

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 Única
del Complejo José Pedro Varela**

Montevideo - Uruguay

*Elaborado por:
Equipo de Representación de los Trabajadores*

*Montevideo, Uruguay
Agosto 1999*



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

I. 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.

A nivel latinoamericano, entre otros casos se seleccionó la experiencia de la Policlínica Única del Complejo de Viviendas por Ayuda Mutua "José Pedro Varela", situado en los barrios de La Cruz de Carrasco y Parque Rivera, en Montevideo, Uruguay. Montevideo es la capital de Uruguay y concentra casi la mitad de la población del país (véase Anexo N°1).

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) y los valiosos comentarios de Dennis Arends, el Punto Focal del Programa STEP en el Equipo Técnico Multidisciplinario del Cono Sur de la OIT. El trabajo de campo fue realizado por la citada Socióloga y el Sr. Dennis Arends con el apoyo del Sr. Murro (véase Anexo N°2).

Dejamos constancia de nuestro agradecimiento a los Sres. Hederson Cardozo (Presidente de la Comisión de Policlínicas del estudio de caso y directivo de FUCVAM), Eduardo Angelini (miembro de la misma Comisión y también dirigente de FUCVAM), al pleno de la Comisión de 13 miembros, a su responsable administrativa Sra Marta Quintana y al Dr. Jorge Basso, fundador del movimiento cooperativo y en particular de estas experiencias de policlínicas, y el Cr. Javier Revellato, por su importante colaboración. Al Economista Luis Lazarov por sus aportes en la situación nacional de salud del país. Y muy especialmente a FUCVAM, por su experiencia de casi 3 décadas en el desarrollo de la solidaridad y el cooperativismo en Uruguay, en la autoconstrucción de viviendas para sectores necesitados del país,

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

agradecimiento que hoy simbolizamos en la colaboración recibida de sus actuales autoridades, su presidente, Víctor Fernández y su Secretario General, Gustavo González.

II. INTRODUCCION

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 (N°102), 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 acarrió 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.

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, etcétera”.

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), brindando un paquete asistencial 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 multi-empleo, que a su vez, genera por sí mismo sus problemas y características.

Antecedentes histórico-sociales del estudio de caso

La experiencia de seguro de salud comunitaria que se describirá a continuación pertenece a las Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua del Complejo "José Pedro Varela".²

El cooperativismo de ayuda mutua surge a fines de la década del 60, con tres cooperativas de vivienda en el interior del país. En el año 1968 en un momento político de grandes movilizaciones de los trabajadores, y a la vez de una gran profundización de la crisis económica, se aprueba la Ley Nacional de Vivienda (Ley N° 13.728) que permite la expansión a escala nacional de las cooperativas de vivienda por ayuda mutua.

Durante la represión política y social ejercida por la dictadura militar (1973-1984), la organización cooperativista se mantiene como una alternativa de participación popular social. Esta modalidad de producir viviendas no ha contado con el suficiente apoyo de los gobiernos democráticos y mucho menos tuvo apoyo durante la dictadura.

El 24/5/1970 se crea con esas 3 primeras y otras 8 de Montevideo, la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua- FUCVAM -, en asamblea realizada en el interior, en el pueblo de Isla Mala. A partir de allí, las cooperativas "han asumido un rol preponderante en defensa de la calidad de vida de las clases subalternas del Uruguay contemporáneo, enfrentadas a una crisis urbana cada vez más aguda. Mucho han contribuido estas cooperativas a la construcción de un modelo alternativo de gestión urbana, en base a la extensión de una red de relaciones comunitarias más solidarias, democráticas y participativas."³

Su desarrollo se consolida a partir de 1975, creciendo en la misma época de la lucha contra la dictadura militar uruguaya.

FUCVAM se considera a sí misma un movimiento social urbano exitoso y a la vez una organización eficiente para la construcción de viviendas de buena calidad a bajo costo.

A través de su organización se han construido más de 12.000 viviendas en todo el país. En la actualidad hay sólo en Montevideo más de 10 cooperativas de vivienda en construcción.

Ésta capacidad de trabajar con el concepto de ayuda mutua se extiende en muchos de los complejos, y fundamentalmente en los primeros construidos, para buscar solución a otras necesidades básicas. Es así como se van desarrollando diversos servicios sociales. Entre ellos se destacan jardines de infantes, guarderías, escuelas primarias, bibliotecas, cooperativas de consumo, gimnasios, clubes de compras, y policlínicas médicas y odontológicas. La Policlínica Única del Complejo de Viviendas José Pedro Varela es una experiencia interesante entre las propias policlínicas de FUCVAM, pues surge de la unión administrativa y de gestión de las tres policlínicas de las tres zonas que conforman el complejo. Con este marco de referencia, este documento recoge una descripción de diversos aspectos asociados a las características y funcionamiento de la misma.

Ubicación del estudio de caso

² El nombre de la Policlínica es José Pedro Varela pues son las cooperativas que iniciaron la experiencia. Actualmente la Policlínica está integrada por dos cooperativas más de la zona llamadas Covine8 y Covicoes y afiliadas en forma voluntaria 79 familias de la zona.

³ La Ciudad Solidaria. El cooperativismo de vivienda por ayuda Mutua.

Daniel Chávez- Susana Carballal
Editorial Nordan - Comunidad 1997

Este complejo de viviendas está integrado a su vez por tres conjuntos de cooperativas llamados "zonas". Se les llamó zonas a los complejos de vivienda construidos con el asesoramiento técnico del Instituto CEDAS (Centro de Acción Social).

La "Zona 1" se encuentra en el barrio denominado Parque Rivera y está compuesta por tres cooperativas de origen sindical, específicamente, vinculadas al Sindicato de la Construcción. Ellas son Covisunca 4, 5 y 6. Entre las tres suman 525 viviendas.

La "Zona 3" y la "Zona 6", se encuentran en el barrio La Cruz de Carrasco. La primera está compuesta por 6 cooperativas y la segunda por otras 3. Todas ellas son también de origen sindical. Zona 3 tiene un total de 710 viviendas y Zona 6 totaliza 263. Todos estos conjuntos habitacionales fueron llevados adelante por cooperativas fundadas alrededor del año 1970.

En el año 1975 el Fondo Nacional de Vivienda entraba en crisis lo cual determinó la cancelación del otorgamiento de préstamos. Los mismos se reanudan en 1977 pero con cambios en su orientación. Se estimuló la inversión privada y se restringió el crédito a las cooperativas, otorgándose préstamos a aquéllas que ya tuvieran avanzado su trámite en el Banco Hipotecario del Uruguay (BHU). Se abandonaron los objetivos sociales pregonados por la Ley 13728 y se sustituyeron por criterios de estricta rentabilidad financiera. Las obras de estas cooperativas fueron finalizadas alrededor de 1980.

Durante las obras, surgen las primeras policlínicas, con el fin de atender los accidentes de obra. Estas fueron promovidas y atendidas por los propios médicos cooperativistas. Contaron con el apoyo de estudiantes de medicina, enfermeros y otros cooperativistas. Una vez finalizadas las obras, los cooperativistas deciden en asambleas dar continuidad a este proyecto de protección social en salud.

El servicio va evolucionando en base a las necesidades de los cooperativistas, comienzan brindando asistencia básica, sólo medicina general y en la actualidad cuentan con más de diez especialidades. Comienzan con personal voluntario y con el transcurso de los años van profesionalizando todas las funciones.

Entre los años 1983 y 1984 luego de muchas discusiones deciden unificar las tres policlínicas en una sola administración, con el objetivo de racionalizar el servicio, de aunar esfuerzos, de lograr una mayor coordinación de la atención médica, etcétera.

Es a partir de esta unificación que comienza nuestro estudio. Tomamos este momento como punto de partida de lo que hoy significa la experiencia.

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.

1. Nombre del sistema de seguro: **Policlínica José Pedro Varela.**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua del Complejo José Pedro Varela.**
3. Dirección de la sede social del SIS:
Local Zona 1: A.Zum Felde 2094 esq. Pitágoras.
Local Zona 3: Avda. Bolivia 2552 esq. Camino Carrasco.
Local Zona 6: Camino Carrasco 5385 B esq. Oncativo.

Montevideo – URUGUAY
4. Fecha de creación del SIS (Concepción): **Policlínicas de obra, año 1980.**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (Unificación de las tres policlínicas): **Años 1983- 1984.**
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS (Si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): **Fundación de las 13 cooperativas: entre 1968 y 1973.**
7. Organización responsable del SIS:
 asociación
 organización mutualista
 organización cooperativa
 otro tipo de organización comunitaria
 prestador de servicios de salud con fines de lucro
 prestador de servicios de salud sin fines de lucro
 sindicato
 otros
8. Personería jurídica del SIS:
 Posee
 No posee
9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:
 ninguna
 seguro de fallecimiento
 prevención, educación para la salud
 seguro de invalidez
 ahorro y crédito
 pensión
 actividades de tipo sindical

- educación/alfabetización
- otras formas de seguro
- otros servicios sociales
- otras actividades: **todo tipo de gestiones vinculadas a la organización de las cooperativas de viviendas**

10. Tipo de afiliados:
- personas a título individual
 - grupos
 - otros

11. Beneficiarios:
- familia
 - otras personas a cargo
 - personas indigentes
 - otros

12. Adquisición del carácter de afiliado:
- voluntario
 - automático
 - obligatorio

13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad:

Edades	Número	Porcentaje
0-13	902	14
14-29	1546	24
30-49	1674	26
50-64	1416	22
65 y más	902	14
Total	6440	100

14. Número actual de beneficiarios del SIS:

Masculino	3091
Femenino	3349
Total	6440

15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS:
Hay 1638 socios titulares de viviendas que pertenecen a las 13 cooperativas que integran la Policlínica Única José Pedro Varela y 79 vecinos afiliados voluntariamente.

16. Zona residencia de afiliados y beneficiarios:
- zona rural
 - zona urbana porcentaje aproximado: 100%
 - zona peri-urbana

17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):

- sin relación entre los afiliados
- miembros de una misma empresa
- miembros de un mismo sector ocupacional
- miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
- miembros de un mismo grupo étnico
- miembros de una misma cooperativa
- miembros de una misma mutual
- miembros de una misma organización sindical
- miembros de una misma asociación
- otros

18. Situación económica de los afiliados:

35 % de los afiliados pertenecen al sector inactivo

El 65 % restante corresponde a la Población Económicamente Activa (PEA), de los cuales el 56.5% de los afiliados se encuentran ocupados el 8,5% de los afiliados se encuentran desocupados

Analizando al interior de la PEA, el 87% están ocupados y el restante 13% están desocupados.

No existen datos referidos al porcentaje de afiliados que pertenecen al sector informal

Un 72% de los hogares tienen ingresos que no cubren la canasta básica familiar, el restante 28% de los hogares están por encima del tope de la canasta básica.

El valor de la canasta básica a agosto de 1998 era de \$ 14.489.- equivalente a unos US\$ 1.370.-.

19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:

- según edad
- según sexo
- según riesgos de enfermedad
- según lugar de residencia
- según religión
- según raza y/o grupo étnica
- según ingresos
- no pertenencia a una organización particular (empresa, cooperativa, sindicato etc.)
- otros: **no pertenecer a la zona**

20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Barrios La Cruz de Carrasco y Parque Rivera, Montevideo, Uruguay.**

21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:

- servicios ambulatorios

- atención hospitalaria (internación)
 - medicina especializada
 - prevención y promoción de la salud
 - farmacia
 - atención del parto
 - exámenes de laboratorio
 - radiología
 - vacunaciones
 - otros: **enfermería**
22. Monto total de prestaciones pagadas en el último ejercicio (ultimo año en su defecto):
\$998.616 en moneda local por el periodo 01-03-1998 al 28-03-1999 equivalente en US\$ 91.000
23. Modalidades de financiación del seguro de salud:
- cotizaciones de afiliados
 - otras cotizaciones
 - contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local)
 - transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
 - contribuciones y subvenciones de otros actores
 - rendimiento financiero de las reservas
 - otros
24. Tipo de cotizaciones:
- cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
 - cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
 - porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
 - porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
 - en relación con los riesgos personales del afiliado
 - otros: **cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado y con toda su familia como beneficiaria no importando el número de personas que incluya.**
25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por grupo familiar en el último año:
monto \$67 mensuales equivalente US\$ 6
26. Prestadores de servicios autorizados:
- sector público
 - sector privado con fines de lucro
 - sector privado sin fines de lucro
 - organización responsable del SIS nivel: **1 y 2** número: **22 médicos y 3 enfermeros**
27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:
- gestión democrática por los afiliados (**asamblea general de sus cooperativas de vivienda**)
 - gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados

gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados

28. Proceso de gestión del SIS:

- no asalariados únicamente
- no asalariados y gestores asalariados
- exclusivamente asalariados del SIS
- gestión confiada a una institución pública o privada
- participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones

29. Asistencia técnica:

- se beneficia de asistencia técnica continua
- beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
- beneficia de asistencia técnica puntual
- no beneficia de asistencia técnica

30. Participación en un sistema de raseguro:

- si
- no

31. Participación en un fondo de garantía:

- si
- no

32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento:

Actores:

Papel:

Médicos
Administración

Asistencia
Gestión administrativa

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

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

Se trata de la Policlínica del Complejo de viviendas por ayuda mutua José Pedro Varela. En algunos casos se presentarán los datos estadísticos propios de las cooperativas de viviendas. En otros se presentarán los datos del Centro Comunal Zonal N° 8 de la IMM, en el cuál están insertas las cooperativas. Tomar una u otra opción dependerá de la disponibilidad de los datos, y de la pertinencia o no de los mismos. En los casos en que el acceso a los datos lo permita se intentará comparar ambos.

Contexto geográfico-administrativo del caso en estudio

Los Centros Comunales Zonales 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, pasandolos 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 CCZ 8 está compuesto por barrios muy heterogéneos: barrios nuevos de alta densidad de población, que requieren de nuevos servicios, asentamientos precarios, que requieren de una regularización y de servicios mínimos para sus pobladores, y sobre la zona de la costa uno de los barrios más ricos de la ciudad (Carrasco Sur).

Los habitantes de las cooperativas de vivienda tienen también sus particularidades en su perfil económico y social. Por este motivo se intenta en los casos en que es posible presentar los datos propios de la cooperativa. Se anexa en Anexo N°3 la mapa de Montevideo con la distribución de los 18 centros comunales zonales y la mapa del CCZ 8 con la ubicación de los locales de la Policlínica en Anexo N°4.

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

Cuadro N°1: Total de personas del CCZ 8 según edad y sexo

Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-14	6787	6267	13054
15-29	6543	6744	13287
30-49	6733	7712	14445
50-64	3808	4706	8514
65 y más	2744	3928	6672
Total	26615	29357	55972

Fuente: Unidad estadística de la IMM.

Cuadro N°2: Total de Población del Complejo José Pedro Varela según sexo

Sexo	Masculino	Femenino	Total
Número	3091	3349	6440

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por encuesta realizada en el año 1998 por el ICD sobre el Sistema Cooperativo en Montevideo

Cuadro N°3: Total de Población del Complejo José Pedro Varela según edad.

Edades	Número	Porcentaje
0-13	902	14
14-29	1546	24
30-49	1674	26
50-64	1416	22
65 y más	902	14
Total	6440	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por encuesta realizada en el año 1998 por el ICD sobre el Sistema Cooperativo en Montevideo

La densidad de población según la IMM para el zonal 8 es de 23,6 hab/ha. La superficie urbana y sub-urbana es 1574ha y rural 746ha. El complejo José Pedro Varela se encuentra en una zona urbana.

Cuadro N°4: Total de población del CCZ 8 según distribución geográfica

Zona	Urbana	Rural	Total
Número	54808	964	55772

Fuente: Departamento de estadística de la IMM

Como se mencionó en la introducción de este capítulo, el CCZ 8 está compuesto por distintos barrios. Ellos son: Carrasco Norte y Sur, La Cruz de Carrasco, Parque Rivera, Jardines de Carrasco, Canteras, Fortuna y Malvín Norte.

El Complejo José Pedro Varela se encuentra ubicado en dos de los barrios de este zonal: Parque Rivera y La Cruz de Carrasco. Antes de la construcción de las cooperativas, estos barrios eran una zona de quintas y chacras, de familias de origen italiano, que se afincaron en el lugar.

Actualmente la composición urbana del lugar resulta muy heterogénea, pues se combinan casas humildes, locales comerciales e industriales, pequeñas chacras, y los complejos de viviendas.

El número promedio de miembros por familia en el Complejo José Pedro Varela es 3,75. El número promedio de miembros por familia para el zonal N° 8 de la IMM es 3,50.

2. Aspectos económicos

Un 68 % de la población cooperativista tiene afiliación a alguna mutualista. De ellos un 23% está cubierto a través de DISSE, por lo cual no paga cuota mensualmente, sino que automáticamente se le descuenta un 3% de su sueldo con lo cual cubre su afiliación.

Del restante 45%, un 10% ⁴tendría cubierta su cuota mutual por ser empleado del Estado a través de los convenios existentes y el restante 35% pagaría de su bolsillo la cuota mutual.

El importe de las cuotas mutuales está en el entorno de los U\$S 50 mensuales por persona. Los precios de las consultas con médicos de medicina general y especialidades en las mutualistas se encuentran en el entorno de los U\$S 6.-.

Un 22% de los cooperativistas si tiene que acudir a servicios no cubiertos por su policlínica, acude a Salud Pública, siendo en éstos casos atención gratuita.

Un porcentaje mínimo, residual, se atiende en otros centros de salud de origen público: Servicios de Sanidad Policial y Militar, Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, etcétera.

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, Kaztman 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.

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

⁴ Estimación realizada de acuerdo a Estudio realizado por ICD (Año 1998).

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°5: 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

Cuadro N° 6: Distribución de los ingresos de los cooperativistas ocupados según cantidad de salarios mínimos percibidos

Ingresos	Porcentaje
Hasta 1 salario mínimo	1
De 1 a 2 salarios mínimos	7
De 2 a 3 salarios mínimos	13
De 3 a 4 salarios mínimos	16
De 4 a 5 salarios mínimos	14
De 6 a 10 salarios mínimos	36
De 11 a 15 sal. mínimos	9
Más de 15 sal. mínimos	4
Total	100

Fuente: Estudio descriptivo del Sistema cooperativo de Viviendas en Montevideo FUCVAM - Instituto Cuesta Duarte (mayo-dic 1998).

El Salario Mínimo Nacional, incluso 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.

Dado que el promedio de personas por vivienda cooperativa es 3,75, la pobreza extrema se ubica en hogares con ingresos inferiores a 409.- U\$S mensuales y la pobreza en hogares con ingresos inferiores a U\$S 754.- Estos valores si los relacionamos con la Encuesta del ICD mayo/diciembre 98, valorado en ingresos por habitante cooperativista en SMN, y donde 1 SMN = 90 U\$S, con aproximadamente 2,1 activos por familia (1717 viviendas/familias x 3,75 miembros = 6439 personas; 6439 x 0,565 tasa de ocupados activos = 3638 personas activas ocupadas; 3638 : 1717 viviendas/familias = 2,12 personas ocupadas activas por familia).

Estos resultados indican que un 8 % de los hogares se ubican en pobreza extrema y un 37 % de los hogares en situación de pobreza, según la opción seleccionada en base al estudio

realizado por la Facultad de Ciencias Sociales para el BPS y los datos emergentes de la Encuesta sobre el cooperativismo de FUCVAM en Montevideo realizado en 1998 por el ICD.

Cuadro N°7: Distribución de población cooperativista ocupada según tipo de ocupación

Tipo de ocupación	Porcentaje
Obreros y operarios	16
Empleado de oficina	21
Trabajadores servicios personales	18
Comerciantes y vendedores	10
Otros obreros y jornaleros	7
Técnicos	8
Profesionales	9
Personal medios transporte	4
Gerentes	4
Policías, FFAA	2
Otros	1
Total	100

Fuente: Estudio descriptivo del Sistema cooperativo de Viviendas en Montevideo FUCVAM - Instituto Cuesta Duarte (mayo-dic 1998)

Cuadro N°8: Distribución de población uruguaya ocupada según categoría de la ocupación. Año 1998

Categoría de la ocupación	Porcentaje
Empleado u obrero privado	56
Empleado u obrero público	16
Servicio doméstico	7
Trabajador cuenta propia	17
Patrón	4
Total	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas.

Cuadro N°9: Distribución de población cooperativista ocupada según categoría de la ocupación

Categoría de la ocupación	Porcentaje
Empleado u obrero privado	67
Empleado u obrero público	22
Servicio doméstico	8
Trabajador cuenta propia s/local	1
Trabajador cuenta propia c/local	1
Patrón	1
Total	100

Fuente: Estudio descriptivo del Sistema cooperativo de Viviendas en Montevideo FUCVAM - Instituto Cuesta Duarte (mayo-dic 1998)

Cuadro N°10: Distribución de la Población Económicamente Activa. Uruguay 1999

Situación	Ocupados	Desocupados	Total
Porcentaje	89	11	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Cuadro N°11: Distribución de la población cooperativista económicamente activa

Situación	Ocupados	Desocupados	Total
Porcentaje	87	13	100

Fuente: Estudio descriptivo del Sistema cooperativo de Viviendas en Montevideo FUCVAM - Instituto Cuesta Duarte (mayo-dic 1998)

Cuadro N°12: Distribución de la Población Económicamente Activa. Uruguay 1998

Situación	Ocupados	Desocupados	Total
Porcentaje	1.282.000	144.000	1.426.000

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Cuadro N°13: Problemas de empleo en Uruguay 1998

Situación	Número	Porcentaje
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: Instituto Nacional de Estadística.

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.

Cuadro N°14: Distribución de la población cooperativista ocupada según rama de actividad

Rama de actividad	Porcentaje
Servicios comunales y públicos	42
Industria	20
Comercio	14
Servicio doméstico	7
Servicios financieros	6
Construcción	6
Transportes	4
Otros	1
Total	100

Fuente: Estudio descriptivo del Sistema cooperativo de Viviendas en Montevideo FUCVAM - Instituto Cuesta Duarte (mayo-dic 1998)

3. Aspectos Sociales

Cuadro N°15: Nivel educativo alcanzado por la población cooperativista

Nivel educativo alcanzado	Porcentaje
Sin estudios	1

Nivel educativo alcanzado	Porcentaje
Primaria incompleta	20
Primaria completa	28
Secundaria 1°ciclo compl.	22
Secundaria 2°ciclo compl.	13
Utu Incompleta	7
Utu Completa	5
Estudios superiores completos	4
Total	100

Fuente: Estudio descriptivo del Sistema cooperativo de Viviendas en Montevideo FUCVAM - Instituto Cuesta Duarte (mayo-dic 1998)

Este complejo de viviendas es uno de los primeros complejos construidos por ayuda mutua en el Uruguay. Las cooperativas se fundan en un momento político de gran participación, antes del golpe de estado. La construcción de las mismas se termina durante la dictadura militar. Los integrantes de las cooperativas crean ellos mismos servicios sociales en la zona para ellos y para el barrio, entre los cuáles se encuentra la policlínica, guarderías, bibliotecas, salones comunales, una escuela pública, etcétera. Son barrios obreros que a través de la participación y la autogestión, lograron sus propios espacios.

Todas las cooperativas de vivienda que integran el Complejo José Pedro Varela, se encuentran afiliadas a la FUCVAM (Federación Unificadora de Cooperativas de Viviendas por Ayuda Mutua).

Este movimiento está considerado como una de las experiencias de organización y movilización popular urbana más importante de las últimas tres décadas. Por otra parte particularmente todas las cooperativas de éste complejo fueron fundadas a partir de trabajadores organizados en un sindicato. Entre ellos se encuentra el sindicato de la construcción, del sector gráfico, el sindicato de los empleados del Correo, de la OSE, etcétera.

4. Indicadores de Salud

Cuadro N°16: Datos para Uruguay.

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
Immunización (%): 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 resaltable 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 periodo 1970–1974 a *17,5 por mil* en 1996.

Cuadro N°17: Acceso al agua potable. CCZ 8

Abastecimiento de agua potable	Número de hogares
Red General	15173
Otros	139

Fuente: Unidad estadística de la IMM.

La información en relación a las visitas a establecimientos de salud con que se cuenta son referidas al CCZ 8.

Existen diversos programas a través de los cuáles la Intendencia en coordinación con otras instituciones de salud, entre las cuales se encuentra la Policlínica del Complejo José P.Varela, intenta conformar los Sistemas Locales de Salud.

A través del Policlínico Móvil, que llega a los barrios del zonal con necesidades más críticas en salud se realizaron en el año 1997, un total de 609 atenciones y durante el año 1998 este número ascendió a 869.

Cuadro N°18: Atenciones realizadas por el Policlínico Móvil del CCZ 8. Años 1997 y 1998

Servicio	Medicina General	Pediatría	Odontología	Ginecología	Enfermería	Total
1997	145	143	132	33	156	609
1998	70	157	263	144	235	869

A través del Programa de vacunaciones se dieron durante el año 1996, 675 dosis de vacunas, en el año 1997: 287 dosis, en el año 1998: 335 dosis y en lo que va de 1999: 120 dosis.

Durante el año 1998 se realizaron unas 100 tomas de test Papanicolau en el policlínico móvil y en la Policlínica José Pedro Varela.

5. Oferta de atención médica

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, etcétera.

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.

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, que fuera mencionado en párrafos anteriores). 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 CCZ 8 cuenta con la siguiente oferta en materia de Salud.

Organizaciones públicas:

Centro de Salud de la Cruz (MSP)

Policlínica Carrasco (MSP)

Policlínica Móvil IMM-Asoc. Mujeres Lourdes Pintos.

Iglesia Bautista: médica de familia Adriana Bacigalupi

Servicios de Salud Autogestionados:

Policlínica José Pedro Varela. 3 locales: Zona 1, Zona 3, Zona 6

Policlínica Mesa 1

Organizaciones privadas:

Tres servicios de emergencias móviles

Dos unidades periféricas de mutualistas (CASMU y CIMA)

Cuatro centros de atención privados.

6. Protección social en materia de salud

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 papel 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), etcétera.

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, etcétera.

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.⁵

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 MSP⁶.

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.⁷

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

⁵Diagnóstico sectorial. Salud. Tomo V. Programa de Inversión Social. OPP, Presidencia de la República y BID. Página 21.

⁶Diagnóstico sectorial, Op. Cit.

⁷Diagnóstico sectorial, Op. Cit.

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.

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 integral⁸ 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 demanda⁹ 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

⁸ 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.

⁹ 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.

Montevideo donde representa un 60%, respecto del Interior del país, donde representa un 37%.

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%.

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, etcétera. 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; etcétera.

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 enfermedad¹⁰. La cuota que paga la ex-DISSE a las IAMC es regulada por el

¹⁰ 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

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).

suelo 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 N°19: 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.

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 2,0%. Para Montevideo estos valores son respectivamente, 24,5% y 1,0%.

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).

Cuadro N°20: 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 Afiliación Individual	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Privados
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.

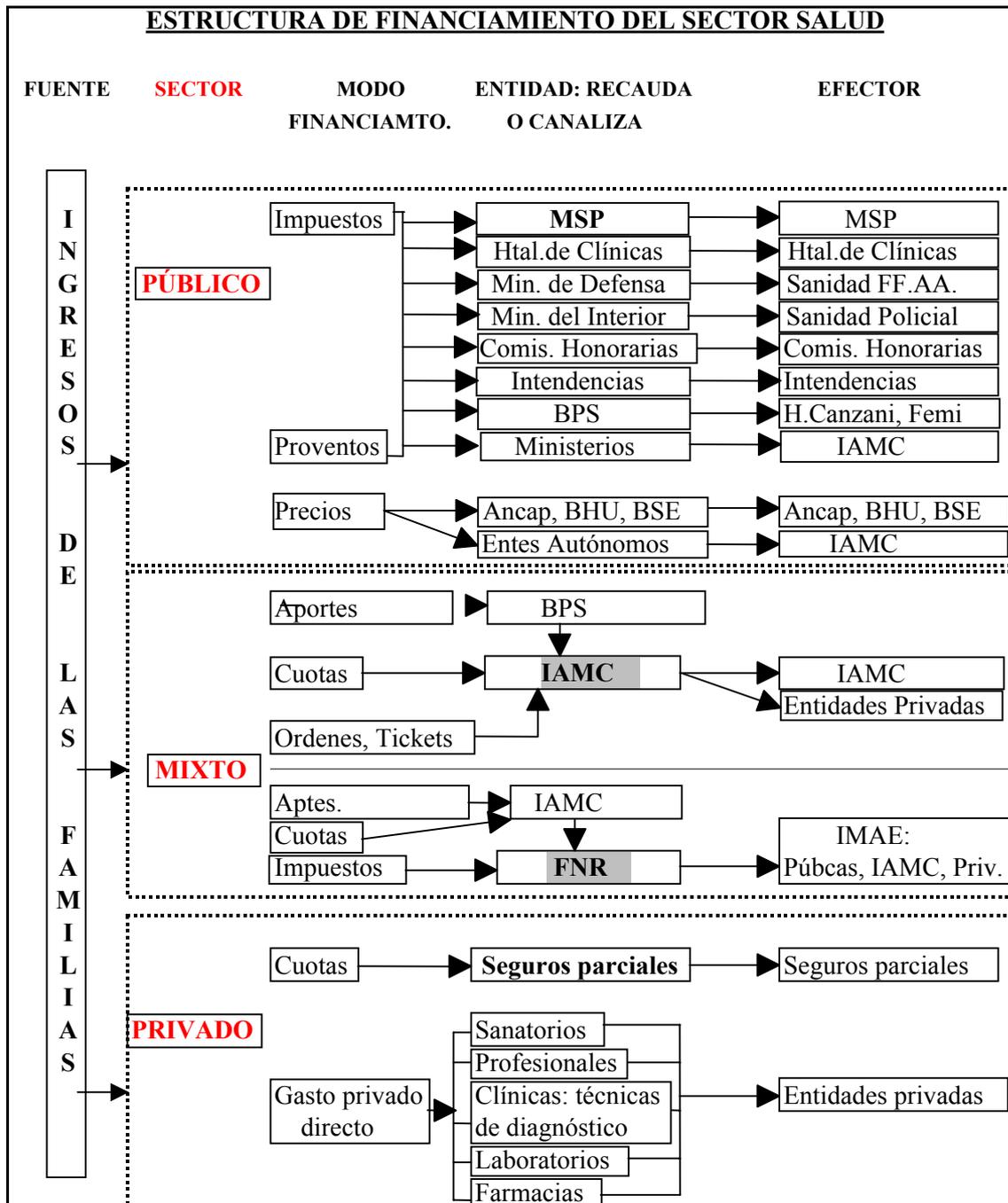
Cuadro N°21: Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud según grandes áreas y tramos de ingresos de los hogares. (En \$ Uruguayos). Año 1997.

	Total	No tiene	IAMC Afiliación Individual	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Privados
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. 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 45.000 están cubiertas por el seguro de salud vía BPS.

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 en la parte V, donde se abordará el funcionamiento del sistema de seguro de salud en la actualidad.

1. Origen del SIS

La implementación del sistema de seguro de salud por los socios cooperativistas del complejo de viviendas por ayuda mutua J.P.V, se realizó en el marco de una nueva zona urbana: La Cruz de Carrasco y Parque Rivera.

Dicha zona, poco poblada hasta la década del 70, tuvo a partir de allí un rápido crecimiento debido fundamentalmente a la construcción de diversos complejos de viviendas destinados a trabajadores y jubilados.

En aquél momento la zona se encontraba carente de todo tipo de servicios, entre ellos los de Salud. Quienes se fueron a vivir a las tres zonas que integran el complejo J.P.V., contaban con la oferta de atención médica con la que cuentan los demás habitantes de Montevideo.

Los trabajadores acceden por varias formas al sistema mutual. 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.-.

El grupo destinatario durante el período de creación del SIS, estaba conformado por los socios cooperativistas titulares del Complejo J.P.V. y sus familiares.

Es necesario destacar que se trata de cooperativistas por ayuda mutua, afiliados a la FUCVAM, y que su propio funcionamiento implica y necesita solidaridad, cierta organización y unidad, gestadas desde la fundación de las cooperativas y profundizadas durante la etapa de construcción. Las cooperativas se forman en su mayoría a partir de sindicatos de trabajadores, entre ellos el de la construcción, la salud, transportes, gráficos, etcétera.

Los datos acerca de la distribución por sexo, edad, nivel educativo, acceso a la atención médica, o niveles de ingresos serán presentados en el capítulo V, pues se cuenta con los datos para el presente y no para el momento de la creación del SIS.

No se encontraban expuestos como grupo a condiciones sanitarias o riesgos de enfermedad particulares. Los estudios descriptivos actuales indican que su acceso a la atención médica se mueve en los mismos parámetros que el resto de la población trabajadora, inferimos que al momento de creación del SIS las condiciones fueran las mismas en este sentido.

La zona en la cual se construyeron los complejos de viviendas era hasta ese momento muy poco poblada. Fue a partir de la construcción de éste y otros conjuntos habitacionales de

distintos orígenes, que empezó a urbanizarse. Hasta ese momento los servicios con los que contaba la zona eran muy pocos, el transporte para acceder a la misma era escaso, es decir, se trataba de una zona suburbana. Por lo tanto en cuanto a sus características socio económicas, los cooperativistas tenían un nivel superior al resto del barrio en el cual se insertaron.

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.

En la actualidad un 68% de los cooperativistas se encuentran cubiertos por el sistema mutual y un 26% por Salud Pública. El restante 6% tiene cobertura parcial o no cuenta con ningún tipo de cobertura. No se cuenta con datos al respecto del momento de creación del SIS.

Las razones para la creación de las policlínicas 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.

Si bien no se disponía de experiencia previa en materia de seguros, ni existían otras experiencias de seguros de salud en la zona, los miembros del grupo destinatario por ser cooperativistas contaban con estructuras organizadas de participación, realizaban asambleas regularmente, etc., por lo tanto la puesta en marcha del SIS estuvo vinculada a estas organizaciones existentes. La Comisión de Policlínicas surge con posterioridad.

La primera policlínica surge durante la obra como una necesidad de atender a quienes se accidentaban. Recordemos que en su mayoría, no se trataba de obreros de la construcción y sin embargo hacían diversos trabajos de obra. En ese momento quienes eran trabajadores de la salud podían hacer sus horas de obra en la Policlínica. Entonces esa primera idea, de la Policlínica de obra, surge de un grupo de médicos, enfermeros y estudiantes de medicina, que eran constructores de sus viviendas por este sistema de ayuda mutua. Estos médicos y enfermeros no disponían de experiencia previa en manejar un SIS. Este proyecto no surgió como parte de un programa ni evento particular, ni tampoco como parte de una política nacional.

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

2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos

Es al finalizar las obras, que aparecen las propuestas de continuidad. Cada zona del Complejo J.P.V., tenía su propia policlínica. Identificar las necesidades, definir la propuesta, los objetivos, fue difícil y tomó tiempo. Estuvo a cargo de las Comisiones de Fomento y a partir de su creación de las tres Comisiones de Policlínicas. Los miembros del grupo destinatario eran consultados en las asambleas de sus cooperativas. Sus expectativas siempre estaban vinculadas al tema de la urgencia. Este proceso comenzó en el año 1980 y se realizó antes, durante y después del inicio de actividades de la policlínica como tal.

En aquél momento se discutía si el modelo debía ser de prevención o de urgencia. Aspiraban a crear un sistema de salud preventivo y luego reivindicar que el Estado ayudara a sustentarlo.

Se intentó entonces contar con el apoyo de autoridades de la Salud. En el año 1985 se generó una instancia de discusión entre FUCVAM y el MSP sobre atención primaria. No se llegó a acuerdo. Por lo tanto no llegó a haber ningún aporte de parte de las autoridades sanitarias en aquél momento.

Las asambleas han ido aprobando varios documentos sobre necesidades y objetivos. No se investigaron las principales expectativas y temores de los miembros del grupo destinatario frente a la constitución del SIS.

Con relación a las necesidades, en la práctica el servicio fue evolucionando a partir de necesidades concretas: la necesidad del trabajador de contar con una policlínica nocturna, luego la unificación en los años 83/84 de las tres policlínicas en una única administración, pero que contara con los tres locales, de manera de lograr una racionalización y mayor efectividad de la atención, luego la afiliación automática de todos los cooperativistas, con el objetivo de poder establecer un presupuesto y garantizar una estabilidad de los servicios.

En relación a los objetivos, si bien fueron escritos en el momento de creación del SIS, siempre han estado y siguen estando en discusión. Todos estos documentos fueron discutidos y llevados a la Comisión de Salud Central de FUCVAM.

Extractamos de algunos de esos documentos internos: "Estamos abocados al desarrollo de una estrategia de salud basada en la educación, la prevención y la promoción. La estrategia debe ser elaborada entre todos, en un proceso donde la participación sea la herramienta fundamental para su desarrollo. No queremos ser asistencialistas ni crear centros que compitan con los estatales. Pretendemos elaborar una política de salud alternativa, donde la población, junto a los técnicos, asuma el compromiso de su gestión. Nos hemos propuesto llevar a cabo un plan que profundice el proceso de la Atención Primaria en Salud en nuestras cooperativas. Contamos para ello con la experiencia del cooperativismo de ayuda mutua y con recursos humanos suficientes, lamentablemente la carencia de recursos económicos ha frenado el desarrollo de nuestra propuesta"¹¹.

¹¹ Documento interno sobre Comisiones de Salud.

La discusión primaria de este Complejo (como acontece en otros movimientos sociales en general), luego de superar la etapa inicial de desconfianza hacia esta nueva modalidad de autoconstrucción de viviendas por colectivos de trabajadores, se plantea más o menos así: ¿exigir o reclamar al Estado o construir nosotros mismos? En caso de hacerlo nosotros mismos: ¿reclamar luego o no, que el Estado asuma su papel, entregándole lo hecho? ¿Hasta cuándo los límites estructurales ya reconocibles y permanentes, harán posible, viable, efectivo, un sistema propio complementario, suplementario, alternativo, no integral? ¿Eliminar los intermediarios?

2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera

Se realizaron estudios de contexto y diagnósticos de situación, encuestas de necesidades de distintos cortes, a cargo de la Facultad de Medicina. El objetivo de estos estudios fue fundamentalmente mostrar a los cooperativistas la necesidad de seguir potenciando el modelo y para ello unificar las tres policlínicas en una administración conjunta.

No se realizaron estudios de factibilidad financiera. Los paquetes de beneficios y las cotizaciones se calcularon por aproximación. Esto generó diversos problemas. No se lograba tener un ingreso fijo pues las afiliaciones eran voluntarias y no se sabía si las cotizaciones de quienes estaban afiliados en aquél momento se iban a recabar todos los meses. Esto repercutía en la cantidad de horas que tenían los médicos, a los cuáles periódicamente se les asignaban las horas por medio de un mecanismo de rotación.

Como se explicó anteriormente el Complejo J.P.V. fue de los primeros construidos por ayuda mutua y dentro de la órbita de FUCVAM. También la policlínica fue de las primeras, por lo cuál no hubo posibilidad de visitar otras experiencias en el momento de creación del SIS. En etapas posteriores, sí han realizado visitas a otras policlínicas con el objetivo de intercambiar experiencias.

2.3 Información del grupo destinatario

El grupo destinatario se informaba del funcionamiento del SIS en las asambleas de sus cooperativas, elevando sus propuestas a través de sus delegados a la Comisión de Policlínicas. No se produjo material informativo en el momento de creación del SIS.

En un comienzo la afiliación era voluntaria, algunos cooperativistas que ya tenían cobertura no estaban interesados en que funcionara la policlínica. Luego son las propias cooperativas que después de años de creado el SIS deciden que todos los cooperativistas sean afiliados automáticos.

2.4 Inicio de las actividades

Tomamos como inicio de actividades del sistema de seguro de salud el momento en que se unificaron los tres policlínicas y se creó la Policlínica Única del Complejo J.P.V. Fue un proceso que llevó muchas discusiones en asambleas que ocurrieron entre los años 1983 y 1984.

Las afiliaciones voluntarias ya existían, a partir de este momento, sólo se unificaron, por lo cual el pago de cotizaciones y el pago de prestaciones fue inmediato.

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

Fueron las cooperativas, a través de sus delegados en las tres comisiones de policlínica, quienes decidieron la unificación administrativa de las tres policlínicas. De algún modo fueron quienes decidieron el inicio del actual SIS. Luego se constituye la actual Comisión de Policlínicas, que es quien asumió el liderazgo del proceso, la coordinación con las cooperativas, con los médicos, administrativos, etcétera.

La Comisión era quien, en permanente consulta con las cooperativas, iba decidiendo sobre el paquete de beneficios, las cotizaciones, la organización interna, las modalidades de administración, etcétera.

En relación a la selección de los prestadores, si bien la decisión última la tomaba la comisión, los nuevos médicos eran presentados, o recomendados por los médicos cooperativistas que iniciaron el proyecto.

No se recibió asistencia técnica externa para apoyar la adopción de decisiones.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

Quién se afiliaba al SIS era el socio titular de la vivienda quedando automáticamente afiliado todo su núcleo familiar, no existiendo restricciones para tener derecho a las prestaciones del SIS. Durante el primer ejercicio la afiliación era voluntaria.

Podían afiliarse todos los socios cooperativistas del complejo J.P.V. y también otros vecinos del barrio, pero la cuota que estos últimos debían pagar mensualmente era un 50% más alta que para los primeros. El número de afiliados por esta última modalidad, era y sigue siendo en la actualidad muy poco significativo.

Los primeros afiliados eran representativos del conjunto del grupo destinatario.

No se ha podido acceder a la información del número de afiliados a la Policlínica Única del Complejo al finalizar el primer ejercicio.

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el sistema de salud

A continuación se presenta un cuadro que resume los beneficios ofrecidos por el Sistema durante su primer ejercicio.

Cuadro N°22: 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 realizaba				
Atención del parto					
Todas	No se realizaba				
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas					
Todas	No se realizaba				
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas	No se realizaban				
Atención ambulatoria programada					
Medicina General	A y B ¹	0 %	ninguno	0	N
Pediatría	A y B	0 %	ninguno	0	N
Ginecología	A y B	0 %	ninguno	0	N
Atención preventiva					
Todas	No se realizaba				
Atención ambulatoria no programada					
Guardia Nocturna	A y B	0 %	ninguno	0	N
Medicamentos					
Todos los medicamentos que eran donados o incluso los comprados por la policlínica excepto el Benzetazil.	A y B	0 %	N/A	N/A	N/A
Benzetazil	A y B	50 %	N/A	N/A	N/A
Transporte/evacuación					
	No se realizaba				
Laboratorio/radiología					
	No se realizaba				
Otros: Enfermería	A y B	0 %	ninguno	0	N

Fuente: Elaboración de autores con colaboración de administración de la policlínica y dirección de la Comisión.

Nota: (1) A = Afiliados; B = beneficiarios.

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

Existía un único paquete de beneficios para todos los afiliados. Este paquete estuvo determinado por los recursos económicos con los que se contaba para solventar la Policlínica y a la vez buscaba cubrir las necesidades más urgentes, en cuanto a las afecciones más comunes. El afiliado sólo pagaba su cuota mensual y con ella tenía derecho a la atención con que contaba el SIS. El SIS a su vez pagaba mensualmente a los prestadores, de acuerdo a las horas que hubieran trabajado.

No existía ningún seguimiento de las prestaciones, no se sabía cuál era el costo medio por prestación, ni el número total de casos atendidos.

3.3 Financiamiento

En relación a cómo obtuvo el SIS el financiamiento para su inicio y su primer ejercicio debemos aclarar que en el momento de creación de la actual Policlínica Única del Complejo, ya existían y funcionaban independientemente tres policlínicas.

Unificarlas no sólo no ocasionó ningún gasto, sino que por el contrario logró optimizar y racionalizar las funciones médicas y administrativas.

Para lograr este proceso de unificación, no hubo asistencia técnica ni ningún tipo de formación externa, que requiriera algún financiamiento.

La infraestructura y el equipamiento adquirido en las primeras etapas de cada una de las policlínicas, fue subvencionado por las cooperativas. No se dispuso de ningún fondo inicial y en el primer momento de cada una de las policlínicas, no hubo costos administrativos pues estos trabajos se realizaron honorariamente.

La única diferenciación que se hacía en relación al pago de las cotizaciones, era el aumento de un 50 % para quienes no pertenecían a las cooperativas de viviendas.

No se cuenta con el dato del importe de las cotizaciones durante el primer ejercicio.

No se estableció ninguna otra diferenciación - edades, sexo, estado de salud, etcétera. Todos los afiliados pagaban la misma cuota mensual, y dentro de ella estaba incluido todo su núcleo familiar, no importando de cuantos miembros estuviera compuesto. En este periodo inicial, los pagos se realizaban en efectivo.

Como se comentó anteriormente los ingresos mensuales durante el primer ejercicio no eran siempre iguales, lo cual determinaba que el pago por las prestaciones no siempre fuera el mismo.

3.4 Prestadores de atención médica

Los prestadores de atención médica eran contratados directamente por la Comisión de Policlínica.

No está disponible la información acerca de cuáles eran los prestadores de atención médica que ofrecían servicios cubiertos por el SIS al término del primer ejercicio. La información que se maneja es en términos generales. Se contaba con médicos de medicina general, ginecología y pediatría. También existía la atención de enfermería.

No hubo un criterio para seleccionar a los prestadores. En un principio fueron los propios médicos y enfermeros que eran cooperativistas. Luego se fueron agregando por propuestas de los médicos que ya trabajaban en la Policlínica y la Comisión evaluaba la propuesta y daba el fallo final.

Los médicos y enfermeros cobraban mensualmente, pero de acuerdo a las horas que hubieran cubierto en el mes. Los convenios que se establecieron con los prestadores fueron todos verbales.

3.5 Administración y gestión

a) Estatutos y reglamentos

El SIS no contaba con estatutos ni reglamentos al inicio de sus actividades. Tampoco tenía el SIS una personería jurídica propia.

b) Organización de la gestión

La Comisión de Policlínicas fue la organización a cargo de la gestión global del SIS. Sus responsabilidades tenían que ver con la toma de decisiones en general, con la compra de medicamentos, con la determinación y control de los horarios de los médicos, etcétera.

Al término del primer ejercicio existían como órganos de gestión exclusivos del SIS, el cuerpo médico, la comisión de personal y la Comisión de Policlínicas.

El cuerpo médico era en aquella primera instancia designado por los propios médicos cooperativistas.

La Comisión de Policlínicas era y es una comisión integrada por delegados designados por cada una de las cooperativas, y la Comisión de Personal funcionaba con delegados de la Comisión de Policlínicas y una funcionaria administrativa.

Cuadro N°23: Personal (asalariado o no) trabajando en el Sistema

Categoría	Número	Empleador	Porcentaje de tiempo dedicado al Sistema
Administrativas	2	Policlínica	100%
Limpieza	2	Policlínica	no se sabe
Médicos	7	Policlínica	no se sabe
Enfermeros	3	Policlínica	no se sabe

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

Desde el inicio de las actividades del SIS existió un registro de los afiliados al mismo. Se intentó implantar un sistema con tarjetas de identificación de los afiliados, pero no se llegó a generalizar en todas las cooperativas y finalmente quedó sin efecto. De todos modos existe un registro del pago de cotizaciones, con el cual se puede verificar la pertenencia de algún afiliado en caso de que fuera necesario.

Durante el primer ejercicio no se realizó un presupuesto, no se contaba con el asesoramiento de un contador, por lo cual únicamente se registraban las entradas y salidas y mensualmente se presentaba un balance.

4. Asistencia técnica y formación

El SIS no recibió asistencia técnica ni se realizaron actividades de formación durante la fase de creación.

V. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

1. Grupo destinatario y beneficiarios

1.1 Grupo destinatario

El grupo destinatario actual, está compuesto por quienes viven en el Complejo de Viviendas por ayuda mutua José Pedro Varela y en las cooperativas de vivienda también afiliadas a FUCVAM denominadas Covine 8 y Covicoes muy cercanas a Zona 1 del Complejo J.P.V.

El 86% de las familias que participaron en esta experiencia desde la etapa de construcción de las viviendas aun vive en las mismas.¹²

Sólo un 14% de los actuales cooperativistas se integró con posterioridad a la inauguración de la vivienda.

Por lo tanto los cambios en relación al momento de creación de la Policlínica, han tenido que ver con cambios en la composición interna de las familias ya que nos encontramos a casi veinte años de los inicios de esta experiencia. En segundo lugar pero en una proporción muy poco significativa, existen cambios en la tenencia de las viviendas.

Tomando en cuenta que el promedio de personas por hogar es de 3,75 tendríamos aproximadamente 6440 individuos. De ellos un 48% son hombres y un 52% son mujeres. En relación a las edades, un 14% son niños hasta 13 años inclusive, un 24% tiene entre 14 y 29 años, un 26% entre 30 y 49 años, un 22% de 50 a 64 años y el restante 14% tiene 65 años o más.

En relación al nivel de educación formal alcanzado, un 1% no tiene ningún estudio, un 20% tiene algún año de primaria pero no logró completar el ciclo, un 29% tiene primaria completa, un 22% logró completar el primer ciclo de enseñanza secundaria y un 13% completó el segundo ciclo. Un 12% de los cooperativistas asistió a la Universidad del trabajo del Uruguay (Enseñanza técnico profesional de nivel secundario), logrando completar algún curso o carrera un 5%. El restante 4% tiene estudios superiores completos - universitarios u otros terciarios.

En lo que respecta a la cobertura médica, un 68% de los cooperativistas está afiliado al sistema mutual, de ellos un 23% lo está a través del Banco de Previsión Social. Un 4% está cubierto por la Sanidad Policial o de las FFAA, un 22% a través de Salud Pública, un 4% tiene sólo cobertura parcial y un 2% declara no tener ningún tipo de cobertura médica.

Un 65% de los cooperativistas pertenecen a la Población Economicamente Activa, de los cuáles en el año 1998 se encontraban ocupados el 87% y desocupados el 13% restante.

Dentro de los ocupados, entre las ocupaciones más frecuentes encontramos obreros, operarios de la industria y jornaleros 23%, empleados de oficina 21%, trabajadores en distintos tipos de

¹² Para describir al actual grupo destinatario se cuenta con un estudio realizado por el Instituto de Investigación Cuesta Duarte del PIT-CNT, sobre el Sistema Cooperativo de construcción de viviendas por ayuda mutua en el departamento de Montevideo entre mayo y diciembre de 1998.

servicios personales 18%, técnicos y profesionales 17%, comerciantes y vendedores 10%, otros 11%.

A su vez un 67% son empleados u obreros privados y un 22% empleados u obreros públicos. Un 8% está empleado como servicio doméstico, un 2% son trabajadores por cuenta propia y un 1% patrones.

Dentro de las ramas de actividad más frecuentes encontramos un 42% vinculado a los servicios comunales y públicos, un 20% a la industria y un 14% al comercio.

En relación a los ingresos de los núcleos familiares, el 28% de los mismos son inferiores a US\$ 600, un 45% se encuentran entre US\$ 600 y US\$ 1200, un 17% entre US\$ 1200 y US\$ 1800, y el restante 10% es superior a los US\$ 1800.-.

No hay ninguna categoría de personas excluida del grupo destinatario.

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

La Policlínica del Complejo José Pedro Varela tiene como afiliados a los grupos familiares, es decir, el socio es el titular de la vivienda pero todos los familiares que viven con él, son sus beneficiarios por una misma única cuota, sin ningún tipo de exclusión ni restricciones. En caso de que alguna otra persona o familiar viniera a pasar una temporada en casa de algún cooperativista, existe la posibilidad de que el mismo se afilie temporalmente a la cooperativa pagando una cuota individual mensual, igual a la que pagan los vecinos del barrio que no pertenecen a la cooperativa.

En la actualidad, de acuerdo a resoluciones de las asambleas de cada una de las cooperativas, la afiliación a la Policlínica por parte de los cooperativistas es automática y se paga junto con la cuota mensual de la vivienda. Para que otros vecinos del barrio puedan afiliarse, deben pertenecer a la zona y los límites territoriales están fijados. Deben ser avalados por la comisión haciéndose, por medio de referencias personales de otros vecinos. Por supuesto que en estos casos la afiliación es voluntaria.

Toda persona nueva que ingresa a vivir a una cooperativa dentro del Complejo tiene derecho automáticamente a utilizar la policlínica. La cooperativa a través de su delegado manda el nombre de la nueva familia a la policlínica.

Cuadro N°24: Tipos de beneficiarios

Beneficiarios	Afiliación	Cotización	Co-pago
Cooperativista	automática	Si	Si
Familiar de paso	voluntaria	Si, 50% más	Si
Vecino de la zona	voluntaria	Si, 50% más	Si

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

El proceso de afiliación para las personas no cooperativistas, es por intermedio de la cobradora, o acercándose a cualquiera de los locales de la Policlínica. La Comisión aprueba el ingreso o no de estas personas teniendo en cuenta su nivel de ingresos, (o sea su necesidad), su pertenencia a la zona, etcétera.

Se maneja un registro aproximado de afiliados pues no hay un seguimiento de los cambios en la composición del núcleo familiar.

No se utilizan tarjetas de identificación para los afiliados. En general la identificación de los mismos se da a través del conocimiento de la administrativa con los vecinos. Si hubiera alguna duda, la administrativa solicita el recibo de la cuota de la vivienda o el recibo de pago para los socios de afuera de la cooperativa.

En relación a las condiciones del afiliado el principal cambio desde la puesta en marcha del SIS fue pasar de una afiliación voluntaria, a una afiliación automática o también llamada por ellos "masiva". Este cambio se basó en dos aspectos. El primero vinculado a la solidaridad. Todos pagan aunque no utilicen el servicio. Y en segundo lugar, que era la única manera de lograr que económicamente resultara viable.

En segundo lugar, otra resolución de asambleas fue el hecho de permitir a personas que no fueran de la cooperativa asociarse a la policlínica.

1.3 Número de beneficiarios y evolución

Cuadro N°25: Número actual de afiliados del SIS según edades

Edades	Número
0-13 años	902
14 - 29 años	1546
30 - 64 años	3090
Más de 64 años	902
Total	6440

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos de estudio descriptivo realizado en el año 1998 por el ICD.
Error estimado \pm 4%.

Cuadro N°26: Número actual de afiliados del SIS según sexo

Sexo	Número
Masculino	3091
Femenino	3349
Total	6440

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos de estudio descriptivo realizado en el año 1998 por el ICD

Cuadro N°27: Número de grupos familiares afiliados

Año	1997	1998	1999
Afiliación automática	IND	IND	1638
Afiliación voluntaria	IND	IND	79
Total	IND	IND	1717

Fuente: Datos proporcionados por la administración de la Policlínica.

Nota: IND = Información No disponible.

1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado.

En el caso de los cooperativistas, sólo pierden el estatus de afiliado quienes individualmente o como grupo familiar se van de la cooperativa. Entre los afiliados voluntarios pierden su

derecho si se van de la zona especificada o si dejan de pagar. No se ha excluido a ningún afiliado.

1.5 Penetración del grupo destinatario

En primera instancia el grupo destinatario de este sistema de salud, son los socios de las cooperativas que integran el Complejo José Pedro Varela y de otras dos cooperativas también afiliadas a FUCVAM que se encuentran en la misma zona. Se trata de Covicoes y Covine8. En este sentido, se ha logrado llegar al 100% del grupo destinatario a través de la afiliación automática.

En la actualidad no está planteado como objetivo del SIS aumentar el número de afiliados. De alguna manera su política es permitir que otros vecinos puedan afiliarse, pero para nada promocionarlo ni incentivarlo.

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

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el Sistema

El actual paquete de beneficios fue diseñado tomando en cuenta principalmente dos aspectos: el conjunto de afecciones sanitarias más comunes que pueden ser atendidas a través de la atención médica básica, y la capacidad contributiva de los cooperativistas. De acuerdo a ello, el paquete que se conformó es un servicio de atención primaria. Para conocer esta realidad se consultó a los médicos y la decisión final fue tomada por la Comisión.

Existe un boletín informativo que se reparte a los cooperativistas que informa sobre los horarios de los diferentes médicos, y el costo adicional de algunos especialistas (véase Anexo N°5).

Cuadro N°28: 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					

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Medicina General	A y B	0 %	ninguno	0	N
Pediatría	A y B	0 %	ninguno	0	N
Ginecología	A y B	US\$4,0	ninguno	0	N
Cardiología	A y B	US\$6,0	ninguno	0	N
Otorrinolaringología	A y B	US\$7,5	ninguno	0	N
Oculista	A y B	US\$10,0	ninguno	0	N
Psicología	A y B	US\$5,5	ninguno	0	N
Psiquiatría	A y B	US\$7,0	ninguno	0	N
Dermatología	A y B	US\$6,0	ninguno	0	N
Acupuntura	A y B	US\$6,5	ninguno	0	N
Atención preventiva					
PAP (Estudio ginecológico)	A y B	US\$2,0	ninguno	0	N
Atención ambulatoria no programada					
Guardia Nocturna	A y B	0 %	ninguno	0	N
Medicamentos					
Todos los medicamentos donados o incluso los comprados por la policlínica excepto el Benzetazil.	A y B	0 %	N/A	N/A	N/A
Benzetazil	A y B	50 %	N/A	N/A	N/A
Transporte/evacuación					
Todo	No se realiza				
Laboratorio/radiología					
Sólo para Laboratorio. Convenio con un laboratorio	A y B	50 %	N/A	N/A	N/A
Otros Enfermería	A y B	US\$0,3	N/A	0	N/A

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

El paquete de beneficios es único, es decir, todo afiliado y familiar puede hacer uso de los mismos servicios mediante el pago de las cotizaciones correspondientes.

El SIS informa a los afiliados de sus servicios, horarios de los diferentes médicos, etcétera, a través del boletín que se entrega casa a casa y a través de la cartelera que se encuentra en la policlínica.

Los co-pagos ocurren en los casos de consultas a especialistas, exceptuando la consulta de pediatría que no paga ningún ticket, así como tampoco se paga por las consultas de medicina general.

Los tickets que se abonan por consulta como se observó en el Cuadro N° 28, varían de acuerdo a la especialidad. Los precios son fijados en acuerdo con los médicos, tomando en cuenta que los socios lo puedan pagar, y que a la vez para el médico resulte razonable el porcentaje que le corresponde. Los valores de los tickets están entre U\$S 0,3 y U\$S 10

dólares americanos. Los acuerdos de los precios de las consultas deben ser aprobados por el pleno de la comisión. A su vez está establecido que estos precios aumentan cada seis meses en relación al porcentaje de aumento del Índice de Precios al Consumo (IPC).

De lo que pagan los pacientes por consulta con especialistas un 5% queda en la Policlínica y el restante 95% es percibido por los especialistas como honorarios. Si no existiera el co-pago, sería imposible para las finanzas de la Policlínica, solventar consultas con especialistas.

Los derechos se adquieren en forma automática. No se aplica un periodo de espera para comenzar a tener los derechos plenos. Es un sistema solidario. Su concepción de pago automático está vinculado a este último aspecto: todos pagan, aunque no todos tengan necesidad de utilizar el servicio.

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 tiene previsto participar en ningún gasto del afiliado posterior a su derivación hacia un nivel superior. Los derechos se adquieren en forma automática.

Cuando un paciente llega al SIS, si no llega con una demanda concreta, es la funcionaria administrativa quien lo asesora y le indica que vea al médico general, o que primero pase por la enfermería.

Las prestaciones otorgadas con más frecuencia son siempre medicina general y pediatría.

En relación a las especialidades se presentan los ingresos anuales que generaron cada una de ellas.

Al momento de inicio de este sistema de salud, es decir al completarse el proceso de unificación de las tres policlínicas de las tres zonas, la atención estaba limitada a medicina general, ginecología y pediatría. A partir de ese momento paulatinamente se fueron agregando especialidades hasta llegar a las hoy existentes.

Este aumento de los servicios no implicó un aumento de la cuota mensual, dado que para utilizarlos se creó la modalidad del co-pago, lo cual cubre lo que se le paga a estos médicos especialistas.

2.2 Pago de las prestaciones

La Policlínica utiliza una fórmula combinada de prepago y co-pago para el otorgamiento de las prestaciones a los afiliados.

El prepago, es el que realizan todos los núcleos familiares afiliados en forma automática, por el cuál tienen derecho a la atención en medicina general y pediatría.

En el caso de las demás especialidades, el co-pago es por consulta, pagando un ticket en la administración previamente a la misma. El importe de este ticket varía de acuerdo a la

especialidad. El más barato cuesta en la actualidad US\$ 4,0 y el más caro US\$ 10. Como se mencionó anteriormente en el caso de medicina general y pediatría, no se paga ningún ticket.

Los tickets por consultas a especialistas en la Policlínica del Complejo están al mismo nivel de precios que en las mutualistas y en algunas especialidades el ticket es aun mayor.

Sin embargo se puede decir que los afiliados que también cuentan con asistencia a través de mutualistas optan por atenderse en la Policlínica por:

- La cercanía: no se gasta en transporte
- Las consultas a medicina general y pediatría son gratis
- Los medicamentos se otorgan en forma gratuita excepto el Benzetazil
- El horario extenso: no es necesario perder horas de trabajo para asistir a las consultas

Cuando el usuario entra a la consulta entrega el ticket al especialista. Luego la administración coteja los tickets que le entrega al médico con su control administrativo y de esa manera establece el pago al prestador.

No existe la posibilidad de que el afiliado se atrase en el pago de la cotización, pues las mismas son pagadas en conjunto por la cooperativa. Si un afiliado se atrasara en su pago a la cooperativa, la misma cubre ese faltante. Siempre el pago de las cooperativas a la Policlínica es por el total de viviendas existentes.

Si una cooperativa se atrasara en su pago a la policlínica, está previsto por estatutos de las cooperativas, que se les cobraría mora. Sin embargo, eso no ha ocurrido hasta la fecha. Por lo tanto nunca se atrasa el pago a los prestadores.

Los sueldos de los médicos se pagan en fecha entre el 1 y el 10 de cada mes.

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

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

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.

Cabe agregar que todos estos servicios pueden ser utilizados por los socios en las condiciones descritas en este documento y por cualquier persona que desee hacerlo, pagando tickets en todos los casos (no sólo en el caso de las especialidades) y su valor es siempre superior al que pagan los socios. Los tickets para no afiliados oscilan entre los US\$ 12 y US\$ 19.

Los servicios siempre se han financiado a través de las cotizaciones y en el caso de las especialidades de los co-pagos. Como ya se mencionó, en el inicio se contó con diversas donaciones de las cooperativas, y con mucho trabajo voluntario.

No se constituyó una entidad jurídicamente independiente para la actividad de oferta de atención médica. Hasta el momento los consejos directivos de las cooperativas son los responsables jurídicos de este Sistema de Salud. La Policlínica está dando los pasos necesarios para tener personería jurídica.

Prevención y educación para la salud

El SIS no tiene una política concreta en cuanto a la prevención y educación para la salud. No existen campañas ni actividades al respecto.

De todos modos, se realizan algunos estudios puntuales, que podrían considerarse como medicina preventiva, por ejemplo la realización de Papanicolau, o de un estudio de control diabético.

Otro tipo de servicios

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

3 Aspectos financieros del funcionamiento del Sistema

3.1 Fuentes de financiamiento del Sistema

Cotizaciones

Existen dos únicos tipos de cotizaciones: para los socios cooperativistas la cuota es de US\$ 6 por núcleo familiar por mes y para los otros vecinos del barrio, la misma es un 50% mayor, es decir US\$ 9 por núcleo familiar. Ambas cotizaciones son en efectivo.

No existe la posibilidad de ser exonerado del pago de la cotización.

En la actualidad el precio de las cotizaciones está fijado para que cubra el presupuesto. Se fue estableciendo de acuerdo a los gastos, pero también teniendo en cuenta las posibilidades de pago de los beneficiarios. A veces los gastos deben restringirse por limitaciones económicas. De acuerdo a estos criterios el Contador establece el presupuesto semestral y especifica cuanto se puede gastar en cada rubro.

De las 1717 familias afiliadas sólo las 79 que no pertenecen a las cooperativas pagan su cotización en efectivo y el cobro lo realiza un cobrador. Para ellas el pago es por adelantado entre el 1 y el 10 de cada mes.

Las restantes 1638 familias abonan la cuota a través de la cooperativa a la que pertenecen. En la práctica, este dinero se deposita en la cuenta corriente bancaria, a nombre de tres integrantes de la Comisión.

Los afiliados pagan su cuota global entre la cual está incluido el pago a la Policlínica del 1 al 19 de cada mes. La cooperativa paga a la Policlínica del 1 al 10 de cada mes, lo que recaudó el mes anterior. Estas fechas se establecieron pues antes de tener una cuenta bancaria, era entre el 1 y el 10 de cada mes que se debían abonar todas las diferentes cuentas o facturas. Luego quedó esta fecha estipulada.

La administración le entrega un recibo a la cooperativa, contra el recibo de depósito del banco. Es muy difícil que ocurra un atraso en el pago de las cuotas, en caso de que sucediera el delegado avisa a la cooperativa para que esta se ponga al día.

El siguiente cuadro muestra el monto total de las cotizaciones recibidas por el SIS durante los últimos tres ejercicios fiscales:

Cuadro N° 28: Monto total de cotizaciones recibidas

Período/ Moneda	1° de marzo de 1996 a 28 de febrero de 1997	1° de marzo de 1997 a 28 de febrero de 1998	1° de marzo 1998 a 28 de febrero de 1999
Pesos	\$ 813.711.-	\$ 1.067.284.-	\$ 1.252.183.-
Dólares	US\$ 90.000.-	US\$ 106.000.-	US\$ 113.000.-

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

A partir del año 1992 las cotizaciones aumentan semestralmente de acuerdo al Índice de Precios al Consumo. Esta norma se instauró a sugerencia del Contador, a partir del momento que asume llevar la contabilidad de la Policlínica.

Cuando las afiliaciones no eran automáticas, el criterio de aumento de las cotizaciones era más anárquico, no existían normas. A partir de la decisión de la afiliación automática, el monto recibido por cotizaciones aumentó considerablemente. Dicho cambio permitió un aumento de los servicios. No se cuenta con los montos de las cotizaciones durante el primer ejercicio por lo cual es imposible compararlo con la actualidad.

No existe una cuota inicial de afiliación, ni derechos de admisión u otras formas de aporte previos.

Contribuciones financieras del Estado

No ha habido por parte del Estado ningún tipo de aporte o contribución al inicio o desarrollo de esta experiencia. Se lo intentó pero no se obtuvo respuesta.

Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes

No se recibieron ni en el inicio, ni durante el desarrollo del proyecto, contribuciones en dinero. Si han sido donados a la Policlínica diferentes objetos, y en forma periódica medicamentos. Estos últimos son aportados por los propios médicos, por algunos laboratorios, por los vecinos y por los vendedores de los laboratorios de medicamentos que dejan muestras gratis.

Préstamos y créditos

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

Transferencia de fondos

No hubo transferencia de fondos de parte de la organización responsable del SIS a la Policlínica. El financiamiento de la Policlínica es independiente del financiamiento de las cooperativas.

3.2 Costos

Cuadro N°30: Pago de Prestaciones durante los tres últimos ejercicios contables.

Período	\$	US\$
1/3/96 a 28/2/97	650.920,50	72.000,00
1/3/97 a 28/2/98	839.258,90	84.000,00
1/3/98 a 28/2/99	998.616,00	90.000,00

Fuente: Balances contables.

Cuadro N° 31: Gastos de administración durante los tres últimos ejercicios contables.

Período	\$	US\$
1/3/96 a 28/2/97	120.843	13.500
1/3/97 a 28/2/98	156.404	15.600
1/3/98 a 28/2/99	179.350	16.300

Fuente: Balances contables.

El monto correspondiente a los gastos de administración asciende en el período 1/3/96 a 28/2/97 a \$ 115.373.- en honorarios, \$ 3.021.20 en papelería y útiles y \$ 2.449.40 en fotocopias e impresos, lo cual totaliza \$ 120.843.- equivalente a US\$13.500.-.

Durante el período 1/3/97 a 28/2/98 en honorarios \$ 151.042.-, en papelería y útiles \$ 4.162.20 y en fotocopias e impresos \$ 1200.20 lo cual totaliza \$ 156.404.- equivalente a US\$ 15.600.- y durante el último ejercicio 1/3/98 a 28/2/99 en honorarios \$ 170.777, en papelería y útiles \$ 4493.80 y en fotocopias e impresos \$ 4.080.60 lo cual totaliza \$ 179.350.- equivalente a US\$16.300.-

3.3 Excedentes y distribución de excedentes.

La Policlínica Única del Complejo José Pedro Varela se define como una asociación sin fines de lucro. No se podría decir que existen excedentes como tales. Lo poco que existe no se distribuye, sino que incrementa la reserva. Desde la creación de la Policlínica los excedentes ascienden a \$ 120.924 (US\$ 11.000.-). Nunca se distribuyó.

Cuadro N°32: Excedentes de los últimos tres ejercicios.

Período	\$	US\$
Antes de 1/3/96	112.046	10.060
1/3/96 a 28/2/97	6.823	750
1/3/97 a 28/2/98	1.265	120
1/3/98 a 28/2/99	790	70
Total	120.924	11.000

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

3.4 Fondos de reserva

Por lo tanto el fondo de reserva al cierre del último ejercicio ascendía a \$ 120.924.- (US\$ 11.000.-).

Este monto alcanzaría para cubrir un mes de funcionamiento del SIS. Ellos no lo consideran un fondo de reserva. De alguna manera sería un capital de giro, con el cual van cubriendo obligaciones con fecha de pago fijo, que luego se vuelven a recaudar, aguinaldos, salarios vacacionales, etcétera.

No existen obligaciones legales al respecto.

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 cooperativistas. Se informa sobre los horarios de los mismos y sus especialidades a través de las carteleras y de los boletines informativos.

Cuadro N°33: Prestadores autorizados por el Sistema de salud.

Nombre/Identificación prestadores	Localización	Tipo	Nivel	Tipo servicios ofrecidos	Fecha autorización
Dra. Soraya Soria	Policlínica del Complejo J.E.R	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dr. Adrián Bertullo	(3 locales)	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dr. Hugo de los Santos	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dra. Alba Morgade	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dra. María Prieto	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dra. Catalina Linardi	Idem	Privado	1.2	pediatria	no se cuenta con los datos
Dr. Dante Pereyra	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dra. Mirtha Ameigenda	Idem	Privado	1.2	pediatría	no se cuenta con los datos
Dra. Julia Galzerano	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dr. Francisco Pracca	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dra. María Oreggioni	Idem	Privado	1	medicina	no se cuenta

Nombre/Identificación prestadores	Localización	Tipo	Nivel	Tipo servicios ofrecidos	Fecha autorización
				general	con los datos
Dra. Ana Larrosa	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dra. Machín	Idem	Privado	1	medicina general	no se cuenta con los datos
Dra. Yanet Elizaga	Idem	Privado	1.2	pediatria	no se cuenta con los datos
Dr. Raúl Elzaurdía	Idem	Privado	1.2	cardiología	no se cuenta con los datos
Dr. Luis Komés	Idem	Privado	1.2	otorrino	no se cuenta con los datos
Dra. Tania Godoy	Idem	Privado	1.2	oculista	no se cuenta con los datos
Psic. Roxana Chidiazzi	Idem	Privado	1.2	psicología	no se cuenta con los datos
Dr. José Lima	Idem	Privado	1.2	psiquiatria	no se cuenta con los datos
Dra. Ana Larrosa	Idem	Privado	1.2	dermatología	no se cuenta con los datos
Dr. Daniel Ferrari	Idem	Privado	1.2	ginecología	no se cuenta con los datos
Dr. Ricardo Sosa	Idem	Privado	1.2	acupuntura	no se cuenta con los datos

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

Muy cerca de una de las zonas que integran el complejo Jose P. Varela, existe un Centro de Salud Pública, del MSP¹³. Allí se atienden unas 300 personas por día. Cuentan entre otros servicios con laboratorio y radiología. Cuando se inició la policlínica, este centro no existía.

A unas 8 o 10 cuadras, otro grupo de cooperativas afiliado a FUCVAM, también posee una pequeña policlínica. Al nivel de mutualismo, una de las empresas cuenta con una unidad periférica. En este último caso, la atención es sólo para sus afiliados.

Como se explicó anteriormente, los primeros médicos que trabajaron en la Policlínica fueron entre otros, los fundadores de la experiencia. Los médicos que ingresaron después de los fundadores, fueron presentados por los primeros. Al principio eran todos médicos generales, luego surge la necesidad de los especialistas. Una vez que la Comisión de Policlínicas empieza a funcionar como tal, es ella quien aprueba el ingreso de los nuevos médicos.

Los médicos generales tienen un acuerdo salarial establecido. Con los especialistas, la Comisión llega a acuerdos individuales. Una vez fijado el arancel, los aumentos, son como en todos los demás casos, semestralmente y de acuerdo al IPC.

Hasta el momento, la disponibilidad de todos los servicios médicos es suficiente para atender la demanda.

¹³ Ministerio de Salud Pública.

4.2 Relaciones entre los prestadores y el Sistema de seguro

Los acuerdos con los prestadores están a cargo de la Comisión de Policlínicas. Estos acuerdos son verbales, no existen contratos, ni convenios para especificar los términos de los mismos.

Hasta ahora a ningún médico se le ha suspendido el acuerdo. Si alguno se retiró lo hizo voluntariamente.

Los médicos no verifican el derecho a la prestación del asegurado.

La Policlínica no cuenta con un mecanismo para recoger la opinión de los beneficiarios en cuanto a la calidad de los servicios.

Es difícil organizar reuniones regulares entre los prestadores y el SIS. Si hay una reunión es por alguna consulta, no se planifican reuniones con objetivos de discusión.

La Comisión se encarga de toda la gestión de la policlínica, por lo tanto también se encarga de la organización general de la gestión de los prestadores. Si algún socio tuviera quejas en relación a los médicos, debe presentarlas por escrito a la comisión.

El único beneficio extra con que cuentan los médicos que viven fuera de la cooperativa es con un viático. Se les paga el importe de dos boletos por guardia.

4.3 Pago a los prestadores

Existen fundamentalmente dos modalidades de pago para los prestadores de atención médica: salario por hora y partida por acto médico.

Los médicos de medicina general, pediatría, ginecología, psicología y cardiología, cobran por hora. Quienes cubren las demás especialidades cobran por consulta. A los primeros se les hace una liquidación mensual de acuerdo a las horas trabajadas -generalmente cobran con cheques-, a los últimos se les ofrece la posibilidad del pago mensual, o diario al finalizar las consultas - generalmente cobran en efectivo.

El modo de facturación en esencia ha sido siempre el mismo.

La persona que lleva la administración es quien controla la facturación de los prestadores. Para quienes cobran mensualmente, el plazo de pago es entre el 1 y el 10 de cada mes.

5. Administración y gestión del Sistema de seguro

5.1 Estatutos y reglamentos

Como se dijo anteriormente, el SIS no tiene personería jurídica. Actualmente están trabajando en el estatuto. Luego intentarán gestionar la personería jurídica. Tienen un reglamento interno de funcionamiento creado en el año 1994.

5.2 Organización y gestión del Sistema

La gestión global del sistema está a cargo de la Comisión. Esta se reúne una vez por mes. Es designada por los consejos directivos de las cooperativas. Cada una de las trece cooperativas manda un delegado. Sus responsabilidades entre otras son la discusión de los presupuestos, aprobación de los balances, designación de médicos.

Cada dos años se designa por voto secreto el secretariado o mesa. Las demás estructuras encargadas de la gestión del SIS son:

- Como subcomisiones de la Comisión de Policlínicas
 - La Mesa, que está integrada por tres integrantes de la comisión: Presidente, Tesorero y Secretario. En esta instancia se elaboran los documentos de funcionamiento, se reciben propuestas o reclamos.
 - La Comisión de Control del medicamento
Está formada por 2 delegados de la comisión -por designación directa- y 1 administrativa
Distribuyen los medicamentos entre los tres locales.
 - La Comisión de Personal.
Compuesta también por 2 delegados de la comisión y 1 administrativa.
- Cómo personal asalariado
 - La administración que también es designada por la comisión.
 - El equipo médico y el resto del personal

Todos estos órganos son exclusivos para el SIS.

La designación del personal administrativo, fue a través de un concurso realizado en el año 1990. La decisión de realizarlo fue de la Comisión, y fue sugerido por el actual Contador de la Policlínica.

Actualmente la Comisión de Policlínicas está integrada por 8 mujeres y 5 hombres.

Ellos son: Hederson Cardoso, Presidente, Orfelia Nogueira, Secretaria, René Baladán, Tesorera, Eduardo Angelini, Pro tesorero y como delegados de las cooperativas participan: María del Carmen Pedezert, Julio Socías, Adriana Lamagna, Mario Pérez, Marta Llugdar, María Ferreira, y Adriana Ruival. La Comisión de Personal está integrada por 3 mujeres y la administración por 2 mujeres.

El siguiente cuadro muestra especificaciones sobre el personal que trabaja para el Sistema.

Cuadro N°34: Personal (asalariado o no) trabajando en el Sistema

Título del Puesto	Asalariado/ Benévolo	Fecha de creación del Puesto	Calificación del titular	Principales tareas
<i>Comisión</i>				
Presidente	Honorario	Sin dato	Ex dirigente sindical. Jubilado	Dirección del proyecto
Secretario	Honorario	Sin dato	Ama de casa	Dirección del proyecto
Tesorero	Honorario	Sin dato	Ama de casa	Dirección del proyecto

Título del Puesto	Asalariado/ Benévolo	Fecha de creación del Puesto	Calificación del titular	Principales tareas
Pro tesorero	Honorario	Sin dato	Ex dirigente sindical. Jubilado	Dirección del proyecto
9 Delegados de las cooperativas sin cargo específico	Honorario	Sin dato		Dirección del proyecto
<i>Administración:</i>				
Contador	Asalariado	Marzo 1991	Contador Público.	Legaliza y controla la documentación existente. Proyecto de presupuesto semestral.
Administradora	Asalariada	Julio 1990	Secundaria completa. Secretariado médico Rel.Públicas	Liquidación de sueldos. Armar guardias médicas. Buscar suplentes. Controles. Tareas varias.
Auxiliar administrativa	Asalariado	Marzo 1991	Secundaria Completa Formación laboral. Experiencia	Cobro de tickets Control de socios Atención al público
<i>Cuerpo médico:</i>				
10 médicos generales	Asalariados	Sin dato	Médico general	Atención médica
2 pediatras	Asalariados	Sin dato	Médico general y pediatra	Atención médica
Ginecologa	Asalariada	Sin dato	Medicina general y ginecología	Atención médica
Cardiologo	Asalariado	Sin dato	Medicina general y cardiología	Atención médica
Otorrino	Remuneración por consulta	Sin dato	Medicina general y otorrinolaringología	Atención médica
Oculista	Remuneración por consulta	Sin dato	Medicina general y oculista	Atención médica
Psicóloga	Asalariada	Sin dato	Psicología	Atención médica
Psiquiatra	Remuneración por consulta	Sin dato	Medicina general y psiquiatría	Atención médica
Dermatóloga	Remuneración por consulta	Sin dato	Medicina general y dermatología	Atención médica
Acupunturista	Remuneración por consulta	Sin dato	Medicina general y acupuntura	Atención médica
Digitopunturista	Remuneración por consulta	Sin dato	Sin dato	Digitopuntura
Podóloga	Remuneración	Sin dato	Sin dato	Podología

Título del Puesto	Asalariado/ Benévolo	Fecha de creación del Puesto	Calificación del titular	Principales tareas
	por consulta			
Masajista	Remuneración por consulta	Sin dato	Sin dato	Masajes
6 enfermeros titulares	Asalariados	Sin dato	Enfermería	Atención de enfermería
2 enfermeros suplentes	Asalariados	Sin dato	Enfermería	Atención de enfermería

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión

La participación de los afiliados en lo que tiene que ver con los servicios, las cotizaciones, la evaluación de los prestadores, o la evaluación del funcionamiento en general del SIS, se da a través de las asambleas de sus cooperativas. El delegado a la comisión lleva la opinión de los afiliados de su cooperativa.

No existe una asamblea general de afiliados a la Policlínica.

Si algún afiliado tuviera reclamos, debe dirigir una nota por escrito a la Comisión, y enviar una copia a su cooperativa o plantearlo en la asamblea de su cooperativa.

En el caso de los afiliados nuevos que no pertenecen a la cooperativa, son informados sobre sus derechos y obligaciones, por la promotora que les ofrece el ingreso. No se le entrega ningún documento especial para informarlo. El único documento informativo con que cuenta la policlínica es el boletín.

Todo los socios puede acercarse a la Policlínica y solicitar información. Ésta será brindada por la administrativa o por algún miembro de la comisión que esté presente.

También se publican los boletines cada 3 o 4 meses. Se entregan en los consejos directivos y luego se reparten casa por casa. La información que contienen se decide en la comisión.

5.4 Gestión de las disponibilidades

El funcionamiento del Sistema demanda de algunos gastos operativos. La administración tiene autorizado de antemano el pago de los útiles de oficina, papelería, etc., así como el pago de las facturas de luz, teléfono, agua, etcétera.

Todos estos gastos se pagan en efectivo, y salen de la caja chica, que es controlada por la administración.

En caso de que surgieran gastos grandes, o fuera de los previstos, quien autoriza la compra es la tesorera de la comisión.

La Policlínica en la actualidad dispone de una cuenta a plazo fijo y una cuenta corriente. Los cheques deben llevar dos firmas, que pueden ser indistintamente las del Presidente, Secretario, o Tesorero. El Banco en el que tienen sus cuentas, se encuentra a unos diez minutos en omnibus de cualquiera de las policlínicas.

Se intenta por razones de seguridad, no tener mucho dinero en la caja chica. Además de los gastos ya mencionados, los pagos a los especialistas se realizan en efectivo. Esta modalidad de pago, se genera en los hechos, pues el cobro de los especialistas está directamente relacionado al co-pago de los afiliados por las consultas. Todo lo demás se abona con cheques.

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:

- Recibos de entrada de caja y salida de caja
- Libro diario de caja
- Resumen mensual
- Libro mayor de caja
- Asientos contables

Los responsables de estos registros son el contador y la empleada administrativa. El primero es Contador Público egresado de la Universidad de la República. La funcionaria administrativa, tiene formación en relaciones públicas, curso de secretariado médico y enseñanza secundaria completa. Se consideró suficiente su capacitación, por lo cual no recibieron formación específica para este trabajo, ni tampoco capacitación interna.

Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

El registro de afiliados con que cuenta el sistema, no está al día en lo que refiere a la integración del núcleo familiar. Es decir, no se sigue la variación de la integración de las familias, si las familias han crecido, si algunos hijos se casaron y ya no viven más en las cooperativas, etcétera. Si existe un registro de las familias como tales. Actualmente se está trabajando en las fichas individuales.

Las tarjetas de identificación de los afiliados no están vigentes, pues la realización de las mismas nunca se generalizó a todas las cooperativas.

El registro de pago de cotizaciones se utiliza y actualiza a través de las cooperativas.

En el año 1994 se intentó implementar un registro de seguimiento de prestaciones. Se trabajó con el unos dos meses y no se logró darle continuidad.

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.

La información contable disponible permite, además, conocer de forma inmediata o dentro de un plazo razonable, la situación de tesorería, la recaudación de las cotizaciones, así como los costos administrativos. Resulta un poco más complicado pero igualmente se puede obtener la información acerca de la evolución de las prestaciones.

La Policlínica no cuenta con sistema informático dentro de sus locales. A pesar de ello, todos los registros que realiza el Contador son realizados mediante procesos informáticos. Se realizó una memoria del último período -febrero 1997 – febrero 1999-. Está planteado que se haga una regla y que los períodos estén fijados por los cambios de la Comisión.

Formalización de los procedimientos de gestión

Para el funcionamiento corriente del Sistema, la Policlínica del Complejo José Pedro Varela utiliza una serie de formularios y documentación de carácter administrativo, a saber:

- Recibos de entrada y salida de caja
- Tickets de pago de los especialistas
- Planillas de nuevas afiliaciones
- Recibos para el pago de los médicos
- Parte diario médico
- Parte diario de enfermería

5.6 Función de control

De alguna manera la Comisión siempre está pendiente de toda la administración y de la gestión en general, a través de sus distintos miembros. Existen controles de caja a cargo de la responsable de la administración y de la tesorera, pero sin una regularidad pautada. No se hacen arqueos.

Se podría decir que también existe un control de la distribución de medicamentos entre las tres policlínicas.

Las cooperativas tendrían el derecho de realizar auditorías. En casi veinte años de funcionamiento, nunca ha sucedido.

5.7 Distribución real de funciones

A continuación 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

Cuadro N°35: Distribución real de funciones

	Órgano del Sistema	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Cooperativas
Gestión de prestaciones:					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?		X			
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?	N/A				
¿Quién decide hacer la remisión de un enfermo a un nivel superior?	N/A				
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio, costo promedio, etc.)	N/A				
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?			X		
¿Quién actualiza los registros de afiliados?					X
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?	N/A				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?		X			
¿Quién calcula el monto de las cotizaciones?		X	X		X
¿Quién decide el monto de las cotizaciones?					X
¿Quién recauda las cotizaciones?			Cobrador		X
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?			X		
Gestión de relaciones con los prestadores			Administración		
¿Quién elige a los prestadores?		X			
¿Quién negocia los		X			

	Órgano del Sistema	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Cooperativas
acuerdos con los prestadores?					
¿Quién retira la autorización a un prestador?		X			
¿Quién decide el pago a los prestadores?		X			
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?			Administración, Contador		
¿Quién prepara el presupuesto?		X lo aprueba	X Contador		
¿Quién elabora el Sistema de administración contable?		X lo aprueba	X Contador		
¿Quién elabora los estados de resultado?			X Contador		
¿Quién elabora el balance?			X Contador		
¿Quién calcula los indicadores financieros?	N/A				
¿Quién propone la distribución del excedente?		X			
¿Quién decide la distribución del excedente?		X			
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?	Tesorero	X			
¿Quién cobra los créditos?	N/A				
¿Quién decide las inversiones financieras?	N/A				
¿Quién autoriza los gastos?		X			
¿Quién administra la caja chica?			Administración		
Control					
¿Quién controla la caja?	Tesorero		Administración		
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?		X	Contador		

	Órgano del Sistema	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Cooperativas
¿Quién controla a los beneficiarios?	N/A				
¿Quién controla el pago de cotizaciones?					X
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?			Administración		
¿Quién controla la facturación de los prestadores?			Administración		
¿Quién efectúa el control médico?		X	Administración		
¿Quién sanciona los fraudes?		X			
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?		X			
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario					
¿Quién decide convocar la Asamblea general?	N/A				
¿Quién organiza la Asamblea general?	N/A				
¿Quién designa a los responsables?					X
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto al paquete de beneficios?		X	Administración		
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	N/A				
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	N/A				

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de la Policlínica Unificada del Complejo José Pedro Varela.

No hubo hasta el momento ningún tipo de actividad de formación destinada a los responsables de la policlínica ni al personal.

5.8 Equipamiento e infraestructura

La Policlínica del Complejo José Pedro Varela cuenta con tres locales cedidos por las respectivas cooperativas.

El local de Zona 1, cuenta con 8 consultorios en total. De ellos, 2 son consultorios ginecológicos, y 2 son enfermerías. Tiene además un espacio para la administración y una sala de espera. Se estima su área entre 80 y 100 m².

El local de Zona 3 tiene 6 consultorios. Tres de ellos son utilizados por el Policlínico Odontológico que gestiona la comunidad del barrio (no de la cooperativa) en convenio con la Intendencia Municipal de Montevideo. Además existen en el local, una sala de reuniones, una oficina administrativa, un dormitorio para las guardias nocturnas, y la sala de espera.

El local de Zona 6 tiene 3 consultorios y una sala de espera. Su superficie es de aproximadamente 40 m².

No se utiliza hasta el momento ningún equipo informático. Cada uno de los locales tiene una línea de teléfono.

6. Actores en relación con el sistema

6.1 Estructura de reaseguro y fondos de garantía

Este sistema de salud no participa de mecanismos de reaseguro ni de fondos de garantía.

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.

La Policlínica no tiene relaciones directas con sindicatos. Sí las personas que integran la Comisión de Policlínicas, pertenecen o pertenecieron a sindicatos. Esto se debe fundamentalmente a que las cooperativas que integran el complejo José Pedro Varela, fueron formadas por matrices sindicales.

Delegados de esta policlínica, formaron parte de la Comisión Central de Salud de FUCVAM, mientras ésta existió, entre los años 1980 y 1986.

Fue la propia Federación, que decidió que los temas de Salud, pasaran a la órbita de la Comisión de Fomento. Algunos miembros de la dirección de la Policlínica consideran que esta última no cumple para nada la función que en otro momento cumplió la Comisión de Salud.

Decir que la Policlínica tiene relaciones con las cooperativas de vivienda, sería minimizar el papel de las mismas. La realidad es que la Policlínica surge como una iniciativa de cooperativistas en forma individual, y en forma organizada a través de sus asambleas y que las estructuras de gestión de la Policlínica están insertas de alguna manera en las estructuras de gestión de las cooperativas.

Hace 4 o 5 años el SIS se vinculó con el Club de Leones con el objetivo de solicitar ayuda en temas vinculados a la prevención.

6.4 Otros actores

El SIS ha establecido algunas relaciones esporádicas con la IMM. Hubo vacunaciones, por ejemplo que eran brindadas a través de la misma. En forma permanente la Intendencia realiza los estudios de laboratorio de los Papanicolau que se realizan en la Policlínica.

Existen relaciones directas con un Policlínico Odontológica co-gestionada por la Intendencia. La relación está dada pues comparten el local de Zona 3. La contraparte son los vecinos de la zona, organizados en el Concejo Vecinal del Centro Comunal Zonal de la Intendencia de la Municipalidad de Montevideo. Esta estructura y la estructura de la Policlínica son totalmente independientes.

7. El porcentaje de cotizaciones recaudadas es igual a 100%

- Es igual a $X*100/Y$, siendo:*
- *X el monto de cotizaciones correspondientes a un período determinado que han sido efectivamente abonadas;*
 - *Y el monto total de cotizaciones que el SIS tendría que haber recibido durante el mismo período.*

8. El porcentaje de afiliados al día en el pago de las cotizaciones es igual al 100%

- Es igual a $X*100/Y$, siendo:*
- *X el número de afiliados al día en el pago de cotizaciones;*
 - *Y el número total de afiliados.*

9. Relación de liquidez inmediata

- Es igual a $(X+Y)/Z$, siendo:*
- *X el monto de los haberes en caja;*
 - *Y el monto de los fondos inmediatamente disponibles en el banco;*
 - *Z el monto de las deudas a corto plazo.*

La Policlínica no tiene deudas. Su presupuesto se mantiene al día. No es posible calcular este indicador.

10. Relación cotizaciones devengadas/egresos del ejercicio

- Es igual a X/Y , siendo:*
- *X el monto de las cotizaciones devengadas del ejercicio;*
 - *Y el monto de los egresos del ejercicio.*

Para el ejercicio 1-3-96 a 28-2-97	89%
Para el ejercicio 1-3-97 a 28-2-98	87,5%
Para el ejercicio 1-3-98 a 28-2-99	90%

Esta relación permite apreciar en qué medida las cotizaciones alcanzan a cubrir los egresos. Si se agregan los ingresos por consultas este porcentaje sube al 100 % en todos los ejercicios.

11. Relación costos de administración/[cotizaciones devengadas + aportes regulares]

- Es igual a $Y/(X+Z)$, siendo:*
- *X el monto de cotizaciones devengadas en el ejercicio;*
 - *Z el monto de aportes regulares abonados (del Estado o de las colectividades por ejemplo) durante el ejercicio;*
 - *Y el monto de costos de administración, es decir el conjunto de gastos destinados a la administración y a la gestión de las operaciones corrientes como los salarios e indemnizaciones, alquileres, material, asignaciones de créditos, etc.*

Para el ejercicio 1-3-96 a 28-2-97	14,9%
Para el ejercicio 1-3-97 a 28-2-98	14,6%
Para el ejercicio 1-3-98 a 28-2-99	14,1%

Nota: $Z = 0$.

12. Relación de cobertura de las prestaciones mensuales con las reservas

Es igual a X/Y , siendo:

- X el valor de las reservas al término del ejercicio (después de la afectación de los resultados);
- Y el monto de las prestaciones pagadas durante el ejercicio, dividido por 12.

Este valor es cercano a 1. No se cuenta con los datos para calcularlo. Las reservas no se han tocado, pero el SIS estima que cubrirían un mes de prestaciones.

13. Relación prestaciones/cotizaciones devengadas

Es igual a X/Y , siendo:

- X el monto total de las prestaciones del ejercicio;
- Y el monto total de las cotizaciones adquiridas del ejercicio.

Para el ejercicio 1-3-96 a 28-2-97 80%

Para el ejercicio 1-3-97 a 28-2-98 79%

Para el ejercicio 1-3-98 a 28-2-99 78%

14. La tasa de financiamiento interna es igual a 1

Es igual a X/Y , siendo:

- X el monto total de los recursos propios del SIS, es decir, el conjunto de recursos generados por las actividades y las cotizaciones, sin contar con contribuciones aportadas por el Estado u otros actores exteriores;
- Y el monto total de los costos de operación del SIS, incluidos los costos asumidos por los actores exteriores que no son contabilizados en las cuentas del SIS. Se trata, por ejemplo, de los costos de personal puesto a disposición del SIS, de ciertas actividades de formación o de promoción.

Esta tasa indica en qué medida el SIS es capaz de hacer frente al conjunto de costos a partir de sus propios recursos.

15. Plazo de pago a los prestadores

Se trata de la duración media entre la fecha de recepción por el SIS de facturas emitidas por los prestadores y la fecha de su pago.

Las fechas de pago a los prestadores están establecidas. No hay inconvenientes en su cumplimiento.

D) La participación de los afiliados

16. Frecuencia de las asambleas generales y reuniones es mensualmente

Es el número de asambleas generales o de reuniones por año que reagrupan a los afiliados.

17. Frecuencia de las encuestas de opinión dirigidas a los afiliados

No ha habido

18. Tasa de participación en las asambleas generales o reuniones

Esta tasa es muy alta, pues la participación de los cooperativistas en las asambleas generales de sus cooperativas es obligatoria.

19. Tasa de participación en las elecciones es igual a 100%

Es la relación entre el número de votantes y el número total de personas que tienen derecho a voto.

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.

Algunos integrantes de la dirección consideran que la carencia de estas evaluaciones se debe en unos casos a la falta de dinero para contratar algún estudio, y en otros a la falta de militancia.

2. Punto de vista de los responsables

2.1 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.

- El hecho de pertenecer a cooperativas de vivienda, es decir, el hecho de contar con una organización previa.
- El difícil acceso a la asistencia médica
- Las carencias económicas
- El sistema de salud uruguayo: "malo"
- Que en aquél momento los asalariados todavía no formaban parte del sistema mutual a través de DISSE (BPS)
- El brindar un sistema más accesible, más acorde a la realidad
- Que las cooperativas hayan puesto a disposición del sistema los locales y los primeros instrumentos, muebles, etcétera.
- La presencia de médicos cooperativistas

Con relación a las dificultades se refirieron a:

- Sus propias limitaciones para organizar y dirigir una buena policlínica; ellos (la Comisión) se guían por lo que dicen los médicos y por sentido común.
- Sólo se pudo acceder a la atención primaria
- No se conoce exactamente a la población, no se sabe cuántos niños hay, cuánta gente de la tercera edad, etcétera. Si se conocieran estos datos, se podrían mejorar y dirigir las acciones.

Consideran que la gestión se ve limitada por la falta de:

- medios económicos suficientes.
- controles efectivos
- estadísticas
- un control de la historia clínica
- transporte

Hubo algunos cambios en los roles de los diferentes actores. Lo más evidente y que tiene implicancias sobre los demás es el cambio en los médicos.

Al principio eran ellos los que dirigían la gestión. Los médicos cooperativistas se fueron apartando. Ellos no tenían salario, atendían en forma solidaria. Luego ingresaron nuevos médicos que empezaron a ser dependientes y no participantes.

Entonces la dirección pasa a la Comisión que se integra con militantes, ya no con médicos, que representan a los cooperativistas.

No ha habido cambios de actitudes de parte de ninguno de los actores hacia la Policlínica.

2.2 Dinámica de afiliación

Si bien consideran que los afiliados están en cierta medida informados y que si lo desean se acercan a la Policlínica y tienen toda la información, igualmente creen que el contacto con la gente es escaso. Piensan que la gente no sabe el grado de atención que ha logrado la policlínica. Se autocritican en cuanto a que el boletín no sale en forma periódica.

Se ha planteado en discusiones de la comisión incorporar gente de los alrededores, de otras cooperativas y complejos habitacionales. Algunos cooperativistas no quieren compartir su esfuerzo y que lo capitalice gente que no ha trabajado. Otros piensan que sería un tema de solidaridad compartir el esfuerzo que ellos han realizado con el barrio, y que además con más afiliados tendrían más recursos económicos. Esta discusión está dada sobre la base de que la estructura está preparada para atender más gente de la que atiende hoy.

Por otro lado otros afiliados que tienen cobertura no consideran necesaria la existencia de la Policlínica.

Existen guardias las 24 horas que rotan entre los tres locales. Existen algunas quejas aisladas en relación a que el médico no estaba en su policlínica, en su cooperativa, en el momento que el afiliado asistió.

Entre los cooperativistas la afiliación automática fue un tema de discusión hace muchos años y aprobado finalmente por las asambleas. Esto no asegura que sea comprendido perfectamente por todos los afiliados que se trata de un sistema solidario, que está bien que paguen todos, incluso quienes no utilizan el servicio, pero tampoco está planteado por nadie la posibilidad de desafiliarse. Entre los afiliados voluntarios, casi nadie se ha retirado.

Los motivos de satisfacción de los afiliados están vinculados a la cercanía, la buena atención, a que en definitiva la Policlínica cumple en forma adecuada sus objetivos.

Las insatisfacciones se vinculan a las demoras de los médicos, a que no se les dan todos los medicamentos que piden.

No tienen previsto cambiar ningún aspecto por ahora. Piensan que el boletín debería orientar a la gente, ofrecer mayor información sobre los servicios, y en lo posible difundir los objetivos de la policlínica. Estos temas son preocupación sólo de algunos integrantes de la Comisión, no hay ninguna decisión al respecto.

2.3 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. Esto lo ven a través del aumento del número de consultas y el aumento de las especialidades. La comisión para aumentar el acceso a la atención tomó algunas medidas en relación a la extensión de los horarios, o de generar algunos horarios de acuerdo a demandas en las últimas horas de la tarde.

Se podría decir que la incidencia del SIS en el resto del barrio es poca. Está dada por ejemplo por algunos convenios con la IMM en la parte ginecológica.

Piensan que los paquetes de beneficios corresponden en un 95% con las necesidades prioritarias de salud de los beneficiarios.

En el caso de las cooperativas no puede darse la posibilidad de atrasos en el pago de cotizaciones. En cuanto a los socios del barrio, en caso de que se atrasaran en el pago, no generaría problemas en el funcionamiento del sistema, pues su incidencia es mínima.

No hay, ni ha habido educación para la salud, ni campañas de prevención en salud. Sin embargo, la Policlínica y los beneficiarios han demostrado interés en algunas actividades puntuales vinculadas a la prevención de salud, como el control diabético o la realización del PAP. Creen que la presencia de la Policlínica ha elevado la calidad de la atención médica entre los beneficiarios.

No existen problemas de acceso a los servicios cubiertos.

No piensan cambiar el modo de facturación de los prestadores. Por la modalidad de pago que existe no hay posibilidades de que el SIS cuestione a los prestadores la presentación de facturas. El SIS lleva un control de las horas o de las consultas de acuerdo al caso y paga lo que le corresponde a cada médico como se explicó anteriormente.

Los sueldos de los prestadores han aumentado en los últimos años. En una época se les pagaba igual que en Salud Pública. Esto significa tres o cuatro veces menos que lo que se les paga ahora. Esos acuerdos ya se hicieron hace 6 o 7 años. Ahora reciben aumentos semestrales pautados por el IPC.

En cuanto al poder de negociación de los médicos, se puede decir que ya están fijados los sueldos y los aumentos por la Policlínica, y los médicos hace años ya aprobaron estos acuerdos.

2.4 Pago de las cotizaciones

Como ya se mencionó en el caso de las cooperativas no ocurren atrasos en el pago de las cotizaciones, en el caso de los socios de afuera puede pasar que no tengan dinero, o que no se los encuentren y que a partir de estas situaciones se genere algún atraso. No es significativo.

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

Consideran que el nivel de cotizaciones es apropiado en relación al paquete de beneficios que se ofrece. El presupuesto da justo, hasta el momento no ha habido pérdidas. Todo se ajusta por el IPC, tales como los sueldos de los médicos y las cotizaciones de los afiliados.

2.6 Gestión de riesgos vinculados con el seguro

Este sistema de salud no tiene restricciones para la afiliación ni para la utilización de los servicios. Sin embargo, no se han tomado medidas para limitar la selección adversa. Según la opinión de la encargada de administración, y de los directivos no ha habido riesgo moral.

Desde que se inició el sistema ha habido aumento en los costos. Estos aumentos se debieron a aumentos en la atención: más personal, más cantidad de horas de los mismos, gastos de mantenimiento. En determinado momento hubo dificultades para cubrir los costos. En un momento el salario de los médicos aumentó un 60% (en mayo de 1993). Pero, a partir del pasaje de las afiliaciones voluntarias a las afiliaciones masivas, el cubrir los costos dejó de ser un problema. No pueden hacer nada con relación a limitar los costos. Unos están fijados por el mercado; tarifas públicas, etc., otros son salarios.

2.7 Fraudes

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

2.8 Administración y gestión

Actualmente la responsabilidad jurídica de la gestión la tienen las cooperativas. Hay gestiones públicas que la Policlínica por sí misma no puede realizar. Lo mismo sucede con la toma de algunas decisiones. Desean liberar a las cooperativas de esta responsabilidad, para ello están intentando tener una personería jurídica propia.

La única actividad que está encargada a un tercero es la contabilidad. La comisión está satisfecha con la labor del Contador. De todos modos comentan que muchas veces por el hecho de no ser técnicos, se ven obligados a aprobar algunas cosas que no entienden en su totalidad.

La comisión considera que la participación de los afiliados en la gestión del sistema no es totalmente satisfactoria. Los organismos creados a los efectos de garantizar la participación existen, los afiliados pueden expresar su opinión en las asambleas de las cooperativas, éstas tienen sus delegados y las decisiones podrían ser tomadas en el marco de esta participación. Mirándolo en términos reales, no es una participación total; habrá unas 200 personas que de alguna manera están involucradas en las decisiones (3% de los potenciales beneficiarios totales).

Piensen que hay un poco de comodidad, que los afiliados se sienten bien atendidos, los servicios son buenos, y no necesitan involucrarse demasiado.

De todos modos los afiliados deberían ser consultados fundamentalmente sobre si los horarios en todas las áreas son los adecuados y si el tratamiento que reciben de los médicos y de la comisión son los correctos, también deberían ser informados de forma más fluida sobre la gestión.

En general el personal está comprometido con la gestión, aunque existen diferentes grados. La gente de la Comisión es la que está más comprometida en llevar adelante la Policlínica. Ellos tienen mucha experiencia en el campo social, que intentan les sirva para autogestionar este proyecto.

Piensen que deben mejorar el sistema de información existente a través de charlas con la gente, con médicos, técnicos, etcétera. También deberían garantizar la periodicidad del boletín informativo. Sería necesario mejorar la parte administrativa, mejorar los archivos, poder hacer estadísticas, etcétera. Pero faltan recursos humanos y económicos, con lo que hay ahora, no se pueden concretar estos objetivos. A su vez no está planteado aumentar la cuota pues la situación social y económica actual no lo permite.

El cambio periódico de los responsables en la Comisión, tiene algunas desventajas. A los nuevos responsables les cuesta interiorizarse de los detalles de las decisiones que ya se tomaron, y hay que estar volviendo para atrás en algunas discusiones.

Algunos integrantes de la Comisión actual, consideran que las cooperativas podrían designar una delegación permanente.

2.9 Relaciones con el Estado (nacional y local)

No han logrado una intervención del Estado a nivel nacional en el funcionamiento del SIS. Han pedido en más de una oportunidad este apoyo y no lo han logrado. Últimamente se intentó coordinar acciones con el Centro de Salud de la Cruz y no hubo éxito.

Desearían que el Estado les brindara algún tipo de apoyo, por ejemplo, que les proporcionara medicamentos.

A nivel de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) cuentan con alguna coordinación en cuanto a la toma del PAP, y en el pasado tuvieron un centro de vacunación.

Como mencionamos en el capítulo V, uno de los locales de la Policlínica se comparte con un Policlínico Odontológico gestionado por la comunidad de la zona, que es apoyado e impulsado por la IMM. De todos modos a pesar de compartir el local, las gestiones de estos dos centros de salud, son independientes.

2.10 Funcionamiento global

Pensando en introducir nuevos servicios, dentro de los que podrían adaptarse a las posibilidades, hablan de realizar exámenes de laboratorio.

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 discusión democrática
4. La base organizada a partir de la cual se originó la policlínica.

Estos puntos fuertes vinculan a sus logros cuales son:

- Brindar asistencia primaria
- La consolidación de un plantel de profesionales que mejoró la atención
- La posibilidad de seguir permanentemente mejorando el servicio
- Haber consolidado la administración

Todavía no se logró:

- un convencimiento en todos los cooperativistas de la necesidad de la policlínica
- tomar todas las decisiones independientemente de la Cooperativas
- resolver las limitaciones económicas

Para mejorar el funcionamiento y el impacto se necesita más autogestión, más talleres, cursos, charlas, más participación.

Algunos miembros de la directiva consideran que sería bueno que se promocionara más la existencia de la Policlínica y la posibilidad de afiliación de los vecinos. Piensan que sería una forma de compartir sus logros, de extenderlos a la comunidad, de ejercer la solidaridad con los marginados y excluidos del sistema de salud.

3. Punto de vista de los beneficiarios

No se ha recogido el punto de vista de los beneficiarios de forma sistemática, ya sea mediante encuestas o estudios, por lo tanto no se cuenta con material escrito disponible para tratar el presente acápite.

4. Punto de vista de los prestadores de atención médica

Se entrevistó específicamente a la Dra Ana Larrosa, quien pertenece al plantel estable de médicos desde hace 10 años; accidentalmente se mantuvieron conversaciones con otros médicos, cuyas apreciaciones sustantivas se incluyen.

Considera que los beneficiarios cuentan con una buena asistencia en lo que refiere a tratamientos primarios y de urgencia.

De acuerdo a la situación socio económica actual, este tipo de servicio es el que resulta más adecuado para las necesidades de la población trabajadora.

La gente de las cooperativas, así como el resto de los vecinos del barrio, pueden acudir a Salud Pública, que tiene un centro de atención muy cercano.

Nombra como inconvenientes de atenderse en Salud Pública, que la gente tiene que esperar, que los números están limitados, por lo cual no es seguro que se les atienda, y que además, no se les brindan medicamentos.

La gente que tiene mutualista, igual prefiere para la atención primaria a la Policlínica, porque se les brindan los medicamentos, no gastan en ómnibus, no se paga ticket para medicina general. Si es necesario ellos los derivan a un nivel superior.

En el transcurso de los años ha aumentado la consulta preventiva, lo considera un cambio muy importante en relación a la percepción que tienen los beneficiarios sobre sus problemas de salud. A través de un proceso muy lento, se abrieron más especialidades, y la gente acude más a la policlínica. Cuando ella ingresó, sólo había ginecología como especialidad.

En cuanto al ejercicio profesional en la Policlínica, considera que el trato entre médicos es diferente que en otros ámbitos, que se consultan sobre los pacientes y logran una atención más personalizada, que de alguna manera se nota el cooperativismo.

El proceso de mejora ha sido lento, pero seguro. Los cooperativistas van pidiendo más servicios, ha aumentado el número de pacientes, también se logró aumentar el número de medicamentos que se pueden ofrecer.

La Policlínica del Complejo José Pedro Varela es una fuente de trabajo para muchos médicos. Opina que es un ambiente de trabajo cómodo, que por ser una comunidad, se llega a conocer a la gente, lo cuál es bueno para el ejercicio de la profesión, se conocen las necesidades de la población y se van obteniendo mejoras.

Como desventajas considera el hecho de no contar con medios económicos para salir de la atención primaria. En muchos casos no se puede asistir al paciente por falta de instrumental. Por ejemplo si algún paciente tuviera un infarto no lo podrían atender.

Considera que la Policlínica ha crecido y puede seguir creciendo. En estos 10 años ha visto muchos logros. No hay problemas con la Dirección ni con la Administración.

Se debería hacer más propaganda de las actividades que se realizan, se podrían hacer más trabajos internos como por ejemplo estadísticas del funcionamiento. Cree que falta comunicación de lo que ofrece la Policlínica y que por lo tanto debería haber más difusión.

Si bien existe conexión con los distintos programas de Salud de la zona (Iglesia, Club de Leones, IMM), debería haber más intercambio aún.

5. Punto de vista de otros actores

Se entrevistó al Contador Javier Revellato, quien tiene a cargo la contabilidad de la Policlínica del Complejo José Pedro Varela, y también lleva la contabilidad de muchas de las cooperativas de la zona. Su opinión como persona vinculada al sistema resultó de interés en éste capítulo.

Considera que es un sistema eficiente, que ha mejorado la calidad de vida de la población, que ha permitido tener un médico de cabecera o médico de familia. Esto último lo vincula a la medicina preventiva. Para él este servicio es un aporte a la comunidad en el sentido de que acceden a la salud personas que no tienen otras posibilidades.

Considera que es eficiente en el sentido del costo por núcleo familiar, y en el sentido de contar con atención médica de diferentes especialidades muy cerca de la casa y en todo horario. Cree que hay una buena relación entre la cotización y los servicios prestados.

De todos modos considera que el funcionamiento de la parte administrativa es poco eficiente, y que se debería en primer lugar informatizar.

En cuanto a ampliar o reproducir la experiencia cree que el éxito de esta experiencia tiene mucho que ver con el hecho de pertenecer a una cooperativa de vivienda y que además es grande. Nos habla de una economía de escala. Son 1717 familias afiliadas.

VIII. CONCLUSIONES

El sistema de salud desarrollado por la Policlínica del Complejo José. Pedro Varela desde comienzos de la década del 80, surge en un marco muy especial. En medio de una dictadura (1973-85), de la lucha antidictatorial político-social, que provoca la retirada del régimen militar, y donde se produce también un auge de la incidencia de las cooperativas de vivienda por ayuda mutua a través de su organización nacional (FUCVAM). En dictadura, no hay posibilidades de diálogo ni concertación para la solución de los problemas de la población. Ello lleva a encontrar formas de organización y autogestión supletoria o complementaria.

Este movimiento está considerado como una de las experiencias de organización y movilización popular urbana más importante de las últimas tres décadas. Por otra parte particularmente todas las cooperativas de éste complejo fueron fundadas a partir de trabajadores organizados en un sindicato. Entre ellos se encuentra el sindicato de la construcción, del sector gráfico, el sindicato de los empleados del Correo, de la OSE, etcétera.

Por su parte, puede afirmarse que los problemas de Uruguay, en cierto sentido importante, no son los típicos de América Latina en cuanto a falta de cobertura, exclusión y pobreza. Podríamos decir que Uruguay tiene “otros problemas” de cobertura y “otros tipos de exclusión” del sistema de salud.

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

En este contexto general, las cooperativas como el Complejo en estudio, autocrean sus servicios de salud para atender sus emergencias y atención durante la propia construcción de su necesidad y objetivo principal: las viviendas; por la distancia física y las pérdidas salariales o de días trabajados para concretar la asistencia en los centros preexistentes; por 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); por dificultades de acceso real por horarios; por alto costo de los medicamentos y dificultades de acceso a especialistas; por ver a su familia beneficiada con los servicios (recordemos que 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; etcétera.

Se cuenta además con dos recursos humanos importantes: la experiencia sindical, organizativa de dirigentes medios (no principales) y médicos que al mismo tiempo son cooperativistas de vivienda, aunque no con mucha experiencia de gestión administrativa.

Materialmente se cuenta además con la infraestructura edilicia y la organización básica proporcionada por la cooperativa. En lo global, además con la necesidad de construir otra herramienta de lucha social en el país.

Esta discusión inicial se supera definiendo que es necesario crear este servicio, autogestionarlo, autofinanciarlo, hacerlo luego obligatorio para todos los cooperativistas y extensivo a toda su familia, y “después se verá...” cómo se articula y coordina o no, con la políticas de estado en salud. Incluso luego FUCVAM crea su Comisión nacional de salud, tratando de coordinar las experiencias de su casi medio centenar de policlínicas en el país., principalmente en Montevideo, donde contradictoriamente la cobertura normativa y real es mayor y la pobreza y exclusión, menores.

Luego aparecen distintos hechos que afectan el esquema inicial: mencionamos solamente algunos. 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 y que tienden a cubrir una necesidad de las originarias del servicio de 24 horas en el Complejo: la asistencia de emergencia en casa.

Es 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, 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.

¿Cuáles son los principales logros alcanzados hasta hoy? ¿Cuáles las principales enseñanzas? Se está brindando un servicio efectivo complementario o suplementario de salud a una población que teóricamente tiene altos índices de cobertura comparativos pero que padece determinadas formas de exclusión específicas. Se está autofinanciando desde hace más de una década, mejorando servicios. Manejan un presupuesto importante y no existen problemas de fraudes o corrupción en la gestión después de 15 años de existencia.

Hoy no dependen para subsistir del financiamiento externo. La Policlínica se ha consolidado como una organización no lucrativa que trabaja en pro de un grupo humano importante y que aspira a continuar creciendo y desarrollándose. Han sido capaces de coordinar 3 zonas distintas de 13 cooperativas diferentes e incluso han contribuido a consolidar la unidad de este Complejo e incidido fuertemente en el movimiento cooperativo nacional de ayuda mutua. Han adquirido experiencia en la dirección y gestión de un sistema de salud innovador que cubre necesidades de ciertas formas de exclusión casi sin aparato burocrático-administrativo-logístico (sólo 3-4 personas para 22 médicos) y manteniendo una fuente de trabajo importante (el número de trabajadores de la policlínica cuadruplica el promedio por empresa de Uruguay). Fueron experimentando formas de financiamiento: del voluntario al automático-obligatorio. Y también formas de pago a los profesionales: del salario mínimo al

salario asimilado al vigente en las IAMCs (muy superior al del régimen público) y al sistema de pago por acto médico. Han contribuido a la formación y desarrollo de dirigentes sociales de una empresa no lucrativa en el marco de la cooperativa sin que a su vez, los mismos continúen siendo partícipes de la lucha por la democracia y la participación en el país, en la organización madre: FUCVAM. Uno de sus fundadores, sigue siendo cooperativista pero además ha sido el Director de Salud del gobierno departamental de la capital del país (Montevideo) y hoy es el Director de la mayor IAMC del país con 260.000 afiliados (el 20 % de la población metropolitana total).

¿Cuáles son las necesidades, qué hay que mejorar, cuáles son las insuficiencias y carencias?
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. 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, y representativa del movimiento, etcétera. Un seguimiento imprescindible con registros adecuados de actividad, prestaciones, beneficiarios, que permita una evaluación permanente y coyuntural y la realización de proyecciones confiables. El compartir experiencias con similares de otros contextos y lugares. El desarrollar la medicina preventiva, las campañas educativas entre la población objetivo y coordinada con los efectores sustanciales. Una racionalización de sus servicios (cuáles son hoy necesarios de acuerdo a las nuevas realidades y cuáles se mantienen “porque están”..), cómo se financian (recordemos que el 81 % de los egresos son para pago de salarios); cómo se continúa con el proceso de formalización de la Policlínica “como institución” (teas como la personería jurídica, la regularización de los médicos y personal de acuerdo con la normativa vigente en el país, etc.). En definitiva, también cómo articular esta experiencia (que se considera por sus actores y beneficiarios como necesaria, viable, sostenible), con otros efectores de salud como alguna experiencia en marcha (policlínica odontológica en convenio con la IMM) o con el Centro de Salud de La Cruz y principalmente con una política de estado en salud, reafirmando al Estado en su responsabilidad ineludible y considerando a la salud como un derecho humano fundamental.

ANEXO N°1: Datos generales y socio-económicos de Uruguay

POBLACIÓN (AÑO 1996)	VALORES
Número de habitantes:	
• Total (100%)	3.163.763
• Hombres	48%
• Mujeres	52%
Tasa Anual Media de Crecimiento Intercensal (por mil; 1985-1996)	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

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

ANEXO N°2: Equipo de Representación de los Trabajadores

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, etcétera.

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).

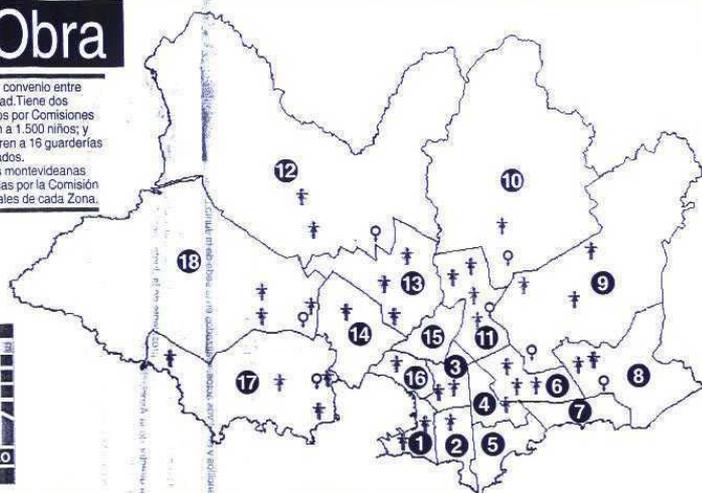
Integrantes de este E.R.T han sido requeridos para consultorías y exposiciones internacionales de diversos organismos los nombrados, en diversos países del continente. El Director fue seleccionado en 1998 como visitante invitado por la Unión Europea, concurriendo como parte del Programa respectivo.

ANEXO N°3: La distribución de los 18 centros comunales zonales

Montevideo tu Obra

El Programa Nuestros Niños funciona desde 1990, debido a un convenio entre UNICEF y la IMM. Se atienden a chicos de hasta 5 años de edad. Tiene dos modalidades: Centros Comunitarios de Educación Inicial gestionados por Comisiones Administradoras vecinales, que abarca 18 guarderías que atienden a 1.500 niños; y además se beca a niños de familias de escasos recursos que concurren a 16 guarderías barriales sin fines de lucro. Son 400 los niños beneficiados.

Las **ComunaMujer** nacieron a partir de propuestas de las vecinas montevideanas durante la elaboración de los planes quinquenales. Son gestionadas por la Comisión de la Mujer, las Comisiones Zonales de Mujeres y los Equipos Sociales de cada Zona.



GUARDERIAS COMUNITARIAS

- CCZ 2 ● Centro Comunitario "Despertares", E. V. Heado 2046, entre Martín C. Martínez y República. Teléfono: 400-8307
- CCZ 3 ● Centro Comunitario "Inchali", Isidoro de María 1659.
- CCZ 6 ● Centro Comunitario "La Carretera", Rodríguez Socas 2554, entre Calzavachía y Luis Monti. Teléfono: 525-7186.
- Centro Comunitario "Vespertino", Isidoro de María 2235, entre Isidoro de María y Menores. Teléfono: 506-1497
- CCZ 8 ● Centro Comunitario "Pascual Cortés", Cambes 2539 Bis, entre Cno. Carrasco y Andrés Crovetto.
- CCZ 9 ● Comisión Fomento "Villa Prosperidad", Ángel Zanelli 2590, entre Domingo Moreno y Cno. Maldonado.
- Centro Comunitario "Ardines del Hótoporo", Modiano 3847, entre Novaris y Bérnago. Teléfono: 514-3294.
- Centro Comunitario "Bella Italia", Saravia 293, entre Florencia y Felisberto Hernández
- CCZ 10 ● Centro Comunitario "La Tortuguita", Abreaccio 8 3055, entre Cno. Raposo y Calle 1.
- CCZ 11 ● C. Comunitario "Nuestros Niños Clíndro", San Gabriel 4032 y Costanera del Centro (frente a la puerta 8 del Clíndro).
- Centro Preescolar "Las Acacias", Iturmendi 4127, entre Gregorio Pérez y Wellington. Teléfono: 216-0007.
- CCZ 12 ● Centro Comunitario "Cariños Lindos", La Tablada Lamole 1639, entre Rubio e Isolda. Teléfono: 322-9691.
- CCZ 13 ● C. Comunitario "Nuestros Niños", Barro Brandi, Adán Rodríguez 6740 bis, entre Martín y Capulíes. Teléfono: 323-8654.
- Centro de Educación Inicial "Kon Inman", Barrio Lavallada, Baheng 1255, entre Cno. M. Sarney y J. Bailey Ordóñez.
- CCZ 16 ● Centro Comunitario "Capurro", Capurro 930, entre Uruguayana y Manuel Correa. Teléfax: 309-1620
- CCZ 17 ● Centro Comunitario "Mi Colores", Calle D 4421, entre Voluntad y Pilar Bastidas.
- CCZ 18 ● Centro Comunitario "Murmullos", Luis Batlle Berres 5234, entre Cno. de las Tropas y Cno. al Paso de la Arena.
- Centro Comunitario "Soy y Luno", Cno. Tomkinson 2457, entre Luis Batlle Berres y Cosmeagallo.

GUARDERIAS BECARIAS

- CCZ 1 ● Guardería "Los Plutos", Solís 1486, entre 25 de Mayo y Centro. Teléfono: 901-6930.
- Guardería "Mrs. Sra. de Louros-Palco", Ciudadela 1532, entre Paysandú y Cerro Largo. Teléfono: 501-0165.
- CCZ 3 ● Guardería "Escuela Maestra San José", J. de Arambórgo 1755, entre Arenal Grande y Pírongos. Teléfono: 200-0556.
- CCZ 4 ● Guardería "Instit. Uruguaya de la Salud", Gral. Urquiza 2525, entre Avelino Miranda y Presidente Batlle. Teléfono: 481-0736.
- CCZ 6 ● Guardería "León Duarte-Sindicato de Fines", Suárez y Capdevila 3965, entre Vázquez Corres y J. V. de Arca.
- CCZ 8 ● Guardería "Los Cangulinos", Cno. Carrasco 8365, entre Onofre y Agazzi. Teléfono: 522-1865.
- CCZ 11 ● Guardería "M. Casla", Gustavo Volpe 4950 y Martirén.
- CCZ 11 ● Guardería "Santa María", Timbúes 4133 bis, entre Apando Saravia y Mendocino.
- CCZ 12 ● Guardería "Hospital Saint-Josef", Cno. Fouquet 871, entre Guaraní y Cno. Corrán. Teléfono: 322-8323/55/77
- CCZ 13 ● Guardería Cooperativa "La Escuela", Esmeralda 4076, entre Emancipación y Aguayo. Teléfono: 307-4147.
- CCZ 14 ● Centro de Desarrollo Infantil "Nuevo Plan", Trunfo 223, entre Emancipación y Timba.
- CCZ 17 ● Guardería "La Gotera", Pedro Castaño 1640, entre Turculia y Ramón Álvarez. Teléfono: 311-9101.
- Guardería "Casa de la Amistad", Orcaes 3959, entre Orcaes y Bélgica. Teléfono: 511-1623.
- Centro de Educación Inicial "Kale-Kale", Av. Leal de Ibarra 5549 entre Pedro Mesa y Castro.
- CCZ 18 ● Jardín "Nuestros Sueños", Doctores Cardales s/n

COMUNAMUJER

Ofrecen espacios de participación y encuentro entre mujeres que desean desarrollar actividades, inquietudes y organizar acciones que fortalezcan sus derechos en la zona. También brindan puestos o necesidades específicas de las vecinas a través de servicio jurídico, psicológico, social, sanitario, apoyo en situación de violencia, etc.

- ZONA 8 - CCZ 8, Estadio Chamúa S/N. Tel: 601 73 00.
- ZONA 9 - Av. 8 de Octubre 4833. Tel: 514 88 19.
- ZONA 10 - José Belfiori S/N, esq. Capitán Tuía.
- ZONA 11 - Gral. Flores 4894 esq. Bague. Tel: 514 94 92.
- ZONA 12 - Plaza Vidella 3626. Tel: 300 02 35.
- ZONA 17 - Hall 1806 (CCZ 17). Tel: 311 73 12 3.
- ZONA 18 - Manuel F. Artigas 2411, esq. L. Batlle Berres.

Disño y edición: IMM/Departamento de Descentralización/Unidad de Coordinación.

ANEXO N°4: La ubicación de los locales de la Policlínica



ANEXO N°5: Servicios otorgados por el Sistema de Salud

ENFERMERIA: \$ 2
 ZONA 3: 9 a 12 - DOMINGOS A SABADO
 20 a 22 - LUNES A SABADO
 ZONA 1: 14 a 17 - LUNES A VIERNES
 ZONA 5: 19 a 21 - LUNES A VIERNES

PEDIATRIA: Dra. MIRTHA AMEIGENDA
 ZONA 1: LUNES 14y30 a 17y30
 ZONA 3: MIERCOLES 17 a 20
 ZONA 5: JUEVES 16 a 18

SOCIOS NO SOCIOS
 CONTROL DIABETES: \$ 15,00 \$ 30,00
 ZONA 3: JUEVES 9 a 11hs

ONCOLOGIA: Dr. HUGO DE LOS SANTOS
 ZONA 6: MIERCOLES 12 hs.

ODONTOLOGIA:
 ZONA 3: 8 a 13hs.
 LUNES Y VIERNES: EXTRACCIONES
 MARTES Y JUEVES: ATENCION NIÑOS
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 LUNES: PROTESIS
 MARTES: ADOLESCENTES
 MIERCOLES: NIÑOS
 VIERNES: ADULTOS

URGENCIAS: EN TODOS LOS HORARIOS

MEDICINA GENERAL							
DIAS	ZONA 1			ZONA 3			ZONA 6
	14 A 17	18 A 20	22 A 6	8 A 12	20 A 22	0 A 6	19 A 21
LUNES	SOLO PEDIATRIA	DRA. SORAYA SORIA	DR. ADRIAN BERTULLO	DR. HUGO DE LOS SANTOS	DRA. SORAYA SORIA	DRA. SORAYA SORIA	DRA. ALBA MORGAGE
MARTES	DRA. MARIA PRIETO	DRA. MARIA PRIETO	DRA. CATALINA LINARDI	DR. DANTE PEREYRA	DRA. CATALINA LINARDI	DRA. MIRTHA AMEIGENDA	DR. HUGO DE LOS SANTOS
MIERCOLES	DR. ADRIAN BERTULLO	DRA. CATALINA LINARDI	DR. HUGO DE LOS SANTOS	DRA. ALBA MORGAGE	DRA. CATALINA LINARDI	DR. ADRIAN BERTULLO	DRA. JULIA GALZERANO
JUEVES	DR. FRANCISCO PRACCA	DR. FRANCISCO PRACCA	DRA. SORAYA SORIA	DR. ADRIAN BERTULLO	DRA. SORAYA SORIA	DRAS. MORGAGE O LARROSA	DR. HUGO DE LOS SANTOS
VIERNES	DRA. MARIA OREGGIONI	DR. ADRIAN BERTULLO	DRA. MIRTHA AMEIGENDA	DRA. ANA LARROSA	DR. HUGO DE LOS SANTOS	DRA. CATALINA LINARDI	DR. DANTE PEREYRA
SABADO	DRAS. MACHIN O LARROSA	DR. ADRIAN BERTULLO	DR. HUGO DE LOS SANTOS	DRA. CATALINA LINARDI	DRA. YANET ELIZAGA	DRAS. MACHIN O LARROSA	DR. HUGO DE LOS SANTOS
DOMINGO			DRS. BERTULLO PEREYRA SORIA	9 a 12 MARIA OREGGIONI		DRAS. MACHIN O LARROSA	

ANEXO N°6: Disponibilidad y calidad de la información

La información incluida en el estudio descriptivo sobre el Sistema de Seguro de Salud, fue básicamente recabado de las entrevistas realizadas a responsables, prestadores y otros actores involucrados con el Sistema. Dentro de las personas entrevistadas están: el Sr. Hederson Cardozo, Presidente de la Comisión de Policlínicas, el Sr. Eduardo Angelini, Pro-Tesorero de dicha Comisión, ambos miembros de la Dirección de FUCVAM, la Sra. Marta Quintana, responsable administrativa de la Policlínica, el Sr. Jorge Basso, fundador del movimiento cooperativo y de ésta Policlínica, el Cr. Javier Revellato quien lleva la contabilidad del Sistema, el Ec. Luis Lazarov, quien proporcionó información y datos sobre el Sistema de Salud en el país y los Sres. Víctor Fernández y Gustavo González, Presidente y Secretario General de FUCVAM respectivamente.

Además de estas entrevistas, se utilizó material y documentación suministrada por la Administración del Policlínico del Complejo José Pedro Varela y por el Centro Comunal Zonal N° 8 de la Intendencia Municipal de Montevideo al cuál pertenece la Policlínica.

La Administración proporcionó balances contables de los últimos tres años y algunos documentos internos sobre funcionamiento y el CCZ 8 proporcionó material informativo sobre la Zona suministrando datos socio económicos, demográficos, etcétera.

Prácticamente todos los aspectos relacionados con el funcionamiento del Sistema, organización y gestión, tanto al inicio del Sistema como en la actualidad, se encontraban disponibles.

Sólo algunos puntos de la guía no pudieron ser abarcados de la manera esperada. Ellos son algunos datos específicos del primer año de funcionamiento de la policlínica, el número exacto de afiliaciones, de prestadores y datos contables del mismo año.