



# **SISTEMA DE PAGO POR CUMPLIMIENTO DE METAS ASISTENCIALES**

**ANTECEDENTES, SITUACION ACTUAL Y  
PROYECCION**

## **1. Objetivos del sistema de pago por cumplimiento de metas.**

El análisis del sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales implica necesariamente considerar, antes de entrar en el estudio de su diseño, el o los objetivos que persigue o para los que fue pensado. Se trata de vislumbrar el porqué y el para qué, antes de evaluar el cómo.

En este sentido resulta útil rastrear dentro de los antecedentes del proceso de reforma, los elementos que permiten caracterizar en el punto de partida los motivos que llevaron a proponer la implantación de este mecanismo de pago.

En primer lugar debe contextualizarse la introducción del pago por cumplimiento de metas como un componente del cambio del modelo de financiamiento a los proveedores de servicios del sistema de salud. Si bien el cambio considerado más relevante, fue la migración de un sistema de pago capitolativo con un precio único de cuota a otro con cápitás de precio ajustado por el riesgo asociado a la edad y el sexo, la introducción de un componente de pago por desempeño como lo es el pago por cumplimiento de metas, representó una innovación tan importante como el primero.

Seguramente la asimetría en la valoración de uno y otro mecanismo, se explica porque cuantitativamente la magnitud del pago por cápitás en la estructura de financiamiento de las empresas es muy alta (alrededor de 92% de los ingresos volcados desde el FONASA). Sin embargo del punto de vista cualitativo el pago por metas constituye un cambio muy relevante, en tanto por primera vez se introduce una forma de financiamiento distinto al capitolativo, que además, supone nuevos y diferentes incentivos hasta ahora ausentes en el sistema, tanto se lo mire desde el punto de vista del regulador como de las empresas.

En tanto casi cinco años después del inicio de su aplicación, persisten dudas respecto al objetivo que la autoridad sanitaria persigue o perseguía al inicio del proceso con la introducción de un pago por desempeño, se hace perentorio desbrozar el camino transitado para, retrospectivamente, delimitar e identificar los mismos y de esa manera evaluar si los dispositivos instrumentados operativamente son funcionales a ellos.

La introducción del pago por cumplimiento de metas asistenciales se verifica a partir de la sanción de Ley 18.131 por la que se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se refuerza a partir de la aprobación de la Ley 18.211, relativa al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

De los antecedentes del trámite parlamentario de estas dos leyes surgen algunos elementos que importa considerar con relación al por qué de la introducción del pago por cumplimiento de metas.

El primer punto que debe tenerse presente es que los mensajes del Poder Ejecutivo al remitir estas dos leyes al Parlamento, nada dicen al respecto. De igual manera, la mención al pago por desempeño como herramienta innovadora de financiamiento,

sólo es mencionada en ambos textos legales como una alternativa a aplicar, sin otra consideración programática acerca de su alcance.

Es así que en la Ley 18.131, en su artículo 7º, sólo se expresa que “El Banco de Previsión Social abonará una cuota uniforme [... que] podrá estar asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluir pagos por el cumplimiento de metas asistenciales”.

De igual manera la Ley 18.211, sólo se refiere a este tema en el artículo 55 del capítulo VII referido al financiamiento del SNIS, y lo hace en estos términos “Dicha cuota [se refiere a la cuota salud] tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales”.

Existe una diferencia evidente entre un texto y otro. En tanto en la ley de creación del FONASA se expresa que la cuota **podrá** incluir pagos por cumplimiento de metas, en la Ley 18.211 se afirma que las cuotas salud **tendrán** en cuenta el cumplimiento de metas. Es decir que en unos pocos meses (los que van de la sanción de una y otra ley, de agosto a diciembre de 2007), el pago por cumplimiento de metas pasa de ser un componente opcional del BPS a constituir una obligación por mandato legal.

Todo esto no quiere decir que en el proceso de consideración de ambas leyes, no se haya abordado este tema. A juicio de las autoridades del Ministerio de Salud Pública el pago por cumplimiento de metas constituye un **sistema de premios y castigos que tiene por objeto promover la atención integral** y particularmente la **aplicación de políticas preventivas**<sup>1</sup>

Pero además se plantea que se trata de un instrumento para **exigir a las empresas contraprestaciones concretas** contra el financiamiento proveniente del sistema de la seguridad social.<sup>2</sup> Esto último parece desconocer que el pago por cápiitas tiene como contraprestación el cumplimiento del conjunto de servicios que definen la atención integral y completa que actualmente está explicitada en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

Es interesante tener en cuenta la existencia de una cierta contradicción con relación al concepto de competencia entre las empresas del SNIS, que se vincula con el pago por

---

<sup>1</sup> CSS. Comisión de Salud – 19/12/2006 - Ley FONASA. Subsecretario Salud Pública “Hay un tercer componente que estamos planteando, que consiste en adicionar un elemento que puede ser, por ejemplo, el de metas prestacionales. O sea que se cuente también con un **sistema de premios y castigos**, por el cual se pueda premiar el hecho de llevar a cabo una **política preventiva o de aplicar un programa** materno-infantil que, en definitiva, puedan dar una respuesta sanitaria adecuada.”

CRR. Comisión de Hacienda integrada con Salud – 20/03/2007- Ley FONASA. Subsecretario Salud Pública “Además, se agrega un tercer componente a la edad y al sexo, que son las metas prestacionales, es decir, se empieza a **premiar** -indirectamente a castigar, pero hablemos del elemento positivo- **la integralidad de la atención** en un conjunto de indicadores que presentamos la semana pasada en el Consejo Consultivo y que, si fuera preciso, podemos mencionarlos en esta reunión. Estos no solo permiten que haya prestaciones exigibles y obligatorias, sino además que el sistema de salud, a través del FONASA, pueda controlar el cumplimiento de metas prestacionales en el área infantil -cobertura a niños menores de un año, menores de cinco años-, en la maternal, en la atención a la mujer embarazada”.

<sup>2</sup>CRR. Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública. – 20/03/2007- Ley FONASA. Subsecretario Salud Pública: “ **Estas metas prestacionales permiten empezar a ligar la transferencia que se hace a través de la seguridad social a indicadores de gestión y de resultados y objetivos sanitarios**, con metas claramente establecidas que permitan ir mejorando y desarrollando un sistema real de contraprestaciones. Es decir que el Fondo Nacional de Salud cubre por prestaciones y derechos exigibles del sistema, y el sistema controla que los ciudadanos, los usuarios del sistema de salud tengan cubiertas esas exigencias.”

cumplimiento de metas. Por un lado las autoridades del MSP entienden que este puede significar un **elemento diferenciador entre empresas en un contexto de competencia**.<sup>3</sup> Sin embargo, al mismo tiempo afirman que el modelo de gestión que se pretende propiciar a partir de la reforma **no debe contemplar la competencia** entre instituciones sino la complementación (con todo lo que esto significa en términos de dificultad para su verdadera instrumentación)<sup>4</sup>.

Por otra parte, en el documento marco relativo a “Procedimientos para la construcción de convenios de gestión entre el organismo central de administración financiera y los prestadores integrales de atención, en el marco de la reforma de la salud del Uruguay”, de noviembre 2007, en el capítulo destinado a los desafíos de implementación de la reforma, se señala que las **metas asistenciales deben ser coherentes con las prioridades sanitarias** del país.<sup>5</sup>

Este enfoque le da un marco más general que el que surge de los documentos del proceso parlamentario de las leyes de la reforma.

Con independencia de todo lo que antecede, se puede partir del supuesto más que razonable, que el sistema de pago por cumplimiento de metas es una herramienta funcional a los objetivos de la reforma o del SNIS en su conjunto.

Desde esta perspectiva, dada la multiplicidad de objetivos que la ley le asigna al SNIS y la amplitud de su alcance, se hace difícil establecer un vínculo claro y taxativo entre alguno de ellos y el pago por desempeño como instrumento funcional para su logro.

Tan es así que en términos generales el instrumento puede ser útil al logro de prácticamente todos los objetivos enunciados en la Ley 18.211. No hay que perder de vista que en esta se mencionan ocho objetivos (contra doce principios rectores) en un esquema que altera la necesaria subsidiariedad de unos respecto a otros y en las que se confunden principios, objetivos y herramientas para su logro.

Es así que se mencionan como objetivos los siguientes:

---

<sup>3</sup> CSS. Comisión de Salud – 19/12/2006 - Ley FONASA. Subsecretario Salud Pública: “Quizás esto debimos haberlo dicho en el principio de la presentación del tema: nosotros vamos a un Sistema Nacional Integrado de Salud que, por definición, tiene prestadores públicos, estatales, y prestadores privados. En el horizonte, en el camino, en la visión de la reforma, vamos a la libertad de elección con períodos de estabilidad, pero libertad de elección al fin. Tenemos que buscar **que los mecanismos de captación y de cumplimiento de los objetivos sanitarios, sean de estímulo y de competencia beneficiosa** y que no lleven a tratar de buscar elementos diferenciales en el margen, sino en la mejor prestación.”

<sup>4</sup>CRR. Comisión de Hacienda integrada con Salud Pública - 23/10/2007 - Ley 18.211. Ministra Salud Pública: “En segundo término, un cambio en el modelo de gestión que asegure la coordinación y complementación de servicios públicos y privados, **no en la competencia** sino en la complementación, teniendo como objetivo la buena atención y la calidad de la atención que reciban las personas, apuntando a la profesionalidad, a la transparencia y a la honestidad en la conducción de las instituciones y la participación activa de los trabajadores y usuarios.”

<sup>5</sup> MSP. Eurosocia. IRD. Desafíos: “Definición precisa de las metas asistenciales a ser alcanzadas por los prestadores integrales y los indicadores asociados, coherente con las prioridades sanitarias, privilegiando una estrategia de Atención Primaria en Salud y a aquellos grupos de la población de mayor riesgo. A cambio del cumplimiento de estas metas los prestadores obtienen un pago complementario. También será necesario definir en qué casos, o dentro de que rango de los indicadores, corresponde suspender el pago o realizar un pago parcial”.

- a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- c) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- d) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- e) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- h) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.<sup>6</sup>

Sin embargo las autoridades sanitarias expresaron en el Parlamento cuando se consideró la Ley 18.211, que el objetivo principal de la reforma es **“asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud orientados por los principios de equidad, continuidad, oportunidad y calidad...”**.<sup>7</sup> Este enunciado parece mucho más sintético, ordenado y sistemático que el que figura en la ley mencionada, aún cuando altera el orden entre principios y objetivos consagrados en la ley, y menciona como objetivos de la reforma lo que la ley considera como principios.

En suma, del análisis precedente puede concluirse, no de forma fácil por cierto, y haciendo un esfuerzo de síntesis, que el pago por cumplimiento de metas es un **sistema de premios y castigos que tiene por objeto promover la atención integral, la aplicación de políticas preventivas y el acceso universal a estos servicios, orientado a exigir a las empresas contraprestaciones coherentes con las prioridades sanitarias del país, y a generar condiciones de competencia entre estas.**

Este último aspecto, como ya se señaló, es objeto de controversia a nivel del propio Ministerio, pero se asume a los fines de este trabajo que el pago por metas busca generar competencia entre las empresas como un incentivo a la calidad de los

---

<sup>6</sup> Ley 18.211. Artículo 4º

<sup>7</sup> CRR. Comisión de Hacienda integrada con Salud Pública - 23/10/2007 - Ley 18.211. Ministra Salud Pública: **“El objetivo fundamental de esta reforma es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud orientados por los principios de equidad, continuidad, oportunidad y calidad, según las normas; a tener un trabajo interdisciplinario y en equipo; a desarrollar una centralización normativa y una descentralización en la ejecución y aplicación de las políticas de salud; a lograr la eficiencia social y económica; a desarrollar una atención humanitaria con una gestión democrática, estimulando la participación social y el derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación.”**

servicios. En este sentido es preciso remarcar que la calidad como variable asociada a este mecanismo de pago es el gran ausente en la formulación de los motivos que llevan a su implementación por parte de las autoridades sanitarias.

Desde un punto de vista más operativo la definición de los objetivos del sistema de pago por metas asistenciales puede identificarse en los instructivos de la JUNASA en los que se definen cuáles son estas, qué indicadores están asociados a ellas, cómo se mide y evalúa su cumplimiento y cómo se reembolsa a los prestadores. Es de señalar que los decretos reglamentarios de las leyes de creación del FONASA y del SNIS nada dicen respecto al pago por cumplimiento de metas asistenciales.

En el instructivo de julio de 2009, se mencionan dos dimensiones respecto a lo que se espera con la aplicación de este método de pago: ***medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención, y generar estímulos económicos que promuevan mejoras en la calidad de la asistencia.***

Se señala además que “Esas mejoras resultan [...] de preocuparse por la salud del conjunto de afiliados y usuarios y no solamente por la correcta atención de los que consultan”.<sup>8</sup> Dicho sea de paso esta afirmación contiene una cierta contradicción porque los indicadores para la medición del cumplimiento de las metas refieren en su mayoría a los procesos es decir a la correcta atención y no a las mejoras esperadas.

En marzo de 2012 el instructivo de la meta 1 señala que el objetivo es ***“fortalecer los procesos asistenciales que den garantía para la atención integral, accesible y efectiva de la población en su conjunto”***<sup>9</sup>

En el año 2010, el instructivo de la meta 2 (en ese momento con dos componentes: capacitación y médico de referencia) establece que los objetivos son la ***“adecuación y preparación de sus recursos humanos para hacer frente a las necesidades de atención de la salud”***, e ***“impulsar el papel del médico tratante o de referencia en el primer nivel de atención”***<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> JUNASA – MSP. Instructivo Metas Asistenciales julio 2009 – pp 4 “ El componente meta, que viene incrementando su porcentaje en el valor total de la cuota, resulta de la evaluación de la “performance” institucional a través de la definición de un conjunto de indicadores vinculados a objetivos sanitarios establecidos por el MSP. Dicho componente pretende ***medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención, y por tanto los indicadores que lo componen, en principio buscan ese objetivo***”.

“Se trata entonces de que el financiamiento pueda ser funcional a los objetivos sanitarios de la Reforma, o dicho de otra manera, ***generar estímulos económicos que promuevan mejoras en la calidad de la asistencia a la población.*** Esas mejoras resultan en primer lugar como veíamos de preocuparse por la salud del conjunto de afiliados y usuarios y no solamente por la correcta atención de los que consultan”.

<sup>9</sup> JUNASA – MSP. Instructivo META 1 (15/03/2012). “Promover la salud de los niños y de la mujer constituye una prioridad de las políticas sociales y de salud actuales. Las metas asistenciales buscan ***fortalecer los procesos asistenciales que den garantía para la atención integral, accesible y efectiva de la población en su conjunto.*** En este período se dará continuidad a lo impulsado en períodos anteriores, profundizando en los aspectos que hacen referencia a la ***cobertura de los controles de salud, al estímulo de los sistemas de información clínicos y a la pesquisa de los factores de riesgo de la población usuaria***”.

<sup>10</sup> JUNASA – MSP. Instructivo Meta 2. capacitación. Año 2010. “Las reformas de la salud necesitan de la ***adecuación y preparación de sus recursos humanos para hacer frente a las necesidades de atención de la salud*** de la población y avanzar en el cambio de modelo de atención propuesto. La capacitación es determinante para la implantación del nuevo modelo. Una capacitación que contribuya a generar la cultura de derechos y obligaciones de trabajar por la salud individual y colectiva”.

JUNASA – MSP. Instructivo Meta 2. Médico de referencia. Año 2010. “Desde esta meta se ***busca impulsar el papel del médico tratante o de referencia en el primer nivel de atención*** del Sistema Nacional Integrado de Salud”.

Este enfoque se mantiene en marzo de 2012, cuando se reformula la meta 2. El instructivo en este caso consigna que la meta apunta a **“contribuir al cambio del modelo de atención”**.<sup>11</sup>

En el caso de la meta 3, en su primera formulación en el año 2010. que apuntaba sólo a medir la cantidad de afiliados que quedaban comprendidos en esta franja de edad, en el instructivo se expresa que se busca **“colaborar en el desarrollo del Programa del Adulto Mayor”**, y dos años después en marzo de 2012, se expresa en términos de **“apoyar la realización de controles de salud de los adultos mayores. fortalecer la capacidad del sector salud en materia de atención primaria”**.<sup>12</sup>

La meta 4 de reciente definición, consolida esta orientación al asociar el pago variable a la conformación de cargos médicos con alta dedicación horaria en el entendido que éstos por su composición, contribuyen a trascender el modelo “hospitalocéntrico”,<sup>13</sup> con el objetivo, expresamente señalado, de **favorecer la mejora del primer nivel de atención**.<sup>14</sup>

-----

De forma resumida y a juzgar por las definiciones precedentes, operativamente la JUNASA entiende que el sistema de pago por cumplimiento de metas es expresamente una herramienta para el cambio del modelo de atención.

Sólo si se asume como axioma que el cambio de modelo de atención se asocia de manera causal directa con mejoras en la accesibilidad, la integralidad y la calidad de la atención y con la resolución o el control de los problemas de salud prioritarios, se puede asumir que tal como está planteado en los instructivos, el mecanismo de pago por cumplimiento de metas se alinea con los objetivos del SNIS.

---

<sup>11</sup> JUNASA – MSP. Instructivo Meta 2. Médico de referencia. (15/03/2012). “Se ha puesto especial interés desde metas asistenciales en impulsar acciones que conlleven cambios en el proceso asistencial de las instituciones, de manera de **contribuir al cambio del modelo de atención** enmarcado en la Reforma de la Salud. Es así que la meta “Médico de Referencia” surge como una necesidad de comenzar con la estructura del cambio de modelo de atención, partiendo de un núcleo clave en la constitución de los equipos de salud, como es la figura del médico de referencia, que anteriormente se llamaba médico de cabecera o médico de familia”.

<sup>12</sup> JUNASA – MSP. Instructivo Meta 3. Adulto mayor. Año 2010. **“Colaborar en el desarrollo del Programa del Adulto Mayor**, acorde a las pautas definidas en el mismo.”

JUNASA – MSP. Instructivo Meta 3. Adulto mayor. (15/03/2012). **apoyar la realización de controles de salud de los adultos mayores**. La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, permeando todos los campos de la estructura global de la sociedad. El ciudadano adulto mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con capacidades propias. Es necesario **fortalecer la capacidad del sector salud en materia de atención primaria para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo de la vida**. La estrategia de Atención Primaria en Salud, el cambio de modelo de atención y el fortalecimiento del primer nivel de atención, constituyen aspectos sustanciales de esta política”.

<sup>13</sup> Resolución 391 de 24 de mayo de 2012. JUNASA. Considerando III: “... los trabajadores e la salud son los recursos esenciales de las prestaciones de salud. En este sentido, la forma en que estos se organicen, la calidad del empleo, y los sistemas de incentivos determinan en gran medida qué, cómo y cuánto se produce en el sistema de salud, la calidad de las prestaciones y la eficiencia del sistema, El mercado de trabajo médico está regido actualmente por un laudo que establece condiciones de trabajo que desde el punto de vista asistencial refleja el sistema hospitalocéntrico vigente y promueven la segmentación de los servicios por niveles asistenciales, y desde el punto de vista laboral, estimulan la fragmentación de los cargos dentro y entre instituciones.”

<sup>14</sup> Resolución 391 de 24 de mayo de 2012. JUNASA. Numeral 1 de la parte resolutiva: “Aprobar la creación de la meta 4 con el objetivo de impulsar los cambios en las condiciones de trabajo médicas que favorezcan la mejora del primer nivel de atención, ...”

Si por el contrario esta relación causal directa se pone en entredicho, lo cual parece lógico, se genera un gran margen de duda respecto a la alineación entre los objetivos del SNIS y el objetivo de expresamente enunciado para este mecanismo de pago en cuanto a generar condiciones para el cambio del modelo.

De lo expuesto surge con cierta claridad la existencia de indefiniciones respecto a lo que se pretende desarrollar y alcanzar con la introducción del pago por desempeño. No obstante, es preciso partir de un marco de referencia concreto al respecto para poder avanzar en la identificación de elementos que apunten a mejorar su diseño, sin esperar a que estas provengan exclusivamente de la JUNASA o del MSP.

Sin entrar en otras consideraciones respecto a la manifiesta voluntad de las autoridades sanitarias respecto al rol del pago por metas en el cambio del modelo e intentando no entrar en contradicción con esta definición, que constituye al día de hoy un dato de la realidad, es preciso avanzar en una definición conceptual más precisa de lo que el mecanismo de pago por cumplimiento de metas representa como herramienta en el contexto de la reforma y de la construcción del SNIS.

En este sentido de forma sintética se puede decir que se trata de un *instrumento funcional a la necesidad de mejorar la accesibilidad a los servicios y la integralidad de la atención, mediante la introducción de incentivos al desarrollo de procesos asistenciales de calidad orientados a la resolución o el control de los problemas de salud prioritarios del país.*



## **1. El diseño del sistema de pago por cumplimiento de metas**

Definidos el “porqué” y el “para qué” corresponde analizar el “cómo” para valorar la consistencia entre aquellos y este.

Esto lleva a tratar de responder las siguientes preguntas:

¿De qué manera el pago por metas mejora el acceso a los servicios y la integralidad de la atención y cómo promueve la aplicación de políticas preventivas?

¿Representa un incentivo económico que premia el buen desempeño y la calidad de la atención de las instituciones del SNIS?

¿Alinea a las instituciones en el logro de los objetivos de salud del país?

Como es sabido, la meta 1 comporta la realización de una serie de procesos orientados la mayoría de ellos a la realización de controles de embarazadas, puérperas y niños menores de dos años, con especial énfasis en los recién nacidos. Se incluye además el despistaje de casos de violencia doméstica.

Por su parte, la meta 2, se focaliza en la adscripción de los adultos y adolescentes a un médico de referencia y a la realización de consultas de control obligatorias, y algunos exámenes en particular según determinada pauta, para el caso de los adultos, y a la realización de consultas de control y el llenado de una ficha específica de salud para los adolescentes.

La meta 3, refiere a la adscripción de los adultos mayores a un médico de referencia y a la realización de controles obligatorios según determinada pauta, y la meta 4 que sustituirá paulatinamente a la 3, se destina a la financiación de cargos médicos de alta dedicación horaria.

Antes de analizar como contribuyen las diferentes metas a mejorar el acceso o la integralidad de la atención, es importante señalar algunas cuestiones relativas a la dinámica de su diseño y aplicación y a los elementos que motivaron la definición de alguna de ellas.

Todas las metas han sufrido continuos cambios desde su diseño original al presente. Esto aplica incluso a la meta 1, que es la más estable, a la que se le han agregado y quitado componentes a lo largo de los cuatro años de su aplicación.

En el caso de la meta 2 los cambios han sido radicales. Inicialmente tuvo un componente de capacitación que se discontinuó rápidamente, pasando a conformarse como la meta de adscripción de afiliados a un médico de referencia, a lo que se agregaron luego la obligatoriedad de los controles y la realización de exámenes paraclínicos.

La meta 3 fue diseñada con el objeto de paliar el efecto que tuvo sobre algunas instituciones la aplicación de criterios disímiles en los ajustes de precios de cuotas de afiliaciones individuales y colectivas por una lado, y de las cápitas por otro, lo que se

agregaba al efecto de la no inclusión en el FONASA y por ende en el sistema de pago por cápitas, de la mayoría de los adultos mayores. Estas dos medidas claramente perjudicaban o al menos generaban condiciones diferentes de regulación para las empresas con porcentajes elevados de afiliados de más de 64 años. A fin de mitigar este impacto, se diseñó la meta 3 relacionando el total de mayores de 64 años con el total de afiliados FONASA. Posteriormente se agregaron la adscripción a médico de referencia y la obligatoriedad de los controles.

Por último, la meta 4 resulta de la necesidad de financiar acuerdos surgidos en el ámbito de la negociación laboral.

Estos dos últimos ejemplos, es decir como surgen las metas 3 y 4, demuestran que bajo el amplio paraguas del difuso concepto del cambio del modelo asistencial, pueden incluirse cuestiones muy disímiles, y que el sistema de pago por metas en tanto pago variable ha sido discrecionalmente utilizado por el regulador en un caso como amortiguador de efectos adversos, y en otros como un dispositivo de financiamiento funcional al acuerdo laboral alcanzado.

Sin desconocer que los cargos de alta dedicación puede efectivamente operar en el sentido de una mejora en el acceso y la integralidad de la atención, y que la organización del trabajo médico representa el elemento central de cualquier modelo asistencial, lo cierto es que en este caso, el sistema de pago por metas parece ser simplemente un recurso al que se echa mano para viabilizar el acuerdo laboral y no un sistema con objetivos propios.

La amplitud del concepto de “cambio de modelo” y la ausencia de una definición operativa del mismo que permita encuadrar las acciones concretas para generar dicho cambio, posibilita la errática evolución que ha caracterizado el sistema de pago por metas.

### **Accesibilidad e integralidad**

Para dar respuesta a la primera pregunta, es necesario aunque parezca sobreabundante, definir el alcance de los conceptos de accesibilidad e integralidad.

Por accesibilidad se entiende la capacidad de las instituciones y por extensión del sistema, para generar condiciones tales que permitan una atención oportuna y continúa. Esto es, que el individuo pueda consumir los servicios que necesita en el momento que lo requiere, de acuerdo a su estado de salud y a la percepción de sus necesidades sanitarias. Para ello es imprescindible que existan los recursos necesarios organizados de manera tal que faciliten el contacto del usuario con los servicios, sin que se interpongan barreras organizacionales, geográficas, económicas o culturales.

El concepto de integralidad reconoce dos dimensiones. La integralidad entendida como el conjunto de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud organizadas de forma articulada para dar respuestas oportunas y equitativas a los individuos según sus necesidades, y como conjunto de servicios,

procesos e intervenciones que conforman el paquete de prestaciones cubierto por el plan de seguro que protege al individuo de las contingencias propias del proceso salud - enfermedad. Esta última dimensión varía de un sistema a otro. Es decir, no existe una única concepción de la integralidad de la atención, sino que esta es contingente a la capacidad financiera del seguro.

La meta 1 parece contribuir a mejorar la integralidad de la atención desde que establece procesos de buena práctica en la atención de embarazadas y niños, que abarcan aspectos esencialmente preventivos pero que incluyen además la posibilidad de actuar oportunamente en patologías ya instaladas.<sup>15</sup>

Se trata pues de acciones básicamente vinculadas a aspectos preventivos, pero que no excluyen acciones de recuperación y eventualmente de rehabilitación.

No sucede lo mismo con el caso de las metas 2 y 3. La adscripción forzosa de los individuos a un médico de referencia no agrega valor a la integralidad de la atención en su estado actual ni tampoco mejora la accesibilidad. El hecho de tener un médico de referencia elegido en muchos casos de manera compulsiva, no asegura que el individuo tenga mayores posibilidades de acceder a su consulta. Se trata sólo de un registro administrativo.

Por otra parte el carácter obligatorio de las consultas de control es sólo nominativo ya que no existen mecanismos coercitivos capaces de hacerlo efectivo (de existir estos mecanismos cabría preguntarse por su pertinencia)<sup>16</sup>. Queda incluso la duda respecto a quien es el depositario de esta obligación, si el paciente o la institución. Sea como sea, la obligatoriedad de la consulta no mejora la accesibilidad ni la integralidad de las acciones, más allá de la intención de la realización de controles con una determinada periodicidad.

Diferente es el caso de los estudios que deben indicársele a los adultos (colesterolemia y fecatest), que, sin entrar en el análisis de la pauta de indicación establecida, apunta a detectar precozmente determinadas patologías y por lo tanto puede entenderse que apunta fortalecer aspectos de prevención secundaria.

Respecto a la meta 4, en primera instancia podría decirse que apunta a mejorar la accesibilidad y la integralidad de la atención ya que los cargos de alta dedicación permitirían una mejor disponibilidad del recurso y la composición de estos cargos prevé espacio para la interconsulta de pacientes y la formación continua. Sin embargo, esto está sujeto a la factibilidad operativa de la aplicación de este tipo de cargos en contextos específicos. La viabilidad de la instrumentación de los cargos de alta dedicación está condicionada en algunos casos sobre todo del interior del país, a la oferta de médicos en las especialidades involucradas.

---

<sup>15</sup> Queda por fuera de esta valoración el componente de la meta relacionada con los casos de violencia doméstica ya que se trata de situaciones que exceden largamente el alcance de las instituciones prestadoras de servicios de salud. La concepción amplia de lo que se entiende por salud, puede justificar su inclusión. No obstante, esta misma concepción llevaría por ejemplo a incluir en el PIAS o como componente de una meta, la obligatoriedad de identificación de casos de deserción escolar, o el relevamiento exhaustivo de las condiciones de la vivienda de los pacientes a efectos de suministrar información a otros agentes capaces de dar respuesta estas problemáticas que por cierto exceden las capacidades de las instituciones de salud.

<sup>16</sup> En este sentido es interesante tener en cuenta el decreto N° 316/012 relativo al control de la sífilis.

## Incentivo al buen desempeño y calidad de la atención

Un incentivo es un estímulo para lograr determinadas conductas asociadas al logro de mejores resultados. El estímulo puede ser económico o no monetario y puede tener carácter positivo o negativo, esto es, que se premie o se castigue el desarrollo de la conducta esperada.

En el caso del pago por cumplimiento de metas, como ya se ha dicho, las autoridades interpretan que se trata de un sistema de premios y castigos, en el que el premio es un pago variable, adicional al financiamiento fijo por cápitas, y el castigo es la ausencia de ese pago o un pago parcial de ese componente, de acuerdo al grado de cumplimiento.<sup>17</sup> Consistente con este enfoque, el cumplimiento de las metas es opcional para las instituciones. Es decir, las empresas deciden si destinan recursos para cumplir con las exigencias de las metas y consecuentemente acceder al pago adicional.

De hecho esto es lo que sucede a nivel de los seguros integrales. Estos han optado por cumplir con determinadas metas y no hacerlo con otras (con variaciones según la empresa que se considere), y consecuentemente o bien acceden al cobro parcial de alguna de ellas o directamente no las cobran. En la medida que el precio de sus cápitas o primas no están reguladas, pueden optar por acceder a un pago variable como premio o pueden no hacerlo sin que se vea afectado su nivel de ingresos.

También ASSE, aunque por otros motivos, ha optado por no cumplir con las metas y renunciar a su cobro.

¿Por qué no sucede lo mismo con las IAMC? Sabido es que todas ellas han instrumentado mecanismos y dispositivos organizacionales orientados a cumplir con las condiciones establecidas en los instructivos de cada una de las metas vigentes.

La razón de estas diferencias se puede encontrar en el punto de partida de la instrumentación de los cambios en el mecanismo de financiamiento de las instituciones del SNIS a partir de la Ley 18.211, que hizo que el pago variable por cumplimiento de metas no fuera en realidad un pago adicional y por tanto su incumplimiento comportara como castigo una caída de sus fuentes de financiamiento.

Esto es así por cuanto el pago de la primera meta, se financió con recursos provenientes de la diferencia entre el gasto en que incurría el BPS en el modelo entonces vigente de cápita única, con el gasto proyectado por la aplicación del nuevo modelo de cápitas diferenciales por sexo y edad.<sup>18</sup> El MSP entendió en ese momento

<sup>17</sup> CRR – Comisión de Hacienda integrada con Salud Pública - 23/10/2007 - Ley 18.211. Ministra Salud Pública “Hemos aprobado y ya estamos trabajando en el Programa de atención a la madre y al niño. Es por todos conocido que el Fondo Nacional de Salud otorgará un premio del 6% a aquellas instituciones que cumplan con la atención a la embarazada y al niño antes de los catorce meses, como forma de controlar el embarazo de todas nuestras mujeres y controlar a todos nuestros niños durante su primer año de vida.”

<sup>18</sup> CSS - Comisión de Salud – 29/03/2007 – Ley 18.211. Ec. Olesker “Esas cápitas, ajustadas por edad y sexo -que es la referencia que hace el señor Senador Cid a lo expresado por la Federación Médica del Interior-, tienen una primera etapa de aplicación -que depende de cuándo la Cámara de Representantes proceda a la aprobación de la Ley del FONASA, pero que podría estar vigente entre los meses de mayo y junio- en la que se pagan por edad y sexo, teniendo en cuenta al conjunto de la población. **Si nosotros**

que esta diferencia constituía una renta que las empresas estaban apropiándose y por ende estos recursos, se destinarían al pago variable de las metas.

La creación de las metas 2 y 3 coinciden con ajustes del precio de las cápitas por debajo de lo que indicaba la paramétrica sectorial. El MSP entendió que las empresas contaban con una capacidad instalada ociosa que les daba escala suficiente para atender una mayor demanda sin incremento de costos fijos (“efecto escala”), y consecuentemente el PE aplicó un porcentaje de aumento menor que el que surgía de la aplicación de la paramétrica. Pero adicionalmente el porcentaje de incremento aplicado fue aún menor que el que resultaba de la deducción del efecto escala.

Vale decir, que las metas se financiaron con recursos que integraban o debían integrar el precio de las cápitas. Esto implicó que parte del financiamiento fijo se hiciera variable.

El sistema de pago por metas podría haber sido desde su inicio un mecanismo que castigara con un descenso en los ingresos a las empresas que no cumplieran. Este es un diseño posible para un sistema de pago por desempeño (aunque en la mayoría de los casos implementados en otros sistemas se trata de pagos adicionales). Si así se hubiese definido desde el inicio, las instituciones hubieran sabido con precisión que las reglas del nuevo mecanismo de pago, implicaban la posibilidad de perder recursos si no se cumplía con las metas.

En los hechos el modelo del pago por metas efectivamente aplicado en el caso de las IAMC, no se corresponde con el diseño propuesto inicialmente. El pago no es un adicional variable al financiamiento fijo. Se trata pues de un incentivo de carácter negativo, que castiga a quien no cumple, con lo cual se vuelve prácticamente obligatorio. Sin embargo, dada la asimetría de regulación entre los distintos actores que integran el SNIS, el pago por metas es sí un pago adicional para los seguros integrales y aún para ASSE que se financia prácticamente en su totalidad con un presupuesto global independiente del precio de las cápitas.

En este contexto, para las IAMC el pago por metas si bien puede operar como un incentivo al buen desempeño, no lo es por la vía del premio, sino del castigo potencial por incumplimiento.

Respecto a cómo contribuye este mecanismo a mejorar la calidad de la atención, debe decirse previo a su consideración, que este concepto, complejo de por sí, admite múltiples lecturas según se refiera a cuestiones estructurales, de los procesos asistenciales o de los resultados esperados y alcanzados, según la dimensión que se

---

*multiplicamos el conjunto de la población de la seguridad social por el valor de esas cápitas, nos da menos que el actual gasto del Banco de Previsión Social. Eso significa que las instituciones estaban recibiendo, en promedio, un 6% de rentabilidad sobre sus costos en dicho organismo. Por eso la opción -que la señora Ministra mencionó- de la utilización de ese 6% de rentabilidad contra metas prestacionales, que no integran las cápitas ajustadas por edad y sexo, sino que son un plus. Justamente, el señor Senador Alfie preguntaba -lamento que no esté presente en este momento- si estaba incluido en los costos o era un plus. Se trata de un plus sobre los costos que, efectiva y científicamente, se calculó.”*

analice (calidad organizacional, técnica o interpersonal) y de acuerdo al componente que se quiera evaluar.

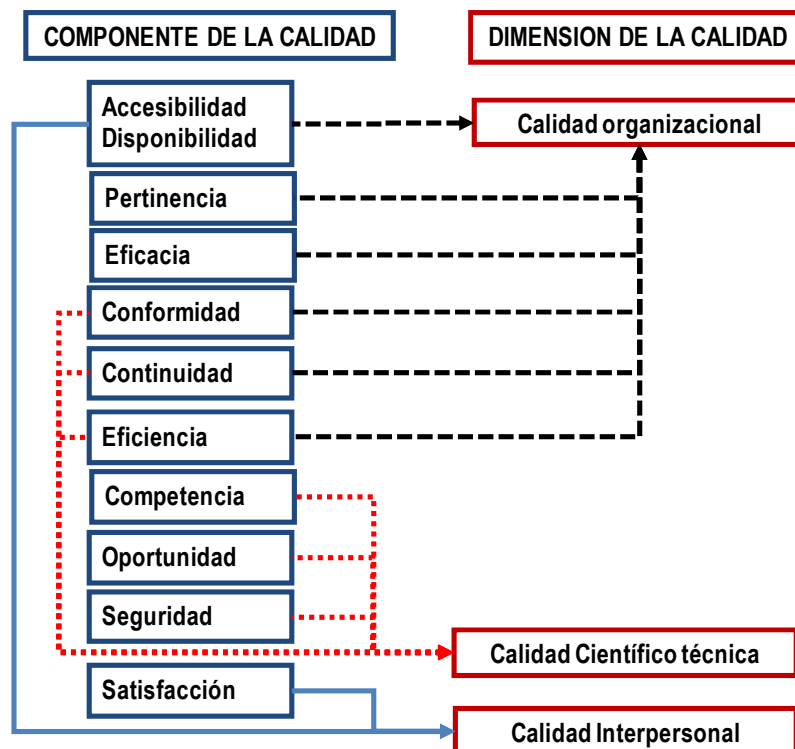
Los componentes de la calidad asistencial son múltiples e incluyen la **accesibilidad** y la, **disponibilidad** de recursos y servicios, la **pertinencia** y la **oportunidad** de las intervenciones, la **conformidad** de estas de acuerdo a normas, la **continuidad** de los procesos, la **eficacia** y la **eficiencia** de los mismos (resultados alcanzados de acuerdo a lo previsto con el menor costo posible), la **competencia** de los recursos humanos aplicados a los procesos, la **seguridad** del paciente y su **satisfacción**.

Del análisis de la composición de las metas, se puede inferir que prácticamente todos ellos refieren a cuestiones de proceso sin que existan elementos de estructura o de resultados. Este último aspecto se relaciona con lo que se analiza más adelante con relación a cómo contribuye el pago por metas al logro de los objetivos sanitarios del país.

Por otra parte, es posible advertir que las metas están conformadas de manera tal que se limitan a cuestiones vinculadas con la calidad organizacional y en mucho menor medida a cuestiones de calidad técnica.

Finalmente, respecto a los componentes de la calidad, las metas en el mejor de los casos se relacionan con la accesibilidad, la continuidad y la conformidad.

### Relación entre componentes y dimensiones de la calidad asistencial



La meta 1 incluye componentes que puede valorarse como elementos de la calidad relacionados con la continuidad de la atención, acotados a una situación clínica específica (el embarazo) o a una etapa de la vida en particular (recién nacidos y primera infancia).

De igual manera los componentes de la meta 1 asociados al control del embarazo y el niño de 2 o menos años, incluyen aspectos de conformidad y de oportunidad de la atención, en tanto dispone la secuencia de controles que deben realizarse y los estudios paraclínicos obligatorios que deben efectuarse. Sin embargo, no se contemplan elementos de eficacia, es decir de resultados de la aplicación de estas pautas o normas. Por ejemplo, no se mide cuál es impacto en la salud de la mujer o del recién nacido, del cumplimiento del número de controles y de la realización de los estudios que indica la pauta.

Por otra parte, no queda claro en el caso de la meta 1, cómo contribuye a la calidad de la atención el componente relacionado con el despistaje de violencia doméstica ya que no parece estar relacionado con ninguno de sus componentes. Seguramente esto sea así porque el modelo de análisis de la calidad asistencial está diseñado para evaluar procesos asistenciales y no problemáticas sociales.

Con relación a las metas 2 y 3, se puede pensar que la intención a la hora de su diseño fue contemplar elementos vinculados a la continuidad de la atención mediante la adscripción a un médico de referencia. Nuevamente se está frente a un modelo que se centra exclusivamente en dimensiones organizacionales de la calidad relacionada con los procesos, sin considerar los resultados, y acotado a un componente (la continuidad) de manera laxa y limitada. Se reitera que el hecho de estar adscrito a un médico de referencia no significa per se que los procesos asistenciales mejoren en su calidad.

La meta 2 incluye componentes de oportunidad y conformidad con la introducción de la pauta de realización de determinados exámenes en el caso del adulto, pero al igual que en la meta 1, se omite la evaluación de su eficacia, es decir de los resultados esperados.

Por último, la meta 4 claramente se vincula a aspectos de calidad organizacional y particularmente a las dimensiones del acceso y la continuidad de la atención. Es interesante señalar que su forma de financiamiento a partir de la transferencia paulatina de los recursos destinados a la meta 3, evidencian la escasa importancia de esta última ya que en los hechos se admite su desaparición.

### **Objetivos de salud**

Se ha planteado que el sistema de pago por metas asistenciales es un instrumento para el logro de objetivos sanitarios. Sin embargo, de lo anterior fácilmente se concluye que esto no es así en tanto para ninguno de los componentes de las tres metas vigentes, se asocian indicadores de resultados de salud, ni en los instructivos se hace mención a lo que se pretende mejorar en términos de salud con la introducción de las pautas de atención que se incluyen en cada una de las metas.

Un problema principal del diseño de las metas radica en el enunciado del objetivo que persiguen. Aún haciendo abstracción de la manifiesta voluntad de cambio del modelo de atención a través de este mecanismo, se expresa que se pretende mejorar la salud de la mujer y del niño, del adulto y el adolescente y del adulto mayor con cada una de las tres metas respectivamente. Este enunciado, vago e impreciso, impide focalizar en concreto qué es lo que se pretende mejorar; qué problema de salud de estos grupos de población (que en definitiva conforma el universo de la población del país) son los que prioritariamente merecen ser atendidos.

Se puede decir que la meta 1 apunta reducir los partos de pretérmino, las complicaciones prevenibles del embarazo, los casos de sífilis congénita o las luxaciones de cadera del recién nacido diagnosticadas tardíamente. De igual manera en el caso de la meta 2, se estaría apuntando a aumentar el diagnóstico precoz del cáncer de colon y por ende a reducir la tasa de mortalidad por causa de esta patología, o a controlar la hipercolesterolemia y reducir su prevalencia en la población adulta.

Es notorio que las metas 3 y 4 no se asocian con objetivo sanitario alguno.

Sin embargo, no basta con inferir estos objetivos a partir de los componentes incorporados en las metas, sino que parece lógico que los mismos estén explícitamente expresados y que sean el resultado de un proceso de planificación sanitaria que permita identificar los principales problemas en función de su magnitud e importancia y en razón de la disponibilidad de intervenciones demostradamente eficaces.

Un proceso de este tipo implica una determinada metodología y la participación de las instituciones encargadas de la cobertura y la atención de los individuos. Las prioridades sanitarias no deben ser sólo el resultado de la valoración unívoca del regulador de la situación de salud del país.



## **2. Las disfuncionalidades el sistema de pago por cumplimiento de metas**

Más allá de los problemas señalados es posible además, identificar disfuncionalidades asociadas a problemas operativos del diseño, que por otra parte son propias de los sistemas de pago por desempeño

Sólo se mencionaran alguna de ellas: la ingeniería documental, el efecto “lupa”, los incentivos equívocos, la paradójica afectación de la equidad, la sobreutilización de servicios y los costos adicionales que produce y la disyuntiva entre alcanzar un nivel óptimo o mejorar el desempeño<sup>19</sup>

Respecto a la ingeniería documental resulta obvio que el sistema de pago por desempeño en el Uruguay, ha introducido un complejo mecanismo de registros, conformación de bases de datos y dispositivos de control, que se suman a los eventos de auditoría de los datos de parte del MSP que implican un número importante de horas hombre destinadas a esta tarea tanto de parte de las empresas como del regulador. Los dispositivos organizacionales implementados para el registro de los datos necesarios para la conformación de los indicadores utilizados en este sistema de pago, involucran distintos recursos, desde médicos y enfermeros hasta técnicos en registros médicos y administrativos, llegando incluso en algunos casos a establecer unidades específicamente destinadas al control y seguimiento del sistema. Pero además han implicado de manera directa al propio usuario haciéndolo objeto de trámites administrativos adicionales, y realización de consultas cuyo objetivo a veces no le resulta claro. Adicionalmente algunos requisitos como el llenado del formulario referido a la salud del adolescente, complejo y engorroso, es potencialmente un elemento que desvirtúa y complejiza el delicado equilibrio de la relación médico – paciente.

Todo esto, en un contexto en el que el objetivo de este cúmulo de actividades no está claramente explicitado, genera dudas en el personal involucrado en cuanto a la necesidad del cumplimiento de estas tareas, y en el caso del médico opera como un desestímulo, por cuanto no queda claro el fin sanitario del conjunto de tareas administrativas de registro que se ven obligados a realizar.

El “efecto lupa”, descrito en la literatura como un “efecto adverso” de este tipo de mecanismo de pago, hace que las organizaciones destinen recursos y esfuerzos institucionales a aquellas actividades que son objeto de remuneración, con riesgo cierto de desatender otras con igual o aún mayor valor agregado a los procesos de atención. En el esquema vigente, puede ser más importante para las empresas cumplir con el despistaje de casos de violencia doméstica, y asignar recursos adicionales a esta actividad, que fortalecer dispositivos asistenciales dirigidos a patologías de alta prevalencia para las que existen alternativas terapéuticas eficaces.

---

<sup>19</sup> [http://www.observatoriosalud.org.uy/descargas/Pago\\_por\\_cumplimiento\\_de\\_metas.pdf](http://www.observatoriosalud.org.uy/descargas/Pago_por_cumplimiento_de_metas.pdf)

La realidad de ASSE respecto al grado de cumplimiento de las metas, siendo que su diseño involucra problemas que afectan más prevalentemente a su población usuaria que a la afiliada a las IAMC, pone de manifiesto cómo paradójicamente el incentivo introducido por el pago por cumplimiento de metas, puede afectar la equidad considerada en términos sistémicos. La situación referida a la sífilis connatal parece un ejemplo claro de este problema.

Es indiscutible que el cumplimiento de las metas conlleva un conjunto de costos adicionales, ya sean de carácter directamente asistencial, ya sea de orden administrativo, que a la luz de lo dicho respecto al financiamiento del pago de las metas, cobran mayor relevancia porque suponen un esfuerzo adicional para las empresas, no contemplado en el esquema de financiamiento de las instituciones.

### **3. Resultados de la aplicación del sistema de pago por cumplimiento de metas**

El resultado del sistema de pago por metas puede encararse desde distintos ángulos: su impacto en términos de salud; su incidencia en la calidad de los servicios; sus implicancias para el desempeño de las instituciones; o su nivel de cumplimiento

#### **Resultados sanitarios y calidad de los servicios**

El primer elemento a considerar es lo incierto del impacto de este sistema de pago en los resultados sanitarios del país y en la calidad de la atención. En gran medida por la ausencia de información sectorial que permita avanzar hipótesis más o menos plausibles acerca de la incidencia del pago por metas en los resultados, en gran parte por la dificultad que entraña asociar cambios organizacionales con efectos en la epidemiología de las poblaciones y en otra medida porque como ya se planteó, el sistema de metas no se correlaciona con objetivos de salud explícitos.

No obstante, con respecto al primer aspecto, importa señalar que en la medida que las metas apuntan a un cambio de modelo de atención y dentro de este por las características de sus componentes, básicamente a mejorar el acceso, entonces debería contarse con información de carácter público que permitiese aproximar una evaluación al respecto. Concretamente esto podría ser posible si se publicaran las tasas de uso de consultas por afiliado por grupos de edad.

Es razonable suponer que la intensidad de uso de los servicios debería incrementarse con la puesta en marcha de las metas 2 y 3, en los grupos de 45 a 64 y de más de 64 años. Si bien es cierto que un único indicador no es suficiente para medir un fenómeno tan complejo como el acceso a los servicios, disponer de una serie evolutiva de este indicador permitiría valorar la existencia o no de eventuales cambios consistentes con el resultado esperado.

De igual manera la meta 1 por su alcance podría tener implicancias en la evolución del porcentaje de recién nacidos de bajo peso, pero los datos para la conformación de este indicador no se recogen sistemáticamente por institución como parte del set de información de desempeño de las empresas que se contempla en el SINADI (si bien es cierto que se recoge en el SIP).

Utilizando múltiples fuentes de información se observa lo siguiente<sup>20</sup>

Se verificó una tendencia decreciente de los niños de bajo peso en el sector privado pero no para el conjunto del sistema.

Ha aumentado la anemia en las embarazadas en el sector privado.

No se verifican cambios en la detección de sífilis en la embarazada en el sector privado.

No se verifican cambios en la detección de sífilis en el recién nacido en el sector privado.

---

<sup>20</sup>Mortalidad Infantil (Informe. Agosto 2012); SIP – Período 2007-2011; Epidemiología – Período 2009-2011

No se verifica un patrón claro en la alimentación al alta.  
Ha aumentado la cantidad de embarazos con cinco controles o más, tanto en el sector público como en el privado.  
Ha aumentado la cantidad de embarazadas captadas precozmente en el sector privado.

Por otra parte, de los indicadores de calidad y acceso que recoge el SINADI de forma sistemática sólo dos se vinculan a las dimensiones que incluidas en la composición de las metas: índice de cesáreas y porcentaje de embarazadas captadas para su control en el primer trimestre. Respecto al primero, se trata de un indicador cuyo valor se incrementa sostenidamente hasta el año 2010 (último año publicado por el MSP). Por su parte, el porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre sí ha aumentado en los últimos años al considerar el conjunto de las IAMC, elemento esto que razonablemente se puede asociar a la introducción de las metas.

### **Implicancias para el desempeño y la gestión de las instituciones**

Debe reconocerse que la introducción del sistema de pago por metas ha provocado en las empresas del sector un interés por aspectos epidemiológicos hasta el momento escasamente considerados a la hora de tomar decisiones institucionales.

Asimismo, las metas han generado en algunos casos alineamientos consensuados en las formas de práctica clínica, sobre todo en el área de la pediatría y consecuentemente también han dado lugar a la generación de espacios de confluencia de la mirada clínica y la proveniente de la gestión, habitualmente en tensión, permitiendo la identificación de intereses comunes.

### **Resultado en términos de cumplimiento**

Más allá de las dificultades señaladas respecto a la evaluación del impacto del sistema de metas, sea en los resultados sanitarios o en el desempeño de las instituciones, es posible valorar otra dimensión de este mecanismo de pago sobre el sistema y es el nivel de cumplimiento de las exigencias que plantea, es decir su aspecto meramente operativo.

La información disponible con respecto a estos aspectos es la que se incluye en las Rendiciones de Cuentas de las JUNASA de los años 2011 y 2012.

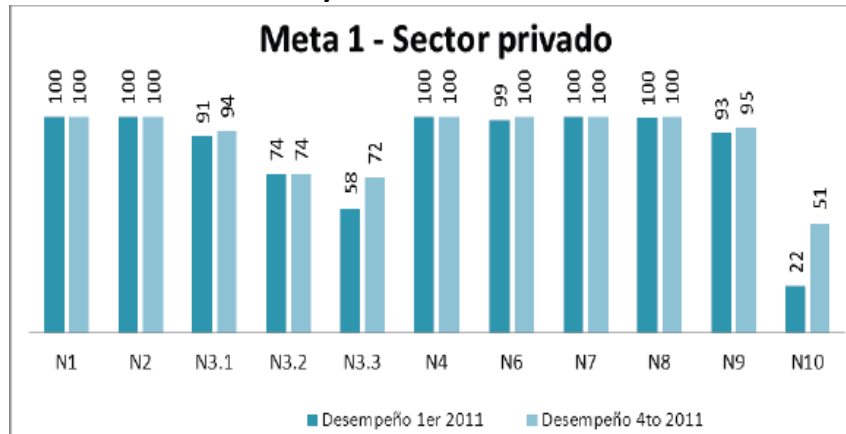
En ellas se observa que el cumplimiento de las metas es elevado en el caso del sector privado y nulo en el caso de ASSE. Esta sólo informa respecto a los componentes de la meta 1. Para los casos de las metas 2 y 3 ASSE directamente no participa del sistema.

A continuación se muestran los resultados alcanzados en los años 2011 y 2012, tomados de los referidos documentos (Rendición de Cuentas JUNASA 2011 y 2012)<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6377,22735>  
<http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?7661,25297>

**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de las IAMC.  
Primer y cuarto trimestres 2011**

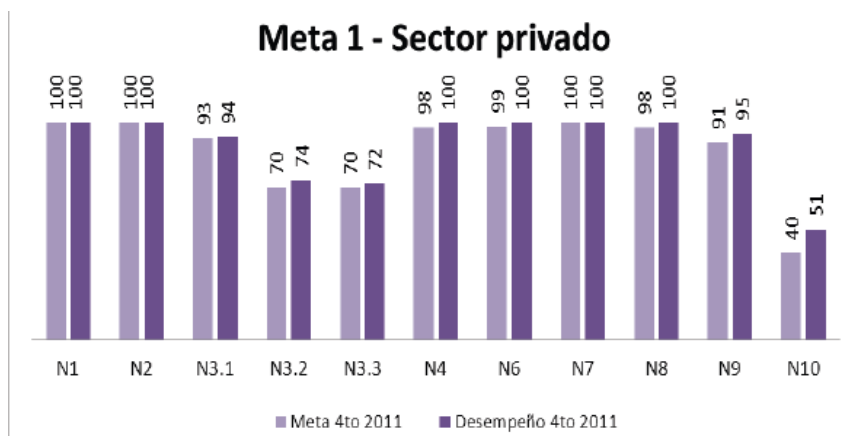


Tomado de la Rendición de Cuentas 2011. JUNASA

El primer cuadro muestra que las IAMC globalmente consideradas alcanzaban 100% de los valores exigidos en cinco de los componentes de la meta 1 en el primer trimestre de 2011, y en seis al finalizar ese año. En los restantes cinco componentes, se verifica una mejora del desempeño al comparar los resultados del primer trimestre con el último.

Adicionalmente, como se ve en el gráfico siguiente, en todos los componentes las IAMC alcanzaron desempeños superiores al porcentaje de cumplimiento definido por la JUNASA como meta a alcanzar en el período.

**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de las IAMC  
con relación al porcentaje exigido.  
Cuarto trimestre 2011**



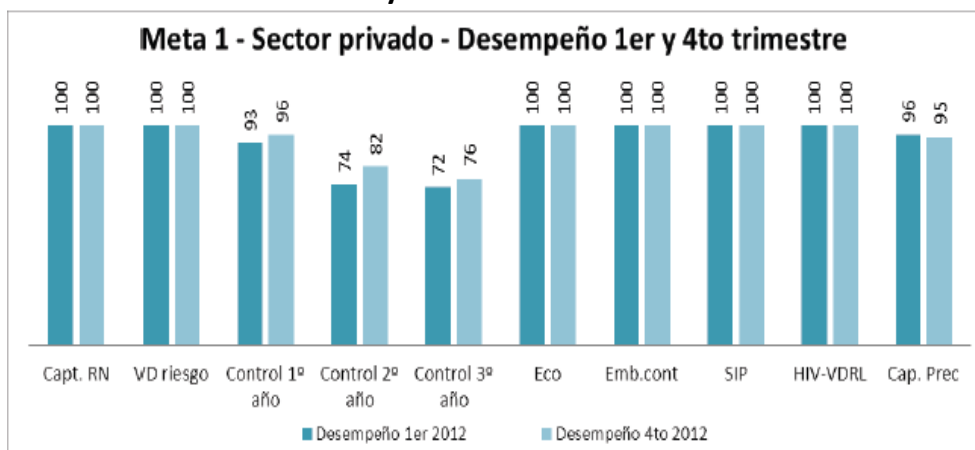
Tomado de la Rendición de Cuentas 2011. JUNASA

- N1. Captación del recién nacido
- N2. Visita domiciliaria para nacidos de riesgo
- N3.1 Controles en salud, de niños de un año según pauta
- N3.2 Controles en salud, de niños de dos años según pauta
- N3.3 Controles en salud, de niños de tres años según pauta
- N4. Cumplimiento de ecografía de cadera
- N6. Control del embarazo
- N7. Historia Clínica Peri-natal Básica completa
- N8. Control de VDRL y HIV en el embarazo
- N9. Captación precoz del embarazo
- N10. Pesquisa de violencia doméstica

Como puede observarse, el componente 5 no aparece en el gráfico, y esto es debido a que se trata de las “buenas prácticas de alimentación”, vigentes en ese período, que carecía de indicador para medición de su cumplimiento.

En el año 2012 las IAMC globalmente consideradas mantienen un 100% de cumplimiento en seis de las dimensiones que componen la meta y mejoran su desempeño en otras tres al comparar el primer y el último trimestre del año. Obsérvese que en estos componentes los porcentajes en el primer trimestre del año 2012 son superiores a los del último trimestre del año 2011

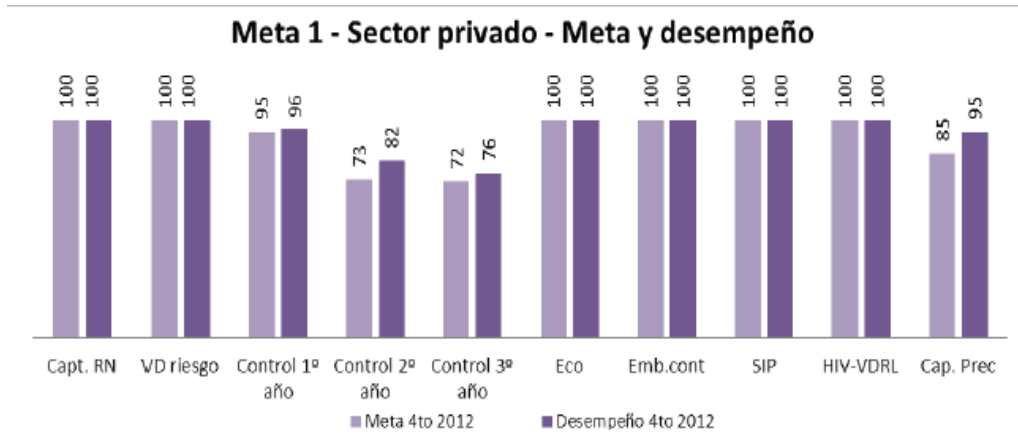
**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de las IAMC.  
Primer y cuarto trimestres 2012**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2012. JUNASA

También en el año 2012, las instituciones superaron el valor meta definido por el Regulador para cada componente, tal como se observa en el siguiente gráfico.

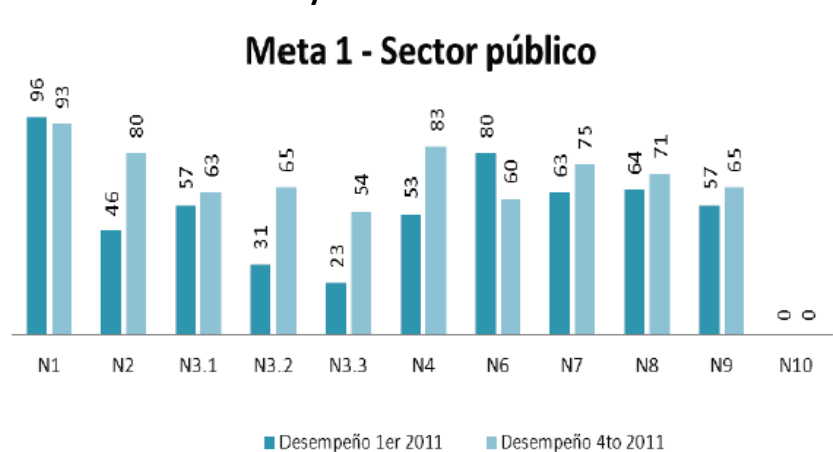
**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de las IAMC  
con relación al porcentaje exigido.  
Cuarto trimestre 2012**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2012. JUNASA

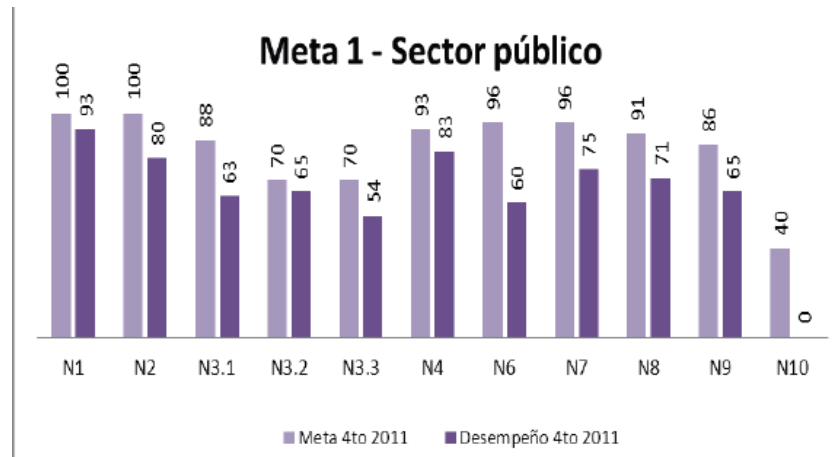
La situación en el caso de ASSE para el año 2011 es la que se refleja en los siguientes gráficos. Si bien ASSE mejora su desempeño si se consideran los porcentajes de cumplimiento alcanzados en el primer y cuarto trimestres, lejos está de cumplir con la meta fijada por el regulador.

**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de ASSE.  
Primer y cuarto trimestres 2011**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2011. JUNASA

**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido. Cuarto trimestre 2011**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2011. JUNASA

En el año 2012, en cuatro de los componentes de la meta, ASSE presenta peores resultados al finalizar el año, respecto a los valores alcanzados en el primer trimestre. Estos además en algunos casos son más bajos que los porcentajes de cumplimiento alcanzados en el último trimestre de 2011.

**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de ASSE. Primer y cuarto trimestres 2012**

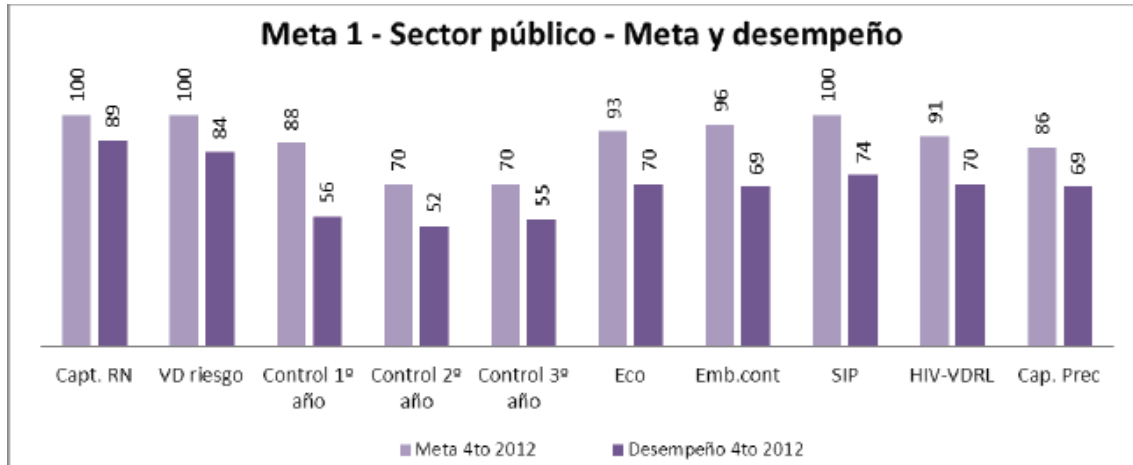


Tomado de la Rendición de Cuentas 2012. JUNASA

Al igual que en el año 2011, ASSE no alcanza el porcentaje exigido por la JUNASA en ninguno de los componentes de la meta durante el 2012.



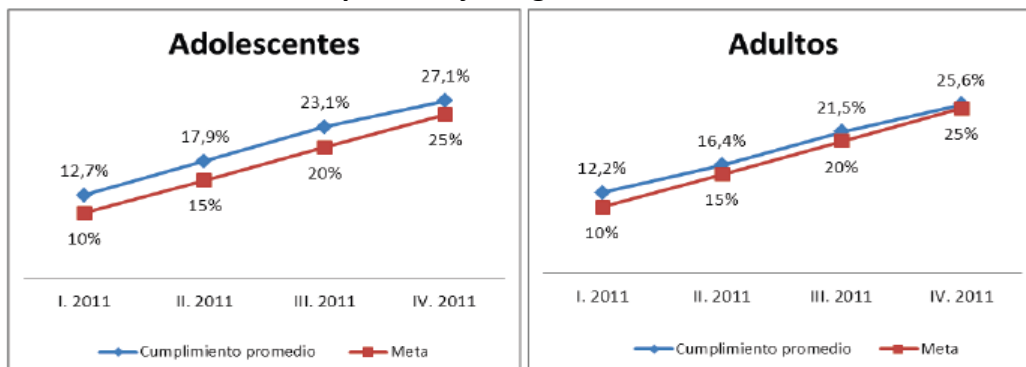
**Cumplimiento de la meta 1 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido. Cuarto trimestre 2012**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2012. JUNASA

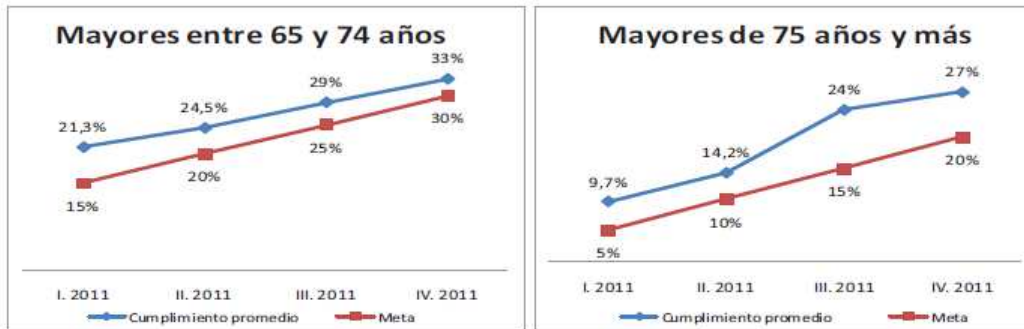
Para el caso de las metas 2 y 3 se observa la misma situación que para la meta 1, es decir que el desempeño de las IAMC mejora a lo largo del año, y su nivel de cumplimiento supera la meta fijada por la JUNASA en el año 2011.

**Cumplimiento de la meta 2 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido en cada trimestre 2011**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2011. JUNASA

**Cumplimiento de la meta 3 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido en cada trimestre 2011**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2011. JUNASA

El porcentaje de afiliados referenciados a un médico en el año 2012, según el grupo de edad correspondiente, muestra valores a nivel de las IAMC por encima del valor meta exigido, aún en el caso de los adultos de 45 a 64 años, grupo en el cual apenas se superó la meta establecida.

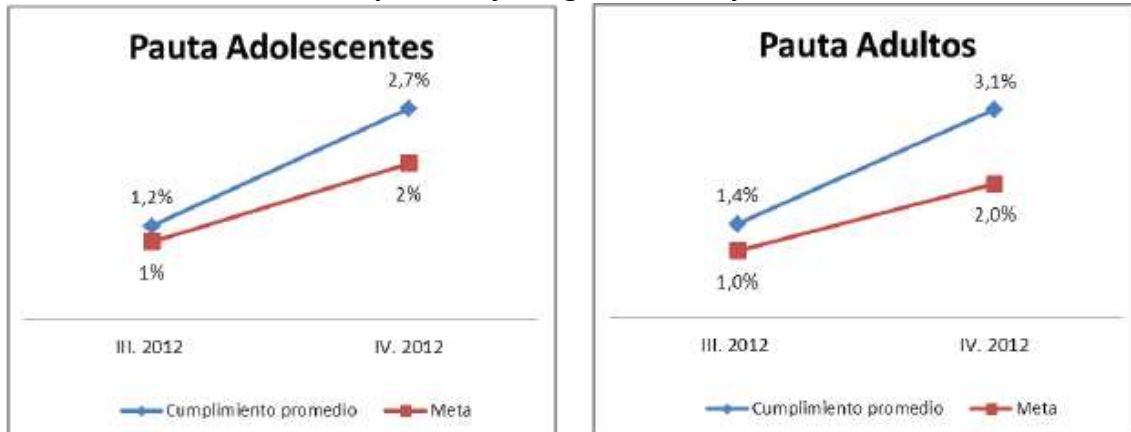
**Cumplimiento del componente "referencia" de la meta 2 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido en cada trimestre 2012**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2012. JUNASA

Otro tanto sucede con el componente de controles según pauta incluido en la meta 2

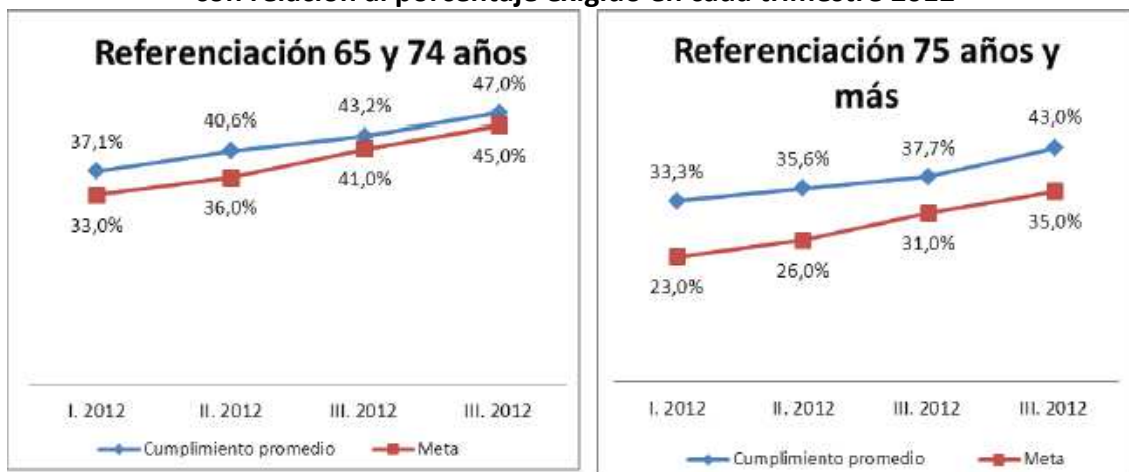
**Cumplimiento del componente “control según pauta” de la meta 2 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido. Tercer y cuarto trimestres 2012**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2012. JUNASA

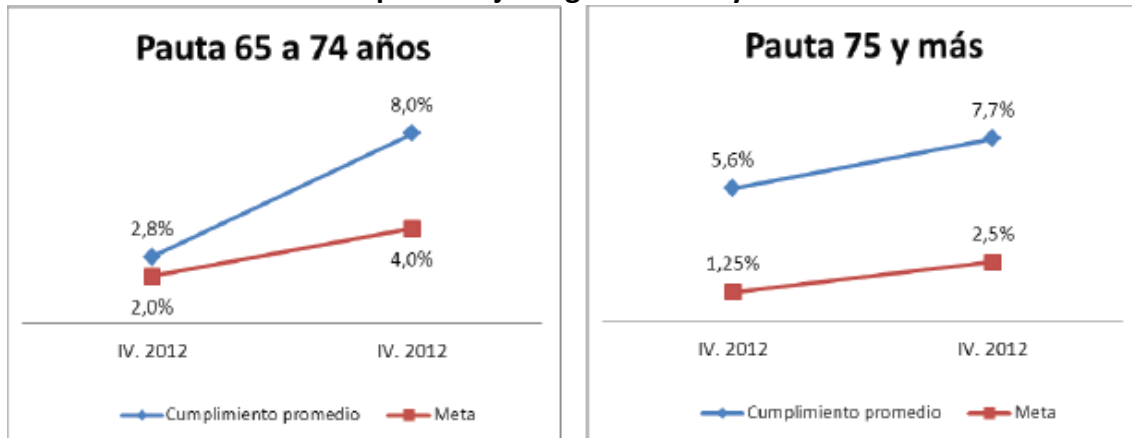
Para los mismos componentes de la meta 3, la situación es similar pero con grados de cumplimiento mayores.

**Cumplimiento del componente “referencia” de la meta 3 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido en cada trimestre 2012**



Tomado de la Rendición de Cuentas 2012. JUNASA

**Cumplimiento del componente “control según pauta” de la meta 3 a nivel de las IAMC con relación al porcentaje exigido. Tercer y cuarto trimestres 2012**



De todo lo anterior se desprende que existe un claro esfuerzo organizacional de las IAMC para cumplir con las metas asistenciales definidas por la JUNASA, que se traduce en el logro de los resultados esperados por ésta.

Aun cuando el objetivo de las metas es confuso y su relación con presuntas mejoras de la salud de la población es por lo menos incierta, considerando que el mecanismo establecido obliga a las empresas a incurrir en costos adicionales para su logro, y teniendo en cuenta la génesis del financiamiento de las metas, el hecho que el sector IAMC, globalmente considerado, alcance estos resultados pone de manifiesto que el principal estímulo para que esto suceda es el castigo económico que significa no cumplir con ellas.

En contrapartida ASSE prescinde del cobro de las metas aun cuando en su caso, estas significarían un ingreso efectivamente adicional a su presupuesto. Adicionalmente, debe tenerse presente que las dimensiones de evaluación incluidas en las metas responden más a la necesidad de dar respuesta a problemas sanitarios que afectan de manera prevalente a la población afiliada a ASSE. De ahí que los buenos resultados alcanzados en las instituciones del sector privado no necesariamente representan mejoras en la salud de la población en su conjunto. El caso de la sífilis congénita parece ser un ejemplo claro de ello.

#### **4. Algunas consideraciones sobre el anteproyecto normativo para las metas 1,2 y 3.**

Para el caso de la meta 1 se plantean modificaciones en el componente de control en el primer año de vida. Se incorpora la determinación de la hemoglobina en el control de los 8 meses para valoración de la anemia en este grupo de niños, y la evaluación del desarrollo infantil en el control del cuarto mes de vida. De igual manera en el control de los niños de entre 1 y 2 años, se incorpora la evaluación del desarrollo al decimoctavo mes de vida.

Tal como sucede con los indicadores que hasta el momento se han incorporado al sistema de metas, no se relacionan estos dos nuevos indicadores con el impacto esperado en términos de salud. En la justificación de la introducción de estos cambios se mencionan sus fundamentos clínicos y se hace referencia a algunos datos epidemiológicos (20% de las embarazadas cursan anemia; la prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses de edad es 31,5%, alcanzando cifras de 41% entre los 6 y 11 meses). Sin embargo no se expresa cómo la medición de la hemoglobina en el control a los 8 meses y la evaluación del desarrollo al cuarto y al decimoctavo meses, van a incidir en el descenso de los indicadores relacionados con el impacto de la anemia en los niños menores de uno o dos años. Es decir, cómo se afectará la prevalencia de anemia mencionada en los fundamentos ni qué metas concretas se pretenden alcanzar, ni en qué plazo.

La inclusión de un control adicional a los requeridos como mínimos en el componente de control de embarazos y las mayores exigencias en el llenado de la historia clínica perinatal básica, transcurren en la línea de desarrollo histórico de las metas, obligando a las empresas a aumentar los mecanismos de control y registro. En el primer caso, se trata además de un componente altamente cumplido por parte de las instituciones, por lo cual esta modificación apunta a introducir mayores exigencias ante la imposibilidad de aumentar el porcentaje de cumplimiento.

El componente de captación precoz de los embarazos se modifica teniendo en cuenta el planteo de las empresas en cuanto a que la concurrencia al primer control médico de una embarazada es una decisión de la mujer sobre la que las instituciones tienen escaso margen de incidencia. No obstante parecería que a efectos de no reconocer que su inclusión en el sistema de metas es cuando menos cuestionable, se sustituye el indicador utilizado hasta el momento (que deberá seguir informándose) por un indicador de cumplimiento constituido por un fárrago de informes sobre los esfuerzos institucionales para lograr la adhesión de las embarazadas a una consulta precoz en caso de embarazo.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Anteproyecto normativo metas 1, 2 y 3, página 3 “ Con el objetivo de continuar impulsando el trabajo en materia de captación precoz de la embarazada, se estipulará la entrega de una serie de informes trimestrales por parte de las instituciones, que detallen los esfuerzos que se realizan. Dichos informes, cuyas características serán comunicadas con mayor detalle, deberán contener, entre otros aspectos, los mecanismos internos de la institución para lograr la captación precoz, la propaganda realizada (detallada cuantitativa y cualitativamente), estudios sobre las características de las embarazadas de la institución y sobre las características de las embarazadas captadas tardíamente, evaluaciones sobre estrategias exitosas y estrategias no exitosas en relación a la captación precoz, etc. Los informes deberán contemplar todos los aspectos planteados por el MSP. Se evaluará el contenido de los mismos y se considerará el indicador como cumplido sólo en los casos que cumplan con todas las exigencias establecidas”.

Las modificaciones propuestas a la meta 1 no contemplan cambios en el componente relacionado con la pesquisa de violencia doméstica que a todas luces, por lo expuesto, no debería formar parte del sistema de metas.

Un aspecto positivo de las modificaciones propuestas en el documento, es medir el cumplimiento en términos de tasa de crecimiento del indicador en lugar del porcentaje de cumplimiento alcanzado en cada uno de ellos. El cambio apunta incentivar el mantenimiento de los altos niveles de cumplimiento alcanzados en los componentes de mayor tiempo de aplicación. No obstante, para ello debería establecerse un rango de variación esperado teniendo en cuenta que en situaciones cercanas al 100% de cumplimiento es probable que en algún período pueda suceder que este porcentaje disminuya levemente sin que por ello se deba castigar a la empresa. El sistema debe reconocer que el cumplimiento de las metas depende de un conjunto de variables incluso conductuales, que no dependen integralmente de la intención de las instituciones.

Con respecto a los planteos referidos a las metas 2 y 3, lo primero a señalar es el mantenimiento del componente “médico de referencia” sin modificación alguna. El segundo elemento a considerar es el reconocimiento de la complejidad creciente que el dispositivo de medición oportunamente adoptado va adquiriendo con el tiempo, como consecuencia precisamente de su diseño. La alternativa propuesta no apunta a simplificar el sistema sino a complejizarlo aún más, en lugar de reconocer que quizás sea más adecuado reformular el o los indicadores a utilizar.

## **5. Lineamientos para la reformulación del sistema de pago por cumplimiento de metas**

A partir de los planteos precedentes, que no agotan el análisis de las disfuncionalidades del sistema de pago por metas, y de lo que conceptualmente representa un pago por desempeño, y sobre la base de que se trata de un instrumento válido que puede operar positivamente sobre los resultados del sistema, se presenta a continuación un conjunto de criterios que deberían considerarse a la hora de una redefinición de su diseño y de su alcance.

### **Metas vinculadas a objetivos sanitarios**

En primer lugar se deberían explicitar los objetivos de salud que se consideran prioritarios a nivel país, y a partir de estos definir aquellos para cuyo logro se entienda que el sistema de pago por cumplimiento de metas es un instrumento idóneo y eficaz.

De esta manera se podría orientar de forma clara y unívoca las acciones y procesos que se pretenden estimular con este mecanismo hacia resultados concretos en materia de salud. Esto implica cuantificar los objetivos sanitarios a través de la determinación de metas tangibles a alcanzar en el mediano plazo para el país en su conjunto y para cada uno de los prestadores en particular a partir de su propia realidad.

Estas definiciones permitirían a las instituciones contar con un marco de referencia claro, que facilitaría la adhesión de sus recursos humanos, sobre todo los de carácter técnico, a la realización de las actividades asociadas a las metas, cuyo valor agregado hoy día es impreciso. El conocimiento de los problemas de salud que se quieren controlar o reducir con los dispositivos incluidos en el pago por metas, generaría mejores condiciones para que a la interna de las empresas se alineen los esfuerzos y por ende se facilite su cumplimiento.

Es preciso reconocer que los cambios en salud son procesos cuyos resultados, verificables a través de indicadores específicos, se obtienen en el mediano y largo plazo. Esto supone que la medición del desempeño de las instituciones en relación al logro de estos objetivos no puede realizarse en períodos breves. Sin embargo sí es posible medir dimensiones vinculados al proceso (tal como se hace hoy día) y simultáneamente hacer el seguimiento de la evolución de los indicadores de resultado.

Por ejemplo, si se define que la mortalidad por cáncer de colon es una prioridad de salud para el país, se debería establecer una meta relacionada con el porcentaje de reducción de esta tasa en un período determinado y monitorear de manera continua su evolución de forma tal de saber si existe una tendencia hacia el logro de la meta definida. En este contexto, el sistema de pago por cumplimiento de metas, se alinearía a este objetivo sanitario mediante la definición de indicadores de proceso o de resultados intermedios, definidos en virtud de la evidencia científica disponible. Si esta indica que la realización del fecatest es un método de screening eficaz si se lo aplica a una determinada población bien definida (aquella considerada de riesgo), entonces es

razonable incluir esta medida dentro del sistema. Pero además debería complementarse con la inclusión de algunos otros elementos, como por ejemplo, el porcentaje de diagnósticos precoces realizados a partir de la aplicación de este método y el número de casos evitados de cáncer en etapas más avanzadas. De lo contrario, sólo se mide, como se hace actualmente, un aspecto parcial del proceso de atención de esta patología en concreto.

En definitiva, de lo que se trata, es de incorporar al proceso de definición de las metas una mayor rigurosidad metodológica para lo cual es indispensable la perspectiva de análisis desde el saber epidemiológico. En caso de adoptar este rumbo, se estaría además, incentivando la generación, recopilación y sistematización de información epidemiológica, que constituye un importante deber en el sistema de salud.

Para que esto sea posible, previamente debería determinarse cuál es la línea de base. Es decir, debe conocerse cuál es la situación epidemiológica en el punto de partida del proceso. Para ello es necesario destinar tiempo para recabar la información que permita caracterizar la prevalencia e incidencia de las patologías o condiciones clínicas objeto de control prioritario.

Existe otro aspecto relacionado de alguna manera con lo anterior, que debería considerarse en la redefinición de las metas. Las poblaciones de afiliados a las empresas del SNIS no son necesariamente homogéneas. Si sólo se considera por ejemplo la variable edad, es posible advertir que el peso relativo de los adultos mayores es variable entre las instituciones. Para algunas constituye un porcentaje elevado y por tanto es razonable suponer que la atención de este grupo de edad pueda ser prioritaria. Sin embargo, para otras puede no ser así y su prioridad puede pasar por otro grupo de edad de mayor magnitud en su estructura de afiliados o de costos.

Esto mismo podría plantearse respecto cuestiones más directamente relacionadas con la epidemiología. En este sentido, el diseño actual del sistema de metas, en los componentes vinculados con los procesos asistenciales, parece apuntar a problemas que no afectan de manera homogénea al grupo de población al que están dirigidas las actividades. En concreto, la problemática vinculada al correcto control del embarazo no tiene necesariamente iguales características en la población de mujeres afiliadas a una institución de asistencia médica de Montevideo, que a una del Interior o a la de un Seguro Integral o a la de ASSE. La evidencia de esto en parte queda de manifiesto en los resultados alcanzados por las instituciones privadas y por el prestador público en cuanto al cumplimiento de la meta 1.

Es necesario evaluar la posibilidad de habilitar un espacio dentro del sistema de pago por metas en el que las instituciones definan componentes específicos para cada una de ellas, relacionados con las necesidades de salud de su población afiliada y con su epidemiología, que agreguen valor a la calidad asistencial que brindan y que sean además consistentes con sus planes estratégicos y de desarrollo.



La incorporación de indicadores epidemiológicos tales como mortalidad infantil (en su diferentes componentes), porcentaje de recién nacidos de bajo peso, tasa de recién nacidos con sífilis congénita y mortalidad en menores de cinco años, asociados todos ellos al componente “niñez” de la meta 1, parece razonable siempre que exista un procesamiento ágil de la información que posibilite un conocimiento oportuno de la evolución de los valores de estos indicadores en tramos de tiempo semestrales.

Otro tanto puede decirse de los indicadores epidemiológicos asociados al componente del proceso del embarazo, el parto y el puerperio, de la meta 1.

Sin embargo, resulta difícil por no decir imposible, asociar algún indicador epidemiológico a la pesquisa de violencia doméstica o a la adscripción obligatoria de los individuos a un médico de referencia. Para que ello ocurriera el regulador debería determinar qué condiciones de salud mejoran a partir de la aplicación de esta disposición administrativa. De lo contrario no parece razonable mantener estas dimensiones dentro del sistema de pago por metas.

### **Orientación a la calidad**

Introducir elementos claros que incentiven la calidad asistencial y que aporten información objetiva respecto al desempeño institucional que sirva para su evaluación y eventualmente para la elección de la cobertura de parte de los usuarios, trascendiendo el actual enfoque centrado exclusivamente en el primer nivel de atención.

La calidad de los servicios y de los procesos debe mirarse desde una perspectiva integral y en esta tienen cabida los procedimientos asistenciales de mayor complejidad. Parece lógico introducir variables que refieran a la calidad de los procesos y a los resultados en el área de internación como por ejemplo la tasa de mortalidad hospitalaria ajustada por edad o la tasa de mortalidad en cuidados intensivos ajustada por edad y gravedad del paciente.

### **Diseño simple y dinámica de su diseño**

Operativamente, debería simplificarse radicalmente el sistema de registro y control asociado a la medición del cumplimiento de las metas y habilitar la instrumentación de un sistema de pago adicional al personal involucrado en las actividades relacionadas con las metas, que opere como incentivo y factor de alineamiento de los intereses individuales con los organizacionales.

Las propuestas o el enfoque que se presentan en este documento respecto al sistema de metas, no deberían, de ser factible su incorporación, agregarse a las ya existentes. De ser así se estaría agravando un problema de su diseño. Es necesario avanzar en la discusión en el sentido de la sustitución de algunos componentes actualmente vigentes por otros más simples que realmente evalúen resultados sanitarios, o directamente discontinuar algunos componentes como los relativos a la adscripción a

médicos de referencia o la obligatoriedad de los controles de adultos, adultos mayores y adolescentes.

### **El pago por metas en la estructura de ingresos de las empresas y su financiamiento**

Disminuir el peso relativo del pago por cumplimiento de metas en la estructura de ingresos de las empresas del SNIS o establecer un tope máximo a efectos de no alterar la esencia del financiamiento según riesgo de la población cubierta expresado en el pago por cápitas. Adicionalmente, evaluar la posibilidad que el pago por cumplimiento por metas sea efectivamente un pago adicional que premia el buen desempeño tal como opera en el caso de los seguros integrales, y no que castiga con un descenso de los ingresos por incumplimiento.

Al margen de estos lineamientos que deberían guiar la reformulación del sistema de metas en el mediano plazo, se hace perentoria la introducción de cambios que apunten a simplificar el sistema, a darle previsibilidad y estabilidad, y que incluya metas factibles de alcanzar con niveles de exigencia razonables.

En este sentido, a la brevedad se incorporará a este documento una propuesta operativa de modificaciones para el corto plazo.