

R.D. N° 10-11/2008.-

Montevideo, 16 de abril de 2008.-

**INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DEL B.P.S. AL SISTEMA
NACIONAL INTEGRADO DE SALUD
Aprobación informe.-**

SEC.GRAL./7044

VISTO: el informe elaborado con motivo de la integración de los servicios de salud del Banco de Previsión Social, al Sistema Nacional Integrado de Salud;

RESULTANDO: I) que el Sistema Nacional Integrado de Salud aprobado por la Ley N° 18.211, del 05.12.2007 y vigente desde el 01.01.2008, tiene como uno de sus postulados fundamentales el privilegiar la prevención en materia de salud de la población y en particular dentro de dicho colectivo, la atención de los menores de edad y de la primera infancia;

II) que en el contexto creado por dicho sistema, se procura impulsar una oferta de servicios de salud que aproveche las capacidades y competencias técnicas existentes en el país, tanto en el ámbito público como en el privado, procurando obtener una adecuada cobertura de salud para la población amparada, bajos los principios de equidad, accesibilidad y eficiencia en el uso de los recursos que la sociedad en su conjunto destina a tales fines;

CONSIDERANDO: I) que el B.P.S. debe seguir dando cobertura a esposas e hijos de trabajadores, no existiendo factores que modifiquen este aspecto en el corto y mediano plazo, contando además con una capacidad asistencial importante que debe integrarse y articularse con la oferta pública de servicios de salud;

II) que por ello, se entiende corresponde aprobar el informe elaborado con ese objetivo;

ATENTO: a lo expuesto precedentemente;

EL DIRECTORIO DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

R E S U E L V E :

- 1º) APROBAR CON CARÁCTER GENERAL, EL INFORME SOBRE INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL AL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - SNIS, QUE SE CONSIDERA PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN.-

R.D. N° 10-11/2008.-

- 2°) ENCOMENDAR A LA GERENCIA GENERAL Y AL COMITÉ ESTRATÉGICO DE SALUD, LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS DEFINICIONES ADOPTADAS.-
- 3°) PASE A LA GERENCIA GENERAL A SUS EFECTOS.-

DR. EDUARDO GIORGI
Secretario General

ERNESTO MURRO
Presidente

hbr/mtm

INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL BPS
AL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

DOCUMENTO PARA LA ADOPCIÓN DE DEFINICIONES POLITICAS
RESUMEN EJECUTIVO

1. Elementos a considerar respecto al escenario futuro.

- 1.1 El BPS debe seguir dando cobertura a esposas e hijos de trabajadores, no existiendo factores que modifiquen esto en el corto y mediano plazo.
- 1.2 Cuenta con una capacidad asistencial importante que debe integrarse y articularse con la oferta pública de servicios de salud, mediante la pertinente adecuación progresiva.
- 1.3 Los servicios que presta en el Interior bajo contrato (UPA y PAPI) deben ser revisados y renegociados por efecto de la entrada en vigencia del SNIS.
- 1.4 Los Programas de Salud que lleve adelante el BPS deben coordinarse en su estrategia y contenido asistencial con la DIGESA y en su operativa con ASSE.
- 1.5 Es necesario definir el alcance de las coberturas que deben dar obligatoriamente los Prestadores Integrales, en particular en tratamiento de malformaciones y atención a la discapacidad.

2. Posible integración de los Servicios de Salud del BPS en el SNIS

- 2.1 Participación en la oferta del Sector Público para el Primer y Segundo Nivel de Atención en Montevideo y Pando como prestador parcial contratado por ASSE.
- 2.2 Extensión de la atención haciéndola integral mediante la coordinación con servicios pediátricos y obstétricos de ASSE en Montevideo y Pando, cobertura de los niños hasta los 14 años y cobertura de la población de ASSE por lugar de residencia.
- 2.3 Adecuación inmediata de los Programas UPA y PAPI, para que contribuyan a los objetivos del SNIS y Programas de Salud del MSP. En el caso del PAPI, posibilidad de otorgar atención integral para los niños no cubiertos por el SNIS, mediante acuerdo BPS – ASSE con financiamiento mixto.
- 2.4 Desarrollar un IMAE público para el tratamiento de enfermedades de origen congénito, aprovechando la experiencia acumulada en el DEMEQUI.

3. Definiciones requeridas desde el ámbito de decisión política.

En el corto plazo

- 3.1 Fijar posición respecto a la actuación en el Primer y Segundo Nivel de Atención mediante acuerdo con ASSE y en caso de aprobar la iniciativa, establecer el alcance y dar los pasos necesarios para firmar los documentos.

- 3.2 Aprobar los términos definitivos del nuevo contrato CEAP (ex – UPA), designar y facultar al equipo para negociar el acuerdo y el precio de cada concepto.
- 3.3 Expedirse sobre la propuesta de trabajo de la Comisión de Discapacidad y adoptar las decisiones que demande la instrumentación del plan aprobado.
- 3.4 Adoptar un conjunto de acciones puntuales y de carácter operativo, que restituyan y consoliden internamente la confianza del personal y su compromiso con el servicio, de cara a los desafíos que planteados.

A continuación de las anteriores

- 3.5 Identificar estrategias comunes con ASSE para que quienes opten por afiliarse a sus servicios, no lo hagan sólo en caso de enfermedad.
- 3.6 Definir acuerdo sustitutivo del PAPI y en caso que se realice con ASSE, evaluar la posible cobertura integral para los hijos de trabajadores no incluidos en el SNIS, mediante financiamiento mixto BPS – ASSE.
- 3.7 Alcance y modalidades a aplicar en la adecuación de los recursos humanos y materiales para el nuevo escenario a definirse.

4. Definiciones necesarias dentro del primer semestre de 2008.

- 4.1 Adoptar posición respecto a la creación de un IMAE público o Centro de Referencia Nacional, a conformarse con servicios del DEMEQUI, previa evaluación de su actual especialización y desempeño.
- 4.2 Designar equipo de especialistas para participar en la definición de las técnicas que realiza el DEMEQUI que serán obligatorias para los Prestadores Integrales (PIAS – Prestaciones Incluidas en la Atención en Salud).
- 4.3 Impulsar la creación del ámbito de trabajo con el MSP y el MIDES, destinado a regular las coberturas en materia de rehabilitación y atención a la discapacidad.
- 4.4 Disponer el equipo de profesionales que elaborará el nuevo Reglamento de las Prestaciones de Salud del BPS, siguiendo las definiciones políticas adoptadas.

5. Lineamientos necesarios para transitar hacia el escenario de largo plazo.

- 5.1 Validar el escenario objetivo y las principales componentes que lo integran, sujetas a los cambios que provengan del MSP o la JUNASA.
- 5.2 Promover el marco legal que permita asegurar la permanencia del Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal.
- 5.3 Requerir y expedirse respecto a un Plan Director destinado a transformar al Sanatorio Canzani en la futura maternidad de referencia para el embarazo y parto de alta complejidad.
- 5.4 Analizar y adoptar decisión sobre los lineamientos y alternativas para conformar un centro especializado en el tratamiento de enfermedades de origen congénito, para todas las patologías que no sean obligatorias para los prestadores del SNIS.

25 de Marzo de 2008

COMITÉ ESTRATÉGICO DE SALUD DEL BPS

**INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL BPS
AL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**

**DOCUMENTO PARA LA ADOPCIÓN DE DEFINICIONES POLITICAS
DESARROLLO DE LOS CONCEPTOS OBJETO DE ANÁLISIS**

1. Elementos a considerar respecto al escenario futuro.

Para ordenar su análisis, se presentan bajo cinco grupos y una conclusión final:

1.1 *Situaciones impuestas por el marco normativo en vigencia*

- 1.1.1 Las Prestaciones de Salud a cargo del BPS por el Decreto-Ley 15.084 y Reglamentaciones del Directorio no han sido derogadas por la Ley 18.211.
- 1.1.2 Las esposas de los trabajadores siguen amparadas por el BPS hasta el año 2013 con idénticas prestaciones.
- 1.1.3 Los niños beneficiarios de la Asignación Familiar no incorporados al SNIS o que pierdan la cobertura por el SNIS, continúan o vuelven a estar cubiertos por el BPS. Eso comprende entre otros, a los niños a cargo de jubilados anteriores al 31/12/2007 y todo hijo de trabajador cuyos padres perciban menos de 1,25 BPC, aunque no nazcan en servicios del BPS.
- 1.1.4 Los hijos de los trabajadores comprendidos por el Decreto-Ley 14.407 que se encuentran amparados por el SNIS, tienen la cobertura por el BPS de toda prestación de salud no obligatoria para el Prestador Integral al cual se encuentren afiliados.
NOTA: Debe establecerse si esta cobertura comprende a quienes afiliaron a su hijo a un Seguro Integral, en tanto ello se ha realizado bajo el régimen de libre contratación y si se consideran como prestaciones otorgadas por el Prestador Integral, aquellas que exijan al beneficiario el previo pago de Tasas Moderadoras.

1.2 *Programas que debe continuar atendiendo el BPS.*

En Montevideo

- 1.2.1 Control del embarazo de las esposas de los trabajadores, atención del parto y el puerperio, en forma directa en Centros Materno Infantiles y Sanatorio Canzani.
- 1.2.2 Atención integral del recién nacido hasta los 90 días de vida, cuando al momento del nacimiento se encuentre en las situaciones mencionadas en 1.1.3. Si al momento de nacer tiene derecho como afiliado al SNIS, esta prestación se cumple aunque el generante pierda su condición de amparo al SNIS. (Art. 19 Dto. 2/008)
- 1.2.3 Control de crecimiento de niños hasta los 6 años, atención odontológica, preventiva, clínica y quirúrgica hasta los 9 años y de ortodoncia hasta los 10 años, cuando no se encuentren amparados por el SNIS o cuando habiendo estado amparados pierdan la condición por perderla el generante del derecho.

En el Interior

- 1.2.4 Control del embarazo de las esposas de los trabajadores, atención del parto y el puerperio, mediante instituciones prestadoras actuando bajo contrato. Actual programa UPA, que debe necesariamente modificarse en función de los cambios producto de la entrada en vigencia del SNIS.
- 1.2.5 Atención integral del recién nacido hasta los 90 días de vida, cuando al momento del nacimiento se encuentre en las situaciones mencionadas en 1.1.3. (Aspecto 3 del actual Programa UPA a ser modificado).
- 1.2.6 Control de crecimiento de niños hasta los 6 años, cuando se encuentren en las situaciones mencionadas en 1.1.3. Actual programa PAPI, que merece una revisión en función de sus resultados asistenciales.

En todo el país

- 1.2.7 Asistencia a hijos beneficiarios hasta los 14 años, por malformaciones o afecciones congénitas, incluso a aquellos que se encuentren afiliados a un Prestador Integral por las afecciones que no estén obligados a cubrir estos prestadores. (ver Nota en 1.1.4)
- 1.2.8 Programas de rehabilitación como componente del tratamiento de enfermedades de origen congénito. (p.e.: Fonoaudiología, Fisiatría, Sicomotricidad). Debe acreditarse previamente el derecho a la cobertura definida en 1.2.7, quedando condicionada esta prestación a lo que se establezca en relación a la Nota final del punto 1.1.4.
- 1.2.9 Beneficio del pago de la Ayuda Extraordinaria para los atributarios de Asignaciones Familiares con hijos o menores a su cargo, beneficiarios del sistema que padezcan retardo o invalidez y a los beneficiarios de pensión por invalidez. Esta prestación no tiene límite de edad para su ingreso y en algunos casos puede ser otorgada por el Prestador Integral quedando condicionada esta prestación a lo que se establezca en relación a la Nota final del punto 1.1.4.

1.3 Capacidad asistencial de los Servicios de Salud del BPS

- 1.3.1 Dispone de una red de 6 centros que actúan en el Primer Nivel de Atención, cuya capacidad le permite asistir a una población en el orden de 25.000 niños y 3.000 mujeres en situación de embarazo y/o puerperio. Esta red tiene la infraestructura pública de mayor desarrollo en atención odontológica en Montevideo. Tienen como carencias una infraestructura no adecuada en 3 de ellos y necesidad de refacciones menores en los 3 restantes. En el plano asistencial no se brinda atención integral a los niños, no por limitaciones de carácter técnico sino por los alcances del actual programa.
- 1.3.2 Estos servicios tienen un nivel de aprobación de sus usuarios superior al 90%. Una decisión política que afecte el acceso a los CMI por quienes hoy no tienen acceso al SNIS, puede interpretarse como un efecto negativo de la Reforma de Salud.
- 1.3.3 Cuenta con la segunda maternidad del país, con experiencia en el embarazo y parto de riesgo, debido tanto a factores de la madre como del feto. Tiene una carencia importante por la falta de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, indispensable en un centro de sus características.
- 1.3.4 Posee una larga experiencia en el tratamiento de enfermedades de origen congénito a través de los servicios que integran el DEMEQUI. Estos servicios presentan un grado

disímil de desarrollo, existiendo servicios que son en los hechos el centro de referencia nacional, otros que cumplen su actividad en base a profesionales independientes (destajistas) sin contar con funcionarios propios y otros servicios de muy escaso desarrollo. Existe una cultura de trabajo en equipos de especialistas de varias disciplinas, especialmente adecuada en la atención de pacientes complejos que requieren acciones coordinadas entre diferentes servicios.

- 1.3.5 Para la mayoría de los pacientes que se asisten en DEMEQUI, la atención que allí reciben es en los hechos la única opción de asistencia en salud de que disponen, o bien porque no están incluidos en el SNIS o bien porque estando afiliados a un Prestador Integral, éste no cuenta localmente con los especialistas necesarios, las tasas moderadoras son elevadas o los costos de traslados y alojamientos a Montevideo, no pueden ser asumidos por el paciente.

1.4 Competencias del MSP – Relacionamento técnico MSP – BPS

- 1.4.1 La definición de los Programas de Salud, el establecer prioridades, políticas y estrategias en materia de asistencia, es competencia de la DIGESA. En el ejercicio de dichas facultades, se han definido como prioritarios los Programas de Mujer y Género (comprende el control del embarazo y el parto) y el Programa de Salud Infantil.
- 1.4.2 El BPS está estrechamente vinculado a ambos programas y se han recibido señales desde todos los niveles del MSP, en el sentido que ven en el BPS un actor importante para contribuir al mejoramiento de los indicadores sanitarios de esos colectivos.
- 1.4.3 El BPS debe necesariamente adherir a dichos Programas respetando las pautas técnicas que para ellos dispone la DIGESA, proponiendo según sea requerido, la adopción de pautas para temas aún no regulados por el MSP. Esto aplica al embarazo de riesgo, la atención de defectos de origen congénito y la definición de los programas de atención a la discapacidad.

1.5 El rol de la nueva ASSE

- 1.5.1 El Art. 4º lit. B de la Ley 18.161 que crea la nueva ASSE define como una de sus competencias: "Ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones".
- 1.5.2 Se han recibido planteos concretos de parte de ASSE desde el año 2006 en cuanto a coordinar servicios asistenciales con el BPS, en particular para integrarse con los CMI a la RAP (Red de Atención Primaria) y para intercambio de servicios con el Hospital Pereira Rossell en Montevideo y para generar una oferta conjunta de servicios en el Interior (Paysandú y Tacuarembó). Estas iniciativas tuvieron poco avance.
- 1.5.3 En reunión mantenida en el MSP, el Director Nacional de Salud remarcó las competencias de ASSE en cuanto a articular la oferta de servicios de salud desde el ámbito público, señaló que el BPS debía integrarse a esa red, quedando planteada una instancia de coordinación que quedó a la espera de la designación del Directorio de ASSE. El Vicepresidente y el Vocal designados contactaron a la Gerencia de Salud proponiendo un Convenio que articule esa coordinación promovida desde la DIGESA.

1.6 Conclusiones en relación al escenario futuro.

- a) El BPS debe seguir dando cobertura a esposas e hijos de trabajadores, no existiendo factores que modifiquen esto en el corto y mediano plazo.
- b) Cuenta con una capacidad asistencial importante que debe integrarse y articularse con la oferta pública de servicios de salud.
- c) Los servicios que presta en el Interior bajo contrato (UPA y PAPI) deben ser revisados y renegociados por efecto de la entrada en vigencia del SNIS.
- d) Los Programas de Salud que lleve adelante el BPS deben coordinarse en su estrategia y contenido asistencial con la DIGESA y en su operativa con ASSE.
- e) Es necesario definir el alcance de las coberturas que deben dar obligatoriamente los Prestadores Integrales, en particular en tratamiento de malformaciones y atención a la discapacidad y como se sortean las barreras de entrada para la población carenciada en cuanto al pago de tasas moderadoras y costos de traslados, hospedaje y alimentación fuera del lugar de residencia.

2. Posible integración de los Servicios de Salud del BPS en el SNIS

2.1 Por aprovechamiento de las capacidades del BPS

- 2.1.1 Participación de los Centros Materno Infantiles en la oferta de servicios de salud de ASSE para el Primer Nivel de Atención de Montevideo y Pando, actuando el BPS como prestador parcial contratado por ASSE, quien es Prestador Integral habilitado para afiliar hijos de trabajadores amparados.
- 2.1.2 Definición de los servicios médicos y quirúrgicos del DEMEQUI que podrían actuar como referencia y contra referencia en relación a especialidades pediátricas requeridas por situación de enfermedad constatada en el Primer Nivel de Atención de Montevideo y Pando.
- 2.1.3 Definición de los servicios médicos y quirúrgicos del DEMEQUI que podrían actuar como IMAE público para la atención de defectos de origen congénito. En algunas especialidades a definir con el MSP, este IMAE sería centro de referencia nacional.

2.2 Para contribuir con los Programas de Salud prioritarios del MSP.

- 2.2.1 Definir el alcance del nuevo Programa de Control del Embarazo y Atención del Parto en el Interior (sustitutivo del actual UPA) contemplando las nuevas reglas definidas por el SNIS (complementación, centros de referencia regionales y centro de referencia nacional en la UP), promoviendo las pautas técnicas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- 2.2.2 Revisar el actual Programa PAPI (Programa de Atención a la Primera Infancia) considerando la posibilidad de un acuerdo con ASSE para que los niños no incluidos en el SNIS (ver punto 1.1.3) cuenten con atención integral de financiación mixta entre la Seguridad Social y ASSE.

NOTA 1: En el acuerdo con el Hospital Escuela del Litoral se identificó un valor para esta cobertura integral a pagar por el BPS, igual a la diferencia entre la cápita por población y riesgo y la cápita teórica que recibe ASSE por cada ciudadano no cubierto por el SNIS.

NOTA 2: Como contrapartida inmediata, la posibilidad de realizar en el Interior ciertos estudios clínicos en dependencias de ASSE reduciría el gasto en traslados, alimentación y hospedaje de pacientes del DEMEQUI.

NOTA 3: Las facultades conferidas al BPS para reglamentar la aplicación del Art. 20 de la Ley 15.084, permitirían establecer este nuevo alcance de la cobertura mediante el cambio de la Reglamentación vigente, previa coordinación con el P.E.

2.3 Conclusiones en relación a la posible integración del BPS al SNIS.

- a) Participación en la oferta del Sector Público para el Primer y Segundo Nivel de Atención en Montevideo y Pando como prestador parcial contratado por ASSE.
- b) Extensión de la atención haciéndola integral mediante la coordinación con servicios pediátricos y obstétricos de ASSE en Montevideo y Pando, cobertura de los niños hasta los 14 años y cobertura de la población de ASSE por lugar de residencia y no sólo por estar amparado como hijo o esposa de trabajador.
- c) Adecuación inmediata de los Programas UPA y PAPI, para que contribuyan a los objetivos del SNIS y Programas de Salud del MSP. En el caso del PAPI, posibilidad de otorgar atención integral para los niños no cubiertos por el SNIS, mediante acuerdo BPS – ASSE con financiamiento mixto.
- d) Desarrollar un IMAE público para el tratamiento de enfermedades de origen congénito, aprovechando la experiencia acumulada en el DEMEQUI.

3. Acciones requeridas para avanzar hacia el escenario propuesto.

3.1 Definir el alcance e instrumentar un posible acuerdo BPS – ASSE.

- 3.1.1 Se ha realizado un documento borrador de Acuerdo Marco BPS – ASSE que se adjunta en Anexo 1.
- 3.1.2 Se ha realizado un documento borrador de Acuerdo Operativo inicial entre el BPS y ASSE, que es funcional para las situaciones y soluciones analizadas en este documento. El documento borrador se adjunta en Anexo 2.

3.2 Nuevos contratos para las prestaciones en el Interior.

- 3.2.1 Se ha realizado un documento borrador para contratar con los Prestadores Integrales habilitados en el Interior, el nuevo Programa de Control del Embarazo y Atención del Parto (CEAP), sustitutivo del actual UPA. Este documento se adjunta en Anexo 3.
- 3.2.2 El contrato para el Programa CEAP sería un Anexo del contrato actual entre los Prestadores Integrales y el BPS, según fue previsto al momento de redactar dichos documentos. Debe definirse el precio a pagar por el BPS por los servicios comprendidos en el Programa CEAP, recomendándose sea con referencia a los valores de las cápitas de la mujer y de recién nacidos, según se trate.
- 3.2.3 Es necesario definir un equipo de negociación con facultades suficientes para negociar con los Prestadores del Interior el alcance definitivo y precio asociado para cada componente del Programa CEAP.

- 3.2.4 No se propone un nuevo contrato para el actual Programa PAPI puesto que si el Programa sustitutivo del mismo se realiza mediante acuerdo con ASSE, pasa a ser parte del Acuerdo Operativo que figura en Anexo 2. En caso que esa vía no sea la política definida, debería elaborarse un documento específico para un nuevo programa de atención en el Interior para hijos de trabajadores no amparados por el SNIS.

3.3 Adecuar las capacidades propias al nuevo escenario de trabajo.

- 3.3.1 Definido el escenario de actuación de los servicios de salud del BPS, se debe realizar un dimensionamiento de los Recursos Humanos necesarios, teniendo especialmente en cuenta el cambio que se viene dando en el mercado de trabajo del sector salud.
- 3.3.2 La infraestructura en Centros Materno Infantiles debe cumplir con los requisitos del MSP para el Primer Nivel de Atención. Por otra parte hay centros que poseen carencias importantes en materia locativa que deben ser resueltas a breve plazo.
- 3.3.3 Dado que la infraestructura incide en forma directa en los resultados asistenciales, se propone considerar una línea especial de financiamiento y ejecución de obras.
- 3.3.4 Como parte de las decisiones respecto a infraestructura, deben considerarse aquellas obras cuya ejecución resulta indispensable y prioritaria en términos asistenciales y de economía de gestión. En esta situación se ubican el CTI Neonatal y el lugar donde se prestan los servicios del DEMEQUI.

3.4 Establecer el alcance de las coberturas a ser prestadas por el BPS.

- 3.4.1 Definir políticamente el criterio a adoptar en materia de coberturas para hijos de trabajadores amparados por el SNIS, que continúan concurriendo a asistirse en los servicios del BPS. Ello comprende las coberturas por traslados, alimentación y hospedaje y las prestaciones de rehabilitación con tasas moderadoras elevadas o con tratamiento limitado por el número de sesiones.
- 3.4.2 Identificar los servicios médicos y quirúrgicos del DEMEQUI que actuarán como IMAE o Centro de Referencia Nacional, definiendo las técnicas que serán obligatorias para los Prestadores Integrales y las que no (PIAS)
- 3.4.3 Fijar posición en relación a la propuesta elevada por la Comisión de Discapacidad, como paso previo a la puesta en práctica de las recomendaciones que se aprueben y a las instancias de coordinación pendientes con el MSP en la materia.
- 3.4.4 A partir de las definiciones que se adopten por parte del Directorio, disponer la formulación de un nuevo Reglamento de las Prestaciones de Salud del BPS que regule el alcance de las coberturas, contemplando los impactos del SNIS, los eventuales acuerdos con ASSE y con los Prestadores del Interior.

3.5 Definiciones requeridas en el corto plazo

- a) Fijar posición respecto a la actuación en el Primer y Segundo Nivel de Atención mediante acuerdo con ASSE y en caso de aprobar la iniciativa, establecer el alcance y dar los pasos necesarios para firmar los documentos.
- b) Aprobar los términos definitivos del nuevo contrato CEAP (ex – UPA), designar y facultar al equipo para negociar el acuerdo y el precio de cada concepto.

- c) Expedirse sobre la propuesta de trabajo de la Comisión de Discapacidad y adoptar las decisiones que demande la instrumentación del plan aprobado.

3.6 Definiciones inmediatas posteriores

- d) Identificar estrategias comunes con ASSE para que quienes opten por afiliarse a sus servicios, no lo hagan sólo en caso de enfermedad.
- e) Definir acuerdo sustitutivo del PAPI y en caso que se realice con ASSE, evaluar la posible cobertura integral para los hijos de trabajadores no incluidos en el SNIS, mediante financiamiento mixto BPS – ASSE.
- f) Alcance y modalidades a aplicar en la adecuación de los recursos humanos y materiales para el nuevo escenario a definirse.

3.7 Definiciones necesarias dentro del primer semestre de 2008.

- g) Adoptar posición respecto a la creación de un IMAE público o Centro de Referencia Nacional, a conformarse con servicios del DEMEQUI, previa evaluación de su actual especialización y desempeño.
- h) Designar equipo de especialistas para participar en la definición de las técnicas que realiza el DEMEQUI que serán obligatorias para los Prestadores Integrales (PIAS – Prestaciones Incluidas en la Atención en Salud).
- i) Impulsar la creación del ámbito de trabajo con el MSP y el MIDES, destinado a regular las coberturas en materia de rehabilitación y atención a la discapacidad.
- j) Disponer el equipo de profesionales que elaborará el nuevo Reglamento de las Prestaciones de Salud del BPS, siguiendo las definiciones políticas adoptadas.

4. Inserción en un escenario de largo plazo

4.1 Criterios de inserción.

- 4.1.1 Todas las iniciativas deben ser funcionales y contribuir con los principales lineamientos de la Reforma de Salud.
- 4.1.2 De tales lineamientos, deben contemplarse aquellos en los que el BPS tenga competencias y legitimidad actora en el desarrollo y ejecución de los respectivos programas.
- 4.1.3 Una línea de razonamiento que debería estar presente en el análisis de las intervenciones futuras, es el papel articulador que posee el BPS entre el interés individual en cuanto a la cobertura de las contingencias de salud y el financiamiento que la sociedad en su conjunto realiza de dichas coberturas, cuando las mismas comprenden prestaciones -principalmente económicas- que son competencia de la Seguridad Social

4.2 Imagen objetivo de la Reforma de Salud y aportes del BPS.

- 4.2.1 El objetivo central de la Reforma del Sistema de Salud es la universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.
- 4.2.2 Ello pone como eje de la reforma al cambio en el modelo de atención, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria en Salud y un sistema integral de atención.
- 4.2.3 La mayor parte de los programas de salud priorizados, tienen puntos en común con los actuales programas de atención en salud del BPS o con áreas de competencia propia de instituciones de Seguridad Social. Estos programas son:
- Salud de la Mujer y Género. Salud Sexual y Reproductiva.
 - Salud de la Niñez y Adolescencia
 - Salud del Adulto Mayor.
 - Nutrición
 - Consumo de sustancias psicoactivas
 - Salud Bucal.
- 4.2.4 La prevención e intervención oportuna en materia de salud desde el vientre materno, que asegure a los futuros uruguayos una vida sana, productiva, con progreso intelectual y laboral, contribuirá a una mejor calidad de vida de esos nuevos uruguayos, de sus familias y a un mejor desempeño del Sistema de Seguridad Social.

4.3 Acciones a contemplar en la planificación del mediano y largo plazo.

- 4.3.1 Consolidar la integración de la red del Primer Nivel de Atención para Montevideo y Pando evolucionando conjuntamente con los cambios que se vayan sucediendo en dicho ámbito.
- 4.3.2 Dotar al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal de la autonomía financiera y de gestión que asegure su sostenibilidad, evolución y actualización técnica.
- 4.3.3 Transformar al Sanatorio Canzani en una maternidad especializada en la atención del embarazo y parto de riesgo, tanto por factores de la madre como del feto, haciendo énfasis en la investigación y realización de técnicas complejas asociadas a congénitas, de forma de poder ofrecer servicios como prestador parcial a todos los prestadores integrales públicos y privados.
- 4.3.4 Establecer el marco de actuación y financiamiento de un Centro de Referencia Nacional para el tratamiento de enfermedades de origen congénito, bajo un enfoque coordinado con el MSP, que evite la duplicación de esfuerzos y gastos asociados, mejorando los resultados en salud mediante la especialización técnica, la intervención oportuna y la disponibilidad de los medios de diagnóstico y terapéuticos apropiados.

4.4 Lineamientos necesarios para acceder al escenario de largo plazo.

- a) Validar el escenario objetivo y las principales componentes que lo integran.
- b) Promover el marco legal que permita asegurar la permanencia del Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal.

- c) Requerir y analizar una vez elevado, un Plan Director que contenga los macro – proyectos destinados a transformar al Sanatorio Canzani en la futura maternidad de referencia para el embarazo y parto de alta complejidad.
- d) Analizar y adoptar decisión sobre los lineamientos y alternativas para conformar un centro especializado en el tratamiento de enfermedades de origen congénito, para todas las patologías que no sean obligatorias para los prestadores del SNIS.

25 de Marzo de 2008

COMITÉ ESTRATÉGICO DE SALUD DEL BPS

	Línea de definición Política	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3
1	Elementos a considerar respecto al escenario futuro.			
1.1	El BPS debe seguir dando cobertura a esposas e hijos de trabajadores, no existiendo factores que modifiquen esto en el corto y mediano plazo.	-----	-----	-----
1.2	Cuenta con una capacidad asistencial importante que debe integrarse y articularse con la oferta pública de servicios de salud.	-----	-----	-----
1.3	Los servicios que presta en el Interior bajo contrato (UPA y PAPI) deben ser revisados y renegociados por efecto de la entrada en vigencia del SNIS.	-----	-----	-----
1.4	Los Programas de Salud que lleve adelante el BPS deben coordinarse en su estrategia y contenido asistencial con la DIGESA y en su operativa con ASSE.	-----	-----	-----
1.5	Es necesario definir el alcance de las coberturas que deben dar obligatoriamente los Prestadores Integrales, en particular en tratamiento de malformaciones y atención a la discapacidad.	-----	-----	-----
2	Posible integración de los Servicios de Salud del BPS en el SNIS			
2.1	Participación en la oferta del Sector Público para el Primer y Segundo Nivel de Atención en Montevideo y Pando como prestador parcial contratado por ASSE.	Propuesta de dimens. para población estimada en 18.000 niños con cobertura hasta 14 años	Plan de adecuación mínimo de RRHH, equipamiento y locales	Definición de programas complementarios en acuerdo con MSP y ASSE
2.2	Extensión de la atención haciéndola integral mediante la coordinación con servicios pediátricos y obstétricos de ASSE en Montevideo y Pando, cobertura de los niños hasta los 14 años y cobertura de la población de ASSE por lugar de residencia.	Definición de contenido de convenio marco y acuerdo operativo y posterior envío a JUNASA	Instrumentación en campo de los acuerdos para la población de Montevideo e Interior (ex PAPI)	Instalación de equipo para definición y valoración de partidas compensatorias.

	Línea de definición Política	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3
2.3	Adecuación inmediata de los Programas UPA y PAPI, para que contribuyan a los objetivos del SNIS y Programas de Salud del MSP. En el caso del PAPI, posibilidad de otorgar atención integral para los niños no cubiertos por el SNIS, mediante acuerdo BPS - ASSE con financiamiento mixto.	Aprobación por Directorio de nuevo contrato UPA y consulta a FE por nuevo PAPI (integral)	Designación de grupo de negociación y pautas para firma de nuevo contrato CEAP	Creación de la organización de control y referencia regional y nacional en acuerdo con el MSP
2.4	Desarrollar un IMAE público para el tratamiento de enfermedades de origen congénito, aprovechando la experiencia acumulada en el DEMEQUI.	Crear Grupo de Trabajo de alto nivel para dirigir el Proyecto y definir alcance inicial.	Establecer programa de evolución de situación actual a futura, contemplando nuevo policlínico e internación	Identificar formas jurídicas y fuentes de financiamiento posibles, en coordinación con ASSE MSP y JUNASA

3 Definiciones requeridas desde el ámbito de decisión política.				
<i>En el corto plazo</i>				
3.1	Fijar posición respecto a la actuación en el Primer y Segundo Nivel de Atención mediante acuerdo con ASSE y en caso de aprobar la iniciativa, establecer el alcance y dar los pasos necesarios para firmar los documentos.	Actividad 2.2.1 a 2.2.3	Actividad 2.2.1 a 2.2.3	Actividad 2.2.1 a 2.2.3
3.2	Aprobar los términos definitivos del nuevo contrato CEAP (ex - UPA), designar y facultar al equipo para negociar el acuerdo y el precio de cada concepto.	Actividad 2.3.1 a 2.3.3	Actividad 2.3.1 a 2.3.3	Actividad 2.3.1 a 2.3.3
3.3	Expedirse sobre la propuesta de trabajo de la Comisión de Discapacidad y adoptar las decisiones que demande la instrumentación del plan aprobado.	Definición del Directorio en relación a la propuesta formulada y designación de equipo responsable de instrumentarla	Crear los canales formales con el MSP y MIDES para integrar a todos los actores involucrados en la tarea.	Elevación del Plan Operativo 2008 y definiciones a ser consideradas por Directorio en cuanto a la eventual prórroga para el año 2008

	Línea de definición Política	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3
3.4	Adoptar un conjunto de acciones puntuales y de carácter operativo, que restituyan y consoliden internamente la confianza del personal y su compromiso con el servicio, de cara a los desafíos que planteados.	Priorizar actividades de mantenimiento de instalaciones y prever "Plan Invierno"	Crear mecanismo provisional que permita una rápida respuesta a demandas acuciantes de RRHH	Fortalecer la comunicación interna, difundiendo las acciones que se realicen en relación a las Prest. de Sal.
<i>A continuación de las anteriores</i>				
3.5	Identificar estrategias comunes con ASSE para que quienes opten por afiliarse a sus servicios, no lo hagan sólo en caso de enfermedad.	Definir estrategia de captación conjunta, separando el rol del BPS como prestador del de administrador del FONASA	Instrumentar controles en la atención en salud de los servicios del BPS, que favorezcan la estrategia definida	-----
3.6	Definir acuerdo sustitutivo del PAPI y en caso que se realice con ASSE, evaluar la posible cobertura integral para los hijos de trabajadores no incluidos en el SNIS, mediante financiamiento mixto BPS - ASSE.	Creación de Grupo de Trabajo, para la evaluación económica y efectos de la cobertura integral.	Definir plan de acción conforme a conclusiones de evaluación y directivas posteriores del P.E.	Establecer Pediatra Referente y centros de diagnóstico por tipo de análisis para el Interior
3.7	Alcance y modalidades a aplicar en la adecuación de los recursos humanos y materiales para el nuevo escenario a definirse.	Evaluar la situación de los RRHH del BPS en términos de condiciones laborales y salariales en relación al resto de los Servicios de Salud (Bipartita?)	Elaborar propuesta que reconozca la realidad de cada especialidad y formas de adaptarse a la evolución del mercado laboral	Asignar presupuesto anual definido para el Rubro 6 a las obras de infraestructura requeridas por los Servicios de Salud
4 Definiciones necesarias dentro del primer semestre de 2008.				
4.1	Adoptar posición respecto a la creación de un IMAE público o Centro de Referencia Nacional, a conformarse con servicios del DEMEQUI, previa evaluación de su actual especialización y desempeño.	Actividad 2.4.1 a 2.4.3	Actividad 2.4.1 a 2.4.3	Actividad 2.4.1 a 2.4.3

	Línea de definición Política	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3
5.3	Requerir y expedirse respecto a un Plan Director destinado a transformar al Sanatorio Canzani en la futura maternidad de referencia para el embarazo y parto de alta complejidad.	Definir plan por etapas, contemplando las economías de gestión asociadas.	Elevar propuesta de plan de obras procurando su ejecución en plazos breves y eventual financiamiento	-----
5.4	Analizar y adoptar decisión sobre los lineamientos y alternativas para conformar un centro especializado en el tratamiento de enfermedades de origen congénito, para todas las patologías que no sean obligatorias para los prestadores del SNIS.	Depende de conclusiones para la actividad definida en 4.2.3	-----	-----

Montevideo, 01 de abril de 2008.

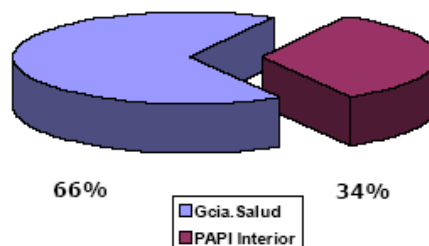
Para: Gerencia de Salud
De: Proyecto Salud

Ref.: Datos de inclusión al SNIS de los beneficiarios de la Gerencia Salud

La Gerencia Salud, recibe beneficiarios que presenten una Orden de Asistencia (OASIS) que otorga el sector administrativo de Prestaciones Económicas. Bajo este mismo procedimiento, dicho sector otorga órdenes con destino a Efectores de Salud para que los usuarios del Interior del país, obtengan el beneficio equivalente al otorgado por los Centros Maternos Infantiles en Montevideo (PAPI).

En tal sentido, los usuarios de la Salud que presentan una OASIS vigente al 29/02/2008 son:

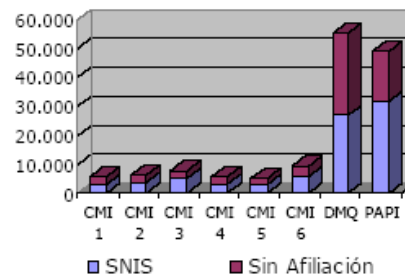
Usuarios	Centro
5025	C.M.I. 5
5654	C.M.I. 1
5914	C.M.I. 4
6313	C.M.I. 2
7809	C.M.I. 3
9300	C.M.I. 6
48820	PAPI
55292	DEMEQUI



Lo que totaliza 95.307 usuarios de la Salud con atención en Montevideo y Centro Pando y unos 48.820 beneficiarios del Instituto que son asistidos por Efectores de la Salud en el Interior del País. Se trata de documentos distintos, adjudicados a un único centro de atención en Montevideo o Interior.

A partir de la entrada en vigencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el 57 % (82.608) de los usuarios que figuran en la tabla anterior, se afiliaron al nuevo sistema, según el siguiente detalle:

Usuarios Totales	Usuarios SNIS	%	Centro
5025	2946	59 %	C.M.I. 5
5654	2992	53 %	C.M.I. 1
5914	3348	57 %	C.M.I. 4
6313	3803	60 %	C.M.I. 2
7809	5285	68 %	C.M.I. 3
9300	5758	62 %	C.M.I. 6
48820	31600	65 %	PAPI
55292	26876	49 %	DEMEQUI



Un total de 1.420 usuarios optaron por A.S.S.E. del universo de beneficiarios de la Gcia.Salud y colectivo PAPI, siendo el colectivo del DeMeQui de quien obtuvo mayor cantidad de afiliaciones con un 2.7 %, casi el doble de adhesión que los otros colectivos.

De los 31.600 usuarios que cuentan con una OASIS para la atención preventiva infantil y primera morbilidad en el interior del país (PAPI), el 87 % (27.542) de los usuarios se afiliaron al mismo Prestador Integral que les brinda la asistencia a cargo del Instituto, cabe mencionar que el monto que abona el Banco de Previsión Social por dicha prestación asciende a \$ 145,27 por mes – beneficiario.

Usuarios SNIS	con retiro de Medicación en nuestros Servicios	%	Centro
2946	616	21%	C.M.I. 5
2992	1444	48%	C.M.I. 1
3348	746	22%	C.M.I. 4
3803	1436	38%	C.M.I. 2
5285	894	17%	C.M.I. 3
5758	1319	23%	C.M.I. 6
31600	532	2%	PAPI
26876	5113	19%	DEMEQUI

El cuadro anterior muestra la cantidad y porcentaje de usuarios que cuentan con cobertura por parte del SNIS, y que aún, en el mes de Febrero, han utilizado nuestros servicios, en especial el de retiro de medicación.

Por consiguiente, un 27 % del colectivo de los CMI's, aún con cobertura, continúan presentándose ante los Servicios de la Gerencia Salud. Se deja constancia y por fuera del agrupamiento, al colectivo del DMQ, que por su naturaleza, puede brindar asistencia a usuarios con cobertura, ya que el alcance reside en las prestaciones que no están obligados de otorgar los Efectores de Salud.

Los diferentes colectivos (CMI, PAPI y DMQ) se distribuyeron con los siguientes Prestadores principalmente, de acuerdo a los siguientes cuadros:

PAPI	
Usuarios	Prestador Integral
2344	COMEPA
2128	A. MEDICA MALDONADO
1947	A MEDICA SAN JOSE
1909	CAMS
1890	CAMEC
1698	COMECA
1585	CRAMI
1396	CAM
1395	COMTA

PAPI	
Usuarios	Prestador Integral
1234	COMEF
1206	CANCEL
1073	CAMEDUR
1034	IAC
1030	CAMDEL
...	...
364	A.S.S.E.
9367	Resto PI
Total 31.600	

Asimismo, aprovechamos a informar el gasto de la Gerencia Salud para el año 2007 en los siguientes rubros.

Gasto año 2007	
Prestación	Monto
Alojamiento (incluye alimentación hotelaría)	\$ 7.858.183
Traslado especializado (Drot - UCM)	\$ 21.104.170
Alimentación (Bandejas)	\$ 1.960.486

Y la cantidad de partos en la Unidad de Perinatología para el mismo año, al igual que las derivaciones a Centros Contratados.

Partos en la UP - año 2007											
	ESPONTANEOS		FORCEPS		CESAREAS		OTROS		SIN DIAG.		Total
MESES	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
ENERO	156	65.3	1	0.4	78	32.6	0	0.0	4	1.7	239
FEBRERO	138	63.3	0	0.0	77	35.3	1	0.5	2	0.9	218
MARZO	143	58.8	5	2.1	90	37.0	0	0.0	5	2.1	243
ABRIL	146	61.6	2	0.8	89	37.6	0	0.0	0	0.0	237
MAYO	146	58.4	4	1.6	96	38.4	0	0.0	4	1.6	250
JUNIO	150	64.7	4	1.6	76	32.8	0	0.0	2	0.9	232
JULIO	129	58.4	9	4.0	78	35.3	1	0.5	4	1.8	221
AGOSTO	122	57.0	3	1.4	86	40.2	0	0.0	3	1.4	214
SEPTIEMBRE	107	54.1	2	1.0	85	42.9	0	0.0	4	2.0	198
OCTUBRE	147	61.0	6	2.5	81	33.6	1	0.4	6	2.5	241
NOVIEMBRE	100	57.2	4	2.2	69	39.5	2	1.1	0	0.0	175
DICIEMBRE	100	60.3	4	2.4	62	37.3	0	0.0	0	0.0	166
TOTAL	1584	60.1	44	1.7	967	36.7	5	0.2	34	1.3	2634

PARTOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN SERVICIOS CONTRATADOS POR B.P.S AÑO 2007						
INSTITUCIONES	PARTO NORMAL	CESAREAS	INDUCCIONES	AMENAZA DE PARTO	HISTERECTOMIA	TOTAL
ASOC.ESPAÑOLA	23			1		24
CASMU	4					4
CIRCULO CATOLICO	3		1			4
EVANGELICO					1	1
IMPASA	3					3
ITALIANO	74			3		77
MEDICA URUGUAYA		1				1
TOTAL	107	1	1	4	1	114

La información precedente fue elaborada a partir de los datos de OASIS proporcionados por la RING – BULL, los datos de dispensación proporcionados por el FarmaTools, los datos económicos proporcionados por PresMed –Acreedores y Asistencia Médica Contratada y los datos de la Unidad de Perinatología proporcionados por su Gerencia respectiva.

Ing. Pablo Orefice
Proyecto Salud



ANEXO 1

BORRADOR DE CONVENIO MARCO BPS – ASSE

CONVENIO MARCO ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO Y BANCO DE PREVISION SOCIAL

En la ciudad de Montevideo, el día veintinueve de febrero de dos mil ocho, entre:

POR UNA PARTE: ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO, representada por su Presidente Dr. Baltasar Aguilar y su Vicepresidente, Cr. Daniel Gestido con domicilio a estos efectos en la Avenida 18 de Julio No. 1892 de esta ciudad (en adelante A.S.S.E.); y

POR OTRA PARTE: el BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL, representado por su Presidente Ernesto Murro y Secretario General del Directorio Doctor Eduardo Giorgi, con domicilio a estos efectos en la Avenida Dr. Daniel Fernández Crespo No. 1621 (en adelante B.P.S.);

QUIENES CONVIENEN CELEBRAR SIGUIENTE CONVENIO MARCO:

PRIMERO: ANTECEDENTES.- (i) Por Ley No.18.161 de 29 de julio de 2007 se creó A.S.S.E. como Servicio Descentralizado con los cometidos de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de los enfermos; ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones; formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, al que contribuirá en su implementación (artículo 4o.) y asimismo facultó a su Directorio a suscribir con otros servicios de salud, públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de los recursos humanos y materiales (artículo 5o.) (ii) Por Decreto - Ley 15.084 de 9 de diciembre de 1980, el B.P.S. tiene a su cargo la cobertura de salud parcial para las esposas de los trabajadores amparados por la Ley No. 14.407 y los hijos de éstos, conforme a los alcances definidos en dicha norma y en las disposiciones que reglamentan la misma. (iii) Por Ley

No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, que otorga cobertura integral de salud a los hijos menores de 18 años de los trabajadores asegurados o mayores de esa edad con discapacidad, lo cual introduce modificaciones sustanciales en las coberturas del programa a cargo del BPS, que determinan la necesidad de coordinar los servicios de las dos instituciones comparecientes, en procura de asegurar una adecuada cobertura de salud a dicha población.

SEGUNDO: CONTEXTO ACTUAL.- (i) El Sistema Nacional Integrado de Salud aprobado por la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, vigente desde el 1º de enero de 2008, tiene como uno de sus postulados fundamentales el privilegiar la prevención en materia de salud de la población y en particular dentro de dicho colectivo, la atención de los menores de edad y de la primera infancia. (ii) En el contexto creado por dicho sistema, se procura impulsar una oferta de servicios de salud que aproveche las capacidades y competencias técnicas existentes en el país, tanto en el ámbito público y privado, procurando obtener una adecuada cobertura de salud para la población amparada, bajos los principios de equidad, accesibilidad y eficiencia en el uso de los recursos que la sociedad en su conjunto destina a tales fines. (iii) Los organismos comparecientes, cuentan con recursos humanos y materiales que les permiten contribuir significativamente a la concreción de los objetivos de la Reforma de Salud, y que las partes entienden es posible fortalecer y potenciar mediante los instrumentos que crea el presente convenio.

TERCERO: OBJETO DEL CONVENIO.- (i) A.S.S.E. y el B.P.S., manifiestan su voluntad de coordinar, desarrollar en forma conjunta o contratar recíprocamente, los servicios asistenciales, de fortalecimiento institucional y recursos técnicos y materiales que demande el ejercicio de las competencias que el marco legal y reglamentario les asigna. Estas acciones mancomunadas serán instrumentadas para cada caso concreto, mediante acuerdos operativos que se formalizarán a través de las autoridades firmantes del presente documento o por las unidades ejecutoras u otras entidades organizativas que éstas dispongan. (ii) Con carácter enunciativo no limitativo, las partes podrán: a) Contratar recíprocamente prestaciones de salud de alcance parcial o integral, en todos los niveles de asistencia, prestadas en forma directa o a través de terceros. b) Desarrollar actividades de formación e intercambio, tanto en el ámbito de la gestión administrativa como asistencial. c) Formular estrategias concertadas y coordinadas, a efectos de promover la oferta de un

conjunto de servicios de salud de excelencia, para la población cubierta por ambas instituciones. d) Coordinar acciones destinadas a capitalizar de forma conjunta, las experiencias exitosas en el campo de las tecnologías de la información, la adecuación de la infraestructura edilicia y medios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad.

CUARTO: COMPROMISOS ASUMIDOS POR LAS PARTES.- Las partes se comprometen a promover las acciones necesarias para desarrollar de manera efectiva y en los plazos acordados, los planes de trabajo asociados, resultantes de los acuerdos específicos que se celebren. A tal efecto, dispondrán los recursos humanos y materiales necesarios, a la vez que asignarán las prioridades necesarias en la ejecución de las tareas comprometidas, conforme a las capacidades operativas existentes.

QUINTO: CONTRAPRESTACIONES DE CARÁCTER ECONÓMICO.- (i) Reconociendo las dificultades de determinación exacta de costos asociados a las actividades que habrán de desarrollarse en el marco del presente convenio, las partes acuerdan el mecanismo de compensación de pagos, pactándose un balance de cancelación anual. (ii) A efectos de valorar los servicios que serán objeto del intercambio, dentro de los 30 días de la firma del presente acuerdo, se conformará una mesa de valoración, que entenderá en la fijación de precios y tasas para los servicios utilizados, tanto en etapa de diseño de las actividades de coordinación, como en oportunidad de aplicarse los mismos en la gestión operativa.

SEXTO: INSTRUMENTOS DEL CONVENIO.- A efectos de concretar los objetivos acordados, las partes podrán: a) Crear grupos de trabajo, comisiones, organizar y desarrollar jornadas, seminarios, simposios, conferencias, congresos y talleres de capacitación y asesoramiento. b) Adoptar las medidas tendientes a profundizar el vínculo técnico permanente entre ellas, facilitando la comunicación e información, pudiendo requerir la participación de otros Organismos e Instituciones, si ello fuere necesario. c) Efectuar las acciones de divulgación, promoción y comunicación requeridas para el cabal cumplimiento de las metas establecidas. d) Proponer acuerdos complementarios que por su naturaleza contribuyan al mejor resultado en términos de servicios y prestaciones de salud de carácter integral.

SÉPTIMO: PLAZO.- (i) El presente convenio tendrá una duración inicial de dos (2) años, contados a partir del día de su firma. Dicho plazo se prorrogará automáticamente por

períodos consecutivos de un año, toda vez que no sea denunciado por alguna de las partes, con una antelación de noventa (90) días a vencimiento. La denuncia del mismo no implicará dejar sin efecto el desarrollo de las actividades que ya se hubieran acordado, salvo que se determine en forma expresa lo contrario. (ii) De conformidad con lo establecido en la Ley 18.211, Art. 28°, Literal D), las partes dejan supeditada la entrada en vigencia del presente convenio, a su aprobación por parte de la Junta Nacional de Salud.

OCTAVO: RESERVA DE LA INFORMACIÓN.- Los firmantes se comprometen a la utilización adecuada y estrictamente necesaria para sus fines institucionales, de la información proporcionada por cualquier otro organismo, bajo apercibimiento que de incurrir en uso indebido de la misma dará derecho al otro a rescindir unilateralmente el convenio.

NOVENO: DOMICILIOS.- Las partes fijan como domicilios especiales a todos los efectos los declarados como suyos, y establecen la carta certificada con aviso de recibo o el telegrama colacionado con aviso de entrega como medios idóneos de notificación.

PREVIA LECTURA, Y RATIFICACIÓN DE SU CONTENIDO, SE OTORGA Y FIRMA EL PRESENTE, EN DOS EJEMPLARES DEL MISMO TENOR EN EL LUGAR Y FECHA INDICADOS.-

ANEXO 2

BORRADOR ACUERDO OPERATIVO BPS – ASSE

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN – MONTEVIDEO

Alcance de la operativa inicial

- BPS atenderá a la población alcanzada por el acuerdo, priorizando el criterio de referencia geográfica respecto al actual emplazamiento de sus Centros de Atención en el Primer Nivel (CMI).
- La población menor de edad a asistir será en una primer etapa los beneficiarios con derecho por las disposiciones de la Ley 15.084 no incluidos en el SNIS y los que estando incluidos en el SNIS hayan elegido a ASSE como prestador integral de salud.
- El segundo colectivo a atender serán las esposas de trabajadores en situación de embarazo.
- Ambos colectivos recibirán atención odontológica y de ortodoncia y de salud mental conforme a los alcances establecidos por los Programas de Salud del MSP o cobertura adicional a aquellos acordadas entre ASSE y el BPS.
- Acceso a medicamentos, paraclínica y consulta médica sin tickets para los afiliados ASSE – BPS.
- Todas las técnicas diagnósticas serían realizadas por el BPS, salvo aquellas que se pacten especialmente aprovechando las capacidades de diagnóstico existentes en ASSE, como por ejemplo imagenología.
- Creación de la referencia y contrarreferencia para consulta con especialistas de ASSE.
- Habilitación de policlínicas de OFT, ORL y Neuropediatría para atender la demanda de estas consultas, en un servicio de policlínicas de especialidades a habilitarse en el actual DEMEQUI

Aspectos a contemplar en etapas futuras

- Incorporación de oftalmólogo (o técnico oftalmólogo) en todos los CMI, a efectos de realizar el despistaje de la capacidad visual a edad temprana, incluyendo la prestación de lentes.
- Estudios destinados a identificar situaciones de hipoacusia en forma precoz, incluyendo el screening, tratamientos y la prestación de audífonos.
- Plan de Incorporación de niños con más de 6 años al 1/1/2008 hasta que cumplan los 14 años de edad.
- Evaluación de la factibilidad y conveniencia en extender el horario de atención (de 8.00 a 20.00 horas) en tanto sea necesario para cumplir con las normas del MSP en relación a tiempos de acceso a consulta.
- Forma y plan de Incorporación de mujeres afiliadas a ASSE por el SNIS.
- Forma y plan de Incorporación de mujeres con derecho a asistencia por ASSE no incluidas en el SNIS, priorizando criterios por edad fértil, por estado de gravidez, programas de medicina preventiva u otros planes prioritarios que defina la DIGESA.
- Acceso desde servicios de ASSE a sistemas de información de Historia Clínica en soporte electrónico a cargo del BPS.

Puntos a considerar en relación a la estrategia y sustentabilidad del acuerdo.

- Recepción de la afiliación a ASSE en el CMI del BPS.

- Factibilidad y conveniencia de extender las coberturas hasta ofrecer cobertura integral a los menores amparados por Ley 15.084 pero no incluidos en el SNIS (ej.: hijos de trabajadores que ganan menos de 1,25 BPC).
- Factibilidad y conveniencia de extender las coberturas hasta ofrecer cobertura integral a las esposas de trabajadores.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN – PANDO

- Mismo alcance inicial que para CMI de Montevideo.
- Análisis de conveniencia de adelantar plazos para algunos colectivos para proyectarlo como centro de atención único para la población ASSE – BPS en Pando y zona de influencia.
- Plan piloto bajo responsabilidad de gestión del BPS, en el cual se integren servicios por parte de ASSE para complementar las prestaciones hasta constituir un centro integral para el primer nivel de atención.
- Identificación de programas específicos para la población en la zona de influencia, a efectos de posibilitar la evaluación de las políticas públicas que en materia de salud impulse el MSP.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN – RESTO DEL PAÍS

Alcance de la operativa inicial

- Acuerdo ASSE - BPS para que todos los niños afiliados al BPS no cubiertos por el SNIS, reciban en forma exclusiva a través de ASSE la cobertura parcial del actual Programa PAPI.
- Los niños incluidos en el SNIS que se afilien a ASSE mantendrán todos los derechos de atención en los servicios del BPS, en particular los que brinda el DEMEQUI, en idénticas condiciones que previo a la entrada en vigencia del SNIS.
- Igual que lo anterior, para las prestaciones de rehabilitación y Ayudas Extraordinarias.
- Los niños pacientes del DEMEQUI podrán realizarse exámenes clínicos sin pago de tickets ni ordenes en los servicios asistenciales de ASSE de su localidad de residencia. Los gastos devengados serán parte de las sumas a compensar por ambas instituciones.

Aspectos a contemplar en etapas futuras

- Definición de la figura del Pediatra Referente, quien dictaminará sobre la pertinencia de consulta y traslado de los pacientes que solicitan atención por patologías de origen congénito o por Ayudas Extraordinarias.
- Programa de despistaje de la capacidad visual a edad temprana con participación de ASSE y Gobiernos Departamentales y entrega de lentes aplicando los medios tecnológicos y administrativos del BPS.
- Estudios destinados a identificar situaciones de hipoacusia en forma precoz por parte de ASSE y entrega de audífonos aplicando los medios tecnológicos y administrativos del BPS.
- Acceso desde servicios de ASSE a sistemas de información de Historia Clínica en soporte electrónico a cargo del BPS.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN – MONTEVIDEO

Alcance de la operativa inicial

- Definición del acuerdo técnico para la referencia y contrarreferencia de los pacientes atendidos en los CMI.
- Internación en CHPR (Complejo Hospitalario Pereira Rossell) para los niños asistidos en los CMI, afiliados y no afiliados al SNIS.

Aspectos a contemplar en etapas futuras

- Acuerdo de coordinación para maximizar el aprovechamiento de camas obstétricas, UCI Neonatal y UCI Obstétrico entre el Hospital Luisa Luisi y el Sanatorio Canzani.
- Coordinación técnica, cooperación y complementación entre los servicios de medicina prenatal del CHPR y el Canzani.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN – RESTO DEL PAIS

- Analizar conjuntamente la extensión de la cobertura pediátrica prevista para el Primer Nivel de Atención, hasta llevarla a cobertura integral, estando la atención en el Segundo Nivel a cargo de los centros asistenciales de ASSE en todo el país.

IMAE PARA ATENCION DE ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGENITO

Acciones en el corto plazo

- Definir la reubicación del actual DEMEQUI, preparándolo para que constituya un IMAE para la atención de defectos congénitos, bajo un enfoque de excelencia en la gestión y resultados en la atención de salud.
- Asegurar que en el manejo de la transición del escenario actual al escenario futuro las coberturas tengan la debida continuidad y capacidad de respuesta a la población actualmente asistida por el DEMEQUI.
- Habilitar las instancias de acuerdo necesarias para disponer de los servicios de internación y cirugía que permitan dar continuidad a la operativa actual, que se ha visto afectada de manera indirecta por las afiliaciones al SNIS.

Acciones en el mediano plazo (2008)

- Definición de una visión compartida para la identificación de las patologías de origen congénito que serán de cobertura obligatoria para los prestadores integrales y las que serán atendidas bajo la modalidad de IMAEs, a efectos de integrar los equipos de especialistas que definirán el PIAS para este conjunto de enfermedades.
- Identificación de los servicios ASSE – BPS – Hospital de Clínicas en mejores condiciones para brindar la asistencia en cada una de las técnicas cubiertas bajo esta modalidad.
- Proponer los mecanismos de determinación del derecho a la asistencia en el nuevo IMAE y las prestaciones complementarias a la atención (traslados, hospedaje y alimentación).

TEMAS A CONSIDERAR EN RELACIÓN AL ESCENARIO PLANTEADO

- Analizar campaña de medios en conjunto o sólo protagonizada por ASSE.
- Generar mecanismos que induzcan a la población a afiliarse a ASSE cuando está sana y no cuando al enfermarse no pueda pagar las tasas moderadoras de los prestadores privados.
- Prever las críticas y respuestas apropiadas para los prestadores privados que objetarán el no cobro de tasas moderadoras por ASSE y BPS.
- Previendo lo anterior, crear la mesa de valoración del costo de los servicios a efectos de crear un ámbito de compensación.

ANEXO 3

BORRADOR NUEVO MARCO CONTRACTUAL PARA EL CONTROL DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN AL PARTO EN EL INTERIOR DEL PAIS

ANEXO PROGRAMA – CEAP CONTROL DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DEL PARTO

- 1º) **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** El Programa de Control del Embarazo y Atención del Parto comprende la asistencia que su nombre indica, para las beneficiarias incluidas conforme a lo establecido por el Decreto - Ley 15.084 de 21/8/1981, Decreto del P.E. 227/981 y Reglamento aprobado por Resolución de la Ex Dirección de la Seguridad Social N° 1439/82 de fecha 19/07/82, modificada por Resoluciones 2805/84, 2853/85, 3624/85, y 2457/86 de fechas 5/12/84, 22/10/85, 31/12/85y 22/9/86 respectivamente y por resoluciones del Banco de Previsión Social N° 33-1/88 del 21/09/88 y R.D. 3125/92 del 12/08/92.
- 2º) **COLECTIVO AMPARADO:** Son beneficiarios de las prestaciones que sirve la repartición Prestaciones de Salud del BPS y en particular las correspondientes al presente Programa, las esposas o concubinas de un atributario (todo empleado formal de la actividad privada que preste servicios remunerados a terceros) y las menores en gestación a cargo de un atributario, en tanto no se encuentren afiliados a un Efecto de Salud o tengan derecho a las coberturas de salud como usuarios del Seguro Nacional de Salud. Si la beneficiaria embarazada hubiera estado afiliada hasta el mes anterior a la última menstruación en un Efecto de Salud, no podrá atenderse en el marco del presente Programa en el mismo Efecto de Salud.
Pueden igualmente aspirar a este beneficio, con las excepciones antes citadas:
- a) las hijas, nietas, nueras (o cualquier vínculo familiar, formal o de hecho) en gestación a cargo de un atributario; (deben compartir "techo y comida")
 - b) las trabajadoras que realicen menos de 13 jornales mensuales de labor o perciban menos de 1,25 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC), y
 - c) quienes se encuentren amparados en situaciones de excepción, previstas en los reglamentos en vigencia.
- 3º) **ALCANCE DE LAS COBERTURAS:** El Reglamento del Servicio Materno Infantil (Resolución 1439/82 y actualizaciones) las define como Asistencia Integral de la Embarazada, comprendiendo el período que va desde su captación en condición de gravidez, hasta los 45 días posteriores al nacimiento, bajo los alcances del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MSP que deben cumplir los prestadores integrales y los Programas Específicos del BPS para la atención del embarazo de riesgo y el diagnóstico prenatal, cuyos requisitos se definen en el presente Anexo.
- 4º) **ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:** El Programa comprende también la Atención Integral del Recién Nacido hasta el último día del tercer mes posterior al del nacimiento, en tanto no se encuentren afiliados o pasen a ser cubiertos por acuerdo privado con un Efecto de Salud o tengan derecho a las coberturas de salud como usuarios del Seguro Nacional de Salud. En este último caso, las coberturas tendrán el alcance y plazo establecidos por las disposiciones que regulan las mismas.
- 5º) **COBERTURAS EXTRAORDINARIAS:** En caso que el beneficiario, madre y/o recién nacido, se encuentre afiliado a un Efecto de Salud o tengan derecho a las coberturas de salud como usuarios del Seguro Nacional de Salud, tendrán derecho a recibir del BPS

aquella asistencia que no se encuentre incluida en la canasta de prestaciones obligatorias para los Prestadores Integrales del Sistema Nacional de Salud.

- 6º) COBERTURAS ANTE ALTERACIONES DE ORIGEN CONGÉNITO:** Como caso particular de lo expresado en el punto precedente, se establece el derecho a una asistencia especial a beneficiarios que presenten trastornos de salud de origen congénito o patologías emergentes de riesgos perinatales.
La solicitud de estas prestaciones puede iniciarse hasta los trece años, once meses y veintinueve días de vida, quedando las mismas supeditadas al resultado de la consulta que realicen los Servicios de Salud del BPS ante el MSP, a efectos de establecer cuales situaciones y patologías serán cubiertas por el Programa y cuales deben ser cubiertas como prestación obligatoria por los Prestadores Integrales del SNIS.
Las coberturas señaladas serán prestadas con cargo al BPS, en tanto el Efector de Salud cumpla en dar noticia temprana de la situación una vez confirmado el diagnóstico, ya sea en período gestacional o con posterioridad al parto.
- 7º) REINTEGRO DE GASTOS:** En caso que los trastornos de salud en el recién nacido, tengan nexo causal probado con los procedimientos aplicados o carencias de estos, en el control del embarazo normal y de riesgo, la atención del pre-parto y del parto, el BPS repetirá al Efector de Salud los costos que se deduzcan de la asistencia brindada. La atribución de responsabilidades será dispuesta por Acto Administrativo, siendo el mismo oponible conforme a las Normas de Derecho en la materia.
- 8º) EFECTOS POR FALTA DE AVISO:** En caso que el Efector de Salud no cumpla con los protocolos de control del embarazo definidos en el presente Anexo y sus Apéndices, o luego de constatada una situación que encuadre en lo previsto por el Artículo 6º precedente, no lo comunicara al Servicio de Referencia de la Gerencia de Salud del BPS dentro de las 24 horas siguientes a la confirmación del diagnóstico, el BPS podrá trasladar al Efector de Salud los costos derivados de la atención de la patología constatada, sin perjuicio de repetir las sumas que pudieran demandarle los damnificados o sus Representantes Legales.
- 9º) ACREDITACIÓN DEL DERECHO:** Corresponde al BPS la determinación del derecho a las coberturas del Programa CEAP y otorgar la correspondiente Orden de Asistencia (OASIS) a quienes se encuentren amparados por los beneficios comprendidos en el mismo, previa solicitud al efecto por parte del interesado. El trámite señalado es requisito imprescindible para el otorgamiento de la prestación.
El BPS dispondrá la forma de autorizar el inicio de la asistencia mediante orden OASIS o transacción electrónica que el Efector de Salud tendrá disponible a través de los medios que a tal efecto provea el BPS.
Las emisiones de las órdenes de asistencia, en la modalidad que se aplique, se realizarán a solicitud del beneficiario, quien a tal efecto proporcionará los datos exigidos al BPS y/o Efector de Salud en su caso.
No se emitirán ni abonarán pagos asociados a órdenes de asistencia cuando las mismas tengan fecha de solicitud posterior al día y hora del parto.
Una vez acreditado el derecho, la asistencia en todas las componentes del programa será realizada hasta el alta de la madre y el niño, conforme al alcance definido para cada beneficiario.
- 10º) REFERENCIA GEOGRÁFICA:** Serán de aplicación las previsiones que en este plano se establecen en las Cláusulas Vigésimo Segunda a Vigésimo Quinta del Contrato Principal. Ello determina la posibilidad que el beneficiario elija a un Prestador Integral del SNIS, público o privado, presente en su localidad de residencia, sin perjuicio que su sede central no se encuentre en el mismo Departamento, siendo de aplicación la restricción en cuanto a

distancia máxima para la atención del parto, conforme a criterios de acceso y vías de comunicación que el BPS definirá en cada caso.

- 11º) COMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS:** Las instituciones que no dispongan de infraestructura técnica adecuada para el seguimiento y tratamiento de la patología de alto riesgo materno-fetal o neonatal, deberán disponer el traslado del paciente al Centro de Referencia Regional que hubiera definido a tal efecto el MSP. De no existir definición respecto al centro de referencia, la misma será acordada entre el Efector de Salud y el BPS dentro de los 60 días de la firma del contrato. Los gastos derivados de los servicios que preste el Centro de Referencia serán de cargo del Efector de Salud.
- 12º) GRATUIDAD DE LAS COBERTURAS:** Los servicios a contratar se hallan exentos de tasas moderadoras, timbres, o cualquier otro emolumento proveniente del bolsillo de los beneficiarios. Esta condición deberá figurar como leyenda en toda la información impresa que se entregue al beneficiario o afiches referidos al Programa, por parte del Efector de Salud.
- 13º) COBERTURA POR ASISTENCIA AL EMBARAZO:** Esta prestación comprende la certificación y vigilancia del embarazo normal o patológico por Obstetra Partera y Médico Obstetra, desde el ingreso de la beneficiaria hasta el momento del inicio del parto. Las instituciones deben poner a disposición de las beneficiarias todo su equipo técnico-médico, especialistas, Obstetras Parteras, Psicólogos, Licenciadas en Nutrición, Odontólogos, Trabajadoras Sociales, etc.
Asimismo, deberán ofrecer a las beneficiarias del BPS, talleres de educación participativa (idealmente grupal) tendientes a brindar información y educación a las gestantes y sus familias en relación a su embarazo, parto, puerperio, lactancia y posterior cuidado anticonceptivo. De dichos talleres se controlará asistencia y se asentará en un registro creado a tal efecto, del cual el BPS podrá requerir copia en cualquier momento. Deberán cumplir las políticas de derivación (referencia y contrarreferencia) que se establecen en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y aquellas definidas especialmente por el BPS en los Apéndices de este Anexo.
Se establecerá una corriente de información y consulta entre las Instituciones y el BPS a través de la Policlínica de Alto Riesgo y el Servicio de Medicina Prenatal, a fin de evacuar posibles dudas, y adoptar decisiones de conjunto sobre la mejor forma de realizar la asistencia especial que el Alto Riesgo Obstétrico requiere. Estas acciones de intercambio técnico podrán dar lugar a acuerdos en cuanto a los procedimientos a ser aplicados, los que una vez acordados adoptarán carácter obligatorio.
En todos aquellos casos en que se planteen controversias, las instituciones prestadoras contratadas se comprometen a aceptar como decisión técnica válida, la proveniente de los órganos competentes del BPS, quienes a tal efecto definirán sus criterios en coordinación con el MSP. Las controversias en este plano se sustanciarán conforme a los procedimientos establecidos en el Contrato Principal.
- 14º) EXCEPCIONES A LA COBERTURA DEL EMBARAZO:** Refiere a aquellas situaciones mórbidas que por su gravedad o su complejidad requieren ser asistidas en el Nivel de Referencia Nacional para el colectivo amparado, que es la Unidad de Perinatología del BPS. Las situaciones alcanzadas por esta cláusula son las siguientes:
- Patologías graves (en especial la neoplásica) diagnosticadas antes del inicio de la gravidez o durante el transcurso de la misma.
 - Malformaciones congénitas diagnosticadas durante la gravidez.
 - Riesgo de prematuridad extrema (30 semanas o menos).
 - Embarazo triple.

En forma obligatoria derivarán a la Policlínica de Alto Riesgo de la Unidad de Perinatología el embarazo triple y la asociación del embarazo con afecciones neoplásicas. El Servicio de Medicina Prenatal recibirá las gestantes con diagnóstico prenatal de malformaciones, en los términos establecidos en el Apéndice respectivo.

Otros casos de excepción de patologías graves de baja frecuencia, serán evaluados en cuanto a su cobertura por parte del BPS, estando el Efector de Salud a lo que éste resuelva.

- 15º) COBERTURA POR LA ATENCIÓN DEL PARTO:** Se entiende como tal la atención institucional del parto normal y patológico, la atención del neonato desde el nacimiento hasta el alta sanatorial del niño y de su madre, la del puerperio normal así como la eventual patología emergente durante el periodo puerperal (hasta 45 días después del parto).
- En esta atención, la institución contratada debe poner a disposición de las beneficiarias, todos los recursos establecidos en las normas del MSP.
- Será obligatoria la evaluación clínica y del riesgo por Médico Obstetra al ingreso, así como la presencia del mismo en la sala de partos como actor en todas las situaciones patológicas, especialmente en los nacimientos de pretérmino.
- El periodo de internación de las madres luego del parto nunca será menor de 48 horas y el alta precoz deberá tener documentada la opinión justificativa o la oposición del médico tratante, debiendo ser firmada obligatoriamente por la madre beneficiaria o su representante legal, cuando se encuentre habilitado para hacerlo.
- En los controles puerperales se suministrará a la madre asesoramiento sobre cuidados anticonceptivos y promoción de la lactancia natural. Se exigirá también la atención del neonato a cargo de médicos neonatólogos y/o pediatras con entrenamiento neonatológico, el que deberá estar presente en sala de partos al momento del nacimiento.
- La atención del neonato será parte de la atención integral de salud que el Efector de Salud deberá prestar al recién nacido en su calidad de beneficiario del Seguro Nacional de Salud.
- En caso que se produjera el alta materna y el recién nacido permaneciere internado en una Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia por las situaciones de excepción previstas en el Artículo 14º precedente, la misma será de cargo del BPS. Estos servicios deberán tener un precio de referencia acordado entre el BPS y el Efector de Salud, el que en ningún caso podrá superar el arancel definido para ASSE, en idénticas condiciones de cobertura.
- 16º) COBERTURA PERINATAL A OPCION DEL BPS:** En caso que el recién nacido no fuera beneficiario del Seguro Nacional de Salud y no tuviera contratada en forma particular cobertura equivalente, el BPS podrá contratar la atención integral para el mismo, por el periodo que va desde la fecha de nacimiento hasta el último día del tercer mes posterior al del parto, en el mismo Efector de Salud que asistió el parto o en uno diferente de acuerdo a la localidad de residencia de la beneficiaria.
- Esta opción comprende los casos de internación del neonato en Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia y el plazo antes indicado comenzará a contarse al momento del alta de esas Unidades.
- La atención contratada en los términos señalados en el inciso primero de este artículo, será de carácter integral, en idénticos términos que las prestaciones cubiertas por el Seguro Nacional de Salud. En esta atención, la institución contratada deberá igualmente poner a disposición de los beneficiarios todos los recursos exigidos por las normas del MSP, con disponibilidad de médicos pediatras.
- En los controles ambulatorios se realizará el control de su evolución, en especial de su curva ponderal, realizándose las correspondientes indicaciones referentes al cuidado, alimentación y tratamiento de las patologías emergentes diagnosticadas. Se proporcionará asistencia alimentaria en caso necesario, proveyendo en particular, los complementos alimenticios que estén incluidos a la fecha de indicación en el vademécum del MSP. Para esos controles las instituciones prestatarias pondrán al servicio de los beneficiarios la

totalidad de su personal médico y técnico: especialistas, psicólogos, nutricionistas y asistentes sociales.

- 17º) REQUISITOS PARA LAS INSTITUCIONES CONTRATADAS:** Se deberán ajustar en todo, a lo dispuesto por la normativa del MSP en la materia, asegurando una calidad de atención en salud igual o superior a la ofrecida al resto de sus afiliados. Sin perjuicio de lo anterior, serán requisitos exigibles los siguientes:

Consultorios Externos

- a) El horario de disponibilidad de la para madres y niños será como mínimo de 8.00 a 20.00 horas de lunes a viernes y de 8.00 a 14.00 horas en días sábado.
- b) Deberá contar con personal de Recepción, Enfermería y Registro Clínico, Médico Obstetra, Médico Pediatra y Obstetra Partera, diferentes de los que se encuentre de guardia en el período en que esté habilitada la consulta.
- c) Equipamiento con balanza para adultos y niños, esfíngo-manómetro, tallímetro y detector ultrasónico portátil de latidos fetales, guantes, espéculos, material para muestra de colpocitología oncológica y exudado vaginal y rectal, historias clínicas, carné perinatal e historia clínica perinatal.

Facilidad de coordinación

- d) El Efector de Salud deberá ofrecer al beneficiario la posibilidad de coordinar telefónicamente la concurrencia al consultorio.
- e) La entidad asistencial podrá ofrecer otros canales de comunicación adicionales para esta facilidad lo que no la libera de la accesibilidad mediante el servicio telefónico.
- f) Los tiempos de respuesta en la modalidad de atención telefónica deberán ser comparables con los estándares exigibles en los servicios de centros de llamadas.

Accesibilidad

- g) En el mismo día para consultas urgentes; se ajustará a lo que la normativa del MSP disponga en lo que refiere a los controles en cada especialidad.
- h) Dispensación de medicamentos en el local o en locales habilitados por el Efector de Salud, en todos los casos exentos de todo pago para el beneficiario.
- i) Respuesta del laboratorio inmediata para exámenes urgentes y en 7 días para los no urgentes.
- j) Registro médico conforme a estándares de intercambio de información, accesible mediante índice de nombre y número de Documento de Identidad.

Internación de madres y recién nacidos:

- k) Alojamiento en ambientes de internación conjunta de hasta 2 madres con hijos, con baño privado. Deberá proporcionarse jabón, toalla y papel higiénico en cantidades apropiadas.
- l) Salas de parto con sectores diferenciales de periodo expulsivo y de atención inmediata del recién nacido con equipamiento adecuado para reanimación completa.
- m) Para atención postnatal, deberá existir sector de internación conjunta y en aislamiento, así como sector de preparación de leche.
- n) Sala de cesáreas en el mismo local de atención del parto.
- o) Sala de espera para las madres en caso permanencia en internación del recién nacido, en período posterior al alta obstétrica.

- 18º) FACULTADES DE CONTROL SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA PRESTADA:** Conforme a las disposiciones que regulan el presente Programa, la atención en salud comprendida en el presente Anexo es responsabilidad de la Gerencia Salud del BPS. En dicho marco, el Instituto se reserva el derecho de efectuar auditorías e inspecciones técnicas para controlar la calidad asistencial que las instituciones ponen al servicio de los beneficiarios, sin perjuicio de lo dispuesto en las cláusulas Cuadragésimo Tercera y Cuadragésimo Octava

del Contrato Principal.

Los aspectos a considerar en la evaluación de la calidad de servicio, incluye la valoración de los locales asistenciales, el equipamiento Médico, la calificación y desempeño del personal asignado y la claridad y completitud de los documentos de registro medico, en soporte papel o electrónico.

En las actividades de control se pondrá especial énfasis en el cumplimiento de las normas de atención materno-infantil y las disposiciones emanadas del MSP. Asimismo, en el marco de la coordinación BPS – MSP, los resultados de actividades de control que realicen los servicios de dicho Ministerio y los reclamos presentados por los beneficiarios de este Programa conforme a los procedimientos previstos en la Atención al Usuario, podrán ser considerados en la evaluación del desempeño contractual del Efector de Salud.

- 19º) CONTROLES EN SITUACIONES DE EXCEPCIÓN:** El BPS ejecutar auditorías y evaluaciones en materia de traslados de pacientes beneficiarios del Programa, tanto madres como recién nacidos, determinando en todos los casos la responsabilidad de las instituciones en cuanto a su incidencia en la atención y evolución del paciente. Dicha evaluación podrá dar mérito a la aplicación de las previsiones contenidas en el Artículo 7º de este Anexo, cuando se constatare que el traslado del paciente era evitable o su realización agregara riesgos innecesarios o inconvenientes en la atención en salud del paciente. El Efector de Salud está obligado a remitir al BPS fotocopia de los resultados de autopsias, informe semanal de la asistencia médica en las UCI y las intervenciones de reparación de congénitas que hubieran sido previamente acordadas con el BPS. Esta información será enviada al Servicio de Registros Médicos de la Unidad de Perinatología – Sanatorio Canzani, para su inclusión en las historias clínicas correspondientes o mediante los mecanismos de remisión electrónica de información que a tal efecto disponga el BPS.
- 20º) REGISTROS ASOCIADOS A LAS COBERTURAS:** El Efector de Salud deberá remitir a los servicios de la Repartición Prestaciones de Salud del BPS por los medios que a tal efecto se dispongan en soporte papel o electrónico, la información de la tarjeta de control de la Embarazada o del Carne del Niño, de la Historia Clínica y del Sistema de Información Perinatal (S.I.P.). La entrega en tiempo y forma de esta información será requisito previo e indispensable para el pago de los servicios que se contratan por el presente Anexo. A tales efectos el BPS podrá ofrecer acceso a medios de remisión electrónica de datos en línea, pudiendo el Efector de Salud proponer mecanismos alternativos, siempre que los mismos aseguren idéntica calidad en la información y tiempos de respuesta que los anteriores.
- 21º) PAGO DE LOS GASTOS DE TRASLADO:** Es cometido del BPS asegurar la equidad de la asistencia a sus beneficiarios independientemente de la zona del país donde residan, por lo cual serán de cuenta del BPS aquellos gastos de traslado de los/as beneficiarios/as y de un acompañante, en aquellas situaciones que justifiquen su traslado al Centro de Referencia Nacional para el colectivo amparado. Dichos traslados deberán ser coordinados a través de la oficina del BPS de la localidad, debiendo adjuntar el beneficiario la documentación que a tal efecto extienda el médico tratante, la que deberá acordarse y coordinarse en forma previa con la Unidad de Perinatología. Serán de cuenta de la institución prestadora, aquellos traslados de beneficiarias a otras instituciones prestadoras con quienes las primeras acuerden la complementación de servicios que por contrato están obligadas a prestar integralmente.
- 22º) FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES:** Los pagos por los servicios contratados se realizarán en forma mensual, dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la liquidación respectiva y de la información correspondiente a las prestaciones que se facturan por parte del Efector de Salud.

El BPS facturará los servicios que correspondan a la institución prestadora para la cual se haya extendido la orden de asistencia, siendo responsabilidad de ésta la liquidación hacia otros prestadores o proveedores con quienes haya contratado parcialmente los servicios requeridos por las prestaciones de este Anexo.

- 23º) PRECIOS POR EL CONTROL DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DEL PARTO:** El BPS pagará por todo concepto en relación a estas coberturas, un monto mensual por los meses que van desde la presentación de la solicitud de asistencia por la beneficiaria, hasta el mes que finaliza el puerperio. En caso que por interrupción espontánea del embarazo no se cubriera dicho período, el último mes factura corresponderá al del alta sanatorial de la beneficiaria. Las situaciones no contempladas en los casos señalados, serán analizadas en forma conjunta entre el Efecto de Salud y el BPS, quedando las eventuales controversias sujetas a la resolución mediante el procedimiento de arbitraje. El monto mensual a abonar será igual a 1,5 (uno con cinco) veces el valor de la cuota salud correspondiente a la beneficiaria, conforme a los valores definidos por el Poder Ejecutivo para el Seguro Nacional de Salud, en el caso que la titular del beneficio tenga menos de 35 años cumplidos al momento de solicitar la prestación. El valor antes señalado se incrementará en un 20% cuando la beneficiaria tenga 35 o más años de edad al momento de la solicitud.
- 24º) PRECIO POR LA ATENCIÓN PERINATAL:** En caso que el BPS haga uso de la opción prevista en el Artículo 16º de este Anexo, el período a facturar para esta prestación será de una cuota salud por mes calendario en que la prestación es efectivamente cumplida, según el valor vigente para el Seguro Nacional de Salud en el período considerado. Las partidas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos para la cobertura del recién nacido por dicho período, serán abonadas directamente por el BPS. En la integralidad de esta asistencia y en su financiamiento, quedan exceptuados las técnicas diagnósticas y tratamientos de Tercer Nivel para las afecciones congénitas y connatales, en los términos del Artículo 14º.
- 25º) COBERTURA EN CASO DE DESPLAZAMIENTO O CAMBIO DE INSTITUCIÓN:** Se reconoce el derecho de las/los beneficiarios, a solicitar cambio de institución prestadora, en la eventualidad de que deban trasladarse a otra localidad del país. Igualmente podrán solicitar cambio de institución prestadora cuando habiendo más de un prestador en la zona, no se encuentren satisfechos con la asistencia recibida. Cuando el beneficiario haga uso de esta opción, en los términos que establezca la Gerencia de Salud del BPS, la misma tendrá efecto al primer día del mes siguiente al de la solicitud.
- 26º) ACTUALIZACIÓN DE PRECIOS:** Los valores a pagar por el BPS por las prestaciones definidas en este Anexo, se ajustarán en el mismo porcentaje y modalidad que se ajusten los valores de las cuotas salud para el Seguro Nacional de Salud.