



**COMPLEMENTACION
DE SERVICIOS Y PRESTACIONES DE SALUD**

**ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA UNA DEFINICION DE SU ALCANCE Y APLICACIÓN
EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**

OCTUBRE, 2012

RESUMEN

El presente documento intenta aportar elementos para una definición del concepto de complementación y de su alcance en términos operativos.

Para ello se encuadra el tema dentro de un modelo de análisis de los sistemas de salud centrado en el grado de integración en red de los servicios que lo componen.

A partir de este modelo es posible caracterizar al SNIS como un sistema conformado por instituciones públicas y privadas con un alto grado de integración vertical y horizontal, con espacio para una integración “virtual” entre éstas mediante contratos que “simulan” los beneficios de la propiedad común de los activos, es decir para complementar servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas.

El análisis del marco legal permite observar que no existen definiciones concretas respecto al papel de la complementación en el contexto programático de desarrollo del SNIS, más allá de la intención de organizar la atención en redes y que sólo el contrato de gestión entre JUNASA y los prestadores, define la complementación de manera algo confusa.

No existen entonces definiciones claras de parte del regulador respecto al objetivo que este persigue en su política de propiciar esquemas de complementación.

A partir de este contexto y del análisis del alcance semántico del término “complementación” se arriba a una definición que se entiende aplicable al caso del sector salud en Uruguay en la que se recogen algunas características o premisas de partida a tener en consideración a la hora de diseñar esquemas de este tipo: “la complementación es el conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones aseguradoras – prestadoras de salud integrantes del SNIS, que tiene por objeto mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias destinadas a la población residente en una localidad o región, mediante mecanismos de acuerdo diversos que dan lugar a una nueva institucionalidad, en que cada parte interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados.”

La definición precedente permite identificar por defecto, otros instrumentos de relacionamiento entre empresas públicas y privadas, que NO configuran esquemas de complementación, y que es preciso diferenciar aún cuando se trate de mecanismos válidos para el desarrollo de actividades asistenciales.

Se valoran luego los fundamentos para la puesta en marcha de procesos de complementación. Se destacan tres dimensiones en las que, vistos desde la perspectiva del sistema en su conjunto, estos procesos pueden impactar positivamente: la mejora de la accesibilidad, la utilización más eficiente de recursos instalados a nivel local o regional, la mayor eficacia de las acciones al instalar nuevos servicios y un mejor aprovechamiento de la escala de las instituciones.

Se evalúa particularmente si la complementación es compatible con la competencia entre las instituciones del sector, concluyéndose que existen espacios para la primera siempre que los acuerdos no coliden con las estrategias de las instituciones, y más aún se alineen con ellas.

A partir del análisis de la realidad del SNIS se identifican una serie de variables que pueden accionar bien como desafíos, bien como amenazas, restricciones u obstáculos al desarrollo de servicios complementados.

Estas refieren a diferencias entre las instituciones participantes, sobre todo cuando estas son públicas y privadas, relacionadas con:

- Sus formas jurídicas y el ámbito del derecho en que quedan inscritas.
- Sus procesos de toma de decisiones y el nivel de centralización / descentralización de las mismas.
- El modelo de financiamiento de la cobertura de los afiliados de una y otra institución
- Las condiciones de trabajo y el mercado laboral de las empresas de uno y otro sector y la existencia de múltiples actores representantes de los intereses de los trabajadores y los empleadores.
- La política de recursos humanos del sector salud considerado globalmente

A partir de estos elementos se identifican algunas cuestiones que representan requisitos mínimos de partida sin los cuales no es posible avanzar en la instrumentación de servicios complementados vistos como una nueva institucionalidad

- Evaluación ex ante de la viabilidad de los proyectos
- Formalización y documentación de los acuerdos
- Definición clara de roles y responsabilidades asistencial, financiera y jurídica de cada parte
- Definición de la forma de gobierno y gestión de los proyectos con vistas a asegurar la gobernanza y la gobernabilidad de los acuerdos al menos en el mediano plazo.
- Determinación de una forma de financiamiento equitativo para cada parte, del emprendimiento que de sustentabilidad económica al mismo.
- Diseño de incentivos que estimulen la el desarrollo de estos emprendimientos.

Por último se analizan a la luz del marco jurídico que encuadra la actividad de las instituciones del sector, especialmente las de carácter público, los instrumentos disponibles y potencialmente aplicables a estos casos, concluyéndose que existen herramientas pasibles de ser utilizadas en estos casos concretos.

En suma la complementación

- Es un instrumento de integración virtual en la realidad del SNIS factible sobre todo en aquellas situaciones en las que por razones de escala el emprendimiento resulta beneficioso para las partes involucradas;

- Debe entenderse como un acuerdo colaborativo de carácter voluntario consistente con las estrategias de las instituciones participantes y que no colide con la competencia entre estas;
- Supone la instalación de un nuevo servicio e implica una nueva institucionalidad que debe ser documentada en contratos explícitos que prevean las formas de gobierno y gestión del emprendimiento, su financiamiento, las responsabilidades asistenciales, jurídicas y económicas de las partes, y el modelo de gestión de sus recursos humanos;
- Implica una correcta evaluación ex ante del punto de vista de su factibilidad operativa y del diseño de un esquema de financiamiento coherente y equitativo.
- Es contingente a la realidad concreta en la que se van a aplicar.
- Dispone para su desarrollo de los instrumentos jurídicos necesarios para llevar adelante los acuerdos.

No obstante existen fuertes restricciones a la conformación de esquemas de complementación asociadas a las diferentes condiciones contractuales y laborales de los recursos humanos implicados en el proyecto; los problemas de gobernanza que implica la gestión de recursos compartidos; la responsabilidad jurídica de cada una de las partes por las acciones desarrolladas en el ámbito del servicio complementado y los diferentes mecanismos de financiamiento de las instituciones.

Se entiende imprescindible que el regulador defina un marco de actuación que haga viables los proyectos de complementación mediante:

- Definición precisa del alcance de este concepto, y lo que es más importante, del objetivo que persigue al enfatizar la necesidad de aplicar esta herramienta;
- Elaboración de una reglamentación mínima que regule en términos generales los procesos de complementación;
- Equidistancia del regulador respecto a las partes que intervienen en el acuerdo con reglas de juego homogéneas y unificadas

1. INTRODUCCION

Existe una ausencia de definición respecto al alcance de la expresión “complementación en salud”, tanto del punto de vista normativo como conceptual. Esta carencia hace que en torno a esta expresión sobrevuele una especie de acuerdo tácito entre los diferentes actores del sistema, en cuanto a su significado. Acuerdo este que los hechos ponen seriamente en entredicho cuando operativamente se pretende avanzar en el diseño de algún esquema de este tipo, por cuanto en este punto se hace evidente la existencia de visiones diferentes, cuando no encontradas, respecto al alcance y a la naturaleza de la “complementación”.

De ahí la importancia de avanzar en una definición que exprese de forma clara el concepto y sus implicancias, que, sin pretender que sea de aceptación universal, configure un marco de referencia y de actuación para FEMI en este campo. El presente trabajo pretende aportar elementos conceptuales útiles en este último sentido.

2. MARCO TEORICO.

Los sistemas de salud son sistemas complejos que admiten diversas formas organizativas y cuyo análisis admite distintos modelos, según la dimensión que se considere particularmente. Es así que los sistemas sanitarios pueden ser analizados desde una óptica centrada en sus mecanismos de financiamiento y en el grado de mancomunación de los fondos destinados a tal fin; o desde la perspectiva de la propiedad de los prestadores de servicios y de las relaciones existentes entre estos; o aún desde el grado de cobertura del aseguramiento en sus dos dimensiones, horizontal y vertical (alcance poblacional y amplitud de la cartera de servicios y prestaciones).

El análisis propugnado por la OPS en los últimos tiempos se basa en el modelo de red integrada de salud. Este se presenta como una alternativa para superar las eventuales disfuncionalidades organizativas de los sistemas, y su idea fuerza es que el desempeño del sistema es función de su grado de integración.

Es sobre todo en el contexto de este modelo, reiterando que se trata sólo de uno de los modelos de análisis posibles, que la “complementación” adquiere relevancia como instrumento de integración.

Según la OPS una red integrada de servicios de salud puede definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.¹

A su vez, las características de las redes dependen del nivel de integración de los servicios que la componen y este tal como lo reconoce la propia OPS, pueden ser de muy diversa índole:

¹ OPS “Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hojas de ruta para su implementación en las Américas”. Serie “La renovación de la APS en las Américas” N° 4. OPS 2010.

desde arreglos institucionales para la provisión de intervenciones o prestaciones específicas, hasta contratos entre proveedores públicos y privados, o de prestadores con aseguradoras.

En este punto resulta útil a los efectos de este trabajo considerar la tipología de las modalidades de integración presentada por la OPS en el trabajo referido.

Conceptos de integración horizontal, vertical, real y virtual.

Concepto	Definición	Comentarios
Integración horizontal *	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención.
Integración vertical *	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud.
Integración real **	Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema (propiedad unificada de los activos).	
Integración virtual **	Integración a través de relaciones, y no la propiedad de los activos, como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema.	Modalidad que utiliza contratos, acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones, o franquicias, las cuales "simulan" los beneficios de la propiedad de los activos. Este tipo de integración puede coexistir con la propiedad de los activos

Tomado de "Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hojas de ruta para su implementación en las Américas". Serie "La renovación de la APS en las Américas" N° 4. OPS 2010. pp 32

Fuentes: *Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare forum journal* 1993;36(2):20-6. ** Satinsky MA (1998). *The foundations of integrated care: facing the challenges of change*. American Hospital Publishing, Inc.

Este enfoque puede ser útil en el caso uruguayo desde que la denominada "ley de reforma" (N° 18.211) dispone que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se organice en redes. Sin embargo, el grado de integración de estas redes y lo que se entiende por tales no están expresamente definidos, lo cual no permite avizorar cuál es el modelo de integración en redes al que aspira el regulador.

En el contexto del SNIS, la alternativa de la integración real de la tipología presentada es improbable desde que la propiedad de las instituciones que lo integran está diversificada en número y tipo (público / privado) y en la medida que se trata de servicios integrados tanto en sentido horizontal como vertical.

La denominada "integración virtual" refiere a la modalidad que "simula" los beneficios de la propiedad de los activos entre distintas empresas. Tal como se expresa en el documento citado " ... algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos

contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas.” (el subrayado no está en el original). Es este tipo de integración la que potencialmente puede desarrollarse en el contexto del SNIS, y en el que queda inscripto el concepto instrumental de la complementación.

Puede decirse entonces, que el objetivo de la complementación, en tanto instrumento de integración, es contribuir a mejorar la eficiencia y la sustentabilidad de la atención para responder a las necesidades de los usuarios, las empresas, los trabajadores y la comunidad.

3. MARCO LEGAL Y ALCANCE DE LOS CONCEPTOS DE COORDINACIÓN Y COPLEMENTACION

La normativa legal vigente no refiere a la complementación entre empresas para la provisión de la canasta de prestaciones contenidas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). El capítulo referido a la red de atención de la Ley 18.211 (artículos 34 a 44) establece como ya se mencionó que el SNIS “se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios”, y que “La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud”, pero además dispone que “Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos” (art. 39).

El artículo 41 establece que “Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública”, esto es, el Plan Integral de Atención a la Salud.

Vale decir que el marco legal no menciona y por tanto no define, el concepto de complementación. En su lugar faculta, y no obliga preceptivamente a los integrantes del SNIS, a establecer esquemas de coordinación (público – privado o entre privados), dentro de un marco programático de promoción de la organización del sistema en redes de atención. Pero además, la ley establece que los prestadores pueden contratar servicios entre sí o con terceros para brindar las prestaciones a las que están obligados.

La coordinación entendida como la “concertación de medios y esfuerzos para una acción común”, difiere de la complementación que se define como la acción de complementar o de dar complemento a algo, siendo que complemento es una “cualidad o circunstancia que se añade a otra para hacerla íntegra”.

Estas definiciones llevadas al campo del sistema de salud implican diferencias sutiles. La coordinación supone un acuerdo entre dos o más actores para desarrollar una actividad para la cual se aportan recursos que de manera articulada permitan su desarrollo. Por ejemplo, en una determinada localidad existen dos servicios de traslado de pacientes; uno de ASSE y otro de la IAMC local. Ambos servicios se realizan con recursos propios. Las dos instituciones pueden acordar que el traslado de los pacientes se realice indistintamente para afiliados de la IAMC o de ASSE (acción común), mediante la articulación de los recursos de que dispone cada

una de las partes (concertación de medios y esfuerzos). Podría ser del caso que se acuerde que los traslados especializados queden a cargo de una de las instituciones y los traslados simples a cargo de la otra; o que los traslados hacia Montevideo los realice una institución y los que se efectúen hacia otras ciudades del Interior del país, la otra institución; o aún podría establecerse un sistema de asignación de traslados por área geográfica, etc. El acuerdo de coordinación permitiría ajustar costos para cada una de las instituciones asegurando un servicio ya disponible para sus respectivos afiliados pero de manera más eficiente.

En contrapartida, la complementación implica un punto de partida diferente. En este caso las partes que intervienen no realizan el proceso asistencial o la prestación objeto de la complementación o a lo sumo, cada una de ellas realiza parte del proceso pero ninguna lo hace de manera integral o completa. En este caso los actores aportan recursos o actividades distintas para conformar un servicio nuevo, integral, del que no disponían previamente. Siguiendo con el ejemplo anterior, la complementación implicaría instalar un servicio de traslado de pacientes para los afiliados de la IAMC y de ASSE que no existía previamente, y para el que cada una de las partes aporta recursos diferentes.

Dicho lo anterior resulta interesante considerar el contenido de la trigésima cuarta cláusula del contrato de gestión celebrado entre la JUNASA y las empresas del sector integrantes del SNIS, que refiere específicamente a la "Complementación de servicios y acciones de salud".

El numeral 1 de esta cláusula define la complementación como "... la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina".

En primer lugar debe decirse que la definición, al utilizar la conjunción disyuntiva "o", reconoce implícitamente que la "instalación" y la "coordinación" son entidades diferentes y alternativas. Pero a su vez, el uso simultáneo de la conjunción copulativa "y" refiere a que ambos conceptos, diferentes entre sí, quedan encuadrados dentro de un concepto más amplio, el de complementación. Vale decir, que al tenor de esta definición, complementar es "instalar", "coordinar" o "instalar y coordinar" servicios.

Como ya se mencionó, complementar no es lo mismo que coordinar, y por tanto la definición debería abarcar sólo la "instalación" y la "instalación y coordinación" de servicios. Paradójicamente, así parece reconocerse en el numeral 2 de la cláusula mencionada del contrato de gestión, que dispone que "La JNS fomentará la celebración de acuerdos y convenios entre prestadores con el objeto de implementar actividades complementadas en el territorio y racionalizar los recursos disponibles" y que "cuando estos ya existan en el territorio, estimulará su utilización en forma coordinada" (el subrayado no figura en el original).

Si se acuerda que implementar es poner algo en funcionamiento, por ejemplo un servicio, va de suyo que previo a la implementación no existía tal servicio. Con lo cual la "implementación de actividades complementadas" puede leerse como la complementación de actividades para poner en funcionamiento un nuevo servicio. Si además a continuación se dice que de existir

estos recursos se estimulará su utilización coordinada, entonces el concepto se refuerza y la coordinación aplica para el caso de recursos ya instalados y actividades ya implementadas, y la complementación para las actividades nuevas.

Resulta obvio que complementar lleva implícito la acción de coordinar, porque no es posible que una vez instalado un nuevo servicio sobre la base de los aportes de dos entidades diferentes, no se concierten los medios y los esfuerzos para el desarrollo de esa acción común que persigue un objetivo también común.

En suma, el marco legal prevé y de alguna forma promueve, por lo menos en el nivel declarativo, la coordinación entre las empresas del sector y habilita la compraventa de servicios, pero no refiere a la complementación entre instituciones. Esta sí está prevista en una norma de menor rango jurídico, el contrato de gestión, pero con una definición confusa que deja lugar a dudas a la hora de su aplicación operativa, y obliga a interpretar su alcance. En este sentido, se puede decir que el contrato de gestión discrimina como conceptos diferentes el de coordinación y el de complementación, reconociendo el carácter innovador de este último, en el sentido que lleva implícito la puesta en funcionamiento de un nuevo servicio, intervención o acción de salud.

Un aspecto que no debe pasarse por alto es la condición de “permanente” que se le da a los esquemas de complementación en el contrato de gestión. Si la complementación implica un acuerdo entre partes, es lógico pensar que éste puede caducar si se verifican determinadas causales. Los motivos para que esto suceda pueden ser diversos y en general están previstos en el documento en el que se registra las condiciones del acuerdo. La “permanencia” de la complementación entonces, es función del cumplimiento de las condiciones previstas en el acuerdo y no un requisito “sine qua non”, que hace a la definición del concepto.

La complementación entonces, reviste características propias e implica la conformación de una nueva institucionalidad. Hay que considerar que el concepto de institución si bien comprende el de organización, - entendida como el conjunto de recursos, (humanos, económicos y tecnológicos) con determinadas competencias y capacidades, agrupados de manera eficiente para el desarrollo de las funciones que aseguren el logro de los objetivos organizacionales -, va más allá de ella, e implica el conjunto de convicciones, valores, principios y reglas de juego formales e informales que regulan el funcionamiento de esa organización y su relación con los restantes actores del sistema, incluido el ente regulador y la sociedad civil en su conjunto.

Importa remarcar, aunque parezca una obviedad, que si una institución instala un nuevo servicio destinado a la atención de sus afiliados, y el regulador exige extender la atención a beneficiarios o afiliados de otras instituciones, sin contrapartida de recursos o actividades de parte de esa otra institución, no se está frente un esquema de coordinación ni de complementación, y que si media un pago por la prestación de ese servicio a individuos no incluidos en la cartera de afiliados de la empresa que lo instaló, tampoco constituye un esquema de complementación o coordinación, sino un contrato de venta de servicios (figura ésta prevista en la ley al habilitar a los integrantes del SNIS a celebrar contratos entre sí o con terceros, y recogida en el contrato de gestión).

La obviedad aparente de las diferencias entre las situaciones señaladas, en los hechos a veces parece difuminarse y da lugar a las confusiones mencionadas al inicio de este documento en cuanto al alcance del concepto de complementación.²

Por último, es de señalar que la complementación puede referirse no solo a la prestación de un servicio o intervención sanitaria, sino también a la cobertura de riesgos de eventos de alto costo o complejidad. En este sentido la conformación de reaseguros tendientes a cubrir la atención de determinados eventos sanitarios de las poblaciones adscriptas a dos o más instituciones, financiado y administrado por ambas, constituyen un esquema de complementación a tener en cuenta.

4. DEFINICION DE COMPLEMENTACION

A partir de todo lo señalado podría definirse la complementación en salud para el caso del SNIS, como el “conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones aseguradoras – prestadoras de salud integrantes del SNIS, que tiene por objeto mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias destinadas a la población residente en una localidad o región, mediante mecanismos de acuerdo diversos que dan lugar a una nueva institucionalidad, en que cada parte interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados.”

5. CONTEXTO y FUNDAMENTOS DE LA COMPLEMENTACION

A partir de los planteos precedentes es conveniente analizar algunas características particulares del contexto del sistema de salud del Uruguay, a efectos de identificar los fundamentos de la necesidad de avanzar en el diseño de esquemas de complementación y los factores que la condicionan o delimitan el margen de su aplicación operativa.

Las normas que regulan el SNIS no establecen como ya se dijo el carácter preceptivo de los esquemas de complementación o de coordinación. Sin embargo, parece existir en los hechos, una “exigencia” de parte del regulador, sobre todo a partir de nuevos emprendimientos motivados por el instrumento de la sobre cuota de inversión, para que los servicios de las instituciones privadas del SNIS alcancen a los beneficiarios de ASSE. En este sentido, la complementación, entendida por parte de la autoridad sanitaria como la extensión de los beneficios de un nuevo servicio al conjunto de personas cubiertas por el prestador público y no como un emprendimiento conjunto, aparece más como un mandato del regulador que como una necesidad del sistema.

² Como ejemplo puede mencionarse la instalación del robot Da Vinci, que a juicio del regulador basado en un concepto errado de complementación, exigió inicialmente el acceso gratuito de los beneficiarios de ASSE a las prestaciones de este nuevo servicio – que no el de los restantes beneficiarios del FONASA-, y que finalmente se laudó con el establecimiento de un cupo de intervenciones destinadas a afiliados de ASSE mediante el pago correspondiente por el servicio, es decir una compra de servicios.

Por el contrario, es posible, desde la perspectiva conceptual que se le da al término complementación en este documento, identificar algunas cuestiones estructurales del sistema que dan fundamento a la necesidad de avanzar en esquemas de este tipo.

- Accesibilidad a los servicios

Asegurar el acceso oportuno y equitativo a las prestaciones y servicios constituye un lineamiento programático del proceso de cambio iniciado en 2007. Desde esta perspectiva de análisis, centrada en las necesidades de los usuarios del sistema, los esquemas de complementación surgen como herramientas funcionales a este principio programático; los proyectos de complementación pueden operar como “puentes” entre la oferta de servicios pública y privada trascendiendo de esta manera la fragmentación existente.

- Eficiencia, eficacia y calidad de la atención

Precisamente la fragmentación de la atención, que tiene su correlato en una segmentación de la cobertura (individuos con derechos de cobertura a través de los mecanismos de la seguridad social y personas adscriptas a la cobertura del Estado a través los servicios públicos de ASSE), afecta la eficiencia global del sistema, y por ende la calidad de sus servicios si se asume que aquella constituye una dimensión de esta última. En algunos casos incluso la fragmentación compromete la capacidad resolutoria a nivel local o regional y por tanto afecta también la eficacia del sistema.

Si complementar es, como se planteó al inicio, instalar nuevos servicios, ello significa mejorar la capacidad de resolución de problemas de salud. Por tanto, la complementación constituye una herramienta potencialmente capaz de contribuir a mejorar la eficacia del sistema, siempre y cuando los servicios, prestaciones o intervenciones complementadas sean verdaderamente capaces de resolver los problemas para los que fueron diseñados.

- Economía de escala y disponibilidad de recursos humanos

Los procesos de complementación también encuentran su fundamento en cuestiones vinculadas a la escala de las instituciones.

La ocurrencia de eventos cuya atención requiere la aplicación de recursos de alto costo o aún la instalación de servicios en localidades con escaso número de afiliados, representan un desafío para las instituciones del punto de vista de sus sustentabilidad económica.

El emprendimiento conjunto entre dos o más instituciones para la puesta en marcha de un servicio o para asegurar una determinada prestación, amplía la base de los eventuales beneficiarios, lo que implica que los riesgos de salud individuales, asociados a procesos asistenciales de alto costo se “diluyan” en el conjunto de la población cubierta y que el prestador individualmente asuma un riesgo financiero menor.

Por otra parte, el aumento de la escala de beneficiarios y el desarrollo conjunto entre dos o más organizaciones de una determinada estructura de atención destinada a aquellos le permite a estas compartir los costos fijos de ese servicio generando mejores condiciones de viabilidad del proyecto

- Compatibilidad entre complementación y competencia

Un elemento principal de la actual conformación del sistema es la existencia de competencia entre los institutos aseguradores – prestadores del SNIS. En la medida que el ciudadano tiene el derecho a elegir la institución en la que asegura su atención de salud, y en tanto desde el lado de la oferta existe más de una alternativa, la existencia de competencia es una realidad incuestionable, más allá de su grado de regulación y de las cortapisas que impiden un mecanismo más amplio de elección por parte del ciudadano.

Aun partiendo de la base que existe un porcentaje relevante de la población que carece de esa libertad de elección (individuos que no integran el mercado formal de trabajo o que perciben remuneraciones muy bajas), lo cierto es que a nivel país alrededor de 200.000 personas que financian su cobertura a través del FONASA, han optado por asegurar su atención en ASSE, o no lo han hecho y se los ha adscripto de oficio a esta institución, ante la alternativa de hacerlo en una institución privada.

La competencia en un mercado altamente regulado como lo es el de la salud y dentro de este específicamente en el ámbito del subsistema financiado por el FONASA, queda acotada a la calidad con que se brindan las prestaciones y servicios del PIAS y al diferencial que puede representar la oferta de prestaciones adicionales a este plan, con o sin costo extra para el individuo.

Desde esta perspectiva, dependerá de la estrategia definida por cada empresa, por ejemplo en lo que refiere al número de afiliados, lo que determine su política comercial de captación de nuevos asegurados y su nivel de competencia a nivel local o regional con las otras instituciones. También dependerá de la estrategia institucional el desarrollo de nuevos servicios y su focalización por especialidad o nivel de complejidad.

Estos elementos condicionan el interés de las instituciones en participar en proyectos de complementación. Si estos tienen externalidades negativas respecto a los factores que representan las ventajas comparativas de una empresa respecto de la otra en términos de competencia, entonces difícilmente se trate de una opción válida estratégicamente para esa empresa.

Por ejemplo, si el proyecto de complementación apunta a instrumentar un servicio común entre la empresa A y la empresa B, que para la primera representa un diferencial de calidad respecto de la segunda, entonces el emprendimiento conjunto diluye las ventajas competitivas de la empresa A y por tanto la preferencia del usuario puede volcarse a su competidora.

De igual manera, la existencia de diferentes regulaciones respecto a los copagos con el efecto que estos pueden tener sobre el acceso a los servicios, puede operar como una restricción a la hora de definir complementaciones.

De todos estos aspectos dependerá que la competencia colida o cohabite con la complementación y a la vez defina de manera indirecta los campos de complementación

posibles. Esto, sumado a las capacidades instaladas y a las necesidades de cada empresa, que en muchas ocasiones vienen dados por factores extrínsecos no previstos en los planes estratégicos, van delineando los espacios para una eventual complementación con otras instituciones.

En suma, parece existir espacio para la implementación de servicios complementados en un contexto de competencia, pero no existe un modelo único que defina qué servicios deben complementarse y en qué nivel de complejidad. Esto es función de las realidades locales y regionales derivadas de las distintas capacidades instaladas y de las estrategias de desarrollo definidas por cada institución. Los emprendimientos de complementación por otra parte, no deberían ocultar la existencia de competencia entre los integrantes del SNIS.

6. DESAFIOS y REQUISITOS PARA AVANZAR EN ESQUEMAS DE COMPLEMENTACION

Si bien existen fundamentos a favor de los procesos de complementación y ciertas condiciones del sistema que habilitan su instrumentación, hay otros condicionantes que pueden visualizarse como desafíos, amenazas u obstáculos para su efectiva instrumentación. En todo caso, se trata de factores relevantes que no pueden soslayarse a la hora de evaluar la viabilidad o factibilidad de esquemas de este tipo entre instituciones públicas y privadas en el sector de la salud. Los esquemas de complementación necesariamente deben estructurarse de manera tal de contemplar algunos requisitos básicos que minimicen los riesgos a los que están sujetos.

- Formas jurídicas y procesos de toma de decisiones

Las diferencias en la forma jurídica y organizativa de FEMI y de ASSE inciden fuertemente en los procesos de toma de decisiones en ambas instituciones. FEMI es una organización federada cuyos integrantes cuentan con un nivel de autonomía elevado para tomar decisiones en su área de influencia. En tanto ASSE es un servicio descentralizado de la Administración Central del Estado que internamente presenta una fuerte centralización de sus procesos decisorios.

Estas diferencias constituyen un elemento a considerar a la hora de evaluar la factibilidad de los proyectos de complementación. En este sentido los avances que puedan registrarse en materia de descentralización interna de ASSE, con una mayor autonomía de gestión de sus UE a nivel local y regional facilitaría la concreción de acuerdo.

- Política de recursos humanos.

El sector salud se caracteriza por la fragmentación entre las instituciones formadoras de los recursos humanos y las que regulan las prácticas, operando con diferentes lógicas y visiones con su consiguiente impacto en la gestión, y en la gobernabilidad del sector salud.

Es indispensable el equilibrio en la inter-fase educación y trabajo, situación que requiere de acuerdos políticos y técnicos sobre aspectos que sólo pueden tener solución a través de la evidencia y el consenso entre las organizaciones involucradas. El número, distribución y competencias adecuadas de estos recursos humanos se traducen directamente en la

disponibilidad de los cuidados y servicios apropiados para las necesidades de la población y el territorio. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud con relación a la cobertura geográfica asignada es indispensable y es el referente base para la planificación y dotación del recurso humano de una red de servicios.

En un sentido más amplio, se requieren de políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red, con la participación ineludible público-privada.

- Condiciones de trabajo y mercado laboral.

Operativamente existen elementos relacionados con lo expresado anteriormente que tienen su correlato a nivel de las diferentes condiciones de trabajo en el sector público y en el privado que pueden conspirar contra el éxito de emprendimientos de complementación.

A la hora de establecer nuevos servicios en los que se aportan recursos humanos de ambas partes, estos factores pueden distorsionar el normal funcionamiento del servicio.

Existen diferencias en las reglas que regulan las condiciones laborales, en los niveles y formas de remuneración y en los ámbitos de negociación de estas variables. Estos elementos pueden dar lugar, en el ámbito de un servicio complementado, a situaciones en las que recursos humanos con igual nivel de capacitación o calificación tengan diferente carga horaria y distinta remuneración lo que genera condiciones de potencial insatisfacción y conflicto.

Pero además, debe tenerse presente que las organizaciones que representan los intereses de los trabajadores de uno y otro sector, son diferentes así como lo son las organizaciones que representan a los empleadores. Esto implica por ejemplo, que el desencadenamiento de un conflicto laboral en un sector puede afectar el servicio complementado aunque en este no se hayan verificado problemas, y que el propio conflicto y las decisiones que lleven a un acuerdo para su resolución pueden impactar en el funcionamiento y en la estructura del servicio sin que una de las partes hayan participado ni en la génesis ni la solución del problema.

Existen además otros elementos relacionados con el mercado de trabajo que condicionan la factibilidad de los proyectos de complementación:

La mala articulación entre la formación, el entorno social y los prestadores de salud, públicos y privados, generan problemáticas que deben ser ponderadas, entre ellas la ausencia de planificación de la fuerza de trabajo con base en el modelo de atención que se quiere propiciar y que además el regulador pretende complementar; desequilibrio en la distribución geográfica de los recursos humanos que da lugar a una escasez relativa de éstos en algunas zonas del país, agravado por un proceso de emigración creciente de profesionales.

Hay inequidades en el gasto del Estado destinado al personal de salud, combinado con bajos salarios en algunos sectores del personal sanitario sumado a desequilibrios entre prestadores público-privados, en la composición de sus fuerzas de trabajo (salarial, capacitación, especialidades, cultura).

Existen debilidades en la gestión del recurso humano en los diferentes niveles de atención con mala articulación sistémica, ausencia de incentivos a la productividad, escasa orientación a la calidad y requerimientos no conocidos claramente, de las nuevas competencias necesarias para enfrentar las nuevas funciones en probables unidades de salud público-privada, con roles definidos que deben de ser respetados.

Se puede advertir un infructuoso esfuerzo en el desarrollo de un nuevo modelo que estimule la descentralización y jerarquice las competencias en el sistema.

Todo ello conspira contra el éxito de eventuales emprendimientos conjuntos.

- Formalización y documentación de los acuerdos

La complementación implica, como ya se dijo, una nueva institucionalidad sustentada en acuerdos de carácter voluntario y colaborativo entre dos o más organizaciones. Al decir de algunos autores el marco del acuerdo debe considerar que “los sistemas integrados de servicios de salud son sistemas complejos compuestos por diferentes actores sociales en una situación, donde la cooperación entre ellas no es automática. Por eso ellos deben de negociar entre sí y establecer acuerdos que permitan, según la teoría de los juegos generar un excedente cooperativo. Cuando se aplica en las instituciones públicas, la relación contractual permite superar la lógica jerárquica de control y mando e instituir un diálogo horizontal entre contratando y contratado, que se presentan en esta relación cómo socios. Es la lógica contractual por tanto de la cooperación y no de la competición.”³

Es requisito imprescindible que los acuerdos se documenten formalmente mediante contratos que ligen a las partes y prevean explícitamente las contingencias asociadas a la responsabilidad que le cabe a cada una de ellas (del punto de vista asistencial, jurídico y financiero), la forma de gobierno y de gestión del emprendimiento, su modelo de financiamiento y las alternativas de resolución de diferendos entre ellos.

Los contratos deben de contener una serie de cláusulas esenciales que abarcan la definición cuantitativa y cualitativa de los productos, la elección y la organización de los recursos, la coordinación en el tiempo y en el espacio, del sistema de garantías y los sistemas de monitoreo, de pago y de incentivos.⁴

La ausencia de instrumentos formales de relacionamiento entre las partes que acuerdan un servicio complementado, ha sido en la práctica un elemento explicativo central de la discontinuidad de estos procesos.

- Definición de roles y de responsabilidad de las partes

Los proyectos de complementación deben contar con una definición explícita de los roles que asume cada una de las partes en materia de gestión y con relación a la responsabilidad que asumen por los resultados económicos y asistenciales y por los efectos jurídicos que se derivan de su funcionamiento.

³ Cooter, R.D and ULEN, T.S. Law and economics. London. Scoot Foreman and Co.1988.

⁴ Brousseau, E 1993. L' économie des Contrats. Technologies de L'Information et coordination interentreprises.Paris, PUF,1993.

En este último sentido, es preciso definir qué responsabilidad le cabe del punto de vista civil y penal a las instituciones que participan en el emprendimiento ante eventuales demandas por acciones del personal que se desempeña en el servicio complementado. Esta definición es central y determinante no sólo para los intereses de las organizaciones que participan del emprendimiento sino también para los usuarios de este servicio.

Con relación a este punto vale la pena señalar que las instituciones participantes de un proyecto de complementación no solo prestan un servicio asistencial sino que son además los responsables de asegurar la cobertura de salud de sus afiliados. Esta responsabilidad derivada de su carácter como seguro de salud, va más allá de la forma en que se presta el servicio. Por tanto una alternativa posible es que los contratos de complementación prevean de forma explícita que cada parte responde exclusivamente por las acciones que el servicio realiza sobre sus correspondientes afiliados.

- Gobierno y gestión de los proyectos de complementación. Gobernanza de los acuerdos

Un desafío principal para los emprendimientos de complementación es la definición de sus estructuras y procesos de gobierno y gestión, encuadrados dentro del concepto de gobernanza y principalmente en lo que este refiere a la calidad y la sustentabilidad económica y social de los procesos de decisión corporativa.⁵

La definición de la forma de gobierno de los acuerdos y sus principales líneas de acción y desarrollo deben ser resultado de un proceso transaccional entre las instituciones que integran dicho acuerdo de manera tal que se recojan sus particulares visiones y misiones y se armonicen sus distintos intereses.

Con relación a este punto vale la pena recordar lo que la propuesta de FEMI en relación al Plan de Salud Rural mencionaba que la gobernanza tiene que ver primordialmente con “el proceso de crear una visión y misión de la organización— qué es lo que será y qué es lo que hará— además de definir las metas y los objetivos que debe cumplir para lograr la visión y la misión. La gobernanza incluye la articulación de la organización y de sus dueños y de las políticas que derivan de estos valores – políticas acerca de las opciones que sus miembros deben hacer de modo de lograr los resultados deseados. Incluye también la puesta en marcha de la gestión necesaria para lograr esos resultados y la evaluación del desempeño de los gerentes y de la organización”.⁶

⁵ Se entiende por gobernanza, una manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero (sustentable), basado en un equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado, orientada a la eficacia, la calidad y la sustentabilidad económica y social de la intervención estatal. Supone la interacción entre distintos niveles y la cesión de competencias entre otros mecanismos a través de la descentralización territorial. Su correlato a nivel de las empresas es la denominada gobernanza corporativa que se define como el conjunto de procesos, políticas, costumbres, instituciones y normas que hacen al control, administración y dirección de una empresa en un determinado entorno social y económico.

⁶ Sic Cita .Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005.Riding the Third Rail: The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission.1996-2000. The Institute for Research on Public Policy.Montreal 65-6).

El objetivo 5 del Proyecto de Salud Rural de FEMI también hacía mención a la importancia clave de considerar estos aspectos a la hora de su diseño y de definir un sistema de gobernanza único o compartido así como sus competencias.⁷

En los sistemas integrados, y aún en los acotados proyectos de complementación, la configuración de la gobernanza, debe contemplar los modelos institucional, gerencial y de financiamiento a aplicar.

La configuración institucional se puede hacer desde varias formas: integrando verticalmente las diferentes organizaciones, conformando un único ente gestor o generando una estructura virtual instituida por alianzas estratégicas entre las diferentes organizaciones que se asocian para administrar un sistema o servicio de salud.

Se deben prever el sistema gerencial del proyecto de complementación, y diseñar una planificación estratégica común, que incluya la elaboración de eventuales contratos de gestión con las estructuras involucradas y la definición de sistemas de evaluación compartidos y acordados específicamente por contrato.

La planificación estratégica es un imprescindible producto de las complementaciones que se acuerden dentro del orden jurídico del SNIS, necesario para su funcionamiento, formulando estrategias acordadas y definidas en proyectos con un plan operativo conformado y proyectado semestral o anualmente.

La literatura Internacional, referida al tema Gobernanza, en general pone énfasis no sólo en la evaluación de la calidad del producto derivado de las complementaciones público - privadas, sino que pondera la modalidad de financiamiento, cómo elemento clave para garantizar sustentabilidad y éxito a través de la misma.

La resolución de los problemas sanitarios en tiempo oportuno, se logrará concretar, con un costo real cierto y de calidad, si se alinean los incentivos económicos adecuados con el o los objetivos de la complementación.

No obstante lo señalado, en los hechos existen restricciones derivadas de la ausencia de empoderamiento de las estructuras públicas en el nivel local o regional, y de las limitantes vinculadas al riesgo de una dependencia dual de los recursos humanos que se integran a un servicio complementado.

⁷ FEMI. Proyecto Salud Rural Objetivo 5.1. SISTEMA DE GOBERNANZA ÚNICO O COMPARTIDO PARA LA RED. LA COMPLEJIDAD DEL GOBIERNO DE LA RED, REQUERIRÁ LA PRESENCIA DE MIEMBROS CON GRAN DEDICACIÓN Y UNA PREPARACIÓN ESPECÍFICA. DDS. 5.1.1. Las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red; normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno.

Por tanto, deberá preverse en los contratos la forma de los procesos de decisión, el alcance de las líneas de autoridad y mando y los instrumentos de coordinación a aplicar.

- Financiamiento y sustentabilidad económica de los emprendimientos de complementación

Lo primero que debe considerarse a la hora de definir el financiamiento de los proyectos de complementación es su alcance y el tipo de servicio o prestación que se complementa.

Básicamente cabe distinguir dos situaciones: la complementación para brindar un servicio o prestación incluida en el PIAS que no se desarrolla a nivel local o regional y por eso se considera como un nuevo servicio en ese ámbito geográfico, y aquella orientada a brindar un servicio o plan de atención no previsto en el PIAS.

En este último sentido es importante señalar que el PIAS es más un catálogo de prestaciones que una guía de procesos de atención y por ello es posible interpretar que formas de organización de la atención innovadoras, como las incluidas en el Plan de Salud Rural elaborado por FEMI, son nuevas en sentido amplio, no ya restringido a criterios geográficos y no están contempladas en el PIAS.

En el caso de los servicios o prestaciones que quedan incluidas en las obligaciones asistenciales de las instituciones, su financiamiento debe provenir de los fondos que estas perciben actualmente. En el segundo caso, en tanto se trata de servicios que las instituciones no están obligadas a brindar deberían contar con fuentes de financiamiento adicionales.

Por ejemplo, un proyecto de complementación destinado a ampliar la capacidad de resolución a nivel local o regional de la cirugía traumatológica, representa un nuevo servicio en esa área geográfica, para brindar prestaciones ya incluidas en el PIAS. Por tanto su financiamiento por lo menos desde el punto de vista teórico, ya está previsto en las cápitales con que se reembolsa a las IAMC o en el presupuesto con que se financia ASSE. Por el contrario, un proyecto que apuntara a desarrollar de forma conjunta entre una IAMC y ASSE a nivel local o regional, un servicio de larga estancia para pacientes geriátricos supondría la instalación de un servicio nuevo no incluido en el paquete de obligaciones asistenciales, y su implementación requeriría en consecuencia fondos financieros adicionales.

Un elemento central a considerar con relación a los proyectos de complementación, asociado al tema del financiamiento pero no de manera exclusiva, es la evaluación ex ante de su factibilidad operativa, más allá de los elementos contextuales que condicionan su desarrollo y que fueron señalados anteriormente.

Esta evaluación incluye un análisis crítico de la elección del servicio a complementar que tome en cuenta entre otros elementos, la necesidad asistencial que cubre el servicio proyectado, el valor agregado que supone del punto de vista de los procesos de atención para la población objetivo, la sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo, la existencia de economías de escala que hagan viable el proyecto, etc. Es necesario evitar voluntarismos o decisiones unilaterales, y no confundir la complementación con la sustitución de servicios ya instalados.

Una alternativa posible para financiar los proyectos de complementación que suponen la instalación a nivel local o regional de servicios o prestaciones incluidas en el PIAS, es tomar como punto de partida el actual modelo de financiamiento de las empresas privadas del sector.

Independientemente de la necesidad de actualizar y mejorar el mecanismo de determinación de los valores de las cápitass, el instrumento de reembolso aplicado desde 2007-8 tiene como virtud la desagregación de precios según edad y sexo como forma de contemplar la distinta intensidad de uso de los servicio por parte de las personas según estas dos variables. A partir de este concepto se entiende razonable que el aporte de cada una de las partes que intervienen en un emprendimiento de complementación se determine en función del perfil de riesgo de sus respectivas poblaciones adscriptas, según su estructura por edades y sexo. De esta forma se trasciende la tendencia a definir aportes igualitarios, sustituyéndolos por un criterio de aportación equitativo, y alineando el financiamiento del proyecto con el de las empresas en su conjunto.

Sin embargo, en este punto es insoslayable señalar un elemento que puede representar un desacuerdo entre las partes que condiciona la viabilidad de los proyectos de complementación, de aplicarse este criterio para su financiamiento.

Este se refiere al precio de las cápitass a utilizar. En el caso de las IAMC este precio está claramente determinado pero no así en el caso de ASSE. Sólo alrededor de 17% de sus beneficiarios son financiados a través del FONASA mediante el pago de cápitass. Como es sabido, la atención del restante 83% de los afiliados a ASSE se financia mediante el presupuesto definido por el Parlamento. Si bien puede calcularse cuál sería el precio de las cápitass para ese conjunto de beneficiarios de ASSE (distribuyendo el presupuesto asignado entre esa población según grupos de edad y sexo siguiendo la misma estructura de relación entre los grupos que en el caso de las empresas privadas), los criterios metodológicos para realizar este cálculo seguramente presenten algunas diferencias según se lo analice desde la óptica de ASSE o del sector privado.

En todo caso, de existir acuerdo en cuanto a que la metodología para la definición de los aportes para financiar los proyectos de complementación, debe partir de los ingresos percibidos en función de la estructura etaria y por sexo de las poblaciones objetivo, en tanto este mecanismo se alinea con el objetivo de la reforma relacionado con un modelo de financiamiento orientado a contemplar el riesgo que las instituciones asumen por la cobertura de determinados colectivos, entonces parece claro que debería avanzarse en la incorporación de la totalidad de los beneficiarios de ASSE en el esquema de reembolso a través del FONASA.

- Incentivos

La Ley N° 18.211 dispone que la Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud, y el contrato de gestión vigente con las instituciones prestadoras del SNIS indica que aquella fomentará la celebración de acuerdos y convenios entre prestadores para la complementación y coordinación de servicios. Se señala además en el

contrato, que los “Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales serán un ámbito relevante desde donde se promoverá la complementación entre prestadores”.

Sin embargo, no existen dispositivos o incentivos concretos que faciliten la instrumentación de modelos de este tipo, ni se han definido los mecanismos por los cuales los Consejos Asesores Honorarios pueden promover, más allá de la intención, la puesta en marcha de servicios complementados.

Para promover los procesos de complementación es necesaria la existencia de incentivos concretos que faciliten su diseño y puesta en funcionamiento, los mismos podrían quedar incluidos en el modelo con que se defina la financiación de los emprendimientos.

Una alternativa posible, que supone además un modelo distinto de financiamiento al señalado precedentemente, es la definición de “metas prestacionales” específicas para la localidad o región dónde se plantea el desarrollo del proyecto de complementación, alineadas con el objetivo sanitario o de salud que persigue el emprendimiento y no asociadas al logro de determinadas formas organizativas.

Se parte de la base que todo proyecto de complementación surge como respuesta a una necesidad de salud de la población a la que están dirigidas sus acciones. Por lo tanto, los beneficios de su implementación deberían ser objetivables y mensurables.

7. INSTRUMENTOS

Del análisis de la normativa vigente para elegir los instrumentos susceptibles de ser utilizados para determinar un marco regulatorio de los esquemas de complementación, surgen diversas disposiciones que podrían o hubieran podido ser el continente de los acuerdos.

Corresponde en primer lugar descartar una reciente ley que por su impulso y prioridad política hubiera dado un marco adecuado para la complementación como lo es la ley de Participación Público Privada.

En efecto, la Ley 18.786 excluye la posibilidad de utilizar esta nueva modalidad al establecer en su artículo 3º que “... *en ningún caso los Contratos de Participación Público Privada podrán incluir: ... II) Servicios sanitarios cuando se trate de centros de salud.*”

En contrapartida un instrumento viable jurídicamente podría encontrarse en la Constitución de la República con las modificaciones introducidas en la reforma del año 1996.

En el acto plebiscitario de 8 de diciembre de 1996 promulgado el 14 de enero de 1997, se modificó el artículo 262 de la Constitución estableciéndose en sus incisos quinto y sexto lo siguiente:

“Los Gobiernos departamentales podrán acordar, entre sí y con el Poder Ejecutivo, así como con los Entes Autónomos y Servicios descentralizados, la organización y la prestación de servicios y actividades propios o comunes, tanto en sus respectivos territorios como en forma regional o interdepartamental”.

“Habrá un Congreso de Intendentes, integrado por quienes fueren titulares de ese cargo lo estuvieren ejerciendo, con el fin de coordinar las políticas de los Gobiernos Departamentales. El Congreso, que también podrá celebrar los convenios a que refiere el inciso precedente, se comunicará directamente con los Poderes del Gobierno”.

Si bien un Gobierno Departamental tiene competencia y poderes jurídicos para suscribir acuerdos o convenios con otras entidades públicas o privadas, la inclusión de este precepto en la Carta permite actuar con mayor certeza jurídica a la hora de utilizar esta herramienta de gestión.

De acuerdo con la solución constitucional el Gobierno Departamental está habilitado a suscribir con ASSE (servicio descentralizado) acuerdos de complementación

En la especie, dos o más entidades públicas con competencia específica en el área de la salud pública acordarían *“organizar la prestación de servicios y actividades propias o comunes”*.

Esta solución no importa la creación de una nueva persona jurídica sino que por el contrario, a través de un convenio las partes se vinculan departamentalmente o en una localidad determinada, para organizar la prestación del servicio de salud, dejando incólume sus estructuras propias y sus autonomías.

Ahora bien, existiendo un camino de organización en base a un texto de rango constitucional, corresponde analizar si a esta herramienta pueden integrarse entidades privadas cuya naturaleza jurídica es de institución de asistencia médica colectiva.

Nos inclinamos por la posición afirmativa sostenida por un importante sector de la doctrina nacional (Brito, Delpiazzo, Barbé Delacroix).

La amplitud del término “acuerdo” utilizado en el inciso 5° del artículo 262 y los antecedentes de la Comisión de Constitución y Legislación que estudió el Anteproyecto de Ley aprobado por el Congreso Nacional de Intendentes Municipales relacionado con Gestión de Acuerdos de Organización y Prestación de servicios, permiten concluir sin mayor esfuerzo en que la voluntad del constituyente en proveer a los gobiernos departamentales de herramientas de gestión más dinámicas que incluyen la posibilidad de celebrar acuerdos con la participación de entidades privadas.

Incluso se considera viable desde el punto de vista jurídico que, para tal fin, se puedan constituir consorcios siendo de aplicación las normas contenidas en los artículos 501 a 509 de la Ley No. 16.060 (Ley de Sociedades Comerciales), de 4 de setiembre de 1989.

Un consorcio se constituye mediante un contrato entre dos o más personas físicas o jurídicas, por el cual se vinculan temporariamente para la realización de una obra, *la prestación de un servicio* o el suministro de ciertos bienes.

El consorcio no tiene personalidad jurídica y no está destinado a obtener o distribuir ganancias entre los partícipes sino a regular las actividades de cada uno de ellos.

La ley de Presupuesto 17.930 brinda también otra herramienta jurídica. El artículo 287 dispone: “Sustitúyese el artículo 275 de la Ley No. 15.903 de 10 de noviembre de 1987 por el

siguiente: *Artículo 275.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado queda ampliamente facultada para convenir con los Gobiernos Departamentales, con las instituciones de asistencia médica colectiva, con la Universidad de la República y con otras organizaciones, las acciones pertinentes para la mejor atención de la población en la forma y oportunidad que determine el Poder Ejecutivo.*

También queda facultada para complementar, articular programas y servicios en función de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.”

Si bien esta norma presupuestal es previa a la Ley de creación y transformación de ASSE en servicio descentralizado (18.161) y su contenido no se repite en la referida ley, no existe ninguna derogación expresa del artículo transcrito y su precepto es armonizable con los poderes jurídicos de su Directorio. El artículo 5 de la ley establece en su literal G la potestad *de suscribir convenios con otros servicios de salud públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de recursos humanos y materiales.*

8. CONCLUSIONES

La complementación debe entenderse como un acuerdo colaborativo de carácter voluntario entre dos o más instituciones, orientado a dar respuesta a necesidades asistenciales debidamente identificadas de una determinada población, cuyo objetivo debe ser consistente con las principales líneas y prioridades estratégicas de las instituciones participantes.

Un acuerdo de complementación supone la instalación de un nuevo servicio con recursos aportados por las empresas intervinientes, e implican una nueva institucionalidad que debe ser documentada en contratos explícitos que prevean entre otras dimensiones, las formas de gobierno y gestión del emprendimiento conjunto, su financiamiento, las responsabilidades asistenciales, jurídicas y económicas de las partes, y el modelo de gestión de sus recursos humanos.

Por lo tanto, NO constituyen acuerdos de complementación:

- Los contratos de compraventa de servicios entre dos o más empresas del sector
- Los convenios de contraprestación de servicios entre dos o más instituciones,
- Los proyectos de regionalización en los que se sustituyen servicios ya instalados en una institución para incorporarlos a otro de igual función de una empresa diferente, en aras de una mayor eficiencia (caso del proyecto de regionalización de las maternidades),
- Cualquier servicio conjunto en cuya génesis no haya habido un proceso voluntario de las partes,
- La extensión de la prestación de un nuevo servicio a beneficiarios de otro seguro sin contraprestación alguna o sin aporte de recursos de parte del seguro que cubre a estos últimos.

El éxito de los acuerdos de complementación depende en gran medida de una correcta evaluación ex ante del punto de vista de su factibilidad operativa y del diseño de un esquema de financiamiento coherente y equitativo.

Los instrumentos jurídicos disponibles permiten llevar adelante estos acuerdos mediante contratos entre ASSE y las IAMC y aún entre estas y los Gobiernos Departamentales.

Existen al menos cuatro condiciones que deberían verificarse para contar con un marco de actuación que haga viables los acuerdos de complementación:

En primer lugar el regulador debe definir con precisión el alcance de este concepto, y lo que es más importante, el objetivo que persigue al enfatizar la necesidad de aplicar esta herramienta,

En segundo término, el regulador debería elaborar una reglamentación mínima que regule en términos generales los procesos de complementación;

En tercer término el contexto de los acuerdos debe ser tal que sólo participen de su proceso de elaboración los actores involucrados, sin más injerencia del MSP o la JUNASA que la que se deriva de sus competencias legales;

Por último, debe existir una equidistancia de parte del regulador respecto a las partes que intervienen en el acuerdo, en cuanto a las exigencias a que están sometidas en el contexto del SNIS y al nivel de control y evaluación de su desempeño.

Una premisa básica de los esquemas de complementación es que éstos tengan un alto grado de contingencia respecto a la realidad concreta en la que se van a aplicar y por ende que su elaboración y alcance sean determinados sólo por las instituciones participantes conocedoras de la realidad local o regional en la que se van a instrumentar.

La complementación como instrumento de integración virtual en la realidad del SNIS es factible sobre todo en aquellas situaciones en las que por razones de escala resulta beneficioso para las partes involucradas y para la población local.

Existen fuertes restricciones a la conformación de esquemas de complementación asociadas a factores estructurales de actual del sistema. Estas refieren básicamente a las diferentes condiciones contractuales y laborales de los recursos humanos implicados en el proyecto, los problemas de gobernanza que implica la gestión de recursos compartidos y la responsabilidad jurídica de cada una de las partes por las acciones desarrolladas en el ámbito del servicio complementado.

ANEXO

Propuesta metodológica para el financiamiento de los proyecto de complementación

A partir de los conceptos señalados anteriormente, operativamente el método de financiamiento de los proyectos de complementación requiere en primer lugar la identificación de la población beneficiaria del proyecto o de la potencialmente usuaria del o de los servicios complementados a nivel local o regional. En el caso de un emprendimiento claramente focalizado en un grupo determinado de población, podrá limitarse a la identificación de los grupos de edad comprendidos en esa población. De lo contrario podrá utilizarse la totalidad de los afiliados y beneficiarios de la localidad o región considerada.

Una vez identificada la población objetivo se determinará su estructura por edad y sexo desagregada según su cobertura de salud (por ejemplo IAMC "A" y ASSE en el nivel local o regional del proyecto). El siguiente paso consiste en calcular los ingresos que por esa población perciben las dos instituciones (IAMC "A" y ASSE), mediante la aplicación de los precios de las cápitas a la estructura por edad y sexo de las poblaciones objetivo del proyecto.

En los siguientes cuadros se muestra un ejemplo en el que se presenta la estructura por edad y sexo de la población beneficiaria de ASSE y afiliada a una IAMC para una localidad ficticia determinada, el precio de las cápitas vigentes y el monto total de ingresos que perciben ASSE y la IAMC por estos afiliados en base al sistema de capitación.

Beneficiarios ASSE			Afiliados IAMC		
Sexo	Edades	Nº	Sexo	Edades	Nº
Hombres	< 1a	40	Hombres	< 1a	30
	1 a 4	150		1 a 4	120
	5 a 14	340		5 a 14	250
	15 a 19	425		15 a 19	350
	20 a 44	525		20 a 44	400
	45 a 64	250		45 a 64	220
	65 a 74	220		65 a 74	180
	> 74	30		> 74	35
	Total	1980		Total	1585
Mujeres	< 1a	45	Mujeres	< 1a	35
	1 a 4	160		1 a 4	110
	5 a 14	335		5 a 14	255
	15 a 19	450		15 a 19	345
	20 a 44	550		20 a 44	380
	45 a 64	300		45 a 64	280
	65 a 74	250		65 a 74	175
	> 74	45		> 74	40
	Total	2135		Total	1620
TOTAL	4115	TOTAL	3205		

Precios de cápitas			Ingresos				
Sexo	Edades	\$	Sexo	Edades	ASSE	IAMC	TOTAL
Hombres	< 1a	4107	Hombres	< 1a	164.285	123.214	287.498
	1 a 4	1202		1 a 4	162.319	144.283	306.602
	5 a 14	713		5 a 14	218.028	178.128	396.156
	15 a 19	691		15 a 19	264.262	241.808	506.070
	20 a 44	636		20 a 44	300.590	254.468	555.058
	45 a 64	1309		45 a 64	294.579	288.033	582.612
	65 a 74	2516		65 a 74	498.180	452.891	951.071
	> 74	3313		> 74	89.456	115.961	205.417
Mujeres	< 1a	3508	Mujeres	< 1a	147.856	123.214	271.070
	1 a 4	1133		1 a 4	162.319	144.283	306.602
	5 a 14	643		5 a 14	218.028	178.128	396.156
	15 a 19	912		15 a 19	264.262	241.808	506.070
	20 a 44	1344		20 a 44	300.590	254.468	555.058
	45 a 64	1601		45 a 64	294.579	288.033	582.612
	65 a 74	2188		65 a 74	498.180	452.891	951.071
	> 74	2734		> 74	89.456	115.961	205.417
TOTAL			TOTAL		3.966.968	3.597.570	7.564.538

Luego de determinar los ingresos por cápitas de las dos instituciones participantes del proyecto, corresponde calcular el costo total del servicio complementado, e identificar el costo total financiado por el aporte en equipos, infraestructura, recursos humanos, materiales y tecnológicos de cada una de las partes.

Aquí resulta clave definir y acordar con precisión el mecanismo de costeo, determinar explícitamente los criterios de valuación y amortización de equipos e infraestructura aportados por cada uno, definir los precios (incluidos los salarios) de los factores de producción implicados en el proyecto y las unidades de medida que se utilizan para costear estos factores. Deberá además, definirse la forma y periodicidad del ajuste del cálculo de costos, y las fórmulas paramétricas que se aplicarán para la actualización de todos estos componentes.

Una vez identificado el costo financiado por cada una de las partes se debe calcular cuánto representa este en los ingresos por capitación previamente definido.

A partir del cálculo del porcentaje en que participa cada institución en el costo total del proyecto se aprecia la diferencia de aporte de cada parte. Sin embargo el aporte de cada institución debería estar relacionado con la expectativa de uso del servicio complementado por parte de las respectivas poblaciones cubiertas por cada institución. La expectativa de uso es función de la estructura de edad y sexo, y esta se refleja en los ingresos calculados de la forma señalada anteriormente. Por lo tanto, el aporte de cada institución para solventar los

costos del emprendimiento debería estar alineado con su capacidad de financiamiento es decir sus ingresos, que a la vez como ya se dijo, se definen en virtud del gasto esperado.

Por lo expuesto, la razón “costos / ingresos por capitación” expresa el porcentaje de la cápita promedio que cada institución destina al financiamiento del proyecto. En este sentido, a efectos de calcular un aporte equitativo de ambas instituciones, la razón “costos/ingresos” debería ser la misma para las dos instituciones.

En el siguiente cuadro se presenta para el ejemplo planteado, los costos en que incurre cada parte para financiar el proyecto y lo que éstos representan como porcentaje de los ingresos calculados previamente.

	Costo / mes del proyecto		Ingresos / mes por capitación		costo / ingresos x 100
	\$	%	\$	%	
IAMC	500.000	62,5%	3.597.570	48%	13,9%
ASSE	300.000	37,5%	3.966.968	52%	7,56%
Total	800.000	100%	7.564.538	100%	10,6%

Para el ejemplo planteado, la IAMC aporta recursos e infraestructura equivalente a 62,5% de los costos del proyecto, en tanto ASSE financia con sus aportes el 37,5% restante. Esto significa que el costo del proyecto para la IAMC alcanza a 13,9% de sus ingresos por cápitas y que para ASSE el costo en que incurre es 7,6% de los ingresos calculados en base a cápitas. Tomada la localidad en su conjunto, el financiamiento destinado a la atención de la población allí cubierta por la IAMC y por ASSE, resulta de la suma de los ingresos que perciben ambas instituciones por sus respectivos beneficiarios. El costo total del proyecto expresado como porcentaje de este ingreso es 10,6% y representa el valor que debería tener este indicador para ambas instituciones si se pretende que su aporte al financiamiento del proyecto se relacione con la utilización potencial de sus poblaciones a partir de su estructura por edad y sexo.

Del punto de vista metodológico el paso siguiente es calcular qué porcentaje de los ingresos que percibe la institución cuyo aporte al costo del proyecto es menor (expresado como porcentaje de sus ingresos), debe transferir a la institución cuyo aporte es mayor, de manera tal que los costos en que ambas incurren representen el mismo porcentaje sobre sus ingresos por capitación.

En el ejemplo planteado, es necesario que 2,74% de los ingresos por cápita calculados para ASSE, equivalente a \$ 108.695, se transfieran a la IAMC para que esto suceda.

En el cuadro que sigue se presentan los datos manejados para el ejemplo una vez transferidos los recursos económicos mencionados anteriormente de ASSE a la IAMC. Se ha debitado de los ingresos de ASSE \$ 108.695, los que han sido sumados a los ingresos de la IAMC y a su vez, se ha incrementado en ese monto el aporte de ASSE a los costos del proyecto, debitándolo del aporte realizado por la IAMC.

	Costo / mes del proyecto		Ingresos / mes por capitación		costo / ingresos x 100
	\$	%	\$	%	
IAMC	391.305	48,9%	3.706.265	49%	10,6%
ASSE	408.695	51,1%	3.858.273	51%	10,6%
Total	800.000	100%	7.564.538	100%	10,6%

Independientemente del mecanismo de financiamiento que se adopte y adicionalmente a este, es necesario definir los sistemas de control de los aportes que cada parte se compromete a realizar y los dispositivos a aplicar en caso de incumplimiento transitorio o permanente.

A su vez, resulta claro que es necesario definir cómo y quién percibe y administra los ingresos financieros que genere la nueva actividad conjunta y cómo se procede a la distribución de los recursos generados por la actividad si esta eventualidad se verifica.