también a través de los Médicos de Familia.

En Montevideo, la atención extra - hospitalaria es brindada por los Servicios de Asistencia Externa (SSAE), creada en 1990, que comprende las acciones de los Centros de Salud y Policlínicas, así como el Servicio de Atención Domiciliaria.. Los servicios de internación son brindados en Hospitales e Institutos Especializados.

⁹ Datos extractados de Diario El País, Suplemento "Día del Mutualismo" 12/9/99

En el Interior los servicios son proporcionados por las distintas Policlínicas, Centros de Salud y Hospitales de cada Departamento.

Según la normativa vigente, el Sector Público debería dar atención gratuita solamente a los ciudadanos indigentes y carentes de recursos (tal como lo establece el Art. 44, Cap. II, de la Constitución de la República. Sin embargo, a través de ASSE - MSP, se brinda atención gratuita a un universo más amplio. En el mismo se encuentran inclusive ciudadanos de niveles medios y altos de ingreso, y quienes cuentan con la cobertura del sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Esto se explica por el hecho de que los trabajadores privados tienen a través del BPS la afiliación a la IAMC que hayan elegido, a pesar de lo cual, dado el elevado costo que deben asumir para poder hacer uso de estas instituciones - asociados a los llamados co - pagos o tasas moderadoras (órdenes de atención ambulatoria, paraclínica y tiques de medicamentos)-, no hacen uso de los mismos. Algo similar ocurre con otros afiliados a las IAMC (no ex-DISSE) de bajos niveles de ingreso.

El principal componente del subsector privado lo constituye el sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Estas son entidades pre - pagas de servicios de salud sin fines de lucro, con una cobertura que alcanza a casi el 50% de la población del país (algo más de un millón y medio de personas). Este sistema otorga una cobertura casi integral¹⁰ ya que las IAMC no pueden realizar, salvo excepciones determinadas por el MSP, selección de riesgos, por ejemplo, ofreciendo distintas prestaciones y precios diferentes según núcleos de población cubiertos.

En la actualidad existen en nuestro país 52 IAMC, de las cuales 18 se encuentran en Montevideo y las restantes 34 en el Interior del país.

Por más detalles, véase capítulo II.7.1

¹⁰ Se entiende por cobertura integral a un paquete de prestaciones, definido legalmente en forma taxativa, y que incluye acciones que abarcan desde la atención ambulatoria (policlínicas, llamados a domicilio, urgencias, etc.) hasta la atención hospitalaria de internación (tanto sanatorial, como de tratamiento intensivo, etc.), cirugías, paraclínica, y medicamentos.

6.3.2 Oferta de atención médica a nivel de los barrios donde se encuentra el estudio de caso.

La oferta total de atención médica del Centro Comunal N° 13 de la IMM es la siguiente:

Cuadro N° 11

Oferta de atención médica a nivel local

Comisiones de Fomento o Grupos de Vecinos Peñarol / Zully Sanchez Uruguay - Peñarol Verdisol Paso de las Duranas Jardines de Peñarol Conciliación
Cooperativas de FUCVAM Mesa 2 Mesa 3 Odontológica Mesa 2
IMM Municipal Lavalleja Barrio Unido
MSP Centro de Salud Sayago Barrio 14 - UDAI 2 Centro de Salud Dr. Antonio Giordano Hospital Sain Bois
BPS Cons. Asignaciones familiares
Otras As. Cristiana Uruguay de Profesionales de la Salud Obra Morell Policlínica Millán y Lecocq. (Privada) Policlínica de Parroquia Santa Mónica

7. Protección social en materia de salud

7.1. Características generales de la organización del sistema de salud en Uruguay

El sector salud en el Uruguay se puede descomponer, en términos de organización institucional, en dos sub-sectores: público y privado.

El sub-sector público está integrado por los Ministerios de Salud Pública (MSP), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, la Universidad de la República (Hospital de Clínicas), el Banco de Previsión Social (BPS), EL Fondo Nacional de Recursos (FNR) –considerando lo que

se plantea en pág. 17-, los Gobiernos Departamentales, los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados.

El sub-sector privado está integrado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), sanatorios privados, emergencias móviles, clínicas médicas, seguros parciales y seguros integrales, así como por las empresas de diagnóstico y tratamiento de carácter privado.

Sub-sector público:

La Constitución de la República establece que: "el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral, y social de todos los habitantes del país..."; "Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

El componente principal del sub-sector público es el Ministerio de Salud Pública. Fue creado en el año 1934 por la Ley N° 9.202 (Ley Orgánica de Salud Pública), asignándole el rol de institución rectora de la salud, debiendo a su vez organizar y dirigir servicios asistenciales y preventivos.

A partir de 1987 se encuentra vigente la Ley de Rendición de Cuentas N° 15.903, por la cual se crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), separándose de esta forma los servicios médico - asistenciales del Ministerio de Salud Pública (MSP), de su actividad normativa y de control.

En la actualidad el MSP normatiza todo lo referente al área de la salud, define políticas, planes y programas, y fiscaliza al sub - sector privado reglamentando y vigilando el funcionamiento de las instituciones de asistencia médica, así como el ejercicio de los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, farmacéuticos y otras profesiones derivadas).

Sin embargo, buena parte de la regulación del sector queda en manos de diversas entidades públicas: Ministerio de Economía y Finanzas (precios), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (mercado de trabajo en el área de la salud), Banco de Previsión Social (afiliados ex-DISSE, servicio materno infantil y de enfermedades congénitas), Fondo Nacional de Recursos (medicina altamente especializada), Banco de Seguros del Estado (enfermedades profesionales), Universidad de la República (Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, etc.), Ministerios de Defensa y del Interior (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, y Servicio de Sanidad Policial), etc.

Las actividades a cumplir por el MSP en el área de la prevención incluyen entre otras, adopción de las medidas necesarias para mantener la salud colectiva, asegurar la cobertura de inmunizaciones a toda la población, ejercer la policía higiénica de los alimentos, Sanidad Marítima, Aérea y de Fronteras, etc.

Por su parte ASSE, (organismo desconcentrado dependiente del MSP) tiene la responsabilidad de brindar los servicios médico - asistenciales. El artículo 295 de la misma Ley que da origen a ASSE plantea que las prestaciones de tercer nivel "podrán realizarse

mediante servicios propios o a través de su encargo a instituciones privadas a su costo". El artículo 296 otorga la facultad "para transferir a los Gobiernos

Departamentales, mediante convenio, la administración o el uso de los establecimientos asistenciales propios, en la forma y oportunidad que establezca el Poder Ejecutivo; asimismo podrá convenirse con las IAMC el uso parcial de sus establecimientos asistenciales".

Completan la red de servicios del Estado en materia de salud, una serie de efectores (prestadores) de diverso carácter.

El *Servicio de Sanidad de la Fuerzas Armadas* depende del Ministerio de Defensa, brindando atención médica al personal militar en ejercicio y retirado, así como a sus familiares directos. Se estima que la población usuaria asciende a alrededor de 170.000 personas. Posee en Montevideo un Hospital de 435 camas y Enfermerías en las unidades militares del resto del país.¹¹

El *Servicio de Sanidad Policial* depende del Ministerio del Interior, brindando asistencia a funcionarios, ex - funcionarios policiales y sus familiares. Aproximadamente hay 98.000 personas cubiertas por el servicio. En Montevideo el Hospital Policial, inaugurado en el año 1980, cuenta actualmente con 64 camas. En el Interior contrata servicios a las IAMC y al MSP.¹²

El *Hospital de Clínicas*, por su carácter de Hospital Universitario, cumple funciones de investigación, docencia y asistencia. Inicialmente fue pensado para la atención de los casos de interés docente y/o científico, de las emergencias, de los tratamientos que pueden hacerse con recursos que sólo el Hospital posee y de las personas que por edad o afección no pueden hacer uso de seguros voluntarios. En los hechos atiende a la misma población usuaria del MSP, generándose así una superposición de servicios. En la actualidad cuenta con 664 camas.¹³

El *Banco de Previsión Social* (BPS), ente que centraliza la Seguridad Social, desarrolla las actividades en el área de la salud a través de dos programas principales: la asistencia médica a los afiliados activos del sector privado y un programa de atención materno - infantil. La asistencia médica a los afiliados activos no es provista de forma directa por el BPS, sino que es sub - contratada en el sector privado a las IAMC. Este programa incluye además un subsidio monetario en caso de enfermedad o invalidez temporal. El programa materno - infantil cubre la atención médica de la madre durante el embarazo y el parto, y la del niño hasta los cinco años de edad. Incluye a las cónyuges de los cotizantes que no estén afiliadas a ninguna IAMC. Posee instalaciones propias donde se asisten los casos de riesgo materno - infantil, policlínicas en Montevideo y en Canelones, y una unidad de Perinatología (Hospital Canzani). En el resto del país, salvo en Paysandú, contrata los servicios con entidades del sistema IAMC y el MSP.

¹¹Diagnóstico sectorial. Salud. Tomo V. Programa de Inversión Social. OPP, Presidencia de la República y BID. Página 21 .

¹²Diagnóstico sectorial, Op. Cit.

¹³Diagnóstico sectorial, Op. Cit.

El *Banco de Seguros del Estado*, creado en 1911, monopoliza la cobertura de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales. En esta materia sus funciones son la de promover la seguridad e higiene laboral, pagar indemnizaciones en caso de incapacidad temporaria o permanente y las rentas a los causa - habientes en caso de fallecimiento. También realiza asistencia directa a través de un Hospital propio, el que cuenta en la actualidad con 160 camas.

Diversos *entes autónomos y servicios descentralizados* (ANCAP, Banco Hipotecario, etc.) tienen servicios médicos propios a través de los cuales brindan atención a sus funcionarios y ex - funcionarios.

Los *Gobiernos Departamentales* han desarrollado programas de atención primaria dirigidos a sectores de población de bajos ingresos. Muchos de estos programas se realizan coordinadamente con el MSP.

Sub-sector privado:

El principal componente del subsector privado lo constituye el sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Estas son entidades pre - pagas de servicios de salud sin fines de lucro, con una cobertura que alcanza a casi el 50% de la población del país (algo más de un millón y medio de personas). Este sistema otorga una cobertura casi integral¹⁴ ya que las IAMC no pueden realizar, salvo excepciones determinadas por el MSP, selección de riesgos, por ejemplo, ofreciendo distintas prestaciones y precios diferentes según núcleos de población cubiertos.

En la actualidad existen en nuestro país 52 IAMC, de las cuales 18 se encuentran en Montevideo y las restantes 34 en el Interior del país.

Su principal fuente de financiamiento son las cuotas pre - pagas directamente por las familias, o indirectamente a través del BPS para los trabajadores privados pertenecientes al mercado formal, y los co - pagos o tasas moderadoras (órdenes de atención ambulatoria, paraclínica y tickets de medicamentos). En relación a éstos últimos, desde comienzos del año 1993, han dejado de tener exclusivamente como objetivo moderar la demanda¹⁵ para transformarse en una importante fuente de ingresos.

Según la información que surge del Censo de Población de 1996, un 47% de la población del país está afiliada a alguna IAMC, siendo este porcentaje significativamente diferente en Montevideo donde representa un 60%, respecto del Interior del país, donde representa un 37%.

¹⁴ Se entiende por cobertura integral a un paquete de prestaciones, definido legalmente en forma taxativa, y que incluye acciones que abarcan desde la atención ambulatoria (policlínicas, llamados a domicilio, urgencias, etc.) hasta la atención hospitalaria de internación (tanto sanatorial, como de tratamiento intensivo, etc.), cirugías, paraclínica, y medicamentos.

¹⁵ Se trata de cobrar un precio por el uso del servicio - no de internación -, buscando amortiguar la tendencia al sobreuso que tiene el asegurado cuando paga una cuota fija que le da derecho al acceso libre para la utilización de servicios asistenciales.

La normativa vigente identifica tres tipos de IAMC. El Decreto - Ley 15.181 (año 1981), las clasifica de la siguiente manera:

Asociaciones Asistenciales (mutualistas): aquellas que, inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorguen a sus asociados asistencia médica, y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin.

Cooperativas de profesionales: aquellas que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajan en ellas.

Servicios de Asistencia: creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y, eventualmente a los familiares de aquél.

En el caso de las afiliaciones producidas a través de organismos de la Seguridad Social, la misma se realizará sin examen médico previo de admisión ni limitaciones por razones de edad, pudiendo el trabajador elegir la IAMC que desee. Tampoco serán exigibles dichos requisitos en caso de cambio de una IAMC a otra. Las personas afiliadas a una IAMC a través del BPS no podrán transferirse a otra hasta computar una antigüedad mínima de veinticuatro meses continuos en la misma, salvo autorización por parte del BPS. Los beneficiarios gozarán desde su afiliación de la totalidad de los derechos asistenciales, incluida la atención del embarazo, parto y puerperio. Las IAMC están obligadas a la afiliación prenatal a los hijos de estas beneficiarias, pagando el BPS el equivalente a tres cuotas para el recién nacido.

El Decreto Ley 15.181 (año 1981) establece que las IAMC están exoneradas de toda clase de tributos nacionales y departamentales, con excepción de los aportes a los organismos de seguridad social que correspondan.

Desde el punto de vista de la segmentación de mercado se observa que las tres IAMC más grandes, CASMU, Asociación Española y Casa de Galicia, concentraban en 1996 el 37% de la masa total de afiliados al sistema. Si se considera solamente los afiliados de Montevideo (área de influencia fundamental de estas tres instituciones), éstas concentran un 58%. Se destaca que Casa de Galicia es la mutualista de mayor influencia sobre la zona del estudio de caso por la cercanía de su sede principal.

Completan la estructura institucional privada de servicios de salud, diversas entidades de seguros parciales e integrales, unido a un importante número de Sanatorios Privados (Británico, Italiano, etc.), un conjunto significativo de clínicas médicas de diagnóstico y tratamiento, empresas farmacéuticas, etc. Por su importancia, analizaremos con cierto detenimiento a continuación únicamente los seguros privados con diversas opciones de cobertura y las emergencias móviles. Existen además una red de policlínicas populares y servicios periféricos, dentro de los cuales se inscribe exactamente el objeto de este estudio solicitado por OPS/OIT.

Las emergencias móviles, constituyen una modalidad particular de seguro parcial, y están comprendidas por aquellas unidades equipadas con recursos humanos y materiales específicamente adecuados para el tratamiento de pacientes que, por su gravedad, se

encuentran con desequilibrio de uno o más sistemas fisiológicos principales, con o sin pérdida de auto - regulación o en eminencia de descompensación.

Estas unidades deberán estar equipadas para efectuar el tratamiento correspondiente en el sitio donde se encuentre el paciente, así como durante el traslado al lugar de tratamiento definitivo.

Requieren de la autorización específica del MSP tanto para su creación como para su contratación por parte de una IAMC.

Tienen la obligación de funcionar en régimen de 24 horas diarias. Los servicios prestados por las emergencias móviles son a veces complementarios pero siempre parcialmente sustitutivos a los ofrecidos por las IAMC.

El surgimiento de estos seguros tiene sus orígenes, básicamente, en la ineficiencia de las IAMC para resolver el servicio de emergencia, de urgencia domiciliaria y de traslado. Las empresas de emergencia móvil, fundadas y dirigidas en su mayoría por médicos, fijan su estrategia en la captación del nicho de mercado dejado por las IAMC en su accionar burocrático.

De acuerdo a los últimos datos que se disponen, proporcionados por las empresas, se estima que en 1994 estos seguros parciales cubrían a 750.000 personas solo en Montevideo. Según informaciones de las propias empresas, la cantidad de afiliados respectivos es de 360.000 (UCM), 214.000 (SEMM), 110.000 (SUAT) y 70.000 (UCAR) en 1994, en Montevideo. En el interior se constata el registro en el BPS en 1997, de 37 empresas en 16 de los 18 departamentos en que se estructura el país.

Los servicios periféricos y policlínicas populares se constituyen como una red de atención ambulatoria se agregan a la oferta de servicios de salud del sub - sector privado. Estos servicios son financiados con fondos provenientes de diversas fuentes: aportes de sectores de la población organizados a partir de su vinculación barrial con autogestión de los servicios, grupos que pertenecen a cooperativas, ya sea de vivienda o de otra naturaleza; recursos volcados por organizaciones no gubernamentales (ONG) de distinto tipo; etc.

Estos servicios se suelen superponer a los ya existentes en el sistema, cubriendo en general necesidades insatisfechas por dificultades de acceso para quienes ya poseen cobertura. Ejemplo de ello pueden ser los afiliados a las IAMC que ven impedida la posibilidad de hacer uso de los servicios que prestan las mismas por el elevado costo de los tiques moderadores, o bien los usuarios potenciales de los servicios del MSP que con escasa capacidad de pago están dispuestos a aportar parte de sus ingresos para mejorar probablemente su accesibilidad geográfica y la calidad de la atención.

Los tratamientos de medicina altamente especializada: El fondo nacional de recursos

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) puede ser conceptualizado como un seguro para un conjunto determinado de técnicas médicas definidas como de alta especialización y alto costo. El mismo es de carácter obligatorio para todo afiliado al sistema IAMC, siendo el

precio que se debe pagar por la cobertura independiente de las características del afiliado. Es decir, se trata de un seguro cuya prima es independiente del riesgo del asegurado.

El FNR fue creado en el año 1980 y se encuentra regulado en la actualidad por la Ley N° 16.343 del 11 de enero de 1993 y el Decreto Reglamentario 358/93. El objetivo de su creación fue poder atender una serie de patologías cuyo tratamiento implica la utilización de medicina altamente especializada y de alto costo.

El segmento de la población beneficiaria del MSP también es cubierto por el FNR, teniendo los mismos derechos de los afiliados al sistema IAMC. La ley estipula que el pago en este caso lo realice el MEF de acuerdo al número de usuarios de los servicios del MSP y al mismo valor de cuota que los beneficiarios de las IAMC. La Ley también estipula la cobertura y el correspondiente aporte de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados y de los Gobiernos Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia médica esté directamente a su cargo. Recientemente se incorporó a los beneficiarios de los seguros quirúrgicos. También las personas se pueden afiliar individual y directamente.

El FNR financia intervenciones de cirugía cardíaca, implantación de marcapasos, prótesis de cadera, hemodiálisis crónica, trasplantes renales, tratamiento de quemados graves, hemodinamia, angioplastia coronaria, diálisis peritoneal crónica, prótesis de rodilla, y litotricia.

La salud dependiente del instituto de seguridad social (B.P.S)

La población beneficiaria de la ex-DISSE (Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad) está comprendida por los trabajadores dependientes de la actividad privada (excepto los empleados bancarios), los trabajadores amparados al Seguro por Desempleo, los patrones de empresas unipersonales que no tengan más de un dependiente, y los cónyuges colaboradores de patrones rurales que no tengan más de un dependiente. En el caso de los jubilados, para acceder al beneficio, las limitantes que establece la Ley están referidas al monto máximo de ingresos totales, es decir, por concepto de jubilación y otro u otros ingresos percibidos y a la condición de ser extrabajadores dependientes exclusivamente.

No quedan cubiertos por el Seguro los miembros de la familia del trabajador formal del sector privado, los trabajadores informales y sus familias, los trabajadores de la Administración Central y sus familias, los desocupados, las personas con discapacidad absoluta beneficiarias de pensión invalidez y los amparados a subsidio transitorio; los jubilados no dependientes y los pensionistas en general..

En ciertas unidades del Sector Público existen regímenes no muy generalizados pero que otorgan el reintegro de la cuota mutual que se paga a las IAMC o que tienen organizados servicios médicos para su personal (por ejemplo, ANCAP, BHU, etc.). A su vez, subsisten en el sector privado convenios particulares y Cajas de Auxilio (en expansión particularmente en los últimos años) que atienden este riesgo en forma independiente pero que son controlados por el BPS.

Entre los beneficios que otorga la ex-DISSE al beneficiario, se cuenta el pago de una cuota de afiliación a una IAMC apenas éste ingresa a la actividad respectiva, y el pago de subsidios

monetarios por enfermedad¹⁶. La cuota que paga la ex-DISSE a las IAMC es regulada por el Estado y ha sufrido variaciones a lo largo del tiempo. En la actualidad, corresponde al **85%** del valor de la cuota promedio de los afiliados individuales de cada IAMC. A su vez, cuando corresponda, y de acuerdo al juicio del cuerpo médico del BPS, se otorgarán beneficios complementarios a los prestados por las IAMC (por ejemplo: contribución en dinero para la adquisición de lentes, provisión de prótesis excepto dentales, internación psiquiátrica por los períodos no cubiertos por las IAMC, etc.).

Cabe destacar que en los hechos, los trabajadores amparados por la Seguridad Social ejercen el derecho a su asistencia exclusivamente a través de las IAMC, teniendo libertad de elección entre las mismas en Montevideo y con las limitaciones que establece la existencia de sólo una o dos entidades efectoras por departamento en el interior y sin

limitación alguna por razones de edad, sexo o consideraciones físicas particulares (no se puede realizar examen de admisión), incluyendo derecho al parto.

Entre las *fuentes de recursos* para financiar el riesgo de enfermedad en el caso de los afiliados activos se cuentan la aportación patronal del **5%** sobre la nómina y una aportación obrera de un **3%** de los ingresos respectivos. A partir de 1993, el patrono (excepto rurales), debe cubrir la diferencia que pudiera existir entre las contribuciones vigentes y el valor de la cuota mutual que el BPS abone a las IAMC. Existe una legislación específica para el sector rural que estuvo suspendida hasta la entrada en vigencia de la Ley de Reforma de la Seguridad Social, con la cual se crea una aportación obrera del 3% sobre las asignaciones computables. En el caso de los pasivos, la Ley 16.713 establece para el financiamiento del beneficio previsto para este colectivo, una aportación del 1% de los jubilados que no perciben el beneficio y un 3% para aquellos titulares del beneficio. Ambos porcentajes se calculan sobre la pasividad nominal.

Análisis cuantitativo del sistema

La cantidad de afiliados a las IAMC por el sistema de seguridad social se incrementó notoriamente entre los años 1985 y 1988 (35%) debido a la incorporación por vía reglamentaria de grupos laborales con bajo poder adquisitivo (trabajadores rurales entre 1984-1985, particularmente en el Interior, empleadas domésticas y empresas unipersonales).

En el siguiente cuadro puede observarse el número de beneficiarios de la seguridad social, y el peso relativo en el total de afiliados, para las IAMC (Montevideo e Interior), entre 1982 y 1996 (debe tenerse en cuenta que el Seguro data de mediados de los '70).

¹⁶ Una vez que cumpla tres meses o 75 jornales de cotización dentro de los doce meses inmediatos anteriores a la fecha de denuncia de la enfermedad (estando afiliado a una IAMC). Dicho subsidio equivale al 70% del sueldo o jornal básico o habitual con un tope de tres SMN, y con carácter preventivo, el pago de la cuota de afiliación a una IAMC

Cuadro 12. Beneficiarios de la Seguridad Social afiliados a las IAMC.
Período 1982 - 1996

Año	Porcentaje de afiliados ex-Disse a las IAMC	Total afiliados Ex-Disse a las IAMC	Total Afiliados IAMC
1982	20,4	256.000	1.256.000
1983	19,1	237.000	1.239.000
1984	20,2	251.000	1.245.000
1985	29,6	379.000	1.280.000
1986	31,7	419.000	1.321.000
1987	33,4	472.000	1.413.000
1988	34,8	512.000	1.472.000
1989	35,5	538.000	1.514.000
1990	36,9	567.000	1.536.000
1991	38,2	580.000	1.519.000
1992	38,7	581.000	1.500.000
1993	38,1	576.000	1.512.000
1994	37,8	573.000	1.514.000
1995	37,8	569.000	1.506.000
1996	38,5	581.000	1.511.000

Resulta notorio el crecimiento experimentado en términos globales (las afiliaciones por el BPS alcanzan casi al 40% del total). Un elemento a destacar es que el mayor impacto se produce en las IAMC del Interior, las cuales aceleran su desarrollo como tales a partir de este proceso de expansión de la Seguridad Social.

Como contrapartida, aumenta el grado de dependencia de las instituciones en relación a sus afiliados de la Seguridad Social; en la Capital la variabilidad entre instituciones es muy importante.

8 Cobertura y Equidad en la organización de la salud del país.

Tomando en cuenta los datos que surgen de la Encuesta de Hogares, existen un 5,6% de la población que declara no tener derechos adquiridos para el cuidado de la salud en ninguna Institución, es decir se consideran sin cobertura médica. Del conjunto de población que dice tener cobertura, un 49,9 % declaran tener derechos adquiridos en una IAMC, ya sea en forma individual o a partir del BPS (ex DISSE), y un 35,1% en el MSP. Estos dos efectores acumulan entonces un 85% de la cobertura formal. El restante 15% corresponde a otros efectores públicos y privados.

Si se observa la cobertura por grupos de población, lo más llamativo es el elevado porcentaje de desocupados que declaran no tener derechos adquiridos para el cuidado de a salud. A nivel del país este porcentaje es de 14,2 y en Montevideo es aún mayor, 17,6%.

Si se relaciona la existencia de derechos adquiridos para el cuidado de la salud con el nivel de ingreso de los hogares, se observa que para el total del país, en el tramo de bajos ingresos este valor es de 17.1%. Para Montevideo este valor es 24,5% .

Teniendo en cuenta la estructura etaria de la población que declara no tener derechos adquiridos para el cuidado de la salud, se observa que el tramo de mayor edad es el que presenta mayor nivel de cobertura. Es interesante destacar que a pesar que la cobertura por la ex – DISSE cae en forma importante en el tramo de 60 años y más, esta caída se ve compensada por un incremento equivalente en el número de afiliados al sistema en forma individual. Esto indicaría que la entrada al sistema vía la Seguridad Social en la etapa activa de la personas no se revierte un vez que las mismas abandonan el mercado de trabajo, aún teniendo en cuenta que la Seguridad Social sólo cubre, a partir de 1996, a un porcentaje menor de pasivos, con ingresos muy bajos.¹⁷

Cuadro 13. Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud según grandes áreas y grupos de población. Año 1997.

	Total	No tiene	IAMC Afiliac. Individ.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS	100,0	5,6	30,4	16,7	33,1	11,0	3,2
Menores de 14 años	100,0	5,2	30,6	0,4	47,9	11,6	4,3
Inactivos	100,0	4,6	46,4	1,2	34,9	9,2	3,6
Ocupados	100,0	5,7	18,0	39,3	22,0	12,7	2,2
Desocupados	100,0	14,2	22,0	5,1	48,4	6,5	3,8
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
Menores de 14 años	100,0	5,5	46,8	0,4	31,2	11,6	4,6
Inactivos	100,0	4,1	63,3	1,3	18,0	9,8	3,4
Ocupados	100,0	5,3	23,5	44,9	12,1	11,9	2,4
Desocupados	100,0	17,6	32,2	7,2	31,4	6,7	4,9
Interior	100,0	5,6	21,5	13,7	44,9	11,1	3,2
Menores de 14 años	100,0	5,0	19,5	0,3	59,4	11,6	4,1
Inactivos	100,0	5,0	33,5	1,2	47,8	8,8	3,7
Ocupados	100,0	6,1	13,0	34,2	31,2	13,4	2,1
Desocupados	100,0	11,1	12,3	3,1	64,5	6,3	2,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

¹⁷ Total cubiertos a través de BPS 43.000 jubilados en todo el país con ingresos menores a U\$S 220.

Cuadro 14. Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud según grandes áreas y tramos de ingresos de los hogares.

(En \$ uruguayos). Año 1997.

	Total	No tiene	IAMC Af. Indiv.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS	100,0	5,6	30,4	16,7	33,1	11,0	3,2
0 a 1.000	100,0	17,1	6,8	1,4	73,3	0,8	0,6
1.001 a 3.000	100,0	8,7	13,4	3,7	69,1	2,4	2,7
3.001 a 5.000	100,0	6,5	19,4	8,8	54,9	6,9	3,5
5.001 a 10.000	100,0	5,9	25,9	15,8	35,8	13,3	3,2
10.001 a 15.000	100,0	5,4	35,0	23,0	18,6	14,2	3,7
15.001 a 20.000	100,0	4,1	45,9	24,8	8,3	13,8	3,1
20.001 a 30.000	100,0	2,4	53,5	26,2	5,5	10,2	2,1
30.001 y más	100,0	2,0	60,6	25,0	0,9	8,2	3,2
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
0 a 1.000	100,0	24,5	16,4	1,8	56,4	0,9	0,0
1.001 a 3.000	100,0	14,3	24,4	3,4	51,1	3,6	3,2
3.001 a 5.000	100,0	8,9	30,3	9,6	40,8	6,8	3,5
5.001 a 10.000	100,0	6,8	36,2	17,8	23,8	11,8	3,5
10.001 a 15.000	100,0	4,9	40,1	25,2	13,6	12,3	3,9
15.001 a 20.000	100,0	3,5	48,2	25,7	6,9	13,2	2,4
20.001 a 30.000	100,0	1,8	55,6	27,1	2,4	11,2	2,1
30.001 y más	100,0	1,0	60,6	25,0	1,0	9,2	3,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Los cuadros precedentes corresponden a lo que se puede denominar “cobertura formal”, la que se asocia con la existencia de un derecho adquirido para hacer uso de los servicios que brindan las distintas instituciones médicas.

No obstante, puede no existir una correspondencia entre la existencia de estos derechos y su utilización. Esto es probable que suceda cuando para poder hacer uso del derecho asistencial, es necesario asumir un costo, ya sea este pecuniario o no. Como ejemplo de los primeros, puede citarse la existencia de pagos de tasas moderadoras (denominados co - pagos) para la atención ambulatoria en el sector privado IAMC.

La participación del Estado en el sector salud es diferente si se considera su papel como proveedor de servicios que si se considera su papel de financiador (ver ANNEXO 3). En este último caso hay que incluir su rol en lo que hace a las afiliaciones a través del BPS. Si esto se tiene en cuenta, la participación del Estado en el sector salud aumenta sustancialmente.

La principal fuente de ingresos del Sector Público lo constituyen los impuestos, los que representan un 88% del total de las fuentes de ingresos. La principal fuente de financiamiento del sector privado está constituida por las cuotas y los precios (co -pagos o tasas moderadoras).

De acuerdo a todo lo señalado anteriormente, se puede sintetizar que los principales sectores excluidos total o parcialmente del sistema de seguridad social y de salud, en Uruguay son:

- 280.000 trabajadores “en negro” o no registrados en el sistema de seguridad social
- 160.000 desocupados sin amparo al subsidio por desempleo, también en su mayoría excluidos del sistema de salud.
- 243.000 niños pobres están fuera del sistema de asignaciones familiares del BPS y por tanto en su inmensa mayoría excluidos de la atención primaria de salud que brinda dicho organismo.
- 150.000 personas que habitan en el sector rural, un 45 % viven en situación de pobreza.
- las personas con discapacidad se estiman en un 9 % de la población (270.000 personas), y en su inmensa mayoría no están cubiertas por el seguro de salud, siendo además en su mayoría pobres: 95.000 reciben alguna prestación de seguridad social del BPS, pero sólo una minoría tienen asistencia por su seguro de salud.
- entre los jubilados y pensionistas (600.000 personas), solo 43.000 están cubiertas por el seguro de salud vía BPS.

Nota: La información proporcionada en los puntos II.6 y II.7 fue elaborada en base a trabajos realizados por el Ec. Luis Lazarov.

IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

Esta sección se ocupa de la creación y puesta en marcha del SIS, proporcionando una visión fotográfica del funcionamiento al término del primer ejercicio. Algunos puntos se tratarán también, donde se abordará el funcionamiento del sistema de seguro de salud en la actualidad.

1. Origen del Sistema de Seguro de Salud

La implementación del sistema de seguro de salud "Policlínica Peñarol Zully Sánchez", se realizó en el marco de un barrio de Montevideo, alejado del Centro, que en muchos de sus servicios es dependiente de los barrios adyacentes. Sus actividades económicas estuvieron históricamente vinculadas a la Estación Peñarol y a los Talleres de AFE (Administración de Ferrocarriles del Estado).

En el año 1988 AFE cierra las líneas de trenes de transporte de pasajeros, eliminando la influencia de la Estación Peñarol. Las consecuencias para el barrio son múltiples, se pierde el transporte hacia el centro vía tren y se genera un empobrecimiento y aislamiento de la zona por el cierre de los múltiples servicios que estaban vinculados a AFE.

Cerraron los dos Bancos de la zona, las Estaciones de Servicio, el Correo, la empresa estatal de teléfonos (ANTEL), etc. Además existían múltiples actividades y servicios económicos vinculados a la gran concentración de trabajadores que había en la zona, que también se perdieron.

Anteriormente a la creación de la Policlínica, el barrio Peñarol contaba con una policlínica de AFE, que si bien era para los empleados, atendía urgencias de las demás personas del barrio; una ambulancia donada por AFE, atendida por los vecinos, apoyada por los comerciantes de la zona y por los talleres de AFE; una policlínica de Salud Pública que fue trasladada al barrio Sayago, (también dentro del CCZ 13) en el año 80 y con la Policlínica de la Cooperativa de Viviendas Mesa 2. Al momento de inauguración de la Policlínica Zully Sánchez, el barrio sólo contaba con la Policlínica de Mesa 2.

Hasta ese momento los vecinos de Peñarol podían utilizar los servicios de dicha Policlínica, los servicios de Salud ofrecidos en los otros barrios que conforman el CCZ 13 o contaban con la oferta de atención médica nacional. En caso de acceder al sistema mutual las posibilidades de los trabajadores son las siguientes: Los trabajadores del sector privado y algunos jubilados, son afiliados a través del Banco de Previsión Social. Las empresas del Estado en general realizan convenios con el Sistema Mutual a través de los cuáles cubren la asistencia médica de sus trabajadores y en algunos casos de integrantes de su familia. También existe la posibilidad de afiliación individual. En este caso la cuota mensual que se debe abonar está en el entorno de US\$ 50.-.

En el siguiente cuadro se presenta el número total de miembros del grupo destinatario distribuidos por sexo y edad. Los datos corresponden al barrio Peñarol y corresponden al VII Censo General de Población del año 1996.

Cuadro N° 15

Distribución de los habitantes del barrio Peñarol según sexo y edad

Edades	Hombres	Mujeres	Total
0/14	4387	4350	8737
15/19	1650	1599	3249
20/24	1646	1481	3127
25/29	1298	1178	2476
30/64	6570	7132	13702
65/más	1631	2581	4212
Total	17182	18321	35503

En relación al nivel educativo alcanzado por los miembros del grupo destinatario, es necesario referirse a un grupo más amplio por no contarse con los datos correspondientes al barrio Peñarol. En el cuadro siguiente se presentan los datos de nivel educativo correspondientes al Centro Comunal N° 13 de la Intendencia Municipal de Montevideo, integrado entre otros por este barrio.

Cuadro N°. 16

Distribución de los habitantes del CCZ 13 según nivel educativo.Porcentajes.

Nivel Educativo	
Nunca asistió	3%
Preescolar	3%
Primaria	50%
Ciclo básico	24%
Segundo Ciclo	12%
Universidad	6%
Docente	2%
Militar	0%
Sin datos	1%
Total	100%

Se puede observar una población que en su mayoría 50%, sólo asistió a la educación primaria. En segundo lugar un 24% de la misma ha tenido acceso al ciclo básico de la educación secundaria.

El barrio Peñarol ubicado en la cuenca del arroyo Miguelete, se encuentra carente de un sistema de saneamiento adecuado a sus actuales necesidades, resultando un agente contaminante de su propio medio ambiente.

En relación al nivel de acceso a la atención médica, según el Censo realizado en 1996, la población del barrio Peñarol cuenta con la siguiente cobertura:

Cuadro N° 17

Cobertura de Salud de los habitantes de Peñarol según sexo

Cobertura Salud	Hombres	Mujeres	Total
MSP	4263	5629	9892
Mutualista	8367	8806	17173
Sanidad Militar	1533	1123	2656
Sanidad Policial	378	446	824
Otros	137	76	213
Sin cobertura	2393	2124	4517
Sin dato	111	117	228
Total	17182	18321	35503

y expresados en porcentajes:

Cuadro N° 18

Distribución de los habitantes del barrio Peñarol según cobertura de Salud

Cobertura Salud	Hombres	Mujeres
MSP	25%	31%
Mutualista	49%	48%
Sanidad Militar	9%	6%
Sanidad Policial	2%	2%
Otros	1%	0%
Sin cobertura	14%	12%
Sin dato	1%	1%
Total	100%	100%

Fuente: INE. Censo 1996

Cuadro N° 19

Distribución de los habitantes de todo Montevideo según cobertura de Salud

MSP	21%
Mutualista	60%
Sanidad Militar	5%
Sanidad Policial	2%
Otros	1%
Sin cobertura	11%
Sin dato	
Total	100%

Fuente: INE. Censo 1996

El grupo destinatario son todos los vecinos de la zona, no hay discriminación. Se dirigen fundamentalmente al barrio Peñarol y adyacencias, pero en realidad no hay límites. (Viene gente de otros barrios) Una parte de la población está compuesta por gente realmente carenciada, el resto son trabajadores a los cuáles les sirve más atenderse en una policlínica comunitaria que ir a la mutualista en el caso de tenerla.

Los miembros del grupo destinatario así como el resto de la clase trabajadora debían hacer frente a varias dificultades para acceder a la atención médica. Algunas personas directamente carecían de cobertura, la cuota mutual mensual les resultaba muy cara, pero a su vez, sus

ingresos no eran lo suficientemente bajos para que se les otorgara el carné de asistencia de Salud Pública. Estas personas quedaban afuera del sistema de salud.

Otros siendo socios del sistema mutual, no podían afrontar gastos extra-cuota, como el valor de las órdenes para médicos, especialistas, medicamentos, transporte, etcétera. o los horarios limitados de atención, les implicaban en algunos casos la pérdida del día de trabajo, con su consecuente pérdida de jornal. También para acceder a la atención de especialistas en la mayoría de los casos las demoras son muy largas.

Quienes se asistían por Salud Pública tenían diversas dificultades ligadas a la falta de presupuesto del organismo, con sus respectivas consecuencias para el usuario.

El barrio además imponía una serie de limitaciones: falta de teléfonos públicos, no había paradas de taxis, no había centros de emergencias móviles, por lo tanto había horas de la noche que quedaban aislados.

El traslado de la Policlínica de Salud Pública y el cese de los servicios de la ambulancia fueron los eventos que aumentaron las dificultades de los vecinos para acceder a la atención médica y a su vez los disparadores para la creación de su propia policlínica. Las razones para la creación de la policlínica no estarían dadas por una exclusión formal del sistema de Salud, sino por imposibilidades de hecho para recurrir al mismo en casos de atención primaria, urgencias, consultas a especialistas o atención de enfermería.

Se disponía de experiencia previa en materia de seguros de salud; como se mencionó, en la zona existía otra experiencia comunitaria. Son los técnicos de esta Policlínica (Mesa 2), quienes convocan a un Encuentro de Salud, con el objetivo de crear la actual Policlínica Zully Sánchez dirigida a todo el barrio. Sus pilares fueron la Dra. Zully Sánchez y el Dr. Sergio Hernández¹⁸.

Todas las organizaciones sociales que hay en el barrio Peñarol, pertenecen a MIRPA¹⁹. Esta nuclea comisiones de fomento barriales, la Comisión de Salud, las Policlínicas Vecinales, el grupo pro-liceo, el Consejo Pastoral de la Parroquia, el Complejo de Viviendas Gral Artigas, el movimiento de jubilados, la cooperativa artesanal, la Unión Ferroviaria, el grupo de apoyo a la Escuela Pública, Clubes Sociales, comerciantes de la zona y vecinos.

El MIRPA existe desde agosto del año 85 y tiene actividades regulares vinculadas al reclamo de necesidades básicas: saneamiento, salud, educación, transporte, etc. El MIRPA se relaciona con las distintas instituciones del Estado, realizando una función intermediadora entre éste y las organizaciones sociales. En este sentido es que encamina la creación del SIS. Hace el convenio con AFE para la concesión del local, el convenio con la IMM por los sueldos de los técnicos, y se vincula con la ONG italiana COSPE, que es la que dentro de otro proyecto vinculado al barrio, financia la reparación del local.

En el año 85 los médicos de la Policlínica de Mesa 2 convocan a todas las organizaciones sociales de Peñarol a un Encuentro de Salud. Allí se plantea la necesidad de tener un servicio de Salud en la zona. En el año 87 se realiza un segundo encuentro y el tema sigue en discusión.

¹⁸ Sin perjuicio de haberse reseñado en II.4, se repite para dar continuidad al texto.

¹⁹ Mesa Intersocial Reivindicadora de Peñarol y Adyacencias.

En el año 91 el Movimiento de Vecinos de Montevideo (MOVEMO) tiene en sus manos la decisión de adjudicar a un Proyecto de Acción Social un financiamiento que llega de la ONG italiana COSPE. El Plenario decide que quien lleve adelante este Proyecto sea el MIRPA. En el año 92 se aprueba un proyecto que constaba de 5 áreas entre las cuales se encuentra la financiación de la obra de adecuación del local de AFE para la Policlínica Zully Sánchez.

2. Etapas de la puesta en marcha del sistema de seguro de salud

2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos

La identificación de necesidades y la definición de objetivos fueron procesos que duraron muchos años. La Dra. Zully Sánchez ayudó en los enfoques, en la identificación de las necesidades de los vecinos del barrio. Entre los años 85 y 88 se hicieron encuestas de Salud. Estas encuestas estuvieron a cargo de la Comisión Mixta de Mesa 2 integrada por vecinos y técnicos. Se realizó puerta a puerta entre los habitantes de la cooperativas de viviendas de Mesa 2.

A su vez la Comisión de Fomento de Nuevo Peñarol, hizo un relevamiento en el barrio, intentando conocer los hogares. Este relevamiento estuvo a cargo de quien fue el Presidente de la Comisión de Fomento entre los años 1985 y 1990, el Sr. Rosendo Pérez. Equipos Consultores y el Claeh, realizaron una encuesta sobre "Aspectos de la vida social, organización, percepción del barrio entre los vecinos de la comunidad de Peñarol, Montevideo" en el año 1987.²⁰

Los resultados de este estudio marcan como primer problema entre los vecinos el vinculado al saneamiento y directamente relacionado a éste el tema de la Salud. A partir de que la IMM decide apoyar el proyecto a través de la firma del Convenio por el cuál la comuna paga los 5 sueldos de los técnicos, la Policlínica abre sus puertas.

Este fue el único apoyo que se tuvo a nivel de autoridades locales o nacionales. Otros actores involucrados en la identificación de necesidades fueron el MIRPA, técnicos de Mesa 2 y vecinos. Identificaron la necesidad de salir a educar al barrio en materia de Salud y de realizar acciones preventivas. Los objetivos que se determinaron en las primeras instancias, están escritos en el "Proyecto de Centro de Asistencia Primaria de Peñarol" en el cual se establece: "Elevar el grado de salud de la población de Peñarol y adyacencias. Constituir un Centro Piloto de Asistencia Primaria, estudiando los problemas y dificultades que surjan en su desarrollo, así como las soluciones adoptadas en cada caso y su resultado, con el fin de aportar en el acopio de experiencias sobre el tema."

2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera

Como se mencionó anteriormente, Equipos Consultores y el Claeh realizaron estudios de contexto en el año 87. (financiados por el "Center for Research on Latin America and the Caribbean (CERLAC) York University, Downsview, Ontario, Canadá"). A su vez, el MIRPA tiene un conocimiento de los focos críticos de la zona. Al día de hoy se encuentran relevados casos puntuales, las zonas más problemáticas.

²⁰ Dicho documento no fue obtenido a pesar de haberse requerido a los efectos de este informe.

No se realizó un estudio de factibilidad financiera.

En la Policlínica no hay cotizaciones por parte de los beneficiarios. La persona paga un arancel que al día de hoy son 1,90 dólares americanos (U\$S 1,90) , con el cuál tiene derecho a atenderse tres días consecutivos.

Como los sueldos los paga la Intendencia, el paquete básico de beneficios se determinó por lo que se acordó con la misma. Los demás gastos de funcionamiento se solventan con el ticket mencionado. Fueron los técnicos de otra Policlínica los que opinaron sobre el modelo, los iniciadores de este SIS.

2.3 Información del grupo destinatario

Se hizo propaganda para la inauguración por medio de volantes y de un auto parlante. Por otra parte la expectativa ya estaba creada pues el tema se venía informando en los escenarios de Carnaval desde el año 1994. A medida que el vecino fue conociendo el funcionamiento de la Policlínica se fue acercando más.

2.4 Inicio de las actividades

La decisión de la constitución del SIS se da en el año 1992 después de lograr los diversos convenios con AFE, con el Proyecto CRU-MOVEMO-MIRPA y con la IMM. Como ya se mencionó el SIS no tiene afiliados. El pago de prestaciones comenzó inmediatamente después de la inauguración que fue el 29 de agosto de 1996. El día de la inauguración estuvieron presentes el Presidente de AFE, el Intendente de Montevideo, y otras autoridades locales y nacionales.

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

El MIRPA delega a la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol la responsabilidad de la creación del SIS. Dicha Comisión con su personería jurídica establece el contacto con la IMM, el BPS y BSE²¹ y es quien respalda a la Policlínica. Se constituyó una Comisión de Salud, integrada con vecinos e integrantes de MIRPA que iban tomando contacto con la IMM, más específicamente dentro de la División Salud, con el Servicio de Atención a la Salud, SAS. En esta Comisión de Salud, se fue definiendo el tipo de servicio que se iba a ofrecer.

Los servicios cubiertos y los paquetes de beneficios fueron acordados entre la IMM y los vecinos de la Comisión. Así fue que la IMM proponía que hubieran tres médicos, un enfermero y un odontólogo. La Comisión prefería que hubiera dos enfermeros a costa de el cargo de odontólogo, pues en la zona contaban con la Policlínica Odontológica de Mesa 2 y consideraban más necesario que la Policlínica contara con más personal de enfermería.

La IMM aprobó esta propuesta. Se hizo un reglamento de funcionamiento interno que establece pautas que tienen que ver con los derechos y obligaciones de los técnicos. En el propio convenio que se firmó con la IMM se estableció que la Administración iba a estar conformada por personal voluntario. Esta Comisión es la que dirige y gestiona la Policlínica.

²¹ Banco de Seguros del Estado.

Para designar a los prestadores de atención médica se hizo un llamado a concurso y la selección la realizó un tribunal integrado por el Profesor Pablo Carlevaro, la Dra. Graciela Varín, dos funcionarios de la Intendencia, y dos vecinos. Luego de cinco reuniones entre el 16 de marzo y el 20 de junio de 1996, realizaron la selección final del personal técnico. La asistencia técnica que se recibió fue para seleccionar a los médicos.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

Como ya se mencionó, la Policlínica no tiene afiliados. Todos los vecinos del barrio Peñarol y adyacencias son los beneficiarios de este Centro de Salud.

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el sistema de salud

En el Anexo 4 (Quadro 20) se presenta un cuadro que resume los beneficios ofrecidos por el Sistema durante su primer ejercicio.

Surge del cuadro anterior que el SIS durante su primer ejercicio sólo brindaba atención primaria.

Existía un único paquete de beneficios para todos los beneficiarios. Este paquete estuvo determinado por el convenio que se realizó con la Intendencia y por el diagnóstico que realizó la Comisión acerca de cuáles eran las necesidades más urgentes de la población. El seguimiento de las prestaciones que existía y sigue existiendo hasta la actualidad es la planilla diaria que llenan los médicos. Allí se establecen cuántos pacientes se atendieron y algunos datos básicos de los mismos.

No existe un procesamiento estadístico de los mismos por parte de la Policlínica. Sí existen a partir de estas planillas los datos que procesa la Intendencia a través del SAS²².

3.3 Financiamiento

Para la Infraestructura se contó como ya se mencionó con varios apoyos. En primer lugar la cesión de la casa por AFE. En segundo lugar la subvención que llegó de la ONG italiana COSPE a través del Proyecto CRU-MOVEMO-MIRPA para la refacción de la casa. También la IMM apoyó financieramente con el pago de algunos gastos durante la etapa de reformas. El MIRPA contaba con sus propios fondos que también destinó a la reforma y equipamiento de la casa.

Los salarios de los técnicos durante el primer ejercicio, (y en la actualidad continúa de igual manera) los subvenciona la IMM. La parte administrativa es subvencionada por los tickets de los cuales salen los pagos de luz, teléfono, seguros, etc.

3.4 Prestadores de atención médica

²² Servicio de Atención a la Salud. División Salud. IMM.

Al término del primer ejercicio el SIS contaba con un médico de medicina general, una ginecóloga, una pediatra y dos enfermeros. Si bien los sueldos de los médicos son pagados por la IMM, ellos no son funcionarios de la misma. Son contratados por la Policlínica. La modalidad que utilizan es la de arrendamiento de servicios. Los médicos, en el ejercicio libre de su profesión, venden sus servicios a la Policlínica. Los enfermeros tienen otra modalidad, son asalariados.

Como ya se mencionó, los médicos y enfermeros fueron seleccionados por un tribunal. Los prestadores cobran mensualmente. Los médicos trabajan 20 horas semanales y los enfermeros 30 horas.

Los convenios que se establecieron con los prestadores fueron fundamentalmente en cuanto al funcionamiento, lo que tiene que ver con las licencias, horario, la modalidad en que se realizará el trabajo preventivo fuera de la policlínica y en general una lista de derechos y obligaciones a los que se ven comprometidos.

3.5 Administración y gestión

a) Estatutos y reglamentos

El SIS no contaba con estatutos al inicio de sus actividades. Si tiene desde el comienzo un reglamento interno de funcionamiento, que es el acuerdo mencionado con los médicos y enfermeros.

Tampoco tenía el SIS una personería jurídica propia.

Quién tiene estatutos y personería jurídica, es la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol.

A través de ella el SIS realiza todos sus acuerdos.

b) Organización de la gestión

El SIS fue gestionado desde su fundación por la Comisión de Policlínica. Sus responsabilidades tenían que ver con la toma de decisiones en general, con la compra de medicamentos, con la determinación de los horarios de funcionamiento, etcétera. Dicha Comisión se integró con Presidente y Secretario de la Comisión de Fomento y con los 10 colaboradores. Estos colaboradores se fueron integrando en la marcha del trabajo, y pasaron a ser parte de la Comisión.

También participan de la misma en calidad de apoyo, no en forma periódica, dos compañeros de MIRPA que han estado involucrados en todo el trabajo social del barrio en estos años.

La Comisión de Fomento le da a la Comisión de la Policlínica plena autonomía y pleno mandato. Su gestión tiene que ver exclusivamente con el funcionamiento del SIS.

El otro órgano de gestión del SIS al término del primer ejercicio era el cuerpo médico.

Cuadro N° 21: Personal (asalariado o no) trabajando en el Sistema

Categoría	Número	Empleador	Porcentaje de tiempo dedicado al Sistema
Administrativos	10	Voluntarios	
Limpieza	1	Policlínica	2 horas diarias
Médicos	3	Policlínica	4 horas diarias

Enfermeros	2	Policlínica	6 horas diarias
------------	---	-------------	-----------------

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración de la Comisión.

c) Sistema de Información

Desde el comienzo de las actividades los médicos registran las consultas en planillas diarias de las cuales no existe una sistematización. Se estableció un sistema de contabilidad pero rudimentario en el primer ejercicio. No hubo presupuesto pero sí se hacía un balance mensualmente.

3.6 Asistencia técnica y formación

La única asistencia técnica que recibió el SIS durante el período de creación fue la referida a la selección del personal técnico.

Podrían considerarse como actividades de formación algunas charlas que dio una médica de la zona para los médicos seleccionados y la Comisión sobre atención comunitaria.

V. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

1. Grupo destinatario

El grupo destinatario actual es el mismo que se describió en el capítulo referido al inicio de las actividades del Sistema. No hay personas excluidas del grupo destinatario.

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

Como ya se mencionó, el SIS no tiene afiliados. Son beneficiarios de sus servicios todos los vecinos del barrio Peñarol y adyacencias.

1.3 Penetración del grupo destinatario

No hay datos que permitan conocer la proporción del grupo destinatario cubierta por el SIS, los datos con los que se cuenta son los referidos a la asistencia.

A continuación se presentan los datos procesados por la IMM relacionados a las atenciones realizadas en esta Policlínica desde su fundación.

Cuadro N° 22
Evolución de las prestaciones.

Año 1996 ²³	2780
Año 1997	10831
Año 1998	9903

Para el año 1998 las consultas se distribuyeron de la siguiente manera:

Cuadro N° 23
Distribución de las prestaciones según especialidad. Año 1998.

Medicina General	2608
Pediatría	2978
Ginecología	2262
Enfermería	2055
Total	9903

También la policlínica realiza actividades extramuros vinculadas a la Prevención y Educación para la Salud cubriendo distintos temas y llegándole a diferentes poblaciones de la zona: escolares, liceales, zonas carenciadas, etc.

2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el Sistema

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el Sistema

²³ Los datos del año 1996 son a partir de la fundación de la Policlínica el día 29 de agosto.

El actual paquete de beneficios responde a una ampliación de Servicios hechos por la Comisión, al primer paquete pactado con la IMM. La parte de atención básica ya está acordada con la IMM desde el inicio de actividades del SIS y por ahora no tiene posibilidad de modificarse.

La Comisión ha realizado acuerdos con algunos médicos especialistas (VER Anexo 5). Esta selección se realizó tomando en cuenta a algunos médicos que se habían presentado al primer llamado para quedar efectivos, por lo cuál la Comisión contaba con sus Curriculum. Se buscó seleccionar las especialidades vinculadas a las afecciones más comunes de la población.

Existe un único paquete de beneficios para todos los beneficiarios. El SIS informa fundamentalmente a los beneficiarios sobre los servicios cubiertos, horarios, etc. a través de la cartelera que está colocada en la puerta de la Policlínica.

Esporádicamente por medio de documentación escrita se informa al barrio sobre las actividades y servicios de la Policlínica. En el boletín barrial "atodotrapo"²⁴, los médicos de la policlínica escriben notas sobre diversos temas, se difunden las actividades realizadas por la Policlínica, etc.

El co - pago del ticket de los \$ 20 que se abona para consultas de medicina general, pediatría y ginecología, así como también para enfermería, responde a la necesidad de la policlínica de contar con recursos para autofinanciarse. Si bien los sueldos de los prestadores son pagados por la IMM, todos los demás gastos de mantenimiento, limpieza, servicios, etc. son pagados con estas recaudaciones.

Las excepciones como ya se mencionó, son en lo que la Comisión definió como atención prioritaria. Estos son los casos de los controles de las embarazadas, de los niños menores de un año y de las personas consideradas con riesgo social.

En el caso de las especialidades la situación es diferente, pues estos acuerdos los realizó directamente la Policlínica con los prestadores. Ellos no cobran sueldo, su pago proviene del pago del ticket que abona la persona que se atiende. El ticket tiene dos categorías. Para el público en general el importe es de \$ 100 (9 dólares aproximadamente) . A las personas que tienen carné de asistencia de Salud Pública, se les hace una rebaja y el importe queda en \$ 75 (7 dólares aproximadamente).

Comparativamente, es interesante señalar que en un estudio de Junio de 1999 realizado por el Plenario de IAMC, para trece Instituciones de Montevideo, los valores de las órdenes de consulta para medicina general y especialistas oscilan entre los \$ 35 y \$ 77. Estos montos en el caso de los especialistas son menores a los co – pagos en la Policlínica Zully Sánchez. (Véase Conclusiones.) De lo que pagan los pacientes por consulta con especialistas un 20% queda en la Policlínica y el restante 80% es percibido por los especialistas como honorarios. Si no existiera este co-pago, sería imposible para las finanzas de la Policlínica, solventar consultas con especialistas.

²⁴ Atodotrapo es una revista de distribución gratuita, mensual, que cuenta con el apoyo de la Mesa Administradora y Comisión de Fomento del Complejo de Viviendas por ayuda mutua Mesa 2. Tiene un tiraje de 1000 ejemplares y está en su 7° año.

En los casos en que es necesario derivar a un paciente a un nivel superior, la derivación estará pautada por la cobertura con que cuente el paciente. Si es necesario internarlo y está afiliado a una mutualista, se lo derivará allí, de lo contrario a Salud Pública, etcétera. En estos casos el alcance de la Policlínica llega hasta allí. No participa en ningún gasto del beneficiario posterior a su derivación hacia un nivel superior. Las tres prestaciones otorgadas desde el inicio de actividades de la Policlínica, están a tope. Dentro de las nuevas especialidades las que tienen más pacientes son Otorrinolaringología y Oftalmología.

El cambio que sufrió el paquete de beneficios desde el comienzo de las actividades del SIS, fue el agregar especialidades. La decisión la tomó la Comisión, viendo que existía demanda de parte de la gente de aumentar los servicios brindados. Por medio del co - pago de un ticket, en este caso mayor que el que se pagaba por los servicios iniciales, se logró tener acceso en el barrio a especialistas.

2.2 Pago de las prestaciones

La Policlínica utiliza una fórmula de co-pago para el otorgamiento de las prestaciones a los beneficiarios. La fórmula de pago siempre es la misma, lo que difiere, como se mencionó anteriormente, es el importe de los tickets.

En relación a las facturas de los prestadores, son ellos mismos quienes hacen los recibos a la Policlínica al recibir su sueldo. Queda el original en poder de la Policlínica y se mandan copias mensualmente a la IMM.

Existe un formulario llamado Registro de actividad diaria brindado por la IMM que registra las prestaciones otorgadas por el servicio en las áreas que tienen convenio con la misma.

Esta planilla consta de nombre y apellido del paciente, cédula de identidad, sexo, edad, y diagnóstico o motivo de consulta.

Los especialistas no tienen planillas diarias. Sólo llevan registrado en un cuaderno el paciente que atienden.

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

a) Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

No existe para los beneficiarios del SIS ningún sistema de crédito para cubrir otros servicios médicos, ni para el co-pago dentro de la policlínica.

b) Oferta de atención médica

Ya se ha definido en secciones anteriores la lista de servicios que ofrece el proyecto.

También se han expresado los criterios utilizados para definirlos, el proceso que se realizó en relación al aumento de los servicios, y los responsables de realizar la selección. También se mencionó que si bien el servicio está destinado a los vecinos de Peñarol y adyacencias, toda persona que necesite de la Policlínica y se acerque a ella, será atendida de igual forma que un vecino del barrio, con los mismos derechos. Ya se mencionó en secciones anteriores, la forma en que se financió la puesta en marcha de los servicios. Actualmente se financian a través del aporte de la IMM y del co - pago de los diferentes tickets.

No se constituyó una entidad jurídicamente independiente para la actividad de oferta de atención médica. Como se mencionó anteriormente quien tiene estatutos y personería jurídica es la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol, quien se ocupa de la Policlínica y de otros temas vinculados a las necesidades del barrio.

c) Prevención y educación para la salud

El SIS promueve diversas actividades vinculadas a la Prevención y Educación para la Salud. Algunas se realizan dentro de la Policlínica. Estas son dirigidas fundamentalmente a la población adulta y están vinculadas a problemas de salud como la diabetes, hipertensión, etc. En el año 1997 se realizó un grupo de autoayuda para hipertensos. También se realizan actividades llamadas por ellos "extramuros". En este marco se han dado charlas en las escuelas y liceos de la zona sobre diversos temas, se visitaron los jardines de infantes de la zona midiendo y pesando a los niños. Los objetivos de estas actividades los discuten los médicos y luego presentan las propuestas a la Comisión.

Los días 30 de junio y 1° y 2 de julio del presente año, se realizó en la Policlínica una jornada denominada : "Jornadas de sexualidad y afectividad en el barrio". Fueron talleres realizados con estudiantes de enseñanza secundaria del Liceo n° 40. La idea surge de la ginecóloga de la Policlínica, Dra. Alicia Alemán, al comprobar que un 32% de las embarazadas que se controlaban en la Policlínica, eran adolescentes. Realizaron talleres durante tres días consecutivos. La propuesta del trabajo se le realizó al director del Liceo, contando con un total apoyo del mismo. Asistieron aproximadamente unos 50 estudiantes cada día. Los temas abordados fueron embarazo adolescente, primera relación sexual, maternidad, aborto, homosexualidad, etc. Las carteleras realizadas en estos talleres por los estudiantes se colocaron en la sala de espera de la Policlínica.²⁵

También se realizó recientemente una muestra en las Cooperativas de vivienda de Mesa 2, tomando presión, con diversas carteleras, fomentando el tema de la lactancia, etc.

También la Policlínica tomó la iniciativa de salir a la feria del barrio con el objetivo de promocionar los móviles de la IMM en el barrio. De esta manera lograron que 40 mujeres se anotaran para realizarse mamografías en dicho móvil. Para ello la Policlínica hizo folletos que repartió en esa jornada.

d) Otro tipo de servicios

No hay otro tipo de servicios más allá de los de salud mencionados ofrecidos por el SIS a sus beneficiarios.

3. Aspectos financieros del funcionamiento del Sistema

3.1 Fuentes de financiamiento del Sistema

Cotizaciones

²⁵ Información obtenida de la revista barrial "atodotrapo", en nota de la Ginecóloga Alicia Alemán.

Cómo ya se mencionó, el SIS no tiene afiliados, por lo cual tampoco tiene ingresos por cotizaciones.

Contribuciones financieras del Estado

La Policlínica Zully Sánchez recibió aporte financiero de la IMM en calidad de donación para completar las obras de remodelación del local. Como se mencionó anteriormente a partir del 29 de agosto de 1996 (fecha de inauguración de la Policlínica) , cada cuatro meses la IMM deposita el importe correspondiente a los sueldos de los prestadores. (Mensualmente la Administración de la Policlínica retira los importes correspondientes y envía las fotocopias de pagos y recibos a la IMM)

Recibe también semanalmente por parte de la IMM un gran número de medicamentos que son entregados en forma gratuita a los pacientes que se atienden en la Policlínica. También mandan la parte de papelería, formularios etc. y anteriormente a la inauguración colaboraron con algunos muebles, camillas, etc.

La IMM tiene firmados acuerdos similares con otras 11 policlínicas médicas y con 6 policlínicos odontológicos, gestionadas por vecinos en diferentes barrios de la ciudad .

Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes

El SIS recibe colaboraciones de comerciantes del barrio en forma periódica. Si bien no están establecidas como una colaboración mensual, figuran en los ingresos contables como un rubro aparte.

En el ejercicio agosto 96- setiembre 97 esta suma ascendió a \$ 15.841.²⁶-

En el ejercicio octubre 97- noviembre 98 la misma fue de \$ 1.730.-

Prestamos y créditos

Hasta el momento el SIS no ha realizado préstamos de ningún tipo para solventar su gestión.

Transferencia de fondos

El MIRPA transfirió fondos al SIS en diferentes oportunidades. Contribuyó con un fondo para el inicio de las actividades. En ocasiones realiza donaciones en dinero y especies. Como ejemplo la Computadora con la que cuenta la Policlínica es un aporte de esta Intersectorial.

En el año en curso realizó una donación de \$ 2000. a la Policlínica.

Todas estas transferencias de fondos son realizadas como donaciones.

El origen del dinero aportado por el MIRPA surge de lo recaudado en los escenarios barriales de Carnaval; en ocasiones el MIRPA recibe donaciones de diferentes objetos que luego distribuye entre las organizaciones sociales que lo integran

²⁶ Aquí están comprendidas las colaboraciones hechas para la inauguración de la Policlínica.

Otros

Las otras fuentes de financiamiento del SIS son los tickets de \$ 20 que se cobran a los pacientes y el 20 % que queda para la Policlínica del ticket cobrado para la atención con especialistas.

3.2 Costos

El pago de prestaciones no entra en los ejercicios contables de la Policlínica por ser pagados con el dinero aportado por la IMM, que se dedica exclusivamente a pagar los sueldos.

La inversión mensual a agosto de 1999 en sueldos era de \$ 27.624. (equivalente a 2.400 dólares) por el pago de los tres médicos y \$ 11.562. (equivalente a 980 dólares) por el pago del sueldo de los dos enfermeros.

3.3 Excedentes y distribución de excedentes.

La Policlínica Comunitaria Zully Sánchez, se define como una asociación sin fines de lucro. No hay excedentes.

4. Prestadores de Atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS.

Existe un plantel fijo de médicos, a los cuales pueden dirigirse todos los beneficiarios. Se informa sobre los horarios de los mismos y sus especialidades a través de la cartelera y en algunos casos a través del boletín informativo barrial.

Cuadro N° 25 Prestadores autorizados por el Sistema de salud.

Nombre/Identificación prestadores	Localización	Tipo	Nivel	Tipo servicios ofrecidos	Fecha autorización
Dr. Alejandro Goyret	Policlínica Zully Sánchez	Privado	1	medicina general	29 de agosto de 1996
Dra. Estela Méndez	Idem	Privado	1.2	pediatría	1998
Dra. Alicia Alemán	Idem	Privado	1.2	ginecología	29 de agosto de 1996
Dra. Silvia Guzón	Idem	Privado	1.2	cardiología	1999
Dr. Juan José Lema	Idem	Privado	1.2	otorrino	1999
Dr. Bosco	Idem	Privado	1.2	oculista	1998
Dra. Anabela Muniz	Idem	Privado	1.2	dermatología	1999
Lourdes Giménez	Idem	Privado	1	enfermería	29 de agosto de 1996
Obelar Farías	Idem	Privado	1	enfermería	1998

La oferta de atención médica en la zona del barrio Peñarol es muy limitada. Se cuenta además de con la Policlínica Comunitaria Zully Sánchez, con la atención de la Policlínica de Mesa 2.

Como ya se mencionó en secciones anteriores los médicos y enfermeros fueron seleccionados mediante un llamado abierto a concurso .

4.2 Relaciones entre los prestadores y el Sistema de seguro

Los prestadores autorizados tienen su convenio establecido desde el inicio de las actividades. Desde el inicio del SIS hubo dos cambios en el Personal. La Pediatra que se retiró por problemas de salud, y una enfermera a la cual se le solicitó la renuncia. El motivo de dicha solicitud de renuncia tuvo que ver según la Comisión con graves problemas referidos con el vinculamiento humano de dicha funcionaria con la Comisión. A partir de este hecho se generó un conflicto con el personal médico en el cuál hubo intervención de la IMM para su solución.

En un momento el SIS había hecho un buzón para recoger la opinión de los beneficiarios en cuanto a la calidad de los servicios, pero en la práctica no se utilizó. Tanto las voluntarias como los médicos reciben de los vecinos del barrio su agradecimiento que a veces se materializa en un paquete de galletitas, una comida hecha por alguna vecina, etc.

Saben también que no todos los vecinos están conformes con el servicio, algunos se quejan por no llegar a conseguir números, etc.

Se realizan reuniones regulares entre la Comisión y un delegado de los prestadores a fin de planificar las actividades de Prevención en el barrio y de discutir algunos temas de funcionamiento. La modalidad de vinculación entre la Comisión y los prestadores siempre ha sido la misma. También tienen un cuaderno diario donde se anotan todas las novedades, los cambios de horarios, los suplentes, etc.

No se ofrecen incentivos de ningún tipo al personal del cuerpo médico.

4.3 *Pago a los prestadores*

Existen dos modalidades de pago para los prestadores de atención médica: salario mensual para quienes se rigen por el convenio con la IMM y partida por acto médico para los especialistas que acordaron este convenio directamente con la Comisión.

Los médicos de medicina general, pediatría y ginecología, cobran por hora. Tienen su horario establecido en 20 horas semanales. Quienes cubren las demás especialidades cobran por consulta. A los primeros se les hace una liquidación mensual, a los últimos se les paga diariamente al finalizar las consultas. Todos cobran en efectivo. El modo de facturación en esencia ha sido siempre el mismo.

Todos los meses se hace la liquidación del dinero que se saca de la cuenta del Banco (que fue depositado por la IMM). Los médicos hacen sus recibos y el Administrador de la Policlínica hace los recibos de los enfermeros. Se hacen fotocopias de todos estos recibos y se hace una carta que se adjunta y se manda todo a la IMM. La carta la hace la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol, en hoja membretada y la Presidenta de la Comisión firma la relación que se les manda.

Para quienes cobran mensualmente, el plazo de pago es entre el 1 y el 10 de cada mes. Los únicos atrasos que ocurren es cuando cuatrimestralmente la IMM debe depositar el dinero en el Banco. En esos casos el pago se ha llegado a atrasar hasta el 15 o 20 del mes.

5. *Administración y gestión del Sistema de seguro*

5.1 *Estatutos y reglamentos*

Como se dijo anteriormente, el SIS no tiene personería jurídica. Tienen un reglamento interno de funcionamiento . Los principales puntos de su contenido están referidos a los derechos y obligaciones de los prestadores de atención médica.

5.2 *Organización de la gestión del Sistema*

La gestión global del sistema está a cargo de la Comisión. Esta se reúne con un delegado de los técnicos una vez por mes. Sus responsabilidades entre otras son la organización administrativa y gestión de la policlínica, la discusión de los presupuestos, aprobación de los balances, etc. La otra estructura encargada de la gestión del SIS es el equipo médico. Estos órganos son exclusivos para el SIS.

Actualmente la Comisión de Policlínica está integrada por 10 mujeres y 2 hombres. El cuadro muestra especificaciones sobre el personal que trabaja para el Sistema.

5.3 *Carácter democrático y participativo de la gestión*

La información sobre el funcionamiento del SIS que recibe el barrio es a través de diferentes medios. Ocasionalmente la Comisión reparte volantes informativos. El Periódico Barrial "atodotrapo" es gratuito y se reparte en la cooperativa de viviendas de Mesa 2 y en la feria. Sale mensualmente y tiene un tiraje de 1000 ejemplares. Se informan en él algunos cambios de horarios y los médicos mandan notas sobre diversos temas de Salud. Anteriormente hubo un periódico de los jubilados que también informaba sobre actividades de la Policlínica.

5.4 Gestión de las disponibilidades

El funcionamiento del Sistema demanda de algunos gastos operativos. Los gastos corrientes efectivos los autoriza la Presidenta de la Comisión y le solicita al Administrador que traiga el dinero. Los gastos de UTE, ANTEL, etc. no necesitan autorización y los paga el administrador que es quien lleva la caja chica. El SIS sólo tiene una cuenta bancaria de caja de ahorros. No tiene cuentas corrientes ni plazos fijos.

La Presidenta y el Secretario son quienes pueden retirar dinero de esta cuenta. Esta cuenta sólo se utiliza para los sueldos de médicos y enfermeros y se genera a partir de los depósitos cuatrimestrales que realiza la IMM. Todas las transacciones se realizan en efectivo.

La caja chica se utiliza para los pagos de los distintos servicios, agua, teléfono, gas, café y té, papelería, etc. También los pagos de los especialistas se realizan en el momento y salen de la caja chica. Esta es manejada por las administradoras y una vez por semana se hace una liquidación al Administrador de la Comisión.

5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión.

Registro contable

El SIS dispone de una contabilidad propia y toda la documentación se encuentra al día.

Los documentos de registro contable que se utilizan están dentro de las normas nacionales y son: estado de situación anual, presupuesto mensual de gastos estimado y cuentas de gastos e ingresos mensuales. El responsable de estos registros es el administrador. El Sr. Carlos Núñez estudió Ciencias Económicas faltándole dos materias para recibirse de Contador Público. Fue Jefe de Cuentas Corrientes en Cervecerías del Uruguay por 43 años. Lleva libros de varios comercios de la zona.

Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

Como ya se mencionó, el SIS cuenta con un registro diario de las prestaciones de los médicos y enfermeros y la IMM centralmente, procesa esta información.

Instrumentos de gestión

A los efectos de ordenar y procesar la información que el funcionamiento del Sistema de salud genera, se establece un Presupuesto semestral, un Balance contable anual y un Estado de resultados (se adjuntan copias de estos documentos). La Policlínica no realiza estas operaciones mediante procesos informáticos.

Formalización de los procedimientos de gestión

Para el funcionamiento corriente del Sistema, la Policlínica comunitaria Zully Sánchez utiliza una serie de formularios y documentación de carácter administrativo, a saber:

- Tickets de pago para los médicos, enfermería y especialistas
- Recibos para el pago de los médicos
- Recibos para el pago de los enfermeros
- Parte diario médico
- Parte diario de enfermería
- Cuaderno diario de novedades
- Cuaderno de registro de los pacientes atendidos por los especialistas contratados por la Comisión

5.6 Función de control

El control de caja se realiza semanalmente. Se le entrega el dinero recaudado al tesorero. En el cuaderno diario de novedades se anotan todos los movimientos que se hacen de la caja chica.

Una vez por año, el Presidente de la Comisión Fiscal de la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol, controla toda la Contabilidad. Verifican que concuerde todo lo referido a entradas de dinero, salidas, gastos, etc.

A los efectos de realizar un control de los medicamentos entregados por la IMM, semanalmente se le entregan las recetas de todos los medicamentos brindados a los pacientes. También la IMM realiza un control de los sueldos pagados por la Comisión, a través de la carta que se envía mensualmente a la misma con fotocopias de todos los recibos de sueldos abonados.

No se realizan auditorías externas.

5.7 Distribución real de funciones

en Anexo 7 se presenta un cuadro resumen, en el cual se muestran las personas u órganos que toman las decisiones dentro de la gestión del Sistema de Salud

No hubo hasta el momento ningún tipo de actividad de formación destinada a los responsables de la policlínica. En el área de Ginecología, la Dra. Alicia Alemán, ha participado en algunos cursos y talleres en la IMM. No han sido regulares.

5.8 Equipamiento e infraestructura

La Policlínica Comunitaria Zully Sánchez cuenta con un local cedido por AFE en la Avda. Saravia y Sayago, barrio Peñarol. Este local cuenta con 3 consultorios, 1 enfermería, 1 local de vacunación, 1 local de farmacia, 1 cocina, 1 salón multiuso, 2 baños y 1 recepción. El equipo informático con el que cuentan es un PC que tiene Windows 95, y una impresora color.

Como medios de comunicación, el único con el que cuenta la Policlínica es con un teléfono.

6. Actores en relación con el sistema

6.1 Estructura de reaseguro y fondos de garantía

La Policlínica cuenta con un seguro de la casa contra robo e incendio y con seguro de accidente para los enfermeros.

Hasta el momento no se ha hecho uso de ninguno de ellos.

6.2 Estructuras de asistencia técnica

Hasta el momento no se ha recibido asistencia técnica externa de ningún tipo.

6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social.

Como mencionamos anteriormente la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol, y por lo tanto la Policlínica Comunitaria Zully Sánchez, es integrante de MIRPA. Como tal, tiene vinculaciones con todos los sindicatos de la zona de Peñarol, con las cooperativas de vivienda de la zona, con la Policlínica Médica y Odontológica de Mesa 2, etc. Esta vinculación existe desde su origen y se materializa en hechos como el intercambio de recetas y medicamentos con las Policlínicas mencionadas, la entrega de donaciones por parte de MIRPA a la Policlínica, etc.

6.4 Otros actores

El SIS ha establecido relaciones con la Intersectorial de Salud de la zona a través de la participación de un integrante de la Comisión en reuniones quincenales de dicho organismo. Con el Concejo Vecinal y la Junta local ha establecido vínculos a fin de coordinar aspectos relacionados a la parte edilicia y otros aspectos de funcionamiento que no se coordinan con la IMM a nivel central sino local. Con la IMM a nivel central todos los aspectos ya mencionados en relación a los sueldos de los prestadores y los talleres en los cuáles han participado algunos médicos.

VI. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

La Policlínica comunitaria Zully Sánchez no utiliza indicadores de funcionamiento. La mayoría de los indicadores propuestos por la guía están vinculados de alguna manera con las afiliaciones y/o cotizaciones por lo cuál no es pertinente dicho cálculo. Los indicadores vinculados al Financiamiento y situación financiera también resultan engorrosos para su cálculo debido a la modalidad de financiamiento de esta Policlínica, que como se describió en los capítulos correspondientes todo lo referido a sueldos no surge de las propias finanzas sino que es aportado por la IMM. Esto implica que la Policlínica lleva dos contabilidades separadas, una es la caja de ahorro que abrió la IMM a los efectos mencionados, la otra es la contabilidad interna en la cuál están los gastos chicos de funcionamiento y los pagos a los especialistas.

VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

Este capítulo tiene como objetivo, recoger el punto de vista de los actores implicados en el funcionamiento del Sistema. La recolección de información sobre el punto de vista de los responsables, de los prestadores y de otros actores, fue realizada mediante entrevistas.

El punto de vista de los beneficiarios no será tratado pues no se cuenta con estudios secundarios al respecto.

1. Procesos de evaluación

No se han realizado encuestas, ni reuniones en relación a la opinión de los beneficiarios sobre el funcionamiento de la Policlínica, por parte de sus responsables o a iniciativa de los mismos.

Una vez por mes se realizan evaluaciones internas. En ellas se reúne la Comisión con un delegado de los médicos. En estas reuniones se tratan los aspectos vinculados a las actividades realizadas "extramuros" de Educación para la Salud y Prevención, y algunos problemas puntuales que puedan surgir. No se han realizado evaluaciones externas.

Hay un control indirecto pero efectivo a través de las organizaciones sociales responsables : Comisión de Fomento en particular, y MIRPA por su integración plural, en general. El alto nivel sostenido de consultas (promedialmente 10.000 anuales) indican un grado de necesidad y satisfacción que confirma la viabilidad de la experiencia.

1.1. Punto de vista de los responsables

1.1.1 Puesta en marcha del Sistema

En el proceso de puesta en marcha del Sistema, los siguientes son los elementos que a juicio de los responsables fueron los principales factores de éxito del mismo.

- La necesidad del barrio de contar con un Sistema de Salud, la avidez que tenía la gente, que fue una necesidad realmente sentida.
- El buen funcionamiento
- La buena atención al público
- El hecho de contar con una organización previa que permitió llevar adelante un proyecto de tal magnitud
- La transparencia de todo lo que se hace
- La información a todo el barrio de las actividades de la Policlínica a través de los escenarios de carnaval.

Con relación a las dificultades se refirieron a:

- La desconfianza de algunos vecinos en relación a algunos aspectos financieros. (algunos vecinos creen que los voluntarios cobran sueldos)

- El vínculo con los prestadores de atención médica. Ha habido problemas que se fueron solucionando. La Comisión siente que no es "patrón", pero a veces tiene que actuar como tal.

1.2 Conocimiento de los beneficiarios sobre el funcionamiento del SIS

Consideran que hay un buen conocimiento en el barrio sobre el funcionamiento de la Policlínica, pero todavía queda gente que no está informada. Algunos vecinos no entienden que se hace con el dinero recaudado a través de los tickets, pero en general hay una buena actitud y un buen entendimiento del funcionamiento del sistema.

La satisfacción de los vecinos está dada por el hecho de contar con un buen servicio a un bajo costo y en algunos casos gratis. La insatisfacción se vincula con algunos hechos puntuales, ejemplo no llegó a tiempo para sacar número, hay un médico suplente y el paciente no le tiene confianza y no se quiere atender, etc.

Es la misma gente del barrio que en su mayoría contrarresta estas opiniones de los vecinos que tienen malentendidos con la Policlínica.

1.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

Consideran que el SIS permitió mejorar el acceso de los beneficiarios a la atención médica. Ello se puede ver a través de las consultas a embarazadas y niños menores de un año que se realizan en forma gratuita y que significan un logro importantísimo para el barrio. También lo ven a través del aumento del número de consultas y el aumento de las especialidades.

Los médicos de la Policlínica se preocupan por los pacientes, los conocen, les hacen un seguimiento, en los casos en que resulta necesario se comunican con los mismos si no han venido a las consultas. Piensan que los paquetes de beneficios corresponden en un 100 % con las necesidades prioritarias de salud de los beneficiarios.

Tanto la Comisión, los médicos y los beneficiarios, cada uno desde su rol, han demostrado gran interés en las actividades de prevención y educación para la Salud.

Por lo general no hay problemas de acceso a los servicios cubiertos. El número para atenderse se saca en el mismo día y lo usual es que se cubra toda la demanda. Cuando hay urgencias se atienden siempre, más allá de que se hayan terminado los números. Los vecinos tienen la posibilidad de llamar por teléfono para informarse si todavía quedan números.

No hay problemas con la facturación de los prestadores y el sistema va a seguir siendo el mismo.

En la actualidad la Comisión no tiene dificultades con los prestadores. Las tuvo y se solucionaron. A partir de estas dificultades hubo algunos cambios en los vínculos y se formalizan más algunos procesos para evitar problemas en el futuro.

1.4 Gestión de riesgos vinculados con el seguro

Este sistema de salud no tiene restricciones para la utilización de los servicios. No se han tomado medidas para limitar la selección adversa.

Según la opinión de la Comisión no ha habido riesgo moral.

No hay manera de abaratar los costos de funcionamiento. El objetivo que tienen en este aspecto es lograr autoabastecerse en todos los aspectos en los que no tienen el apoyo de la IMM.

1.5 Fraudes

El Sistema no ha tenido, hasta el momento, problemas de fraudes en su gestión.

1.6 Administración y gestión

Actualmente la responsabilidad jurídica de la gestión de la Policlínica la tiene la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol. El SIS no encarga operaciones a terceros. No existen problemas de capacidad ni de compromiso del personal ni de los responsables para la adecuada ejecución de las tareas.

Piensan que deben mejorar el sistema de información. Debería haber mucha más comunicación con el barrio, pero entre otros no se cuenta con dinero para invertir en este rubro.

Desde que se inició la Policlínica los responsables de la Comisión son los mismos. Sólo cambió la Tesorera. Este cambio se debió a la mayor especialización del actual administrador para llevar adelante la tarea.

Consideran que el nivel de gastos de funcionamiento es satisfactorio .

1.7 Relaciones con el Estado (nacional y local)

La intervención de la IMM existe desde el comienzo de las actividades. Cuando hubo un conflicto entre los prestadores y la Comisión marcaron su posición. Consideran que la IMM interviene buscando el mejor relacionamiento. También interviene en la elección de los prestadores.

Desearían tener más apoyo del estado en lo financiero. Si tuvieran ese apoyo no tendrían que cobrar el ticket de \$ 20 a los pacientes. La idea original que tuvo el MIRPA y la Comisión de Fomento era que la atención fuera totalmente gratuita. No tienen apoyo de Salud Pública. Las recetas de las Policlínicas Comunitarias no son válidas en Salud Pública.

1.8 Funcionamiento global

Pensando en introducir nuevos servicios, se plantean la atención odontológica y sus objetivos serían lograr la atención gratuita para embarazadas y niños. Se plantean este objetivo pues contarían con un sillón odontológico y podrían realizarse acuerdos con el Policlínico Odontológico de Mesa 2 para lograr mejores resultados para el barrio.

Consideran como puntos fuertes del sistema:

1. La autogestión
2. La Dirección de la Policlínica por voluntarios que además son sus propios usuarios
3. La base organizada a partir de la cual se originó la policlínica.
4. La buena atención y la Prevención y Educación para la Salud.

El único factor que podría poner en peligro la existencia del SIS, sería que hubiera algún problema con la IMM.

Para mejorar el funcionamiento y el impacto se necesita más comunicación con el barrio y más acciones de Prevención y Educación en el barrio.

2 Punto de vista de los prestadores de atención médica

Se entrevistó a los Dres. Alicia Alemán y Alejandro Goyret, quienes ejercen como médicos de la Policlínica desde el día que ésta abrió sus puertas. Ambos consideran que la Policlínica Comunitaria Zully Sánchez ha mejorado al estado de Salud de los vecinos del barrio Peñarol. "Era una necesidad sentida por la gente".

No han podido elaborar indicadores de Salud para medir el impacto, pero pueden apoyarse en el hecho de que la Policlínica cubrió un horario y un tipo de atención que anteriormente no existía en el barrio. La ginecóloga considera que la cobertura de Papanicolau en la población de la zona ha aumentado. Si bien no existe un método para medirlo, ella puede comprobarlo en las fichas de las pacientes que atiende.

En este sentido consideran que la Policlínica ha impactado en la conciencia preventiva de la gente. En medicina general, se atienden casos de hipertensión y diabétis, que anteriormente no tenían control. Los médicos de la Policlínica han logrado establecer relaciones individuales con los pacientes que favorecen la prevención. Nos mencionan que la gente que tiene mutualista a través de DISSE, en la mayoría de los casos no puede acudir a la misma por los costos que tiene cualquier tipo de consulta en ellas. Además el servicio está planificado de manera que los tiempos de las consultas sean más largos que lo que son en las mutualistas y en Salud Pública.

Desde el punto de vista de los aportes en cuanto a su ejercicio profesional, mencionan que realizan trabajos que en otros lados no se hacen: la prevención, la educación para la Salud, el trabajo "extramuros", extra asistencial.

Creen que es bueno compartir la experiencia con las colaboradoras que ceden su tiempo para un trabajo comunitario.

También consideran positivo el relacionamiento con los pacientes, pues no está tan presionado como en otros ámbitos. Además sienten que la gente capta que ellos se comprometen con sus problemas a través de su profesión médica. Cuando los tienen que

derivar a Salud Pública, les facilitan los contactos. " Acá la cosa pasa por otros carriles". Se trata de resolver los problemas ya que hay mucha población con necesidades básicas insatisfechas.

Creen que la Policlínica se ha convertido en un punto de referencia del barrio. En el aspecto financiero consideran que tienen un buen salario, sin embargo la modalidad que tienen, el hecho de no ser empleados de la Intendencia, sino que son arrendadores de servicios a la Policlínica les genera algunas inseguridades laborales. Ellos facturan por sus servicios; si no trabajan no cobran.

En relación a su vínculo con la Comisión, mencionan que han aprendido a trabajar en forma complementaria.

Hubieron algunos problemas vinculados al relacionamiento laboral complejo que se genera entre los técnicos y la Comisión. Si bien hay una buena comunicación en lo personal con las colaboradoras, consideran que no la hay con la Comisión como tal. Como sugerencias creen que debería haber una mayor comunicación con la IMM y que la gestión de la Comisión debería estar más tutelada.

También consideran que si bien se realizan acciones educativas preventivas, la prioridad en los hechos es lo asistencial. Piensan que es un punto a estudiar y que también se debería dedicar parte del tiempo a realizar relevamientos estadísticos y epidemiológicos que permitieran evaluar el trabajo. Para ello habría que regular mejor la demanda asistencial.

La IMM también sacó horas a la Prevención. Sólo una vez por año hay reunión de todos los médicos de la IMM. Consideran que no es suficiente. Sí han tenido apoyo de la IMM en el área materno infantil. Sin embargo la población adulta está más desprotegida. Los indicadores son más difíciles de medir.

Para mejorar su funcionamiento el SIS debería realizar evaluaciones periódicas.

3 Punto de vista de otros actores

Se entrevistó a la Asistente Social Beatriz Berreta, quien trabaja en el CCZ 13 en el Eje Salud.

Sus tareas están vinculadas a la Intersectorial de Salud y brinda apoyos puntuales en las Policlínicas en los Programas de Mujer. (Prevención de cáncer genito mamario y métodos anticonceptivos fundamentalmente)

Considera que la Policlínica Zully Sánchez cuenta con un equipo humano "riquísimo". "Los técnicos y la Comisión tienen una gran vocación"

Piensa que la Policlínica ha contribuido mejorar el estado de salud del barrio Peñarol. " Este barrio estaría en ventaja en relación a otros barrios de trabajadores". A pesar de ello no sabe hasta que punto el usuario realmente logra ver este alcance. Son experiencias ampliables. Cree que hay temas para limar en cuanto a los roles. Las relaciones entre los médicos y la Comisión podrían ser mejores y quizás la IMM debería apoyar más en estos aspectos.

Considera que posiblemente los desborde la demanda y eso redunde en un menor número de actividades "extramuros". De todos modos han contribuido a un cambio en el modelo de Salud.

VIII. CONCLUSIONES.

La Policlínica comunitaria Zully Sánchez, creada por los vecinos del barrio Peñarol, surge como una respuesta a las carencias que tiene la organización de la Salud en el Uruguay, en una zona particularmente afectada por los efectos de una macropolítica como son especialmente, las consecuencias del cierre del servicio de pasajeros por ferrocarril y otras tradicionales fuentes de trabajo en la zona, el traslado de una policlínica de salud pública, los efectos nuevos de determinadas formas de exclusión, pobreza y carencialidad que se desarrollan en la zona a partir de fines de la década del 80. Evidencian estos efectos los nuevos asentamientos precarios que se han instalado en la zona- tradicionalmente obrera, no marginal - , generando a partir de este crecimiento fuera de la zona urbana, problemas de salud anteriormente no existentes vinculados al hacinamiento, falta de saneamiento, etc.

La zona se caracterizó históricamente por tener organizaciones sociales y sindicales fuertes y es en el año 1985 que se funda MIRPA²⁷, organización social de segundo grado, coordinadora de distintas organizaciones de base territorial (comisiones de fomento, barriales, complejos de viviendas); funcionales (policlínicas, liceos, comisiones de salud, escuela pública, clubes sociales) y sectoriales (consejo pastoral de la parroquia, cooperativa artesanal, unión ferroviaria, movimiento de jubilados).

MIRPA aspira desde su origen a ser la coordinadora entre el conjunto de las organizaciones barriales de Peñarol y el Estado.

En 1996 concreta la creación de la Policlínica a través de la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol, por lo cual se venía bregando desde hace más de una década.

Si bien los problemas en Uruguay no son los típicos de América Latina en cuanto a falta de cobertura, exclusión y pobreza, existen otros tipos de exclusión del mismo.

Exclusión dados los ingresos (se cuenta con ingresos u obligaciones normativas para integrar el seguro de salud obligatorio por medio de IAMCs pero se carece de recursos para efectivizar la asistencia en el momento de necesitar realizar los copagos o los ingresos son excesivos para lograr la atención en la salud pública (MSP) pero insuficientes para acceder a las IAMCs); o por dificultades de acceso real por horarios; o por el alto costo de los medicamentos y dificultades de acceso y demora en atención de especialistas; por la falta de continuidad en el médico tratante; por no ver a su familia beneficiada con los servicios (en Uruguay el seguro de salud obligatorio comprende al trabajador formal de la actividad privada -580.000- y a los jubilados ex dependientes con ingresos inferiores a U\$S 200.-/mes - 45.000- , pero no incluye al núcleo familiar en ninguno de los dos casos); por falta de diálogo y soluciones para concretar servicios coordinados o articulados con los efectores preexistentes dada la actitud de las autoridades; o por la distancia física y las pérdidas salariales o de días trabajados para concretar la asistencia en los centros preexistentes; etc.

Por otra parte, en Uruguay existen carencias de investigación, organización, capacitación, racionalización y coordinación en el sistema nacional de salud. La atención de salud sufre un

²⁷ Mesa Intersocial Reivindicativa de Peñarol y Adyacencias

proceso de encarecimiento y de crisis de financiamiento progresivo y preocupante, siendo en estos días uno de los centros del debate público, a nivel social, de gobierno y parlamentario. A vía de ejemplo, se dictó en estos días un decreto de creación de una Comisión Interinstitucional para el análisis del sistema mutual de asistencia, que hasta el momento tiene afiliados a la mitad de la población total del país (1:500.000 afiliados por sistema de prepago en un total de 3: 300. 000 habitantes)

A partir de la década del 90, junto al progresivo desmejoramiento de los servicios públicos de salud que se venía dando se produce un aumento significativo de los costos de copago en las IAMCs (en 1994 alcanzan el 12,2 del financiamiento). Por otro lado, en el mismo momento, producto -entre otros factores- de las carencias en las atenciones de emergencia a domicilio y el exceso de médicos (con su consecuente búsqueda de fuentes laborales) , se desarrolla fuertemente un sistema complementario de prepago: las emergencias de asistencia médico móvil (que en la actualidad tienen unos 800.000 afiliados, principalmente en Montevideo.

En este contexto general, ha habido diferentes respuestas por parte de la población, que en forma organizada ha logrado crear sus propios servicios de Salud contando con diferentes apoyos: sindicatos, cooperativas de viviendas u organizaciones sociales.

La necesidad del barrio Peñarol de contar con una Policlínica de atención primaria resultaba cada vez más evidente. En primer lugar los vecinos se ven directamente afectados por el cierre de la única Policlínica de Salud Pública con que contaba la zona , que es trasladada a otro barrio de la ciudad; por otra parte el barrio se ve sumamente afectado por el cierre de los trenes de pasajeros de AFE, no sólo por las repercusiones que tuvo social y económicamente (pérdida de puestos de trabajo, de actividades económicas vinculadas a los trabajadores de AFE, servicios periféricos a los mismos, etc.), sino también en lo que respecta a la Salud, por la mayor aislación debido al medio de transporte rápido y directo con el centro de la ciudad y por la pérdida del Centro de Asistencia de Salud de los trabajadores de AFE, que en casos de emergencia era utilizado por los demás vecinos.

Un reciente estudio del Claeh ²⁸ indica que la zona noroeste de la ciudad, es la que tiene mayores problemas de empleo, incluyendo lógicamente a esta zona objeto de estudio. Por otra parte, la tasa de desocupación específica para este CCZ 13, se ubica en el 14,5 % , alcanzando al 17,3 % en mujeres. Recordamos que las tasas nacionales en los últimos años se ubican en el entorno del 10-12 %.

Los vecinos organizados en la Comisión de Fomento Nuevo Peñarol, integrante de MIRPA, conscientes de estas carencias, visualizando también los grandes problemas del barrio con respecto al saneamiento, a la población de riesgo social habitante de los asentamientos precarios, se plantean el objetivo de crear un Sistema de Salud dirigido en primer lugar a la educación y prevención en Salud y también a cubrir las necesidades asistenciales.

Además de las necesidades se cuenta con algunos recursos: humanos – un voluntariado social firme, médicos promotores de la idea y con experiencia previa de la Policlínica cercana de Mesa 2-; el edificio donado por AFE; el sustancial apoyo financiero y organizativo de la IMM.

²⁸ Centro Latinoamericano de Economía Humana. Julio 97. “ Aproximación al estudio de los mercados de trabajo locales en Montevideo.”

Este proyecto contó desde su inicio con el apoyo de la Intendencia Municipal de Montevideo, sin el cuál no hubiera sido posible su concreción y hasta hoy tampoco sería viable sin el mantenimiento de dicho apoyo.

"La descentralización es concebida fundamentalmente como un instrumento democratizador de la sociedad, y más allá de las implicancias y dimensiones jurídico administrativas en las cuales se operan importantes cambios, cobran especial relevancia los aspectos referidos a la redistribución del poder en la sociedad. En el marco de esta concepción es que se define la planificación, instrumentación y ejecución del conjunto de políticas municipales entendiendo al municipio como un instrumento al servicio de las necesidades de la comunidad, creador de bienes, prestador de servicios, y promotor de la cultura y de la preservación del medio ambiente. En el contexto de estas finalidades es que se visualiza el papel fundamental de las políticas sociales municipales, como instrumento de intervención dirigido a atender (aunque no en forma exclusiva) a los sectores de la población que presentan mayores niveles de carencialidad."²⁹

La IMM dentro de su política de descentralización ha apoyado a través de diferentes convenios varios emprendimientos comunitarios en diferentes áreas, fundamentalmente en Educación y Salud.

De algún modo estos acuerdos cubren necesidades de poblaciones que no tienen soluciones a través de la organización de la salud en el Uruguay y particularmente en Montevideo. Es así que la División Salud de la IMM tiene como propósito general “ contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva”. A partir de ello , con un programa de atención zonal a la Salud, que tiene como objetivo general “ desarrollar planes de atención zonal a la salud, que a partir de las policlínicas municipales y en coordinación con otras instituciones de salud, contribuyan a conformar la base de los Sistemas Locales de Salud. Esto supone profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y de gestión de los servicios, en el marco de la descentralización político administrativa y la participación social articulada por los órganos de gobierno local.”

El objetivo específico de este programa es “ avanzar en el proceso de transformación de modelo asistencialista curativo, revalorizando el concepto de integralidad en las acciones con énfasis en la promoción y prevención. Impulsar los programas de atención integral por grupos de población priorizados y problemas seleccionados. Definición de indicadores y establecimiento de metas.”³⁰

Como parte de estos propósitos y objetivos, además de las Policlínicas propias la IMM, apoya con recursos humanos y gastos de funcionamiento, a policlínicas barriales que integran la red de servicios de salud comunitarios en diferentes zonas de Montevideo, entre ellas la Zona 13.

Otro ejemplo de la atención de la carencialidad en la zona, es el monto de gastos e inversiones de la División Promoción Social de la IMM que ubica a este barrio en tercer lugar respecto a los montos mayores en el departamento, con el 9,3% del total para 1997. (datos de la IMM). Promoción Social incluye medidas específicas hacia la niñez carenciada,

²⁹ Los montevideanos y las políticas de la solidaridad. Publicación de la IMM año 1996.

³⁰ Idem.

juventud, mujer, discapacidad, tercera edad, obras comunales, bienestar social, banco de materiales, etc.

En este sentido se parte de considerar, en primer lugar que la salud es un derecho humano fundamental y un deber ineludible del Estado. Sólo cuando el Estado no cumple cabalmente sus responsabilidades o no promueve por medio de otros efectores, formas eficientes y accesibles para el conjunto de la población y en particular para los sectores excluidos y en situación de pobreza, es que se deben desarrollar (o de hecho se desarrollan) estos mecanismos alternativos o complementarios generados por la comunidad, que configuran experiencias importantes pero limitadas estructuralmente para la atención integral de salud universal en el contexto nacional.

Como resumen: en este marco general, la interrelación del voluntariado social expresado en la comisión barrial y de la policlínica , con la política municipal de atención descentralizadora de la salud, configuran el núcleo de creación y desarrollo de esta experiencia partiendo de las necesidades reales de la zona que reflejan una consecuencia local de la situación general.

Han logrado implementar medidas para desarrollar un proceso que tiende a revertir el modelo tradicional de Salud imperante en el país, y por tanto en la zona, volcado fundamentalmente a lo asistencial, materializando diferentes actividades de Prevención y Educación para la Salud, dirigidas a diferentes poblaciones objetivo: niños, jóvenes, adultos, mujeres, tercera edad y con diferentes temáticas: promoción de la lactancia, educación sexual, embarazo adolescente, prevención del cáncer, cuidados del diabético y del hipertenso, etc.

Han avanzado además en el desarrollar prácticas sociales intergeneracionales escasas en el país.

Han logrado administrar y gestionar, en todos sus aspectos, una Policlínica que en sus tres años de existencia ha realizado alrededor de 30.000. consultas. Han implementado la asistencia gratuita a embarazadas y niños menores de un año, lo cual significa un logro importantísimo para el barrio.

Han logrado consolidar un plantel de médicos, enfermeros, y administrativos voluntarios, realmente comprometidos con la policlínica comunitaria, con el barrio Peñarol y con sus vecinos. En base a la coordinación barrial – social, este importantísimo ejemplo de voluntariado, puede sintetizarse en el hecho de que 8 de los 12 miembros de la Comisión directiva son amas de casa.

Han brindado una calidad de asistencia aceptable y aceptada por los beneficiarios. Un ejemplo de ello es que mientras en el MSP o las IAMCs, la atención por especialistas puede ocurrir un mes de reservado el número, acá ocurre habitualmente en el mismo día. Otro ejemplo es el mayor tiempo promedio de consulta por paciente disponible por los médicos dada la organización establecida, así como la complementaria permanencia y accesibilidad de los mismos.

Han impactado en la conciencia preventiva de los vecinos.

Han logrado convertirse en un punto de referencia del barrio.

Una necesidad que es común a todo el sistema de salud del país: una mayor coordinación y articulación interna y con los otros efectores sustanciales del sistema. Asimismo la ampliación de prestaciones como por ejemplo la creación de un área odontológica, recordando que estos son los servicios más privados e individuales del país.

Una capacitación permanente que desarrolle la profesionalización de la gestión y administración sin pérdida de los principios de solidaridad, igualdad, progresividad hacia los más necesitados y excluidos en sus formas primordiales.

La necesidad de elaborar indicadores de Salud, relevamientos estadísticos y epidemiológicos por parte de la propia Policlínica que permitan evaluar y medir mejor el impacto, encuestas y evaluaciones , así como ámbitos adecuados a los efectos de una mayor participación e información de los beneficiarios.

La necesidad de planificar el financiamiento a mediano y largo plazo que asegure la sostenibilidad y desarrollo de esta experiencia; de continuar el proceso de formalización de la Policlínica como Institución, incluido el personal médico y no médico de acuerdo a las normas vigentes en el país.

LISTA DE CUADROS

CUADRO N° 1, DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO PEÑAROL _____	13
CUADRO N° 2, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO PEÑAROL POR SEXO, SEGÚN EDAD. _____	14
CUADRO N° 3, HOGARES BAJO LA LINEA DE POBREZA EN URUGUAY _____	16
CUADRO N° 4, DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN URUGUAYA OCUPADA SEGÚN CATEGORÍA DE LA OCUPACIÓN. AÑO 1998. _____	16
CUADRO N° 5, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA . _____	16
URUGUAY 1999 _____	16
CUADRO 6, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	17
URUGUAY 1998 _____	17
CUADRO 7, PROBLEMAS DE EMPLEO EN URUGUAY 1998 _____	17
CUADRO N° 8, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE PEÑAROL SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD. _____	17
CUADRO N° 9, NIVEL EDUCATIVO POBLACIÓN MAYOR DE 10 AÑOS PARA EL CCZ13 _____	18
CUADRO 10, DATOS PARA URUGUAY. INDICADORES DEMO EPIDEMIOLÓGICOS _____	19
CUADRO N° 11, OFERTA DE ATENCIÓN MÉDICA A NIVEL LOCAL _____	22
CUADRO 12, BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL AFILIADOS A LAS IAMC, _____	30
CUADRO 13, PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA POR DERECHOS ADQUIRIDOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEGÚN GRANDES ÁREAS Y GRUPOS DE POBLACIÓN. AÑO 1997. _____	31

CUADRO 14, PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA POR DERECHOS ADQUIRIDOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEGÚN GRANDES ÁREAS Y TRAMOS DE INGRESOS DE LOS HOGARES. _____ 32

CUADRO N° 15, DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO PEÑAROL SEGÚN SEXO Y EDAD _____ 35

CUADRO N°. 16, DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DEL CCZ 13 SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.PORCENTAJES. _____ 35

CUADRO N° 17, COBERTURA DE SALUD DE LOS HABITANTES DE PEÑAROL SEGÚN SEXO _____ 36

CUADRO N° 18, DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO PEÑAROL SEGÚN COBERTURA DE SALUD _____ 36

CUADRO N° 19, DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DE TODO MONTEVIDEO SEGÚN COBERTURA DE SALUD _____ 36

CUADRO N° 20, BENEFICIOS OFRECIDOS POR EL SIS DURANTE EL PRIMER EJERCICIO 73

CUADRO N° 21:, PERSONAL (ASALARIADO O NO) TRABAJANDO EN EL SISTEMA _____ 41

CUADRO N° 22, EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES. _____ 43

CUADRO N° 23, DISTRIBUCIÓN DE LAS PRESTACIONES SEGÚN ESPECIALIDAD.AÑO 1998. _____ 43

CUADRO N° 24, SERVICIOS OTORGADOS POR EL SISTEMA DE SALUD ____ 74

CUADRO N° 25, PRESTADORES AUTORIZADOS POR EL SISTEMA DE SALUD. 49

CUADRO N°26 , PERSONAL (ASALARIADO O NO) TRABAJANDO EN EL SISTEMA _____ 76

CUADRO N°27, DISTRIBUCIÓN REAL DE FUNCIONES.

ANEXOS

ESTUDIO DE CASO

**Policlínica
Zully Sánchez - Barrio Peñarol
Montevideo - Uruguay**

El Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS

ANEXO 1.

El Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS es un colectivo que se crea a partir de que en octubre de 1992 se integran al directorio del Banco de Previsión Social (BPS) representantes de los sectores sociales. Se cumplía así un postergado mandato constitucional que exigía dicha integración desde el año 1967. La representación de los trabajadores recayó en el Sr. Ernesto Murro que fue designado por el Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT).

Junto a dicho representante se conformó un equipo de trabajo integrado por miembros con distintos perfiles profesionales: el Equipo (ERT). Los integrantes del ERT son en la actualidad: Ernesto Murro - Director del Banco de Previsión Social (representante de los trabajadores); Ariel Ferrari - Dirigente sindical designado por la Mesa Representativa del PIT-CNT; Jorge Bruni - Abogado; Luis Duarte - Ex gerente del BPS, actualmente jubilado; Gabriel Lagomarsino - Economista; Heber Galli - Administrativo

A su vez su trabajo se apoya con cinco funcionarios del BPS en tareas generales de secretaría.

Además de atender los aspectos de gestión del BPS este equipo realiza diversas actividades de capacitación, investigación, difusión y propuestas globales o particulares: de Seguridad Social.

Información y formación

Periódicamente desde el inicio de su actuación se realizan al movimiento sindical informes sobre Seguridad Social y gestión del BPS.

Mensualmente se siguen emitiendo hoy unos 170 ejemplares de diversos informes generales y particulares.

Asimismo se realizan actividades específicas hacia determinados sectores de la sociedad, organizados por el propio E.R.T. como los referidos a la problemática de los sectores públicos no comprendidos en el BPS (cajas paraestatales), a la Salud Laboral, las incapacidades y programa de reinserción laboral de los trabajadores y personas con discapacidad; los referidos a mujeres y jóvenes sobre la temática de Seguridad Social y empleo; los encuentros permanentes acerca de trabajadores rurales; y otros sobre trabajadoras sexuales, informalismo, cooperativismo, etc.

Se han desarrollado más de una veintena de seminarios y encuentros de información, además de las actividades puntuales de formación y elaboración.

Prensa y difusión: Un centro alternativo en el país

En la actualidad se realiza una extensa tarea de difusión e información de temas de Seguridad Social a través de dos programas de radio (CX 30 todos los días y CX 36 los jueves); un programa de TV por canales de aire y Red de Televisión del Interior del país (de media hora semanal). Se escribe notas y artículos para 13 medios escritos de todo el país (incluso 2

diarios de alcance nacional: "La República", "El Diario"); y se continúa en su 5º año la publicación (número 27) del boletín "Noticias Buenas y de las Otras" (se editan 15.000 ejemplares y se distribuyen en más de 1000 puntos del país en forma gratuita con mas de 40 páginas). Este boletín se constituye hoy en una rendición trimestral de cuentas de actividades de esta representación y en un instrumento de formación e información sobre los temas de la Seguridad Social y el BPS a nivel popular.

Por otro lado desde julio de 1998 se dispone de una página WEB en Internet de la llamada Red Alternativa de Información de Seguridad Social (<http://www.redsegsoc.org.uy>) que llega a instituciones, centrales sindicales de América y Europa, la OIT y distintas personalidades relacionadas a la Seguridad Social a nivel internacional.

En Julio/97, se edita a través del diario "La República" con 13.000 ejemplares, el libro "La Seguridad Social en el Uruguay de hoy" elaborado por este equipo con la colaboración de especialistas en el tema de Seguridad Social.

Actualmente estamos trabajando en varios proyectos de investigación junto a distintas organizaciones (OIT/OPS – ORIT/CIOSL – CMT/CLAT, Comisión Sudamericana Paz Seguridad y Democracia, FESUR).

Integrantes de este E.R.T han sido requeridos para consultorías y exposiciones internacionales de diversos organismos los nombrados, en diversos países del continente. El Director fue seleccionado en 1998 como visitante invitado por la Unión Europea, concurriendo como parte del Programa respectivo

ANEXO 2

DATOS GENERALES DE LA POBLACION DEL PAIS

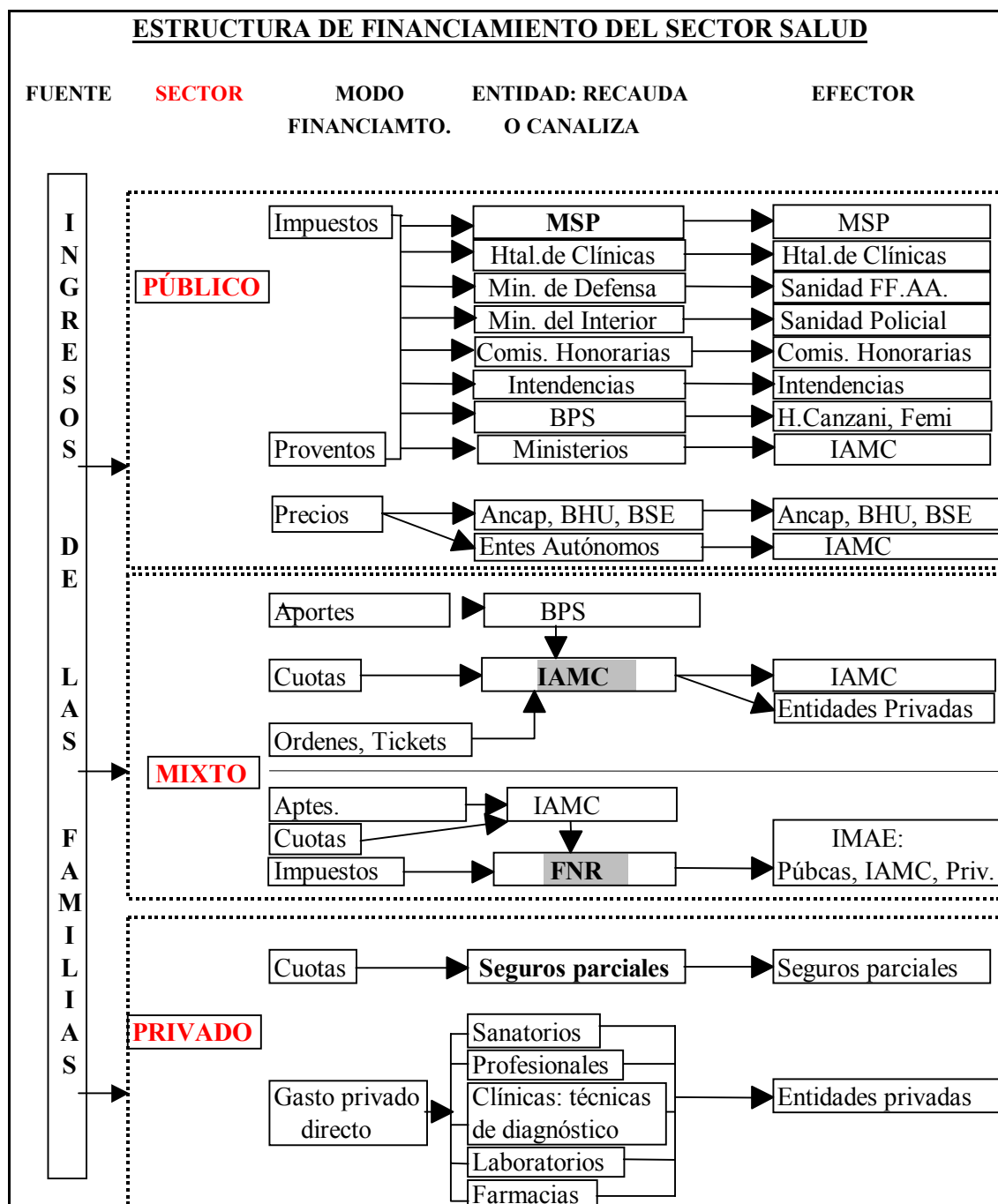
POBLACIÓN (AÑO 1996)	VALORES
Número de habitantes:	
• Total (100%)	3.163.763
• Hombres	48%
• Mujeres	52%
Tasa Anual Media de Crecimiento Intercensal ³¹ (por mil)	6,4
Población Urbana País	90,8
Población Distribuida por Edades (en %):	
• Entre 0 y 14 años	25
• Entre 15 y 64 años	62
• Desde 65 años y más	12,8

Características socio - económicas

INDICADOR SOCIO-ECONÓMICO	1993	1995	1997
PBI TOTAL (Millones de U\$S)	13.800	18.000	19.900
PBI per CAPITA	4.300	5.700	6.200
Variación PBI respecto al año previo (%)	3,0	-1,8	5,1
Inflación -IPC- anual (%) :	53	35	15
Devaluación -Tipo de Cambio U\$S- (%)	26	26	15
Desempleo anual (respecto a PEA) urbano (%)	8,3	10,3	11,4
Salario Real (Variación Poder Compra) anual (%)	4,8	-2,9	0,24
Saldo Balanza Comercial (Mill. U\$S)	-680	-761	-987
Saldo Balanza de Pagos (Mill. U\$S)	213	209	330
Resultado Financiero Estatal anual (% del PBI)	-1,5	-1,6	-1,4
Canasta Básica Familiar (U\$S corrientes)	1.187	1.469	1.443

31 PERÍODO INTERCENSAL: 1985 – 1996.-

ANNEXO 3



Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

ANNEXO 4

Cuadro N° 20: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
Todas	No se realizan				
Atención del parto					
Todas	No se realiza				
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas					
Todas	No se realiza				
Intervenciones quirúrgicas prog.					
Todas	No se realizan				
Atención ambulatoria programada					
Medicina General	B ¹	\$ 15	ninguno	0	N
Medicina General (Personas consideradas con riesgo social)	B	0 %	ninguno	0	N
Pediatría	B	\$ 15	ninguno	0	N
Pediatría (controles a niños menores de un año)	B	0 %	ninguno	0	N
Ginecología	B	\$ 20	ninguno	0	N
Ginecología (controles a embarazadas)	B	0%	ninguno	0	N
Atención preventiva					
Charlas en el barrio, en las escuelas y en centros de educación secundaria sobre diversos temas.	B	0 %			
Atención ambulatoria no programada					
Urgencias	B	\$ 15	ninguno	0	N
Medicamentos					
Todos los medicamentos que eran donados por la IMM.	B	0 %	N/A	N/A	N/A
Medicamentos comprados por la Comisión.	B	\$35	N/A	N/A	N/A
Transporte/evacuación					
No se realiza					
Laboratorio/radiología					

Fuente: Elaboración de autores con colaboración de Comisión administradora de la policlínica Notas: (1) B = beneficiarios.

Servicios otorgados por el Sistema de Salud

ANNEXO 5

Cuadro N° 24 Servicios otorgados por el Sistema de Salud

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
Todas	No se realizan				
Atención del parto					
Todas	No se realiza				
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas					
Todas	No se realiza				
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas	No se realizan				
Atención ambulatoria programada					
Medicina General	B	\$ 20	ninguno	0	N
Pediatría	B	\$ 20	ninguno	0	N
Ginecología	B	\$ 25	ninguno	0	N
Cardiología	B	\$ 100	ninguno	0	N
Cardiología con carné de asistencia de Salud Pública	B	\$ 75			
Otorrinolaringología	B	\$ 100	ninguno	0	N
Otorrinolaringología con carné de asistencia de Salud Pública	B	\$ 75			
Oftalmólogo	B	\$ 100	ninguno	0	N
Oftalmólogo con carné de asistencia de Salud Pública	B	\$ 75			
Psicología	B	gratis	ninguno	0	N
Dermatología	B	\$ 100	ninguno	0	N
Dermatología con carné de asistencia de Salud Pública	B	\$ 75			
Atención preventiva					
PAP (Estudio ginecológico)	B	gratis	ninguno	0	N
Electrocardiograma	B	\$ 60	ninguno	0	N
Colocación de DIU		\$ 150			
Atención ambulatoria no programada					
Urgencias	B	0 %	ninguno	0	N
Medicamentos					
Todos los medicamentos donados por la IMM	B	0 %	N/A	N/A	N/A
Medicamentos comprados por la Comisión	B	\$ 35	N/A	N/A	N/A

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Transporte/evacuación					
Todo	No se realiza				
Laboratorio/radiología					
	No se realiza				
Otros Enfermería	B	\$ 20	ninguno	0	N/A

Nota: El dólar americano a la fecha (setiembre de 1999) está en \$ 12. Entonces el ticket de asistencia es menor a 2 dólares para la atención primaria.

Personal (asalariado o no) trabajando en el Siste
ANNEX 6

Cuadro N°26 : Personal (asalariado o no) trabajando en el Sistema

Nombre	Título del Puesto	Asalariado / Benévolo	Fecha de creación del Puesto	Calificación del titular	Principales tareas
<i>Comisión</i>					
Nilsa Lucas	Presidente	Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
Carlos Núñez	Secretario	Honorario	1996	Estudios avanzados de Ciencias Económicas	Dirección del proyecto y Administrador de la Policlínica
Celia Lago		Honorario	1996	Administrativa de Clínica Oftalmológica	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
Susana Odone		Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
Juana González		Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
Ester Pérez		Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
Sandra Burgos		Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
María Elena Fuentes		Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
Marta Nicola		Honorario	1996	Jubilada de Nurse	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
María Angélica Gentile		Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
José Mallo		Honorario	1996	Jubilado	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
María García		Honorario	1996	Ama de casa	Dirección y del proyecto y tareas de recepción
<i>Otros colaboradores</i>					
William Severo		Honorario	1996	Integrante de MIRPA.Técnico Electrónico	Dirección y del proyecto
Eduardo Farías		Honorario	1996	Presidente de la Junta Local CCZ 13.	Dirección y del proyecto
<i>Cuerpo médico</i>	:				
Dr.Alejandro Goyret	Medico General	Asalariado	1996	Médico general	Atención médica Actividades Preventivas

Nombre	Título del Puesto	Asalariado / Benévolo	Fecha de creación del Puesto	Calificación del titular	Principales tareas
					y de Educación para la Salud
Dra.Estela Méndez	Pediatra	Asalariado	1998	Médico general y pediatra	Atención médica Actividades Preventivas y de Educación para la Salud
Dra.Alicia Alemán	Ginecología	Asalariada	1996	Medicina general y ginecología	Atención médica Actividades Preventivas y de Educación para la Salud
Dra. Silvia Guzone	Cardiología	Remuneración por consulta	1999	Medicina general y cardiología	Atención médica
Dr. Juan José Lema	Otorrino	Remuneración por consulta	1999	Medicina general y otorrinolaringología	Atención médica
Dr. Bosco	Oftalmólogo	Remuneración por consulta	1998	Medicina general y oculista	Atención médica
Grupo de Psicólogos y estudiantes .	Psicólogos	Honorarios	1999	Psicología	Atención psicológica
Dra. Anabela Muniz	Dermatóloga	Remuneración por consulta	1999	Medicina general y dermatología	Atención médica
Lourdes Gimenez	Enfermera	Asalariado	1996	Enfermería	Atención de enfermería
Obelar Farías	Enfermero	Asalariado	1998	Enfermería	Atención de enfermería

Cuadro N°27 Distribución real de funciones.

	Comisión	Prestadores de Atención Médica	Intendencia Municipal de Montevideo
Gestión de prestaciones:			
¿Quién decide los paquetes de beneficios?	X		X
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?	N/A		
¿Quién decide hacer la remisión de un enfermo a un nivel superior?		X	
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio, costo promedio, etc.)			X
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones			
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?	N/ A		
¿Quién actualiza los registros de afiliados?	N/A		
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?	N/A		
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	N/A		
¿Quién calcula el monto de las cotizaciones?	N/A		
¿Quién decide el monto de las cotizaciones?	N/A		
¿Quién recauda las cotizaciones?	N/A		
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?	N/A		
Gestión de relaciones con los prestadores			
¿Quién elige a los prestadores?	X		X
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	X		X
¿Quién retira la autorización a un prestador?	X		X
¿Quién decide el pago a los prestadores?	X		X
Contabilidad y gestión financiera			
¿Quién efectúa los registros contables?	Administrador Secretario de la Comisión		

	Comisión	Prestadores de Atención Médica	Intendencia Municipal de Montevideo
¿Quién prepara el presupuesto?	Administrador Secretario de la Comisión		
¿Quién elabora el Sistema de administración contable?	Administrador Secretario de la Comisión		
¿Quién elabora los estados de resultado?	Administrador Secretario de la Comisión		
¿Quién elabora el balance?	Administrador Secretario de la Comisión		
¿Quién calcula los indicadores financieros?	N/A		
¿Quién propone la distribución del excedente?	N/A		
¿Quién decide la distribución del excedente?	N/A		
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?	X		
¿Quién cobra los créditos?	N/A		
¿Quién decide las inversiones financieras?	N/A		
¿Quién autoriza los gastos?	X Presidenta		
¿Quién administra la caja chica?	X Comisión y Administrador		
Control			
¿Quién controla la caja?	X		
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?	X		
¿Quién controla a los beneficiarios?	N/A		
¿Quién controla el pago de cotizaciones?	N/A		
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?	N/A		
¿Quién controla la facturación de los prestadores?	X		X
¿Quién efectúa el control médico?	X		
¿Quién sanciona los fraudes?	N/A		
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?	N/A		
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario			

	Comisión	Prestadores de Atención Médica	Intendencia Municipal de Montevideo
¿Quién decide convocar la Asamblea general?	N/A		
¿Quién organiza la Asamblea general?	N/A		
¿Quién designa a los responsables?	La Comisión de Fomento Nuevo Peñarol designó a su Presidente y Secretario para que ocupen la misma función en la Comisión de Policlínica. El resto de la Comisión no fue designado, sino que se fue integrando voluntariamente. Los médicos son designados por la IMM.		
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto al paquete de beneficios?	X	X	X
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	X	X	
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	X	X	

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal y Comisión de la Policlínica.