



Documentos de Trabajo de Economía de la Salud N° 3/06

Reestructura del Primer Nivel de Atención Mercado de trabajo del sector salud

Trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y el Sindicato Médico del Uruguay

Gabriela Pradere
Ministerio de Salud Pública

Luis Lazarov
Ignacio Olivera
Sindicato Médico del Uruguay

Leticia Zumar
Consultora Asistente

2006

Reestructura del Primer Nivel de Atención Mercado de Trabajo del Sector Salud

Trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública
y el Sindicato Médico del Uruguay

Ec. Gabriela Pradere
Ministerio de Salud Pública

Ec. Luis Lazarov
Dr. Ignacio Olivera
Sindicato Médico del Uruguay

Ec. Leticia Zumar
Consultor Asistente

Resumen

El objetivo del presente estudio es el de diseñar modelos alternativos de organización y funcionamiento de los recursos humanos en el primer nivel de atención, con la finalidad de contribuir con el proceso de transformación del modelo asistencial orientado a mejorar la calidad de vida de la población, en el marco de los principios que inspiran la reforma sanitaria.

Se delinea entonces una imagen-objetivo de organización y funcionamiento y se establece el número de equipos básicos de salud que se requieren para atender las necesidades de la población, a partir del cambio de las condiciones laborales y retributivas. Asimismo, se describe un conjunto de opciones o criterios generales para el análisis y diseño de un proceso de transición que parta de la situación actual y oriente el cambio hacia la imagen-objetivo previamente definida.

El equipo básico propuesto está integrado por medicina general, pediatría, ginecoobstetricia y enfermería. Los aspectos centrales de la propuesta de cambio de las condiciones de trabajo son la ampliación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando empleo; incorporación a la jornada laboral actividades que no pertenecen a la atención directa como investigación, formación, coordinación; y disminución del número de usuarios atendidos por hora. En términos retributivos, se propone una contrapartida monetaria en consonancia con los cambios planteados y un cambio en el sistema de remuneración hacia el pago por capitación a todo el equipo básico de salud.

ÍNDICE

1. Antecedentes	3
2. Objetivos	4
2.1. Objetivos Generales	4
2.2. Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1. El contexto de la reforma.....	5
3.2. Atención primaria y primer nivel de atención: aproximación conceptual..	5
3.2.1. Los conceptos doctrinarios tradicionales	5
3.2.2. Enfoques de renovación de la atención primaria de salud (OPS)	7
3.3. Sistema de Remuneración: Capitación como forma de pago.....	9
3.4. Modelo organizativo y alcance de la propuesta.....	11
3.4.1. Orientar los servicios hacia la atención primaria.....	11
3.4.2. Integración de la atención médica en el primer nivel de atención (especialidades básicas).	12
3.4.3. Equipo Básico de Salud (EBS) de Atención Primaria (AP).	12
3.4.4. EBS como puerta de entrada al sistema.....	12
3.4.5. Coordinación entre niveles.....	13
3.4.6. Fortalecer la AP a partir del cambio en las condiciones de trabajo médico	14
3.4.7. Capitación como forma de pago	14
4. Metodología	16
4.1. Etapas de elaboración del modelo.	16
4.1.1. Integración y funcionamiento del Equipo Básico de Salud (EBS):	16
4.1.2. Modalidades de atención.	17
4.1.3. Variables.	17
4.1.4. Necesidades sanitarias de la población.....	18
4.1.5. Condiciones laborales y abatimiento del multiempleo.....	19
5. Principales Resultados.....	20
5.1. Fuentes de Datos	20
5.2. Resumen de la propuesta.....	21
5.3. Escenarios.....	21
5.4. Supuestos.....	21
5.5. Variables.....	22
Situación Actual.....	22
5.6. Principales resultados.....	23
6. Transición.....	28
6.1. Un escenario dual.....	28
6.2. Mecanismos a diseñar para el corto plazo	28
6.3. Las herramientas necesarias para avanzar	29
7. Conclusiones.....	30
8. Trabajos Pendientes	32
Anexo 1. Entrevistas realizadas	34
Anexo 2. Construcción de las planillas	35
Anexo 3. Encuesta	37

1. Antecedentes

Se realizó un primer estudio técnico¹ sobre la organización y el funcionamiento del *trabajo médico* en el primer nivel de atención, para ser analizado y evaluado en las etapas preparatorias de la Octava Convención Médica Nacional, realizada a mediados de 2004.

Las bases sobre las que se apoyó ese trabajo fueron los postulados que surgen de las declaraciones finales de los eventos realizados por el SMU entre finales de los 90 y comienzos de 2000, denominados Solís I y II.

El presente estudio se está llevando a cabo por un equipo multidisciplinario integrado por técnicos del MSP y el SMU, en un contexto de *iniciativa de reforma del sector salud*, con el objetivo de optimizar el aporte de ambas instituciones en lo referente al rol de los recursos humanos en un aspecto relevante para dicho proceso transformador: el “cambio del modelo de atención” a partir del fortalecimiento del “primer nivel”.

¹Dra. Marisa Buglioli, Ec. Luis Lazarov, 8ª Convención Médica Nacional, Sindicato Médico del Uruguay (SMU), op. cit.

2. Objetivos

2.1. Objetivos Generales

Diseñar modelos alternativos de organización y funcionamiento de los recursos humanos en el primer nivel de atención, con la finalidad de contribuir con el proceso de transformación del modelo asistencial orientado a mejorar la calidad de vida de la población, en el marco de los principios que inspiran la reforma sanitaria.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1 Delinear una **imagen-objetivo** de organización y funcionamiento del mercado de trabajo en el primer nivel de atención, para la población nacional y con independencia del régimen de cobertura.

2.2.2 Establecer el **número de equipos básicos de salud (EBS)** que se requieren para atender las necesidades de la población. A partir del cambio de las condiciones laborales y retributivas, basadas en estímulos tendientes a mejorar la calidad asistencial con impacto en la salud de la población, se busca estimar las **variaciones de las variables relevantes** como ser: el *gasto* para el sistema en su conjunto, los nuevos *valores horarios* y las *remuneraciones mensuales*.

2.2.3 Describir un conjunto de opciones o criterios generales para el análisis y el diseño de un **proceso de transición** que parta de la situación actual y oriente el cambio hacia la imagen-objetivo previamente definida.

En síntesis, se trata de contar con un estudio técnico que permita partiendo de las necesidades sanitarias de la población, describir, evaluar y proyectar la factibilidad de un cambio hacia esquemas laborales y retributivos unificados y homogéneos a nivel nacional, teniendo en cuenta las situaciones que ameriten soluciones específicas en el primer nivel de atención, en el marco de la reforma propuesta para el sistema sanitario nacional.

3. Marco Teórico

3.1. El contexto de la reforma

La convergencia conceptual y programática que se observa con relación a los cambios propuestos para el sector salud ha servido de marco de referencia para el desarrollo del presente estudio. Se destacan como principios fundamentales del proceso²: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad, eficiencia, etc.

Los cambios principales son en el modelo de gestión, de financiamiento y de atención. Este último tiene en este marco especial jerarquía y se plantea como una estrategia central del proceso de transformación, teniendo como eje conceptual para su logro, la aplicación de la *Estrategia de Atención Primaria de Salud* (APS). En la implementación de dicha estrategia se hace imprescindible el fortalecimiento del primer nivel de atención médica a partir de un fuerte desarrollo de sus componentes centrales (RRHH idóneos, encaje organizativo, recursos financieros adecuados).

3.2. Atención primaria y primer nivel de atención: aproximación conceptual³

3.2.1. Los conceptos doctrinarios tradicionales

La atención médica se define como el conjunto de las acciones realizadas, particularmente por el personal de salud, con el objetivo de promover la salud, prevenir enfermedades, recuperar y rehabilitar la salud de las personas en forma integral, en el ámbito de los sistemas sanitarios. Para aumentar la calidad y expectativa de vida, deberá tener un enfoque preventivo, mejorar los estilos de vida y hábitos de salud de la población y detectar precozmente las enfermedades.

En la organización de la atención médica, existen distintas modalidades que se diferencian por niveles de atención y niveles de complejidad.

En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud⁴ (OMS) define los *Cuidados Primarios en Salud* (PC por su denominación en inglés Primary Care) como aquellos cuidados a través de los cuales los individuos toman contacto

² Proyecto de Ley de Descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como un Servicio Público Descentralizado, Acuerdo Presidencial 27 de marzo 2006.

³ Curbelo, Patricia; Pastorino, Verónica; Zumar, Leticia. "Productividad médica y eficiencia técnica en el primer nivel de atención en las IAMC". Monografía para la obtención del título de la Licenciatura en Economía. UDELAR, FCEA, 2004.

⁴ World Health Organization; (1978), "Why Primary Care Reform?", *Declaración de Alma Ata*, OMA, Canadá, www.oma.org.

por primera vez con el sistema de salud que los produce de forma tan cercana como sea posible de donde viven y trabajan las personas.

Esto implica la resolución, por parte del personal de salud, de las necesidades más frecuentes de la población y el desarrollo de una relación duradera entre el paciente y el médico en el contexto de la familia y la comunidad, constituyendo esto último, el primer elemento de un proceso de cuidado de salud continuo.

Los cuidados primarios deben ser considerados como un nivel particular de provisión de servicios opuesto a los secundarios o terciarios, o pueden ser vistos como aquellos servicios prestados en el punto de primer contacto.

Las características deseables de estos incluyen, primer contacto, continuidad y longitudinalidad, amplitud de cobertura asistencial, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria, responsabilidad tanto del paciente como del proveedor del servicio.

Se entiende por *continuidad* a los cuidados enfocados a la persona a lo largo de un período de tiempo y que está determinada por el grado en que el médico y el paciente están de acuerdo acerca de su mutua asociación.

La *amplitud de la cobertura asistencial* requiere que los proveedores de cuidados primarios ofrezcan un rango de servicios suficientes para reunir todas las necesidades de la población.

La *coordinación* requiere sistemas de información que contengan los datos relevantes de la atención en salud del paciente.

Otros enfoques alternativos de los cuidados primarios son aún frecuentemente definidos por el tipo de prácticas que son provistas. En la mayoría de los países de Europa y Canadá, estos cuidados son brindados por el médico general y de familia mientras que en Estados Unidos son extendidos para incluir internistas, pediatras, obstetras / ginecólogos y psiquiatras.

En segundo lugar, la *Atención Médica Primaria*⁵ (AMP) se define como la atención sanitaria a la que tiene acceso directo la población y que se presta por intermedio de médicos generales o de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por pertenencia a grupos determinados de edad y sexo. La AMP constituye una parte de la Atención Primaria en Salud (APS).

La AMP se basa conceptualmente en la longitudinalidad, en su papel filtro (gatekeeper) y en la visión global del paciente. Estos médicos ofrecen continuidad y longitudinalidad, es decir, el seguimiento de problemas concretos de salud y de la persona con el conjunto de afecciones que lo aquejan a lo largo de la vida. La AMP actúa como filtro para la atención especializada.

⁵Ortún, V; et al; (1996), "Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria", *Medicina Clínica*, Vol. 106. nº 3, pp.97-102, Departamento de Economía, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

En tercer lugar, la visión local considera que la *Atención Médica en el Primer Nivel*⁶, debe ser integral, integrada, continua y permanente, activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, participativa, programada y evaluable y finalmente, promotora de actividades docentes y de investigación.

La *integralidad* implica considerar al ser humano desde una perspectiva bio-psico-social. La *integración* relaciona elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación así como reinserción social en las actividades que desarrolla. Todos estos componentes se combinan funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario. Los profesionales de la salud han de trabajar *activamente* en la promoción de la misma y en la prevención de las enfermedades, haciendo especial énfasis en la educación sanitaria.

La *accesibilidad* desde el punto de vista geográfico, económico y administrativo hace referencia a la facilidad con que los pacientes toman contacto con el servicio. El *trabajo en equipo* implica la integración de los trabajadores de la salud. Se espera que la comunidad *participe* en las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud y no ser simplemente objeto de las mismas. La atención médica debe ser *programada y evaluable*, basándose en programas con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos. La *promoción de actividades docentes y de investigación* posibilita la capacitación continua de los profesionales.

3.2.2. Enfoques de renovación de la atención primaria de salud (OPS)

La tabla que sigue⁷ muestra los Enfoques de la Atención Primaria de Salud En general, las percepciones sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud abarcan cuatro categorías principales.

⁶Informe del CIESMU y de la Comisión de Economía y Salud del Sindicato Médico del Uruguay del 14/11/2001, www.smu.org.uy

⁷OPS/OMS, Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, borrador para discusión, Julio 2005

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva	La APS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención primaria	<i>La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar</i>	<i>Un nivel de atención de un Sistema de Salud</i>
Alma Ata "APS amplia"	La declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas "inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros" que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

En Europa y otros países industrializados la APS ha sido primariamente identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud dispuestos para toda la población; en este contexto comúnmente se le conoce como "atención primaria".

En el mundo en desarrollo la APS ha sido preponderantemente "selectiva," concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas. Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque más integral y nacional de la APS (ejemplo, Costa Rica o Cuba).

La posición planteada por la OPS invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles de la salud de los pueblos de las Américas es fundamentar los Sistemas de Salud en la APS.

Fundamentar un sistema de salud en la APS es crear un enfoque abarcador para la organización de sistemas de salud diseñados para mejorar la salud de

la población y maximizar la equidad. Tal enfoque hace que el derecho a la salud sea el valor orientador del sistema de salud, alinea las estructuras y funciones del sistema para lograr la equidad en salud y la solidaridad social, y es puesto en operación a través de un conjunto de principios y elementos centrales. A su vez, estos elementos se enlazan en el sistema de salud con otros sectores y actores para lograr mejoras en el desarrollo humano que sean equitativas y sostenibles.

La APS puede actuar como el fundamento del sistema de salud mediante una serie de acciones como el establecimiento de políticas, programas y prioridades que permitan responder a las necesidades reales de salud de la población; a través de la lucha contra la exclusión social mediante la creación de vínculos sinérgicos dentro del sector salud y otros sectores; y a través de la disposición de un punto central, con claras líneas de autoridad, responsabilidad y rendición de cuentas, que sirva para la integración de las actividades económicas y sociales entre los sectores.

La esencia de la definición de renovación de la APS sigue siendo la misma que soporta la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, la nueva definición se enfoca sobre el conjunto del Sistema de Salud; incluye a los sectores públicos, privados y sin ánimo de lucro y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y los derechos humanos; e incorpora principios nuevos como los de respuesta a las necesidades de salud de la población, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad orientación hacia la calidad y justicia social. La APS no es un conjunto de servicios de salud definido de antemano, en la medida en que los servicios deben establecerse en respuesta a las necesidades de salud.

La APS tampoco puede ser definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que la clase de personal se debe definir de acuerdo con los recursos disponibles y con las preferencias culturales. Por el contrario, ha sido deseable especificar un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden ser medidos y evaluados y que constituyen una aproximación cohesionada y lógica que permite cimentar firmemente los sistemas de salud en el enfoque de APS. El marco de referencia propuesto reconoce que la APS es más que servicios de salud en sentido estricto; su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

3.3. Sistema de Remuneración: Capitación como forma de pago

La estrategia que privilegia el primer nivel de atención se puede ver fortalecida por diversas vías. Una de ellas es la elección de un mecanismo de reembolso a sus recursos humanos que permita asociar el pago a aspectos vinculados con la responsabilidad y la calidad de la atención a la población cubierta, con los incentivos adecuados para un manejo eficiente de los recursos financieros.

El pago por capitación permite combinar un componente fijo de retribución con un factor variable que puede asociarse a la calidad de la atención que el EBS brinda al conjunto de personas sobre las que tiene responsabilidad sanitaria.

La capitación⁸ prospectiva es un método de financiamiento mediante el cual los proveedores de atención de salud reciben un pago predeterminado por cada paciente que se registra con ellos. *A su vez, los proveedores acuerdan entregar servicios específicos a cada miembro de la población definida, según se requiera, durante un período estipulado contractualmente.*

El mecanismo capitativo puede adquirir diversas formas que pueden agruparse en dos bloques:

Capitación parcial: significa que las tarifas y presupuesto determinados por capitación en forma prospectiva sólo se aplican a algunos servicios entregados por un profesional, un equipo de salud, un establecimiento médico, o una red de establecimientos contratados. Todos los demás servicios se reembolsan fuera del presupuesto de capitación, aún cuando sus tarifas no se hayan acordado por anticipado.

Capitación completa (total): significa que el pago por capitación cubre todo el conjunto de servicios negociado entre un comprador y un proveedor (profesional, equipo de salud, establecimiento, etc.). Estas prestaciones pueden ser lo suficientemente integrales como para incluir hospitalizaciones de emergencia, hospitalización planificada, hospitales de atención diurna, incluyendo procedimientos quirúrgicos menores, consultas de pacientes ambulatorios y visitas domiciliarias, inmunizaciones, planificación familiar y promoción de salud, prescripciones de medicamentos y atención dental.

En cualquiera de los casos, la capitación como mecanismo de retribución implica la exposición a los proveedores de atención a los riesgos y consecuencias de gastar más que el presupuesto predefinido y pagado por anticipado. Los elementos que tienen impacto sobre la magnitud del riesgo financiero que recae sobre el médico son básicamente tres:⁹ el espectro de servicios que se incluyen en el contrato (por ej. medicamentos, análisis clínicos, etc), la especialización del médico que acepta este tipo de contratos y el estado de salud del conjunto de pacientes que atiende cada equipo.

En suma, se desprenden una serie de incentivos negativos asociados a esta forma de pago. En primer lugar, y lo que es quizás más importante, dado que al médico se le paga por adelantado, la capitación puede provocar una disminución en la calidad de los cuidados de salud brindados, al incentivarlo a restringir los gastos en que incurre por paciente en pos de obtener mayores beneficios económicos. El riesgo financiero presiona al médico a restringir el uso de servicios (de los cuales él se tiene que hacer cargo, en contraposición con un sistema de seguros donde el tercer pagador cubre los costos del tratamiento), y en última instancia, se puede llegar a una situación de subutilización de servicios médicos.

⁸Alexander Telyukov, Ph.D. Guía para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina. Marzo 2001

⁹ Fleiss, Pablo; Urrestarazu, Inés. El mercado de la salud uruguayo en la última década: cambios en el sistema de remuneración de los médicos e incentivos económicos. IX Jornadas del BCU 1996

En segundo lugar, como ya se ha mencionado, si la capitación cubre únicamente los servicios que proveen los médicos de cuidado primario, éstos tienen incentivos a referir al paciente a especialistas, ya que de esta forma reducen los costos de atención restringiéndolos a aquellos asociados a las consultas de diagnóstico y evitan los asociados al tratamiento. Así, se reducen los gastos en que se incurre por cada paciente y el patrón de utilización de los recursos se ve afectado.

En tercer lugar, en la medida que un panel de pacientes más sano ocasiona menores costos para el médico, éste tiene incentivos a realizar una selección de riesgo. Toda vez que un conjunto de pacientes más sanos implica menores costos de atención y por tanto mayores beneficios, los médicos pueden enfocar sus esfuerzos en la selección de pacientes relativamente sanos o con menores riesgos asociados (*cream skinning* en inglés), lo que evidentemente afecta la equidad y eficiencia del sistema de salud.

De lo anterior se desprende la importancia de complementar este sistema con mecanismos de retribución (monetarias y no monetarias) variables que intenten corregir estos incentivos negativos. De esta manera es posible combinar el pago prospectivo por capitación, con componentes variables asociados a la calidad y al grado de resolutivez así como corregir las propias cápitas por algún criterio asociado al riesgo del usuario, que puede ser por ejemplo, la edad y el sexo.

3.4. Modelo organizativo y alcance de la propuesta¹⁰

3.4.1. Orientar los servicios hacia la atención primaria

La atención primaria (AP) se relaciona con una *menor tasa de mortalidad* general y por género; *menor mortalidad prematura* por todas las causas; reducción de la mortalidad prematura específica que originan importantes causas de muerte prevenibles o tratables como asma, bronquitis, enfisema, neumonía, enfermedad cardiovascular y coronaria.

Ajustando por otras variables que son consideradas determinantes de salud (demográficas, nivel de ingreso, estilos de vida, utilización de servicios) se mantiene un impacto positivo sobre la salud aunque más reducido. En lo que refiere al *gasto*, se comprueba que el ambulatorio es menor, aún cuando la evidencia no es contundente si se lo analiza desde una perspectiva global.

El objetivo central consiste en alcanzar una mayor *calidad de la atención*, entendida como el “grado en el cual los servicios dirigidos a los individuos y a la población incrementan la probabilidad de obtener resultados deseados y consistentes con el nivel de conocimiento científico actual”; siendo clave como

¹⁰ Introducción conceptual desarrollada por la Dra. Marisa Buglioli con motivo de la realización del primer estudio sobre Equipos Básicos de Salud en el primer nivel de atención, junto con el Ec. Luis Lazarov, en el marco de la preparación de la 8ª Convención Médica Nacional, 2004.

“aporte desde los servicios de atención médica a la mejora de la salud y calidad de vida”; y “logrando eficiencia en la producción de la actividad”.

3.4.2. Integración de la atención médica en el primer nivel de atención (especialidades básicas).

Se hará hincapié en las actividades que este equipo debe desarrollar sobre la salud individual y familiar en lo que se da en denominar "acto médico". Las actividades sobre la salud colectiva, con fuerte componente de *coordinación multi-sectorial*, no será considerado en esta propuesta, pero dada la importancia de las mismas sobre la salud de las personas se entiende necesario dejar constancia expresa.

3.4.3. Equipo Básico de Salud (EBS) de Atención Primaria (AP).

Tal como fuera planteado en el Punto 3.2, la *atención médica primaria* se define como la atención a la que tiene acceso directo la población y que se presta por equipos de salud cuyos pacientes no se seleccionan por patologías específicas, técnicas concretas, ni por pertenecer a grupos determinados de riesgo.

Médicos generales, pediatras y ginecólogos mantienen una relación denominada "*longitudinal*" con los individuos y familias, siendo responsables del cuidado de la salud a través de acciones curativas, preventivas, de educación, abarcando diversos episodios de morbilidad a lo largo de la vida de los individuos¹¹. La *longitudinalidad* es el seguimiento de las personas con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de la vida. La visión *longitudinal* requiere que un médico oficie de filtro en los otros contactos con el sistema.

En función de lo expresado, se propone que el EBS esté integrado por estas tres especialidades médicas junto al personal de enfermería.

3.4.4. EBS como puerta de entrada al sistema

La formación del médico de AP apunta a dar respuesta a pacientes con baja probabilidad de presentar una enfermedad rara o grave, mientras que la acción de los *especialistas* se centra en personas que tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno o daño. Cuando la población *accede directamente al especialista*, se realizan pruebas diagnósticas a un grupo de pacientes con baja

¹¹ Investigación sobre el impacto de AP realizado con datos de 18 países durante las últimas tres décadas: Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes Within Organization for Economic Cooperation and Development Countries. Health Serv. Res. 2003; 38:831-65. Se construye un índice que mide el grado de desarrollo de la AP a partir de 10 indicadores. Se evalúan las características de: *longitudinalidad, coordinación entre niveles, orientación familiar-comunitaria, regulación para garantizar acceso.*

probabilidad de tener enfermedad y hay resultados llamados *falsos positivos*, como consecuencia pruebas innecesarias, sufrimiento de pacientes y familia, y gasto injustificado (sistema e instituciones)

Parece más aceptado y justificado etiquetar de enferma a una persona sana, e intolerable etiquetar de sana a una persona enferma. Actualmente se está incorporando cada vez más el estudio del daño médico generado por errores de "comisión" y no sólo por omisión. Los datos son bastante contundentes sobre las ventajas de un primer contacto con el sistema de salud a través de un mismo médico para minimizar la carga que significa para la sociedad el problema de sobre-utilización de recursos y servicios.

A su vez, al identificar un EBS de referencia, éste dispone de más información sobre el usuario y su entorno, las decisiones clínicas son más eficientes, y mejora la relación médico-paciente así como la satisfacción de este último.

Pero el papel de filtro es controvertido, ya que cuando se ha permitido tradicionalmente el libre acceso a especialistas, se puede entender como pérdida de tiempo hacer en dos etapas lo que podría ser resuelto en menos tiempo. El impacto del filtro depende entre otras cosas de si el principal objetivo es contener costos (cautela con la baja utilización de consultas especializadas) y de cuales son los incentivos económicos del EBS (en particular si se asocian incentivos económicos a la restricción del acceso a otros servicios).

Entre los países que cuentan en su sistema sanitario con médico general como puerta de entrada resaltan España, Cuba, Costa Rica, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Finlandia, y las "HMO" de EEUU. En Italia y España, hay libre acceso a dentista, pediatra, ginecólogo y oftalmólogo. En Canadá, la función de filtro se fuerza a través de un mecanismo que implica menor reembolso al especialista cuando recibe directamente al paciente. En Suecia se está reformando el sistema para potenciar el papel de filtro del médico general.

En Uruguay hay antecedentes, y se entiende que la incorporación del papel de "filtro" a través de EBS debería ser progresiva, generando incentivos al profesional y al usuario para su aceptación. No parece apropiado establecer una "prohibición" en el acceso directo a los especialistas de un día para otro, cuando la práctica hegemónica por años fue promover la medicina especializada.

3.4.5. Coordinación entre niveles.

Los EBS forman parte de una oferta integrada de servicios en la que se prioriza la continuidad en la asistencia, identificando un responsable de los buenos / malos resultados obtenidos a partir de la atención médica recibida, disminuyendo la posibilidad de barreras en el acceso entre niveles (en estructuras con distinta dependencia institucional existe un incentivo a derivar a "otros" todas las prestaciones que sea posible con la finalidad de contener los costos).

La opción de promover la coordinación entre efectores dependientes de diferentes estructuras jurídico-administrativas tiene una larga historia de dificultades para establecer y asignar responsabilidades y recursos, y dar respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios.

La fuerte posibilidad, según se desprende de los lineamientos generales propuestos en la reforma, de mantener prestadores integrales como pilar del sistema, fortalece la posibilidad de que el *primer nivel* se desarrolle en el marco de estructuras asistenciales que permitan minimizar los riesgos de sacrificar la longitudinalidad y continuidad asistencial.

3.4.6. Fortalecer la AP a partir del cambio en las condiciones de trabajo médico

La restricción de partida es que no se puede seguir aumentando el gasto en salud, con fundamento vinculado a la ética social (uso alternativo de los recursos). Este tipo de planteo tiene su costo, en particular si las preguntas / respuestas son: ¿qué prestaciones dar? => todas; ¿a qué precio? => gratis; ¿en qué lugar? => todo el país; ¿para quienes? => todas las personas. La alternativa consiste en realizar evaluaciones a partir de estudios costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad.

Se requiere quebrar el círculo vicioso de la mala AP, en la que predomina una baja estima social, formación inadecuada, baja remuneración y rivalidad intensa con la parte más espectacular y reconocida de la medicina desarrollada en los centros hospitalarios.

Para romper este círculo se requiere de una organización profesional que acuerde sobre los “beneficios de una atención basada en la AP”, formación adecuada, regulación que establezca cual es la puerta de entrada al sistema de salud oficiando de filtro para las especialidades con un conjunto de incentivos (económicos, organizativos, profesionales) para conseguir tal fin.

3.4.7. Capitación como forma de pago

Se propone el pago por capitación combinando un componente fijo de retribución con un factor variable que puede asociarse a la calidad del proceso asistencial que el EBS desarrolla hacia el conjunto de personas sobre las que tiene responsabilidad sanitaria.

La elección de éste mecanismo de reembolso a los recursos humanos fortalece la estrategia que privilegia el primer nivel atención, asociando el pago a aspectos vinculados con la responsabilidad y la resolutivez de la atención a la población cubierta contemplando los incentivos adecuados para un manejo eficiente de los recursos.

La cápita se compone entonces:

Cápita = Componente Fijo (70%) + Componente Variable (30%)

El componente fijo puede incluir diferentes etapas y servicios del proceso asistencial como ser: medicamentos, análisis clínicos, gastos de consultorio, entre otros. En esta primera etapa se incorpora al componente fijo solamente las remuneraciones, dejando abierta la posibilidad de incluir en un futuro los restantes factores.

Los componentes variables pueden ser individuales y colectivos. Dentro de los primeros se incluyen: el grado de resolutivez por ejemplo, hacerse cargo del primer pase a especialista, el cumplimiento de programas, dedicación exclusiva, informatización de historias clínicas, recetas y pases a especialista, entre otros. El componente colectivo puede incluir premios a la captación por parte del EBS de núcleos familiares y/o el cumplimiento de programas sanitarios específicos. Este incentivo tiene como objetivo estimular el trabajo en equipo por sí mismo y tendrá un peso ínfimo en la cuota parte variable de la cápita.

4. Metodología

Se propone realizar un estudio que, partiendo de las necesidades sanitarias de la población, reoriente el trabajo y reasigne los recursos, en una primera etapa para el área ambulatoria. El diseño contempla incentivos que le imprimen una dinámica de desarrollo y fortalecimiento al primer nivel consistente con los cambios propuestos.

En suma, los ejes centrales de este trabajo serán las necesidades sanitarias de la población y el mercado de trabajo.

4.1. Etapas de elaboración del modelo.

Se establece una imagen objetivo para la actividad de los RRHH en el primer nivel de atención con un horizonte de mediano y largo plazo para todo el país, sin diferenciar según ubicación geográfica (por ejemplo, Montevideo de Interior) ni de acuerdo al régimen de cobertura o propiedad de los servicios asistenciales (por ejemplo, público de privado).

Para su configuración, se trabaja por etapas o módulos, partiendo de la situación actual, planteando un primer *modelo restringido* (tanto en las categorías que conforman el EBS como en las actividades que desarrollan en el primer nivel de atención), para luego generar *nuevos modelos* a partir de la expansión de los EBS (por ejemplo, incorporando la salud bucal, la salud mental, la fisioterapia, la asistencia social, etc.) y/o el desarrollo de actividades adicionales (por ejemplo, la domiciliaria) en el primer nivel de atención.

A su vez, el mecanismo metodológico por módulos acumulativos se puede convertir en un proceso de simulación de etapas sincronizadas cronológicamente. Cada módulo parte del precedente y agrega nuevos elementos en un continuo que puede considerarse temporal, como parte de –o en proceso hacia– la imagen objetivo.

Los factores críticos en la diferenciación de las etapas son fundamentalmente dos:

4.1.1. Integración y funcionamiento del Equipo Básico de Salud (EBS):

La conformación de los EBS requiere de ciertos equilibrios en su constitución, organización y funcionamiento laboral e institucional. Estos requisitos se refieren al plano técnico, administrativo, y hasta motivacional para el trabajo en equipo.

El núcleo básico del EBS en la *versión restringida* de la primera etapa se compone de Médico General (MG) o de Familia (MF), Pediatra, Gineco-obstetra (GO), Licenciado en Enfermería (LE), Auxiliar de Enfermería (AE).

Se desarrollará en modelos posteriores la incorporación de otras prestaciones y el personal correspondiente al EBS del primer nivel de atención, como por ejemplo fisioterapia y rehabilitación, salud bucal, salud mental, Asistente Social (AS), Administrativo.

Los distintos EBS se integran, en una primera etapa, por médicos de familia, médicos de medicina general (coexistirán egresados recientes con médicos de antiguas generaciones con diversa formación y motivación), así como pediatras, ginecólogos, y personal de enfermería. La diversidad de profesiones, formaciones, experiencias, etc. vuelve necesaria la creación de espacios de formación para el reperfilamiento y la reorientación del personal hacia una actividad cualitativamente diferente a la que venía desarrollando en el primer nivel de atención.

Existe un conjunto de aspectos relevantes que hacen al diseño de la organización y el funcionamiento de los EBS: la población que se asigna a cada uno para el cuidado de la salud, el modo en que la captan, la forma en que se constituyen los EBS (libremente, por afinidades, por definición institucional, etc.), los equilibrios internos en cuanto a calidad y experiencia del recurso humano, la participación de residentes, el carácter de “puerta de entrada” y los mecanismos de acceso a las especialidades, los grados de resolutivez con que cuentan, la libertad de elección del usuario y los mecanismos de movilidad entre EBS de una misma institución, el espacio físico en que atienden y desarrollan su actividad en equipo, etc.

4.1.2. Modalidades de atención.

En el primer nivel de atención se desarrolla la *actividad ambulatoria* (policlínica), en la que se atiende la consulta espontánea y la programada, y la *actividad domiciliaria* no urgente (conocida como *radio*) y la urgente, las que según el nivel de agregación determinan diferencias entre los modelos analizados.

Para la *primera etapa (versión restringida)* se diseña un modelo en el que se analiza únicamente la actividad de *policlínica*, tomando para ello la consulta programada (deber ser) y la espontánea.

Para los *modelos siguientes* se incluye la *actividad ambulatoria en su conjunto*, articulando en el primer nivel de atención la modalidad de policlínica centralizada con la actividad de consulta domiciliaria no urgente (espontánea), actividad domiciliaria programada, etc.

4.1.3. Variables.

Las variables se pueden analizar teniendo en cuenta si son de cantidad o valor monetario por un lado, y si son exógenas (vienen dadas) o endógenas (las define las condiciones del modelo) por el otro.

En el primer agrupamiento, se incluyen:

- *De cantidad*: N° de horas de trabajo por unidad de tiempo (ejemplo, por día); N° de actos (o componente variable) por unidad de tiempo (ejemplo, por hora); N° de días de trabajo a la semana y al año; N° de cargos por categoría laboral del EBS, y N° de controles *necesarios* por persona y por año.
- *De valor monetario*: Precio por hora (salario); precio por acto (o componente variable del que se trate); precio por cargo y categoría laboral del EBS.

El otro agrupamiento refleja variables cuyo valor se determina a priori en forma discrecional (exógenas), y variables cuyo valor resultará de las relaciones propias del modelo (endógenas).

- *Variables exógenas*: Población nacional, N° de controles *necesarios* (espontáneos y programados) por persona y por año, N° de horas de trabajo por unidad de tiempo (ejemplo, semanales) por individuo; N° de actos por hora médica.
- *Variables endógenas*: N° de EBS en actividad de policlínica (diferenciado por especialidad y categoría laboral); población de referencia por EBS (diferenciado por especialidad y categoría laboral); retribución potencial por integrante del EBS¹² (ejemplo, retribución mensual con componentes fijos y variables); gasto total en remuneraciones.

4.1.4. Necesidades sanitarias de la población

El punto de partida del modelo lo constituyen los **critérios** con que se determina la actividad de cada componente del EBS a partir de las *necesidades sanitarias de la población* (en rangos que se definen por cantidades de máxima y de mínima).

El método consiste en clasificar a la población del país según edad y sexo, y estimar las consultas esperadas según las necesidades asistenciales predefinidas (por ejemplo, el mínimo y el máximo de consultas gineco-obstétricas de una mujer durante su embarazo, o el N° de controles al año por afiliado para mujeres mayores de 15 años), para las categorías profesionales incluidas en los EBS en el *modelo restringido* (primera etapa).

Para los restantes modelos (etapas posteriores) el procedimiento metodológico es el mismo, incorporando a los nuevos integrantes del EBS y las modalidades de trabajo correspondientes en el primer nivel de atención.

¹² Las cantidades que refieren a las condiciones laborales son exógenas (horas de trabajo diarias, actos por hora, etc.), pero los precios unitarios no se modifican (hora de trabajo, acto, etc.), son los que establece el Laudo 1965 y Convenios 1993 y posteriores, a partir de lo cual se considera endógeno el resultado de las retribuciones respectivas, es decir, las cantidades por los precios unitarios.

4.1.5. Condiciones laborales y abatimiento del multiempleo

El modelo presupone el cambio de las condiciones laborales como factor crítico, en el marco de un proceso progresivo de concentración del trabajo. En el plano de la actividad médica, resulta impensable que pueda procesarse un cambio profundo y sostenido del modelo de atención mientras, a modo de ejemplo, la actividad médica de policlínica en las IAMC según el Laudo de 1965 y los Convenios posteriores contempla cargos de 26 horas mensuales, con un máximo de 10 minutos por paciente (6 pacientes en la hora) para la enorme mayoría de las especialidades.

Cada **supuesto** sobre las *nuevas condiciones laborales*¹³ abarca las dimensiones asociadas al *valor hora* de trabajo por especialidad y categoría laboral, el *monto mensual* de referencia que percibiría el personal de los EBS, y el *costo global* del programa¹⁴.

Los pilares conceptuales para la concentración del trabajo se asocian a la *ampliación de la carga horaria* con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y concentrar empleo; la incorporación en la carga horaria de *actividades que se agregan a las de atención directa* – como ser formación permanente, docencia, investigación, organización interna, coordinación con el EBS y los especialistas, administración, etc.–; la *disminución del N° de pacientes atendidos por hora* en el caso de la atención directa; y una *contrapartida monetaria* en consonancia con los cambios planteados, sujeta a las restricciones de los recursos existentes tomados como base para el proceso de transición¹⁵.

Tanto en el *modelo restringido* (primera etapa) como en los *modelos subsiguientes*, se realizan supuestos sobre el N° de horas de trabajo diarias y semanales por integrante del EBS, N° de actos (o del componente variable del que se trate) por unidad de medida temporal (por ejemplo, por hora) y por integrante del EBS.

¹³ Los supuestos permiten determinar variables de cantidad y despejar valores monetarios.

¹⁴ En el supuesto que hace referencia a la situación actual sólo se explicita esta tercera dimensión.

¹⁵ Si bien los precios unitarios no varían (Laudo 1965 y Convenios posteriores), al modificarse las condiciones de trabajo (cantidades), varían los montos o valores de retribución (valor de retribución mensual).

5. Principales Resultados

5.1. Fuentes de Datos

Los datos con los que se trabajará serán de ASSE y de las IAMC, asumiendo que son similares al resto de las instituciones que se encuentran dentro de cada sub-sector.

- *Sub-sector Público.* Para los datos de ASSE se solicitó información a la Dirección del **RAP**, a la Dirección del Hospital de Salto, y a la División Salud de la IMM. Se consideraron también datos de Tacuarembó obtenidos por Mildred Lima. En definitiva, se tomará como muestra para Montevideo el SSAE y las policlínicas de la IMM y para el Interior los Departamentos de Salto y Tacuarembó.

Se obtiene de estas fuentes: el N° de consultas anuales por especialidad y el N° de médicos que las realizan. Los costos asociados a estas actividades se estiman en base al salario promedio por especialidad (Lotus Notes de ASSE).

El N° de usuarios se obtiene del registro único de usuarios.

Los datos del RAP, IMM, Salto y Tacuarembó se utilizan para el universo público que está compuesto por ASSE, Sanidad Policial y Sanidad Militar. El resto de los prestadores públicos se incluyen en el sub-sector privado ya que tiene características en términos de gasto y régimen de trabajo más similar a este último que al propio sector público.

- *Sub-sector Privado.* En este caso se parte de los datos de las IAMC y se expanden para el universo del sub-sector privado que incluye también a los seguros privados y prestadores públicos que no se asimilaron a ASSE.

Para las IAMC se tomará como base el último relevamiento de RRHH, seleccionando de allí como muestra las instituciones que tienen la información más completa. De este relevamiento se obtiene la información acerca del N° de actos por hora y por especialidad, nivel de atención y el costo asociado.

Además se cuenta con la información de actividad del SINADI.

- *Datos internacionales.*

Entrevistas: A los efectos de validar los valores de las variables exógenas asociadas al número de consultas y al tiempo esperado de las mismas por especialidad, se consideran los resultados de las entrevistas realizadas a los distintos actores.

5.2. Resumen de la propuesta

Los aspectos centrales de la propuesta son:

- i) **Ampliación de la carga horaria** con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando empleo.
- ii) Incorporación en la carga horaria de actividades que pertenecen a la atención directa si bien pueden no ser efectuadas en presencia del paciente – como ser **investigación, formación, coordinación**, etc –
- iii) **Disminución del número de pacientes atendidos por hora** en el caso de la atención directa en consultorio.
- iv) **Contrapartida monetaria** en consonancia con los cambios planteados.
- v) Cambio en el sistema de remuneración hacia el **pago por capitación a todo el EBS.**

5.3. Escenarios.

Los distintos escenarios se diferencian en el criterio adoptado para considerar el número de consultas del “deber ser”:

E1. Consultas que actualmente se realizan por tramo etéreo y por subsector

E2. Consultas planteadas por los distintos especialistas que fueron entrevistados

E3. Consultas basadas en pautas internacionales (Andalucía por resultar comparable).

5.4. Supuestos.

Cada escenario incluye dos supuestos:

- 1. Mantenimiento de la lógica del mercado de trabajo actual (Laudo 1965 y convenios posteriores).
- 2. Reforma del mercado de trabajo con cambios en la extensión y contenido de la jornada de trabajo y el número de consultas por hora.
 - 2.1. Manteniendo el valor hora actual
 - 2.2. Manteniendo fijo el salario total

SUPUESTOS	ESCENARIOS =>	E1. Consultas Actuales	E2. Consultas Entrevistas	E3. Consultas Internacionale s
S1 Situación Actual Mercado de Trabajo				
S2 Reforma mercado de trabajo • Cambios en la extensión y el contenido de la jornada laboral • Número de consultas por hora	S2.1. Valor hora constante			
	S2. 2. Salario total constante			

5.5. Variables.

Las variables de análisis son:

Variables exógenas:

- Población

Población	MG	Ped.	Gin
	2.489.579	751.424	678.628

- Número de consultas esperadas por persona por año, que se modifican según los distintos escenarios.

	MG	Ped.	Gin.
E1	1,44	4,21	0,75
E2	1,61	3,23	2,27
E3	7	5	2

- Número de horas semanales por médico para atención directa en policlínica.

	MG		Ped.		Gin.	
	IAMC	ASSE	IAMC	ASSE	IAMC	ASSE
Situación Actual	6	20	6	16	6	16
Situación Propuesta*	29		29		29	

- Cargo completo incluye 8 horas diarias (de lunes a viernes) y 4 horas los sábados, lo que totaliza 44 horas semanales de las cuales 29 son de policlínica y las restantes de domicilio (estas últimas no consideradas en el análisis).

- Número de pacientes atendidos por hora

	MG		Ped.		Gin.	
	IAMC	ASSE	IAMC	ASSE	IAMC	ASSE
Situación Actual	4	1	4	1	5	3
Situación Propuesta	4		3		4	

- Salario, valor hora o salario total de acuerdo al supuesto que se trate.

		MG		Ped.		Gin.	
		IAMC	ASSE	IAMC	ASSE	IAMC	ASSE
Situación Actual	Valor Hora	303	96	339	84	421	109
	Salario	7.884	7.675	8.805	6.705	10.958	8.717
Situación Propuesta(*)							
S2.1. Valor hora constante	Valor hora	184		205		256	
	Salario	29.181		32.586		40.556	
S2.2 Salario constante*	Valor hora	157		157		157	
	Salario	24.886		24.886		24.886	

(*) Sin domicilio

*Cargo completo incluye salario de \$30.000 mensuales de los cuales \$24.886 corresponden a policlínica y los restantes a domicilio.

VARIABLES ENDÓGENAS:

- Número de médicos para policlínica
- Número de EBS
- Población de referencia por médico
- Gasto total

Los datos se presentan en las tablas de resultados.

5.6. Principales resultados.

Partiendo de la estructura planteada anteriormente se presentan a continuación los principales resultados de las variables endógenas

Variables endógenas de dotación.

Número de EBS.

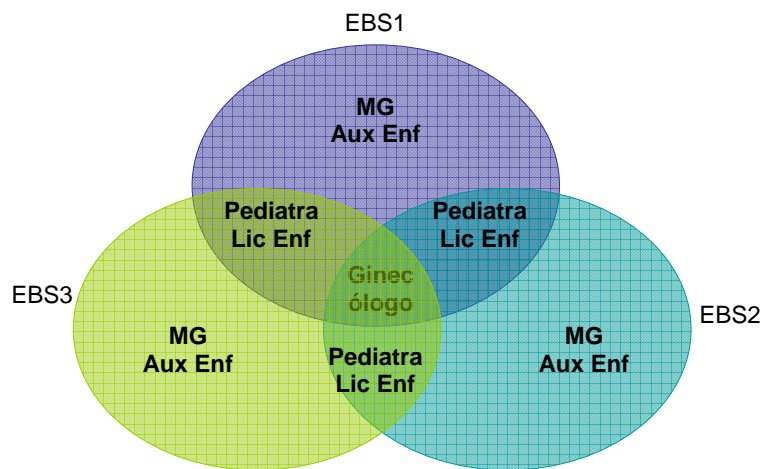
El primer dato relevante es el número de EBS que se conforma en cada escenario en los respectivos supuestos. Así vemos que en todos, la relación EBS población de referencia se invierte cuando pasamos del supuesto 1 al supuesto 2. En el primer caso, la cantidad de EBS oscila entre los 3.032 y los 14.086 con una población de referencia que se ubica en el rango de 170 a 2000 personas, dependiendo de la especialidad y el escenario. El extremo superior llama la atención por su alto guarismo pero evidencia la distancia que tenemos actualmente con el escenario internacional. En el segundo supuesto, esta relación se invierte en todos los escenarios, disminuyendo el número de EBS a valores del entorno de los 700 y aumentando la población de referencia (entre 800 y 2000 personas según el caso). La causa principal de esto último radica en la extensión de la jornada de trabajo.

	E1. Consultas Actuales					E2. Consultas Entrevistas					E3. Consultas Internacionales				
	MG	PED	GINE	A.E.	L.E.	MG	PED	GINE	A.E.	L.E.	MG	PED	GINE	A.E.	L.E.
S1. Mercado de trabajo actual															
Nº de cargos	3.032	1.842	687	1.513	335	3.386	1.321	1.571	1.513	335	14.086	2.062	1.724	1.513	335
Nº de EBS p/ cargo	1	2	4	1,61	7,04	1	3	2	2,18	9,78	1	7	8	9,24	41,58
EBS	3.032	3.032	3.032	3.032	3.032	3.386	3.386	3.386	3.386	3.386	14.086	14.086	14.086	14.086	14.086
Población de referencia	821	408	2.230			735	569	915			177	364	818		
S2. Reforma mercado de trabajo															
Nº de cargos	619	330	197	619	310	693	559	549	693	346	2.883	883	512	2.883	1.441
Nº de EBS p/ cargo	1	2	3	1,00	2,00	1	1	1	1,00	2,00	1	3	6	1,00	2,00
EBS	619	619	619	619	619	693	693	693	693	693	2.883	2.883	2.883	2.883	2.883
Población de referencia	4.022	2.280	6.836			3.594	1.345	2.900			864	851	2.592		

MG: Medicina General
 PED: Pediatría
 GINE: Ginecología
 AE: Auxiliar de Enfermería
 LE: Licenciada en Enfermería

Número de cargos.

Si analizamos al interior de los EBS, vemos que si bien los cargos de las distintas categorías son similares (misma carga horaria, similar n° de actos por hora, etc), los mismos pueden distribuirse en más de un EBS. Esto último depende de las necesidades sanitarias de la población de referencia de cada uno en el caso de los médicos y de los supuestos de partida en el caso de enfermería. A modo de ejemplo, en el escenario 1 bajo el supuesto 2, el médico general trabaja en un sólo EBS al igual que el auxiliar de enfermería, el pediatra así como la licenciada en enfermería en dos y el ginecólogo en tres



(ver gráfico). El número específico de EBS en los que debería desempeñarse cada cargo varía de acuerdo a los escenarios en la medida que se modifica la estimación de las necesidades sanitarias de la población, y entre el supuesto 1 y 2, en la medida que se alteran las condiciones de trabajo.

Otra forma de analizar los resultados acerca de los EBS es en términos de los puestos de trabajo. Bajo el supuesto 1, el número de cargos necesarios para satisfacer las necesidades sanitarias de la población no coincide con el número de personas empleadas en la medida que existe multiempleo. En el caso del supuesto 2, el número de cargos necesarios para cubrir los EBS coincide con el número de personas necesarias en la medida que se supone concentración de empleo absoluta. El pasaje de un supuesto a otro implica fusionar cargos pero no necesariamente generar desempleo, en la medida que existe concentración de empleo. Este pasaje hacia la concentración de empleo será uno de los puntos principales en el análisis de la transición.

Población de referencia.

En la determinación de la población de referencia, las variables fundamentales son el número de consultas anuales de las distintas poblaciones de referencia y el régimen de trabajo que determina el número de médicos y el número de consultas que los mismos pueden realizar en la jornada laboral. De esta manera, la población de referencia de las especialidades variará entre los distintos escenarios y entre el supuesto 1 y 2.

En el escenario 1, vemos que el ginecólogo es el que tiene una mayor población de referencia, situándose el pediatra en el polo opuesto. Esta relación entre especialidades se mantiene al pasar al supuesto dos si bien aumentan las cifras absolutas. En este escenario, si bien los que tienen un mayor número de consultas por individuo son los pediatras, al considerar el total de población cubierta por las especialidades es medicina general el que presenta los mayores guarismos. De todas formas, al combinar el número de consultas con el régimen de trabajo, vemos que bajo el supuesto 1 es ginecología el que tiene una población de referencia mayor por médico, seguido por medicina general, relación que se mantiene bajo el supuesto dos aunque la diferencia entre uno y otro se reduce.

En el escenario 2, en el que las consultas del deber ser surgen de las entrevistas, se observa que la relación por especialidades es igual a la anterior en el caso del supuesto 1. En este caso, las consultas anuales aumentan para todas las especialidades, aunque con diferentes intensidades. La relación entre especialidades se ve modificada al pasar al supuesto dos, quedando medicina general con una población de referencia mayor y pediatría en el polo opuesto. Esto está determinado en primer lugar por las diferencias en términos del número de consultas esperadas por individuo, pero principalmente por el cambio en la jornada laboral, en la cantidad de consultas por hora. Por ejemplo, en el caso de medicina general se pasaría de atender a menos de tres pacientes por hora a atender cuatro.

Variables endógenas monetarias.

Las variables endógenas a analizar son las que se refieren a las remuneraciones: valor hora o salario, según sea el supuesto 2.1 o 2.2 y la brecha de costos con respecto al gasto actual.

En el cuadro siguiente se presentan los incrementos de los costos de acuerdo al gasto actual en remuneraciones en policlínica. De los resultados se desprende que los cambios en el mercado de trabajo no constituyen la causante principal del aumento de costos. Por el contrario, la explicación puede encontrarse más bien en la variación en el número de consultas (deber ser) que dan lugar a los distintos escenarios (E1, E2 y E3).

Sectores	E1 Cons Actuales		E2 Cons Entrevistas		E3 Cons Internacionales	
	Médico	Enfermería	Médico	Enfermería	Médico	Enfermería
S1. Mercado de trabajo actual						
Incremento del gasto	6%	17%	28%	17%	242%	17%
S2.1. Reforma mercado de trabajo valor hora fijo						
Incremento del gasto	-12%	-28%	46%	17%	221%	235%
S2.2 Reforma del mercado de trabajo salario total fijo						
Incremento del gasto	-31%	-24%	8%	-15%	156%	254%

Este resultado se constata con claridad cuando se mantienen las condiciones laborales actuales (primer supuesto) y aumenta el costo en remuneraciones para todos los escenarios (los que varían según el “deber ser” en términos de consultas). Esta conclusión se refuerza cuando se modifican las condiciones en el mercado laboral y bajo el supuesto 2.2 el aumento en los costos es aún menor en todos los escenarios que cuando no variaban las condiciones del mercado de trabajo. En síntesis, el aumento de los costos de un escenario a otro se produce principalmente porque aumenta el número de consultas del “deber ser”.

Queda de manifiesto entonces, al comparar los escenarios, el bajo número de consultas que los recursos humanos involucrados realizan en la actualidad, lo que implica entonces un aumento en la actividad. Este incremento se debe financiar con recursos nuevos. Sin embargo, los aumentos globales de costos son en parte financiados por los excedentes que se generan en algunos sectores, tal como surge del cuadro, lo que hace que se requiera financiar un monto menor que el aumento de los costos considerados en su totalidad.

6. Transición

6.1. Un escenario dual.

El rumbo hacia un nuevo diseño del mercado de trabajo sanitario que contribuya al cambio de modelo asistencial requiere de alternativas que vuelvan factible su implementación progresiva y negociada.

Aún teniendo en cuenta que resta por incorporar a la imagen objetivo aspectos cruciales que hacen a la constitución de los EBS y su articulación con los diferentes niveles de atención, o a la atención domiciliaria como parte de la actividad de los EBS (tal como fuera mencionado en el punto anterior), lo ya expuesto abre la posibilidad de comenzar a trazar líneas generales que configurarían alternativas para el proceso de transición, sin desconocer que ésta última es condicionada en general por los aspectos críticos de la coyuntura en que se dispone su implementación.

Los derechos laborales adquiridos por el personal sanitario constituyen un factor clave a tener en cuenta para el diseño de las alternativas de transición. En tal sentido, parecería razonable abordar la estrategia de cambio bajo un conjunto de reglas que podrían configurar un **escenario dual** en el que convivirían temporalmente –mientras dura la transición– dos modelos: uno nuevo que regiría a partir de un momento dado y que sería obligatorio para quienes ingresan al mercado de trabajo, el que se aproximaría todo lo que fuera posible a la imagen objetivo propuesta, y otro tradicional que permanecería vigente para quienes ya se encuentran empleados en la actualidad respetándose los derechos laborales adquiridos en todos sus términos.

6.2. Mecanismos a diseñar para el corto plazo

Una vez delineado el formato de la imagen objetivo (nuevas condiciones del mercado de trabajo), vale decir, constitución y tipo de actividad de los EBS, carga horaria, forma y monto de remuneración, pautas del contenido de trabajo de la jornada laboral, etc., se debería establecer un criterio relativamente sencillo que contemplara las condiciones de obligatoriedad para la adscripción al nuevo modelo de quienes no resulten afectados en sus derechos adquiridos.

A modo de ejemplo, todos aquellos que ingresaran por primera vez al mercado de trabajo (siempre que resulte factible identificar esa condición), o accedieran a un nuevo cargo habiendo estado desempleados o bien por haber cambiado de empleo, lo hicieran obligatoriamente bajo las reglas del nuevo esquema (“*sistema EBS*”)

Para quienes permanecen en el sistema actual (“*sistema tradicional*”), es decir, no estuvieran obligados a cambiarse al nuevo esquema, la alternativa que se propone consiste en incentivar su traspaso voluntario a través de mecanismos

de compensación de distinta naturaleza, ponderando primordialmente factores tales como la concentración horaria, la formación, la experiencia en la actividad en que se desempeñan, etc. Se establecerían entonces a priori plazos específicos para la elección de permanencia o traspaso entre los esquemas propuestos.

A su vez, se diseñaría un modelo de articulación progresiva de la actividad ambulatoria, con base en los principios generalmente aceptados como guías para el cambio (universalidad, equidad, continuidad asistencial, calidad comprobada, etc.). En ese contexto se inscribe el necesario ensamble del accionar del primer nivel de las instituciones que brindan una cobertura integral (ASSE, IAMC, etc.) con el de las emergencias médico móviles.

Del modo en que se produzca esa conexión dependerá en buena medida el éxito del proceso de cambio para el primer nivel de atención. La necesidad de alcanzar esquemas negociados de encuentro para la articulación de mercados que se presentan con una profunda fragmentación y fuertes discontinuidades asistenciales requiere del diseño de alternativas en el marco de las nuevas condiciones propuestas para el mercado laboral sanitario.

6.3. Las herramientas necesarias para avanzar

Se requiere contar con recursos adicionales y nueva información para profundizar en el diseño de alternativas que, contando con un respaldo técnico equivalente, faciliten la implementación asociada a la máxima satisfacción posible de los actores directamente involucrados.

Se requiere proyectar en cada etapa los resultados sanitarios, el cambio del modelo asistencial, el equilibrio económico – financiero a nivel sistémico e institucional, el cambio en la ecuación de costos y los incentivos propuestos, los tiempos de duración de los diferentes tramos, la satisfacción de los actores y la resistencia al cambio.

7. Conclusiones

La primera conclusión relevante, vinculada a la construcción de la imagen objetivo, radica en la *dificultad de determinar con certeza las necesidades sanitarias de la población*. En el caso de la medicina general, donde no fue posible obtener protocolos la dificultad es evidente. En las especialidades de ginecología y pediatría, en donde existe un protocolo, la misma estriba en la incorporación de patologías de alta frecuencia que se asocian más a las consultas espontáneas que a las programadas. Este obstáculo desencadenó en la evaluación de distintos escenarios, incluso incorporando rangos de consultas internacionales como punto de comparación.

La estimación de las necesidades sanitarias de la población, considerando por ejemplo factores epidemiológicos que en este caso fueron dejados de lado, e incluso especificidades socioeconómicas de las distintas poblaciones de referencia, implica un trabajo de investigación en sí mismo y no estaba dentro de los objetivos del presente estudio.

En aras de la consistencia es que se resuelve no profundizar en el escenario internacional. Si bien es tomado en cuenta, la brecha que existe actualmente en nuestro país con estos datos en términos de consultas hace que sea inviable plantearse esta imagen objetivo. Es importante conocer los datos y las distancias que nos separan pero la propuesta tiene que tener cierto grado de viabilidad.

En segundo lugar, en lo que respecta al mercado de trabajo, podemos decir que *se logra diagramar un esquema de funcionamiento diferente al actual, que cumpliendo con las premisas planteadas, es consistente con las necesidades sanitarias de la población y las restricciones monetarias*.

El escenario óptimo es el que considera las consultas del deber ser de las entrevistas y las combina con los cambios propuestos en el mercado de trabajo. Lo primero se fundamenta en lo planteado anteriormente para el escenario internacional y en el número excesivamente bajo de consultas realizadas en la actualidad (escenario 1). Este escenario, bajo este supuesto, consideramos es el más consistente en términos de los resultados que brinda, ya sea no monetarios, número de EBS, población de referencia que incluso se acerca a la planteada en su momento para los médicos de familia en ASSE, como también en los resultados monetarios.

Se concluye entonces que los cambios en el mercado de trabajo, más que generar mayores costos ayuda a cubrir mayores necesidades sanitarias con una eficiencia mayor que los laudos actuales.

Por último, se deja abierta la transición, siendo uno de los capítulos menos desarrollados. Quedan planteadas en este sentido diversas interrogantes como ser la forma de funcionamiento de los EBS en la medida que existiría un

sistema dual donde coexistirían regímenes de trabajo distintos para los distintos componentes.

8. Trabajos Pendientes

Si bien el presente estudio implica un avance en comparación con el modelo inicial planteado en 2004, los propios avances generan nuevas áreas a profundizar.

El presente estudio contiene aspectos relevantes que no fueron abordados o bien fueron abordados pero en forma parcial. En este último caso se inscribe el diseño de la imagen objetivo. Su configuración en el trabajo desarrollado no es completa, en la medida en que se deja sin analizar algunos puntos importantes para los resultados esperados.

Un primer aspecto tiene que ver con la **determinación de las necesidades sanitarias de la población**. Como fuera planteado en las conclusiones, cuantificar las necesidades sanitarias de la población en lo que tiene que ver con las consultas programadas y espontáneas, incorporando las patologías más frecuentes es un trabajo que no abordamos pero creemos relevante hacerlo a futuro. Esto si bien sería importante para avanzar sobre este trabajo tiene una importancia epidemiológica en sí misma.

Otro punto tiene que ver con la **integración de los EBS**. Existe un conjunto de categorías laborales y especialidades que deberían analizarse en el contexto de su actividad en el primer nivel de atención y su vinculación directa o indirecta con el accionar esperado de los EBS (fisiatras y rehabilitación, área de salud mental, salud bucal, asistente social, administrativo, etc.) y que no han sido abordados en esta primera etapa del estudio. Este trabajo implicaría no sólo la integración o no de otras actividades sino también la forma en que lo hacen.¹⁶

Un tercer aspecto refiere a las actividades propias del primer nivel de atención que no fueron contempladas en el modelo EBS analizado. Corresponde mencionar fundamentalmente la **actividad domiciliaria** como la principal de las actividades no incorporadas al estudio.

Debe tenerse en cuenta que la incorporación de la actividad de urgencia domiciliaria, y especialmente la de la consulta domiciliaria no urgente, no solo requieren de un estudio concreto de la actividad desarrollada en el marco de las instituciones analizadas (ASSE, IAMC), sino que se trata de estudiar y evaluar mecanismos de ensamble para las acciones que en la actualidad desarrollan las emergencias médico móviles, en particular con una perspectiva finalista del modelo asociada a un proceso de transición específico.

Un cuarto grupo de factores que no han sido analizados o bien no se han explicitado adecuadamente en el estudio tienen relación fundamentalmente con **la organización y el funcionamiento de los EBS** en aspectos que

¹⁶ En este sentido fueron planteadas algunas ideas por Dr. Miguel Fernández Galeano que sería importante retomar más adelante.

trascienden su constitución específica, pero que a la vez se conectan con su capacidad operativa y su potencialidad de desarrollo. A modo de ejemplo, debería analizarse la configuración de la imagen objetivo asociada a:

- a) Mecanismo para la capitación de la población y modo de asignación a cada EBS en el tiempo.
- b) Forma en que se constituyen los EBS: libremente, por afinidad, por definición institucional, etc.
- c) Equilibrios internos relacionados con aspectos tales como:
 - Calidad y experiencia del recurso humano
 - Carácter de “puerta de entrada” y mecanismos de acceso a las especialidades
 - Grado de resolutivez con que cuentan
 - Libertad de elección del usuario y mecanismo de movilidad entre EBS de una misma institución
 - Espacio físico en que atienden y desarrollan su actividad en equipo.
 - Participación de residentes o internos
- d) Articulación con el resto de los niveles asistenciales.
- e) Aplicación a las especificidades regionales del país.

Por otro lado, si bien se presentaron algunos lineamientos acerca de **alternativas para la transición**, son primeros avances sobre un trabajo que debe profundizarse. En este sentido, se debe avanzar en el estudio de la implementación de dicha transición y de los problemas específicos que tiene necesariamente un sistema dual, donde por ejemplo podrían coexistir en un mismo EBS trabajadores con distintos regímenes de trabajo.

Asimismo, resultaría de interés observar modelos similares al planteado en otros países de forma de conocer sus fortalezas y debilidades.

Por último, es imprescindible comenzar una etapa en que podamos **recoger las opiniones de los distintos actores relevantes**. Si bien algunos estuvieron contemplados en las entrevistas, un cambio en el mercado de trabajo como el propuesto debe ser debatido de forma más amplia por el conjunto de los actores.

Anexo 1. Entrevistas realizadas

Medicina General y Familiar

Dra. Jaqueline Ponzó

Dr. Horacio Rodríguez

Pediatría

Dra. Elena Ward

Dra. Silvia Da Luz

Dra. Mabel González

Dra. Ana María Ferrari

Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP)

Ginecología

Dr. Alvaro Ilarramendi

Dr. Leonel Briozzo

Dr. Raúl Medina

Sociedad Uruguaya de Ginecología (Dr. Edgardo Castillo)

Enfermería

Lic. Miriam Gorraci

Lic. Silvia Santana

Lic. Alicia Cabrera

Aux. Carmen Millán

MSP

Dr. Miguel Fernández Galeano

Anexo 2. Construcción de las planillas

A continuación se presenta una lectura de las matrices pretendiendo explicitar su elaboración.

Personal Médico.

Cada matriz se puede dividir en 2 para su mayor interpretación. Por un lado, en su parte superior se encuentran las cantidades teóricas como se muestran en el cuadro N°X detalladas en la primer columna. Por otro lado, se observan los valores monetarios y el número de EBS necesarios según cada contexto (Ver Cuadro).

Especialidad	Especialidad						Total
	IAMC		ASSE		subtotal		
EDADES	Grupo Etario	Grupo Etario	Grupo Etario	Grupo Etario	Grupo Etario	Grupo Etario	
CANTIDADES TEÓRICAS							
Población							
N° controles per cápita o persona AÑO							
N° controles AÑO							
1. SITUACIÓN ACTUAL							
N° horas semanales por médico							
N° actos por hora médica							
N° actos semanales por médico							
N° actos por AÑO por médico							
N° cargos médicos para Policlínica							
N° beneficiarios de referencia por médico							
2. SITUACIÓN PROPUESTA							
N° horas semanales por médico							
N° actos por hora médica							
N° horas semanales coord y otros							
N° actos semanales por médico							
N° actos por AÑO por médico							
N° médicos para Policlínica							
N° beneficiarios de referencia por médico							

Verticalmente la matriz divide la información del sector IAMC y ASSE diferenciando por especialidad y grupo etario. En pediatría la división es de 0-1 y de 1 –14 años. En Medicina General y Ginecología los tramos son de 15-44, 45-64 y mayores de 65 años. La última columna muestra el total general por variable.

Horizontalmente, en las primeras 3 filas encontramos información general. La **Población** es la población total del país distribuida entre el subsector público y privado. El **número de controles per cápita o persona (anual)** indica la cantidad promedio anual de consultas por individuo. De esta variable dependen los 3 escenarios planteados (reales, entrevistas y referencias internacionales). El **número de controles al año** surge de multiplicar la **Población** por el **número de controles por persona**.

A continuación se plantean dos situaciones que coinciden en la mayoría de sus variables. La primera es la **situación actual** y la segunda la **situación propuesta** (supuestos 1 y 2), ambas para las IAMC y ASSE.

Las variables exógenas al modelo (vienen dadas) son: **el número de horas semanales por médico, número de actos por hora médica, número de horas de coordinación y otros** (sólo para la situación propuesta), **número de**

actos semanales por médico (surge de la multiplicación de las dos primeras) y **número de actos por año por médico** (surge de la variable anterior por 50 semanas anuales).

Por otro lado, entre las variables endógenas (surgen del modelo) se encuentran: el **número de cargos médicos para Policlínica** (controles anuales / actos anuales por médico) y el **número de beneficiarios de referencia por médico** (población / número de cargos en policlínica). Es importante destacar que el número total de cargos en la situación actual es superior al número total de médicos. Sin embargo en la situación propuesta, bajo el supuesto de una total concentración laboral, el número de cargos convergerían al número total de médicos.

ESPECIALIDAD	Especialidad					TOTAL
	IAMC				ASSE	
EDADES	Grupo Etario	Grupo Etario	Grupo Etario	Grupo Etario	Grupo Etario	
VALORES MONETARIOS						
1. SITUACIÓN MODELO ACTUAL						
Costo modelo ACTUAL AÑO (\$)						
Policlínica (ASSE e IAMC)						
2. SITUACIÓN ACTUAL						
2.1. Valor HORA (\$)						
Policlínica						
2.2. Montos MES por médico (\$)						
Policlínica						
2.3. Costos del programa AÑO (\$)						
Policlínica						
Brecha						
3. SITUACIÓN PROPUESTA						
3.1. Valor HORA Fijo (\$)						
3.1.1. Valor HORA (\$)						
Policlínica						
3.1.2. Montos MES por médico (\$)						
Salario Total Nominal						
3.1.3 Valor Hora						
Policlínica						
3.1.4. Monto MES por médico sin domicilio (\$)						
Policlínica						
3.1.5. Costos del programa AÑO (\$)						
Policlínica						
4.1 BRECHA Valor hora Fijo						
3.2. Salario Total Fijo						
3.2.1. Montos MES por médico (\$)						
Salario Total Nominal						
3.2.2. Valor Hora						
Policlínica						
3.2.3. Monto MES por médico sin domicilio (\$)						
Policlínica						
3.2.4. Costos del programa AÑO (\$)						
Policlínica						
4.2. BRECHA Salario Total Fijo						
EBS =						

El Cuadro muestra los valores monetarios en diferentes situaciones diferenciando según IAMC y ASSE. En primer lugar se observa el costo del modelo actual anual. A continuación se presenta el valor hora en policlínica, el monto mensual por médico y por último el costo del programa anual en policlínica. Este último valor muestra el costo de cubrir las nuevas necesidades sanitarias de la población con el régimen del mercado de trabajo actual.

En la **situación propuesta valor hora fijo**, se expresa por un lado el valor hora actual en policlínica y el monto mensual asociado por médico, sólo tomando en cuenta atención en asistencia directa (surge de multiplicar el valor hora por la cantidad mensual de horas trabajadas). Luego se deduce, partiendo del salario nominal anterior, el valor hora en policlínica incorporando el total de la carga horaria (44 horas semanales). Según el monto calculado en el punto anterior se deduce el salario por médico sin tomar en cuenta la cantidad de horas destinadas a realizar asistencia domiciliaria.

A continuación se calcula el costo del programa para policlínica (salario médico sin domicilio por la cantidad de médicos necesarios por policlínica) y la brecha existente entre el costo del modelo propuesto con el ancla en el valor hora y el monto del modelo actual.

En la **situación propuesta salario total fijo**, se mantiene fijo el salario nominal en \$30.000 y en base al valor hora que se desprende de este salario, se calcula el salario sin la actividad domiciliaria.

Al igual que en la primera propuesta, luego se calcula el costo del programa para policlínica (salario médico sin domicilio por la cantidad de médicos necesarios por policlínica) y la brecha existente entre el costo del modelo propuesto, con el ancla en el salario total, y el monto del modelo actual.

Finalmente este cuadro expresa la cantidad de EBS necesarios según la situación propuesta, que surge de tomar el número máximo de médicos necesarios entre pediatras, ginecólogos y médicos de medicina general o familiar.

Esta dinámica se repite en cada uno de los escenarios.

Personal de Enfermería.

En el caso del estudio de los sectores de enfermería, se toma como insumo el resultado de la variable endógena número de EBS que se obtiene del sector médico. Se supone en este caso que se implementan los cambios propuestos en el mercado de trabajo por lo que el número de EBS del que se parte es el que se desprende del supuesto 2. Por ende, están incidiendo en este caso las mismas variables que en el caso anterior que se sintetizan en el valor numérico de los EBS.

En la tabla que sigue se presentan los principales resultados de las variables endógenas. En este caso, a diferencia del anterior, en el supuesto 1 dejamos constante el número de enfermeras que actualmente están dentro del sistema y obtenemos como resultado cuántas integrarían cada EBS. En el caso del supuesto 2 analizamos de acuerdo a un número de enfermeras preestablecido por EBS y un cambio en la jornada laboral, cuántas enfermeras se necesitan para todo el sistema.

Anexo 3. Encuesta

1. Según la edad:
¿Cuál es el rango de la población a asistir por la disciplina/ especialidad establecer máximos y mínimos?

2. Para un individuo sano:
¿Cuántos controles y/o consultas programadas promedio están pautadas?

3. Según la morbilidad:

3.1 ¿Cuáles son las patologías que se presentan con mayor frecuencia en Uruguay para la población definida?

3.2 En caso de conocer la incidencia y prevalencia actual de las mismas en Uruguay, establecer el valor de las tasas.

3.3 ¿Qué número de consultas promedio por individuo es necesario según la especialidad por cada nuevo episodio de las patologías definidas previamente a nivel ambulatorio?