

Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay

*6 estudios realizados en los años
2012 al 2014 en el marco del Proyecto
Interinstitucional sobre "Avances y
consolidación del Acceso y la Cobertura
Universal de Salud en Uruguay"*



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

17000, BOGOTÁ, COLOMBIA
Américas

Catalogación en la fuente

Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, 2015.

1. Acceso Universal a Servicios de Salud. 2. Política de Salud. 3. Sistemas de Salud. 4. Programas Nacionales de Salud. 5. Financiación de la Atención de la Salud. 6. Uruguay. I. Fernández Galeano M, coord. II. Levcovitz E II, coord. Olesker D, coord. II. Título.

ISBN: 978-9974-7945-7-3

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: pwr@uru.ops-oms.org Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2015. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico, fotografías y armado: Juan Angel Urruzola (juanangel@urruzola.net)

Impreso en Montevideo en la imprenta Mosca en noviembre de 2015

Depósito Legal: 368.353

Organización y Coordinación de la Edición (*)

Miguel Fernández Galeano
Eduardo Levcovitz
Daniel Olesker

Equipo Editor (*)

Paula Carrasco
Miguel Fernández Galeano
Guillermo Fuentes
Eduardo Levcovitz
Daniel Olesker
Ida Oreggioni

Autores de los Estudios del Proyecto Interinstitucional

*"Avances y consolidación del Acceso
y Cobertura Universal en Salud en Uruguay"* (*)

Victoria Arbulo | Paula Carrasco | Gimena Castelao | Marcelo Castillo
Jessica Correia | Andrea Delbono | Sandra Farina | Guillermo Fuentes | Fernando Isabella
Giselle Jorcín | Florencia Lambrosquini | Ida Oreggioni | Juan Pablo Pagano
Gustavo Rak | Laura Rivas

Comentaristas de artículos (*)

Hugo Bai | Oscar Cetrángolo | David Debrott Sánchez
Gabriel Lagomarsino | Constanza Moreira

(*) *Resúmenes de los currículum vitae en la página 286.*

Abreviaturas y siglas

AFAM	Asignaciones Familiares
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BCU	Banco Central del Uruguay
BPA	Buenas Prácticas de Alimentación
BPS	Instituto de la Seguridad Social
BPC	Bases de Prestaciones y Contribuciones
BPS	Banco de Seguros del Estado
CASMU	Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay
CONAPRO	Comisión Nacional Programática
CTI	Centro de Tratamiento Intensivo
DIGESNIS	Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud
DISSE	Dirección de Servicios de Salud del Estado
DNSFFAA	Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas
DNSP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
ECAS	Estructura de Costos de Atención en Salud
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ENIA	Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia
FA	Frente Amplio
FEMI	Federación Médica del Interior
FFAA	Fuerzas Armadas
FFSP	Federación de Funcionarios de Salud Pública
FMI	Fondo Monetario Internacional
FTM	Formulario Terapéutico de Medicamentos
FUS	Federación Uruguaya de la Salud
FM	Facultad de Medicina de la UdelaR

FONASA	Fondo Nacional de Salud
FNR	Fondo Nacional de Recursos
HC	Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
ICC	Índice de Carencias Críticas
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IPC	Índice de Precios al Consumo
IRPF	Impuesto a la Renta de las Personas Físicas
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
OPS	Organización Panamericana de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSE	Obras Sanitarias del Estado
PN	Partido Nacional
PC	Partido Colorado
PBI	Producto Bruto Interno
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud
PIT-CNT	Plenario Inter-Sindical de Trabajadores/Convención Nacional de Trabajadores
RAP	Red de Atención Primaria
RHS	Recursos Humanos en Salud
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS-R	Redes Integradas de Servicios de Salud con base Regional
SAQ	Sociedad Anestésico Quirúrgica
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
TUS	Tarjeta Uruguay Social
UCA	Unidad Centralizada de Adquisiciones
UCAA	Unidad Centralizada de Adquisiciones de Alimentos
UCAMAE	Unidad Centralizada de Adquisiciones de Medicamentos y Afines del Estado
UdelAR	Universidad de la República

f

Tabla de contenido

Prólogos

Prof. Ec. Rodrigo Arim, Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración	<i>k</i>
Prof. Dr. Eduardo Levcovitz, Representante de OPS/OMS en Uruguay	<i>m</i>

Presentación. <i>Equipo Editor</i>	1
-------------------------------------------	---

I. Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud. Daniel Olesker	9
1.El contexto en el que se desarrolló el SNIS.	10
2.Diseño conceptual que orientó la construcción del SNIS.	13
3.Primeros resultados de la puesta en marcha del SNIS.	19
4.La nueva institucionalidad del sistema.	26
5.Los actores políticos e instituciones en juego.	29
6.Los desafíos para profundizar las transformaciones.	33
7.Conclusiones finales.	39
Bibliografía	44

II. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ida Oreggioni	47
1.Revisión del marco conceptual.	48
2.Características del proceso de avance hacia la construcción de un sistema de cobertura universal en Uruguay.	50
3.La ampliación de la cobertura poblacional: principales indicadores.	57
4. Un análisis prospectivo sobre el camino hacia la cobertura universal.	72
5.Consideraciones finales	77
Bibliografía	79
Comentario: Contribución del SNIS al fortalecimiento de la matriz de protección social. Hugo Bai	80
III. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo. Ida Oreggioni	87
1.Revisión del marco conceptual.	88
2.Evolución de las formas de financiamiento de la cobertura en salud hasta la reforma.	91
3.El modelo de financiamiento en el SNIS.	99
4.Elementos de prospectiva en el financiamiento y la sostenibilidad del sistema.	115
5.Consideraciones finales.	120
Bibliografía	122
Comentario. Reforma del modelo financiamiento: economía política y capacidad de liderazgo. David Debrott Sánchez	124
IV. Efectos de la reforma de la salud sobre la asignación y distribución de recursos del sector. Paula Carrasco	129
1.Principales cambios en la asignación y distribución de recursos del sector salud.	131
2.El impacto de la reforma, los principales cambios constatados.	138
3.Otros avances y limitaciones identificados en el proceso de reforma.	147
4.Comentarios finales.	151
Bibliografía	153

V. Costos compartidos en salud: gasto de bolsillo y protección financiera. Paula Carrasco	159
1. Modalidades de costos compartidos, revisión del marco conceptual y la experiencia regional.	161
2. Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera	165
3. Conclusiones.	185
Bibliografía	190
Comentario: Pagos de bolsillo y garantías de equidad. Oscar Cetrángolo	192
VI. Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual y posibles escenarios y orientaciones de cambio. Guillermo Fuentes	197
1. Institucionalismo histórico y cambio gradual.	198
2. Reformas de los sistemas de salud contemporáneos.	204
3. América Latina: oleadas de reforma	208
4. Análisis de escenarios y el posicionamiento de los actores relevados.	210
5. Ensayando posibles escenarios y orientaciones de cambio para la segunda etapa de implementación del SNIS.	229
Bibliografía	239
Comentario: Impulsos y frenos en el itinerario de la política pública de salud uruguaya: fragmentación institucional, universalidad y solidaridad atenuadas y gradualismo reformista. Constanza Moreira	242
VII. Incentivos a la eficiencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Ida Oreggioni	249
1. Incentivos a la eficiencia en los sistemas de salud en general.	250
2. Incentivos a la eficiencia en la implementación del SNIS.	251
3. Conclusiones	275
Bibliografía	277
Comentario: La dimensión de la eficiencia económica y social del SNIS. Gabriel Lagomarsino	280
VIII. Autores de los artículos, estudios y comentaristas	286

Prólogo

En el vínculo entre las políticas públicas y agenda de investigación académica radica el fundamento de la pertinencia de la investigación social aplicada para el desarrollo económico y social de un país.

Este vínculo no es trivial ni está exento de conflictos. La urgencia que impone la coyuntura cotidiana obliga a los tomadores de decisiones a contar con información continua, precisa y exacta. En el área de la investigación, la seriedad, claridad y profundidad que deben impregnar a la investigación de calidad es una barrera contra la inmediatez de los resultados.

En este contexto, un vínculo fecundo entre ambas órbitas se apoya en tres ejes: el reconocimiento recíproco del papel de cada parte, un relacionamiento que no perciba a un ámbito como dependiente del otro – es común que los formuladores de política razonen en términos de que la actividad de investigación deban priorizar sus necesidades o que la academia ubique su relacionamiento con las políticas públicas desde una mirada aséptica – y la construcción de acuerdos de largo plazo que permitan que la generación de conocimiento resulte un proceso continuo, alimentando las necesidades e inquietudes de las políticas y de la investigación académica.

La reforma del sistema de salud, uno de los principales cambios en la matriz de protección social del Uruguay, obliga a pensar sobre sus impactos inmediatos y mediatos, en distintas dimensiones: sociales, laborales, distributivas, asignativas, financieras, etc. Su propia dinámica hace surgir nuevas preguntas y senderos para la investigación. A su vez, una investigación pertinente obliga a repensar las políticas públicas, introducir cambios que mejoren su eficiencia y capacidad para sostener la calidad y accesibilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud, sobre la base de los criterios de equidad que inspiraron su diseño.

Este libro, con contribuciones diversas y heterogéneas, es un aporte en la dirección de conformar y alentar un círculo virtuoso entre investigación y políticas públicas en el área de Salud, alentando un camino fecundo de discusión e intercambio con consecuencias relevantes para el bienestar y la equidad.

Sus aportes son una nueva motivación para pensar y repensar las políticas públicas en el ámbito de la salud y la protección social.

Prof. Ec. Rodigo Arim
Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración
Universidad de la República

Prólogo

La contribución del abordaje de Economía Política del Sector Salud a la orientación estratégica de la cooperación de la OPS/OMS en Uruguay

La intensidad y profundidad de las transformaciones del sector salud en Uruguay¹ en los últimos años, exigen que la cooperación de la OPS/OMS se desarrolle con una orientación prioritaria de generar, promover e incentivar oportunidades de fortalecimiento de la Inteligencia Sanitaria en los procesos de formulación e implementación de políticas, coherente con un abordaje que busca recuperar la tradición analítica de la Economía Política, combinada e integrada con la utilización intensiva del método epidemiológico y de la investigación en salud pública, sin descuidar el conocimiento y aplicación de las herramientas de la “Economía de la Salud”², el seguimiento de la transición demográfica y monitoreo de la situación de salud de la población y sus determinantes, el análisis de la historia del país y la sociedad, el contexto político, social y macroeconómico, el funcionamiento de las instituciones y organizaciones que integran/impactan el sector de la salud y de las dinámicas de sus procesos de cambio.

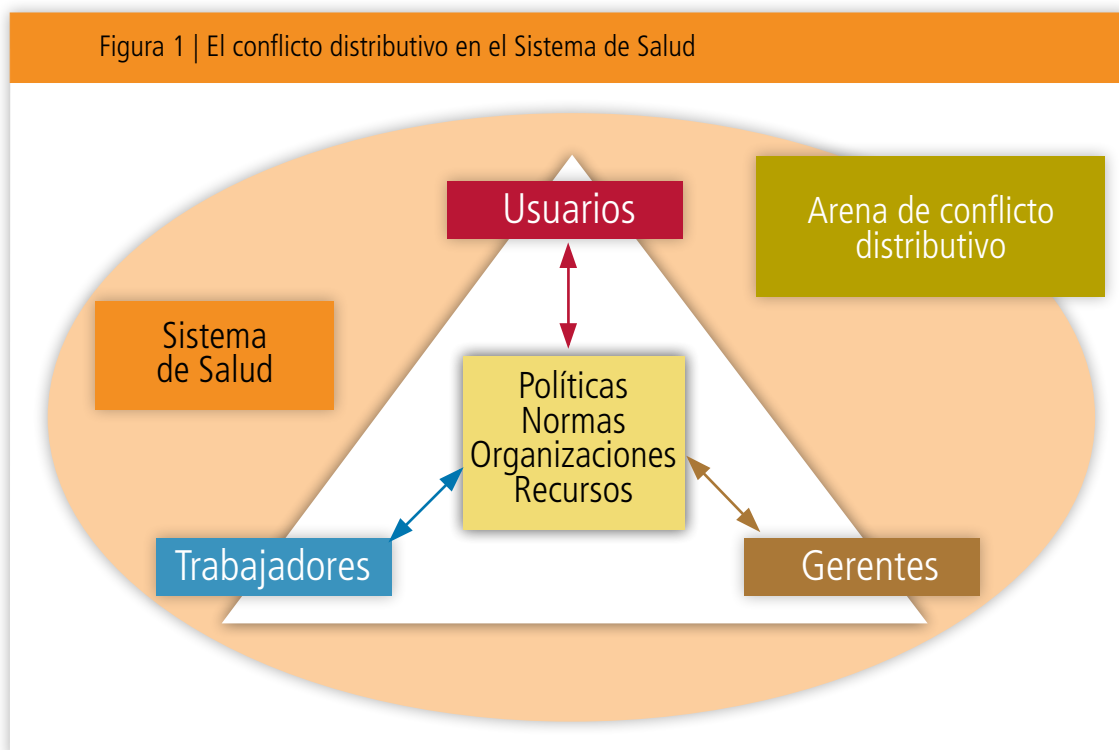
El presente libro se inserta en esta estrategia de cooperación al país y tiene por objetivo ordenar, registrar y diseminar estudios, investigaciones, reflexiones y debates construidos en el período reciente, en el ámbito del equipo de la OPS/OMS en Uruguay y/o promovidos, incentivados y financiados por la Organización³. Presenta artículos que combinan metodologías clásicas de la ciencia económica (“mainstream economics”) con otras heterodoxas y con perspectivas innovadoras de la ciencia política aportadas por el institucionalismo histórico, buscando avanzar en un necesariamente largo proceso de síntesis dialéctica de múltiples disciplinas indispensable a la consolidación del campo de saber de la Economía Política del Sector Salud, sin abundar en eclecticismo metodológico.

1 | *Intencionalmente se evita en este texto el uso de la expresión “Reforma” del sector salud, por su identificación con las iniciativas promovidas e incentivadas por las Instituciones Financieras Internacionales en los años 80’s y 90’s, en el contexto de los ajustes estructurales y reformas macroeconómicas basadas en la reducción del tamaño y rol del Estado, privatización de organizaciones públicas y profundo recorte de los gastos sociales, que ni de lejos caracterizan el proceso en curso en Uruguay.*

2 | *Que prefiero llamar de “Economía de los Servicios y Productos de Salud”*

3 | *Principalmente: Proyecto Interinstitucional “Avances y Consolidación del Acceso a la Cobertura Universal en Salud en Uruguay”- OPS/ UDELAR/MSP, Ateneos del SNIS - OPS/UDELAR/MSP y Modulo Básico de la Escuela de Gobierno en Salud Pública - OPS/UDELAR/ MSP/ASSE/BPS*

El conjunto de textos está orientado por un marco conceptual⁴ que reconoce el Sector Salud como una arena de conflicto distributivo donde se desarrolla un proceso político permanente, determinado/condicionado por tres vectores principales: las ideologías, valores y principios; los intereses y recursos económicos y de poder y la información y conocimientos de los diferentes actores sociales que interactúan en el Sistema Nacional Integrado de Salud - SNIS, como el representado en la Figura 1.



Es en el desarrollo de la Inteligencia Sanitaria, donde se ubica el compromiso de la cooperación de la OPS/OMS: sistematizando, analizando y promoviendo el intercambio de ideas y el debate colectivo sobre las intervenciones sistémicas y las opciones de políticas públicas y catalizando el desarrollo de las capacidades institucionales, organizacionales, técnico-científicas, gerenciales y humanas en el país, orientado por el mandato aprobado en el año 2002 por los países de las Américas, reunidos en la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana y expreso en la Resolución CSP 26.R19⁵, a través del compromiso de "Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades"; y la

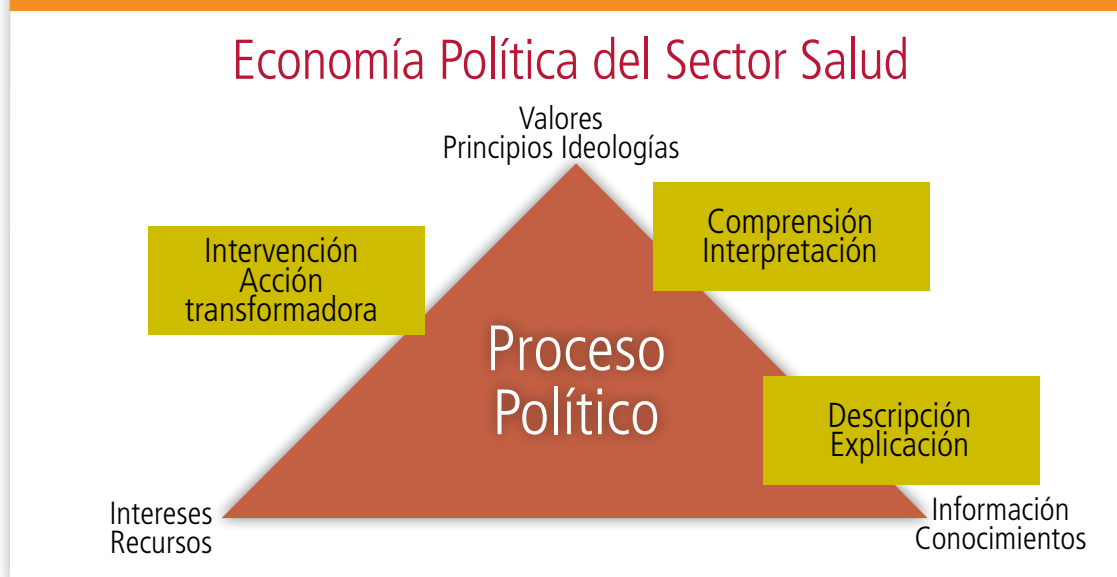
4 | Levcovitz, E. *Sobre a viabilidade dos Sistemas Universais de Saúde: uma abordagem de Economia, Política e Economia Política*. ABRASCO, 11o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Goiania: Julho 2015

5 | Organización Panamericana de la Salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana; 2002 23-27 Septiembre; Resolución CSP 26.R19. Washington, DC: OPS; 2002

Resolución WHA 58.33⁶ de la Asamblea Mundial de la Salud del año 2005, que insta a los Estados-miembros a fortalecer sus sistemas de salud en dirección a la cobertura universal y al financiamiento sostenible, reafirmada por la Resolución CD53.R14⁷ sobre Estrategia Regional para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de salud, aprobada en octubre de 2014 por el Consejo Directivo de la OPS.

La integración entre aquel marco conceptual y la orientación estratégica de nuestra cooperación⁸ como un continuo descripción/explicación – comprensión/interpretación – intervención/acción transformadora sobre el conjunto del sector salud, sus alianzas intersectoriales y sus relaciones internacionales está representada en la Figura 2.

Figura 2 | Marco Conceptual de la Economía Política y la orientación estratégica la cooperación de la OPS/OMS



La idea del continuo busca superar la perspectiva lineal y mono causal crecientemente vigente en artículos y libros sobre políticas y sistemas de salud, que parte automática y directamente de la recaudación y acopio de datos cuantitativos y la descripción sistemática de experimentos científicos a la formulación de políticas "basadas en evidencias"⁹.

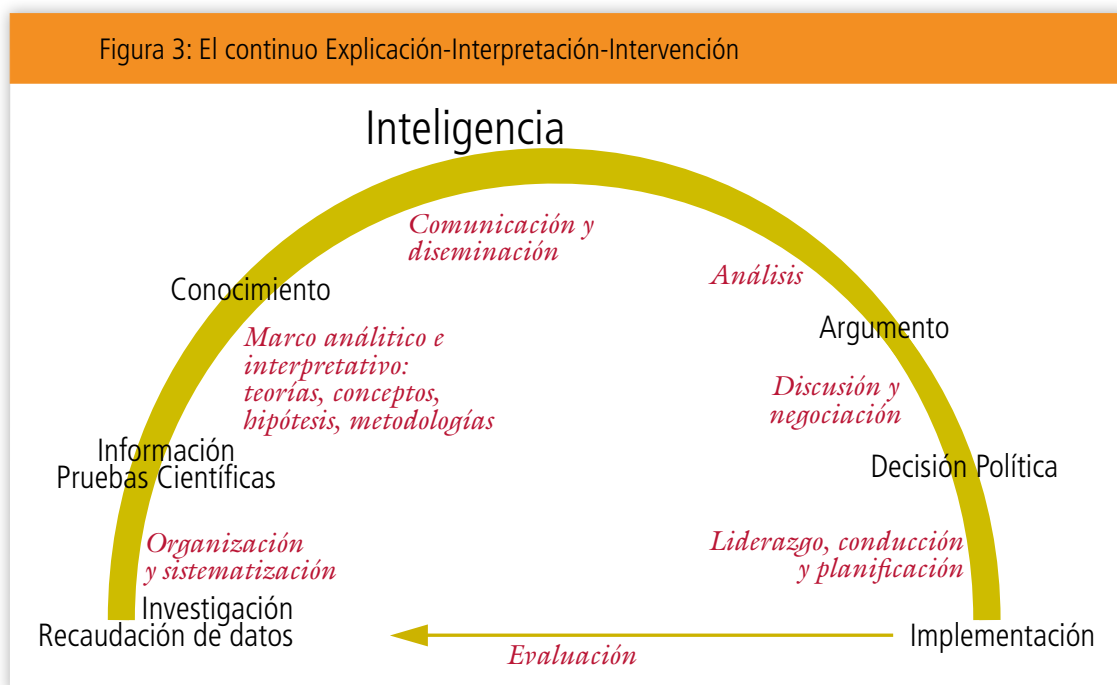
6 | Organización Mundial de la Salud. 58^a Asamblea Mundial de la Salud; 2005; Ginebra. Resolución WHA 58.33. Ginebra: OMS; 2005

7 | Organización Panamericana de la Salud. 53^o Consejo Directivo; 2014 29 septiembre-3 de octubre; Resolución CD53.R14. Washington, DC: OPS; 2014

8 | OPS/OMS, Representación de Uruguay. Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con Uruguay: 2012-15. Montevideo: OPS/OMS. 2012

9 | También se evita en este texto el uso de "Evidencia", siguiendo la orientación del Sector de Traducciones de la OPS, que destaca que en los idiomas latinos esa palabra no tiene el mismo significado que "evidence" en inglés, y debe ser usada exclusivamente con una concepción jurídico-legal.

Figura 3: El continuo Explicación-Interpretación-Intervención



El continuo asume que los datos empíricos y las pruebas científicas son síntesis construidas a partir de la observación de la realidad y no deben ser considerados retratos de la realidad. Su interpretación/comprensión no es automática e impersonal. Frente a los mismos resultados de observaciones suelen ser diferentes los análisis realizados, las opiniones, las decisiones y acciones adoptadas. La información y el conocimiento científico son componentes clave de la planificación y formulación de políticas, pero no contienen en sí la capacidad de direccionamiento de las decisiones políticas e intervenciones sistémicas, sujetas a un proceso complejo como demuestra esquemáticamente la Figura 3.

El libro retrata la situación desigual de avance conceptual y del instrumental analítico sobre el Sector Salud en la actualidad, donde las disciplinas de la ciencia económica están mucho más avanzadas que las de la ciencia política, fundamentalmente porque vienen pasando por un desarrollo continuo en los últimos 7 a 8 años, impulsado por las autoridades sanitarias a partir de la creación de la División de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Las disciplinas de la ciencia política están aún circunscriptas al ambiente académico, con sus consecuentes limitaciones de financiamiento de investigación e de inserción en la Rectoría/Gobernanza sectorial.

Esta publicación es pionera en el país en proponer, como define su título, un abordaje de Economía, Política y Economía Política. Resulta especialmente relevante explicitar sintéticamente porque insistimos en la diferenciación entre la Economía (de los servicios y productos) de la Salud y la Economía Política del Sector Salud, tomando por referencia las matrices fundamentales del Pensamiento Económico y los Campos de Saber de la Salud Colectiva (Cuadro 1).

Cuadro 1 Diferencias entre la Economía (de los servicios y productos) de la Salud y la Economía Política del Sector Salud referidas a los Campos de Saber de la Salud Colectiva y las Vertientes del Pensamiento Económico		
"Campo de Saber" en la Salud Colectiva	ECONOMÍA DE LA SALUD (de los Servicios y Productos de Salud) "Economics"	ECONOMÍA POLÍTICA DEL SECTOR SALUD "Political Economy"
Vertientes del Pensamiento Económico*	FORMALISTA Objeto de análisis: Bien Económico - productos y servicios mercantilizados, "commodities". <ul style="list-style-type: none"> • No reconoce propiedades específicas de los objetos del análisis económico • Matrices Científico–Metodológicas: Empírico-analítica, Neoclásica • Ideas-fuerza y Conceptos fundamentales: Bienes económicos tienen utilidad y disponibilidad limitadas; Oferta vs. Demanda-Mercado genera equilibrio 	SUSTANTIVISTA Objeto de análisis: Relaciones Económicas - organización social de la producción y distribución <ul style="list-style-type: none"> • Objetos del análisis económico poseen características fuertes y propias • Matrices Científico–Metodológicas: Histórico-estructuralista, Neo-Institucionalista • Ideas-fuerza y Conceptos fundamentales: Relaciones económicas son procesos histórico-sociales que definen y transforman los espacios de poder; Interacción permanente Estado/Mercado/ Sociedad/Familia
Temas prioritarios de investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento: Espacio Fiscal, Recaudación, Mancomunidad de recursos ("pooling"), Precios, Utilidad, Costos, Co-pagos • Mercados, Oferta y Demanda • Cuentas Nacionales/Gastos: Público-Privado, Social, de las familias ("out of pocket") - del bolsillo y catastrófico • Impacto económico de enfermedades, DALYS, QALYS, Empobrecimiento, Inequidad • Evaluación económica: Eficiencia, Costo-beneficio/efectividad • Aseguramiento: Riesgo Moral, Selección Adversa • Estadísticas, Econometría, Métodos cuantitativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pugna Distributiva: apropiación de los medios de producción y excedentes (Formas de Propiedad) • Formas de Distribución: conexión social entre producción y consumo • Clases sociales, Grupos de Interés, Corporaciones, Sindicatos/Gremios • Participación social, Actores, Escenarios • Desigualdades, Función Redistributiva • Política ("Politics"), Ideologías, Intereses, Instituciones • Determinantes Sociales
Directrices para las Políticas Públicas	ENFOQUE GERENCIALISTA <ul style="list-style-type: none"> • Planificación normativa: Futuro previsible según las reglas de la "Ciencia Económica" y modelos analíticos; Determinación objetiva y lineal de los eventos • Políticas "basadas en evidencia", libres de valores ("Value-free, evidence-based policies") • Micro-regulación de la Oferta/Demanda de productos/servicios • Pluralismo estructurado ("Managed Care/Competition") • Focalización, Segmentación y Segregación Poblacional • "Universalismo Básico": Paquetes restrictos y selectivos de servicios • Programas Verticales 	ENFOQUE POLÍTICO-INSTITUCIONAL <ul style="list-style-type: none"> • Planificación estratégica: Teleológica; Futuro con alta indeterminación e incertidumbre; Múltiple determinación de los procesos, eventos y acontecimientos • Políticas orientadas por ideologías, valores, pactos sociales y programas de gobierno • Rectoría/Gobernanza Sectorial: macro-regulación pública de las relaciones Estado/Mercado/Sociedad/Familia • Universalización • Reducción de las desigualdades • Sistema de servicios Integral e Integrado
Impactos en el Financiamiento Sectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Predominio de relaciones de compra/venta en los mercados de aseguramiento y provisión • Casi-mercados en el sub-sector público • Mecanismos de pago de los prestadores por acto médico y/o producción de servicios • Fondos segmentados para programas focalizados • Protección financiera contra los riesgos de enfermarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmercantilización": acceso independiente de capacidad de pago y aporte/contribución • Planificación/programación de las asignaciones financieras y presupuestos según objetivos sanitarios, desempeño y resultados • Inducción de la responsabilidad por territorio/población • Protección social amplia y solidaria: subsidios de los ricos a los pobres, de los jóvenes a los viejos, y de los sanos a los enfermos

* | El uso de las denominaciones "FORMALISTA" y "SUSTANTIVISTA" para definir las diferentes vertientes del Pensamiento Económico se explicita en Viana, A L, Silva, H, Elías, P: *Economía Política da Saúde: Introduzindo o Debate*, Div. Saude em Debate 37, Rio de Janeiro: CEBES, 2007

Corresponde también registrar que en el ámbito de la ciencia política es indispensable avanzar en análisis que utilicen otros marcos conceptuales y metodologías de investigación, especialmente aquellos basados en la concepción histórico-estructural de los procesos sociales.

A pesar que los campos de saber en la Salud Colectiva y las vertientes del Pensamiento Económico son construcciones teóricas, su presencia en las batallas político-ideológicas y sus influencias e impactos en las políticas públicas son obvias en la presente "Era del Conocimiento", mediante la producción y difusión intelectual/académica de marcos teóricos, conceptuales y metodológicos, la formación y capacitación de cuadros técnico-políticos y las propuestas e intervenciones de instituciones de ámbito global, regional y nacional.

La Economía de la Salud es una disciplina plenamente consolidada y ampliamente hegemónica, con 45 años de desarrollo y expansión continua, con fuerte predominio de la producción intelectual del hemisferio norte. Entre los cincuenta centros académicos líderes en publicaciones, treinta ocho están en Estados Unidos y siete en Inglaterra, con destaque para las Universidades de Harvard, Berkeley, Chicago, Pennsylvania, York, y el MIT¹⁰. Sus principales vehículos de divulgación científica son periódicos prestigiosos, con destaque para "Health Economics", "Journal of Health Economics" y "The Lancet", además de inúmeros libros-texto utilizados en más de setecientos centros académicos¹¹ y sus ideas y productos son adoptados y activamente diseminados y prescritos por instituciones como el Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Fundación Gates e Instituto CARSO y alianzas como "Task Force on Innovative International Financing for Health Systems" y "International Health Partnership - IHP+"¹².

La máxima expresión del pensamiento económico formalista en la Economía de la Salud puede ser identificada en publicaciones "flagship" del Banco Mundial - Invertir en Salud, 1993¹³ y de la OMS - Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, 2000¹⁴ y Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico, 2001¹⁵.

10 | Wagstaff A, Culyer AJ. *Four decades of health economics through a bibliometric lens. Journal of Health Economics* 31 (2012) 406-439

11 | Wagstaff A, Culyer AJ. (2012) *Op. Cit.*

12 | *Entre sus principales autores de referencia/"intelectuales orgánicos" están: Kenneth Arrow, Paul Feldstein, Anthony Culyer, David Cutler, Jeffrey Sachs, Alain Enthoven, Phillip Musgrove, Adam Wagstaff, Eddy Van Doorslaer, William Hsiao, William Savedoff, Christopher Murray, Joseph Newhouse, y los latinoamericanos Julio Frenk, Jose Luis Bobadilla, Juan Luis Londoño, Cristian Baeza y Ricardo Bitran.*

13 | Banco Mundial. *Invertir en Salud. Indicadores de Desarrollo Mundial. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; BIRF-Banco Mundial, Washington DC; 1993*

14 | Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000*

15 | Organización Mundial de la Salud. *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: OMS; 2001*

La Economía Política del Sector Salud resurge renovada a partir del inicio de los años 2000, reconstruyendo la tradición de la Medicina Social y del pensamiento crítico en salud que floreció en América Latina en los 60's y 70's, hasta ser "sofocada" por las dictaduras militares en los países del Cono Sur y por el avasallador predominio de las ideas neoliberales, inclusive con la adhesión de actores políticos e intelectuales previamente comprometidos con aquella perspectiva.

Este resurgimiento tiene expresión "marginal" y contra hegemónica en universidades del hemisferio norte, a pesar ellas que tienen una producción intelectual sólida y de alta calidad, con destaque para el "Politics of Health Group" de la Universidad de Liverpool, el "Institute of Population Health" de la Universidad de Ottawa, la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Universidad "Pompeu Fabra"¹⁶.

Su mayor protagonismo aparece en América Latina, en centros académicos y de investigación como: Instituto Juan Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro e Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, con aportes importantes también de facultades de ciencias económicas, como los Institutos de Economía de la Universidad de Campinas y Universidad Federal de Río de Janeiro y el Instituto Interdisciplinario de Economía Política de la Universidad de Buenos Aires¹⁷.

La Economía Política del Sector Salud ha contado con soporte e incentivo institucional de organismos de cooperación internacional que adoptan en sus estrategias de acción y diseminan a sus socios y Estados-miembro los avances de conocimiento de este campo de saber, como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe¹⁸, Organización Internacional del Trabajo¹⁹ y Organización Panamericana de la Salud²⁰, inclusive mediante programas conjuntos con la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional y Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá²¹. También la Organización Mundial de la Salud ha adoptado en la última década abordajes que combinan la Economía de la Salud

16 | *Entre sus principales autores de referencia/"intelectuales orgánicos" están: Michael Marmott, Robert Evans, Richard Freeman, Michael Moran, Ron Labonte, André-Pierre Contandriopoulos, Martin Rhodes, Maurizio Ferreira y Vicente Navarro, junto con economistas y politólogos que estudian el "Welfare State" como Gosta Esping-Anderson, Peter Flora y Pierre Rosanvallon.*

17 | *Entre sus principales autores de referencia/"intelectuales orgánicos" están: Juan César García, Mario Testa, Carlos Bloch, Susana Belmartino, Asa Cristina Laurell, Catalina Eisbenchultz, Edmundo Granda, Hésio Cordeiro, Sergio Arouca y Jairnilson Paim.*

18 | *Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La protección Social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. 31º período de sesiones de la CEPAL; 2006 20-24 Marzo; Montevideo. Santiago de Chile: CEPAL; 2006 y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La Hora de la Igualdad. 33º período de sesiones de la CEPAL; 2010 30 mayo-1 junio; Brasilia. Santiago de Chile: CEPAL; 2010*

19 | *Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre Extensión de la protección social en salud. Washington DC. Ginebra: OPS/OIT; 2005*

20 | *Organización Panamericana de la Salud, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Serie Extensión de la protección social en salud: Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2003*

21 | *Organización Panamericana de la Salud. Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo. Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. Bogotá: OPS/OMS-IDRC/CIRD – Pontificia Universidad Javeriana; 2011.*

con la Economía Política del Sector Salud, conforme expresan publicaciones “flagship” de este periodo: Subsanan las desigualdades en una generación, 2009²² e Informe sobre la salud en el mundo: la Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal²³.

El presente libro propone contribuir con una amplia mirada al futuro de la política de salud del Uruguay y para eso combina el reconocimiento de la relevancia de los aportes de la Economía de la Salud y de la Ciencia Política con avances en el campo de la Economía Política del Sector Salud, en el entendido que, como enseña el cantautor cubano Silvio Rodríguez, es imposible “arar el porvenir con viejos bueyes”.

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz,
Representante de OPS/OMS en Uruguay

22 | Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2009

23 | Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010



Presentación

Equipo Editor

El proceso de construcción de la viabilidad política y técnica de los cambios en el sistema de salud de Uruguay se inició en el año 2005 cuando Tabaré Vázquez asumió el primer gobierno del Frente Amplio¹. Dicho proceso tuvo un hito importante en diciembre de 2007 con la aprobación de Ley 18.211 por la cual se conformó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En enero de ese año comenzó la implementación efectiva de lo que es una verdadera transformación estructural sistémica. Se partió estratégicamente de las estructuras sanitarias y administrativas existentes y se desplegaron múltiples formas innovadoras de organización del sistema, que promovieron cambios sustantivos en los modelos de financiamiento, gestión y atención a la salud.

La fuerza innovadora de esta reforma no es suficientemente conocida internacionalmente a pesar de sus impactos en términos de justicia social y de la forma con la que se diseñaron, adaptaron y llevaron a la práctica herramientas legales y de gestión originales, que si bien están descriptas en los marcos conceptuales desarrollados desde los ámbitos académicos y han sido incorporadas a las estrategias para el acceso y la cobertura universal de diferentes organismos internacionales, pocas veces se traducen en transformaciones tangibles de los sistemas nacionales de salud.

Algunos estudios académicos robustos entre los que se destacan los seis que dan sustento a esta publicación, sobre su desempeño e implementación hasta el presente no han sido difundidos, particularmente a nivel internacional, y la apuesta por eliminar desigualdades en el acceso efectivo a la atención mediante la mancomunación de recursos en un fondo público, obligatorio y solidario y la articulación en red de la provisión con servicios de salud públicos y privados sin fines de lucro, constituyen una experiencia poco evaluada y escasamente tenida en cuenta a luz de los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en el mundo.

1 | Partido político en el gobierno de Uruguay desde el año 2005 llevó a la Presidencia de la República al Dr. Tabaré Vázquez (2005-2010), a José Mujica (2010-2015) y desde marzo de 2015 un segundo mandato al Dr. Tabaré Vázquez.

No se trata de rehacer la argumentación teórica, repetida en reiteración real, sino permitir acceder a estudios, artículos y comentarios que posibiliten el análisis de opciones de política pública concretas y aplicadas a una realidad de país, que a la vez permitan documentar estados de situación y orientaciones para evaluar herramientas políticas y de gestión capaces de promover cambios sustantivos en los sistemas y servicios de salud, especialmente en la Región de América Latina y el Caribe.

Ello resulta especialmente relevante cuando la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en octubre de 2014 aprobó la “Estrategia Regional para el acceso y la cobertura universal de salud” (Resolución CD53.R14). La estrategia se fundamenta en el derecho a la salud, que constituye su valor central, la equidad y la solidaridad adoptando la siguiente definición: *“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles a la vez que se asegura que el uso de estos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”*².

El acceso y la cobertura universal se logran a través la garantía de servicios integrales incluidos con criterio equidad en conjuntos prestacionales amplios de acuerdo a los avances de la atención en salud, no de paquetes mínimos o servicios básicos de salud. Tampoco se limita a la protección exclusivamente financiera. El acceso y la cobertura universal requieren que el Estado desempeñe una función central en el diseño, la transformación y la gobernanza del sistema de salud. En otras palabras, la estrategia representa el mismo objetivo mundial y unificador que se describe en los principios de la Declaración de Alma-Ata³ y en el concepto renovado de la Atención Primaria de Salud (APS), que sigue constituyendo el modelo estratégico más eficaz al alcance de los sistemas de salud⁴.

La implementación del SNIS, constituyó un importante esfuerzo por avanzar hacia la universalización de la protección social de toda la población uruguaya en materia de atención de la salud. Este proceso, lejos de haber concluido, se encuentra en un momento crucial, respecto a la sostenibilidad del SNIS, pero sobre todo al alcance efectivo del mismo en las diferentes dimensiones del acceso y la cobertura, el que dependerá en buena medida de cómo se resuelvan diferentes encrucijadas que se presentan, vinculadas al financiamiento, la provisión, el modelo de atención, la calidad, la rectoría y regulación del sistema en su conjunto.

El Proyecto “Avances y consolidación del Acceso y la Cobertura Universal en Salud en Uruguay” llevado adelante conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Universidad de la República (Udelar), la Representación de la OPS/OMS en Uruguay, y financiado conjuntamente

2 | *Estrategia Regional para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de salud*. OPS-OMS CD53/5, Rev. 2. (Acceso 20 de mayo de 2015) Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es

3 | *Declaración de Alma Ata*, 1978. [Acceso 18 de septiembre de 2015] Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

4 | *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS, 2005.

por recursos de la OMS, originados de un subsidio del “Department for International Development (DFID)” del Gobierno Británico y fondos propios de la OPS Uruguay, fue implementado entre los años 2012 y 2014 y tuvo por objeto contribuir a la comprensión y análisis del proceso de diseño e implementación del SNIS, justamente desde el papel de los diferentes actores, de las instituciones y de los recursos materiales, financieros y de poder que se encuentran en juego. Asimismo tuvo el propósito de evaluar en forma más detenida desde una dimensión macro económica los cambios en la asignación y en la pugna distributiva de los recursos financieros a partir de la implementación del proceso de cambios del sistema de salud.

En ese marco se realizaron seis estudios⁵ que se propusieron identificar el grado de avance de la implementación del SNIS en sus tres grandes líneas estratégicas de transformación - cambio en los modelos de atención, gestión y financiamiento - y realizar un mapeo exhaustivo respecto de la multiplicidad de actores participantes activos del sector, discerniendo además qué posturas presentan cada uno en los nudos de conflicto existentes.

Para la conducción y ejecución de este proceso de estudio de la realidad del SNIS y para realizar el análisis y elaboración de recomendaciones en el plano institucional entre los años 2012 y 2014 se constituyó una Plataforma Interinstitucional para el Estudio del Acceso y Cobertura Universal de Salud en Uruguay, integrada por la Autoridad Sanitaria Nacional (MSP), la Universidad de la República (UdelaR) a través del Instituto de Ciencia Política y el Instituto de Economía en forma articulada con la cooperación técnica de la Representación de OPS/OMS en Uruguay.

La realización de estos estudios posibilitó a las autoridades sanitarias y a otros actores sectoriales contar con información y análisis consolidados para la toma de opciones de política

5 | Los seis estudios son:

- Estudio “Análisis de la cobertura poblacional del SNIS y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud (FONASA)”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012. [Acceso 2 de octubre de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=404&Itemid=241

- Estudio “Evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012. [Acceso 2 de octubre de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=405&Itemid=241

- Estudio “Impacto de la reforma de salud sobre diferentes aspectos del financiamiento: asignación y distribución de recursos”. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Instituto de Economía (IECOM-UdelaR). Diciembre de 2013. [Acceso 2 de octubre de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=456&Itemid=241

- Estudio “Costos compartidos en salud: revisión del marco conceptual y experiencias de las Américas y el Caribe. Tasas moderadoras en Uruguay impacto en el acceso y la protección financiera”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2013. [Acceso 2 de octubre de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=461&Itemid=241

- Estudio “Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa en la implementación del SNIS: cambio institucional, posibles escenarios y orientaciones de cambio”. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Ciencia Política (ICP-UdelaR). Diciembre de 2013. [Acceso 2 de octubre de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=459&Itemid=241

- Estudio “Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del SNIS”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2014. [Acceso 2 de octubre de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=460&Itemid=241

6 | Los documentos completos de los seis estudios están disponibles en

- http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=891&Itemid=306

referidas a los siguientes componentes críticos para el abordaje y la evaluación de los cambios en el sistema de salud:

Tener un conocimiento detallado de los progresos en la cobertura poblacional del SNIS y de los efectos redistributivos y la propia sostenibilidad del financiamiento a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Si bien la totalidad de la población está formalmente cubierta por el SNIS, existen brechas en la cobertura que se brinda por el FONASA y los estudios han permitido identificar diferentes opciones para avanzar en un cronograma de incorporaciones de los colectivos poblacionales cuyo ingreso al FONASA está aún pendiente en el camino hacia asegurar el acceso real y la cobertura universal de todos los habitantes del país..

- Disponer de una amplia evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud de Uruguay, con la actualización al año 2014 de los indicadores más importantes con la correspondiente identificación de los impactos redistributivos de los cambios promovidos en los aportes de los usuarios del sistema, en el análisis del peso relativo del gasto público y privado, en el gasto de “bolsillo” en general y ante los eventos catastróficos y sus consecuencias sobre la protección financiera para los diferentes estratos socioeconómicos de la sociedad uruguaya.

- Contar con relevamiento de los componentes del sector salud, definidos a partir de su influencia en la estructura de costos de los servicios (de salud) que integran el sistema (remuneraciones, pagos a proveedores de diferente tipo: (medicamentos y otras tecnologías, gastos administrativos, etc.), determinando las modificaciones en la estructura de los servicios y los cambios sobre la conducta de los actores y habilitando la identificación de algunos el efectos sobre los resultados sanitarios de los cambios sistémicos implementados.

- Efectuar el análisis sobre cómo se posicionan los diferentes actores del sistema de salud uruguayo en relación a una serie de escenarios de cambio institucional, a los efectos de estimar potenciales orientaciones de la profundización y consolidación o estancamiento y retroceso del SNIS en línea con ajustarse a los objetivos de la Estrategia Regional para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud.

- Asimismo la puesta en común y la difusión de los resultados de los estudios han resultado un instrumento de utilidad para algunos debates académicos y políticos sobre la reforma de salud y sus herramientas operativas el SNIS y el FONASA en un contexto de intercambios de la sociedad uruguaya sobre las diferentes alternativas de los Programas de Gobierno en el año electoral 2014.

El libro se inicia con un artículo cuyo objetivo es sistematizar los aspectos de la economía política de la construcción del SNIS, repasando las principales referencias y conclusiones de cada uno de los trabajos que se incluyen en la publicación. Desde las decisiones que hubo que tomar al comenzar el proceso, los principales hilos conductores de las transformaciones implementadas, sus resultados, sus apoyos y resistencias para culminar con los principales desafíos para la profundización del SNIS a punto de partida de la situación actual.

En ese sentido este artículo introductorio es a la vez una suerte de resumen de los diferentes artículos y estudios incorporados a la publicación y una hoja de ruta para orientar su lectura de acuerdo a los núcleos de interés priorizados por los lectores.

Los artículos de este libro son resúmenes realizados por los integrantes del equipo editor, los mismos recogen la información consolidada y los principales aportes de los seis estudios sobre los logros del SNIS en clave de acceso y cobertura universal. En tal sentido cabe realizar en primer lugar un reconocimiento a todos los profesionales autores de dichos estudios y a las instituciones académicas y de gobierno que facilitan su participación en el Proyecto.

Cada uno de estos artículos a su vez cuenta con un comentario realizado por destacados académicos y gestores de políticas públicas, a los que también agradecemos sus valiosas contribuciones las que enriquecen la perspectiva del análisis sobre diferentes dimensiones del SNIS y sus alcances en términos de acceso efectivo y protección social universal.

A lo largo de este libro sus lectores podrán tener un detallado análisis de cómo se construyó el modelo de financiamiento, los aspectos centrales de su diseño, la valoración de sus impactos y resultados que a siete años de implementación estamos en condiciones de analizar. En segundo lugar tenemos el análisis de la evolución de la cobertura poblacional que se generó con el cambio profundo en el sistema uruguayo, entendiendo por cobertura no sólo el acceso formal, sino la llegada real de la atención en salud a los ciudadanos. Se verá la gradualidad en la incorporación de los diferentes colectivos poblacionales y al mismo tiempo los fundamentos de dichas decisiones, sus impactos y sus resultados actuales y proyectados. Tanto en uno como en otro artículo el tema de la construcción de la institucionalidad, y en particular las leyes que la sostuvieron, será un tema relevante en un país donde hasta la actual reforma, las dos principales leyes generales referidas a la atención a la salud se habían hecho en dictaduras (la primera en 1934 y la segunda en 1979).

En tercer lugar se abordan el impacto de los cambios sobre la asignación y distribución de los recursos, tanto los humanos como materiales con los que cuenta el sistema. Partiendo de la identificación de una enorme fragmentación y un uso irracional de los mismos, el artículo aborda las políticas de uso de los recursos así como los impactos y resultados que alcanzaron.

En cuarto lugar se aborda en otro artículo la influencia del gasto de bolsillo y en particular de los llamados “costos compartidos” en salud, una de las principales fuentes de desigualdad en el acceso y sobre el cual la reforma puso un eje principal. Este capítulo aporta también una amplia revisión del marco conceptual de las diferentes modalidades de copagos y repasa la experiencia internacional en este plano crítico de la gestión sanitaria, siendo una contribución significativa para el componente de financiamiento y protección social de la estrategia de acceso y cobertura universal promovida por los Estados Miembros de la OPS/OMS.

En quinto lugar se presenta un artículo que aborda los aspectos socio político e institucional de la construcción del SNIS. Va desde el debate internacional sobre los modelos de organización de los sistemas de salud, la discusión sobre el grado de transformaciones estructurales que el sector salud tuvo en esos años, para finalmente analizar los apoyos, las tensiones y resistencias presentes y frente a los desafíos futuros, visto desde la perspectiva de los escenarios potenciales y de las organizaciones involucradas en el sistema.

En sexto lugar se aborda un concepto diferente en el análisis tradicional de los sistemas de salud que se refiere a los logros consolidados en términos de eficiencia del sistema sanitario que cruza transversalmente los análisis económicos y políticos anteriores y los desarrolla en referencia a temas trascendentes como las capitales, el uso de recursos humanos, entre otros.

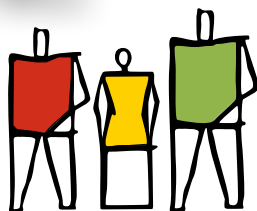
Como decíamos al inicio de esta presentación, a pesar de sus logros y de los instrumentos innovadores movilizados, el proceso político uruguayo no es suficientemente conocido. Hasta el presente tampoco se han divulgado los estudios que arrojan comprobaciones científicas rigurosas sobre cambios que efectivamente se han producido.

En ese sentido, el Equipo Editor, la UdelaR y la OPS/OMS en Uruguay como instituciones promotoras de los estudios y de esta publicación, aspiran a brindar una contribución para una reflexión informada para la acción transformadora a todos los actores y agentes de cambio tanto a nivel académico como de las autoridades sanitarias nacionales y sus equipos de conducción técnico-política de los países de la Región de América Latina y del Caribe.



I | *Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud*

Daniel Olesker



Presentación

Este artículo tiene como objetivo analizar lo que ha sido el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay. Esta reforma ha sido en la consideración política, la transformación estructural de carácter socializante más relevante de los gobiernos del Frente Amplio⁷. Analizaremos su construcción desde la perspectiva de la Economía Política aportando a la comprensión de sus factores de desarrollo y sus trabas, y a la luz de evaluar su estado actual, proponer sus principales desafíos futuros.

Tomaremos como base los seis trabajos que componen esta publicación, los debates que se han desarrollado a partir de ellos, el debate político que hoy existe y la propia experiencia vital, dado que la mayoría de los que participamos en este libro fuimos actores principales de la construcción e implementación del SNIS.

Este artículo se estructura en seis capítulos. En el primero se trata el contexto en el que se desarrolló el proceso de cambios y en el segundo tiene lugar el diseño conceptual de la reforma y las decisiones que se tomaron para ejecutarla en línea con ese diseño. En el tercer capítulo se presentan los resultados más relevantes. En el cuarto capítulo se revisan los aspectos relativos a la institucionalidad en el proceso de construcción y el quinto está dedicado al análisis de los actores políticos. Finalmente el sexto capítulo refiere a los desafíos a enfrentar de ahora en más. A ello se agregan luego las conclusiones finales.

⁷ | Partido político en el gobierno de Uruguay desde el año 2005 llevó a la Presidencia de la República al Dr. Tabaré Vázquez (2005-2010), a José Mujica (2010-2015) y desde marzo de 2015 un segundo mandato al Dr. Tabaré Vázquez.

1. El contexto en el que se desarrolló el SNIS.

El modelo LACE y la década perdida

La reforma de la salud se inscribe en un modelo de desarrollo que comenzó a impulsar el Frente Amplio en 2005. El punto de partida era un país devastado durante 35 años, con la instalación a partir de 1968 de un modelo que hemos denominado Liberal, Aperturista, Concentrador y Excluyente (LACE). Este modelo llevó los niveles de pobreza y exclusión a su máximo histórico en el país en el año 2004.

En el año 2005, cuando asume el Frente Amplio, los indicadores económicos y sociales eran muy graves. Estábamos ante un país que había tenido importantes niveles de crecimiento (entre 1974 y 1981 y entre 1991 y 1998) y que los había desperdiciado, ya que no utilizó ese crecimiento en la mejora de los salarios, en la mejora del empleo ni en la formalización del trabajo.

Su marco conceptual se basaba en los lineamientos del Fondo Monetario Internacional (FMI), modelados en los años 80 en el llamado Consenso de Washington, y que recomendaban la desregulación de los mercados, la privatización de los servicios públicos, la descentralización de las responsabilidades gubernamentales, la liberalización de la economía y la apertura externa irrestricta tanto comercial como financiera.

En ese contexto llegamos a una sociedad con más de un millón de personas en situación de pobreza, 16% de desempleo, un salario real que había caído más de 25% y una deuda pública que equivalía a más de 100% del Producto Bruto Interno (PBI). En el caso de la salud, diversos trabajos han mostrado el deterioro del gasto en el marco del LACE. Los trabajos incluidos en este libro son muy demostrativos de la situación. Nótese:

- la fuerte segmentación del gasto en salud y su gran inequidad en la distribución, lo que llevaba al final de este modelo a que el gasto per cápita del sector privado triplicara el del sector público;
- el peso de las cuotas mutuales pagadas por los afiliados así como los pagos de bolsillo (órdenes, tickets, etc.)⁸, que representaban una porción creciente del ingreso de las instituciones mutuales y significaban una barrera de entrada al sistema de salud no sólo por su alto costo sino porque debían pagarse al momento de la atención en salud;
- la principal fuente de equidad, que es el acceso garantizado a la protección social, sólo amparaba al 20% de los uruguayos, no incluía cobertura familiar y tenía restricciones para elegir al sector público como prestador de salud;
- los pagos en salud (tanto los individuales como los que pagaba la seguridad social) no guardaban relación con el gasto esperado en el prestador por sus usuarios, lo cual provocaba desequilibrios económicos y estimulaba el “descrème”, es decir la expulsión del sistema de quienes se preveía tendrían un mayor costo esperado.

8 | Se trata de copagos para acceder a consultas médicas (órdenes) y medicamentos y exámenes paraclínicos (tickets)

Es en ese contexto que asume el Frente Amplio y que pone en marcha un conjunto de herramientas para revertir esta catástrofe nacida en la dictadura y agravada en la década perdida de los años 90.

El gobierno del Frente Amplio

En el período 2005-2014 el Frente Amplio desarrolla una política pública distinta que pone ciertos énfasis en la distribución del ingreso y la riqueza:

En la distribución primaria del ingreso entre salarios y ganancia a partir de una reforma laboral y políticas de estímulo a la creación de empleo que posibilitaron un crecimiento del salario real por encima del PBI y un crecimiento de 5,5% del ratio entre masa salarial y PBI.

En la distribución secundaria del ingreso (que es la que se realiza a partir de la política fiscal del Estado sea por los impuestos, sea por la aplicación de los gastos públicos), operaron como factores redistributivos el gasto en educación, el gasto en salud, los gastos focalizados (Asignaciones Familiares-AFAM y Tarjeta Uruguay Social-TUS) y los cambios tributarios.

Al mismo tiempo que los procesos distributivos avanzaron en el marco de la mejora en los niveles de igualdad, los cambios estructurales en el proceso de producción avanzaron con muchísima más lentitud. En particular el aumento del valor agregado de la producción tuvo escaso impacto (con una creciente primarización en las exportaciones) y los cambios en la propiedad de los medios de producción y en la desconcentración de la propiedad tuvieron escaso impacto igualmente.

Esto atentó contra los cambios en la distribución primaria y secundaria, pues no modificó de manera evidente la base material y por ende no contribuyó desde el proceso de producción a los cambios en el proceso de distribución.

Podemos afirmar que el cambio estructural del modelo de desarrollo implementado desde 2005 a 2014 tuvo dos velocidades en ritmo y profundidad. Un mayor ritmo y una mayor profundidad en las reformas sociales y laborales y un ritmo muy pausado en la reforma económica y del proceso de producción. Sin dudas esta contradicción de ritmo y profundidad generó frenos al desarrollo social no sólo por la dotación de recursos, sino por la propia dialéctica entre el proceso de producción y de distribución en contextos de visiones globales diferentes sobre el modelo de desarrollo.

La matriz de protección social

El ritmo y profundidad de la reforma social se expresó en la construcción de una matriz de protección social, con definición de políticas universales en cada área de la cuestión social, combinadas con políticas focalizadas en sectores de alta prioridad y vínculos transversales entre ellas. Desde el punto de vista institucional esto implicó la creación de un Gabinete Social, con ámbitos ejecutivos (consejo, mesas interinstitucionales) que articulaba esas políticas.

Esta reforma social al mismo tiempo (y con diferentes intensidades según los sectores) se basaba en el cumplimiento de cinco principios que definen las políticas públicas en lo social. El cuadro a continuación da cuenta de estos principios.

Los cinco principios de la reforma social	
De cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades	De una parte, las personas beneficiarias de la política social contribuyen a su financiamiento según su ingreso (sea a través de impuestos como en el caso de la educación o a través de contribuciones a la seguridad social como en el caso de salud); De otra parte, reciben el beneficio según sus necesidades que, en general, están asociadas a su edad, su sexo, su localización en el territorio, el tamaño de su hogar, etc.
Carácter universalista del acceso	El carácter universal supone que las políticas están diseñadas para el conjunto de los ciudadanos del país. No son acciones focalizadas para dar respuesta a un problema concreto, sino acciones en las que convergen las situaciones de todos los ciudadanos. Obviamente la universalidad supone que haya prioridades en el proceso de construcción de la política.
Conducción del Estado	Sólo el Estado puede garantizar la universalidad (de no haber conducción pública, nadie invertiría en una policlínica en el medio del campo), justicia social (nadie podría sino el Estado recaudar y luego gastar según prioridades) y accesibilidad. Cuando el mercado define el acceso, sólo acceden los que pueden pagar.
Participación social	Las personas organizadas de alguna manera (sindicatos, organizaciones de usuarios, organizaciones de mujeres, entre otras) participan en las políticas sociales en sus tres fases: diseño, ejecución y toma de decisiones
Incremento presupuestal	Incremento presupuestal para complementar los recursos del desarrollo de la política social. La concreción de los principios caería en el ámbito de "letra muerta" si no se acompaña la estrategia con recursos económicos.

2. Diseño conceptual que orientó la construcción del SNIS.

Antecedentes

La reforma del sistema de salud estuvo presente en el programa de gobierno del Frente Amplio desde su fundación. Sin embargo el tramo final de los años 90 y los principios del Siglo XXI marcan un punto de inflexión en esa lógica programática con la incorporación de una visión sistémica e integrada entre el sistema público y el sistema mutual y la incorporación del FONASA como institución de financiamiento.

Este cambio estuvo muy ligado al desarrollo de una propuesta de cambio sustantivo en las organizaciones de trabajadoras y trabajadores. En primer lugar la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) decidió elaborar un libro que reflejara la crisis del sistema de salud de la década perdida de los años 90, proponiendo vías de solución. Allí aparece por primera vez en términos de organicidad la propuesta cambiar el modelo de financiamiento creando un Fondo Mancomunado, Solidario, Público y Obligatorio y los ya conocidos “circuitos” como forma de representación.⁹ Posteriormente, en la VIII Convención Médica se define programáticamente también esta propuesta. Por lo tanto es desde las organizaciones de trabajadores de la salud que emerge el principal referente para la incorporación de este modelo de reforma de salud en el programa de gobierno del Frente Amplio.

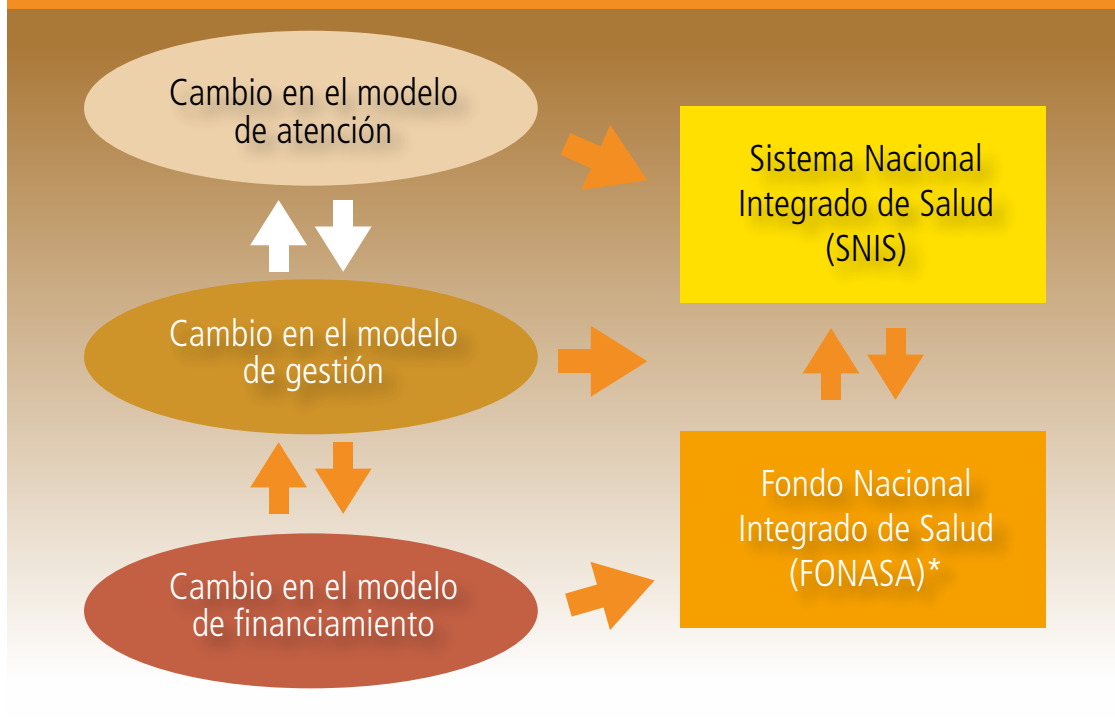
Dos sellos de identidad

A lo largo del proceso de construcción del SNIS es posible identificar dos esquemas que plantean de un lado, cambios a impulsar en los modelos de atención, gestión y financiamiento que tienen por resultado el SNIS y el FONASA y del otro lado, una reforma profunda de los mecanismos de financiamiento del sistema. Estas dos figuran han sido los sellos de identidad de la reforma (Figuras 1 y 2).

En efecto en el diseño conceptual del SNIS se estableció la distinción entre “Sistema Nacional Integrado de Salud” para referirse a la articulación en redes integradas de los servicios públicos y privados (mutualistas y cooperativas médicas) y “Seguro Nacional de Salud (SNS)” como denominación para la mancomunación solidaria de fondos para financiar el SNIS. En ese sentido la referencia al SNS en este artículo y en el resto de la publicación está lejos del uso corriente que se hace para aludir a los seguros privados característicos de los modelos de salud fragmentados y segmentados. Su carácter de fondo público, único y obligatorio y universal para toda la población despeja cualquier duda al respecto. Finalmente señalemos que este fondo adoptó en el marco legal vigente el nombre de FONASA, el que por su alcance universal tampoco guarda relación con homónimo de Chile. Las denominaciones SNS y FONASA aparecen en algunos tramos de esta publicación por lo cual siempre se deberán tener en cuenta estas consideraciones.

9 | Ver Figura 2.

Figura 1 | Estrategia e instrumentos de la reforma del sistema de salud en Uruguay¹⁰



10 decisiones que hubo que tomar

Antes de repasar las decisiones que hubo que tomar en el marco de la reforma de la salud, es necesario tener en cuenta que la primera discusión fue si debíamos embarcarnos en una transformación estructural del sistema de salud o, si dado el deterioro del sistema y en particular de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), era prioritario empezar fortaleciendo ASSE y corrigiendo los desequilibrios mutuales. Ello implicaba una discusión presupuestal y una discusión conceptual en la que, el equipo de conducción del Ministerio de Salud Pública (MSP) se mantuvo firme en la interna del gobierno y logró definir la implementación del SNIS con una definición sistémica en el presupuesto nacional y un conjunto de leyes específicas a partir de 2007.

1º decisión

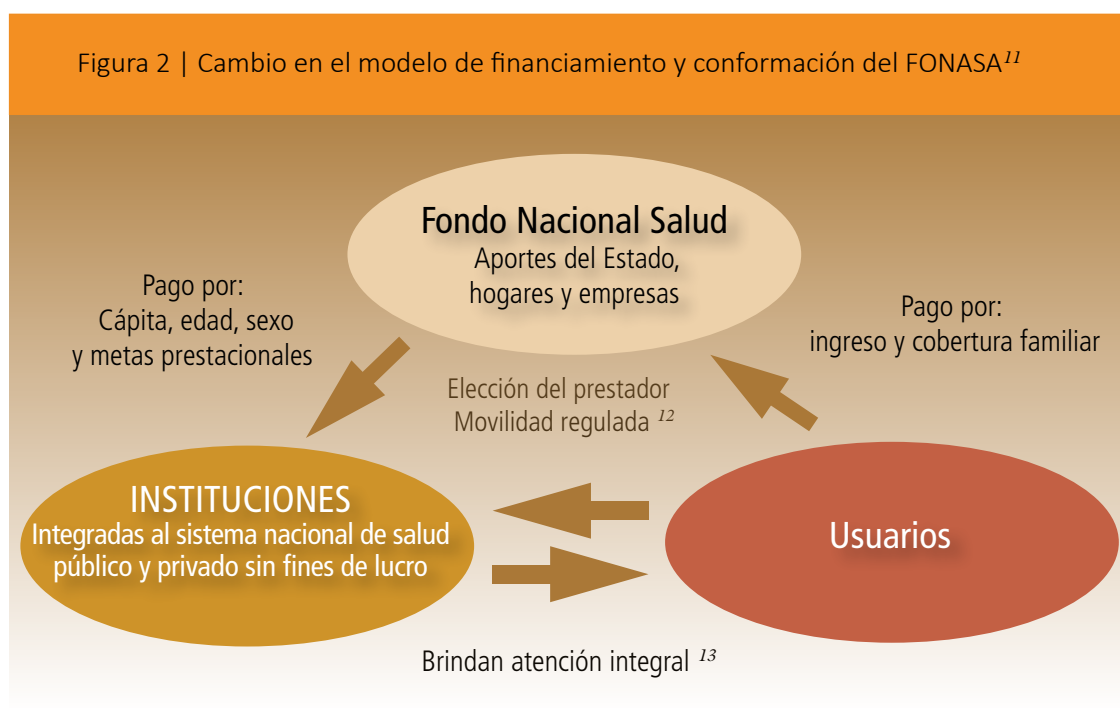
Si bien el programa planteaba el cambio en los modelos de atención, de gestión y de financiamiento, el proceso gradual de construcción exigía ordenar la manera de procesar el cambio. La construcción del SNIS suponía ante todo una reforma sanitaria y por ende era casi natural entender que el proceso debía comenzar por los cambios en el modelo de atención. Sin embargo defendimos la idea de que el acceso y la manera de hacerlo eran clave para universalizar el sistema de salud y para

10 | Tomado de: Fernández Galeano M, Benia W. *el derecho a la salud de los uruguayos. En Cuadernos de Nuestro Tiempo, Libro de los Bicentenarios. Montevideo, 2014*

11 | Tomado de: Olesker D, Fernández Galeano M. *Rectoría del Estado y justicia social. En: Elisalde R (comp). Gozos y sombras del gobierno progresista. Montevideo. Dedos, 2009*

(*) Fondo solidario mancomunado: público, único, obligatorio con aportes diferenciales por capacidad de pago desde la perspectiva del modelo de financiamiento. También se lo define como Seguro Nacional de Salud (SNS).

Figura 2 | Cambio en el modelo de financiamiento y conformación del FONASA¹¹



modificar el modelo de atención y que por ende era necesario partir de una transformación profunda del modelo de financiamiento, construyendo un fondo mancomunado, universal y solidario orientado a resolver las enormes desigualdades en los aportes de las personas, las familias y el estado para financiar el sistema.

2° decisión

Una vez definido que la primera gran tarea de la reforma era construir un fondo único, el paso siguiente era decidir bajo qué modalidad. En la literatura del SNS hay dos maneras de abordar el financiamiento de los sistemas de salud: a través de aportes fiscales (modelo Beveridge o británico) o a través de contribuciones a la seguridad social (modelo Bismarck o alemán). El programa de gobierno del Frente Amplio definía el financiamiento del SNIS por aportes fiscales a través de un mecanismo por el cual el aporte era una alícuota del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

Sin embargo la opción por el modelo Beveridge tenía en Uruguay una gran dificultad que era que en nuestro país no había este impuesto, el que se iba a crear al mismo tiempo que la reforma de salud. Al mismo tiempo ese impuesto iba a tener una base imponible mucho menor que la que se aspiraba en salud.

Por otro lado el modelo Bismarck tenía grandes ventajas, en particular, que ya existía un mini seguro (DISSE) que si bien era muy limitado como veremos más adelante, tenía la estructura y la credibilidad sobre la que se podía asentar el SNS. Y por ello funcionó bien.

12 | *Movilidad regulada: los usuarios pueden cambiar de institución en febrero de cada año, siempre y cuando cumplan con tres años o más de antigüedad en el mismo prestador integral de salud.*

13 | *Todos los prestadores del SNIS deben cumplir a cabalidad con el conjunto de prestaciones incluidas en el Plan de Atención Integral a la Salud (PLAS)*

Desde allí se concibió entonces un financiamiento tripartito en que por un lado, las personas aseguradas aportan en función de sus ingresos; por otro lado, un aporte patronal y; finalmente, un aporte de Rentas Generales del Estado. Por su diseño es un fondo de aportes tripartitos y por ende es un grave error conceptual definir la diferencia entre el costo del sistema y los aportes obrero - patronales¹⁴ como déficit, ya que el aporte de rentas generales es parte del fondo mancomunado. La diferencia en relación al aporte obrero y patronal, es que su cifra no es fija sino varía según un conjunto de condiciones sistémicas.

3° decisión

Una vez definido el modelo de financiamiento con un SNS que se materializó en el FONASA, la siguiente decisión fue cómo procesar el ingreso de la población al sistema. En el documento de cobertura se explicita este proceso que arrancó con trabajadoras y trabajadores formales y sus hijas e hijos, que continuó con los cónyuges, luego profesionales y quienes trabajan por la cuenta, y luego en cinco momentos (que culminarán en 2016) para el ingreso de personas jubiladas, con las excepciones que el trabajo muestra.

La decisión de que la primera etapa completara la cobertura de los trabajadores asalariados formales (los privados ya la tenían) y sus hijos fue tomada por una valoración política de priorizar en el conjunto de las políticas sociales la accesibilidad de niñas, niños y adolescentes. Y esa decisión correcta, a juicio de quien escribe, estuvo en la base de la alta aceptación que la reforma ha tenido en la sociedad.

4° decisión

La siguiente decisión fue cuál era la tasa de aportación. Más allá de mantener una tasa diferencial para ingresos muy bajos (la cual ha ido desapareciendo en la práctica con la mejora de los ingresos) el debate fue si incorporar proporcionalidad al tamaño de la familia o no. Lo que mostraban los números de la encuesta de hogares era la coincidencia entre los hogares con más hijos y los menores niveles de ingresos, por lo cual tasas proporcionales al tamaño de la familia iban a tener un efecto muy negativo sobre la igualdad de la carga financiera en los hogares. Por ello la resolución que se adoptó fue que hubiera tres niveles de tasas: sin hijos; con hijos (cualquiera fuera el número); con inclusión de cónyuge.

5° decisión

Definida la forma de aportar, el siguiente paso fue definir la forma de pagar a los prestadores de los servicios de salud. Se promovió un pago por riesgo y la definición del riesgo se asoció al pago capitado por edad y sexo de las personas usuarias. Su metodología y forma de construcción se detalla en el documento sobre financiamiento. El objetivo de cambio de la forma de pago era vincular el pago al gasto esperado de cada usuario superando una carencia notoria del sistema anterior, así como evitar la selección de riesgos (“descrime”) por parte de los prestadores. Por otra parte, la modalidad de pago ajustado por riesgo complementa la naturaleza solidaria del aseguramiento presente en los aportes vinculados a la capacidad contributiva de los beneficiarios. En efecto, con este esquema, los

¹⁴ | La categoría “aportes obrero- patronales” es una denominación genérica que incluye los aportes de todos los trabajadores del sector público y privado.

adultos jóvenes, que generalmente son quienes tienen mayor capacidad contributiva y menor gasto esperado, financian a los mayores que, usualmente, se asocian a etapas del ciclo vital en las que se perciben menores ingresos y se requieren mayores servicios de atención de salud.

6° decisión

La siguiente decisión fue qué prestadores de salud, públicos, privados o mutuales podían integrar el sistema. La concepción que orientó la transformación del sistema de salud fue que el carácter público se asocia con el financiamiento y con el carácter obligatorio de la regulación pública. Pero no es un rasgo distintivo del carácter público del sistema que los prestadores sean todos estatales. Por ello el sistema admite como prestadores a los estatales y a los que provienen del sistema de la medicina colectiva (cooperativas y asociaciones mutuales), excluyendo organizaciones de atención a la salud con fines de lucro, dado que las capitales incluyen costos fijos y variables y excedentes de reinversión pero no ganancia capitalista. Sólo aquellos seguros con fines de lucro que estaban en el sistema de salud al momento de la reforma se mantuvieron.

Como dice el trabajo de financiamiento esta decisión reconoce la importancia de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en la sociedad uruguaya en virtud de tratarse, muchas de ellas, de instituciones de larga data, con fuertes vínculos de adhesión por parte de buena parte de la sociedad. Y al mismo tiempo el cambio en la modalidad de pago supuso un incremento muy importante de los recursos volcados a través de la seguridad social, recursos mayormente captados por el sistema IAMC.

7° decisión

El sistema se cierra con la opción que deben tomar usuarias y usuarios por los prestadores habilitados y por ende había que tomar la decisión de cuál era el período en el que las personas no podían volver a cambiar. Las posturas podrían ir desde la libre movilidad hasta la movilidad regulada. Las condiciones de dar estabilidad a las instituciones prestadoras así como evitar el seguimiento de un sistema de compra venta de socios ilegal (y que llegó a dotarse de millones de dólares en los años 90) nos llevó a definir una movilidad regulada. Allí las decisiones significaban cada cuánto tiempo y en qué momento. La decisión fue de cada 2 años y sólo en el mes de febrero con la idea de generar un sistema de movilidad no sencillo de manera que quien quiera cambiarse evalúe estas dificultades y lo haga en el convencimiento y no por las dudas.

8° decisión

Para fortalecer el rol regulador del MSP se entendió que era necesario separar sus funciones regulatorias de las asociadas a la prestación de servicios de salud. Por ello en 2007 se aprobó la creación de ASSE como servicio descentralizado que, mantiene aún fondos presupuestales, pero que se integra a la capitación del SNS. En efecto, ASSE brinda cobertura a las personas que no están formalizados en el mercado de trabajo, pero también puede ser una opción como prestador integral financiado por el FONASA. Esto no siempre fue así, en el pasado el modelo de seguridad social parcial previo, los prestadores solo podían ser privados (mutualistas o cooperativas médicas categorizados como IAMC). En ese sentido la reforma promovió el desarrollo y fortalecimiento de la red de prestadores estatales y su ingreso en condiciones de competencia y complementariedad con los prestadores mutuales y cooperativos, desarrollando su función prestadora junto a su rol de llegada a los sectores más vulnerables.

9° decisión

En ese sistema, ¿cuáles deberían ser los elementos reguladores desde el punto de vista de la prestación asistencial? Y allí se tomaron dos decisiones claves en la construcción del vínculo entre regulador y prestador: a) construir un Plan Integral de Prestaciones (PIAS) que defina con claridad las obligaciones asistenciales de las instituciones. Se partió de lo existente (que era amplio en materia de prestaciones) pero se modificó la normativa transformándolo en un plan escrito y definido con claridad en sus límites; b) firmar un contrato de gestión que define las obligaciones de cada prestador en su globalidad y se transforma en la herramienta de contralor del MSP a los prestadores.

10° decisión

Finalmente, de acuerdo a lo definido hasta ahora, se conformaba un organismo de conducción del SNIS, en particular con competencias y capacidades de conducción y administración del fondo público obligatorio (SNS-FONASA).

La construcción de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo rector del sistema en su conjunto, se tomaron en cuenta las siguientes definiciones:

1. Debía ser un organismo con participación social;
2. En ese organismo el Poder Ejecutivo contaría con mayoría y sus integrantes serían delegados de los Ministerios Salud Pública (que lo presidiría), de Economía y Finanzas y el Banco de Previsión Social;
3. Sobre la representación de los trabajadores no existía ninguna duda que debía emerger de la central única de trabajadores y a ellos fue, que en la etapa de transición, se le solicitó la definición de sus delegados titulares y suplentes;
4. En el caso de los prestadores de salud se tomó en cuenta el grado de representatividad de las gremiales empresariales, expresado en el número de afiliados de las instituciones que las conformaban;
5. En cuanto a la representación de los usuarios del sistema de salud fue el tema más complejo. Uruguay tenía una tradición escasa en materia de organizaciones de usuarios de salud. El trabajo en torno a los centros de salud del gobierno departamental de Montevideo era una de las experiencias más desarrolladas. Se tomó como base las Comisiones de Salud de los Consejos Vecinales en tanto organismos electos por los propios vecinos, surgidos del proceso de descentralización participativa en Montevideo y para designar los representantes se realizaron múltiples asambleas por barrio y zona comunal en Montevideo y por ciudad en el interior. Fruto de ese proceso de discusión surgieron dos movimientos¹⁵ a los que se los apoyó para que se consolidaran desde diferentes ámbitos.

15 | *El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada y el Espacio Participativo de Usuarios del Sistema de Salud*

3. Primeros resultados de la puesta en marcha del SNIS.

Los trabajos presentados en esta publicación repasan, desde diferentes perspectivas, los primeros resultados a los que ha arribado con la implementación del SNIS. Como se adelantaba en la presentación el artículo, en este capítulo repasaremos lo esencial de esos resultados.

Desde el punto de vista de la cobertura

La reforma se planteó tres caminos hacia la cobertura universal. El primero fue la construcción del fondo mancomunado y su progresivo proceso de ampliación, partiendo de la seguridad social original (Dirección de Servicios de Salud del Estado, DISSE) original. Así, la cobertura se amplió de poco más de 600 mil personas a más de 2.400.000 como muestra el documento correspondiente. Este primer camino hacia la cobertura universal tuvo otros aspectos cualitativos, como por ejemplo, el aseguramiento y por ende la protección económica aumentó sensiblemente en todos los deciles de ingreso, llegando en los deciles 2 al 4 a casi la mitad de la población asegurada y aumentando de manera relevante en el primer decil, aunque todavía sea insuficiente.

El segundo camino estuvo ligado a la mejora presupuestal de ASSE, de la cual veremos los datos en el siguiente punto.

El tercer camino fue la determinación de estándares homogéneos en el contenido de la cobertura que deba darse a través de la aprobación del PIAS. El PIAS representó un punto de inflexión a través de una normativa que transparentó el conjunto de prestaciones y dio marco de referencia y herramientas de control al sistema y al control social por parte de los usuarios.

P *Por ende podemos concluir que la reforma del sistema de salud se propuso modificar radicalmente la cobertura hacia un aseguramiento universal y en un proceso de siete años los avances fueron notables.*

Desde el punto de vista del financiamiento

El trabajo sobre el financiamiento incluido en esta publicación parte de lo que ha sido la visión estructural del proceso de financiamiento que plantea que el tema no se agota en recaudar dinero para la salud y en no tener déficit. Implica definir quién paga, cómo se paga y cómo se gasta el dinero recaudado. Por ende la clave del proceso de cambios que pusimos en marcha en 2008 estuvo en aquel principio enunciado más arriba para el conjunto de la reforma social: “de cada quien sus ingresos a cada quien según sus necesidades”

Ello implicó dos grandes cambios estructurales en el financiamiento. Por un lado, las personas aportan en función de sus ingresos (cubriendo a su grupo familiar lo cual significa otro cambio

sustantivo); del otro lado esos recursos se unifican en un fondo mancomunado que garantiza que el riesgo financiero es soportado por todos los miembros del fondo común y no sólo por los que más se enferman. Por lo cual el financiamiento unificado solidariamente propuesto para el SNIS operó un sistema de doble subsidio: de mayores a menores ingresos y de menores utilizadores del sistema de salud a mayores utilizadores.

El complemento natural de este modelo de financiamiento es que el pago a los prestadores de salud se haga, como hemos visto antes, por la probabilidad de riesgo de uso de los servicios que en nuestro caso se definió hacerlo por capitas ajustadas por edad y sexo.

Al mismo tiempo, mientras ocurría el proceso del aseguramiento universal, fue clave, como ya se ha dicho, incrementar los recursos presupuestales del prestador público integral (ASSE).

Repasemos ahora algunos resultados que los trabajos aquí publicados desarrollan.

El primer concepto relevante se refiere a que si medimos el gasto en salud sobre el PBI ha mantenido desde 2005 un valor estable que gira en el orden de 7,5 a 9%. Entonces una primera conclusión es que con la misma carga sobre la riqueza nacional se han obtenido resultados relevantes en ampliación de cobertura y justicia social en el acceso y las prestaciones. La causa de esto es evidente y se refiere a la sustitución de carácter estructural de un sistema de financiamiento privatizado por un sistema de financiamiento socializado en donde el aporte público (tanto estatal como privado de carácter obligatorio) se transforma en el eje central del sistema. Solo para anotar el dato en 2005 el sistema era financiado en partes iguales por fuentes públicas y fuentes privadas, y hoy más de las dos terceras partes son fuentes públicas. Es decir, no cambia la carga sobre el producto pero se redistribuye desde un financiamiento privatizado a estatal - social. De hecho hoy el gasto de fuentes públicas en salud ya supera el mínimo del 6% del PBI que se establece en el Informe Mundial de la Salud de 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El segundo concepto relevante y que en parte explica el primero se refiere al cambio en el presupuesto de ASSE (el principal prestador público), que de un orden presupuestal de 170 millones de dólares en 2004 tiene hoy ya un presupuesto que supera los mil millones de dólares. Generalmente hemos usado como criterio comparativo el gasto per cápita de ASSE respecto al mutual y el proceso ha sido de pasar de un orden de 30% a un orden de 85% entre 2004 y 2014.

El tercer concepto relevante se refiere al financiamiento que se genera dentro de los contribuyentes al FONASA en cuanto a su aporte y a las necesidades asistenciales que tienen. El trabajo respectivo muestra que los pasivos son un colectivo que aporta menos de sus necesidades y por ende es receptor de contribuciones de otros colectivos y del Estado; por otra parte, dentro de los trabajadores activos, la mayor contribución la hacen los asalariados y profesionales de mayores ingresos y de menor tamaño de su familia hacia los asalariados de bajos ingresos y las familias numerosas, que en general están en los deciles más bajos de ingresos.

El cuarto aspecto relevante desde la perspectiva del financiamiento se refiere al rol jugado por las capitas ajustadas por edad y sexo. La selección de riesgos o “descreme” es una de las consecuencias esperables de un sistema de pago por capitas puras o sin ajuste, tal como el que existía con anterioridad a la reforma. La nueva forma de pago logró disminuir algunas inequidades en los ingresos percibidos por los prestadores, mediante una redistribución según el riesgo de la población afiliada. En forma concomitante

con el cambio del mecanismo de pago se inicia un proceso gradual de incorporación de nuevos colectivos al FONASA. De esta forma, los desequilibrios iniciales que pudieran haber surgido en la estructura de precios de las IAMC han ido revirtiéndose en la medida en que la mayoría de su población afiliada lo es actualmente a través del SNS. Sin embargo mantiene incambiada la estructura de precios de cuotas individuales y colectivas en algunos colectivos, en particular jubilados que ingresaron desde 2011 en proceso gradual que culmina en 2016 y por ende esto aún presenta algunos desequilibrios que se podrá corregir con el “fonasamiento” del 100% de la población, entre otras opciones de política a tomar.¹⁶

El quinto resultado relevante se refiere a las metas asistenciales. En este caso su incorporación en el modelo de financiamiento no tuvo como objetivo financiar, sino alterar comportamientos asistenciales en el marco del nuevo modelo de atención. Por ello es bueno repasar, y así lo hace el documento sobre eficiencia, los resultados que muestran importantes avances. En el caso de los controles prenatales, ha aumentado la cantidad de embarazos que cuentan con al menos el mínimo de los controles establecidos en la Guía de Salud Sexual y Reproductiva. En los últimos años, también ha aumentado la cantidad de embarazadas captadas precozmente (antes de las 12 semanas) en el subsector público y privado, lo que permitiría reducir los riesgos materno-fetales-neonatales. En el año 2009 se agregó a la Meta 1, el componente sobre Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el niño/a pequeño/a (BPA), con un trabajo sostenido por parte de las instituciones con capacitaciones en la nutrición materna para el cuidado de la mujer en esta etapa y del niño/a hasta los dos años. Esto pudo haber contribuido en el descenso de niñas/os con bajo peso al nacer (menor a 2500 gr). Con referencia a los controles en el segundo y tercer año de vida, también se ha detectado un aumento en el cumplimiento de los controles establecidos por el Programa de la Niñez. Dado que las metas 2 y 3 implican una reorganización institucional y así mismo un cambio cultural dentro de las instituciones, en los trabajadores y en los usuarios de la salud, sus impactos sanitarios se verán a más largo plazo que los de la Meta 1. Las instituciones han superado en promedio la meta establecida a lo largo de todos los trimestres. A diciembre de 2013, el 45% de la población usuaria se encuentra referenciada y los médicos de referencia representan el 58% del total de médicos generales, de familia, pediatras y geriatras. A su vez el 43% de las consultas realizadas a estas especialidades, fueron realizadas con médico de referencia, por lo que su papel ha ido tomando relevancia en los últimos años (JUNASA, 2013). Con respecto a la Meta 4, a poco más de un año de su inicio, ha avanzado en su objetivo de promover los cargos médicos de alta dedicación acordados en el Consejo de Salarios. A diciembre del 2013, hay creados 84 cargos de alta dedicación en 18 instituciones del país.

En función de los resultados antes mencionados podemos afirmar que los cambios en el modelo de financiamiento (incluidos los cambios en ASSE) han llevado a que exista una mayor protección financiera de la población y han logrado disminuir significativamente las desigualdades existentes.

16 | “Fonasamiento”: expresión de uso corriente en los debates sobre el proceso de cambios de sistema de salud que hace referencia a que los usuarios del sistema tengan cobertura financiera por el FONASA

Desde el punto de vista de los pagos de bolsillo

Los costos compartidos en salud como los tickets para medicamentos y exámenes complementarios y las órdenes para las consultas médicas, si bien no representaban el principal problema de inequidades en el sistema previo, significaban una barrera de entrada a la atención en salud.¹⁷ Porque además en el marco del modelo desregulador de los años 90 habían sido la fuente central de sobre financiamiento de los prestadores de salud, sin importar lo que significaba como problema de la atención de las personas. Las “tasas moderadoras” de la demanda devinieron en recaudadoras con consecuencias negativas sobre la atención a la salud convirtiéndose en un verdadero “impuesto a la enfermedad”. En el trabajo de costos compartidos se visualiza con claridad el proceso de desregulación potenciado en el año 1993 que “abrió el grifo” al financiamiento por medio de estos costos y que luego nunca se revirtió. El gráfico que muestra la evolución del valor real (deflactado por el Índice de Precios al Consumo, IPC) de tickets y órdenes muy por encima de la inflación y muy por encima de las cuotas es una evidencia de ellos.

Por tanto, cuando se inició el proceso de transformación del sistema de salud, fue un objetivo reducir el peso de dichos pagos en el ingreso mutual, reduciendo entonces para los usuarios las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Si analizamos el hilo conductor de las medidas tomadas en el marco de la reforma notamos en primer lugar la intención de cortar el proceso de ampliación de estos costos prohibiendo la creación de nuevas tasas moderadoras. La segunda línea de acción fue reducir el costo de los medicamentos, con rebajas que alcanzaron al 40% en breve período. La tercera línea de acción fue priorizar el acceso a medicamentos en el caso de enfermedades crónicas con exoneraciones o reducciones en sus costos, priorizando diabetes e hipertensión. La cuarta línea de acción fue tender a homogeneizar y sobre todo a fortalecer la reducción de costos compartidos en los colectivos que ingresaban al SNS. En ese sentido empezaba a ser una práctica frecuente entre las instituciones que colectivos (sindicales por ejemplo) que tenían ciertos beneficios, al “fonasearlos”¹⁸ se les quitaba. Frente a ello se decidió que esos beneficios debían mantenerse. Una quinta línea más en el período a partir de 2010 fue la de fijar precios máximos a las tasas moderadoras cualesquiera fueran. Esta iniciativa había sido impulsada en 2009, con acuerdo en el MSP, pero había quedado sin acuerdo con presidencia y por ende no fue puesta en funcionamiento. En 2011 se establece un precio máximo de mil pesos y en 2014 se establece en 800 pesos.

Podemos concluir entonces que el objetivo planteado en la política de costos compartidos tendiente a su transformación en tasas moderadoras y reducir su carácter de barrera a la entrada, en especial en las enfermedades crónicas, fue encaminado y la dirección de las políticas fue un avance.

17 | Tickets-Órdenes: se trata de copagos para acceder a consultas médicas (órdenes) y medicamentos y exámenes paraclínicos (tickets).

18 | “Fonasamiento”: expresión de uso corriente en los debates sobre el proceso de cambios de sistema de salud que hace referencia a que los usuarios del sistema tengan cobertura financiera por el FONASA.

Como ya hemos mencionado en los años 90 la tendencia fue la de transformar las originales tasas moderadoras en copagos que contribuyeron sustantivamente al financiamiento del sistema mutual. En la implementación del SNIS se planteó iniciar el proceso inverso.

En el trabajo de los costos compartidos se plantea un debate sobre si operaron como tasas moderadoras o como copagos. Y las conclusiones a las que arriba es que en el caso de los estudios clínicos, la tendencia a que prevalezca su condición de tasas moderadoras se viene cumpliendo especialmente por el rol cumplido por los topes y los aumentos diferenciales según su monto; en las órdenes hay situaciones diversas pero la tendencia existe y en el caso de los medicamento el financiamiento de las tasas cubre casi el 50% del costo y por ende, a pesar de las bajas importantes en el valor de los tickets, siguen constituyendo un copago.

Este conjunto de políticas ha tenido un primer resultado positivo por el cual la participación de los costos compartidos como porcentaje de los ingresos de las instituciones ha bajado de un orden de 12 a 8% desde 2004, siendo claramente significativa la caída de la participación en tickets de medicamentos y luego en órdenes de consultorio. Y en ese sentido se revierte la tendencia anterior en que los costos compartidos crecían por encima del IPC; ahora crecen por debajo del IPC.

En ese sentido recordamos que en el período pasado se planteó generar un ticket único de medicamentos para tratamiento prolongado, cuyo objetivo es mejorar la adherencia al tratamiento, mejorar la accesibilidad a los medicamentos, disminuir el gasto de bolsillo de los usuarios (sustituido por un subsidio estatal), al mismo tiempo que genera efectos de externalidades al propio ticket, como por ejemplo, disminuye los tiempos de espera para acceder a la consulta, mejora el control de venta de medicamentos y de la compra fuera de los canales legales, entre otros. Es necesario recuperar esa idea y el decreto que la recoge y ponerlo en marcha.

Otro ejemplo se refiere a cómo integrar las tasas moderadoras en el objetivo de modificar el modelo de atención. Una idea que se planteó en el primer período de gobierno y no fue implementada se refiere a utilizar la orden de consulta como un factor de promoción del médico de referencia. La idea era que la orden de un especialista sumado a la del médico de referencia sumada tuviera un costo menor que la de especialista solo, si a éste no se llegaba derivado por el médico de referencia.

Desde el punto de vista de los recursos humanos

Otro de los trabajos que se publica en este libro aborda el tema de los impactos del proceso reformista en la asignación y distribución de recursos dentro del sector salud. Veamos aquí los aspectos vinculados a los recursos humanos.

El sector salud y en particular el sector mutual ha sido un sector intensivo en el uso del sector trabajo, llegando en momentos previos a la crisis 1999-2002 a más de 60% de los costos operativos en recursos humanos.

Previo a la reforma, los principales problemas en los recursos humanos asistenciales de carácter estructural se referían a la inequitativa distribución de recursos entre Montevideo e Interior, al multiempleo y sus impactos sobre la eficiencia en el uso de los recursos humanos y, en el caso de algunos grupos médicos, al pago por acto médico.

Del trabajo sobre eficiencia que aquí se publica tomamos el debate que se plantea respecto a las formas de pago. El planteo es que si se comparan las tres modalidades básicas de remuneración -pago por acto, salario y caputivo-, la modalidad que evidencia un menor incentivo a la eficiencia es el pago por acto, siguiéndole el pago por salario. El pago caputivo, entendido como un pago por la responsabilidad sobre una población, es el que presenta mayores incentivos a la eficiencia en la medida en que se obtiene un mayor ingreso si se aumenta el número de adscritos, con incentivos a mantener una población sana. No aumenta la intensidad de los recursos en cada persona como sucede en el pago por acto, que es un gran estimulador de la ineficiencia y del uso inadecuado de los recursos.

La reforma sostuvo entre sus principales objetivos (en el marco de los lineamientos salariales integrales del período) la recuperación del salario perdido por trabajadoras y trabajadores en el gobierno anterior, así como la recuperación del empleo fuertemente afectado por la crisis. Al mismo tiempo se debía actuar sobre el multiempleo y la distribución territorial, así como reducir el campo de acción del pago por acto.

En relación con la recuperación del salario perdido, el resultado está a la vista: la masa salarial del sector salud creció de manera muy importante tanto en precio (salario real) como en cantidad (número de trabajadoras/es) llegando a niveles de similar orden a los previos a la crisis. En forma simultánea el mayor crecimiento estuvo en las áreas asistenciales, lo que es coherente con la reducción del número de instituciones en Montevideo y con estrategias de administración colectiva por parte de la Federación de Médica del Interior (FEMI) en las instituciones del Interior.

Esta estrategia de recuperación de salario y empleo se combinó con otra estrategia de mayor homogeneidad en las remuneraciones salariales, de reducir las brechas existentes y de modificar el patrón de trabajo médico hacia la concentración institucional.

Ello tuvo algunos resultados importantes, en especial con el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), el acuerdo sobre el cambio de trabajo médico hacia la alta dedicación para algunas especialidades y la inclusión de su financiamiento en una meta asistencial.

Los cargos de alta dedicación definidos hasta el momento son los cargos de medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina interna, medicina intensiva de adultos y pediátrica, y neonatología, y tienen dentro de sus principales lineamientos el cambio en la forma de pago, con una modalidad mixta que puede potenciar las ventajas de cada modalidad y suavizar sus consecuencias negativas sobre la eficiencia y la calidad.¹⁹

Es de esperar que el nuevo laudo médico provoque mejoras en la eficiencia del sistema, pero en la medida en que el cambio al nuevo laudo se dará de forma progresiva, los resultados se verán a largo plazo.

También se encontraron obstáculos que desarrollaremos más adelante en el sector anestésico quirúrgico que llevó incluso a la elaboración de una ley de trabajo obligatorio para parte de este sector.

Desde el punto de vista del modelo de atención a la salud

En lo relacionado con el modelo de atención los cambios se han orientado a superar la fragmentación y duplicación de los servicios en los diferentes niveles de atención. Promoviendo la integración operativa de los servicios en redes integradas e integrales de servicios, definiendo un sistema basado en la Atención Primaria de Salud (APS) Renovada y la incorporación efectiva de los programas en dichas redes. Quedan aún muchos capítulos pendientes, particularmente en los cambios de fondo en el modelo de atención y de gestión, que forman parte de una agenda privilegiada hacia la consecución de los objetivos sanitarios nacionales.

La transformación del modelo de atención está sostenida en la implementación de los valores, principios y elementos constitutivos de la estrategia de la APS, en la promoción de la participación social y el fortalecimiento del primer nivel de atención. A pesar de que dicho cambio es una de las prioridades centrales persisten limitaciones y resistencias en la organización y la memoria institucional de los servicios y los estímulos e incentivos que se promovieron desde el financiamiento todavía no han impactado suficientemente para avanzar sustantivamente en este proceso de transformación.

Aún persisten obstáculos a esta estrategia, vinculados al perfil de los profesionales, que alimentan un círculo vicioso de difícil solución. En la formación de los estudiantes se sigue privilegiando la patología compleja, de baja frecuencia y que requiere uso de tecnología; hay carencia formativa en disciplinas sociales, promoción de la salud, abordaje comunitario, prevención, enfoque de género y otras áreas prioritarias desde la perspectiva de la salud colectiva. La coordinación entre los diferentes niveles de atención es aún defectuosa y el paso del primer nivel hacia y desde los servicios hospitalarios constituye un tránsito cargado de dificultades.

La promoción de la salud no logra aun suficiente incidencia en la vida cotidiana influyendo en los determinantes sociales y ambientales de salud. Debe estimularse la educación para la salud recurriendo a formas efectivas de comunicación para promover los cambios conductuales y el autocuidado de las personas. Algunos programas de salud colectiva como el de control de tabaquismo y el abordaje del consumo problemático de drogas, han tenido resultados sanitarios significativos en el control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de enorme prevalencia.

19 | *Modalidad mixta de pago: combinación de salario fijo más un componente variable por tiempo de trabajo.*

Desde los inicios del proceso de cambios que se promueve desde el propio diseño del SNIS la construcción de un modelo alternativo ha ganado espacios en los servicios de salud a partir de algunas líneas de trabajo que resultan particularmente potentes para responder a la actual realidad epidemiológica y la que se avizora prospectivamente:

- La reorganización territorial en base a áreas de salud y población a cargo de equipos interdisciplinarios con conocimiento de las necesidades en salud. Han sido avances los procesos de asignación de usuarios a efectores y la elección por los usuarios de un médico de referencia como meta prestacional para las instituciones del SNIS.
- El establecimiento de redes integradas de atención entre las diferentes instituciones asistenciales bajo un mismo paraguas organizacional con base territorial, a efectos de asegurar la continuidad de la atención mediante mecanismos de referencia y contra referencia²⁰, promoviendo la complementación entre prestadores públicos y privados.
- El desarrollo de programas integrales de atención articulados en una matriz programática, desde la que se define un conjunto de intervenciones para cada territorio en función de la planificación local. Las metas prestacionales vinculadas al control del embarazo y captación/seguimiento de los niños hasta los dos años de vida han introducido en los servicios una dinámica centrada en la prevención.
- La coordinación interinstitucional e intersectorial de actores involucrados directamente con determinantes económicos, sociales y ambientales de la salud. Ha contribuido en este sentido la conformación del Gabinete Social, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales que diseña e implementa la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA 2010-2030).
- La red informática que viabilice un sistema con trazabilidad de las intervenciones y prestaciones brindadas a los pacientes. El Programa Siembra y el convenio de la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento de la Presidencia de la República (AGESIC) para la historia clínica electrónica y la telemedicina (imagenología, etc.) son avances en ese sentido.

4. La nueva institucionalidad del sistema.

El SNIS se plasmó en cuatro leyes fundacionales entre el 2005 y el 2007 luego de casi 7 décadas sin leyes sustantivas sobre el sector salud. En primer lugar la Ley

20 | Se denomina referencia a los mecanismos de derivación de pacientes desde el primer nivel de atención a otros de mayor complejidad (ej. para consultas con especialistas, estudios complejos o internación), y contra referencia a los mecanismos de derivación desde el nivel hospitalario al seguimiento en los servicios del primer nivel de atención.

17.930²¹ de Presupuesto Nacional (2005-2010) que establece las grandes líneas programáticas del SNIS. Luego la Ley 18.131 que crea el FONASA, la Ley 18.161 que descentraliza a los servicios de salud estatales (ASSE) y la Ley 18.335 sobre garantía de derechos y deberes de los usuarios.

La Ley 18.211 define el modelo de financiamiento y completa la configuración del SNIS explicitando en el artículo cuarto sus objetivos generales.²²

En diciembre de 2010, se aprobó la Ley 18.731 por la que se incorporaron a la cobertura por FONASA los jubilados y pensionistas, profesionales que ejercen fuera de la relación de dependencia y aquellos que hasta ese momento se encontraban cubiertos por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales. Asimismo incluyó un capítulo modificativo del régimen de aportes personales al financiamiento del fondo, que supuso el establecimiento de un umbral por encima del cual se procede a la devolución de aportes.

El cambio en el modelo de gestión apunta a un nuevo rol del Estado que fija objetivos y metas, es auditor, evaluador y fiscalizador de su cumplimiento y se compromete e involucra en la mejora de su desempeño; un estado regulador que fija y aplica premios y castigos, con el propósito explícito de posibilitar un funcionamiento diferente del sistema y que se convierte en “escudo” de los derechos de los usuarios.

Es de destacar la creación de la JUNASA como organismo desconcentrado dependiente del MSP, integrado por representantes del MSP, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Banco de Previsión Social (BPS) y de los trabajadores, usuarios e instituciones públicas

21 | Ley No. 17.930, Dic. 2005

Artículo 264: El Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública” implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.

Artículo 265: El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el artículo 67 y en la disposición transitoria letra V de la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

22 | Ley No. 18211, Art. 4:

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

y privadas prestadoras de servicios asistenciales. La JUNASA suscribe contratos de gestión con cada uno de los prestadores del SNIS, regulando y controlando el cumplimiento de los derechos exigibles en número, tipo y calidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del Sistema.

Los contratos de gestión²³ permiten definir relaciones claras y previsibles con los prestadores de la red de servicios. Se basan en la capacidad de exigir respuestas suficientes, oportunas y de calidad.

El nuevo modelo se apoya también en la participación y el control social de la gestión como un componente clave.

En la Ley 18.211, además de prever una integración participativa de la JUNASA determina que en cada institución que integre el SNIS debe existir un Consejo Consultivo y Asesor integrado por la Dirección Técnica, representantes de sus usuarios y de sus trabajadores. Entre sus competencias se puede reseñar: apoyar las campañas de promoción y prevención de la salud, proponer estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador y evaluar el cumplimiento en la institución del PIAS y los balances económico financieros y memorias de gestión de cada una de las entidades.

Asimismo la Ley 18.161, que crea ASSE como servicio descentralizado, incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.

En suma, la conformación del nuevo sistema de salud alteró estructuralmente la institucionalidad existente previamente porque:

- Transformó un “no sistema” basado en tres ejes: público -para quienes no podían pagar ni tenían empleo formal-; DISSE -para quienes tenían empleo formal a los que se le cubría su atención en el sistema mutual-; y privado -para quienes podían pagar su cuota básicamente en el mutualismo o un pequeño grupo en los seguros privados-, en un Sistema Integrado de Salud compuesto por un prestador estatal y prestadores mutuales financiados por un sistema único de protección social universal con aporte de rentas generales en el proceso de transición, y en el que las personas aseguradas podían circular entre uno y otro prestador.
- Construyó un organismo estatal - social para la administración y regulación del FONASA que al mismo tiempo que regulaba el componente económico financiero del Seguro, incluía mecanismos de contralor y vigilancia de la calidad y extensión de la cobertura sobre los prestadores, antes inexistentes, como son el Contrato de Gestión y el PIAS.
- Dio lugar en la conducción a organismos sociales, representantes de trabajadores, usuarios y prestadores.

23 | Documento de compromiso firmado periódicamente entre la JUNASA y los prestadores públicos y privados del SNIS.

- Modificó la estructura del MSP. Si bien el MSP ya tenía roles regulatorios desde la década del 30 del Siglo XX, se modificó su estructura, se fortaleció su rol, se construyó desde el Ministerio las normas del modelo de financiamiento y se reguló el vínculo entre prestadores públicos y privados, en el marco de la separación del rol regulador y de prestador de servicios de salud que anteriormente tenía el MSP.
- Asimismo el MSP asumió un rol relevante en la construcción de los aspectos económicos del sistema de salud. Construyó el nuevo financiamiento del sistema de salud, sus aportes y sus cápitas; compartió con el MEF la regulación de precios y compartió con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) los acuerdos en los consejos de salarios.

5. Los actores políticos e instituciones en juego.

El trabajo del Instituto de Ciencia Política presentado en este libro realiza un largo recorrido por los apoyos que la reforma ha tenido en este proceso de construcción sistémica. Otros trabajos y en particular el trabajo de sistematización a cargo de Martín Rodríguez²⁴ que hicimos en el MSP, dan cuenta también de ese recorrido.

Ahora trataremos de concentrarnos en los principales ejes de ese proceso de construcción de alianzas y las enseñanzas que nos va dejando hacia el futuro, lo que se retomará en el último capítulo dedicado a los desafíos. Y lo haremos desde tres puntos de vista: las organizaciones de la sociedad; los partidos políticos y la interna del Frente Amplio tanto en el Parlamento como en el Poder Ejecutivo.

Como trabajo de sistematización la metodología planteará los resultados mayoritarios, no obstante lo cual, como el trabajo del Instituto lo muestra, dentro de las diferentes organizaciones y de los diferentes partidos existían posiciones diversas.

Pero también se concreta en momentos claves del desarrollo del proceso de transformación y para ello basta recordar la actitud proactiva de la central sindical apoyando los cambios y enfrentando las resistencias a los mismos y al trabajo en el sector en uno de los momentos más críticos del conflicto con las Sociedades Anestésico - Quirúrgicas (SAQ), o el apoyo de los gremios del lugar cuando hubo que enfrentar intervenciones o cuestiones similares en instituciones con serios problemas de gestión.

A la vez, cuando veamos los principales desafíos que enfrenta la reforma, ya sean vinculados al financiamiento, a la calidad de la atención, o a la participación social, nuevamente aparecen los gremios de trabajadores no médicos en el primer nivel de apoyo.

24 | *Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo : MSP, 2010*

La primera conclusión que nos ha dado ocho años de este proceso de intensos cambios, y coherente con los antecedentes que hemos recopilado en este libro, es que la principal fuerza del bloque de los cambios estuvo constituida por el apoyo del movimiento sindical y en particular de los gremios de trabajadores no médicos. Este dato no es exclusivo de la salud.

Al recorrer los diez años de gobierno frenteamplista se nota que el centro del bloque de los cambios ha estado globalmente en el gobierno y el movimiento sindical.

Cuando hablamos de bloque de los cambios no nos referimos a apoyos incondicionales o a alianzas formales, sino a la visión política e ideológica de las reformas estructurales que el país necesita para avanzar y en el concepto de igualdad como eje del modelo de desarrollo.

Es de hacer notar en segundo lugar que los trabajadores médicos nucleados en el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) han sido, con relaciones dialécticas, un factor que en momentos críticos ha sido un sostén también para defender los cambios. En especial en lo que se refiere a los avances logrados en el tema de las condiciones de trabajo médico, sus salarios y los cambios en cuestiones analizadas antes como el multiempleo, la concentración de trabajo médico, las residencias y la descentralización del trabajo. También en temas específicos como la separación del SMU del Centro de Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) o el trabajo en algunas instituciones con serios problemas de gestión.

Esta relación no ha estado exenta de conflictos, producto de diversos factores, entre ellos la heterogeneidad del sector o el propio debate sobre la participación en la JUNASA, determinándose que fuera el Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT) y dentro de esta organización, la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), quien tomara esa decisión.

El proceso tuvo en su largo devenir relaciones dialécticas con el sector de las IAMC. Los primeros años tuvieron una actitud no opositora del sector mutual y cooperativo. Es verdad que al comienzo eran bastante escépticos y temerosos de lo que podía resultar llevar a la práctica el SNIS y los cambios que tenía implícitos y aún de si existían condiciones para hacerla. Sin embargo la actitud firme del Ministerio para actuar rápidamente sobre las instituciones que venían con serios problemas de la década perdida y de la crisis; la determinación mostrada con

la inclusión de la creación del sistema en la ley de presupuesto; y la definición de un cambio en los criterios del BPS manteniendo a ésta como “cajero” y administrador del FONASA, dio certezas que comenzaron a construir el camino del cambio.

Es evidente que esta fue una relación con idas y venidas y que sobre todo adquiere su momento más crítico cuando, una vez concretada la ley 18. 211 de creación del SNIS e instalada la JUNASA, se pasa a la etapa de discutir las reglas de la regulación, ya fuera a través de los contratos de gestión, las metas asistenciales o los criterios para la incorporación de nuevas tecnologías, entre otras.

No hay que olvidar que el sector venía de un período, el de la década perdida, en que las regulaciones eran casi inexistentes, la incorporación de tecnología no tenía límites ni análisis serios de necesidad, y las inspecciones pasaban por alto. Por ello una visión distinta (aunque como veremos en los desafíos, a nuestro juicio, aún insuficiente) que implicaba que existía respecto a las capitas una contrapartida en términos de funcionamiento del sistema, fue recibida con resistencias por el sector de las mutuales y las cooperativas.

Está claro que las relaciones con las organizaciones de la sociedad no se agotan en las mencionadas. Las relaciones con los gremios de psicología u odontología, los seguros privados y otros fueron parte de este debate. Sin embargo a efectos de esta sistematización resultan las más relevantes para entender un cambio sustantivo que, más allá de tener una mayoría parlamentaria para ser aprobada, hizo de la economía política un eje central de su trayectoria. Esto se visualiza en la alta aceptación que ha tenido desde siempre la Reforma de la salud en la opinión pública.

Por eso hagamos una breve mención a la metodología de trabajo en torno a las organizaciones de la sociedad. Antes de asumir y al ser designados en el MSP, con la Ministra y el Subsecretario²⁵ del período 2005-2010, en febrero de 2005, convocamos a lo que después se llamará el Consejo Consultivo para los cambios en Salud en el que recorrimos todo el conjunto de organizaciones sindicales, empresariales, académicas, de usuarios, planteando el esquema básico de proyecto de cambios estructurales, es decir las tres propuestas de cambio de modelo y el esquema del seguro nacional de salud para un financiamiento solidario, eficiente y sostenible. Ya instalado el Consejo se trabajó en un grupo sobre financiamiento, otro sobre modelo de atención y otro sobre recursos humanos.


El otro componente metodológico fue el de reunirse con referentes de los distintos sectores en reuniones de trabajo y de acercamiento en temas que resultaban conflictivos. Particularmente fue relevante en este esquema reuniones con los compañeros médicos, a iniciativa del entonces Subsecretario en el período 2005-2010, Miguel Fernández Galeano, continuada posteriormente por Leonel Briozzo, Subsecretario en el período 2011-2015).

Sin duda, más allá de las diferencias, la capacidad política de negociar tiene un componente importante en la legitimidad de quienes negocian, el conocimiento del sector en que se trabaja y las trayectorias conjuntas, aunque sean de lugares distintos y con posturas diferentes.

25 | *Ministra de Salud Pública (2005-2010): Dra. María Julia Muñoz; Subsecretario de Salud Pública (2005-2010): Dr. Miguel Fernández Galeano*

Pasando al terreno de las organizaciones políticas es claro que la oposición presentó desde el inicio su desacuerdo con el proyecto de ley de creación del SNIS, el que finalmente no votó. Lo cuestionó como una reforma impositiva encubierta y muchas otras cosas más. Con la mayoría parlamentaria el Frente Amplio aprobó esta reforma sin tener que conceder a la oposición cambios que en esencia hubieran alterado los principios del proyecto presentado.

En la interna del Frente Amplio como partido de gobierno el debate fue largo, casi cuatro meses desde que enviamos el proyecto al parlamento, en reuniones semanales del equipo del ministerio con la bancada de salud del Frente Amplio. Los desacuerdos estaban más en aspectos instrumentales y no en su filosofía. Fueron tema de debate las tasas de aportación, el papel de ASSE, los criterios de elección de los usuarios y su movilidad; todos temas resueltos según se vio en el apartado “10 decisiones que hubo que tomar”. Siempre fue el Frente Amplio un soporte muy importante al proceso y durante su debate parlamentario recorrimos los Comités de Base del Frente Amplio²⁶ planteando el contenido de la propuesta de transformación radical del sistema. Garantizando el derecho al acceso universal y la cobertura universal de la salud.



En el seno del gobierno siempre existió la convicción de que la reforma de salud formaba parte de los cambios estructurales de la matriz de protección social que debían impulsarse en el primer período de gobierno. Los principales debates estuvieron del lado del financiamiento, en particular su costo, sus etapas, etc., todo lo cual fue fuertemente debatido, y tuvo sus efectos en la rapidez del envío al parlamento encontrando finalmente los resultados en la ley 18.131. Estuvo presente el debate de postergar la implementación de la reforma y concentrar el esfuerzo en mejorar los recursos de ASSE, para nivelar los dos sectores pero manteniendo su separación. La postura del MSP fue la de recorrer los dos caminos conjuntamente y ello dio el resultado que ya hemos visto: el SNIS implementado desde 2008, con cobertura poblacional universal culminada desde el punto de vista de los colectivos en 2016 y el crecimiento a más del doble del presupuesto de ASSE. El resultado fue claro y contundente.

26 | Comités de Base. El Frente Amplio está organizado en estructuras de participación política de base territorial y funcional en los que se discute y aprueban las líneas programáticas y las grandes iniciativas políticas y de gobierno.

6. Los desafíos para profundizar las transformaciones.

La Reforma de la salud tuvo como eje central, como vimos a lo largo de este artículo sistémicamente y a lo largo de los demás artículos en profundidad, un cambio estructural en el sistema sanitario, cuya columna vertebral y eje articulador fue la construcción del SNS, que asegurará justicia distributiva y al mismo tiempo universalidad y direccionará el cambio del modelo de atención desde la perspectiva de la regulación sanitaria.


Las transformaciones estructurales de base fueron materializadas en un conjunto de leyes, normas y una institucionalidad que, desde la superestructura, garantizó el desarrollo del SNIS.

Un cambio de esa profundidad encuentra una gama importante de temas pendientes y de caminos a emprender. En algunos casos porque la implementación exigía gradualidad; en otros porque la dotación de recursos presupuestales no era suficiente para abordarlos en un contexto de puntos de vista disímiles sobre el proceso a lo largo de la gestión de gobierno; y en otros casos por las resistencias de sectores que verían perjudicados sus intereses y se generaban instancias de negociación. En definitiva todo ello -logros y faltantes- nos plantea el título del artículo: La Economía Política de la Política Pública en Salud

Desde el punto de vista del financiamiento del sistema

El sistema de financiamiento ha sido su gran logro y el cambio radical en la manera que las personas financiaban su salud y que los prestadores cobraban por sus servicios. El camino debe continuar por la senda trazada y plantearse resolver algunos temas que exigen respuestas.

El primer tema es culminar la universalización del aseguramiento. Allí tenemos por un lado la incorporación al FONASA de otros colectivos, como el de los militares y los policías. Sin duda que este es un tema muy importante que ya fue abordado al inicio del proceso de cambios (incluso con opinión bastante favorable de las autoridades de ambos colectivos), pero que luego fue perdiendo peso porque el costo ajustado por edad y sexo de esos colectivos superaba el gasto vigente y entonces requería contribuciones fiscales adicionales. En nuestra opinión es necesario recuperar este tema e incorporarlo en el debate.



Sin duda que el principal desafío del aseguramiento universal es el de los usuarios de ASSE que no presentan vínculo con el mercado formal de trabajo. Nuestra posición ha sido clara siempre desde que discutimos las etapas del sistema y a la luz de los recursos crecientes de ASSE, y es el “fonasamiento” de los usuarios de ASSE. ¿Qué significa en la práctica?

Otro colectivo son los Gobiernos Departamentales. Quince de ellos tienen convenios con IAMC y cuatro con la ASSE. Entendemos, como en el punto anterior, que se deben implementar las medidas y el financiamiento para su inclusión en el FONASA. El principio, como ya lo habíamos manifestado cuando intentamos desarrollarlo en el período actual, es que no haya pérdida salarial para los trabajadores, por lo cual en los casos que no hay contribución de los trabajadores, ésta debe ser asumida por el Estado mediante un aumento adicional que compense dicho descuento.

- Incorporar en el financiamiento de ASSE un presupuesto equivalente a las cápitas ajustadas por edad y sexo de la población que hoy se atiende en ese prestador. A cuenta de un mayor desarrollo hay que recordar que a ese presupuesto que ASSE debe recibir de capitación ajustada por edad y sexo, se debe sumar un conjunto de prestaciones que ASSE cumple más allá de su rol en el SNIS: personas privadas de libertad, Hogar Piñeyro del Campo, colonias, entre otros. Al mismo tiempo, incorporar un diferencial de costos fijos por la estructura nacional versus la estructura territorial departamental de las IAMC. En 2013 este diferencial representaba un orden de 180 millones de dólares.
- Sumar un plan de inversiones clave para poner a ASSE en condiciones de su ingreso al SNS, definido de acuerdo a los montos de inversión ya previstos para este quinquenio.
- Una vez definido el monto presupuestal, el Estado asume el pago de dichas capitaciones bajo el supuesto de aporte 0 de las personas y se suma al costo de financiamiento que ya Rentas Generales realiza.
- Desde ese momento ASSE pasa a recibir cápitas ajustadas por edad y sexo de toda su población usuaria con los complementos correspondientes.
- ASSE pasa a participar del pago por metas en las mismas condiciones (pero con sus propios parámetros acordados con JUNASA) que el resto del sistema.
- ASSE accede a la sobre cuota de inversiones en las mismas condiciones que el sistema mutual.²⁷
- Con la misma lógica transicional general del SNIS y en particular de ASSE y coherente con el mantenimiento por este quinquenio de un plan de inversiones, los usuarios de ASSE permanecerán por ese plazo y luego adquirirán los derechos a la movilidad regulada.²⁸

Un segundo tema es que en este esquema de financiamiento equitativo, apareció en 2011 la devolución del FONASA, medida adoptada en un momento en el que la ampliación de la población asegurada debía dar un salto en calidad con la incorporación de los jubilados al SNS y donde la medida no contaba con acuerdo total. En ese marco también existía preocupación desde el MEF sobre los impactos negativos que, en los profesionales, tendría su inclusión en el FONASA y se planteaba buscar medidas que atenuaran ese impacto. En ese sentido el acuerdo fue la incorporación de una ley que incluyera a las personas jubiladas y en esa misma ley, la devolución del FONASA. Claramente esta devolución ha reducido el impacto redistributivo de la Reforma de la salud. Por lo tanto es preciso evaluar la pertinencia de eliminar esa devolución y recuperar el espíritu original de solidaridad sin restricciones.

27 | *Sobre cuota de inversión: pago adicional a las cápitas que tiene por objeto financiar proyectos de inversión previamente aprobados por la JUNASA.*

28 | *Sistema de movilidad regulada: los usuarios pueden cambiar de institución de salud en el mes de febrero de cada año, siempre y cuando cumplan con tres años de antigüedad.*

Un tercer tema que uno de los documentos pone en debate y que ha sido discutido reiteradas veces en estos años es cómo integrar el papel del Fondo Nacional de Recursos (FNR) en este esquema de financiamiento unificado. En el corto plazo habría que mantener el esquema del FNR pero ajustando sus prestaciones. Pero sin duda que en el largo plazo y como parte de un SNS ya completado el enfoque debería ir hacia la unificación o articulación del FNR y del FONASA, con un único conjunto de prestaciones “el PIAS ampliado” lo que implicaría un cápita de riesgo que contemple el peso de la prestaciones y medicamentos “catastróficos”.

Finalmente el tema del financiamiento, y dado su carácter tripartito, implica analizar no sólo el proceso de incorporación de nuevos colectivos, la proyección de aumento de salarios y pasividades (del lado de los aportes), el proceso de pago a través del análisis y modificación de las cápitas y el pago por metas, sino también la necesidad de fortalecer los ingresos públicos que dependen de las Rentas Generales del Estado. Porque dicha cifra que fue baja en el inicio de la reforma ha ido aumentando hasta 13% en 2014 y seguramente cuando ingresen todas las personas jubiladas y se capite a los no contributivos de ASSE, podemos llegar a un orden del 20% que se suma al actual presupuesto de ASSE.



Por ello se vuelve necesaria una reforma impositiva de segunda generación que tome en cuenta a la riqueza como un objetivo estratégico para la distribución de la misma y no sólo los altos ingresos, al mismo tiempo que mejore las tasas en esos altos ingresos.

Desde el punto de vista de las capitas y los costos compartidos

No hay duda que el cambio de un sistema de pago “plano” a un sistema de pago ajustado por edad y sexo ha sido un factor de mejora en la eficiencia del gasto y, como ya hemos visto, un factor clave en el achique de las desigualdades del sistema y en el combate al “descreme”.

Como queda evidente en el trabajo respectivo, la construcción de las capitas partió de los costos del sistema en dicho momento y transformó los costos planos en costos ajustados por edad y sexo y ello significó un cambio relevante en la manera de pensar la compra de servicios de salud.

Sin embargo, un primer desafío, luego de siete años de pago por cápita, es repensar el sistema de manera de encontrar una nueva función de capitas ajustadas por edad y sexo que reflejen los cambios acaecidos a partir de la propia implementación del sistema. Esto es un desafío técnico pero también político dado que el cambio provocará modificaciones en los montos cobrados por cada institución y significará un debate sobre sus ingresos. Pero es necesario hacerlo.

Un segundo desafío se refiere a la construcción, ya en plazos más largos, de una cápita de eficiencia bajo ciertas condiciones y márgenes de orden que posibilite tener una referencia

de “deber ser” del gasto esperado en salud en los diferentes tramos de riesgo. Dicha cápita debe permitir discernir la composición de los cambios en el costo de los servicios de salud, distinguiendo efecto de cambio en la matriz poblacional de problemas en el uso de los recursos.

Finalmente un tercer desafío, en relación a las capitas, se refiere a si las mejores variables indicadas para el cálculo del ajuste por riesgo son efectivamente la edad y el sexo de los usuarios. En particular y sobre todo a partir del “fonasamiento” de ASSE proponemos incluir en una perspectiva de mediano plazo, el estudio de la incorporación de los factores sociales en la cápita. El nivel de información vigente sobre todo en las bases de datos del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el instrumento del Índice de Carencias Críticas (ICC) sería un apoyo a este proceso.

Contemplar los determinantes sociales de la salud requiere de una inversión mayor y ello debe impactar en la estructura conceptual del SNIS y su modelo de financiamiento solidario y el fortalecimiento de la Matriz de Protección Social a lo largo del ciclo de vida.

Un cuarto desafío se refiere al pago por metas. Como muestran los trabajos, hay varios debates en ciernes, desde el propio carácter de las metas (premio o incentivo al cambio de comportamiento) hasta su contenido temático. En nuestra opinión las metas fueron una muy buena propuesta, la elección primaria de temas vinculadas a niñez y mujer fue un acierto (los resultados están a la vista) y se vuelve a su sentido estratégico con la meta de trabajo médico. Por ello hay que continuar su proceso, aumentar el peso de las metas e incorporar algunas nuevas en línea con objetivos prioritarios como puede ser accesibilidad rural.

Otra línea de trabajo de las metas ya planteada desde 2008, pero aún no instrumentada, se refiere a avanzar en metas territoriales, no por institución, con el objetivo de incentivar la planificación local y el desarrollo de acciones coordinadas sobre problemas priorizados de salud. De esta forma se genera un estímulo a la complementación de efectores de salud en territorio contribuyendo a que tanto los servicios públicos como los privados fortalezcan la participación comunitaria, la articulación intersectorial y el desarrollo de programas con énfasis en la prevención y promoción.

En cuanto a los copagos el desafío resulta en continuar la política de reducción de sus valores para que cumplan el rol de moderadores de la demanda, sin operar como barreras al acceso ni como fuente relevante de financiamiento, al tiempo que permita superar la enorme heterogeneidad existente, en este sentido, entre instituciones.

En esa lógica es necesario continuar con la política de topear precios, y por lo tanto, ampliar progresivamente el número de prestaciones topeadas; igualar los precios para todas las instituciones; y finalmente introducir precios diferenciales. En este último caso la pregunta es: ¿precios diferenciales respecto de qué? Y la respuesta es triple: 1) estimulando la atención en el primer nivel de atención y en el médico de referencia; 2) para el uso repetido en enfermedades crónicas no transmisibles; 3) con alguna variable socio económica que, en caso de incluir un plus en las capitas, podría compensar costos

compartidos diferenciales. En esa línea es que se inscribe el desafío de recuperar el decreto de ticket único mensual para tratamientos prolongados.

Desde el punto de vista de la regulación del sistema

Sin duda que la constitución de la JUNASA y sus contratos de gestión han sido los principales factores de reimplantación de un sistema de regulaciones muy debilitado -por convicción desreguladora- en los años 90.

En ese sentido, hasta la universalización del aseguramiento es necesario mantener la JUNASA en su actual status jurídico. Para que la JUNASA pueda cumplir desde el liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MSP) un rol regulador y articulador claro es necesario potenciar sus capacidades técnicas. La construcción de la división de Economía de la Salud en 2005 y de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS) en 2010 fueron las grandes apuestas a ese fortalecimiento, al mismo tiempo que daba independencia al organismo de los conflictos de poder propios de la JUNASA.

Consideramos que es necesario continuar esa línea de acción estructural que se expresó en la construcción del soporte técnico de la DIGESNIS como garantía de regulación y autonomía de la política pública en el sistema sanitario, en el marco del liderazgo del MSP en dicho proceso.

Otro desafío se refiere a profundizar los contenidos de los contratos de gestión en un marco creciente de exigencias en cuanto a la cobertura, a la calidad de los servicios y al cumplimiento de las políticas públicas de salud.

Finalmente todo lo anterior exige una mayor dotación de personal técnico especializado e independiente en el control y la fiscalización de los prestadores de salud.


Desde el punto de vista asistencial

Los desafíos en materia asistencial son permanentes y exceden a este trabajo. Analizaremos aquí tres temas, dos de ellos bastante presentes en los trabajos publicados: PIAS, complementación asistencial y salud rural.

Respecto a las prestaciones en el PIAS, el hecho de no haber incorporado muchas más en el proceso de los siete años se basa en el alto grado de integralidad que éstas tenían previamente y a que el crecimiento de los fondos priorizaron nuevos colectivos, en particular personas jubiladas, a la vez que tender a la equiparación capitada entre ASSE y mutuales. De cualquier manera es necesario definir y analizar nuevas prestaciones. En particular la ampliación de las prestaciones de salud mental, el desarrollo con más profundidad de los servicios de salud sexual

y reproductiva y el inicio del proceso de incorporación a la salud colectiva de las prestaciones de salud bucal deben ser prioridades.

Respecto de la complementación, un sistema integrado de salud, justamente por su propio nombre, debe hacer de la complementación asistencial un eje de su desarrollo, su eficiencia y la accesibilidad de los usuarios.



En ese sentido es preciso adoptar una visión global del sistema de salud y planificar la utilización de los recursos con el objetivo de evitar duplicaciones, involucrando tanto al sector público como al privado. Avanzar en la dirección de la integración de los servicios de salud requiere fundamentalmente de una profundización de la relación entre ASSE y los prestadores privados de un lado y entre ASSE y el resto de los prestadores públicos de otro.

Esto es aún más importante en el interior del país, considerando que ASSE es el único prestador integral de servicios de salud con presencia en todo el territorio y administra la mayor red de atención del primer nivel a través de Centros de Salud y Policlínicas en todo el país.

Si bien existen importantes avances en la complementación de servicios como resultado de la Reforma de la salud, hay problemas en las diferentes normas legales que promueven o facilitan la concreción de este tipo de acuerdos, como en la propia implementación de los convenios. Es por ello que el principal desafío es generar normas que faciliten la complementación, establecer precios de referencia que garanticen la equidad en la complementación y mecanismos de compensación de prestaciones entre prestadores.

En esa dirección la complementación público - público ha adquirido mucha importancia con la creación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) y por ende existen las condiciones para potenciar una asistencia integral del eje público.

Creemos que es necesario profundizarlos, entre otros elementos en el primer nivel de atención, reorganizando la base territorial del primer nivel, unificando la puerta de entrada a la red de servicios independientemente de qué institución pública sea la responsable de la cobertura del usuario.

Señalamos aquí la necesidad, tal como está planteado en los documentos de trabajo del equipo asesor del Rectorado, de la inclusión del Hospital de Clínicas en el SNIS como un prestador que capite frente a una población de referencia.

En el segundo período de gobierno (2010-2015), una de las prioridades fue la salud rural. En particular en 2011 se aprobó el decreto de constitución de las obligaciones de los servicios en salud rural, pero se estancó luego su desarrollo y se retomó con importantes acciones específicas en 2013. Sin embargo el decreto como tal nunca fue ni siquiera firmado por la contraparte del MEF aludiendo que se requería financiamiento adicional y no se contaba con ello. Nuestra postura siempre fue contraria, pues de lo que se trataba era que se cumplieran las normas de atención obligatorias no exigiendo el desplazamiento al usuario, sino el del servicio. Ese debe ser el debate actual. En particular es clave un servicio propuesto en el decreto que definía que cada prestador debía tener un puesto de salud a no más 10 kilómetros de sus usuarios. Esta es una medida central en el proceso de accesibilidad.

7. Conclusiones finales.

1. A partir de 2005 el Frente Amplio en el gobierno puso en marcha un conjunto de transformaciones cuyo eje fue construir una matriz de protección social universal, igualitaria y accesible, en un marco de un modelo de desarrollo que definía el crecimiento y su distribución como fenómenos simultáneos.

2. La matriz de protección social contribuyó de manera importante a la distribución secundaria del ingreso por los impactos que tuvo el gasto social en la población. Al mismo tiempo ello se complementó con cambios tributarios que, en parte, contribuyeron a la distribución secundaria.

3. La reforma laboral apoyó el proceso de distribución secundaria del ingreso, aumentando la participación de la masa salarial en el ingreso nacional.

4. Como se ha visto en el trabajo como marco contextual de este artículo, los cambios económicos en la base económica no acompañaron de manera total este proceso y no alteraron significativamente el modelo previo y por tanto se requiere de avanzar en los cambios, así como en una reforma tributaria de segunda generación que actúe sobre las riquezas para, desde la base económica, crear las condiciones de sostenibilidad de largo plazo de la matriz de protección social en general y del sistema salud en particular.

5. La reforma de salud puso en marcha, en ese contexto, la transformación social más radical de la estructura capitalista funcional y mercantil de las políticas sociales, generando una estructura basada en el criterio del uso social de los recursos a partir de la mancomunación de los fondos y su distribución por el Estado.

6. Las transformaciones promovidas permitieron avanzar notablemente hacia los objetivos de universalización, igualdad y accesibilidad combinando la transformación estructural que construyó el financiamiento mancomunado en un fondo público obligatorio con una mejora significativa de los recursos de los prestadores públicos, en el proceso de transición, para el cumplimiento de dichos objetivos. En siete años cuadruplicó el número de asegurados, incorporó

en su mayoría colectivos de menores ingresos (jubilados, familiares) y a quienes quedaban en el prestador público llevó su capitación del 30 al 85% del valor promedio en el sistema asegurado.

7. La conformación del SNIS implicó un cambio estructural en el modo de producción del sector de la salud colectiva (mutuales y ASSE) pues, como se plantea en el primer texto del trabajo del Instituto de Ciencias Políticas, significó claramente remover las reglas existentes y crear nuevas reglas, como hemos desarrollado a lo largo de este artículo y se desarrolla en cada trabajo. Entre ellas vale destacar las reglas del financiamiento colectivo versus financiamiento individual; las reglas de competencia integral versus mercados fragmentados y sin conexión; la regla de la compra de servicios, las reglas del relacionamiento entre la autoridad sanitaria y los prestadores, entre otras.

8. La reforma de la salud por lo tanto transformó un sistema básicamente mercantil y privado con participación pública en los sectores pobres o en la mancomunación de fondos para trabajadores formales privados, en un sistema integrado de provisión de servicios mixta y unificada básicamente estatal por la definición del financiamiento, la regulación y la administración de la propia provisión de servicios. La gradualidad del proceso puede llevar a confusiones en la medida que coexiste un sector financiado por rentas generales no ligadas a la capitación, pero eso se ha reducido fuertemente en este proceso, será menor aún en 2016 y si se completa el proceso desaparecerá, pues esa es la lógica del sistema estatal que pusimos en marcha.

9. Con el nuevo modelo de financiamiento se mantuvo el gasto en salud en el país, como proporción del PBI pero alteró drásticamente la distribución entre lo público y lo privado, llegando el gasto público superar el 6% del PBI, mínimo que se establece en el Informe Mundial de la Salud de la OMS de 2010.

10. El sistema de regulaciones, históricamente en manos del MSP e históricamente y especialmente en los años 90, dejado de lado, se retomó, profundizó y reorientó con la constitución de la JUNASA, los contratos de gestión, el PIAS, las metas asistenciales, entre otros instrumentos.

11. El sistema incluyó en diferentes niveles la participación social, pero especialmente es destacable en los organismos de conducción como la JUNASA y en el directorio del prestador público.

12. La viabilidad de estos cambios se construyó a partir de acuerdos sociales muy importantes. En primer lugar y como eje en la clase trabajadora y su organización representativa, que fueron en línea con el llamado “bloque social de los cambios”, factor de gran apoyo en el conjunto de las reformas socializante impulsadas y un factor de empuje cuando el camino se enlentecía.

13. La búsqueda permanente de acuerdos con el sector de trabajadores médicos agrupados en el SMU, con sus ciclos a lo largo de estos diez años, pero hoy encaminados en una perspectiva común importantes, ha sido otro factor que explica la economía política de la reforma. Ello además, en un contexto de alta conflictividad salarial y de contenido y direccionalidad de los cambios con el sector médico agrupado en las Sociedades Anestésico - Quirúrgicas.

14. Es de destacar el proceso de construcción de organizaciones de usuarios del sistema de salud y su desarrollo nacional y sobre todo local en distintos departamentos y ciudades que han sido también un factor de respaldo al proceso de los cambios. Al mismo tiempo logró acuerdos sociales en el sector de los prestadores de salud que fueron importantes en la economía política de la reforma y que, como se ha visto en los trabajos que se presentan, tiene apoyos y resistencias según los temas y el propio juego de los intereses de corto y largo plazo en la construcción del sistema de salud.

15. Estos apoyos sociales, algunos permanentes, otros cíclicos, han sustituido la falta total de apoyo por parte del sistema político de oposición (recordemos que en la campaña electoral de 2009 se proponía derogar el FONASA) y han generado el respaldo necesario al gobierno en su proceso de cambios.

16. Sin duda el estilo negociado que le imprimió el Frente Amplio a la construcción de la agenda de reforma, al mismo tiempo que le otorgó viabilidad política, le limitó alcance en algunos temas. Sin embargo mayoritariamente esos temas no estuvieron en los ejes centrales socializantes proyecto estructural de cambio y cuando lo estuvieron implicaron gradualidad en su aplicación.

17. Otro factor importante ha sido el respaldo popular al proceso de reforma. Todos los estudios muestran que más de dos terceras partes de la población manifiestan su conformidad con el sistema. Esto tiene variadas explicaciones, pero el respaldo de la clase trabajadora y su organización sindical, las decisiones tomadas y reseñadas antes (especialmente la que definió la etapas y arrancó con el ingreso de miles de niños, niñas y adolescentes al SNS) y el colapso en el que se encontraba tanto el sistema estatal como el mutual, explican este éxito de opinión pública.

18. En síntesis, el proceso de construcción del SNIS puede verse como un gran logro político del gobierno del Frente Amplio, un gran cambio estructural en el “no sistema” de salud previo y un acercamiento gradual pero relevante a la universalidad, igualdad y accesibilidad. En especial se dieron pasos relevantes entre 2005 y 2011 con leyes, decretos y normas que construyeron el sistema y el seguro, que definieron los derechos de los usuarios, que transformaron ASSE en un servicio descentralizado, que definieron el ingreso de jubiladas y jubilados al SNS, que crearon los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, que incorporaron la salud mental en el PIAS, entre otros cambios relevantes.

19. Sin embargo quedan muchos desafíos por recorrer, que los trabajos de esta publicación muestran y aquí hemos sistematizado. Y es necesario abordarlos para dar continuidad a los objetivos de universalidad, igualdad y accesibilidad y para mantener el bloque social de los cambios y el apoyo popular. Desde la perspectiva de un sistema que ya construyó la superestructura de cambio y modificó la modalidad de producción, regulación y financiamiento de los servicios de salud, podemos definir los desafíos como más de lo mismo. Es decir, profundizar las líneas definidas en el proceso de cambio estructural. Repasaremos en los puntos siguientes algunos de esos desafíos cuyo desarrollo, está en el capítulo anterior.

20. Se señala como pendiente la incorporación de los colectivos que aún no están cubiertos por el FONASA (militares, policías y trabajadores de los gobiernos departamentales)

y particularmente el aseguramiento universal de los usuarios de ASSE que no presentan vínculo con el mercado formal de trabajo, es decir impulsar el “fonasamiento” de los usuarios de ASSE, con las características y el proceso que ya señalamos en el capítulo de desafíos. La propia definición del SNIS, ponía el acento en la gradualidad y al mismo tiempo en la universalidad de acceso al fondo obligatorio. Por ende este es un desafío a culminar.

21. Dado el carácter tripartito del financiamiento y en el que seguramente se incrementará el aporte de rentas generales cuando ingresen todos los jubilados y se capite a los no contributivos de ASSE, se coloca como un desafío central la sustentabilidad financiera del proceso sanitario y por ende el debate excede a la construcción de la reforma de salud y se vuelca a la necesidad de debatir globalmente los ingresos del Estado y el desarrollo de una reforma fiscal alineada con la nueva dotación de ingresos que requiere la salud en particular y la matriz de protección social en general.

22. Luego de siete años de pago por cápita es necesario repensar el sistema de manera de encontrar una nueva función de capitales ajustadas por edad y sexo que reflejen los cambios acaecidos a partir de la propia implementación del sistema, tal como se planteó cuando se elaboraron las actuales capitales. Los cambios en el sistema de salud modificaron los niveles en cantidad y calidad de las consultas y los días de internación (dos variables claves en la cápita por edad y sexo) y por ende se considera un tiempo para reformularlas no en un sentido de ajuste de precios sino de estructura. Al mismo tiempo la inclusión integral de los usuarios de ASSE en el fondo requiere igualmente pensar la pertinencia de incluir en el cálculo del ajuste por riesgo los factores sociales. Esto era imposible y no pertinente al inicio del proceso pero ahora debe evaluarse dicha pertinencia y al mismo tiempo la construcción por parte de la reforma social del ICC hace posible esta valoración.

23. Uno de las originalidades de este proceso fue combinar el ajuste por riesgo con el pago por metas prestacionales. Como vimos en el balance, el camino ha tenido éxito. Por ende se valora continuar el proceso de pago por metas, evaluar el aumento de su peso y evaluar la incorporación de algunas nuevas en línea con objetivos prioritarios como puede ser accesibilidad rural.

24. Desde el inicio de la reforma la reducción del peso de los gastos de bolsillo fue un objetivo aplicado con la gradualidad que aquí se ha descripto. Por ende es un desafío claro continuar la política de reducción de los costos compartidos para que cumplan el rol de moderadores de la demanda, en línea con el análisis realizado más arriba.

25. Profundizar la construcción en capacidades y recursos humanos y técnicos en el marco del proceso de regulación que siga creciendo en cantidad y calidad acciones, generando la continuidad de estos diez años en materia de autonomía respecto al poder concentrado del sistema de salud y dotando de más personal técnico especializado e independiente en el control y la fiscalización de los prestadores de salud.

26. La línea de los contratos de gestión ha sido una herramienta original y muy productiva en el proceso y debe profundizar su utilización, en un marco creciente de exigencias en cuanto a la calidad de los servicios y al cumplimiento de las políticas públicas de salud.

27. Desde el punto de vista del PIAS, el proceso ha sido de consolidar las prestaciones existentes en el primer período y de ampliar progresivamente otras en el segundo. Por ende esa línea se ha mostrado la adecuada y entendemos que las prioridades deberían centrarse en ampliación de las prestaciones de salud mental, el desarrollo con más profundidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y el inicio del proceso de incorporación a la salud colectiva de las prestaciones de salud bucal.

28. En materia de complementación asistencial el principal desafío es generar normas que faciliten dicha complementación, establecer precios de referencia que garanticen la equidad y mecanismos de compensación de prestaciones entre prestadores.

29. Potenciar las estrategias de accesibilidad en el medio rural, vinculada a los desafíos de complementación del punto anterior, de radicación de recursos humanos y materiales y en particular la posibilidad de contar con puestos de salud distribuidos en el territorio que al mismo tiempo que sean de prevención actúen como la puerta de entrada al sistema sanitario.

30. En síntesis: creemos que la Reforma de la salud debe ser evaluada como altamente positiva en relación a los objetivos centrales planteados de igualdad, universalidad y accesibilidad, en términos de los plazos en que éstos fueron logrados (las principales leyes fueron aprobadas entre 2008 y 2011) e implementados (el aseguramiento alcanza un punto alto en 2016), en el marco político en el que se construyó y en la fidelidad que ha generado en la opinión pública. Por otra parte estos logros fueron generados en el marco de un cambio estructural en el modelo de producción, financiamiento y acceso del servicio de salud, lo que da mayor valor a la rapidez del proceso y a su consolidación.

Bibliografía

Fernández Galeano M, Benia W. El derecho a la salud de los uruguayos. En Cuadernos de Nuestro Tiempo, Libro de los Bicentenarios. Montevideo, 2014

Fernández Galeano M, Benia W. Futuros posibles de la salud y la enfermedad. En Arocena R y Caetano G (Coord). La aventura uruguaya ¿Naidés más que naidés?, Ramdon House Mondadori. Montevideo, 2011

Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP, 2010

Olesker D. Crecimiento e inclusión: Logros del gobierno frenteamplista. Editorial Trilce, Junio de 2009

Olesker D. Crecimiento y exclusión: nacimiento, consolidación y crisis del nuevo modelo de acumulación capitalista en Uruguay 1968 -2000. Editorial Trilce, noviembre 2001.

Olesker D. Reforma Social. Gabinete social Presidencia de la República. Noviembre de 2011.

Olesker D, Bérngolo M y Leites M (2002). Los uruguayos pagamos más pero el Sistema Mutual está en emergencia. Un informe científico sobre una década perdida 1990-2000. Federación Uruguaya de la Salud, Instituto Cuesta Duarte, PIT-CNT.

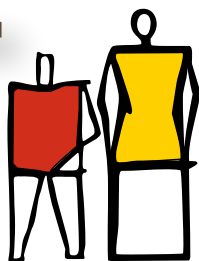
Olesker D, Fernández Galeano M. Rectoría del Estado y justicia social. En: Elisalde, R. (comp.). Gozos y sombras del gobierno progresista. Montevideo: Dedos, 2009.

Setaro M. Acumulaciones, conflictos y desafíos. En: Reforma del Estado y políticas públicas de la administración Vázquez. Montevideo: Fin de Siglo, 2010.



II. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ida Oreggioni



Artículo resumen del documento “Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud” Victoria Arbulo, Juan Pablo Pagano, Gustavo Rak, Laura Rivas. Coordinadora: Giselle Jorcin. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre 2012.²⁹

Introducción

La evaluación del proceso de avance de la cobertura poblacional del sistema de salud de Uruguay en el camino hacia la consolidación de la cobertura Universal, tiene como marco ineludible la reforma del sistema de salud que comenzara en 2005 dando lugar a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), al Seguro Nacional de Salud (SNS) y al Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 2008. Un adecuado análisis del proceso transitado hasta el momento, que contemple los avances tanto en materia de cobertura poblacional como en el plano del financiamiento, facilitará todo proceso orientado a internalizar las lecciones aprendidas, de modo de traducirlas en mayores avances hacia la cobertura universal, sin descuidar, a su vez, los logros hasta ahora alcanzados.

Para lograr comprender el escenario actual es necesario tener presente cuál es el camino que ha transitado el país a lo largo de su historia en términos de cobertura sanitaria. Por otro lado, no puede entenderse cabalmente la realidad del sistema de salud si se analiza únicamente el plano poblacional.

²⁹ | El presente artículo recoge mayoritariamente la redacción textual del documento original. El resumen y las modificaciones del texto necesarias para su versión final cuentan con la aprobación de los autores. Algunos datos fueron actualizados.

Las distintas etapas del proceso de transformaciones del sistema de salud en Uruguay se caracterizan por cambios en la cobertura poblacional acompañados de respectivas modificaciones en el esquema de financiamiento. Es por ello que el documento que sirve de base a este artículo se acompaña de otro cuyo objetivo es el análisis de esta misma trayectoria pero desde el punto de vista del financiamiento del Sistema de Salud.

El concepto de cobertura universal y el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, y por ende la importancia del principio de equidad en salud, son premisas básicas del análisis presentado. En este contexto se evalúa el proceso de avance transitado por Uruguay hacia la construcción de un sistema de cobertura universal, incluyendo la evolución del modelo de atención a la salud y su vinculación con la protección brindada a través de la seguridad social, así como el rol de los prestadores públicos. El SNIS es el resultado de este proceso. La cadencia de ingresos de los diferentes colectivos al SNS enfrentó diversas dificultades que dan cuenta de la economía política de la reforma a la luz de los diversos intereses afectados por los cambios impulsados. Y el futuro avance hacia la cobertura universal también debe considerar las relaciones de poder presentes en el sistema, que determinarán la viabilidad de las propuestas.

1. Revisión del marco conceptual.

Reconocer la salud como un derecho universal es un pilar fundamental para la construcción del concepto de cobertura universal. Desde el punto de vista individual, el derecho a la salud implica el derecho de cada ciudadano a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con un buen estado de salud. En lo colectivo, implica el derecho a que la organización de la sociedad responda a las necesidades de salud de todos los ciudadanos. En este sentido los derechos pueden ser vistos como obligaciones del Estado. Esto implica entender el derecho a la salud como un asunto de “ética social”, en donde los derechos humanos en general, y el derecho a la salud en particular, son los que motivan y dan origen a las estructuras legales. Este enfoque reconoce de manera intrínseca que hay una serie de elementos extrasectoriales que influyen de manera determinante en la salud de la población.

En 2010, en su informe “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”, la Organización Mundial de la Salud (OMS), destacaba la necesidad de considerar tres dimensiones al hablar de cobertura universal:

- Cobertura horizontal o poblacional: refiere a la proporción de la población que está cubierta.
- Cobertura vertical o protección financiera: implica el acceso equitativo a la atención en salud independientemente de la capacidad de pago de la persona.
- Profundidad de la cobertura o cobertura prestacional: hace referencia a las prestaciones o servicios a los que la población cubierta tiene acceso.

Por lo tanto, para abordar el análisis de la cobertura universal en salud, es necesario tener en cuenta no sólo la cobertura poblacional sino también las prestaciones o servicios a los cuales los individuos que tienen derechos de atención a su salud tienen acceso. La atención en salud será equitativa siempre y cuando el individuo reciba atención según sus necesidades -lo que implica equidad en cobertura, acceso y uso- y contribuya al financiamiento de esa atención según su capacidad de pago. Además del avance en estos tres ejes, debe tenerse en cuenta que el acceso universal a la atención en

salud, de forma oportuna y equitativa, implica no sólo brindar calidades homogéneas, sino también la eliminación de las barreras económicas, geográficas y culturales que pudieran existir.

¿Cuál es el camino a transitar para avanzar hacia la cobertura universal?

Como ha expresado la OMS, si bien en todos los países existe la posibilidad de “hacer algo” para acelerar o sostener el avance hacia la cobertura universal, no hay fórmulas mágicas preestablecidas. Los países tomarán distintos caminos dependiendo del punto de partida, y tomarán diferentes decisiones a medida que avancen a lo largo de los tres ejes principales: cobertura poblacional, cobertura de prestaciones y protección financiera. Las respuestas que se den a los retos que surjan en ese camino dependerán de la historia de cada país, de los diseños de sus sistemas de financiamiento, así como también de las preferencias sociales y políticas, y de las complejas presiones provenientes de los distintos actores del sistema.

En general, según plantea la OPS/OMS, los países que han logrado tener sistemas de salud de cobertura universal lo han hecho transformando sistemas mixtos y fragmentados a uno con características predominantes de alguna de las dos formas de organización de sistemas de salud que se presentan en el siguiente diagrama.

La financiación y provisión de los servicios puede hacerse a través de Sistemas Nacionales de Servicios de Salud – SNSS - (modelo de Beveridge), o a través de un Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud – SNASS -, en el que el gobierno crea mecanismos para asegurar que toda la población tenga acceso a servicios de salud (modelo de Bismarck). Los instrumentos de financiamiento o de recaudación de ingresos en los SNSS son básicamente los impuestos (Tx) y en el caso de los SNASS las contribuciones (Cx).



Una adecuada aproximación a la cobertura poblacional de los sistemas de salud deberá estar acompañada de un estudio de las distintas modalidades de financiamiento. Dado que la principal función de un sistema sanitario es la provisión de servicios de salud a la población, el objetivo del financiamiento es el de obtener fondos y administrarlos eficazmente de modo que la población reciba la atención sanitaria necesaria, en tiempo y forma, sin que su situación socioeconómica sea un impedimento y evitando cualquier deterioro de sus condiciones de vida asociado al pago de estos servicios.

2. Características del proceso de avance hacia la construcción de un sistema de cobertura universal en Uruguay.

2.1. Breve reseña histórica del esquema de cobertura en salud en el Uruguay

Para poder analizar el camino que está recorriendo el Uruguay en el proceso hacia un sistema universal es necesario tomar en cuenta el desarrollo histórico de conformación del Sistema de Salud uruguayo, que determina el escenario en el cuál se enmarca el proceso iniciado en el año 2005. Las particularidades de dicho sistema surgen como determinantes fundamentales de la morfología del proceso mismo y resulta necesario entenderlas en un contexto histórico que se presenta de manera esquemática a continuación.

En el proceso de configuración del sistema se observan ciertas peculiaridades que lo diferencian del resto del continente. Un primer fenómeno que comienza a gestarse sobre la segunda mitad del Siglo XIX aparece con una importancia fundamental para comprender las características que hasta el día de hoy conserva el esquema de salud del país: la creación de las primeras organizaciones mutuales, actualmente llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Basadas en un sistema de prepago y sin fines de lucro, dichas instituciones se constituyeron bajo los principios de la solidaridad y la ayuda mutua. En sus inicios reunían a grupos de personas que compartían ciertas características; siendo el Uruguay un país de inmigrantes básicamente europeos, muchas tenían como enlace la procedencia común (Asociación Española Primera de Socorros Mutuos o Casa de Galicia por ejemplo), en otros casos se vinculaban a algún sindicato. No obstante, sus padrones de afiliados fueron creciendo rápidamente hasta convertirse en instituciones que nuclean a personas de diferentes sectores de la población sin compartir necesariamente características comunes. La lógica de funcionamiento de las IAMC, que tiene una raigambre claramente europea, se da a través de un régimen de aseguramiento mediante un prepago. Quienes no necesitan recibir atención en salud financian colectivamente la atención de aquellas personas que sí la necesitan. De esta manera, se busca evitar que las personas tengán que incurrir en un gasto de bolsillo al momento de necesitar atención.

Sin embargo, debido a la disparidad de la capacidad económica de la población, la cobertura de este tipo de instituciones era relativamente limitada, por lo que a principios del Siglo XX el Estado comienza a asumir un rol preponderante con la creación de alrededor de 40 centros de salud públicos destinados a la atención de la salud de la población carente de recursos³⁰. A su vez, en el año 1933 se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP), pero manteniendo un enfoque asistencialista, que incluso predominaba sobre las funciones de rectoría. Desde su inicio, la atención pública a la salud contrasta fuertemente con el tipo de

30 | *La creación por ley de la Asistencia Pública Nacional (1910), marcaría el fin de la asistencia por caridad.*

atención brindada por aquellas instituciones de origen y organización mutual. El fenómeno de atención para pobres se refleja claramente en la diferencia en la calidad de los servicios prestados así como también en los diferentes niveles y modalidades de remuneración para los profesionales de la salud, según prestaran servicios en uno y otro sector. (MSP, 2009)

El acceso de la población a los diferentes sub-sistemas que brindan un conjunto de prestaciones de atención integral a la salud (entendiéndose por esto aquel que integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) estaba determinado por la capacidad de pago de una cuota mutual por parte de las personas individualmente.

2.2. La atención a la salud y la seguridad social

Recién a mediados del Siglo XX comienzan a incorporarse a la seguridad social mecanismos financieros y de prestación de servicios de salud (Casares, 2004), en busca de un alejamiento del modelo vigente, que hasta el momento se basaba principalmente en la protección de riesgos de invalidez, vejez y sobrevivencia.³¹ En el año 1973 se inicia un proceso de unificación³² y universalización de los diferentes seguros de enfermedad que hasta el momento se venían organizando bajo la forma de convenios obrero-patronales, que culmina con la creación en el año 1979 de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS)³³. Previamente la cobertura de la salud de los trabajadores privados dependía de la capacidad de los sindicatos de negociar los planes de atención.³⁴

DISSE en un principio brindaba cobertura de salud a los trabajadores de la actividad privada. A partir de 1996, y en el marco de la llamada reforma de la seguridad social, se comenzó a cubrir a aquellos jubilados de actividades amparadas por el seguro, que percibieran una jubilación baja y optasen por dicha cobertura. En el año 2002 se incorporaron a la cobertura DISSE los maestros y, en el año 2004, los trabajadores judiciales. Los beneficiarios obtenían como derecho la afiliación a una IAMC³⁵, en la que accedían a una prestación integral, si bien no estaban exentos de pagar tickets y órdenes al momento de acceder a dichas prestaciones.

Por otro lado, entre los trabajadores del sector público, existía una gran heterogeneidad en la provisión de cobertura de salud que redundaba en situaciones de gran inequidad. Algunos no percibían ningún tipo de cobertura por parte del organismo en el que desempeñaban funciones, mientras que otros no sólo cubrían servicios integrales de salud sino que ofrecían servicios adicionales (lentes,

31 | *El fuerte vínculo de la elite militar con los gobiernos y la fuerte tradición hispánica de nuestra cultura, implicó que el Uruguay tuviera una temprana legislación sobre pensiones y retiros que atribuían al Estado la responsabilidad de cubrir las necesidades de esos grupos sociales. En 1829 una ley concedía derechos jubilatorios a quienes habiendo pertenecido a divisiones militares hubieran resultado inválidos, y a las madres viudas el cobro de dos terceras partes del sueldo del fallecido. Los beneficios continuaron expandiéndose con sucesivas leyes de forma tal que, a mediados del Siglo XX se había alcanzado una cobertura casi universal de los riesgos de vejez, invalidez y muerte.*

32 | *En 1975 se crea la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE) que se diferencia de la actual concepción de ASSE mencionada más adelante.*

33 | *En 1967 se crea el Banco de Previsión Social integrado por la Caja de Jubilaciones y Pensiones Civiles y Escolares, la de Industria y Comercio, la de Trabajadores Rurales y Servicio Doméstico y por las Pensiones a la Vejez.*

34 | *Fuentes G (2010) El Sistema de Salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 19 N°1, ICP Montevideo*

35 | *Las IAMC recibían del BPS por cada trabajador amparado por la Seguridad Social (DISSE), entre el 85% y 90% de una cuota calculada como el valor promedio de las cuotas individuales, montos que las instituciones informaban obligatoriamente al MEF bajo la forma de declaración jurada mensual.*

emergencia, servicio odontológico) a funcionarios, ex funcionarios y sus familias. También diferían las modalidades de pago; en algunos casos el pago de la cuota o servicio de salud se realizaba directamente al beneficiario y éste elegía el prestador que deseaba, y en otros, el organismo realizaba uno o varios convenios con determinadas instituciones. En general, se cumplía que a medida que aumentaba el ingreso promedio de los trabajadores públicos, aumentaban las prestaciones cubiertas y los beneficios obtenidos.

2.3. Los prestadores públicos de servicios de salud

Durante la casi totalidad del Siglo XX la atención pública a la salud de la mayoría de la población estuvo en la órbita del MSP que históricamente aparece cumpliendo funciones de asistencia directa y de promoción y prevención de la salud. De hecho la ley orgánica de salud pública³⁶ del año 1934, que da creación a la figura de MSP convalida este enfoque. Las dificultades derivadas de un esquema en el que un mismo organismo concentre las funciones típicas de la autoridad sanitaria y, a su vez, la de prestación de servicios se incrementan si tomamos en cuenta que al año 2006 el propio MSP se encontraba a cargo de la atención de más del 40 por ciento de la población del país.

Atendiendo a estas dificultades, en el año 1987³⁷ se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (nueva ASSE) como un organismo desconcentrado del MSP. Pese a su denominación, por tratarse de una dependencia del MSP, sus competencias alcanzaban sólo la administración de los establecimientos asistenciales del MSP. Los demás servicios de atención del Estado, deberían coordinar sus actividades con ASSE a fin de evitar la superposición y la subutilización de recursos.

Además del MSP-ASSE, aparecen desde principios del Siglo XX la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial como prestadores públicos integrales, dependientes del Ministerio de Defensa y del Interior respectivamente, que ofrecen cobertura a los funcionarios, familiares directos y ex funcionarios de cada uno de los ministerios.

En 1943 el BPS incorpora dentro de sus prestaciones las Asignaciones Familiares. Este servicio consiste en prestaciones económicas (transferencias monetarias) al trabajador por tenencia de hijo menor³⁸. Luego, a partir del año 1950, se suma la prestación de servicios de atención médica materno-infantil, principalmente de carácter preventivo, pero que comprende también la atención hospitalaria del parto para las trabajadoras y los cónyuges que no estén amparadas por otro sistema de salud. El Sanatorio del Banco de Seguros del Estado (BSE), en tanto, brinda atención a todos los trabajadores formales a través del seguro contra accidentes laborales.

Por otro lado, en el año 1953 se inaugura el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela³⁹, que forma parte de la Universidad de la República y funciona como un hospital general, para episodios de alta complejidad y nosocomio de referencia nacional. En su calidad de hospital universitario es un ámbito de formación de técnicos y profesionales de los sectores directamente vinculados a la salud, cumpliendo a la vez roles sanitario y educativo.

36 | Ley 9202 promulgada el 12 de enero de 1934

37 | Artículo 267, Ley 15.903 de noviembre de 1987

38 | A partir de la Ley 18.227 del año 2008 las Asignaciones Familiares (AFAM) se amplían a menores que integren hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Esta prestación tiene como fin que los beneficiarios cumplan con determinadas condiciones: cursar la enseñanza formal y atender su salud.

39 | Su creación había sido aprobada por el Parlamento en el año 1926 y la piedra fundamental fue colocada en el año 1930.

Además de los prestadores públicos de carácter integral antes mencionados existen, en la mayoría de los departamentos del país, policlínicas financiadas por los gobiernos departamentales, que brindan servicios en el primer nivel de atención. Cualquier persona puede recibir atención en estas policlínicas aunque sólo reciben medicamentos de forma gratuita aquellos beneficiarios de ASSE.

Por último, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) creado en 1979 financia la provisión a toda la población de prestaciones de medicina altamente especializada, no cubiertas por los prestadores integrales⁴⁰. En la normativa de creación del FNR también se establecen las condiciones para la creación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), públicos o privados, donde el Fondo contrata las prestaciones.

2.4. Particularidades del proceso uruguayo hacia la construcción de un nuevo sistema de salud

Reformar un sistema de salud no es un proceso de fácil concreción, involucrando intereses, negociación, resistencias, acuerdos y desacuerdos, pero además es único y los resultados estarán determinados por las particularidades de las organizaciones y estructuras preexistentes. Ciertas particularidades del sistema de salud uruguayo previo a la reforma ayudarán a comprender, por un lado, algunas definiciones tomadas en cuanto al diseño del nuevo esquema -en particular, el vínculo del seguro con los prestadores privados-, y por otro, la gradualidad en el ingreso de los diferentes colectivos.

Es importante tener en cuenta, además, que el diagnóstico que realizaban los principales actores sobre la situación en que se encontraba el sistema era ampliamente compartido, y entre otras cosas reconocía las fuertes disparidades en la infraestructura y las importantes inequidades salariales entre profesionales de los subsistemas del sector público y el privado, el multiempleo casi generalizado, los altos precios de tickets, órdenes y cuotas mutuales, los elevados tiempos de espera para ser atendido por especialistas, y una atención demasiado centrada en la hospitalización y no en la atención primaria, así como las importantes inequidades en cuanto a cobertura y financiamiento entre trabajadores.⁴¹ Otro punto de acuerdo era la necesidad de que el MSP no fuera a la vez rector del sistema y proveedor de servicios.

En ese escenario la propuesta de cambio del sistema de salud presentada por el Frente Amplio⁴² en su programa de gobierno aparece como un producto concebido a partir de ideas compartidas e insumos vertidos por importantes actores del sistema: en particular el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la central de trabajadores PIT-CNT, y la Federación Médica del Interior (FEMI), por lo que la convergencia respecto a los principios generales es notoria y es un punto imprescindible a la hora de entender el porqué del éxito de la implantación del SNIS.

40 | A partir de 2005 se incorporaron a las prestaciones la cobertura de tratamientos con medicamentos de alto costo, siempre y cuando estos se encuentren dentro de los protocolos existentes.

41 | Fuentes G (2010) *El Sistema de Salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible*. Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 19 N°1, ICP Montevideo

42 | Partido político uruguayo fundado en 1971 fruto de la coalición de varios partidos de izquierda. En el año 2005 alcanza por primera vez el gobierno nacional y repite en 2010. Actualmente, diciembre de 2012, está cursando el tercer periodo de gobierno.

Una característica particular del sector en el Uruguay es el fuerte rol jugado por las IAMC. Como se mencionó anteriormente, el BPS contrataba a estos prestadores para dar cobertura de salud a los trabajadores del sector privado. Este vínculo entre las IAMC y la seguridad social (DISSE), daba lugar a que en el año 2006 cerca del 34 por ciento de los ingresos operativos de las IAMC se generaran a partir de las cuotas que percibían por los afiliados DISSE. A esto debe agregarse, que si bien en todo el mundo los sindicatos de profesionales de la salud poseen un considerable poder de presión, en el caso uruguayo eso se complejiza ya que la mayoría de los centros de atención no son sólo dirigidos y gestionados por médicos, sino que además también son propiedad, en muchos casos, de dichos profesionales. En el esquema instaurado con el SNIS, las IAMC continúan ocupando un papel central ya que siguen siendo el principal prestador para quienes reciben atención a través de la seguridad social. Luego de la Reforma perciben del FONASA una cuota salud (cápita ajustada por edad y sexo y pago por meta asistencial) por cada usuario amparado por el SNS (trabajadores públicos y privados y menores a cargo, cónyuges y jubilados). Es así que, si bien ASSE aparece como un prestador por el que los usuarios pueden optar en el marco del FONASA, el SNS descansa mayoritariamente sobre el sistema IAMC preexistente.

En cuanto al vínculo MSP- ASSE, otro de los puntos donde existía acuerdo fue la separación de funciones, que fundamentalmente implicaba la concentración del MSP en las funciones de rectoría y regulación, y la descentralización de ASSE como responsable de la prestación de servicios de salud y de la coordinación del subsistema público de atención. La Ley 18.161 crea ASSE como un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del MSP.

Por otro lado, en un escenario de gran heterogeneidad en cuanto a la cobertura de salud, algunos colectivos de trabajadores privados e incluso públicos, estaban cubiertos a través de seguros propios de salud, denominados Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales, que implicaban situaciones muy ventajosas respecto al resto de los trabajadores en cuanto a las prestaciones de salud, los aportes realizados y al subsidio que percibían en caso de enfermedad. En el avance hacia un esquema de financiamiento con un mayor componente de solidaridad, estos grupos aparecen como conflictivos en tanto se muestran reticentes a cambios que puedan implicar modificaciones en su situación.

La estrategia desarrollada por el gobierno para la implementación de la Reforma fue, y sigue siendo, desarrollar un proceso secuencial, en donde “cada paso estaría marcado por diferentes hitos, definidos por el proceso de consulta y negociación” (MSP, 2010c). Esto es válido tanto para el proceso de construcción del marco normativo como para el proceso de incorporación de colectivos al SNS.

2.5. El SNIS fruto de este proceso

La reforma buscó lograr cambios en tres niveles: el modelo de financiamiento, el modelo de gestión, y el modelo de atención. Dos herramientas imprescindibles para implementar y sostener esas transformaciones son el Sistema Nacional Integrado de Salud, como expresión organizativa y funcional de los servicios que lo conforman y el FONASA como instrumento de financiamiento del SNS (seguro único, público y obligatorio).

El principal cambio es a nivel del modelo de financiamiento. El FONASA mancomuna los aportes que realizan los trabajadores formales, dependientes e independientes y los jubilados, según sus ingresos y la cobertura familiar a la que acceden. Las tasas de aporte son del 3% para aquellos cuyos ingresos nominales mensuales fueran inferiores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC)⁴³ independientemente de que dicho aporte atribuya la cobertura a otros beneficiarios. Para los aportantes con ingresos superiores a las 2,5 BPC se estableció un aporte del 4,5%, en caso de no atribuir cobertura a otro beneficiario, de 6% en caso de tener a cargo menores de 18 años, o mayores de 18 con discapacidad y de 2% adicional en caso de atribuir cobertura a su cónyuge. Por otro lado, los aportes patronales se mantuvieron en el 5% de los salarios nominales. Los avances en términos de protección social en salud se dieron por dos vías: se pasó a cubrir el núcleo familiar del trabajador y el beneficio continúa luego de que el trabajador se jubila. El beneficiario puede optar por atenderse en ASSE, que fue fuertemente fortalecido desde el punto de vista presupuestal, en una IAMC o en un seguro privado integral⁴⁴ y en todos los casos tiene derecho a recibir el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), catálogo de prestaciones obligatorias para todos los prestadores del SNIS.

Los cambios en cuanto a la función de compra del seguro de salud también fueron importantes, en particular en lo que refiere al mecanismo de pago a los prestadores. El FONASA paga al prestador una “cuota salud” que se compone de una “cápita” ajustada al riesgo de la persona a partir de su edad y sexo y un “componente meta” que busca premiar el cumplimiento de ciertos objetivos sanitarios establecidos por el regulador.⁴⁵

A nivel del modelo de gestión, es importante destacar la creación de la JUNASA como organismo desconcentrado dependiente del MSP integrado por representantes de los Ministerios de Salud y Economía, el BPS y representantes de las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios asistenciales, de los trabajadores, y de los usuarios. La JUNASA suscribe contratos de gestión con cada uno de los prestadores integrales del SNS, y regula y controla el cumplimiento de los derechos de los beneficiarios del SNIS.

El modelo de atención que se plantea se basa en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), y en el fortalecimiento del primer nivel de atención. Es en este plano donde la reforma de la salud tiene al día de hoy el mayor debe.

2.6. Los prestadores en el sistema de salud post reforma

El subsector público

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE): a partir de la Ley 18.161 del año 2007 es un servicio descentralizado vinculado al MSP. Es el prestador público por excelencia, con hospitales generales y especializados, policlínicas y centros de salud y con presencia territorial

43 | La BPC es una unidad de referencia, cuyo valor se actualiza anualmente, que se utiliza entre otras cosas, para establecer las franjas de tasas marginales de imposición del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF). En 2012 una BPC vale 2.416 pesos, es decir, aproximadamente 120 dólares americanos.

44 | En este caso el FONASA paga al Seguro Privado el menor valor entre la cuota salud más la cuota del FNR y la suma de aportes personal y patronal.

45 | En particular se han planteado como metas asistenciales el cumplimiento de ciertos objetivos en materia de atención materno-infantil (controles), capacitación de recursos humanos, médico de referencia y controles de salud de los afiliados mayores de 65 años (carné del adulto mayor).

en todos los departamentos del país. Según lo establece la ley debe ser además quien realice la coordinación del sistema público de atención. Las personas que reciben atención en ASSE pueden hacerlo de tres formas: poseer un carnet de atención, gratuito para los de más bajos ingresos o con bonificaciones en los aranceles establecidos para las diferentes prestaciones; mediante el pago de una cuota individual, colectiva o familiar⁴⁶; o a través del FONASA. Luego de la implantación del SNIS, ASSE es el único prestador integral público elegible para quienes se encuentran amparados por la Seguridad social. Por lo tanto, desde el año 2008 recibe una cuota salud por cada afiliado de la seguridad social que haya optado por este prestador y esto implica que al financiamiento casi exclusivo a través de rentas generales que existía hasta entonces, se sumen los fondos provenientes del FONASA. Desde el punto de vista del usuario una característica positiva de ASSE es que no se cobran tasas moderadoras como sí sucede en los prestadores privados.

Sanidad Militar y Sanidad Policial: brindan cobertura a los funcionarios, ex funcionarios y familiares de los ministerios de Defensa e Interior, respectivamente. En ambos casos, la mayor parte del financiamiento proviene de rentas generales y se complementa con los aportes realizados por los funcionarios y ex funcionarios. Estos dos prestadores integrales todavía no se encuentran vinculados al SNS.

Área de Salud del BPS: este servicio financiado con presupuesto del BPS brinda atención médica materno-infantil a los hijos y cónyuges de los trabajadores que no estén amparadas por otro sistema de salud. Incluye prestaciones de carácter preventivo, atención hospitalaria del parto y la atención de un conjunto de enfermedades congénitas. Cuenta con varios Centros Materno Infantiles, el Sanatorio Canzani y el Departamento Médico Quirúrgico (DEMEQUI) que es el único centro de malformaciones congénitas del Uruguay.

El sector público se complementa con el Hospital de Clínicas cuyo cometido fundamental es la investigación y la formación de recursos humanos en salud; el sanatorio del Banco de Seguros del Estado, que atiende a todos los trabajadores formales en el marco del seguro obligatorio contra accidentes laborales que estos poseen, la Policlínicas de los Gobiernos Departamentales; algunos Institutos de IMAE públicos, y servicios de salud de algunas empresas públicas y entes del Estado que brindan prestaciones, específicamente, a trabajadores de estas empresas y, en algunos casos a familiares de dichos trabajadores.

El subsector privado

Las IAMC: son instituciones privadas sin fines de lucro que brindan prestaciones en salud a través de un régimen de aseguramiento en el que se adquieren los derechos a cambio de una cuota de prepago. Por lo tanto, y haciendo la salvedad de que existía y existe heterogeneidad al interior del sector, el rasgo fundamental es que este tipo de institución integra la función de aseguramiento y la de prestación de servicios de salud. En el año 2014 existían 37 instituciones, 11 de ellas en la capital del país y 26 distribuidas en los 18 departamentos del interior.

Ya se mencionó previamente el importante papel de las IAMC en el sistema en el momento previo a la Reforma de la salud, en particular porque la Seguridad Social contrataba allí la atención para los trabajadores asegurados. Con la conformación del SNIS las IAMC son uno de los tres prestadores elegibles para beneficiarios del FONASA y en 2014 daban cobertura al 80% por ciento de la población FONASA.

46 | Según lo estableció el Decreto 267/009 de junio de 2009.

Otra particularidad de estas instituciones es que la mayor parte de sus ingresos se encuentran regulados por el Poder Ejecutivo. Las cuotas que pueden cobrar a los afiliados individuales y colectivos, las cápitas y metas que reciben del FONASA y las tasas moderadoras (tickets y órdenes)⁴⁷ que se deben pagar al momento de hacer uso de las prestaciones son reguladas por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas.⁴⁸

Seguros Privados Integrales (de cobertura total): este tipo de institución privada con fines de lucro ofrece una canasta integral de prestaciones a cambio del pago de una cuota superior a la que se cobraría en una IAMC. Sus servicios están fundamentalmente dirigidos a sectores de ingresos altos. Los beneficiarios FONASA también pueden optar por estos prestadores pero el régimen, en cuanto al pago que les realiza el FONASA y a lo que el usuario debe abonar, es diferente al de los demás prestadores integrales. Reciben del FONASA el menor valor entre la cuota salud más la cuota del Fondo Nacional de Recursos y la suma de aportes personal y patronal y el usuario paga la diferencia entre el valor mencionado anteriormente y la cuota de mercado que establece el seguro para esa persona. Otra diferencia importante con las IAMC es que sus precios no se encuentran regulados.

El sector privado se complementa con los Seguros Privados de cobertura parcial que brindan cobertura, básicamente, del primer nivel de atención a cambio de cuotas inferiores a las de una IAMC; emergencias móviles que comenzaron brindando servicios asociados a su naturaleza (cobertura complementaria a los prestadores integrales) pero se han ampliado al primer nivel de atención, lo que llevó a algunos usuarios a apelar a estas como sustitutos de un prestador integral; y los IMAE de carácter privado.

3. La ampliación de la cobertura poblacional: principales indicadores.

3.1. Evolución histórica de la cobertura en salud

Se analiza a continuación la evolución de la cobertura de la salud de la población uruguaya de los últimos 30 años, según tipo de institución, a partir de datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística. En la Tabla 1 y el Gráfico 1 se presentan los datos correspondientes.

En el año 2013, las estimaciones a partir de la ECH, continúan la tendencia de caída de la cobertura a través de ASSE y aumento de la cobertura IAMC: 30,5 por ciento y 60,5 por ciento respectivamente

Con respecto a las instituciones mutuales (IAMC) y el principal prestador público (MSP-ASSE) se observa que la evolución de la cobertura de la población a través de ambos tipos de instituciones se comporta de manera inversa. En los períodos en los que la cobertura IAMC disminuye, se observa, como contrapartida, un aumento de la proporción de personas que poseen cobertura a través del principal prestador público. Este comportamiento se observa básicamente en toda la década de 1990 y hasta el año 2004. A partir de este año, se observa un aumento de la cobertura IAMC, en detrimento de

47 | Los ingresos por tasas moderadoras tienen desde hace ya varios años un papel muy relevante en el esquema de financiamiento de las IAMC, en el ejercicio 2011-2012 representan cerca del 9% de los ingresos operativos del sector.

48 | En enero y julio de cada año el Poder Ejecutivo decreta los aumentos máximos que las IAMC pueden realizar en los precios mencionados.

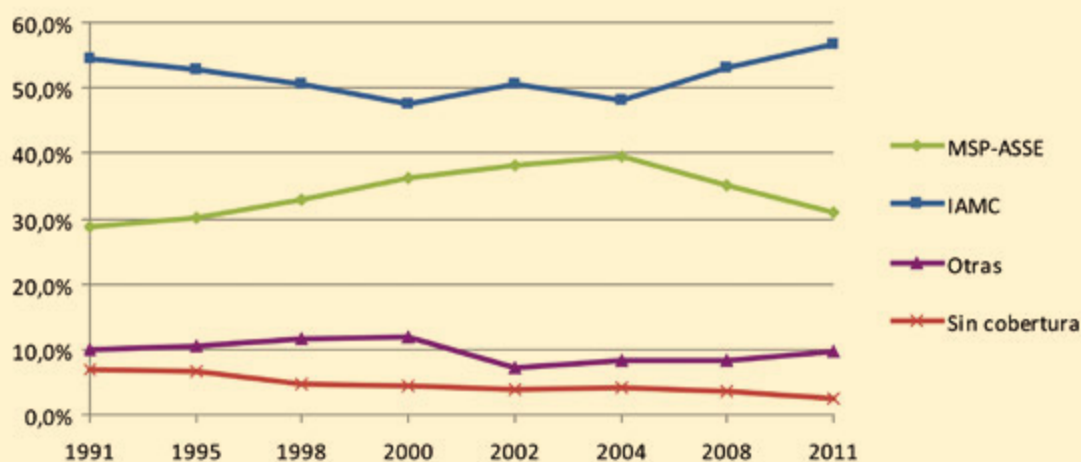
la cobertura del sector público. La caída de la proporción de la población afiliada a una IAMC durante la década de 1990 ha sido estudiada, entre otros trabajos, por Olesker, Bergolo y Leites (2002). En el mismo, se aborda la correlación notoria entre la caída de usuarios de estas instituciones y la situación económica del

Tabla 1: Cobertura de salud de la población total por tipo de prestador años seleccionados entre 1982-2011

	1991	1995	1998	2000	2002	2004	2008	2011
MSP-ASSE	28,8%	30,2%	33,0%	36,1%	38,2%	39,6%	35,0%	31,1%
IAMC	54,5%	52,7%	50,7%	47,5%	50,6%	48,0%	53,2%	56,6%
Otras	9,9%	10,6%	11,6%	11,9%	7,3%	8,2%	8,2%	9,7%
Sin cobertura	6,8%	6,5%	4,7%	4,5%	3,9%	4,2%	3,6%	2,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ECH del INE

Gráfico 1: Cobertura de salud de la población total por tipo de prestador



Fuente: en base a Tabla 1

país en el momento. En general, es esperable que al procesarse una caída del nivel de actividad la cantidad de usuarios de IAMC se vea disminuida, mientras aumenta la población usuaria de salud pública.

Dentro de la categoría agrupada como "otras" se incluye la cobertura por intermedio de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, policlínicas de las intendencias, planes de asignaciones familiares del BPS, seguros privados de salud y otro tipo de cobertura de salud que brindan algunas instituciones como pueden ser cooperativas de ahorro y crédito, etc. En conjunto, la cobertura a través de este tipo heterogéneo de instituciones muestra un desempeño estable a lo largo del período, cubriendo a un porcentaje de la población en torno al 10 por ciento, con una tendencia levemente decreciente.

En resumen, lo que arrojan los datos de los últimos treinta años es que una abrumadora mayoría de la población posee derechos de atención a la salud en el sector mutual o en el principal prestador público. En conjunto, ambos tipos de instituciones representan entre el 80 y el 90 por ciento de la cobertura de salud de la población. Lo que ha variado en el período es el comportamiento individual de estos prestadores, aumentando la cobertura de MSP-ASSE en los períodos en los que la cobertura a través de las IAMC se ve disminuida y viceversa.

3.2. El nuevo escenario: SNIS y FONASA.

Con la Ley 18.131, aprobada en mayo de 2007, se crea el FONASA. Este fondo reúne los diferentes aportes a la seguridad social, iniciando el proceso de incorporación de todos los trabajadores a los mecanismos centrales de la seguridad social. La incorporación de la población al sistema de aseguramiento a través de la seguridad social se da en tres etapas diferenciadas.

Como punto de partida, en el año 2005, se encontraban incorporadas al DISSE unas 586.000 personas que representaban a los siguientes colectivos: trabajadores privados, trabajadores de escuelas primarias (maestros), trabajadores del Poder Judicial y pasivos dependientes cuyos ingresos no superaran los \$U 4.200 mensuales⁴⁹. En la primera etapa comenzada en julio del año 2007 se suman a quienes ya estaban dentro del sistema DISSE todos los trabajadores públicos que no poseyeran cobertura de salud. Al finalizar esta primera etapa (fin del año 2007), se encontraban dentro del FONASA unas 725.000 personas.

En una segunda fase iniciada en enero de 2008 se produce el ingreso gradual de todos los trabajadores formales y los menores de 18 años de edad que tuvieran a cargo (o mayores con discapacidad)⁵⁰; todos los jubilados con ingresos menores a 2,6 BPC y las personas que se jubilaran a partir de ese año. A julio del 2008 las personas incluidas en el FONASA totalizaban 1.400.000 aproximadamente. Es importante remarcar que el ingreso de los trabajadores públicos al FONASA se dio de una manera gradual. Al momento de procesarse su ingreso, existía una importante heterogeneidad al interior de este colectivo con respecto a las tasas de aporte y los beneficios que obtenían, en materia de cobertura de salud. Esto generó que para algunos colectivos el ingreso al seguro general significara una pérdida de beneficios con respecto a su situación previa, que generó resistencias. De esta manera por ejemplo el ingreso de los maestros y de los trabajadores del Poder Judicial se dio efectivamente en 2007, mientras que los trabajadores de la banca pública iniciaron un proceso de ingreso a partir de marzo de 2008. Otro colectivo de trabajadores públicos cuyo ingreso se vio postergado debido a los procesos de negociación fueron los de ANCAP⁵¹, cuyo ingreso se efectivizó recién en julio de 2008 pero en un modo transicional que aún continúa vigente.

En el Gráfico 2 puede apreciarse globalmente la evolución del número de personas adscriptas al FONASA y la composición de ese total según la condición que genera el ingreso al fondo. En este sentido aparecen desagregados en: trabajadores activos, menores de 18 años (y mayores con discapacidad a cargo de un trabajador o cónyuge), pasivos y cónyuges de trabajadores. Las categorías de maestros y judiciales sólo aparecen diferenciadas hasta junio de 2008.

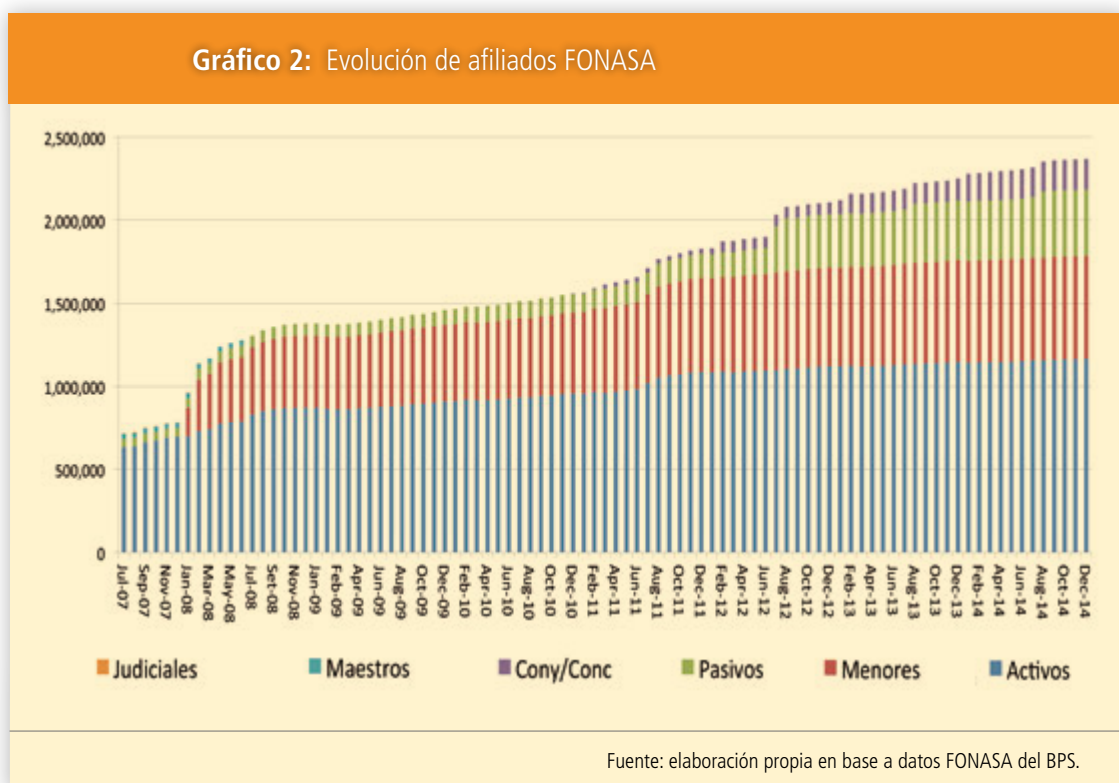
49 | Corresponde a aproximadamente USD 170 de ese momento.

50 | Los menores a cargo de entre 18 y 21 años de edad también pueden ser incorporados a pedido del beneficiario pagando una cuota diferencial a parte del aporte al FONASA.

51 | ANCAP: ente autónomo del Estado, Administración Nacional de Combustible, Alcohol y Portland.

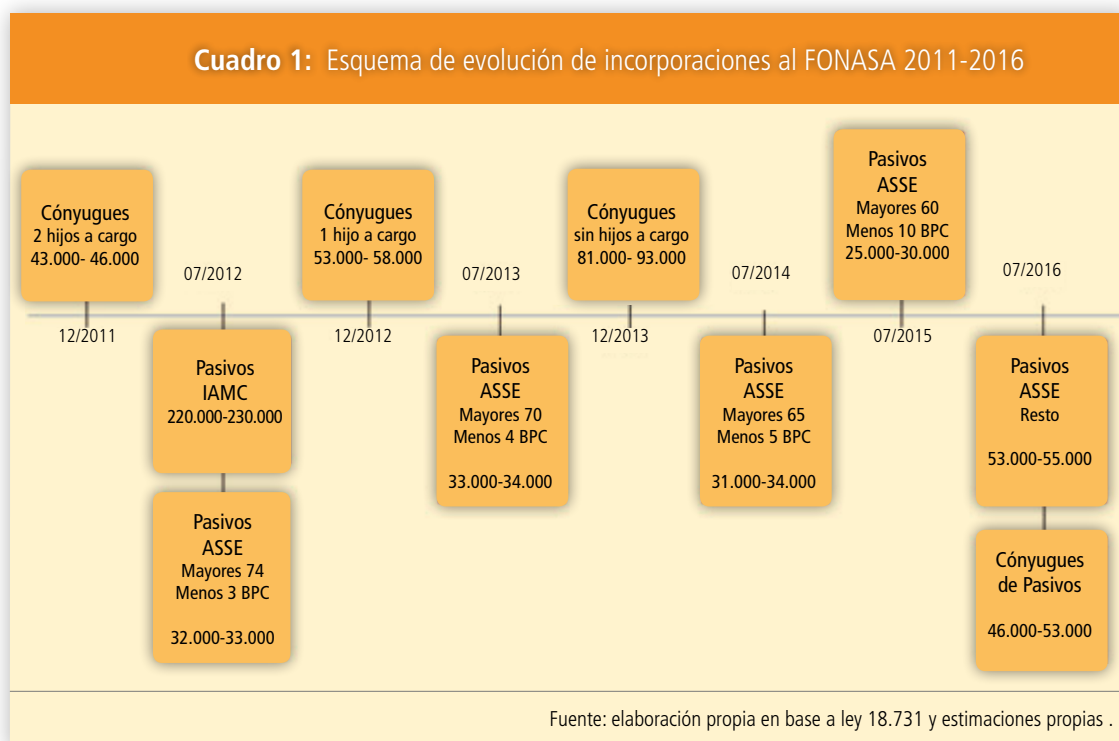
En lo que podemos considerar una tercera etapa en el proceso de ingreso de la población al FONASA, se incluye el ingreso de los profesionales independientes (julio 2011), los cónyuges de trabajadores (con y sin hijos a cargo) y el resto de los pasivos. A diciembre del año 2014 se encontraban adscritas al FONASA un total de 2.368.793 personas; 1.164.819 son trabajadores activos, 621.654 son menores de 18 años (hijos de trabajadores), 398.159 son pasivos y 184.161 cónyuges o concubinos de trabajadores cotizantes.

Gráfico 2: Evolución de afiliados FONASA



En el Cuadro 1 se presenta un esquema de la evolución de las incorporaciones de la población al FONASA de lo que hemos llamado la “tercera etapa” como está prevista en la ley 18.731 de enero de 2011. Esta ley prevé las incorporaciones de los colectivos restantes hasta el año 2016.

En el cuadro se presentan las fechas previstas de incorporación de cónyuges y pasivos según diferentes condiciones. Los cónyuges de trabajadores se han ido incorporando según la cantidad de hijos a cargo (de más hijos a cargo a menos) y los pasivos según se encontraran en diciembre 2010 en un prestador privado integral o ASSE y según su edad y nivel de ingresos (desde los de mayor edad y con menores ingresos hasta los de menor edad y de mayores ingresos). El ingreso al FONASA de las personas pasivas siguió un criterio de gradualidad basado en la imposibilidad de procesar el ingreso de todas los pasivos simultáneamente, por motivos principalmente relacionados con el alto costo fiscal asociado. A su vez, se presenta una estimación de la cantidad de personas que representa cada uno de los ingresos, de acuerdo a los datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) y de las estimaciones realizadas en el MSP. En total, se estima que a finales del año 2016, la cantidad de personas incluidas en el FONASA alcance a 2.500.000 personas, aproximadamente el 75% de la población del país.



3.3 Ingreso de colectivos al FONASA: intereses encontrados

La universalidad y el aumento de la solidaridad en la financiación del nuevo sistema de salud aparecen como características deseables de cualquier reforma de un sistema de salud. Sin embargo, el avance en esa dirección puede contraponerse a los intereses de algunos grupos de trabajadores que no encuentran incentivos para modificar su situación (aportes, paquete de beneficios, cobertura de salud en general) al momento de iniciarse el proceso de incorporación al seguro. En este sentido, la incorporación de los diferentes colectivos al FONASA en el Uruguay no se vio exenta de situaciones de conflicto.

Uno de los principales grupos que se han mostrado reacios a su incorporación al FONASA fueron los trabajadores comprendidos en el régimen denominado Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales. La ley 14.407 que crea como servicio descentralizado la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad, que luego se convertirá en DISSE, habilita la creación de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad. Se trata de organismos bipartitos que se crean por convenio colectivo entre empresas o conjunto de empresas. Su financiamiento se basaba en aportes patronales y personales y tenían una administración independiente del seguro de enfermedad administrado por el BPS, teniendo que verter a éste el 0,5 por ciento de su recaudación mensual. Las prestaciones en salud brindadas por las Cajas de Auxilio no podían ser inferiores a las brindadas a través de DISSE y el aporte de los trabajadores no podía superar el 3 por ciento establecido en el régimen general. De esta forma la ley convalidó la existencia de seguros ya existentes y habilitó la creación de nuevos. El promedio de ingresos de los trabajadores amparados por las Cajas de Auxilio era muy superior al del resto de los trabajadores amparados por DISSE, lo cual les permitía obtener mejores prestaciones de salud para sí

mismos e incluso financiar la cobertura en salud de sus familiares. A su vez el subsidio por enfermedad que en promedio brindaban, superaba el tope establecido por ley de 3 BPC para los beneficiarios DISSE.

A enero del año 2010 existían en el país alrededor de 70 Cajas de Auxilio, conformadas por aproximadamente 50.000 trabajadores aportantes y que beneficiaban a unas 200.000 personas (considerando a familiares directos de los aportantes). En el año 2004 el BPS estimó una pérdida neta de ingresos de 8 millones de dólares anuales por la no pertenencia de estos trabajadores a DISSE (BPS, 2004). Además, se encontraban en un régimen similar aquellos afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social y los amparados en la Comisión Honoraria Administradora del Fondo de Seguro de Salud para los funcionarios de Obras Sanitarias del Estado (OSE). Con el escenario planteado se inició una ronda de negociaciones entre estos colectivos (cuya incorporación al FONASA estaba prevista originalmente para enero de 2010) y el gobierno para poder efectivizar su ingreso al sistema general. La solución del conflicto implicó el mantenimiento de la figura de las Cajas de Auxilio, con el objetivo de continuar brindando aquellas prestaciones no incluidas en el catálogo obligatorio para los prestadores integrales⁵². A su vez, la Ley 18.731 establece una suerte de ingeniería de gradualidad en el traspaso de aportes de los afiliados desde las Cajas de Auxilio hacia el FONASA, que se dará paulatinamente en el período comprendido entre el 1° de julio de 2011 y el 1° de enero de 2015.⁵³ De esta manera se logró sortear el obstáculo planteado y en el presente se está procesando el ingreso definitivo de estos colectivos al FONASA. Adicionalmente, la mencionada ley estableció un régimen de devolución de aportes “excedentarios”⁵⁴ que, si bien es de alcance general, al beneficiar a trabajadores de ingresos altos, como los aquí referidos, también contribuyó a viabilizar su ingreso.

3.4 Perfil de población incluida dentro del FONASA: datos administrativos

A continuación se presenta un breve análisis de las características de la población incluida dentro del FONASA, según datos de del sistema de afiliaciones administrado por el BPS.

En el Gráfico 3 se presenta la población incluida en el FONASA agrupada por edades para el año 2014. El grupo de personas menores de 15 años de edad representa algo más del 20 por ciento del total, mientras que los mayores de 65 años representan el 16 por ciento habiendo aumentado su participación respecto al 13 por ciento del año 2012. El grupo mayoritario lo constituye el que agrupa a las personas de entre 20 y 44 años de edad (35 por ciento) seguido de la franja de 45 a 64 años (22%). A su vez, mujeres y hombres tienen aproximadamente la misma representación en el total.

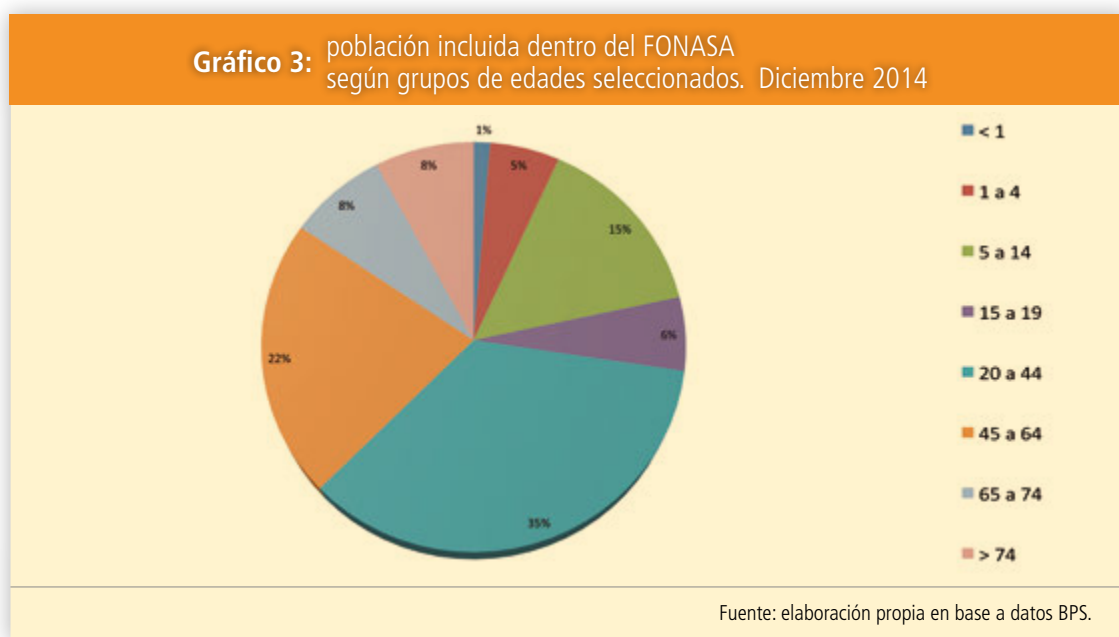
Si analizamos el tipo de institución en la que se atiende la población incluida en el FONASA encontramos que la gran mayoría elige como prestador una IAMC.

Dentro de la población incluida en el FONASA a diciembre de 2014 un 80 por ciento elige atender su salud en el sector mutual y un 17.6 por ciento posee cobertura de salud a través de ASSE.

52 | *La Ley 18.731 de febrero de 2011 habilita que las Cajas de Auxilio tengan la posibilidad de mantener su vigencia, pero para ello deben adecuar sus estatutos y presentar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social un estudio técnico que demuestre su viabilidad financiera.*

53 | *A partir del 1° de julio de 2011, se volcará íntegramente al FONASA tanto el aporte patronal (5%) por los afiliados a las Cajas de Auxilio, como el aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo (2%) y el aporte personal adicional por hijos a cargo (1,5%). En lo que refiere al aporte personal restante (4,5% como máximo), se irá vertiendo gradualmente al FONASA.*

54 | *Se estableció un tope a los aportes al FONASA, por encima del cual lo aportado se devuelve al aportante.*



Con respecto al año 2011, ASSE aumentó su participación en cuatro puntos porcentuales que tienen como contrapartida una caída de igual magnitud en las IAMC.

3.5 Perfil de población incluida dentro del FONASA: estimaciones según ECH2011

Para obtener más información acerca de las características de la población incluida en el FONASA se hace necesario recurrir nuevamente a los datos que brinda la ECH del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INE).

Con respecto a la clasificación según condición de actividad económica (Gráfico 4), la gran mayoría de las personas incluidas en el FONASA a la fecha, declararon estar ocupadas. Sin embargo, el contingente de personas que no se encuentran en edad de trabajar (dicho límite se sitúa en los 14 años en el Uruguay) representa cerca de un 25 por ciento del total. El grupo que le sigue en importancia

Tabla 2: Institución de cobertura de las personas incluidas dentro del FONASA. Diciembre 2014

Institución	Porcentaje
ASSE	17.6%
IAMC	80%
Seguro Privado	2.4%
Total	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos BPS.

es el de los jubilados y pensionistas que representan en conjunto un 6,8 por ciento del total, así como los estudiantes (inactivos) que representan un 6,3 por ciento. Por último, los desocupados y el resto de los inactivos representan un 0,9 y un 1,8 por ciento del total, respectivamente.

Gráfico 4: población incluida dentro del FONASA según condición de actividad económica

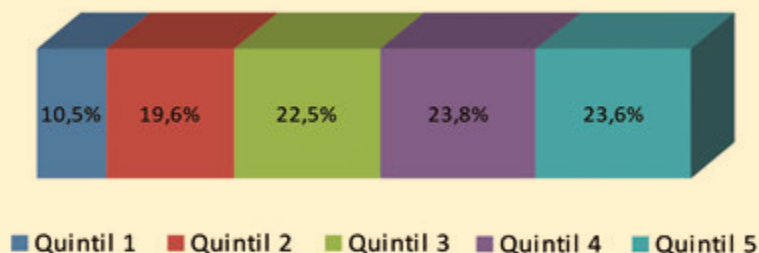


Fuente: elaboración propia en base ECH 2011 del INE.

En el Gráfico 5 se presenta la población FONASA según quintiles de ingreso encontrándose que las personas pertenecientes al primer quintil de la distribución del ingreso aparecen sub-representadas en el total (menos del 10 por ciento) mientras que existe una representación relativamente uniforme del resto de los quintiles, aunque con un leve sesgo en favor de los más altos.

Dentro de la población no incluida en el FONASA al momento de la ECH 2011, un 55 por ciento declara poseer derechos de atención en ASSE, mientras que casi un cuarto del total declara poseer derechos de atención en el sector privado (en una mutualista o en un seguro privado). Aquí puede notarse una diferencia con respecto a lo visto en la sección 4.4 en la cual se mostraba que la gran mayoría de las personas al poder optar (gracias a su inclusión en el FONASA) elegían atenderse en una IAMC.

Gráfico 5: población incluida dentro del FONASA según quintiles de ingreso



Fuente: elaboración propia en base ECH 2011 del INE.

Tabla 3: Institución de cobertura de las personas no incluidas dentro del FONASA

Institución	N° personas	%
ASSE	881.841	55.73
IAMC	377.228	23.84
Seguro Privado	32.925	2.08
Policial / Militar	185.696	11.74
Policlínica Intendencia	2.885	0.18
BPS	1.616	0.10
Otro	11.439	0.72
Sin cobertura	88.621	5.60
Total	1.582.251	100.00

Fuente: elaboración propia en base ECH 2011 del INE.

Un 5 por ciento de este grupo declara no poseer derechos de atención a la salud en ningún tipo de institución (el porcentaje es 2,6 para el total de la población). En este sentido, se encuentra que todos los quintiles de la distribución del ingreso aparecen representados de manera relativamente equitativa, por lo que no se trataría de personas de menores ingresos. A su vez, analizando dicho contingente de acuerdo a otras variables demográficas y socioeconómicas, no se encuentra una característica especial que distinga a este grupo del resto de la población.

3.6 Diferencias observadas entre la población con cobertura del FONASA y la de la antigua DISSE

Se abordan resumidamente las principales diferencias entre la población que actualmente tiene cobertura por el FONASA y la que antes del inicio del proceso de cambio del Sistema de Salud recibía atención a través de DISSE.

La primera gran diferencia es, obviamente, la cantidad total de personas a las que brindaba cobertura DISSE y a las que brinda actualmente el FONASA. Como ya fuera mencionado, a diciembre del año 2005 la cantidad de personas adscriptas a DISSE representaba aproximadamente 20 por ciento del total de la población del país, mientras que actualmente el FONASA da cobertura a más del 60%.

En la Tabla 4 se presenta la distribución de la cobertura de los dos esquemas según tres tramos etarios seleccionados. La notoria diferencia se explica por el hecho de que el sistema anterior basaba su cobertura en la población activa, por lo que los menores de 18 años representaban menos de medio punto porcentual del total de las personas adscriptas a DISSE. En el presente, este grupo representa casi un tercio de la población incluida en el FONASA. Hacia el año 2014 la participación de los mayores de 65 años aumenta alcanzando cifras cercanas al 15 por ciento, evidenciando el ingreso gradual al SNS de los jubilados y pensionistas.

Tabla 4: Distribución de la cobertura DISSE (2006) y FONASA (2011) según tramos de edades

Tramos etarios	DISSE (2006)	FONASA (2011)
Menores de 18 años	0,4%	30,9%
18-65 años	90,9%	62,6%
Mayores de 65 años	8,7%	6,4%
Total	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base ECH 2011 del INE y MSP (2008).

Tabla 5: Proporción de usuarios con cobertura DISSE (2006) y FONASA (2011) sobre el total de personas de cada decil de ingreso.

Decil de ingreso	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
% beneficiarios DISSE	3%	8%	12%	16%	21%	25%	27%	30%	31%	29%
% beneficiarios FONASA	16%	40%	50%	54%	58%	61%	63%	64%	65%	61%

Fuente: elaboración propia en base ECH 2011 del INE y MSP (2008).

Otra diferencia importante entre el esquema del pasado y el actual se refleja claramente en la Tabla 5, que nos muestra el alcance de la cobertura según la posición del hogar al que pertenece la persona en la escala de distribución del ingreso. Si bien en todos los casos la proporción de cada grupo que se encuentra cubierta aumenta considerablemente (debido al incremento total de la cobertura) dicho aumento es aún más marcado en los primeros deciles. En el caso del primer decil, la proporción de personas que se encontraban cubiertas por la ex DISSE representaba un 3 por ciento mientras que en el año 2011 pasó a representar un 16% (más que se quintuplica). Algo similar ocurre con el grupo de personas pertenecientes al segundo decil.

Además del importante aumento en la cobertura que brinda el actual FONASA con respecto a la ex DISSE, dicho aumento se produce con un importante sesgo en favor de la población más joven y de menores niveles de ingreso.

3.7 Características sociodemográficas que determinan el acceso a los servicios de salud: cambios observados con la implementación del SNIS

A partir de datos de la Encuesta Continua de Hogares se analizan los cambios tras la creación del FONASA y el Seguro Nacional de Salud en la cobertura en salud de diferentes grupos de la población, según variables demográficas y socioeconómicas.

El principal cambio observado en el año 2011 lo constituye el sensible aumento de la cobertura a través del sistema mutual, que implica un incremento de más del 20 por ciento. Como contrapartida se evidencia una disminución del porcentaje de la población que se atiende en el principal prestador público

(ASSE). Otro cambio significativo es un aumento, de más del 100%, de la población que se encuentra cubierta por un seguro privado, aunque continua representando un grupo muy minoritario de la población total.

A su vez, si observamos la cobertura de la población por grupos de edades en 2006 y 2011 se aprecian cambios importantes. El principal de ellos se refiere a la cobertura de salud de los más jóvenes.

La implementación del SNIS permitió el ingreso de aproximadamente 300 mil menores de 18 años de edad al sistema privado mutual, duplicándose la proporción de la población total de esta franja etaria que se atiende en una IAMC. Si bien el aumento de la población que se atiende en una

Tabla 6: Cobertura de salud de la población total por tipo de prestador 2006-2011

Año 2006			Año 2011		
Institución	Personas	% del total	Institución	Personas	% del total
ASSE (MSP)	1.253.256	40,9	ASSE	1.046.158	31,1
IAMC	1.335.131	43,6	IAMC	1.905.592	56,6
Seguro Privado	28.764	0,9	Seguro Privado	70.511	2,1
Policial y Militar	206.260	6,7	Policial y Militar	241.579	7,2
BPS	25.425	0,8	BPS	1.616	0,05
Policlínica Mpal.	70.044	2,3	Policlínica Mpal.	2.906	0,09
Otro	63.438	2,1	Otro	11.677	0,3
No cubierto	82.889	2,7	No cubierto	88.621	2,6
Total	3.065.207	100	Total	3.368.660	100

Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

Tabla 7: Estructura de usuarios por grupos de edades y tipo de prestadores 2006 - 2011

2006	ASSE	IAMC	Pol/Mil	Seg. Priv.
Menores de 18	501.237	196.172	62.405	9.069
18-65 años	623.866	888.427	121.923	17.805
Mayores de 65	128.153	250.532	21.932	1.890
Total	1.253.256	1.335.131	206.260	28.764
2011	ASSE	IAMC	Pol/Mil	Seg. Priv.
Menores de 18	318.567	472.111	62.753	17.388
18-65 años	593.044	1.174.062	144.482	48.871
Mayores de 65	134.547	259.419	34.344	4.252
Total	1.046.158	1.905.592	241.579	70.511

Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

IAMC se observa para los tres grupos de edades seleccionados, es el grupo de menores de 18 años el que presenta un aumento mayor en términos relativos.

Si agrupamos a la población de acuerdo a la condición de actividad económica, el cambio más notorio es el aumento de la proporción de personas que declaran ser estudiantes (inactivos) con cobertura en una IAMC.

Mientras que en el año 2006 el 37 por ciento de los estudiantes accedían a atenderse en una IAMC, en el año 2011 acceden más de la mitad (56 por ciento). A su vez, se observa un incremento en la proporción de personas desocupadas que acceden a una IAMC (la cifra pasa de 20 a 27 por ciento), lo cual seguramente obedezca a la inclusión de los cónyuges de trabajadores formales al FONASA.

Agrupando a la población por quintiles de ingreso, el cambio más notorio es el acceso de los hogares de bajos recursos al sector IAMC. Por otra parte se observa un aumento en la proporción de personas de los hogares de mayores ingresos que optan por atender su salud en un seguro privado.

Tabla 8: Cobertura de la población según condición de actividad económica

Año 2006				
Institución	Ocupados	Desocupados	Jub./pen.	Estudiantes
ASSE	28%	60%	33%	46%
IAMC	58%	20%	55%	37%
Resto	13%	20%	13%	18%
Total	100%	100%	100%	100%
Año 2011				
Institución	Ocupados	Desocupados	Jub./pen.	Estudiantes
ASSE	24%	52%	33%	30%
IAMC	64%	27%	55%	56%
Resto	12%	20%	12%	14%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

3.8 Población que declara no poseer cobertura de salud alguna

En la Tabla 9, al presentarse el total de la población del país agrupada según tipo de cobertura de salud, se observa que algo más del 2 por ciento declara no tener derechos vigentes de atención en ningún tipo de institución. Este colectivo, que representa un aproximado de 89.000 personas, merece un análisis específico ya que en un principio aparece inconsistente con un Sistema de Salud como el uruguayo en el que en teoría no existen personas que no posean derechos de atención a la salud.

Tabla 9: Cobertura de salud de la población según quintiles de ingreso años 2006-2011

Año 2006	1°	2°	3°	4°	5°
ASSE	79,1%	60,5%	40,4%	19,7%	4,8%
IAMC	6,3%	20,8%	41,5%	65,9%	83,2%
Seg.priv.	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	4,2%
Pol/Mil	5,1%	8,9%	8,5%	7,0%	4,2%
BPS	1,2%	1,7%	0,9%	0,4%	0,0%
Polic. Mpal.	5,2%	3,1%	1,9%	1,0%	0,2%
Otro	0,8%	2,0%	2,9%	2,7%	1,9%
Sin cob.	2,4%	2,9%	3,8%	3,0%	1,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
Año 2011	1°	2°	3°	4°	5°
ASSE	70,9%	41,8%	25,7%	13,3%	3,6%
IAMC	21,4%	46,3%	61,8%	74,1%	79,3%
Seg.priv.	0,1%	0,1%	0,4%	1,1%	8,8%
Pol/Mil	3,6%	8,1%	8,6%	8,6%	6,9%
BPS	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Polic. Mpal.	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Otro	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Sin cob.	3,4%	3,1%	3,1%	2,4%	1,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a ECH del INE.

Si tomamos, por ejemplo, la distribución de este grupo de la población según quintil de ingreso encontramos que aproximadamente 24.000 personas se encuentran en el 4to y 5to quintil de la distribución lo cual significa que pertenecen al 40 por ciento de la población de mayores ingresos. Esto podría dar cuenta de grupos de personas que presenten una menor aversión al riesgo que el promedio de la población, ya que debido a su situación económica tendrían los medios económicos para pagar una cuota de afiliación individual en caso de necesitarlo. Al analizar a este grupo por edades se observa que casi el 40 por ciento se encuentra en el rango etario comprendido entre los 26 y 45 años de edad. A su vez, el grupo de 18 a 25 años representa algo más del 20 por ciento del total, mientras que los menores de 18 años y los mayores de 65 sumados representan menos del 14 por ciento. El análisis según condición de actividad económica arroja que un 55 por ciento declara estar ocupado al momento de la encuesta, seguido de un 14 por ciento que declaran estar desocupados.

De la conformación misma del sistema de protección social en salud en el Uruguay se desprende la relación directa existente entre formalidad en el mercado de trabajo y cobertura de la salud por intermedio del FONASA. En este sentido, podría deducirse que una parte importante de las personas que declaran no poseer derechos de atención en ningún tipo de prestador se encuentran en una situación de informalidad en el mercado de trabajo, además de las personas que se encuentran desocupadas. De todos modos, al analizar aún más en profundidad, se encuentran algunas inconsistencias en los datos referidos a este grupo en particular. Por ejemplo, un 6 por ciento del total declaraba realizar aportes a algún régimen jubilatorio al momento de la encuesta, con lo cual deberían tener cobertura en salud.

De todo lo anterior se desprende que si bien las situaciones declaradas de carencia de cobertura de salud en su mayoría debieran de responder a casos de informalidad en el mercado de trabajo, existe un porcentaje no menor de este grupo que representa algún tipo de error de medida de la encuesta. Un grupo de la población que declara no poseer cobertura podría desconocer sus derechos o directamente responder erróneamente a la pregunta por otros motivos.

3.9 Cobertura y acceso a los servicios de salud

A partir de la Encuesta Continua de Hogares del año 2011, por iniciativa del MSP se incluye dentro del módulo de salud, en la sección de derechos vigentes de atención, una pregunta referida a si más allá de poseer derechos en determinada institución las personas efectivamente accedían a la atención. En este sentido, se pretende abordar la problemática de las barreras de acceso a los cuidados médicos, en las diferentes instituciones.

Para ASSE, IAMC y los seguros privados encontramos tasas de atención regular superiores en todos los casos al 97 por ciento. Para el caso de ASSE la causa más común por la cual las personas con derechos vigentes suelen no concurrir a dichos centros es la categoría “otros”, pero indagando sobre las posibles opciones dentro de esta categoría no se encuentra una tendencia marcada, más allá de un peso importante de respuestas del estilo “no precisa atenderse”. Algo similar sucede con la cobertura IAMC.

Sin embargo, aparece interesante el caso de la cobertura a través de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Hospital Policial, en el cual se encuentra un porcentaje de personas que declaran no atenderse regularmente que es significativamente mayor a los casos de ASSE, IAMC y seguros

Tabla10: Más allá de tener derechos en la institución, ¿se atiende regularmente en ella?

	ASSE	IAMC	Seg. Priv.	Pol./Mil.
SI	98,10%	98,10%	97,30%	76,30%
No, por no poder pagar tickets, etc.	0,00%	0,70%	1,70%	2,60%
No, por demoras excesivas	0,70%	0,20%	0,00%	0,80%
No, por distancia del lugar	0,10%	0,10%	0,40%	8,90%
No, otros	1,10%	0,80%	0,50%	11,30%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a ECH 2011 del INE.

privados. Un 8 por ciento de los potenciales usuarios declaran no atenderse por distancias excesivas con la institución, mientras que un 11 por ciento declara no atenderse por “otros”. En ambos casos se encuentra que la abrumadora mayoría de las personas que declaran este tipo de inconvenientes posee derechos de atención también en ASSE o en una IAMC. Debe destacarse que en los años posteriores a los referenciados en este artículo, en particular a partir del año 2013, tanto Sanidad Policial como Militar, comenzaron a controlar y corregir los casos de doble cobertura fundamentalmente para familiares de los funcionarios que obtenían cobertura FONASA.

En definitiva, no se encuentran datos a favor de la existencia de fuertes barreras de acceso a los servicios de salud por parte de la población. De todos modos el alcance de la pregunta de la ECH es limitado: simplemente indaga acerca de una primera barrera de acceso, en el sentido de analizar si la persona entrevistada en caso de necesitar atención concurre a la institución en la que declara poseer derechos de atención. Sin embargo, no pregunta acerca de las condiciones del acceso a esa atención médica necesaria, por ejemplo si en caso de ser recetados estudios, medicamentos, etc. por parte del médico, la persona en cuestión efectivamente pudo acceder a todos los tratamientos indicados. Tampoco aporta información cualitativa acerca de tiempos de espera u otras dificultades con las que se pudiera encontrar el usuario al momento de acceder al sistema, más allá de que efectivamente ese acceso se hubiera efectivizado.

3.10 Profundidad de la cobertura: Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)

En el contexto del presente documento, la importancia que tiene el concepto de cobertura prestacional, es decir, la dimensión representada por la profundidad de la cobertura, y que hace referencia a los servicios a los que tiene acceso la población, amerita una aproximación a la realidad actual en el país.

El punto de inflexión en cuanto a la cobertura prestacional en el Uruguay se puede identificar en el 2008, año en el que se aprobó el PIAS⁵⁵. Éste consiste en un catálogo de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales y para toda la población del país. Cabe mencionar que existen ciertas patologías de baja frecuencia, que ameritan intervenciones de alta complejidad -y elevado costo- que no son cubiertos por las IAMC, sino provistos por los IMAEs -públicos o privados- y financiadas a través del FNR. Esas prestaciones bajo la órbita del FNR también se encuentran incorporadas en el PIAS.

El catálogo quedó definido de forma tal que se pueden distinguir tres tipos de prestaciones: las incluidas en el catálogo (no precisan del proceso de normatización), aquellas prestaciones incluidas pero con el compromiso de normatizarse o protocolizarse a la mayor brevedad posible y, por último, las prestaciones no incluidas en el PIAS. Las prestaciones incluidas pero que se encuentran por normatizar serán de cobertura obligatoria a partir del momento en que el MSP emita sus respectivas guías o protocolos. Para ello se definió una metodología de trabajo que prioriza, en cuanto al orden para su normatización, aquellas prestaciones para las que se registra una alta frecuencia de consultas por parte de los usuarios y para las que se presentan una heterogeneidad de situaciones entre las distintas instituciones. A este respecto, cabe mencionar que toda prestación que no haya sido aun incluida (y normatizada) en el PIAS no se ve afectada por las políticas de regulación de tasas moderadoras definidas por el Poder Ejecutivo, por ende, queda a criterio del prestador la provisión del servicio, y en caso de hacerlo, quedará también a su criterio la fijación del precio a cobrar a los usuarios. Se plantea la necesidad definir en qué casos la incorporación, o re-incorporación, a la cobertura obligatoria requerirá de un financiamiento adicional con la correspondiente modificación de las cápitras.

55 | El PIAS fue aprobado por el Decreto N° 465/008 del Poder Ejecutivo en el mes de octubre de 2008.

En cuanto a la definición de nuevas incorporaciones al PIAS, se reconoce la conveniencia de una única puerta de entrada, mediante la cual se puedan canalizar las solicitudes de inclusión que surjan desde diferentes actores (decisores políticos, la academia, proveedores de tecnología, usuarios, etc.).

El proceso de construcción del catálogo enfrentó diversas dificultades y presenta una serie de limitaciones que hacen necesario continuar avanzando hacia su consolidación. Por una parte, el ritmo al cual es posible modificar el catálogo -con todos los procesos de estudio, consulta con expertos, discusión, y validación que hacen al proceso- conduce a pensar que su mecanismo de revisión y actualización no acompaña al dinamismo característico de los cambios en las prácticas médicas en la actualidad. Por otra parte, existen dificultades adicionales que acotan la profundización de la cobertura universal. En este sentido, se identifican, por un lado, las barreras económicas al acceso, ya que si bien las prestaciones incluidas en el catálogo están cubiertas por el seguro y provistas por los prestadores integrales del sistema, los usuarios -en la amplia mayoría de los casos- soportan parte del costo de dichos servicios. Por otro lado, es necesario recordar que el acceso real a los servicios también se encuentra comprometido por las “colas” o tiempos de espera; el tiempo transcurrido entre la solicitud y el acceso mismo a las prestaciones por parte del usuario, de ser extenso, compromete una accesibilidad de forma oportuna a los servicios, a la vez de configurar un desincentivo hacia las prácticas de prevención sanitaria, con su correlativa ineficiencia en la utilización de los recursos al interior del sistema de salud. Dadas las limitaciones inherentes a los sistemas de información con los que actualmente cuenta la autoridad sanitaria -y la mayoría de las instituciones-, no es posible obtener una medición confiable de los tiempos de espera. Sin embargo, se está empezando a implementar un nuevo sistema de agenda de consulta externa⁵⁶ que, por un lado, implica el acceso a las citas de consulta médica en un período mayor al que rige actualmente -que depende de los criterios de cada institución y varía para cada especialidad-, y por el otro permitirá una aproximación más certera, y comparable entre instituciones, del tiempo de espera de las consultas médicas.

4. Un análisis prospectivo sobre el camino hacia la cobertura universal.

4.1 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: Sanidad Policial y Militar

En la actualidad no existe un plan de acción con respecto al futuro de la cobertura de salud que brindan la Sanidad de las Fuerzas Armadas ni el Hospital Policial.

En el caso de la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA), dicha institución da cobertura a dos grupos de beneficiarios directos: por un lado, a aquellos funcionarios de las FFAA y sus familiares (cónyuges, hijos legítimos o naturales solteros menores de 21 años, hijos con discapacidad, menores legitimados, adoptados o en situaciones análogas aceptadas y padre y/o madre sin recursos propios). Por otro lado, existe otro grupo cuya cobertura no es extensiva a sus familiares, estos son los alumnos de las escuelas o institutos de formación Militar, los funcionarios civiles no equiparados al Ministerio de Defensa Nacional y de los organismos que lo integran en actividad o jubilación, los reservistas en situación de instrucción militar del propio Ministerio, siempre que la enfermedad se haya originado en actos de servicios o con motivo del mismo, y los pensionistas del servicio de retiros y pensiones de las FFAA. Con respecto al sistema de financiamiento, la Sanidad Militar se mantiene por fuera del SNS. Cuenta con un seguro de salud propio, que es financiado mediante los aportes de los militares en actividad, de los retirados y a través de

56 | Ordenanza N° 603, del 17 de octubre de 2012.

transferencias del Gobierno central (rentas generales). Este financiamiento se complementa con el pago de tickets y órdenes por parte de los usuarios. Las contribuciones de los beneficiarios del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, se calcula sobre la retribución básica de soldado de 2da pero el porcentaje de aporte varía según el rango militar de los beneficiarios (MSP, 2010b).

Por otro lado, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, cuyo proveedor es el Hospital Policial, brinda cobertura a policías en actividad, retirados, cónyuges e hijos de hasta 21 años de edad y con discapacidades sin límite de edad, y padres de policías cuyos ingresos sean inferiores a 2 salarios mínimos. Al igual que en el caso de Sanidad Militar, el financiamiento se basa en las contribuciones de policías en actividad y retirados (pasivos), transferencias desde el gobierno central, el pago directo de los hogares a través de copagos y otro financiamiento como la venta de servicios.

En ambos casos, la atención a los usuarios del interior se basa en la existencia de acuerdos con otras instituciones, ya que tanto el Hospital Militar como el Hospital Policial tienen una única sede, localizada en Montevideo. En el caso de las FFAA existe un acuerdo con ASSE, mientras que en el caso del Hospital Policial dicho acuerdo es con la Federación Médica del Interior que se hace operativo a través de las diferentes IAMC⁵⁷. En total, ambas instituciones brindan cobertura a unas 270.000 personas en todo el país en el año 2014.

A pesar de la importancia de este colectivo, en ninguna de las leyes que regulan los ingresos al FONASA se encuentra prevista su incorporación. En este sentido, su eventual no inclusión dentro del esquema general de protección social en salud estaría en contra del principio de mancomunación de fondos de la mayor cantidad de personas posible, permitiendo la coexistencia de diferentes subsistemas de salud para grupos determinados de la población. Inicialmente, una de las ideas que manejaba el gobierno era que en un horizonte mediano de tiempo ambos colectivos ingresaran al FONASA.

4.2 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: rentistas.

Según los datos de ECH del INE, existían en Uruguay en el año 2011 unas 12.000 personas que declaraban como condición de actividad económica ser exclusivamente perceptores de rentas. Representa un colectivo de personas de 14 y más años de edad que sin tener una ocupación en la que vierten su esfuerzo productivo a la sociedad, ni buscarla activamente durante el período de referencia elegido para la encuesta, cobran o perciben algún tipo de renta. Estos ingresos pueden provenir de rentas asociadas al capital físico, capital financiero, o algún otro tipo de inversión.

Si analizamos a este grupo de personas, los datos de la ECH 2011 muestran que casi un 30 por ciento pertenece a hogares del décimo decil de la distribución del ingreso, es decir, de los hogares con mayores ingresos. Si le sumamos el 9° y 8° decil, llegamos a más del 60 por ciento de este colectivo. Por lo tanto, se trata de un grupo que a priori no presenta una gran importancia para el Sistema de Salud general en términos de la cantidad de personas que representa, pero que muestra la peculiaridad de englobar personas pertenecientes a hogares de altos ingresos y que por lo tanto, en términos de la financiación del SNS, sí podrían representar un colectivo de una importancia relativa.

57 | En el Interior del país se realiza la atención a través de contrataciones con las IAMC pero estos convenios solo abarcan a policías y retirados. Los familiares se asisten en ASSE a través de un convenio con la Dirección Nacional de Sanidad Policial.

A su vez, si bien sería un estimado de 12.000 personas las que en el país obtienen ingresos exclusivamente provenientes de algún tipo de renta, es necesario tomar en cuenta que existe un número importante de personas que estando ocupadas o teniendo alguna otra fuente de ingresos, también perciben rentas como una fuente de ingresos adicional y no exclusiva.

En la ECH se toman en cuenta los siguientes tipos de rentas: alquiler de viviendas propiedad de algún miembro del hogar; arrendamiento de chacras o campos propiedad de algún miembro del hogar; ingresos por medianería sin haber trabajado; ingresos por pastoreo sin haber trabajado; ingresos por propiedad de ganado a capitalización por algún miembro del hogar; ingresos por intereses por depósitos, letras, bonos, préstamos a terceros, etc. y utilidades y dividendos en negocios en los que no se trabajó. En todos los casos dicha variable se releva a nivel del hogar y no de la persona y arroja que en unos 94.000 hogares (8 por ciento del total) algún miembro del hogar percibe algún ingreso por rentas.

En ambos casos, rentistas “exclusivos” o quienes cobran rentas entre otras fuentes de ingresos, las rentas no se encuentran entre las fuentes de ingreso que cotizan al FONASA. Hacer una estimación del monto global de ingresos que representan ambos colectivos sumados resulta demasiado arriesgado ya que las encuestas de hogares suelen ser una fuente de información bastante precaria para estimar los ingresos por rentas debido a la tendencia a la sub-declaración por parte de las personas. No obstante, en términos de la cantidad de personas u hogares que representan, los datos de la ECH muestran que el caso de lo que hemos llamado rentistas exclusivos no aparece como un colectivo muy importante en número. El panorama cambia radicalmente cuando tomamos a los diferentes tipos de renta como una fuente de ingreso más al interior de los hogares, llegando a un 8 por ciento de los ingresos y unas 237.000 personas.

La inclusión en el FONASA de este grupo de personas (inactivos rentistas) o tipo de ingresos (rentas como fuente de ingresos de algunos hogares) no se encuentra previsto en ninguna de las leyes que regula el funcionamiento del SNIS. Sin embargo, es importante tomar en cuenta, desde el punto de vista del financiamiento, que la reforma del sistema de salud uruguayo se enmarca en un proceso de reformas más generales del país que dieron comienzo en el año 2005 con la asunción del primer gobierno de un partido de izquierda en la historia del Uruguay. Otro de los pilares de dicho proceso, al que se le dio el nombre de “Plan de Equidad”, fue la profunda reforma del sistema impositivo. Sobre la base de un aumento del peso de los impuestos directos en la recaudación impositiva global, la mayoría de los diferentes tipos de rentas como fuente de ingresos sí se encuentran gravadas en la actualidad. En este sentido, analizar su exclusión como fuente de aportes al FONASA aisladamente resultaría incorrecto tomando en cuenta que los impuestos generales también representan una de las fuentes de financiamiento del SNS.

4.3 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: trabajadores de intendencias.

Otro colectivo para el cual no se avizora un ingreso al FONASA en el corto plazo lo constituyen los trabajadores de las 19 intendencias que existen en el país y sus familiares. En total, según estimaciones del MSP provenientes de la nómina de trabajadores que informa el BPS, serían unos 33.500 potenciales beneficiarios directos, lo que representa a algo más del 85 por ciento del total de los trabajadores de los gobiernos departamentales. A su vez, es necesario estimar la cantidad potencial de menores a cargo y cónyuges que quedarían adscriptos al FONASA al ingresar este colectivo.

Al no contarse con información administrativa respecto a cuántos menores se encuentran a cargo de cada funcionario y si, a su vez, cuentan o no con cobertura del FONASA⁵⁸, así como tampoco de la cantidad de cónyuges que tampoco se encuentren incluidos actualmente en el FONASA, la estimación acerca del total de personas que potencialmente podrían pasar a cotizar al fondo se dificulta. Desde el MSP se optó por intentar estimar la cantidad de menores a cargo y no así de cónyuges. Esta estimación se realiza a partir de la ECH del INE y presenta además dos dificultades adicionales: primero, la ECH permite determinar la cantidad de menores en el hogar del trabajador y no estrictamente la cantidad de menores “a cargo”. Segundo, no es posible establecer con claridad si estos menores cuentan o no con cobertura FONASA. Esto se debe a que la forma en que está diseñada la pregunta en la encuesta no permite discriminar correctamente la cobertura FONASA de otras que estén asociadas al empleo de los padres. Dichas estimaciones arrojan una cantidad de entre 17.700 y 32.000 potenciales menores, los cuales sumados a los trabajadores activos completaría un total de entre 51.000 y 65.000 personas aproximadamente.

A su vez, al interior de este colectivo existen importantes diferencias acerca de los beneficios y aportes que actualmente reciben los trabajadores y sus familiares con respecto a cobertura de salud. Esto genera un panorama heterogéneo sobre la voluntad de las diferentes agrupaciones de trabajadores de las 19 intendencias de incorporarse como cotizantes al FONASA. En la Intendencia de Montevideo, que nuclea aproximadamente al 20 por ciento del total de trabajadores, existe un convenio que data del año 1994. Dicho convenio otorga cobertura de salud a todos los funcionarios municipales, de la Junta Departamental, a sus cónyuges e hijos y a jubilados y pensionistas de la comuna, con un sistema de aportes netamente beneficioso con respecto a los aportes que les corresponderían realizar a dichos beneficiarios si fueran incluidos en el FONASA con las respectivas tasas de aportes vigentes. Además, dichos beneficiarios acceden a un conjunto de prestaciones diferencial por suscribir dicho convenio. Sin embargo, la situación no es igual en el resto de las Intendencias, ya que existe una variedad de sistemas de cobertura de la salud de los trabajadores, según el departamento.

Resumir los diferentes sistemas de aportaciones y tipo de cobertura de salud que reciben los trabajadores de las 19 intendencias excede los objetivos de este trabajo, pero sí se pretende dar una idea de la magnitud del colectivo de trabajadores y sus familiares y del complejo panorama que plantea su eventual incorporación al FONASA. En este sentido, no se vislumbra aun una propuesta concreta acerca del camino a seguir en términos de la incorporación de este colectivo al seguro.

4.4 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: hogares sin vinculación con el sector formal de la economía.

Otro tema que reviste una gran importancia es el análisis de los hogares que no cuentan con ningún miembro que posea un empleo formal por el cual cotice al sistema de protección social en salud del FONASA.

La consecución del objetivo de cobertura universal en salud en el Uruguay se basa a grandes rasgos en un contingente grande de hogares y personas que contribuyen a un fondo común y que pueden elegir el prestador en el que deseen atenderse (se pretende llegar a alrededor de un 75 por

58 | *Téngase en cuenta que los menores hijos de trabajadores municipales podrían ya contar con el beneficio en virtud, o bien de que el funcionario municipal en cuestión posee cobertura FONASA a partir de otro empleo, o bien por ser su otro padre o encargado beneficiario.*

ciento del total de la población adscrita al FONASA en 2016) y otro contingente de hogares y personas que no contribuye a este fondo pero cuya cobertura de salud se encuentra garantizada por el principal prestador público y su amplia red de atención en todo el país: ASSE, o una minoría al interior de este grupo que paga directamente una cuota de afiliación individual a alguna institución privada.

Los datos de la ECH muestran que existían en el año 2011 un total estimado de 217.000 hogares cuyo jefe de hogar declara no realizar aportes a una caja de jubilaciones en su empleo principal, de los cuales un 25 por ciento aproximadamente son considerados hogares pobres según la línea de pobreza 2006⁵⁹. El hecho de que existan hogares que no poseen una vinculación directa con el sector formal de la economía plantea la disyuntiva acerca de la deseabilidad de su inclusión en el FONASA, con la consiguiente libertad de elección con respecto al prestador de salud en el cuál deseen atenderse los miembros de dichos hogares o el mantenimiento de la situación actual. Sin abordar detalladamente los aspectos financieros, podemos mencionar algunos aspectos positivos y algunos aspectos negativos de ambos caminos posibles.

Una eventual adscripción al FONASA de las personas que no están incluidas y que se atienden en ASSE podría generar un importante incentivo a la mejora de la gestión de las diferentes unidades ejecutoras de la red de dicho prestador en todo el país. Esto podría ser el resultado de pasar a recibir una modalidad de ingresos ajustados por riesgo del perfil de usuarios que atiende (mecanismo de cápitás) y competir con el resto de los prestadores en la captación de usuarios. Sin embargo, seguir este camino implicaría necesariamente un proceso gradual que entre otras cosas no permita la movilidad inmediata de los eventuales usuarios de ASSE que ingresaran al FONASA hacia otras instituciones debido al perjuicio (por ejemplo financiero para ASSE) que podría generar un movimiento masivo de usuarios desde ASSE hacia las IAMC. De todos modos, tampoco es posible prever de antemano si este tipo de movimiento se daría en la práctica, ya que ASSE provee un conjunto de prestaciones dirigidas especialmente a los sectores más vulnerables de la población que exceden aquellas que obligatoriamente deben brindar el resto de las instituciones.

El mantenimiento de la situación actual requiere de un fortalecimiento institucional de ASSE que genere una mejora en la atención brindada a la población, situándolo en un plano de igualdad con el sector IAMC para disminuir inequidades. Este proceso de fortalecimiento de ASSE se está procesando en el presente. Su presupuesto se ha visto incrementado sostenidamente en términos reales desde el año 2005, así como también la proporción que se destina a inversiones (nuevas inversiones, fortalecimiento del primer nivel de atención, descentralización, aumento de la planilla de funcionarios, etc.). Si a esto sumamos la sostenida disminución en la cantidad de usuarios de ASSE que se procesó en el mismo período (ver sección 4), el resultado es un importante aumento de los recursos por usuario. Sin dudas esto representa un avance en términos de equidad que se ve reflejado en la caída de la relación entre el gasto per cápita en el sector privado y en el sector público. Según las Cuentas Nacionales de Salud, en el año 2005 el gasto per cápita de las IAMC era 3,5 veces el de ASSE, mientras que las estimaciones realizadas por el MSP muestran que para el año 2012 esa relación cayó a 1,3.⁶⁰

59 | Esto representa una primera aproximación al concepto de informalidad del hogar ya que otro miembro puede ser cotizante de la seguridad social más allá del jefe/a. Además, el propio jefe/a puede cotizar a la seguridad social por otro empleo que no sea el principal.

60 | Olesker, D, Bérigolo, M y Leites, M (2002) *Los uruguayos pagamos más pero el Sistema Mutual está en emergencia. Un informe científico sobre una década perdida 1990-2000. Federación Uruguaya de la Salud - Instituto Cuesta Duarte PIT-CNT.*

Sin embargo, el papel de ASSE en todo el proceso de cambio del sistema de salud uruguayo no parece claro, y tampoco resulta claro a primera vista que el aumento de los recursos por usuario disponibles en dicho prestador necesariamente hayan redundado en una sensible mejora de la atención percibida por la población usuaria.

5. Consideraciones finales

La ley de creación del SNIS vigente a partir del año 2008, establece en su artículo 1º, “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país” y luego define dentro de las competencias del MSP el aseguramiento del “acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país”. Por lo tanto, puede marcarse como punto de inicio del camino de nuestro país hacia la cobertura universal la creación del SNIS y del Seguro Nacional de Salud el 1º de enero de 2008.

La segmentación y la fragmentación, problemas estructurales a los que se enfrentaron la mayoría de los sistemas de salud de América Latina, y que fueron profundizados por las reformas neoliberales de la década del 90, configuraban parte del marco preexistente al que la Reforma se enfrentó.

La segmentación de la cobertura encontraba su expresión en la co existencia de: un sistema de seguridad social que brindaba cobertura a los trabajadores privados; trabajadores públicos y algunos privados (los de mayores ingresos) con sus propios seguros de salud todos con diferentes tipos y niveles de cobertura; un subsistema privado al que accedían los individuos con ingresos suficientes como para hacer frente al pago de una cuota de prepago; la Sanidad Militar y Policial, con cobertura para militares y policías y sus familias; y un sistema público “pobre y para pobres”. Esta realidad daba lugar a la existencia de importantes inequidades, no sólo en el plano de las prestaciones a las que se accedía, sino también inequidades en cuanto al financiamiento y el acceso a los servicios.

La fragmentación de la atención, en tanto, era otra de las características que se desprendía de un modelo que se presentaba como hospital o céntrico, asistencialista y curativo, lo cual también daba lugar a dificultades en el acceso a los servicios en el momento oportuno.

La Reforma sanitaria que se encuentra en proceso en el Uruguay desde el inicio del primer gobierno de un partido de izquierda en 2005, ha llevado adelante diferentes acciones que han implicado claros avances para el país en el camino hacia el acceso y la cobertura universal en salud. El primer mojón, y el fundamental, fue la creación del SNS, financiado por un fondo único, público y obligatorio: el FONASA. Junto a esta importante acción se procedió también al fortalecimiento de los fondos públicos destinados a la ASSE.

Estos cambios en el modelo de financiamiento del sistema han logrado una mayor protección financiera de la población; se han disminuido las inequidades existentes mediante la caída del gasto privado y el aumento de los recursos públicos.

En cuanto a la cobertura prestacional, es decir la dimensión que refiere a los servicios a los que se accede, se aprobó en el año 2008 el PIAS. Este consiste en un catálogo de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales.

En lo que refiere a los avances en materia de cobertura poblacional en el Uruguay, se presenta el camino que se ha recorrido hasta el momento así como lo que queda por recorrer y las necesarias definiciones que deben tomarse a nivel del gobierno para continuar con este proceso.

A nivel agregado, podemos decir que la cantidad de personas incluidas en la matriz de protección social en salud más que se triplicó, pasando de un poco más de 600.000 amparadas por la ex DISSE a más de 2 millones incluidas en el FONASA en la actualidad. Este aumento presenta al menos dos características salientes. Primero, afectó a los menores de 18 años de edad más que a ningún grupo etario. Mientras que en el año 2006 este grupo representaba menos del 1 por ciento de la población amparada por DISSE en el presente representan algo más del 30 por ciento de la población FONASA. Segundo, el conjunto de hogares de menores ingresos es el que más beneficiado se vio con este aumento de la cobertura de salud a través de la seguridad social. Con el antiguo régimen apenas un 3 por ciento de las personas pertenecientes a hogares del primer decil de la distribución del ingreso accedían a la cobertura de DISSE. En el 2011 este porcentaje más que se quintuplica pasando a más del 16 por ciento. Un fenómeno similar se observa al analizar los cambios al interior del 2° y 3er decil. De lo anterior se concluye que el aumento de la cobertura de salud a través de la seguridad social, si bien fue generalizado, se centró básicamente en las personas más jóvenes y pertenecientes a los hogares de menores ingresos.

A las personas actualmente incluidas en el FONASA se debe sumar el contingente de pasivos y cónyuges cuyo ingreso se encuentra previsto hasta el 2016. Para ese momento, se plantea llegar a un total de 2,5 millones de personas que representa a algo más del 75 por ciento de la población total del país. A partir de ahí, se hace necesaria la definición del escenario futuro. Por un lado, se debe terminar de delinear el ingreso de algunos colectivos de trabajadores aún excluidos, como los de los gobiernos departamentales, así como también el de aquellas personas inactivas que perciben alguna forma de renta como ingreso o que, aun trabajando activamente, también perciben rentas. Por otro lado, resta definir si el avance en el aseguramiento a través del FONASA alcanza a los hogares que no poseen ninguna vinculación con el sector formal de la economía y que por lo tanto no aparecen como posibles cotizantes a la seguridad social. Una posibilidad para continuar en esta dirección, con sus ventajas y desventajas, es la incorporación de todos los usuarios de ASSE al FONASA.

Bibliografía

BPS (2004). Seguros convencionales de enfermedad su incidencia en las finanzas del BPS. Comentarios de Seguridad Social N° 5, Octubre-Diciembre 2004.

Casares, Luis (2004). Prestaciones de Salud del Banco de Previsión Social Un análisis de su financiamiento, equidad y eficiencia. Banco Mundial.

Fuentes, Guillermo (2010). El Sistema de Salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 19 N°1, ICP Montevideo.

MSP (2010a). Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, División Economía de la Salud. MSP- OPS.

MSP (2010b). Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Olesker D, Bérgholo M y Leites M (2002) Los uruguayos pagamos más pero el Sistema Mutual está en emergencia. Un informe científico sobre una década perdida 1990-2000. Federación Uruguaya de la Salud - Instituto Cuesta Duarte PIT-CNT.

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la Cobertura Universal. Ginebra: OMS, 2010

OPS (2010). Contribuyendo al financiamiento sostenible de Sistemas de salud de Cobertura Universal, Memorias de la I Conferencia Internacional de Aseguramiento Universal en Salud.

Oreggioni I, Rivas L (2014). Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010. Uruguay. División de Economía de la Salud (DES). Montevideo : Ministerio de Salud Pública 2014.

Comentario:

Contribución del SNIS al fortalecimiento de la matriz de protección social.

Hugo Bai

Luego de la profunda crisis económica y social vivida en los años previos y tras su triunfo electoral en 2005, el Frente Amplio impulsó transformaciones importantes en la matriz de protección social. En el campo de la salud, el deterioro se arrastraba por lo menos desde los años 90, con prestadores privados deficitarios y fuertemente endeudados, con diversas inequidades vinculadas a la cobertura, el acceso y el financiamiento y con un subsector público jaqueado por la falta de recursos. Pese a eventuales diferencias o matices en cuanto a sus contenidos, existía un amplio consenso en la necesidad de una reforma de carácter estructural del sistema.

En ese contexto se discute e implementa la reforma de la salud, que entre otras metas se propone asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud orientados por principios de equidad, modificando los modelos de atención, de gestión y de financiamiento. Como bien se señala en el artículo, las características históricas del modelo de protección social y del sistema de salud uruguayo son claves para comprender una reforma que, a través de un esquema de financiamiento más solidario, se propuso avanzar en la universalización de acceso a la cobertura.

La reforma, que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) dentro del cual operaría el seguro de salud (SNS), se apoyó en la ex DISSE y continuó ampliando su cobertura a partir del vínculo de las personas con la economía formal. La relación directa entre registro a la seguridad social y cobertura de salud por intermedio del FONASA, determinó que quedara excluido del seguro el sector informal que, de todas formas, quedó amparado en el SNIS a través del prestador público, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). A su vez, más allá de permitir la libre elección entre sector público o privado, el deterioro y las carencias históricas del primero así como el fuerte vínculo de las IAMC con la Seguridad Social y su arraigo para amplios sectores de la sociedad, promovieron que la ampliación de la cobertura se apoyara notoriamente en el sector privado social o mutual.

Para hablar de cobertura universal, es fundamental apelar a las tres dimensiones mencionadas por la OMS: la poblacional, la financiera y la referida a la profundidad de la cobertura. Un análisis sobre la universalización de la misma no puede obviar ni el tipo de financiamiento ni la cantidad y calidad de las prestaciones a las que acceden los distintos individuos. En este sentido, la reforma de salud uruguaya incorporó explícitamente un enfoque basado en la equidad, que consiste en que cada ciudadano reciba atención de acuerdo a sus necesidades y contribuya al financiamiento de acuerdo a sus posibilidades. Por tanto, resulta interesante analizar los resultados alcanzados por la reforma y sus perspectivas bajo esta mirada, considerando las dificultades económicas, sociales y políticas que acompañaron la ampliación de la cobertura hacia determinados colectivos, y evaluando la mayor o menor progresividad alcanzada por el esquema de financiamiento.

Un primer elemento a destacar es el notable aumento en la cantidad de personas que lograron acceder a cobertura integral en salud a partir de su incorporación al Seguro Nacional de Salud creado en 2007. Partiendo de 586.000 beneficiarios amparados por la ex DISSE en 2005, la reforma de la salud permitió que en diciembre de 2014 fueran casi 2.370.000 las personas cubiertas en salud a través de la seguridad social, proyectándose que en 2016 lleguen a los 2.500.000. Es un crecimiento muy importante que indudablemente configura un cambio estructural en el sistema de salud nacional, representando un avance trascendente hacia el objetivo de universalizar la cobertura.

Inicialmente, este categórico crecimiento cuantitativo estuvo impulsado fundamentalmente por los menores de edad, uno de los colectivos más vulnerables y con mayores niveles relativos de pobreza. Mediante un aporte adicional del 3% del sueldo, los asalariados pudieron dar cobertura a todos sus hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad, lo que resultó relativamente más beneficioso para aquellos con menores remuneraciones y hogares más numerosos. Para quienes no tenían menores a cargo, el aporte adicional fue de 1,5% lo que si bien implicó una contribución solidaria sin un beneficio directo presente, configuró un primer indicio de aporte diferencial según la prestación o beneficio recibido. Reforzando el contenido solidario de la reforma, para los trabajadores de ingresos muy bajos no hubo aporte adicional.

Diversos estudios han dado cuenta del efecto distributivo positivo de esta primera etapa de la reforma que también amplió la cobertura a trabajadores públicos que no la tenían y otorgó la opción a jubilados de menores ingresos (Bai, 2008; Arim et al, 2008; Llambí et al, 2010). Buena parte de la caída en la desigualdad de ingresos registrada a partir de 2007 se debe al fortalecimiento de la matriz de protección social, en el que la reforma de la salud tuvo un rol preponderante.

A partir de 2010, en el marco del segundo gobierno del Frente Amplio, el desafío de avanzar en la universalización del SNS se tornó más complejo, al menos en dos sentidos. Por un lado, se proyectó ampliar la cobertura a la totalidad de los pasivos, lo que requería un considerable volumen de recursos fiscales debido al mayor valor relativo de sus cápitas. Por otro lado, estaba pendiente la incorporación al FONASA de algunos colectivos de ingresos relativamente altos como los profesionales, que en

muchos casos preferían pagar la cuota de su bolsillo o los trabajadores nucleados en algunas cajas de auxilio que, tal como se describe en el artículo, en muchos casos usufructuaban de regímenes propios con prestaciones superiores a las brindadas por la seguridad social general. El tercer gran colectivo considerado en este período fue el de los cónyuges de trabajadores, promoviéndose su incorporación mediante un aporte adicional de 2%.

Debido al costo fiscal involucrado, tanto la ampliación de la cobertura a los pasivos como a los cónyuges fue gradual, privilegiándose a la población considerada más vulnerable. En el primer caso, se priorizaron las pasividades más bajas mientras que, en lo que respecta a los cónyuges, se tuvo en cuenta en primer término a los provenientes de hogares más numerosos. Siempre dentro del marco de la economía formal, cabe resaltar una vez más que, al momento de avanzar en la ampliación de la cobertura, primó la preocupación por priorizar a la población más vulnerable.

En el caso de los profesionales y las Cajas de Auxilio, colectivos notoriamente superavitarios, su incorporación al FONASA no fue sencilla y se dio en el marco de complejas negociaciones. Teniendo en cuenta la equidad en el financiamiento del sistema, una eventual exclusión de estos sectores hubiera significado un fuerte retroceso que posiblemente hubiera puesto en cuestión la viabilidad y perspectivas de la reforma. La noción de un seguro social en salud requiere de la participación obligatoria de todos, con independencia de su nivel de riesgo o capacidad contributiva. Aceptar que quienes poseen mayor capacidad contributiva puedan quedar al margen por acceder a iguales o mayores prestaciones a un menor costo individual, no sólo determina peores prestaciones para el conjunto de los beneficiarios participantes del seguro sino que fulmina la propia esencia del mismo.

En este sentido, un primer rasgo a considerar es el éxito de la reforma al haber logrado incorporar a estos colectivos al SNS, no solo por lo que esto representa en términos de avance en la universalización de la cobertura sino, fundamentalmente, en términos de equidad. Mucho se discutió acerca de la supuesta "igualación hacia abajo" que esto podía representar. Cabe señalar al respecto que, en el marco de un seguro social de salud, la exclusión de los sectores con mayor capacidad contributiva limita la posibilidad de mejorar las prestaciones del conjunto de beneficiarios, por lo que convalidar su ausencia supone abstraerse de su efecto inequívocamente "desigualador"⁶¹.

Un segundo aspecto a destacar tiene que ver con algunos cambios que se instrumentaron en el sistema a partir del ingreso al FONASA de estos colectivos. Por un lado, puesto que las Cajas de Auxilio tenían topes bastante más elevados que el BPS para el seguro por enfermedad, se resolvió incrementar progresivamente el tope del BPS. Esta modificación, que benefició a todos los trabajadores del país, supuso un avance colectivo muy importante en una prestación particularmente sensible. Además, en las negociaciones se acordó mantener la figura de las Cajas de Auxilio para prestaciones no obligatorias por el SNS y se estableció que los aportes de esos trabajadores al FONASA se volcaran gradualmente hasta completar el 100% a comienzos de 2015.

⁶¹ | Naturalmente, su incorporación no impide que mediante financiamiento adicional al del Seguro se puedan mantener prestaciones no obligatorias.

El otro cambio relevante que viabilizó el ingreso de estos colectivos fue la denominada “devolución FONASA” que operó para el conjunto de los beneficiarios. La iniciativa de establecer un tope a los aportes realizados –calculado a partir del número de amparados por dicho aporte-, implicó un retroceso en cuanto a la equidad en el financiamiento del sistema. Más allá de que estos topes se incrementaron un 25% por un criterio de solidaridad, el seguro social resignó buena parte de la solidaridad que caracteriza a estos regímenes, al distanciarse del principio según el cual cada beneficiario aporta de acuerdo a sus posibilidades.

Con esta modificación al esquema de financiamiento, a partir de ciertos niveles de ingreso los aportes ya no son proporcionales al mismo sino que se realizan de acuerdo al beneficio recibido por el aportante. Para trabajadores con salarios de \$ 200.000 sin menores a cargo, esto implica una devolución anual de casi \$ 90.000, llevando la tasa efectiva de aporte a 1,1% en lugar del 4,5% que aportan la mayor parte de los trabajadores. En caso de tener pareja también aportante y dos hijos, la devolución anual para esos sueldos asciende a casi \$ 100.000 y la tasa efectiva de aporte es de 2,2%, alejada del 6% que establece la normativa⁶². Si bien esta segunda ampliación de la cobertura del FONASA procesada a partir de 2011 también tuvo un efecto redistributivo positivo, el régimen de devoluciones propuesto le restó progresividad al concentrar esas transferencias entre los sectores de más altos ingresos. (Aicardi et al. 2012).

En relación a la profundidad de la cobertura, la reforma de la salud promovió cambios positivos que deben consolidarse. En primer lugar, se logró establecer un catálogo de prestaciones obligatorias (PIAS), que si bien actualmente presenta limitaciones, configura un avance al ofrecer mayores garantías en el cumplimiento de los derechos del usuario. Además, se promovió la priorización del primer nivel de atención y se establecieron pagos por metas asistenciales a los prestadores, incentivando controles y seguimiento a embarazadas, recién nacidos, etc. Asimismo, se instrumentaron programas en áreas tales como salud mental, salud rural, reproducción asistida y otras, lo cual ha tendido a profundizar el alcance de la cobertura.

Al ahondar sobre posibles causas que podrían dificultar el acceso a las prestaciones, el trabajo muestra que es mínima la proporción de personas que, teniendo derecho, no se atienden en el prestador elegido. Si bien un 80% hizo la opción en el sector IAMC, de acuerdo a estas respuestas los copagos no estarían oficiando como una primera barrera al acceso. De todas maneras, como bien se señala, para complementar el análisis sería necesario indagar si efectivamente la persona accedió a la totalidad de los estudios, medicamentos y tratamientos indicados.

Un aspecto interesante que requiere un estudio más profundo es el incremento de 4 puntos porcentuales registrado en la participación de beneficiarios del FONASA que se atienden en ASSE entre 2011 y 2014. Si bien el fenómeno puede responder a distintas causas, es factible que una de las

62 | Las cifras corresponden a la devolución FONASA de 2014.

más importantes radique en los copagos. Si bien los mismos se han regulado y moderado, es posible que configuren una restricción de peso para los sectores de menores ingresos, obligándolos de hecho a mantener su atención en el sector público.

Observando el perfil actual de la población beneficiaria del FONASA, uno de los principales logros respecto a la situación de la antigua DISSE es el crecimiento de la proporción de menores de edad con derecho a atención integral en salud. Este cambio cualitativo en materia de cobertura resulta fundamental y estratégico desde una perspectiva de desarrollo. En claro vínculo con la inclusión de los menores, el trabajo muestra el sesgo progresivo de la reforma: los beneficiarios cubiertos por el SNS crecieron relativamente más entre las personas de menores ingresos gracias a lo cual una proporción mayor accedió a los servicios del subsector privado.

Un análisis sobre la universalización de la cobertura exige poner la mira en quienes actualmente no integran el FONASA. En primer lugar, se destacan esas 89.000 personas que declaran no poseer cobertura pese a que teóricamente el derecho de atención involucra a la totalidad de los ciudadanos. El documento maneja algunas hipótesis que parecen plausibles para explicar el fenómeno. No obstante ello, es probable que el mismo pueda estar sobredimensionado al ser abordado a partir de una encuesta de autopercepción que siempre incorpora inconsistencias y respuestas erróneas, en muchos casos por desconocimiento.

En segundo lugar, es preciso considerar a los colectivos que sí cuentan con cobertura pero por fuera del SNS. Más allá de las complejidades que puede suponer el incorporar sus estructuras públicas dentro del esquema actual de los prestadores que integran el SNS (en particular ASSE), sería deseable que los 270.000 usuarios de Sanidad Policial y Militar se integraran con un régimen de aportes igual al del resto de la ciudadanía y contando con los mismos derechos, incluido el de poder elegir prestador. En el caso de los trabajadores de las intendencias, que en algunos departamentos como Montevideo accede a un paquete de prestaciones más alto a partir de un sistema de aportes más beneficioso con respecto al del FONASA, es necesario impulsar su ingreso intentando, al igual que con las Cajas de Auxilio, avanzar en la universalización del seguro social sin que ello suponga un recorte significativo en materia de prestaciones conquistadas por los trabajadores.

Los rentistas exclusivos, fuertemente concentrados en hogares de altos ingresos, son pocos y seguramente, en su gran mayoría o en su totalidad, cuentan con cobertura integral o por lo menos con buenas posibilidades de acceso a atención en salud. Si bien sería deseable que al igual que las rentas del trabajo esta clase de ingresos contribuyeran también al FONASA, también parece legítimo sostener que puedan hacerlo indirectamente a través de los impuestos generales, que son una fuente más de financiamiento del sistema de salud. En todo caso, tan o más amplio e importante que el anterior es el debate sobre cómo dotar de mayor equilibrio y equidad al sistema tributario doméstico, instrumentando mayores contribuciones y menores exoneraciones a las rentas del capital.

Por último, permanecen por fuera del seguro los hogares sin vínculo formal con la economía. Se trata mayoritariamente de un colectivo altamente vulnerable que de todas formas cuenta con acceso garantizado

a ASSE. La reforma promovió para esta población un fortalecimiento del prestador público, mejorando significativamente sus recursos per cápita y aproximándolos a los niveles del subsector privado. Sin embargo, como bien se señala, no resulta claro que esto haya mejorado notoriamente la calidad de la atención, algo que indudablemente configura uno de los principales desafíos actuales en términos de equidad.

En síntesis, la reforma de la salud fue y sigue siendo una de las principales transformaciones impulsadas por los gobiernos de izquierda, contribuyendo decisivamente a fortalecer la matriz de protección social del país. Entre muchos otros logros, el significativo avance en la universalización de la cobertura implicó mayor equidad y solidaridad, especialmente al otorgar atención integral a unos 600.000 menores de 18 años. Ese sesgo pro niño sumado a la incorporación de otros colectivos vulnerables, determinaron que la reforma haya tenido un carácter claramente progresivo que ayuda a explicar la caída en la desigualdad de ingresos registrada en los últimos años. Como toda reforma en proceso presenta déficits y desafíos. Entre los primeros se destaca la devolución FONASA con la que se resignó parte de su componente solidario. Con relación a los desafíos vinculados a la cobertura, se debe promover la incorporación de los colectivos aún restantes y consolidar las mejoras en el sector público que configura sin duda un prestador estratégico en el marco del SNIS.

Bibliografía

Aicardi M. L., Graña M. J., Piñeiro L. (2012). Impacto distributivo de las modificaciones introducidas a la Reforma de la Salud en el año 2011. Trabajo para la obtención del título de Licenciado en Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República.

Arim et al., en el ámbito de OPP, Unidad de Evaluación Prospectiva de Políticas Públicas, Área de Políticas Sociales (2008). El impacto conjunto de las Reformas Estructurales y algunos componentes de la Red de Asistencia e Integración Social del Plan de Equidad, sobre la pobreza y la distribución del ingreso.

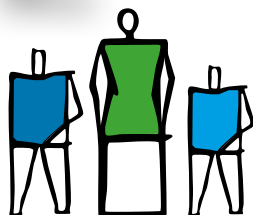
Bai H. (2008). Impacto de la reforma de la salud sobre la distribución del ingreso y la pobreza. Trabajo monográfico para la obtención del título de Licenciado en Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República.

Llambí C., Oddone G., Perera M. y Velázquez C. (2010). Estudio sobre el impacto distributivo del gasto público social en Uruguay. BID, División de protección social y salud, Notas técnicas IDB-TN-189.



III. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo

Ida Oreggioni



Artículo resumen del documento “Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo” Victoria Arbulo, Juan Pablo Pagano, Gustavo Rak, Laura Rivas. Coordinadora: Giselle Jorcin. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre 2012⁶³

Introducción

El proceso de cambios que ha experimentado el esquema de financiamiento del sistema de salud de Uruguay, es fundamental en el camino hacia la consolidación de la cobertura universal y tiene como marco la reforma del sistema de salud que comenzara en 2005 y que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en el año 2007 y luego el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y al Seguro Nacional de Salud (SNS) en 2008. La evaluación de los avances de este proceso en el modelo de financiamiento, así como su correlato en términos de cobertura poblacional, permitirá extraer enseñanzas que luego redunden en nuevos avances hacia la cobertura universal.

Las distintas etapas de la reforma de la salud en Uruguay se caracterizan por cambios muy relevantes en el esquema de financiamiento, que han sido acompañados por respectivas modificaciones en cuanto a la cobertura poblacional (cobertura horizontal) y la profundidad de la cobertura (prestaciones). Por esta razón el documento en el que se basa este artículo se acompaña de otro cuyo objetivo es el análisis de los avances en materia de cobertura poblacional en el SNIS, es decir, en la dimensión horizontal de la cobertura.

63 | El presente artículo recoge mayoritariamente la redacción textual del documento original. El resumen y las modificaciones del texto necesarias para su versión final cuentan con la aprobación de los autores. Algunos datos fueron actualizados.

El marco conceptual que orienta el análisis refiere al concepto de cobertura universal y su vinculación a la definición de la salud como derecho y al concepto de equidad, así como su relación con las principales nociones sobre el financiamiento en los sistemas de salud. Se presenta entonces la evolución del financiamiento de la cobertura en salud hasta la entrada en vigencia de la Reforma, partiendo de los antecedentes y el surgimiento de la cobertura a través de la seguridad social, y realizando una caracterización de la cobertura de salud desde la perspectiva institucional y de su financiamiento. A partir de allí se resumen los principales elementos de diagnóstico que volvían pertinente un proceso de transformaciones profundas en el sistema. Se describe luego el modelo de financiamiento del SNIS y se plantean los elementos de economía política que incidieron en las opciones tomadas, para exponer a continuación la estructura que adoptó el financiamiento de la cobertura en salud una vez consolidada la reforma. Adicionalmente se esbozan las políticas de regulación de tasas moderadoras llevadas a cabo en el proceso de transformaciones y que son el objeto de análisis de otro artículo presentado en este libro, en base a un documento del Ministerio de Salud Pública (MSP) del año 2013⁶⁴. Finalmente se ofrece una mirada hacia el futuro, presentando algunas estimaciones preliminares en relación al costo fiscal de la incorporación de nuevos colectivos, y planteando algunos tópicos de discusión desde una mirada prospectiva en relación a la ampliación de la cobertura, el ajuste del mecanismo de pago del SNS y los riesgos de sustentabilidad del sistema.

1. Revisión del marco conceptual.

El concepto de cobertura universal implica reconocer la salud como un derecho universal y por tanto la obligación del Estado de asegurar su ejercicio pleno. Las estructuras legales deben entonces estar originadas y motivadas por esta premisa, reconociendo a la vez la determinación estructural y extra sectorial de las condiciones de salud de la población.

La protección financiera entendida como el acceso equitativo a la atención en salud independientemente de la capacidad de pago de la persona, es una de las tres dimensiones de la cobertura universal definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del año 2010 “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”. Las restantes dos dimensiones hacen referencia a la cobertura poblacional y la cobertura prestacional.

La atención en salud será equitativa siempre y cuando el individuo reciba atención según sus necesidades -lo que implica equidad en cobertura, acceso y uso- y contribuya al financiamiento de esa atención según su capacidad de pago. La dimensión de la cobertura universal relativa a la protección financiera permite lograr una aproximación más integral, que dé cuenta de la población cubierta por el sistema, las prestaciones a las que esta población tiene derecho, y las facilidades o dificultades al acceso a los servicios desde el punto de vista financiero.

El financiamiento en los sistemas de salud y la cobertura universal

Si bien se reconoce que no hay una única forma de promover y preservar la salud y que algunas se encuentran por fuera de los límites del sector proveedor de servicios sanitarios, el acceso oportuno a éstos últimos juega un papel decisivo. Por lo tanto, los sistemas de financiación deben diseñarse

64 | Rivas L, Farina S, Oreggioni I (2013) *Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera*. MSP. OPS

específicamente para proporcionar a toda la población el acceso a los servicios sanitarios necesarios con la calidad suficiente para que sean eficaces, garantizando además, que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras⁶⁵. (OMS, 2010)

“La financiación sanitaria es mucho más que recaudar dinero para la salud. También es una cuestión de a quién se le pide que pague, cuándo se paga y cómo se gasta el dinero recaudado” (OMS, 2010). Es decir, el financiamiento de salud involucra básicamente tres funciones: recaudación de ingresos, unificación de los recursos y compra de servicios de salud.

La recaudación de ingresos es la forma en que se recauda el dinero para pagar los gastos del sistema sanitario. Los recursos se pueden obtener por medio de impuestos generales o específicos, contribuciones obligatorias a seguros de salud de carácter social (a través de la seguridad social), contribuciones voluntarias a seguros de salud privados, pagos de bolsillo del usuario y donaciones (OMS, 2000).

Estas diferentes fuentes de financiamiento son clasificadas como públicas o privadas. Se entiende por financiamiento público el que proviene de: impuestos, tasas y/o contribuciones, y en el caso uruguayo también los ingresos vinculados a ventas de servicios de las empresas públicas que se destinan a brindar cobertura de salud a sus funcionarios, ex funcionarios y/o sus familias (Precios). Por otro lado, se considera financiamiento privado todo aquel que no proviene de esas fuentes públicas, la mayor parte es gasto que proviene de los hogares y suele dividirse en gastos de prepago y gasto de bolsillo. El gasto de prepago de los hogares es el que realiza la persona con anterioridad a la necesidad de recibir atención médica. En el caso uruguayo es el que la persona realiza de modo individual o a través de un convenio colectivo a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), a los seguros privados integrales y los seguros parciales. El gasto de bolsillo, en tanto, incluye todos los pagos realizados por el hogar en el momento de consumir los bienes o servicios de salud: tasas moderadoras y copagos⁶⁶, así como pagos directos de los hogares. Las tasas moderadoras y copagos comprenden el pago de ticket, órdenes y otros conceptos similares, a instituciones tanto privadas como públicas.

En la mayoría de los sistemas de salud, aun cuando muchas de las prestaciones están cubiertas, los usuarios, generalmente, comparten el costo de dichos servicios, realizando un gasto cuyo origen es su propio bolsillo. Desde el punto de vista de la teoría económica hegemónica (neoclásica) se plantea la necesidad de moderar la demanda dado que la existencia de un seguro -a partir del pago de una prima o cuota de prepago- puede implicar que el usuario de los servicios modifique su comportamiento, concepto conocido como riesgo moral⁶⁷. Por lo tanto, la existencia de un pago adicional al de prepago, a través de la toma de conciencia del costo por parte del usuario, estaría contribuyendo a moderar la demanda, y por ende a minimizar la sobre-utilización de los **servicios**. Sin embargo, la justificación de las tasas moderadoras o copagos en los sistemas de salud es un punto controversial. La moderación de la demanda puede implicar la contención de un consumo innecesario, pero también puede

65 | *Compromiso Asamblea Mundial OMS en 2005.*

66 | *Aunque ambos conceptos se utilizan muchas veces como sinónimos, el término copago tiene subyacente la idea de que el costo del servicio es compartido por el usuario y por el prestador (establecido en general como proporciones del costo total), mientras que tasa moderadora se asocia a su función de moderar la demanda de servicios y bienes de salud, con el objetivo de reducir tanto el consumo como los gastos innecesarios (si bien el usuario estaría también cofinanciando la prestación, el monto a pagar no se vincula a cierta proporción del costo).*

67 | *Este se expresa en dos ideas: por un lado, que luego de obtener el aseguramiento, el individuo tiende a volverse menos cuidadoso respecto a su estado de salud (riesgo moral ex ante), y por el otro, se supone que los individuos utilizarán más servicios siempre que posean un seguro de salud con “costo cero” en el uso (riesgo moral ex post).*

representar una barrera al acceso a aquel consumo de carácter necesario pero limitado por los recursos económicos. En ese sentido, el Informe Mundial de la Salud de la OMS (2000) admite la introducción de tasas moderadoras como mecanismo de controlar la sobre-utilización de un bien o servicio de salud concreto, siempre que esta sobre-utilización esté justificada mediante un análisis previo de la demanda, a la vez de desaconsejar recurrir a este instrumento como un mecanismo de financiamiento de los servicios.

Los gastos de bolsillo, aquellos realizados al momento de consumir los bienes y servicios de salud, se consideran como regresivos, pues el monto a pagar es fijo, independiente del nivel de ingresos del individuo o del núcleo familiar al cual pertenezca. Esto redundaría en que los hogares más pobres son quienes destinan mayor proporción de sus ingresos al gasto en servicios de salud. Cuanto menor sea el nivel de ingresos, mayor será la probabilidad de tener que realizar desembolsos en servicios de salud que impliquen un gasto catastrófico a la familia.⁶⁸ La OMS señala que los países con menores ingresos tienen mayores niveles de gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud y que recién cuando esta proporción se ubique por debajo del 15 ó 20 por ciento del gasto sanitario total, un país estará en condiciones de minimizar la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento hasta niveles insignificantes. Debe señalarse que la ocurrencia de gastos en salud de carácter catastrófico no debe asociarse únicamente a aquellos gastos esporádicos en procedimientos médicos de alta complejidad y costo, sino que también pueden responder a la necesidad de acceder a sucesivas consultas o tratamientos de bajo costo unitario pero de alta frecuencia de utilización (enfermedades crónicas).

Por lo tanto, desde el punto de vista de la justicia en el financiamiento la estrategia deberá basarse en encontrar un esquema que posibilite maximizar la separación entre contribución y utilización de servicios de salud. El mecanismo identificado implica incrementar la participación del prepago en la recaudación mancomunando los riesgos. “Cuando las poblaciones tienen acceso a los mecanismos de prepago y mancomunación, el objetivo de la cobertura sanitaria universal se vuelve más realista.” Informe Mundial de la Salud de la OMS (2010)

La mancomunación (o unificación) es la acumulación y gestión de los recursos económicos en un fondo común para garantizar que el riesgo financiero de tener que pagar por la asistencia sanitaria es soportado por todos los miembros del fondo común y no solo por las personas que enferman. “La forma más eficaz de lidiar con el riesgo financiero por el pago de los servicios sanitarios es compartirlo y, cuanto más gente lo comparta, mejor será la protección”. (OMS, 2010). El objetivo principal es la difusión de los riesgos financieros asociados a la necesidad de utilizar los servicios sanitarios, donde los individuos de altos ingresos subsidian a aquellos de bajos ingresos. Por otro lado, los fondos mancomunados compuestos por sólo unos pocos participantes tienden a experimentar lo que los expertos denominan “fluctuaciones extremas de la utilización y la demanda”.

En el avance hacia la financiación sanitaria basada en el prepago y la mancomunación, los responsables políticos deben decidir cuáles son los sectores de la población que se desean cubrir. Históricamente, muchos de los países de ingresos altos de Europa y también Japón han empezado con los trabajadores del sector formal, que son fáciles de identificar y cuyos ingresos salariales regulares son relativamente fáciles de gravar. Según plantea la OMS, la procedencia de los fondos

68 | Definido como aquellos casos en que se está destinando más del 30% de la capacidad de pago del hogar al financiamiento de la salud de sus miembros.

no debe determinar cómo se agrupan, es decir, las contribuciones de impuestos y seguros pueden combinarse para cubrir a toda la población, en lugar de mantenerse en fondos independientes. Los países que se han acercado a la cobertura universal utilizan algún tipo de plan de contribución obligatoria, estén financiados por los ingresos de la administración pública o por las aportaciones del seguro obligatorio.

La tercera función del financiamiento es la compra, entendiéndose como el mecanismo mediante el cual aquellos que disponen de recursos financieros los destinan o asignan a aquellos que producen servicios de salud. Existen principalmente tres formas de hacerlo. 1- el gobierno entrega los presupuestos directamente a sus propios prestadores de servicios sanitarios (integración de la compra y el suministro), utilizando los ingresos generales del estado y, a veces, las contribuciones de los seguros. 2- una agencia de compras separada institucionalmente (por ejemplo, un fondo de seguros médicos o una autoridad del gobierno) compra los servicios en nombre de una población (la división comprador-proveedor). 3- las personas pagan directamente a un proveedor por los servicios. Muchos países utilizan una combinación de ellas.

El modelo de compra debería evolucionar desde un rol de comprador pasivo, aquel que se produce de acuerdo a un presupuesto predeterminado o se reembolsa retrospectivamente, hacia la compra estratégica que involucra la búsqueda constante de la forma de lograr el máximo rendimiento del sistema de salud decidiendo qué comprar, a quién y cómo. Es decir que la función de compra también incluye determinar qué servicios deben ser financiados, incluyendo la combinación de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. La definición sobre qué incluir se vincula por un lado, con las metas y lineamientos de política sanitaria que, generalmente, vienen dados por el organismo rector del sistema y que establecen cuáles son las intervenciones mínimas a las cuales el usuario debe acceder y por otro lado, a la capacidad del comprador para negociar la calidad, cantidad y costos de las prestaciones a suministrar a los usuarios. En este marco el contrato debe ser una herramienta más a ser utilizada para generar los incentivos adecuados hacia los proveedores, en cuanto a la gestión de recursos y provisión de servicios.

Las decisiones de financiamiento tienen que ver con la eficacia fiscal y de los instrumentos de recaudación, y con el impacto que estos instrumentos de recaudación puedan tener sobre la eficiencia económica y la competitividad de los países. Pero no debe perderse de vista que “La financiación sanitaria es un medio para conseguir un objetivo y no un objetivo en sí mismo” (OMS, 2010).

2. Evolución de las formas de financiamiento de la cobertura en salud hasta la reforma.

2.1. Antecedentes y surgimiento de la cobertura por la seguridad social

La historia del financiamiento de la cobertura de salud de la población uruguaya refleja el rasgo distintivo del creciente papel del financiamiento público. Hacer una breve reseña de la evolución de los arreglos institucionales a través de los cuales se fue resolviendo la cobertura sanitaria de la población dará pautas, por una parte, de esta tendencia creciente del peso del financiamiento público. Por otra parte, permitirá establecer, en ese proceso evolutivo, el momento en que emergen los mecanismos de seguridad social como forma de financiamiento cada vez más preponderante. Finalmente, permite

establecer una historia institucional que es imprescindible para comprender las opciones elegidas al momento de diseñar los cambios en el sistema de salud en el quinquenio pasado.

En los inicios de la vida independiente del país, el esquema de atención a la salud mostraba una combinación de atención privada a través del pago directo y de asistencia basada en la beneficencia con impulso primordial de la institución religiosa. En la segunda mitad del Siglo XIX emerge un fenómeno que caracterizará al sistema sanitario del Uruguay hasta la actualidad: la constitución de instituciones privadas sin fines de lucro, sustentadas en un esquema de prepago en el que los sanos financian a los enfermos y los jóvenes a aquellos de mayor edad (mutualismo). La primera institución mutual fue la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, creada en 1853, iniciando un proceso muy significativo de creación de mutualistas en el que la participación de los colectivos de inmigrantes tuvo un papel preponderante.

Este proceso se verifica concomitantemente con la expansión de la red de hospitales públicos y con la consolidación de instituciones públicas que, desde el rol fundamental de la asistencia, fueron incorporando funciones regulatorias cada vez mayores. En 1889 se crea la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, que dependía del Ministerio de Gobierno, con el fin de administrar los hospitales de caridad a través de un fondo financiado mediante tributos a los juegos de azar. Por otra parte, en 1895 se crea el Consejo Nacional de Higiene, el que desarrollará funciones esenciales en el control de aspectos relacionados a la salud pública.

El pasaje de un sistema sustentado en la caridad a uno basado en la responsabilidad del Estado sobre la salud de la población sin recursos se consolidaría en 1910 con la creación de la Asistencia Pública Nacional. En este período también se produce un fenómeno de creación de establecimientos hospitalarios por parte del Estado, que se señala como el más importante en el proceso de consolidación de la red de hospitales públicos. El MSP se crea en 1933, durante la dictadura de Gabriel Terra, unificando las funciones asistenciales y de contralor en la nueva Secretaría de Estado.

La cobertura por la seguridad social

Es a mediados de Siglo XX que comienzan a desarrollarse mecanismos de cobertura sanitaria a través de la seguridad social. El primer antecedente remite al año 1950, cuando se empieza a dar cobertura de atención materno-infantil, esencialmente de primer nivel, a hijos, trabajadoras y esposas de trabajadores. Esta cobertura incluía la atención hospitalaria en el parto. Por esos mismos años se comienzan a gestar, por acuerdos entre trabajadores y patrones, seguros de enfermedad en diferentes sectores de la actividad económica, que se financiaban con aportes de ambas partes. El primero de ellos fue el de la construcción, al que se sumaron los del sector textil, metalúrgico, etc. Estos seguros eran conducidos por comisiones honorarias con representación obrera, patronal y del Estado.

El proceso de unificación de los seguros parciales se consolida a mediados de la década del setenta, durante el gobierno dictatorial, primero con la creación de la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE)⁶⁹ en 1975 y, posteriormente, con la creación de la Dirección General de la Seguridad Social (DGSS) en 1979. Dentro de esta dirección quedó integrada la ASSE que cambió su nombre a Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE).

69 | No se debe confundir con la actual Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

A partir de este momento, los trabajadores del sector privado pasan a disponer de una cobertura integral en un prestador de su elección dentro del sector privado mutual, las llamadas IAMC, y el instituto de seguridad social pagaba a dicho prestador la cuota del prepago mutual correspondiente a esa institución. El beneficio se extendía a los trabajadores amparados por el seguro de desempleo, los patrones que no tuvieran más de un dependiente y los cónyuges colaboradores de patrones rurales que no tuvieran más de un dependiente. Con el retorno de la democracia, DISSE pasó a estar integrada al Banco de Previsión Social (BPS).

2.2. Caracterización de la cobertura de salud y su financiamiento previo a la Reforma

2.2.1. Caracterización de la cobertura de salud y su financiamiento previo a la Reforma

La evolución histórica de la cobertura de salud traza las grandes líneas que fueron dando lugar a las formas institucionales y mecanismos de financiamiento que existían en el país en el momento inmediato anterior a la conformación del SNIS.

2.2.2. Características institucionales de la cobertura y el financiamiento

Todos los análisis de diagnóstico de la situación previa a la Reforma comparten la visión de que uno de los principales rasgos problemáticos que presentaba el sistema de salud uruguayo era su segmentación, entendida esta como la coexistencia de distintos subsistemas con diferentes modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, dirigidos a segmentos de la población diferenciados, fundamentalmente, por su nivel de ingresos. Como puede intuirse, y se verá en detalle más adelante, esta segmentación era expresión de importantes inequidades existentes en el sistema sanitario uruguayo.

El subsector público

Por una parte, existía y existe un subsector público que fue conformándose a partir de la evolución reseñada. En el momento previo a los cambios implementados, estaba integrado por los siguientes prestadores:

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE): el principal prestador público, dependiente del MSP, con hospitales generales y especializados, policlínicas y centros de salud y con presencia territorial en todos los departamentos del país. Básicamente atendía a personas de bajos ingresos, ofreciendo cobertura en el año 2006 al 40 por ciento de la población del país. Su financiamiento se sustentaba, casi exclusivamente, en recursos provenientes de los presupuestos generales del Estado.

Sanidad Militar y Sanidad Policial: brindaban cobertura a los funcionarios, ex funcionarios y familiares de los ministerios de Defensa e Interior, respectivamente. Sanidad Militar atendía en 2006 al 4,1 por ciento de la población, en tanto que Sanidad Policial al 2,7 por ciento. En ambos casos, las tres cuartas partes del financiamiento provenían de Rentas Generales, y el resto fundamentalmente de los aportes realizados por los funcionarios y ex funcionarios.

Policlínicas de Gobiernos Departamentales: configuradas por las redes de policlínicas del primer nivel de atención, dependientes de las administraciones de gobierno de cada departamento del país. En 2006 2,3 por ciento de la población se atendía en estos centros, cuyo financiamiento provenía de los presupuestos departamentales financiados, esencialmente, a través de impuestos.

Área de Salud del BPS: este servicio, financiado con presupuesto del BPS, brindaba atención médica materno-infantil a los hijos y cónyuges de los trabajadores que no estuvieran amparados por otro esquema. Incluye prestaciones de carácter preventivo, atención hospitalaria del parto y la atención de un conjunto de enfermedades congénitas.

Hospital de Clínicas de la Universidad de la República: es un hospital cuyo cometido fundamental es la investigación y la formación de los recursos humanos en salud. Atendía al 0,3 por ciento de la población en 2006 y sus recursos los obtiene del presupuesto universitario que se financia a través de los impuestos generales.

El sector público se complementa con el sanatorio del Banco de Seguros del Estado, que atiende a todos los trabajadores formales en el marco del seguro obligatorio contra accidentes laborales, algunos Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) públicos, y servicios de salud de algunas empresas públicas y entes del Estado.

Tabla 1 | Atención en salud | año 2006

Instituciones Públicas	50.8%
ASSE – MSP	40.6%
Hospital de Clínicas	0.3%
Sanidad Policial	2.7%
Sanidad Militar	4.1%
Policlínica Municipal	2.3%
Área de Salud del BPS	0.8%
Instituciones Privadas	46.6%
IAMC	43.6%
Seguro Privado Parcial	1.2%
Seguro Privado Quirúrgico	0.0%
Seguro Privado Total	0.9%
Otro	0.9%
No se atiende	2.7%

Fuente: ECH 2006 | INE

El subsector privado

Por su parte, el subsector privado se integraba por los siguientes prestadores:

Las IAMC: instituciones privadas sin fin de lucro que brindan prestaciones en salud a través de un régimen de aseguramiento en el que se adquieren los derechos a cambio de una cuota de prepago. En el año 2006 existían 41 instituciones de este tipo en el conjunto del país, con presencia en todos los departamentos de al menos una IAMC. Ofrecían cobertura al 43,6 por ciento de la población del país. Aproximadamente el 45,5 de los afiliados lo eran a través de DISSE. Adicionalmente, existían

tickets y órdenes que se debían pagar al momento de hacer uso de las prestaciones y que cumplían un papel no menor en el esquema de financiamiento de estas instituciones.

Seguros Privados de cobertura total: instituciones privadas con fines de lucro que ofrecen una canasta integral de prestaciones a cambio del pago de una prima. Sus servicios estaban fundamentalmente dirigidos a sectores de ingresos altos y en el año 2006 brindaban cobertura a algo menos del 1 por ciento de la población. A diferencia de las IAMC, cuyos precios (cuotas individuales y colectivas, tickets y órdenes,) están regulados por el Poder Ejecutivo, los seguros privados no están sujetos a esta regulación pudiendo determinar sus precios con total libertad.

Seguros Privados de cobertura parcial y emergencias móviles: Los primeros brindaban cobertura, básicamente, del primer nivel de atención a cambio de cuotas inferiores a las de una IAMC. En el caso de las segundas, comenzaron brindando servicios de emergencia, complementarios a los que brindaban los prestadores integrales, e luego ampliaron sus servicios al primer nivel de atención.

Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) privados. El sector privado se complementa con IMAE de carácter privado, muchos de los cuales son propiedad de algunas IAMC.

El aseguramiento a través de la Seguridad Social

En el momento previo a la creación del SNIS, solamente cerca de una cuarta parte de la población obtenía su cobertura de salud a través de la seguridad social. DISSE, administrado por el BPS, amparaba aproximadamente al 75 por ciento de quienes obtenían cobertura por este tipo de mecanismo. El resto estaba cubierto por Sanidad Policial, Sanidad Militar y un conjunto de fondos dispersos que amparaban a algunos sectores profesionales, a trabajadores de algunos sectores productivos y de ciertas empresas públicas.

Como vimos, el fondo administrado por DISSE resultó del proceso de centralización de un conjunto de seguros parciales para diferentes trabajadores del sector privado formal. Asimismo, a partir de 1996, y en el marco de la llamada Reforma de la Seguridad Social, DISSE comenzó a dar cobertura a aquellos jubilados de actividades amparadas por el seguro, que percibieran una jubilación baja y optasen por dicha cobertura⁷⁰. Finalmente, en 2002, se incorporaron a la cobertura los maestros y luego, en 2004, los trabajadores judiciales. DISSE daba cobertura a unos 550.000 trabajadores formales del sector privado, algo menos de 50.000 pasivos y cerca de 20.000 maestros y trabajadores judiciales. Cabe destacar que no se amparaba ni a hijos ni a otros familiares de los beneficiarios directos.

El seguro se financiaba a través de cuatro fuentes. En primer lugar, a partir del 3 por ciento de los salarios nominales de los trabajadores amparados, así como el 3 por ciento de las prestaciones de los jubilados cubiertos, que constituían los aportes personales al fondo. En segundo lugar, a partir del 5 por ciento de los salarios nominales, que constituían los aportes patronales. En el caso de que la suma del aporte patronal y personal no llegara a cubrir el monto de la cuota mutual que DISSE debía pagar a la IAMC prestadora, los patrones debían realizar una aportación complementaria hasta la concurrencia con el valor de dicha cuota mutual. En tercer término, la ley de reforma de la seguridad social estableció que aquellos jubilados que no

⁷⁰ | Se trata de la Ley 16.713 cuyo objetivo fundamental fue introducir un régimen jubilatorio mixto, entre transferencias inter-generacionales y capitalización individual, crear las Administradoras de Fondos de Ahorro Provisional y el registro de Historia Laboral.

obtuvieran cobertura, o bien porque no cumplían con las condiciones impuestas por la norma, o bien porque, cumpliéndolas, optaban por no ampararse en ese derecho, debían aportar el 1 por ciento de sus prestaciones nominales al financiamiento solidario del fondo. Finalmente, el financiamiento de los egresos se cerraba con las contribuciones de Rentas Generales que se financian a través de la recaudación de impuestos.

La función de compra del fondo se limitaba al pago de la cuota mutual correspondiente a cada beneficiario a la IAMC a la que estuviera adscrito. De esta forma, DISSE pagaba tantos valores distintos de cuotas mutuales como instituciones existieran.

Como se resume en la Tabla 2, en 2006 el 88.5 por ciento del financiamiento del fondo se obtenía a partir de las contribuciones personales, patronales y de los aportes solidarios del resto de los jubilados del BPS. Las transferencias del Gobierno representaban el 11,5 por ciento de los egresos totales del seguro y significaban un esfuerzo de las arcas públicas de 0,16 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB).

Tabla2 | Financiamiento DISSE 2006 - En miles de pesos corrientes y porcentajes

	Monto	Porcentaje
Recaudación BPS	5,579,533	84.50%
Contribuciones de pasivos	264,578	4%
Transferencias del Gobierno	756,270	11.5%
Otros	0	0.0%
TOTAL	6,600,381	100%
Transferencias del Gobierno / PIB		0.16%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS y del BCU

El Fondo Nacional de Recursos

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) fue creado en 1979 y comenzó a funcionar a partir de diciembre de 1980. El objetivo fundamental era financiar la provisión de prestaciones de medicina altamente especializada. La normativa establecía también las condiciones para la creación de los IMAE, que podían ser tanto públicos como privados. A partir de 2005 se incorporaron a las prestaciones la cobertura de tratamientos con medicamentos de alto costo. A partir del año 2008, el decreto 465/008 que define el catálogo de prestaciones obligatorias para los prestadores integrales del SNIS, incluye explícitamente las prestaciones financiadas por el FNR.

El FNR se financia a partir de las cuotas por afiliado percibidas y vertidas por el Estado, los Entes Autónomos, Servicios Descentralizados y Administraciones Municipales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia médica está directamente a su cargo y que no sean beneficiarios del SNS. Por otro lado, por las cuotas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y otros seguros asistenciales y por el BPS para cada uno de los beneficiarios del SNS. En el caso de los usuarios con carné de Asistencia de ASSE, los beneficiarios de Sanidad Militar y de los

servicios de salud del BPS, el pago se realiza a través del reintegro de los actos médicos realizados. También se reciben ingresos por el 5% del producido de ciertos juegos de azar a partir de aportes de rentas generales.

El monto de la cuota mensual del FNR es fijado por la Comisión Honoraria que lo administra. Dicho valor, para el año 2006, estaba fijado en alrededor de \$97⁷¹.

La Reforma no modificó el papel del FNR en el sistema sanitario uruguayo, manteniéndose incambiado su marco legal, atribuciones y competencias, así como el rol de financiar las prestaciones de medicina altamente especializada.

2.2.3. El financiamiento de la salud a través de las Cuentas Nacionales

En 2006 el gasto en salud en el Uruguay representaba un 8,1 por ciento del PIB. El 53,5 por ciento de este gasto se financiaba a través de las fuentes públicas de financiamiento, que incluyen: los impuestos generales y departamentales; los precios cobrados por las empresas públicas que financian cobertura en salud de sus trabajadores, retirados y familia; y los ingresos de la Seguridad Social. En este último caso se incluyen tanto la recaudación de aportes personales y patronales del BPS y las transferencias de rentas generales a dicho fondo, como la recaudación de otros fondos obligatorios, tales como los de Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, Banco Hipotecario del Uruguay, Banco de Seguros del Estado y Caja Notarial. Asimismo, la cuota parte de los egresos de Sanidad Militar y Sanidad Policial que se financia con aportes de rentas generales se consideran transferencias del gobierno a la seguridad social.

Tabla3 | Fuentes de financiamiento 2006 - Millones de pesos corrientes

Fuentes de Financiamiento Público	
Impuestos generales y departamentales	9,757
Precios	762
Seguridad Social	10,465
Total Público	20,983
Gasto Público/Gasto en salud (%)	53.5%
Fuentes de Financiamiento Privado	
Hogares	18,173
Otros	74
Total Privado	18,247
Gasto Privado/Gasto en Salud (%)	46.5%
TOTAL DEL GASTO EN SALUD	39,230

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2005 – 2008. MSP

71 | Aproximadamente 4 dólares americanos en 2006

La seguridad social, que representaba la mitad del financiamiento a través de fuentes públicas, se distribuía a su vez en un 50 por ciento de contribuciones de los empleadores, un 24 por ciento de trabajadores y pasivos y el restante 26 por ciento de transferencias del gobierno.

Por otra parte, el 46,5 por ciento del financiamiento provenía en 2006 de fuentes privadas, esencialmente de los hogares. Como lo ilustra la Tabla 4, prácticamente el 57 por ciento de este gasto estaba constituido por las cuotas de prepago en instituciones de asistencia privada. Más relevante aun es observar el peso nada despreciable en el gasto privado y, por ende, en el gasto en salud en general, de las tasas y copagos. Esta característica ilustra uno de los problemas que mostraba el sistema de salud en Uruguay: los pagos que debían realizarse al momento de hacer uso de las prestaciones operaban en algunos casos como barreras al acceso a dichos servicios. Esto último era especialmente cierto en el caso de trabajadores formales del sector privado los cuales, por el sistema DISSE, estaban obligados a afiliarse a una IAMC y, sin embargo, no siempre podían acceder efectivamente a las prestaciones por no poder afrontar el pago de tickets y órdenes.

Tabla 4 | Financiamiento privado de los hogares 2006 - Millones de pesos corrientes y porcentaje

Gasto de los hogares	Monto	%
Prepago		56.9%
Tasas Moderadoras y Copagos	2137	11.4%
Pago directo de los hogares	5922	31.6%
TOTAL	18713	100%

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2005 – 2008. MSP

Finalmente, una mirada al gasto según proveedores de servicios de salud puede dar un panorama sencillo del grado de segmentación existente entre los dos diferentes subsistemas previo al SNIS. En efecto, para el año 2006 el país volcaba a los proveedores del sector público solamente el 27 por ciento de los recursos que aplicaba a la salud de su población, en tanto que el 73 por ciento lo dirigía hacia el sector privado. Estos guarismos dan la pauta de la brecha existente entre el gasto por usuario en el subsector privado respecto del correspondiente al subsector público. En concreto, las autoridades sanitarias estimaban a partir de estos datos que el gasto per cápita en el primero representaba más de tres veces el gasto por usuario en el segundo.

2.2.4. Resumen y principales elementos de diagnóstico

Importantes elementos de diagnóstico mostraban la necesidad de un cambio en el sistema de salud de Uruguay, en particular en su modelo de financiamiento:

El sistema de salud uruguayo presentaba una fuerte segmentación: dos subsectores, público y privado, que atendían a partes iguales de la población pero con una canalización muy desigual de los recursos, lo que implicaba un deterioro creciente de la calidad de atención en el sector público. En definitiva, implicaba la existencia de una salud para la población de bajos ingresos y otra para la de ingresos medio altos y altos, fenómeno que manifestaba un inaceptable rasgo de inequidad.

Solo la cuarta parte de la población obtenía cobertura a través de mecanismos de seguridad social. Si bien el fondo administrado por el BPS amparaba a las tres cuartas partes, existían multiplicidad de fondos con financiamiento y cobertura disímiles entre sí lo que, además de los problemas relacionados con la gestión de riesgos, incorporaba inequidades en la situación de los distintos colectivos de trabajadores.

Para los que se encontraban amparados por DISSE existía la obligación de estar afiliados a una IAMC, lo que implicaba, para algunos trabajadores de ingresos bajos, que el monto de los tickets y órdenes operaran como una barrera al acceso efectivo a los servicios de salud.

La cobertura de DISSE dejaba fuera a los hijos de los trabajadores y sus cónyuges.

El financiamiento del fondo de DISSE registraba un fuerte desequilibrio si se tiene en cuenta que más de un 10 por ciento de sus egresos debían ser cubiertos por los aportes de Rentas Generales.

El gasto de fuentes privadas representaba poco menos de la mitad del financiamiento del gasto en salud. Dentro de este, existía un peso importante del gasto en tasas y copagos y de los pagos directos, es decir, del gasto que debe realizarse al momento de acceder a los servicios de salud.

El monto de las cuotas mutuales, que pagaban a las IAMC tanto los afiliados individuales como el BPS por los beneficiarios de DISSE, no guardaba relación con los requerimientos asistenciales de los afiliados ni con el gasto esperado en la cobertura en salud de los mismos.

3. El modelo de financiamiento en el SNIS.

A partir de los elementos de diagnóstico señalados así como de otros problemas visualizados en el sistema de salud uruguayo, es que se fue construyendo a nivel de la sociedad la conciencia sobre la necesidad de cambios profundos en el sistema. No implicó sin embargo la existencia de una visión única acerca de cuáles eran los mecanismos adecuados para superar los problemas centrales del sistema sanitario.

La Reforma se propuso avanzar en tres dimensiones articuladas del sistema: la promoción de un nuevo modelo de atención de la salud, de un nuevo modelo de gestión y de un nuevo modelo de financiamiento.

3.1. Descripción del modelo de financiamiento adoptado

Identificamos tres grandes ejes de cambio en el esquema de financiamiento del sistema de salud uruguayo a partir de la Ley 18.211 que crea el SNIS.

3.1.1. Expansión de la cobertura poblacional a través de la seguridad social

Uno de las líneas de acción que definen al nuevo régimen es la incorporación sucesiva y gradual de nuevos colectivos a la cobertura brindada por la seguridad social. Desde la perspectiva programática, la fuerza política en el gobierno ha colocado la imagen objetivo del proceso de cambios en la universalización de dicha cobertura.

A tales efectos, se creó un Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado a partir de un Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se alimenta de los aportes realizados por los trabajadores formales, sus patrones, los jubilados y pensionistas y rentas generales. Para la administración del FONASA y el desarrollo de otras tareas regulatorias, la normativa creó un órgano multipartito, la Junta Nacional de Salud (JUNASA), que se integra por delegados del Poder Ejecutivo, del BPS, de los prestadores del sistema, de las organizaciones de trabajadores médicos y no médicos y de los usuarios. Desde una perspectiva práctica, el FONASA vino a sustituir a la vieja DISSE. De hecho, si bien la JUNASA administra el SNS, la función de recaudación de aportes y de pago por el aseguramiento comprado a los prestadores integrales del sistema, continúa recayendo en el BPS.

Con la puesta en marcha de la Reforma, a aquellos que ya se encontraban cubiertos por DISSE se agregaron, rápidamente, los trabajadores públicos que no se encontraban amparados por éste tipo de régimen y los menores a cargo de los trabajadores beneficiarios del sistema. Asimismo, se estableció que aquellos trabajadores beneficiarios, al jubilarse, continuaban amparados por el SNS. Finalmente, se estableció un cronograma de incorporaciones sucesivas que incluyeron a los trabajadores de la banca pública y privada, a los cónyuges de trabajadores beneficiarios del seguro, a los profesionales en ejercicio libre de la profesión y a quienes tuvieran cobertura a partir de una Caja de Auxilio o Seguro Convencional. Adicionalmente, a partir de julio de 2011, se comenzaron a incorporar al FONASA el conjunto de los jubilados y pensionistas.

Desde la perspectiva de los fondos recaudados, la creación del FONASA se acompañó con un incremento en las tasas de aportes personales que, con anterioridad eran uniformes al nivel de 3% de los salarios o jubilaciones nominales, según correspondiera. El nuevo régimen estableció una tasa del 3% para aquellos cuyos ingresos nominales mensuales fueran inferiores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC)⁷² independientemente de que dicho aporte atribuyera la cobertura a otros beneficiarios. Para los aportantes con ingresos superiores al umbral de las 2,5 BPC se estableció un aporte del 4,5%, en caso de no atribuir cobertura a otro beneficiario, de 6% en caso de atribuir cobertura a menores de 18 años a cargo, o a mayores de 18 con discapacidad y de 2% adicional en caso de atribuir cobertura a su cónyuge. Vale decir que los aportes patronales se mantuvieron en el 5% de los salarios nominales.

Con este panorama, podemos decir que la profundización de la cobertura a través de la seguridad social a partir del SNIS y el fondo mancomunado (FONASA) permitió consolidar algunos principios básicos de la protección financiera para la cobertura universal:

- La separación temporal del momento en que se realizan las erogaciones y el momento en que se utilizan los servicios, un rasgo distintivo de los mecanismos de aseguramiento de este tipo.
- El establecimiento de los aportes al financiamiento en función de la capacidad contributiva y no de las necesidades de uso de los servicios de salud.
- El incremento de los recursos recaudados para el sistema. Por una parte, en vista de la expansión de la cobertura a nuevos colectivos, el alcance de las contribuciones se extendió a nuevos tipos de ingresos, tales como pasividades, utilidades de empresas unipersonales

72 | La BPC es una unidad de referencia, cuyo valor se actualiza anualmente, que se utiliza entre otras cosas, para establecer las franjas de tasas marginales de imposición del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. En 2012 una BPC vale 2.416 pesos, es decir, aproximadamente 120 dólares americanos.

y sociedades de hecho, honorarios de profesionales, etc. Por otra parte, el aumento de las tasas de aportación también contribuyó al crecimiento de los recursos recaudados.

- Finalmente, la incorporación de colectivos que antiguamente estaban cubiertos por otros mecanismos de seguridad social, como en el caso de los Seguros Convencionales y Cajas de Auxilio, generó una corriente de centralización que permitió avanzar en la mancomunación de fondos, con los efectos positivos ya señalados que se le reconocen a este proceso.

3.1.2. Cambio en el mecanismo de pago. Las cápitas ajustadas por riesgo

Previo a la Reforma la seguridad social pagaba a la IAMC a la que estaba adscrito el beneficiario una cuota de prepago diferente entre instituciones. Una de las innovaciones fundamentales fue instrumentar un mecanismo de pago a través del cual el SNS compra el aseguramiento a los prestadores integrales, basado en la fijación de una “cuota salud” cuyo componente principal, denominado “componente cápita”, se ajusta en función del riesgo asociado a cada beneficiario. Dicho riesgo está determinado a partir de la edad y el sexo del asegurado, resultando en una serie de cápitas diferentes para distintos tramos de edad y sexo, con las que se pretende reflejar el gasto esperado promedio por persona en cada uno de ellos.

Uno de los objetivos buscados con este mecanismo era dotar de mayor racionalidad al financiamiento de los prestadores, al vincular el pago al gasto esperado de cada usuario superando una carencia notoria del sistema anterior, así como evitar la selección de riesgos por parte de los prestadores. Por otra parte, la modalidad de pago ajustado por riesgo complementa la naturaleza solidaria del aseguramiento presente en los aportes vinculados a la capacidad contributiva de los beneficiarios. En efecto, con este esquema, los adultos jóvenes, que generalmente son quienes tienen mayor capacidad contributiva y menor gasto esperado, financian a los mayores que, usualmente, se asocian a etapas del ciclo vital en las que se perciben menores ingresos y se requieren mayores servicios de atención de salud. Por último, se asumía que al generar un único pago por tramo de riesgo, se incentiva a las instituciones a profundizar en la búsqueda de contener costos. Si, a su vez, dicha contención se asocia con un mayor grado de prácticas preventivas, se entendía que esta modalidad de pago estaba alineada con los objetivos en materia de un nuevo modelo de atención.

Concretamente, la construcción de las cápitas recorrió el siguiente proceso:

- Se recabó información histórica de las IAMC respecto a costos y a utilización en dos productos asistenciales: días cama ocupados en internación y atención ambulatoria. Asimismo, se contaba con los datos de población afiliada, tanto a nivel individual y colectivo como de afiliados provenientes de la seguridad social.
- Se ajustó la utilización de los afiliados por DISSE a partir de la estimación de un coeficiente de sub utilización. Existía evidencia de que los usuarios provenientes de la seguridad social hacían un uso inferior de los servicios, posiblemente por el resultado combinado de no poder enfrentar los costos de tickets y órdenes y de la obligación de mantenerse en el sistema IAMC.
- Se seleccionó un grupo de instituciones en función de la consistencia de la información y de sus niveles de eficiencia relativa.
- Se construyó un esquema de cápitas para ocho tramos de edad, tanto para mujeres como para varones (menores de 1 año, entre 1 y 4 años, entre 5 y 19, entre 20 y 44 años, entre 45 y 64

años, entre 65 y 74 años y mayores de 74). Se definió como cápita base la correspondiente a hombres entre 20 y 44 años y se estableció su valor en 419 pesos⁷³.

- Para el cálculo de las cápitas para cada tramo se siguió el siguiente procedimiento. En cada una de las instituciones seleccionadas se calculó, en primer término, un costo único para cada uno de los dos productos asistenciales, a partir del cociente entre el gasto total imputado a dicho producto y el total de la utilización registrada en el mismo. Luego, se distribuyó el costo de cada producto en los diferentes tramos de edad y sexo, multiplicando este costo unitario por la utilización correspondiente a cada tramo de riesgo. Posteriormente, el gasto total por tramo se dividió entre la población de cada uno de ellos, estableciendo así la cápita correspondiente a cada tramo de riesgo en cada una de las instituciones seleccionadas. Finalmente, las cápitas del sistema se determinaron como un promedio de las estimadas para las instituciones seleccionadas. El cálculo de las cápitas se sintetiza en la siguiente fórmula:

$$\frac{G_P \cdot Q_{Pij}}{B_j} = Cápita_j$$

Donde:

G_P = Gasto por institución para la producción del servicio asistencial P.

Q_{Pij} = Cantidad demandada del producto asistencial P por los usuarios del tramo de edad i y el sexo j.

B_j = Número de usuarios registrados en la institución, del tramo de edad i y el sexo j.

$Cápita_{ij}$ = Gasto esperado de los usuarios registrados en cada institución del tramo de edad i y el sexo j.

La estructura de cápitas relativas se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 5 | Estructura de cápitas relativas a partir de enero de 2008

	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
Hombres	6.52	1.90	1.11	1.08	1.00	2.07	3.99	5.26
Mujeres	5.57	1.79	1.00	1.43	2.12	2.53	3.47	4.34

Fuente: Decreto N° 2/008 reglamentario de la Ley 18.211.

Esta estructura se mantuvo incambiada hasta setiembre de 2011, con motivo de la incorporación de prestaciones de salud mental al Plan Integral de Prestaciones (PIAS). Hasta ese momento, este mecanismo de pago solamente había sufrido ajustes periódicos de nivel, modificándose concretamente el valor de la cápita base en función de la paramétrica de costos del sistema IAMC. La falta de un criterio único para la incorporación de nuevas prestaciones al valor de la

73 | Algo menos de 20 dólares americanos en enero de 2008, fecha de entrada en vigencia

cápita, así como de un criterio preestablecido para su ajuste estructural periódico son dos factores a los que haremos especial mención más adelante. A enero de 2015 la cápita base se ubica en 786,20⁷⁴ pesos y la estructura de cápitas relativas es la que se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6 | Estructura de cápitas relativas a enero 2015

	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
Hombres	6.456	1.890	1.120	1.086	1.000	2.058	3.955	5.208
Mujeres	5.515	1.781	1.011	1.444	2.138	2.516	3.440	4.297

Fuente: Publicación JUNASA

A fines del año 2012, se incluye en el PIAS, como prestación obligatoria, la interrupción voluntaria del embarazo, cuyo financiamiento implicó cambios en la estructura relativa de las cápitas, que afectaron a los tramos de mujeres entre 15 y 44 años.

La “cuota salud” que el FONASA paga a los prestadores por cada beneficiario, se complementa con un “componente metas” destinado, al menos desde una perspectiva conceptual, a premiar el cumplimiento de ciertos objetivos sanitarios establecidos por el regulador. El pago de dicho componente está asociado al grado de cumplimiento de las metas preestablecidas. En el origen del sistema se establecieron dos metas: una referida a objetivos asistenciales en materia de atención materno-infantil y otra a la capacitación de los recursos humanos. En la actualidad se mantiene la meta referida a atención materno - infantil y existen otras dos referidas a la elección de un médico de referencia por parte de cada beneficiario y a la cobertura de afiliados mayores de 65 años, respectivamente. En el año 2014, y en respuesta a lo acordado en los Consejos de Salarios a fines del año 2012, la JUNASA creó una cuarta meta (Meta 4) vinculada a la aplicación gradual de un nuevo régimen de trabajo médico⁷⁵.

3.1.3. El fortalecimiento del sector público

El tercer eje fundamental del cambio en el modelo de financiamiento fue el fortalecimiento presupuestal del subsector público, esencialmente de ASSE, con el fin de modificar en forma sustancial la desigual e inequitativa distribución de los recursos previa al SNIS. Adicionalmente, se realizó un cambio institucional significativo al asignarle a ASSE, en julio 2007, el estatus de organismo descentralizado. En un sentido práctico, implicó quitar a ASSE de la órbita del MSP, evitando así la superposición de los roles de prestador y regulador en éste último y darle a ASSE el rol de prestador integral público. Entre otros efectos, esto implicó que ASSE se transformó en un prestador elegible por parte de quienes accedieran a la cobertura a través del SNS.

El fortalecimiento presupuestal de ASSE implicó que, en menos de cinco años, se duplicara en términos reales la disponibilidad de recursos en el prestador público. Al mismo tiempo, la ampliación de la cobertura FONASA supuso un trasvase de usuarios desde el subsector público al privado, lo que, unido a lo anterior, contribuyó a reducir significativamente la brecha existente en el gasto por usuario entre el subsistema privado y el público.

74 | Aproximadamente 32 dólares americanos.

75 | Ver documento de Arbulo, Castelao, Oreggioni, Pagano (2015)

3.2. Elementos de economía política que incidieron en las opciones tomadas

Como ya hemos planteado, los componentes del diagnóstico en relación al sistema de salud eran grandemente compartidos por diferentes actores políticos y sociales desde hacía muchos años. Sin embargo, a diferencia de otros intentos de reforma, la promovida durante el primer gobierno del Frente Amplio no solamente contaba con las mayorías parlamentarias que permitían su aprobación, sino que también logró el respaldo de importantes actores con poder de veto, lo que dio sustentabilidad política y legitimidad social a la reforma.⁷⁶

Uno de los aspectos que garantizó dicha sustentabilidad fue que, si bien la creación del SNIS implicó importantes cambios institucionales, en especial tendientes a fortalecer el rol regulador del MSP y a separar sus funciones regulatorias de las asociadas a la prestación de servicios de salud, el mapa institucional previo no fue modificado sustancialmente. En específico, más allá de que se le diera a ASSE la potestad de ser un prestador elegible en el marco del FONASA, la construcción del SNS descansa casi exclusivamente sobre el sistema IAMC preexistente. Esto último tiene un fuerte componente de economía política, al menos en dos aspectos sustantivos. En primer lugar, reconoce la importancia de las IAMC en la sociedad uruguaya en virtud de tratarse, muchas de ellas, de instituciones de larga data (algunas de ellas más que centenarias), con fuertes vínculos de adhesión por parte de buena parte de la sociedad. En segundo término, y como se verá claramente a partir de los datos, la ampliación de la cobertura y el cambio en la modalidad de pago supuso un incremento muy importante de los recursos volcados a través de la Seguridad Social, recursos mayormente captados por el sistema IAMC. Este elemento es clave para alinear los intereses de este importante actor del sistema a los de la reforma. Si a esto se agrega el hecho de que varias de estas instituciones son propiedad de organizaciones de médicos, un esquema como el descrito también colaboró en alinear los intereses de estos a los del nuevo régimen.⁷⁷

Por último, otro elemento de economía política que parece haber incidido fuertemente en las decisiones adoptadas tiene que ver con los mecanismos a través de los cuales se obtienen los recursos para el financiamiento del FONASA. Téngase en cuenta que, la propuesta original contenida en el programa de gobierno del Frente Amplio, implicaba el financiamiento del FONASA a través de una alícuota del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF), que se pretendía poner en funcionamiento a partir de una reforma tributaria que también era parte de las propuestas programáticas. Desde una perspectiva teórica, un esquema de este tipo tenía la ventaja de transmitir al régimen de aportación la propia progresividad inherente al sistema de tributación a la renta propuesto. No obstante, se optó por mantener los aportes al FONASA como contribuciones a la seguridad social y, por ende, separados del sistema impositivo a la renta. En esta decisión parecen haber pesado cuestiones de sentido práctico, en el entendido de que el Estado uruguayo ya contaba con una institución como el BPS con gran experiencia en el manejo de un fondo de este tipo. Pero también es posible, que haya pesado el hecho de que el BPS estuviera muy poco dispuesto a respaldar un proceso de transformación que hubiera supuesto una pérdida extremadamente importante de los recursos que maneja dicho instituto.⁷⁸

76 | Fuentes G (2010) *El Sistema de Salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible*. Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 19 N°1, ICP Montevideo

77 | *Idem anterior*.

78 | *Idem anterior*.

Finalmente, a estas razones probablemente debe agregarse el hecho de que la reforma fiscal y la de la salud fueron puestas en marcha muy cercanas en el tiempo una de otra. Es posible que haya pesado un elemento de prudencia, relacionado a que transformaciones del calado de las que se emprendieron en ese momento necesitan ir consolidando su legitimidad en la sociedad a fuerza de mostrar que operan consistentemente. Seguramente este haya sido un elemento que moviera a mantener separados ambos procesos de transformación.

3.3. Estructura del financiamiento de la cobertura en salud conformado el SNIS

Un primer rasgo a señalar es que el gasto en salud medido en relación al PIB registra una caída en 2008 respecto a 2006, año inmediato anterior a la puesta en marcha del proceso de cambios. No obstante, este indicador resulta engañoso. En efecto, el gasto per cápita en salud, medido en términos reales, creció en forma sistemática en ese mismo período. Concretamente, en 2008 resultaba un 16 por ciento superior al registrado en 2006. La explicación se encuentra en el fuerte dinamismo que mostró la economía uruguaya en esos años, razón por la cual, a pesar del aumento del gasto real en salud cae como proporción del PIB. En los años siguientes el indicador vuelve a aumentar debido a un crecimiento del gasto en salud superior al del PIB.

Tabla 7 | Gasto en salud como proporción del PIB y gasto per cápita anual | Pesos constantes de 2010.

Año	Gasto en Salud	Gasto en Salud/PIB
2004	48.635	8,7%
2005	47.906	8,2%
2006	50.267	8,3%
2007	52.612	8,0%
2008	58.681	7,9%
2009	67.399	9,0%
2010	68.629	8,8%
2011	72.952	8,5%
2012	78.564	9,0%

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2009 – 2010, con estimaciones preliminares 2011-2012. MSP

En relación a las fuentes de financiamiento, la gran tendencia que se instala a partir del 2008 es el incremento del peso del financiamiento público y la caída del peso del financiamiento privado.

La fuente que más explica este incremento en el peso de las fuentes públicas es la Seguridad Social, lo que resulta totalmente consistente con la ampliación de la cobertura a través del FONASA. De hecho, entre 2008 y 2005 este rubro crece 75 por ciento en términos reales, y 186 por ciento en el año 2012.

Las fuentes públicas y privadas explicaban por mitades el financiamiento previo a la Reforma, mientras que en 2012 las fuentes públicas pasaron a representar el 68 por ciento del total del gasto.

Tabla 8 | Gasto en salud por fuentes de financiamiento. Pesos constantes 2010

Fuente	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Financiamiento público	24.453	26.887	28.890	37.445	41.321	43.390	47.403	53.445
	51,0%	53,5%	54,9%	63,5%	61,3%	63,2%	65,0%	68,0%
Financiamiento privado	23.453	23.380	23.722	21.236	25.684	25.180	25.327	24.978
	49,0%	46,5%	45,1%	36,0%	38,1%	36,7%	34,7%	31,8%
Financiamiento externo	-	-	-	252	394	59	221	141
	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,6%	0,1%	0,3%	0,2%
Gasto total en salud	47.906	50.267	52.612	58.933	67.399	68.629	72.952	78.564

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2009 – 2010, con estimaciones preliminares 2011-2012. MSP

Tabla 9 | Fuentes de financiamiento públicas. Pesos constantes 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Impuestos generales y departamentales	11.191	12.501	13.648	15.246	16.481	17.214	18.394	17.585
Precios	1.007	977	996	684	764	740	532	832
Seguridad Social	12.255	13.409	14.247	21.515	24.075	25.437	28.477	35.028
Total Financiamiento Público	24.453	26.887	28.890	37.445	41.321	43.390	47.403	53.445

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2009 – 2010, con estimaciones preliminares 2011-2012. MSP

Tabla 10 | Financiamiento privado de los hogares. Millones de pesos constantes de 2010

Destino	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prepago	12.267	9.996	10.491	10.456	9.736	7.986
Gasto de bolsillo	12.719	13.035	12.796	12.663	3.174	13.634
Tasas moderadoras y copagos	2.853	2.867	2.834	2.926	3.160	3.221
Pago directo de los hogares	9.866	10.168	9.963	9.737	10.015	10.412
Total financiamiento de los hogares	24.986	23.031	23.287	23.119	22.911	21.620

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2009 – 2010, con estimaciones preliminares 2011-2012. MSP

Al interior de la Seguridad Social el rubro que más crece es el de los aportes de los empleados, lo cual se asocia al aumento en la cobertura poblacional y a las mayores tasas de aporte que estableció la creación del FONASA.

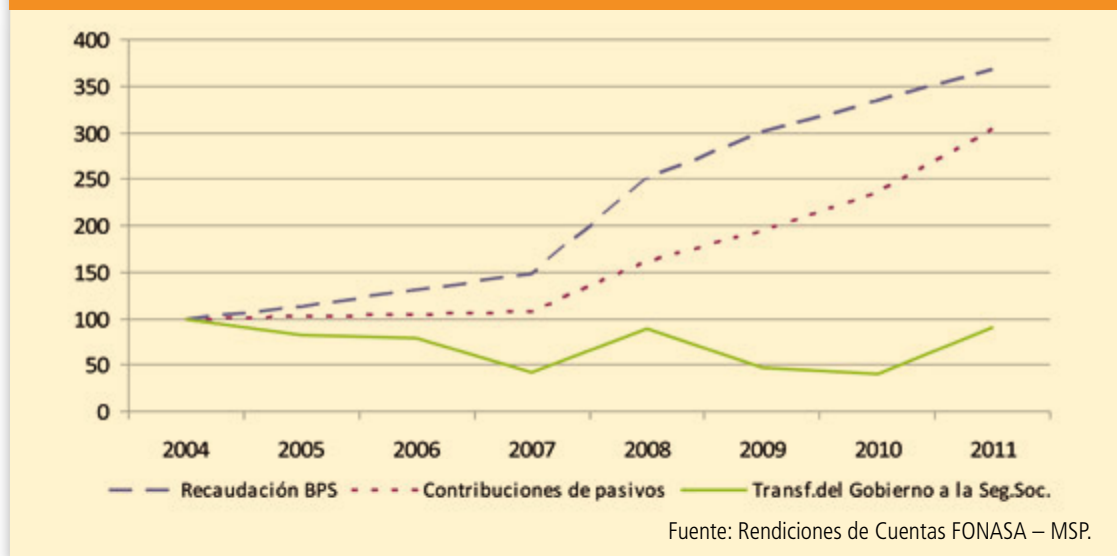
Por otra parte, si se escruta la evolución de los diferentes destinos del gasto de los hogares, se observa que la reducción se produce especialmente en los recursos destinados al prepago, lo que resulta también plenamente consistente con la extensión de la cobertura a través de la Seguridad Social a colectivos no cubiertos anteriormente.

Por otra parte, una mirada a los agentes de financiamiento permite observar la evolución de los recursos que se canalizan a través de cada uno de ellos. Interesa especialmente observar en este caso, el crecimiento de los fondos, en términos reales que intermedian los agentes públicos, que pasan de la mitad al 68% del total en el año 2012. Muy especialmente, permite analizar el crecimiento sustancial de los fondos canalizados a través del BPS – FONASA en relación a la antigua DISSE, y el notorio crecimiento de los recursos disponibles por parte de ASSE, que entre 2005 y 2012 aumentaron 92% en términos reales.

En relación al financiamiento del FONASA, habíamos observado que en 2006, previo a la puesta en práctica del SNIS y el FONASA, la recaudación del BPS por concepto de aportes patronales, personales y de pasivos no alcanzaba al 90 por ciento de los fondos. Las transferencias por parte de Rentas Generales eran el 11,5 por ciento del total de gastos de DISSE. El incremento de la recaudación que sobrevino como resultado de la ampliación de la cobertura, el aumento del empleo y los salarios y las mayores tasas de aporte permitió que, aun con más del doble de población asegurada, las contribuciones en general oscilaran, entre 2009 y 2011 alrededor del 95 por ciento de los fondos, representando las transferencias de Rentas Generales aproximadamente el 5 por ciento.

La evolución en el tiempo de cada uno de los componentes del financiamiento FONASA puede verse con mayor claridad en el Gráfico 2.

Gráfico 2 | Evolución financiamiento FONASA 2004 – 2011 a pesos constantes – 2004 = 100



Entre 2004 y 2011 los ingresos del BPS por contribuciones crecen más de tres veces en términos reales, en tanto que las transferencias que debían realizarse para cerrar la brecha egresos – ingresos era menor en 2011, con una cobertura tres veces mayor, que lo que resultaba en 2004. Sin embargo, a partir del año 2011 las transferencias provenientes de impuestos comienzan a presentar una tendencia creciente debido fundamentalmente a la devolución de aportes “excedentarios” que se inicia en 2012 y al ingreso de colectivos con mayor gasto esperado, como los jubilados y pensionistas. Es así que en el año 2014 el financiamiento del FONASA a través de rentas generales representa el 16 por ciento del total del gasto.

Más en detalle, entre 2008 y 2010 se observa una tendencia a la baja de las transferencias que se quiebra en 2011, cuando estas crecieron a más del doble de lo que representaban en 2010. Si bien no existen cuantificaciones precisas, dos razones serían las que estarían explicando este crecimiento. Por un lado, a partir de diciembre de 2010 comenzaron a ingresar al FONASA los cónyuges de beneficiarios que tuvieran tres o más menores a cargo. Existe la noción de que este colectivo es fuertemente deficitario, en virtud de estar asociado a trabajadores de ingresos medios y medio bajos cuyo aporte para financiar la incorporación (2 por ciento de sus salarios nominales) no llegaría a financiar el costo de la cápita para el FONASA. En segundo término, a partir de julio de 2011 ingresaron al FONASA los trabajadores que anteriormente estaban cubiertos por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, así como los escribanos que obtenían su cobertura a través de la Caja Notarial. Como parte de los acuerdos que viabilizaron la incorporación, se acordó un régimen de remisión creciente de los aportes personales. En concreto, se definió que los aportes adicionales de 1,5% por atribuir cobertura a menor a cargo o de 2% por atribuirla al cónyuge se verterían íntegramente al FONASA, al igual que los aportes patronales. No obstante, para el 4,5% que se asocia a la propia cobertura se estableció una cadencia creciente de remisión en la que, en el primer año, no se volcaría nada hacia el FONASA, aumentando año a año hasta que, a partir de 2015, la totalidad de los aportes personales serán recaudados por el FONASA. Esto implicó que, si bien por sus ingresos promedio este colectivo es superavitario, al momento de su ingreso contribuyera a incrementar el déficit del fondo. Para 2012, si bien el problema antes descrito comienza a mitigarse, el monto a cubrir a través de Rentas Generales continúa creciendo, fundamentalmente debido a la incorporación de nuevos cónyuges a partir de diciembre de 2011, de jubilados y pensionistas en julio de 2012 y de los efectos de la medida de devolver aportes FONASA “excedentarios”.

En resumen, entonces, una revisión a los grandes componentes del financiamiento muestra que se cumplen las tendencias esperables con la puesta en marcha del proceso de cambios estructurales: gana peso el financiamiento público, especialmente el relacionado con la Seguridad Social, en detrimento del privado, fundamentalmente el gasto de los hogares dirigido al solventar las cuotas de prepago. Los recursos destinados al gran prestador público crecen y tienden a cerrar la brecha en el gasto por usuario entre subsistemas.

3.4. Políticas de regulación de tasas moderadoras⁷⁹

Para comprender los avances que se han logrado en el país en materia de cobertura universal se vuelve necesario entender los cambios que implicó la reforma en cuanto a la cobertura prestacional y al componente del financiamiento de los servicios mediante gasto de bolsillo, y

⁷⁹ | Una revisión detallada de la política de regulación de las tasas moderadoras se encuentra en: Rivas L, Farina S, Oreggioni I. (2013) *Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera*. MSP. OPS

en particular a través de las tasas moderadoras. Presentaremos aquí un breve resumen de lo desarrollado en este tema en el documento sobre el que se basa este artículo, en la medida en que en este libro se presenta otro artículo que resume un trabajo específico referido a la política de tasas moderadoras en Uruguay.

Los servicios ambulatorios incluidos en el catálogo de prestaciones obligatorias del SNIS son provistos, en la gran mayoría de los casos, principalmente en el sector privado, mediante el pago de una tasa moderadora. A su vez, en el subsector mutual, aquellas prestaciones incluidas en el PIAS operan en el marco de una lógica de regulación de precios, por cual las tasas moderadoras constituyen un componente del gasto de bolsillo sobre el cual el gobierno detenta el poder de incidir. Si bien muchas veces a estos pagos se los denomina copagos, en el caso del sistema de salud uruguayo los precios a cobrar al usuario no se determinan como una proporción del costo del servicio⁸⁰, por lo cual no los llamaremos copagos sino tasas moderadoras, dado que se pretende que su rol sea el de moderar la demanda de servicios y bienes de salud, con el objetivo de reducir tanto el consumo como los gastos innecesarios.

Las dificultades encontradas en el camino hacia profundizar la cobertura son explicadas en gran medida por la lógica en la que operaban –y en cierta medida aun operan– las IAMC, en la cual el gran caudal de ingresos provenientes de este tipo de financiamiento configuraba un freno importante a cualquier política que pudiera implicar disminuirlos. El siguiente párrafo pretende reseñar brevemente el escenario en los años anteriores al SNIS.

En la década del 80 se autorizaba únicamente el cobro de tasas moderadoras cuyos precios estaban topeados, para un conjunto limitado de prestaciones, que fue aumentando al pasar de los años. La liberalización de los precios en la década del 90 provocó un importante y heterogéneo incremento (el valor real del ticket de medicamentos se duplicó entre 1991 y 1994). Si bien eventualmente se retornó a la regulación de los aumentos máximos, los niveles hasta el momento alcanzados se consolidaron como barreras al acceso para gran parte de los afiliados de las IAMC. Esto configuraba un problema especialmente para los afiliados a través de la seguridad social (en ese entonces DISSE), ya que se encontraban en una situación tal que, al no poder cambiar de prestador sanitario, soportaban mayores tasas moderadoras que los afiliados particulares, a los que las IAMC ofrecían menores niveles de precios en su competencia por atraerlos.

La Reforma de la salud se plantea en un escenario en el que las tasas moderadoras eran un fuerte componente del financiamiento de las IAMC. Hacia el año 2004 los tickets y órdenes representaban el 12 por ciento de los ingresos operativos netos; el 13 por ciento para el promedio de las IAMC de Montevideo y el 10 por ciento para las instituciones del interior, con situaciones muy dispares entre instituciones, con valores oscilando entre un mínimo de 6 por ciento de los ingresos operativos y un máximo de 19 por ciento.

El gobierno se planteó como objetivo revertir el rol asignado a las tasas moderadoras como fuente de financiamiento de las IAMC y retomar su función de moderar la demanda. La Ley 18.211⁸¹ de creación del SNIS, establece explícitamente que “...El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población”.

80 | Con excepción del caso de salud mental; ver capítulo 4.5.2.

81 | Vigente a partir del 1º de enero de 2008.

La primera medida tendiente al ordenamiento de las tasas es la prohibición de crear nuevos conceptos a partir del 1º de julio de 2005⁸². En el mismo momento se inicia el proceso tendiente a mejorar el acceso de la población a los servicios, en este caso mediante una rebaja del 20 por ciento para los tickets de medicamentos, seguida luego por dos sucesivas rebajas del 10 por ciento. Asimismo se dispuso la exoneración del cobro de tickets por los medicamentos reguladores de la glicemia y por los estudios paraclínicos correspondientes al control del embarazo de bajo riesgo, en enero de 2006; la exoneración del pago de tasas a los estudios de colpocitología oncológica y mamografía se efectivizó en julio de 2006. En enero de 2008, a partir del ingreso de nuevos colectivos al SNS, se acuerda con los prestadores la provisión de controles gratuitos para los menores de 18 años, la imposibilidad de eliminar cualquier beneficio preexistente a los usuarios de las instituciones, y se amplían los beneficios en lo relativo a tasas para los jubilados de menores ingresos. Asimismo, se decreta la exoneración del pago de ticket de ciertos neurolépticos y se aplica un tope de \$50 a una serie de medicamentos antihipertensivos. En el marco de este nuevo ingreso de colectivos de afiliados, varias IAMC rebajaron, por voluntad propia, el precio de sus tasas, con el objetivo de aumentar sus padrones de afiliados. En los años siguientes se suman nuevas medidas avanzando en materia de accesibilidad a las prestaciones de salud sexual y reproductiva y de salud mental. A su vez se topean y se congelan los precios de las tasas moderadoras de estudios.

Un importante resultado de estas políticas se refiere a la discriminación de precios de tasas moderadoras entre afiliados FONASA y el resto de los usuarios, que mostraba antes de la Reforma una clara desventaja contra los afiliados a través de la seguridad social, DISSE, y que llega a diluirse a lo largo del período.

A modo de conclusión se puede decir que en el marco de la Reforma del sistema de salud iniciada en el 2005, se propuso recuperar el rol moderador de la demanda de las tasas moderadoras (abandonar su función financiadora para las IAMC) a la vez de disminuir las barreras económicas al acceso de la población a los servicios sanitarios.

3.5. Profundidad de la cobertura

3.5.1. Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)

En el año 2008 se aprobó el Plan Integral de Asistencia a la Salud (PIAS) consistente en un catálogo de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, lo que constituye una garantía explícita para toda la población del país. En instancias posteriores, ciertas prestaciones específicas ingresaron al catálogo⁸³.

3.5.2. El financiamiento de nuevas prestaciones

Las incorporaciones realizadas al PIAS desde 2008 hasta hoy han sido:

- En junio de 2009 se excluyeron una serie de prestaciones que se encontraban en el decreto de 2008 sin normatizar. Como sea ha dicho, las mismas recién serán obligatorias cuando la normatización o protocolización se haga efectiva. No se previó un financiamiento adicional para las mismas.

82 | Decreto 197/2005.

83 | Por ejemplo: la embolización de arterias brónquicas en octubre de 2010, la vasectomía y la ligadura tubaria por vía laparoscópica en diciembre de 2010 y las prestaciones de Salud Mental en agosto de 2011 según los decretos N° 307/010, N° 383/2010 y N° 305/011 respectivamente.

- En octubre de 2010 se incorporó el procedimiento de embolización de arterias brónquicas referido en el "Protocolo - Guía para el tratamiento de la Fibrosis Quística". No se consideró financiamiento adicional.
- En diciembre de 2010 se incorporaron los procedimientos de ligadura tubaria y vasectomía. Para su financiamiento se estipuló un incremento del componente cápitas de la cuota salud y de las cuotas individuales y colectivas que cobran las IAMC de 0,04 puntos porcentuales adicionales a los correspondientes por paramétrica.
- En enero de 2011 se incorporó el derecho de cada usuario a recibir trece vales anuales por anticonceptivos orales hormonales, doce vales de quince condones masculinos y tres órdenes por anticonceptivos orales de emergencia. Para esta prestación solamente se crearon dos tasas moderadoras de \$22 (veintidós pesos) en el caso de los anticonceptivos orales y de \$8 (ocho pesos) en el caso de los condones masculinos⁸⁴.
- En setiembre de 2011 se incorporaron prestaciones de salud mental. Para su financiamiento se estipuló un incremento de las cápitas, se modificó la estructura relativa de las mismas y se autorizó a las instituciones a aumentar las cuotas individuales y colectivas. Asimismo, se autorizó la creación de dos valores de tasas moderadoras que, en los hechos, operan como copagos para el financiamiento de las nuevas prestaciones
- En agosto de 2012 se incorporó la colocación del Dispositivo Intra Uterino (DIU), con el único costo para las usuarias del valor de un ticket de consulta ginecológica. A pesar de la distribución concentrada en un par de tramos de edad y sexo de las potenciales usuarias, para el financiamiento se optó por establecer un aumento del componente cápita de la cuota salud de 0,01 puntos porcentuales adicionales al que correspondería por paramétrica, sin modificar la estructura relativa. No se autorizaron aumentos adicionales en la cuota individual de los prestadores.
- En noviembre de 2012 se incorporó la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en determinadas condiciones. Para su financiamiento se incrementó la cápita en los tramos de mujeres entre 15 y 44 años.

Conviene detenerse algo más en el caso de la incorporación de prestaciones de salud mental, puesto que tiene algunas aristas interesantes desde el punto de vista del financiamiento del nuevo sistema de salud.

Brevemente, la incorporación implicó la inclusión al PIAS de intervenciones psicosociales y del abordaje psicoterapéutico de los usuarios con necesidades en el área de salud mental, a través de tres Modos de atención que incluyen la atención grupal de tipo fundamentalmente preventivo, la psicoterapia individual y la atención a pacientes con patologías psiquiátricas tales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar más allá de la atención en policlínica y el derecho a internación, que ya estaban incluidas en el conjunto de prestaciones obligatorias.

Un primer elemento novedoso es que, en el caso de la atención grupal preventiva y la psicoterapia individual y grupal (Modos 1 y 2), la inclusión se realizó exclusivamente dirigida a segmentos de la población que se consideraron prioritarios: niños, adolescentes, trabajadores de la salud y de la educación, embarazadas y puérperas, familiares de usuarios de sustancias y de pacientes con trastornos psiquiátricos,

84 | *Aproximadamente 1,10 y 0,40 dólares americanos respectivamente.*

entre otros. Por tal motivo, el gasto esperado en estas prestaciones no se distribuía uniformemente entre los tramos de riesgo: existía un fuerte sesgo hacia niños, adolescentes y adultos de mediana edad.

En virtud de la magnitud de los recursos necesarios para el financiamiento de la prestación, aproximadamente unos 9 millones de dólares anuales, y de lo reseñado en el párrafo anterior se optó, por una parte, por incrementar la cápita base (correspondiente a los hombres de 20 a 44 años) en unos \$7 (siete pesos), es decir, un 1,25 por ciento, al tiempo que se modificó por primera vez la estructura de cápitares relativas. De esta forma se financiarían, aproximadamente, dos terceras partes del gasto esperado.

Al mismo tiempo se autorizó un aumento de la cuota individual que cobran las IAMC de hasta \$5 (cinco pesos uruguayos) y se crearon dos categorías de tasas moderadoras: Una de \$170 (ciento setenta pesos) para las sesiones del Modo 2 y una de \$55 (cincuenta y cinco pesos) para el Modo 3. El Modo 1, preventivo y grupal, no implica el pago de tasas para el acceso. En relación a estas últimas, si bien la normativa regulatoria las define como tasas moderadoras⁸⁵ operan estrictamente como copagos. En las estimaciones iniciales, los ingresos por concepto de venta de tickets al nivel de la demanda esperada en el momento de plena aplicación del plan alcanzarían a financiar una cuarta parte de los costos del mismo. Estrictamente, la determinación del valor de la tasa correspondiente al Modo 2 se estableció buscando equilibrar su contribución al financiamiento de las prestaciones con su relación respecto al costo por sesión de psicoterapia que los usuarios enfrentan en el sector privado (superior a los 500 pesos por sesión).

Un segundo elemento novedoso viene dado por el hecho de que, a diferencia de las cápitares originales, que fueron construidas en base a información histórica de costos, en este caso se realizó una adición a las mismas a partir de proyecciones de costos relativas a una prestación que, hasta ese momento, no era brindada por las instituciones. Podría decirse entonces que las cápitares actuales surgen, en gran parte, de una evaluación de costos hacia el pasado y en una proporción menor, de evaluaciones prospectivas de costos de algunas nuevas prestaciones.

Del análisis de los diferentes casos, entonces, surge como conclusión que no ha existido un mecanismo definido para resolver la forma en que los costos de las nuevas prestaciones son incorporados al esquema de financiamiento de la cobertura integral. Por el contrario, se ha optado por soluciones ad hoc que van desde la no previsión de financiamiento adicional, hasta el cambio de nivel y estructura de las cápitares, aumento de cuotas y creación de copagos, como ocurrió en el caso de salud mental.

El criterio que parece subyacer en estas soluciones estaría vinculado al monto global de las prestaciones. En efecto, en aquellos casos en que los costos no parecen muy significativos, se ha optado por no crear financiamiento adicional, o bien por trasladar dichos costos a las cápitares sin modificar su estructura relativa, despreciando de este modo el hecho de que las prestaciones incorporadas estén concentradas en grupos de edad y sexo específicos. Por el contrario, cuando el monto fue significativo se optó por una solución más sofisticada y cercana a reflejar el impacto real de los nuevos costos sobre el gasto esperado de los diferentes grupos de riesgo.

3.6. Cambios recientes en el financiamiento. La devolución de aportes FONASA

El mecanismo de financiamiento del FONASA establecido a partir de la puesta en marcha de los instrumentos para los cambios del sistema de salud sufrió una modificación significativa con la aprobación de la Ley 18.731 de diciembre de 2010. Esta norma, que fue la que consagró la

85 | Decreto 366/011 del 18 de octubre de 2011.

incorporación a la cobertura del SNS de jubilados y pensionistas, de los profesionales que ejercen fuera de la relación de dependencia y de aquellos que hasta el momento se encontraban cubiertos por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, incorporó un capítulo modificativo del régimen de aportes personales al financiamiento del seguro.

El nuevo régimen

El principio rector del nuevo régimen es que los aportes al FONASA están sujetos a un tope, es decir, que no deben sobrepasar un umbral máximo. En concreto, en el nuevo régimen, los aportes que los trabajadores dependientes realicen en base a sus ingresos salariales, los que los jubilados y pensionistas efectúen en base a sus ingresos por prestaciones de la seguridad social y los que los profesionales en ejercicio libre y otras empresas unipersonales realicen sobre su facturación de servicios, pasan a ser considerados como adelantos o retenciones a cuenta de una reliquidación, una vez finalizado el año calendario, en la que los aportes considerados “excesivos” les son devueltos al contribuyente.

De acuerdo con la visión del Poder Ejecutivo, el fundamento del cambio de régimen era “...evitar que haya componentes impositivos en los aportes personales de los trabajadores y transferencias interpersonales e intergeneracionales en el sistema. La filosofía de esto es separar el sistema tributario del seguro de salud que financia el Fondo Nacional de Salud”⁸⁶. Esta frase sintetiza los dos elementos conceptuales más potentes que están implícitos en el nuevo esquema de aportes.

En primer lugar, cuando se refiere a la ausencia de “componentes impositivos” en los aportes, se está estableciendo que ningún contribuyente al FONASA debería aportar más allá del valor económico imputable al beneficio que obtiene del sistema, incluyéndose en ese monto el correspondiente a los beneficiarios a los que dicho aportante atribuye la cobertura (menores de 18 años a su cargo, hijos discapacitados a su cargo, cónyuges, etc.). Esto supuso un cambio de concepción del papel de los aportes personales al FONASA respecto a la situación de origen. En efecto, en el esquema original, aquellos trabajadores de ingresos medio altos y altos, al realizar aportes que excedían el valor de su gasto esperado en salud y el de los beneficiarios a quienes atribuían la cobertura (representado por las cápitas correspondientes a los grupos de edad y sexo a los que dichos beneficiarios pertenecían), contribuían al financiamiento de la cobertura de aquellos trabajadores cuyos aportes eran deficitarios. Por lo tanto en el esquema original existían transferencias entre beneficiarios que, al menos teóricamente, se eliminarían en este nuevo sistema⁸⁷.

En segundo término, el régimen anterior implicaba cierto componente de transferencias intergeneracionales, si se tiene en cuenta que el valor de las cápitas guarda relación con la etapa del ciclo de vida en la que se encuentra el beneficiario. En términos esquemáticos podría decirse que la probabilidad de ser un contribuyente excedentario desde la perspectiva del FONASA era mayor para los beneficiarios más jóvenes (y por lo tanto pertenecientes a grupos de riesgo con menor gasto esperado) y, por el contrario, la probabilidad de ser deficitario era superior entre los de edad más avanzada. Si bien este componente no desaparece del sistema en general, puesto que sigue implícito

86 | *Ministro de Economía y Finanzas, Dr. Fernando Lorenzo, durante su comparecencia, conjuntamente con el entonces Ministro de Salud Pública, Ec. Daniel Olesker y el Subsecretario de Trabajo y Seguridad Social, Dr. Nelson Loustaunau, en la Comisión de Hacienda de la Cámara de Senadores, en el marco del trámite parlamentario de la posteriormente aprobada Ley 18.731. La sesión se realizó el 21 de diciembre de 2010.*

87 | *Como se verá, el procedimiento establecido para la determinación de los topes, finalmente, mantuvo cierto componente de transferencia interpersonal.*

en el propio esquema de cápitas, si pierde pie desde la perspectiva de los aportes al definirse el valor del beneficio recibido del sistema de salud, y por tanto los topes de aportes, en base al cálculo de un costo de utilización promedio esperado relativo al ciclo de vida de los beneficiarios.

Concretamente, la normativa estableció como indicador del beneficio reportado a cada usuario del seguro, un único valor que fuese representativo del costo mensual esperado de la utilización de los servicios, determinado en el promedio de la vida de un beneficiario. Para su cálculo se tomaron en cuenta los costos esperados de cada grupo de edad y sexo, la estructura de edad y sexo de la población asegurada y la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres. A ese valor se le agrega un componente de costos administrativos del sistema y la cuota correspondiente al Fondo Nacional de Recursos (FNR), dando lugar así al denominado “costo promedio equivalente”.

El tope de aportación se calcula multiplicando el costo promedio equivalente por la cantidad de personas que reciben el beneficio a partir de dichos aportes e incrementando el monto resultante en un 25 por ciento. Este incremento incorporado al costo promedio permite afirmar que no fue eliminado completamente el componente de transferencias interpersonales del esquema de aportación al FONASA. Sin embargo el Gobierno lo justificó en base a factores de carácter actuarial. Se sostuvo que existía la necesidad de ajustar los valores debido a que, al momento de entrar en vigencia el sistema, los diferentes beneficiarios se encontraban en etapas distintas de su ciclo vital. Si bien el argumento es atendible, es más probable que la medida se deba a una compensación, en el contexto de un proceso de negociación a la interna del Poder Ejecutivo, a la posición de aquellos que defendían el mantenimiento de un mayor componente solidario en los aportes al FONASA. Más allá de la justificación de tipo conceptual esgrimida para sostener este cambio en el esquema de financiación del FONASA, puede resultar interesante explorar algunos posibles argumentos desde la economía política que configuren la motivación real detrás de la propuesta. Si bien el gobierno sostiene que la medida implica un mayor recurso a fondos de rentas generales y que, por ende, la justicia distributiva del financiamiento que cierra el equilibrio entre ingresos y egresos del sistema remite a la propia progresividad del sistema tributario en general, en lo hechos el cambio en el régimen de aportes opera de forma asimilable a una renuncia fiscal, fundamentalmente en beneficio de hogares de ingresos altos.

A mediados de 2012, el BPS devolvió por concepto de aportes “excedentarios” correspondientes al año 2011 un monto cercano a los 50 millones de dólares, de acuerdo a declaraciones públicas de sus autoridades. Para aspirar a la devolución, un contribuyente sin hijos debía ganar al menos el equivalente a \$36.000 (treinta y seis mil pesos) mensuales y, en caso de un hijo cuya cobertura fuera atribuida junto con el cónyuge más de \$ 40.400 (cuarenta mil cuatrocientos pesos)⁸⁸. Estos umbrales van creciendo con la cantidad de beneficiarios a cargo. En el año 2014 la devolución de aportes alcanzó una cifra cercana a los 90 millones de dólares, lo que representa un 4,3 por ciento de los egresos del FONASA (JUNASA, 2015).

Un primer elemento a considerar radica en el hecho de que la propuesta de cambio de régimen no provino de lo que podría denominarse el “núcleo duro”, dentro del gobierno, de la Reforma de la salud, esto es, del MSP. Tampoco desde el Banco de Previsión Social. La propuesta provino del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Esto abona a la hipótesis de que la verdadera motivación de la medida radicó en la preocupación de las autoridades económicas respecto a los efectos que el ingreso al FONASA de ciertos colectivos de ingresos altos, tales como profesionales

88 | *Aproximadamente 1.840 y 2.070 dólares americanos respectivamente*

y beneficiarios de algunas Cajas de Auxilio, pudieran tener sobre la carga tributaria que soportan dichos colectivos. Es posible que existiera en ciertos estamentos del gobierno la percepción de que, con la implementación de la Reforma Tributaria, específicamente con la creación del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, la carga fiscal sobre los sectores de ingresos medio altos y altos ya fuera suficientemente alta y que, el agregado de las contribuciones al FONASA generaran una situación de tensión políticamente inconveniente para la fuerza política en el gobierno. Lo anterior se refuerza en el hecho de que, si bien la incorporación de estos colectivos ya estaba estipulada en la Ley 18.211 de 2008, a medida que se acercaba la fecha de concreción de la misma fueron creciendo las voces de resistencia que tuvieron diverso grado de repercusión en las diferentes bancadas parlamentarias de todos los partidos políticos, incluida la fuerza política gobernante.

En conclusión, es razonable pensar que quienes impulsaron esta medida la hayan concebido como un elemento de viabilidad política para concretar la incorporación de estos colectivos.

4. Elementos de prospectiva en el financiamiento y la sostenibilidad del sistema.

Considerando que la imagen objetivo de la Reforma es avanzar hacia la universalización de la cobertura a través del SNS, se presenta la información disponible sobre los retos en materia de recursos que este avance implicaría, en particular las estimaciones existentes sobre el costo fiscal de la incorporación de algunos colectivos de trabajadores aun no integrados al FONASA, así como de la integración a este último del conjunto de la población de ASSE.

A su vez, desde una perspectiva más conceptual, intentaremos dejar planteadas algunas preguntas, desafíos y temas de debate que se han abierto a partir de la puesta en marcha de las etapas más avanzadas del proceso reformador.

4.1. La incorporación de los trabajadores de los Gobiernos Departamentales

Uno de los colectivos de trabajadores que no ha sido integrado aún al FONASA es el de los trabajadores de los Gobiernos Departamentales. Si bien la Ley 18.211 faculta al Poder Ejecutivo a incluir a estos trabajadores al régimen del SNS, esta posibilidad no ha sido concretada en una propuesta específica de inclusión.

Dada las atribuciones autonómicas que la Constitución de la República confiere a los Gobiernos Departamentales, existe una multiplicidad de regímenes de cobertura sanitaria de los funcionarios: algunas intendencias pagan la cuota de una IAMC a sus funcionarios, otras lo hacen también con miembros del núcleo familiar del trabajador, otros dan la cobertura a través de convenios con ASSE, en algunos casos los trabajadores realizan contribuciones de sus salarios, en otros no. Por lo tanto, para los trabajadores de algunas intendencias, una eventual inclusión al FONASA es económicamente beneficiosa, mientras que para los trabajadores de otras intendencias la inclusión no resulta conveniente respecto a su situación actual.

Al mismo tiempo, los niveles salariales también son muy disímiles entre intendencias lo que implica, desde el punto de vista del financiamiento, que mientras la inclusión de algunas intendencias puede resultar deficitaria para el FONASA, la inclusión de otras resulte superavitaria. Es esto lo que parece explicar que, a pesar de que a ciertas intendencias y a sus trabajadores les resultaría

conveniente ingresar al fondo, el Gobierno no haya promovido su inclusión aun, probablemente en espera de poder diseñar una propuesta que las incorpore a todas a la misma vez.

Se provee una estimación primaria de los costos de inclusión de los trabajadores de los Gobiernos Departamentales realizada en el MSP utilizando datos del año 2011 y con información de las nóminas del BPS. La cantidad de menores a cargo se estimó utilizando la Encuesta Continua de Hogares, ECH 2011. Dadas las dificultades para identificar en la misma, tanto la totalidad de los menores a cargo como el hecho de sí cuentan ya con cobertura FONASA, se establecieron tres escenarios alternativos. Se presentan los resultados del escenario “promedio” de menores a cargo. No se consideraron los eventuales costos de inclusión de cónyuges ni los impactos de las devoluciones de aportes.

Para la estimación del costo fiscal se consideran también dos escenarios. El primer escenario recoge la diferencia entre el total de costos (cápitales, metas y cuotas del FNR) y el total de aportes, o sea lo que debería ser cubierto por rentas generales. En el segundo escenario no se consideran los aportes patronales como parte del financiamiento, suponiendo que en la medida en que los aportes patronales jubilatorios de las intendencias son significativamente mayores (16,5 por ciento) que los que realizan el resto de los sectores de actividad (7,5 por ciento), exista algún tipo de reducción de aportes patronales jubilatorios compensatoria de los que se deben realizar al FONASA. En el primer caso la incorporación sería superavitaria para el FONASA en más de 15 millones de dólares anuales, si bien seguramente sería menor en virtud de las eventuales devoluciones de aportes. Serían básicamente Montevideo, Maldonado y Canelones quienes estarían financiando a la mayor parte del resto de las intendencias. En la segunda hipótesis, la incorporación resultaría deficitaria en unos 11 millones de dólares, anuales y solamente dos intendencias resultarían superavitarias: Montevideo y Maldonado.

Si bien se trata de estimaciones primarias y con ciertas limitaciones relevantes, las cifras que emanan del cuadro dan un marco, por una parte, a las potenciales necesidades de recursos que el Estado (Gobierno Nacional e Intendencias) debería disponer para incorporar a estos trabajadores, así como a la disponibilidad monetaria para diseñar propuestas inteligentes que permitan hacer políticamente viable la incorporación, en virtud de la heterogeneidad de situaciones, y por tanto de intereses, que se presentan en relación a este tema.

4.2. La incorporación de ASSE al FONASA

En este caso aportamos una estimación primaria del costo fiscal de la incorporación al FONASA de los usuarios de ASSE que no tienen cobertura a través del Seguro. Debe tenerse en cuenta que, para aquellos usuarios jubilados o pensionistas, ya se ha puesto en marcha el proceso de su inclusión, por lo tanto, la estimación que brindamos aquí considera al conjunto de los usuarios ASSE que hoy no están en el FONASA y que, a su vez, no son pasivos. Se trataría de unos 795.000 nuevos beneficiarios FONASA.

El costo fiscal de la incorporación se estimó a partir de la diferencia entre el costo que resultaría por el pago de cápitales, metas y cuotas del FNR y el ahorro de presupuesto.

El costo fiscal estimado es de alrededor de 115 millones de dólares anuales. Este cálculo debe considerarse como un piso, en virtud de que supone, implícitamente, que todos los usuarios de ASSE permanecen en la institución una vez incorporados. También hay que considerar que parte del

presupuesto que recibe ASSE actualmente debería mantenerse ya que las prestaciones que brinda el principal prestador público exceden a las del PIAS, además de ocuparse de situaciones vinculadas con la atención de población vulnerable.

4.3. Preguntas y desafíos sobre el financiamiento del sistema de salud

Se plantean una serie de interrogantes, desafíos y temas de debate, relacionados con el esquema de financiamiento de la cobertura en salud. Todos ellos se vinculan con el camino que resta transitar hacia la universalización de la cobertura, consolidando una matriz solidaria, pero sin descuidar la racionalidad en el uso de los recursos sociales, de modo de garantizar la sustentabilidad temporal de las conquistas que se han logrado con la reforma.

4.3.1. Ampliación de la cobertura

Como hemos visto, el trayecto hacia la universalización implica la incorporación al seguro, aun pendiente, de algunos colectivos. Más allá del esfuerzo fiscal que cada uno de ellos supone, en cada caso aparecen desafíos en materia de economía política que es interesante destacar. Por tal motivo, resulta relevante discriminar estos colectivos en dos grupos: aquellos que tienen un vínculo con el trabajo formal, como el caso de policías, militares y funcionarios municipales; y aquellos que no tienen un vínculo contributivo con la Seguridad Social.

En relación a los primeros, es evidente que no existen razones teóricas para no avanzar en una trayectoria que implicaría profundizar la mancomunación de fondos y, adicionalmente, igualar las condiciones en las que todos los trabajadores acceden a la cobertura en salud. No obstante, en el caso de policías y militares, implicaría una reestructura institucional que quitaría de la órbita de los respectivos ministerios del interior y de defensa un conjunto de recursos edilicios, humanos y económicos. La magnitud del desafío lo testimonia el hecho de que la incorporación de estos dos colectivos no ha estado en la agenda en ninguno de los dos períodos de gobierno que ha tenido el Frente Amplio hasta 2012.

En el caso de los trabajadores de los gobiernos departamentales, si bien su incorporación está presente en las normas que dieron origen al proceso y, por ende, se encuentra en cierto sentido en la agenda, lo concreto es que hasta ahora no se avanzó en esta dirección y, todo parece indicar que no habrá novedades en este sentido en lo que queda del período de gobierno que finaliza en 2015. En el caso de algunas intendencias, existen situaciones verdaderamente privilegiadas en términos de cobertura (prestacional y poblacional) y monto de los aportes respecto a los existentes en el sistema general, por lo que avanzar en la incorporación al SNS implicaría situaciones conflictivas en algunos departamentos. Además, la incorporación supondría, a todo lo demás constante, un aumento en los aportes patronales, ya de por sí altos, que pagan las administraciones municipales.

Con este estado de situación, el desafío de la política es diseñar un mecanismo de incorporación que, por un lado, minimice en el tiempo las pérdidas de aquellos trabajadores que pudieran verse perjudicados, y a la vez compense a las administraciones municipales los eventuales mayores gastos por aportes patronales. La opción por mantener el actual estado de cosas evitaría el conflicto pero consagraría dos situaciones injustas: por una parte, trabajadores que se beneficiarían del ingreso se verían impedidos de ejercer este derecho y, por otra, se sostendrían en el tiempo situaciones

de privilegio que resultan especialmente injustas si se tiene en cuenta que descansan sobre los impuestos que pagan el resto de los ciudadanos.

En relación al pago vía FONASA de los fondos que financian las prestaciones de ASSE, los desafíos son básicamente los que se relacionan con la sostenibilidad fiscal, además de aquellos que enfrentaría ASSE en materia de gestión y competencia por los usuarios, una vez que todo su financiamiento quedase atado a su capacidad para captarlos y retenerlos.

4.3.2. El mecanismo de pago del FONASA

En relación al mecanismo de pago a los prestadores integrales del SNIS a través de las cápitas, su aplicación en el tiempo ha venido dejando algunas interrogantes.

Un primer cuestionamiento es si, efectivamente, el sistema de pago por cápitas ha operado como incentivo a la contención de costos y eliminación de ineficiencias por parte de los prestadores. Frente a esta pregunta aparece una primera dificultad: la ausencia total de cápitas de referencia que funcionen como benchmark y permitan tener una pauta sobre el “deber ser” del gasto esperado en salud en los diferentes tramos de riesgo. Frente a esta carencia, es muy difícil discernir qué parte de los aumentos de costos en la provisión de los servicios registrados por los prestadores están asociadas a cambios estructurales en la matriz epidemiológica de la población, qué parte a cambios necesarios en el abordaje de los diferentes problemas asistenciales y qué parte a la falta de un comportamiento en pro de una mayor eficiencia.

En ausencia de cápitas de eficiencia, el desafío de la regulación estará en encontrar mecanismos de ajuste que, aceptando la necesidad de cambios frente a modificaciones estructurales en el gasto esperado en salud, logren establecer incentivos hacia la eficiencia y sean explícitos y aceptados por los prestadores.

Otro elemento de debate refiere a si el mecanismo actual de cálculo de las cápitas, a partir de datos históricos de utilización y costos, es el adecuado y, adicionalmente, si las variables indicadas para el cálculo del ajuste por riesgo son efectivamente la edad y el sexo de los usuarios. El desafío que impone cualquier intento de mejora en este sentido refiere a la escasa disponibilidad y calidad de la información relativa a la población beneficiaria y su perfil epidemiológico. En este sentido, la pregunta que debe plantearse el regulador es en qué medida debería ponerse al frente de un proceso fuerte y costoso de innovación en materia de sistemas de información que permita disponer de datos que, eventualmente, podrían ayudar a una mejor calibración del ajuste por riesgo del gasto esperado en salud.

Como hemos visto, el traslado a las cápitas de los costos asociados a las distintas incorporaciones de nuevas prestaciones realizadas desde la puesta en marcha del SNIS, ha sido afrontado a través de mecanismos ad hoc. Es una materia pendiente, entonces, la definición de criterios claramente delineados para resolver las sucesivas incorporaciones al PIAS que se efectúen en el futuro.

Otro desafío de la política pasa por la interrelación entre las cápitas y la política referida a las tasas moderadoras. Si bien es cierto que se han aplicado políticas de contención al valor de estas últimas, es cierto también que los ingresos por este concepto siguen siendo un rubro importante

en el presupuesto de varias IAMC. En definitiva, existe una situación de hecho en la que, en caso de que las cápitas no logren cubrir los costos de provisión, como teóricamente deberían hacerlo, los ingresos por tasas ayudan a cerrar esa brecha. Al mismo tiempo, se consagra una situación injusta entre instituciones, algunas de las cuales no están en condiciones de incrementar sus ingresos por tickets y órdenes, básicamente por el perfil socioeconómico de su población afiliada. En esencia, el desafío se resume en la capacidad de diseñar una política de tasas en la que éstas cumplan el rol de moderadores de la demanda, sin operar como barreras al acceso ni como fuente relevante de financiamiento, al tiempo que permita superar la enorme heterogeneidad existente, en este sentido, entre instituciones. Sin embargo, el peso actual de las tasas en el financiamiento de las IAMC seguramente constituya un elemento de presión tendiente a convalidar la reducción de tasas a través de un incremento de las cápitas.

Por último, en relación al componente metas del pago, la pregunta aun sin resolver es cómo se integran éstas con las cápitas. Con la instauración de la meta el regulador pretende generar cambios en los prestadores tendientes hacia objetivos asistenciales. La pregunta que surge es si la meta es un premio o es la forma en que se financian estos cambios. Si la respuesta fuera la primera, entonces, una vez consolidados estos cambios, la meta debería retirarse. En caso en que se entienda que nos encontramos en el segundo caso, la eliminación de la meta debería completarse con el correspondiente incremento de las cápitas. La discusión de esta cuestión, instalada básicamente por los prestadores, no tiene aun una resolución explícita por parte del regulador.

4.3.3. Sostenibilidad del sistema

La expansión de la cobertura a través del FONASA ha tenido como consecuencia el crecimiento sustancial del papel de las contribuciones a la Seguridad Social en el financiamiento del sistema. En definitiva, una parte cada vez mayor de dicho financiamiento está vinculada al desempeño del mercado de trabajo.

Surge como necesidad la realización de estudios de simulación que permitan aproximar a las consecuencias que, sobre el financiamiento de la salud, tendrían diferentes escenarios de desaceleración y eventual recesión económica y sus correspondientes impactos en el mercado de trabajo. Estos análisis resultarían un insumo clave a la hora de resolver la natural tensión entre la necesidad y el deseo de ampliar los derechos y prestaciones y la necesidad de garantizar que los avances realizados hasta el momento sean sostenibles aun en escenarios claramente desfavorables. En este sentido el trabajo de Zumar (2013), indaga sobre los efectos fiscales de largo plazo de la reforma del sistema de salud uruguayo, considerando diversos escenarios respecto a variables macroeconómicas, demográficas y políticas. Los resultados proyectados muestran una creciente necesidad de recursos fiscales para financiar el FONASA en condiciones adversas y neutras, pero en escenarios tendenciales y más optimistas pueden resultar decrecientes e incluso negativos hacia el año 2035.

Otro aspecto que supone un dilema relacionado con la sustentabilidad se vincula al eventual ingreso al FONASA de los usuarios de ASSE. En efecto, parece existir la percepción de que un financiamiento de ASSE a través de cápitas y no a través del presupuesto público, incrementaría la rigidez del mismo. Más allá de la posición ideológica que se adopte frente a este dilema, lo cierto es que si efectivamente esto es así, existirá una tensión a resolver entre el avance en la universalización de la cobertura y una mayor rigidez del gasto en salud que podría comprometer, de futuro, la sustentabilidad fiscal de la reforma.

5. Consideraciones finales.

En Uruguay, la normativa anterior a la creación del SNIS promovía la noción de salud individual, donde la responsabilidad de contar con un buen estado de salud recaía en el individuo. La ley de creación del SNIS establece como un derecho “la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país” y define como competencia del MSP el aseguramiento del “acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país”.

La segmentación y la fragmentación del sistema de salud uruguayo, eran parte de los problemas estructurales, comunes a los países latinoamericanos que caracterizaban el marco preexistente al que la reforma se enfrentó en el Uruguay. A pesar de que los subsectores público y privado se distribuían por mitades la atención de salud de la población, tres cuartas partes de los recursos se canalizaban a través de los proveedores privados, generando una inaceptable inequidad en el gasto por usuario. Por otra parte, solo el 25 por ciento de la población accedía a una cobertura de la salud a través de la seguridad social, haciendo que otro tanto debiera hacer frente a una cuota de prepago para poder acceder a los servicios. El alto peso en el gasto nacional en salud proveniente de fuentes privadas antes de los cambios promovidos testimonia esta situación.

La creación del SNS, financiado por un fondo único, público y obligatorio, el FONASA, ha permitido ampliar la cobertura a nuevos colectivos, especialmente con la inclusión de los menores a cargo de los trabajadores, sus cónyuges y de los pasivos en general. Esto supuso en efecto un avance en la mancomunación de fondos, al unificar la cobertura a colectivos anteriormente amparados en distintos mecanismos tales como Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales.

Por otra parte, el mecanismo de pago ajustado por riesgo permitió vincular los pagos del seguro con las necesidades asistenciales de los usuarios, avanzando en la racionalización económica tanto a nivel del seguro como al interior de sus prestadores, además de mejorar la relación entre modalidad de pago e incentivos a la contención de costos.

Junto a esta importante acción se llevó adelante otra que fue la del fortalecimiento de los fondos públicos destinados a ASSE, principal prestador público integral.

Los cambios en el modelo de financiamiento del sistema han llevado a que exista una mayor protección financiera de la población y han logrado disminuir significativamente las inequidades existentes.

Asimismo la situación previa mostraba un panorama anárquico en lo que se refiere a las tasas moderadoras. En efecto, existía al interior del sistema una importante heterogeneidad de conceptos y de valores que mostraban a las claras el divorcio existente entre esta herramienta y su función moderadora de la demanda. A partir del año 2005 se dieron una serie de pasos tendientes a racionalizar el papel de las tasas moderadoras y contener su valor, de forma de mitigar los eventuales efectos negativos que estos pagos pudieran tener sobre el acceso efectivo a los servicios. También, no obstante, se subrayan las dificultades y los desafíos a enfrentar para avanzar en una política de tasas moderadoras consistente con los objetivos de la reforma y articulada plenamente con el esquema de financiamiento por ésta planteado.

En materia de cobertura prestacional, se aprobó en el año 2008 el PIAS. Por primera vez en el país, se cuenta con un catálogo donde se detallan todas aquellas prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, a la vez que los tratamientos cubiertos por el FNR.

También se dejan planteados algunos desafíos futuros del sistema en relación al financiamiento y ampliación de la cobertura. Por una parte, hemos visto que la incorporación de nuevos colectivos de trabajadores, como es el caso de los funcionarios municipales, requerirán de mucha creatividad para diseñar propuestas que consigan atender la gran heterogeneidad de situaciones existentes, sin erosionar gravemente los intereses en juego de los actores involucrados, es decir, sin generar grandes pérdidas de beneficios en los trabajadores y sin provocar situaciones de tensión política para los Gobiernos Departamentales.

Finalmente la ampliación del mecanismo de pago ajustado por riesgo a los usuarios de ASSE que no tienen vínculo con el mercado de trabajo formal presenta el dilema de dotar de una mayor rigidez al gasto en salud, lo que podría tornarse problemático en escenarios de caída en el nivel de actividad.

Por último, si bien se ha visto cómo el mecanismo de pago ajustado por riesgo resultó en una mayor racionalización del vínculo entre pago y necesidades asistenciales, la ausencia de una “cápita de eficiencia” que opere como referencia, y las dificultades para construirla, van en contra del objetivo de la contención de costos innecesarios por parte de los prestadores. En este sentido entonces, el diseño de mecanismos de ajuste que, por una parte, contemplen los cambios estructurales en el gasto esperado provocados por cambios en el modelo de atención y en los perfiles epidemiológicos de la población y, por otra, incentiven a la eficiencia, es uno de los grandes desafíos futuros que afronta la regulación del SNIS.

Bibliografía

Arbulo V, Castelao G, Oreggioni I, Pagano J (2015). Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP/OPS.

BPS (2004). Seguros convencionales de enfermedad su incidencia en las finanzas del BPS. Comentarios de Seguridad Social N° 5, Octubre-Diciembre 2004.

Casares L (2004). Prestaciones de Salud del Banco de Previsión Social. Un análisis de su financiamiento, equidad y eficiencia. Banco Mundial.

JUNASA (2015). Rendición de Cuentas JUNASA 2014. MSP

Laurell C (2011). Seminario Taller Sistematizando Lecciones y Experiencias en la Construcción de Sistemas Únicos de Salud. La Paz, Bolivia.

MSP (2006) Cuentas de Salud en Uruguay 2004. División Economía de la Salud.

MSP (2006) Inequidades en el Sistema de Salud uruguayo, División Economía de la Salud.

MSP (2009) La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009.

MSP (2010) Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud, División Economía de la Salud.

MSP (2010) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

MSP/OPS (2010) Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, División Economía de la Salud.

Olesker D, Bérigolo M, Leites M (2002) Los uruguayos pagamos más pero el Sistema Mutual esta en emergencia. Un informe científico sobre una década perdida 1990-2000. Federación Uruguaya de la Salud - Instituto Cuesta Duarte PIT-CNT.

Oreggioni I, Rivas L (2014). Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010. Uruguay. Área de Economía de la Salud - Ministerio de Salud Pública (MSP-OPS).

Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

Organización Mundial de la Salud (2010) Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la Cobertura Universal. Ginebra: OMS, 2010.

OPS (2010) Contribuyendo al financiamiento sostenible de Sistemas de salud de Cobertura Universal, Memorias de la I Conferencia Internacional de Aseguramiento Universal en Salud.

Sienra M (2007) La evolución del Sistema de seguridad Social en Uruguay 1829- 1986. Instituto de Economía, Serie de Documentos de Trabajo DT 07/07.

Zumar L (2013) Reforma del Sistema de Salud de Uruguay. Efectos fiscales de largo plazo. Trabajo presentado para la obtención del título Magíster en Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. UdelAR

Comentario.

Reforma al financiamiento: economía política y capacidad de liderazgo

David Debrott Sánchez

Tal como señalan los autores en el apartado sobre marco conceptual, la cobertura universal se debe expresar. Hace algunos años atrás tuve el placer de colaborar con CEPAL y OPS/OMS en la realización de una serie de estudios sobre dimensionamiento del consumo efectivo de hogares en salud (Debrott, 2014). Entre los seis países en los que se realizó esa experiencia piloto figura Uruguay, junto a Brasil, Colombia, El Salvador, México y Perú.

Las cifras que allí se recogen, para el caso uruguayo, corresponden al año 2008, mismo año para el cual los autores del artículo que comentamos presentan información al inicio del proceso de reforma. A pesar de las diferencias metodológicas entre ambas aproximaciones, resulta interesante aportar algunos elementos y destacar otros que permiten contextualizar la reforma en el escenario latinoamericano.

Hacia el año 2010 la población de Uruguay alcanzaba los 3.4 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento de 2.9 por mil habitantes para el quinquenio 2005-2010. Un país de tamaño poblacional pequeño para la región y con una de las tasas de crecimiento poblacional más bajas. Aproximadamente la mitad de la población de El Salvador (6,2 millones de habitantes) y bastante lejos de los tamaños poblacionales de los demás países incluidos en la muestra. En cuanto al crecimiento de la población, solo El Salvador tenía una tasa de crecimiento relativamente cercana (4.7 por mil habitantes), mientras Colombia destaca en el grupo con una tasa de 14.6 por mil habitantes, seguido por México con 11.8 por mil habitantes.

Los indicadores agregados de resultados en salud son notoriamente satisfactorios en el caso de Uruguay. Mientras El Salvador muestra una esperanza de vida al nacer de 71.3 años en el quinquenio 2005-2010, Uruguay alcanza 76.2 años y México, el país que se encuentra más cercano, alcanza 75.7 años. Pero el indicador que más destaca es la mortalidad infantil con 13.1 por mil nacidos vivos en el mismo quinquenio, mientras Perú muestra 48.8 por mil nacidos vivos y Colombia, el país que se encuentra más cercano, presenta 19.1 por mil nacidos vivos.

Los indicadores socioeconómicos de Uruguay en 2008 son, sin duda, dignos de destacar. De la muestra, es el país con un mayor PIB per cápita, con 9.061 dólares, mientras El Salvador alcanza 3.340 dólares y México, país que se encuentra más cercano, alcanza 8.943 dólares.¹ La pobreza representaba un 13.7%, la indigencia un 3.4% y el Índice de Gini, que muestra la concentración de los ingresos, un 0.445. En contraste, El Salvador presentaba un 47.9% de pobreza, mientras Brasil, el país más cercano, un 24.9%. Perú presentaba un 21.0% de indigencia, mientras Brasil, el país más cercano, un 7.0%. En Colombia el Índice de Gini alcanzaba un 0.589, mientras en Perú, el país más cercano, alcanzaba 0.469.

En cuanto a las cifras de consumo efectivo de hogares en salud, Uruguay también se encuentra muy bien posicionado. El año 2008 Uruguay lideraba la muestra con un consumo efectivo de hogares en salud como porcentaje del PIB de un 8.9%, seguido de Brasil con un 8.7% y bastante distante de El Salvador con 5.8%, México con un 5.6%, Colombia con un 4.9% y Perú con un 4.8%.³

El consumo efectivo de hogares en salud en términos per cápita, medido en dólares corrientes, también es un indicador favorable para Uruguay, con 806 dólares, seguido de Brasil con 732 dólares y muy distante de México con 464 dólares, Colombia con 266 dólares, Perú con 215 dólares y El Salvador con 192 dólares.⁴

El gasto de bolsillo como porcentaje del consumo efectivo de hogares en salud, muestra que Uruguay se ubica en la mejor posición de la muestra con un 31,8%, seguido de cerca por Brasil con 32,2% y Colombia con 35,4%. Bastante lejos de esta posición se ubican El Salvador con 43,4%, México con 52,7% y Perú con 59,7%.⁵

Tal como señalan los autores en el apartado sobre marco conceptual, la cobertura universal se debe expresar en tres dimensiones: como cobertura poblacional, como cobertura de servicios o prestaciones, y como protección financiera de los hogares frente eventos de salud. Un punto de partida muy significativo para Uruguay y a la vez un enorme desafío, considerando que países con sistemas de salud con niveles de cobertura satisfactoria han logrado reducir el gasto de bolsillo a cifras inferiores al 15,0%, incluso al 10,0%.

En esta línea, el artículo plantea dos aspectos que resultan centrales en la comprensión del concepto de cobertura universal y que en el caso de las reformas de salud latinoamericanas no han recibido la atención que merecen.

El primer aspecto dice relación con el principio de justicia en el financiamiento de salud o si se quiere de solidaridad. Señalan los autores: "...la estrategia deberá basarse en encontrar un esquema que posibilite maximizar la separación entre contribución y utilización de los servicios de salud". En palabras nuestras, si se quiere construir un sistema de salud que materialice los principios de la seguridad social y hacer efectivo el deseo de instalar el derecho a la salud, es fundamental hacer estrictamente independiente los aportes al financiamiento de la salud, respecto de la utilización de los recursos y en definitiva del gasto en salud.

El financiamiento de la salud, sea por la vía contributiva, por rentas generales o por un mix de estas dos fuentes, no puede condicionar el nivel de gasto de determinados grupos sociales o poblacionales. El principio más básico es que quienes poseen mayores ingresos deben aportar en mayor proporción que quienes poseen menores ingresos.

Desde el otro lado, la utilización del financiamiento (gasto) no puede basarse en otra lógica sino en la necesidad. El principio básico es que los recursos deben utilizarse para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Desde esta perspectiva, el gasto de bolsillo es un componente que rompe cualquier lógica de seguridad social y de solidaridad en el financiamiento. No solo es una enorme barrera de acceso a la salud para los grupos sociales más desposeídos o una carga financiera catastrófica ante eventos de alto costo o condiciones crónicas, sino principalmente porque la utilización (gasto) de los recursos está completamente atada a la capacidad de pago de los hogares.

Los autores señalan que los esquemas de prepago permiten hacer esa desconexión. Nuestra hipótesis es que ello solo es posible en la medida en que se implementen mecanismos de ajuste de riesgo y de ingresos simultáneamente.

Los mecanismos de ajuste de riesgo, cuando están bien diseñados y se dispone de la información suficiente para realizar las compensaciones, permiten solidarizar los recursos desde la perspectiva del riesgo en salud. Dicho de otro modo, los sanos contribuyen a financiar a los enfermos, los jóvenes a los viejos. En definitiva permiten materializar la solidaridad de riesgos. Sin embargo, desde nuestra perspectiva, un esquema que no contempla la solidaridad de ingresos es un sistema de seguridad social incompleto e imperfecto.

Los sistemas de prepago privados, cuando mantienen la finalidad de lucro al margen de los principios de la seguridad social, son sistemas que solo realizan solidaridad de riesgo, pero que difícilmente son sostenibles si se les trata de imponer mecanismos de solidaridad de ingresos. Esta es la principal traba que encontramos hoy día en nuestros países latinoamericanos para terminar con la

segmentación. La segmentación más dura de combatir es sin duda la que proviene de nuestras propias diferencias socioeconómicas.

El diseño de reforma financiera en Uruguay contempla un mecanismo de ajuste de riesgo mediante una asignación capitada de recursos hacia los aseguradores /proveedores, en la que participan agentes públicos y privados. Este esquema permite introducir un importante grado de solidaridad en el financiamiento. En palabras de los autores: "Uno de los objetivos buscados con este mecanismo era dotar de mayor racionalidad al financiamiento de los prestadores, al vincular el pago al gasto esperado de cada usuario, superando una carencia notoria del sistema anterior, así como evitar la selección de riesgos por parte de los prestadores".

Dado el punto de partida de la reforma, en la que se evidenciaba un esquema de aseguramiento extraordinariamente segmentado, con múltiples agentes públicos y privados, la introducción de un mecanismo de compensación de riesgos resulta ser un logro sustancial que apunta en la dirección correcta. Sin duda este camino requiere un mayor perfeccionamiento, incorporando información sanitaria y no solo demográfica (edad y sexo). De esta forma, los recursos fluirán hacia una utilización alineada a las necesidades sanitarias de la población.

Un aspecto que resulta debatible en la evolución más reciente del proceso de reforma, es lo que los autores denominan "devoluciones" de aportes. En el esquema original, incluso en el diseño previo del financiamiento, los aportes individuales a salud eran concebidos como proporcionales al ingreso de las personas. De esta forma, la introducción del mecanismo de capitación ajustada por riesgo era, en sí mismo, un mecanismo de ajuste de ingresos.

Como bien advierten los autores, desde el año 2010, con la entrada en vigencia de la Ley 18.731, se modifica el régimen de aportes al financiamiento de la salud. Citando la intervención del Ministro de Economía y Finanzas, se señala que el fundamento de dicha reforma es "...evitar que haya componentes impositivos en los aportes personales de los trabajadores y transferencias interpersonales e intergeneracionales en el sistema. La filosofía de esto es separar el sistema tributario del seguro de salud...".

El sentido abstracto de este cambio resulta razonable y se encuentra presente en los debates que también se llevan a cabo en el contexto chileno con miras a reformar el sistema de seguros privados de salud, las ISAPRES.⁸⁹ Sin embargo, cabe interrogarse respecto de cuán redistributivos son nuestros sistemas tributarios. Al menos en el caso chileno, con una de las distribuciones de ingreso más desiguales de la región y del mundo, el efecto redistributivo del financiamiento de la salud es un aspecto crucial hacia la constitución de un nuevo sistema de seguridad social en salud, realmente solidario.

Un aspecto que los autores no mencionan explícitamente en el artículo, probablemente porque no se encuentra presente en el debate, es la posibilidad de subsidios públicos hacia aseguradores y prestadores privados: la llamada portabilidad de los subsidios.

En contextos en los cuales se intenta forzar a los agentes privados a participar de esquemas de seguridad social, solidarios en riesgo y en ingresos, surge con fuerza el argumento de que esto no es posible a menos que el Estado subsidie a quienes poseen menos ingresos para que opten a contratar el seguro con agentes privados. Este tipo de lógicas, en nuestra opinión, revierten el sentido de la seguridad social, conducen a un mayor gasto y terminan por socavar la sostenibilidad financiera del sistema. El camino correcto a nuestro entender es el fortalecimiento del sistema público y la utilización de los recursos para la finalidad para la cual son aportados por la población.

El segundo aspecto que resulta relevante destacar, es el concepto de tasas moderadoras versus copagos como parte del esquema de financiamiento.

89 | *Instituciones de Salud Previsional privadas y con fines de lucro.*

Los autores ponen el acento, a nuestro juicio de manera muy correcta, en que el único gasto de bolsillo que puede ser consistente con una lógica de seguridad social en salud es el que se orienta a moderar la demanda.⁹⁰

Durante las reformas neoliberales impulsadas en nuestros sistemas de salud durante los años 90 se instaló la idea de que la población valora más aquellos servicios por los que paga o aporta a su financiamiento. Desde el punto de vista del agente de financiamiento, esta lógica también ha sido justificada por la necesidad de reunir mayores recursos para salud. De esta forma, los copagos en salud se han visto como una fuente adicional de recursos, siendo considerados como algo natural en esquemas de seguro.⁹¹

El artículo intenta cuestionar dicha lógica y rescata el concepto original en que los pagos de bolsillo no pueden introducir barreras de acceso e inequidades en salud. Visto así, el único rol que debieran cumplir es el de moderar la demanda en aquellos servicios y bienes de salud que pueden ser objeto de demanda innecesaria o sobreconsumo. La mayor parte de las necesidades de salud no responde a la lógica neoclásica de las funciones de demanda, ni menos a su fundamento teórico basado en la utilidad del consumidor. En salud, más consumo no es mejor a menos desde la perspectiva individual.

Para finalizar este breve comentario, resulta importante destacar dos aspectos que escasamente se mencionan en trabajos sobre las reformas al financiamiento de salud: la economía política del proceso y la capacidad de liderazgo para enfrentar tales desafíos.

La reforma de salud en Uruguay ha desplegado una estrategia que vincula cada etapa a los actores sociales que serán beneficiarios de los cambios. El diseño de cada etapa del proceso de reforma permite identificar a sus potenciales beneficiarios, que son los llamados a apoyar los cambios, y a potenciales grupos de presión en contra de los cambios. En este sentido, el proceso es concebido no solo como un ejercicio tecnocrático, de especialistas en financiamiento de la salud, sino como un proceso de negociación, participación y movilización social, en el cual los diferentes actores despliegan estrategias de lucha social.

Desde el lado de los beneficiados, es indudable que los diferentes sectores que se encontraban al margen de la cobertura de la seguridad social de salud se han transformado en aliados y hasta cierto punto el motor social de dichos cambios. Del otro lado, sin duda la reforma ha debido enfrentar a sectores que ven disminuido el potencial de negociación que han tenido. Un ejemplo de ello es la industria farmacéutica o los mismos prestadores de salud privados con fines de lucro.

El mismo gremio médico se ha manifestado en contra aspectos específicos de la política pública de salud, en la medida en que la regulación económica y sanitaria limita algunas de sus libertades de ejercicio profesional, en beneficio de los usuarios y del bienestar de la población.

Por último, y este es un aspecto que me parece extraordinariamente ejemplar, el proceso de cambio en Uruguay no habría sido posible sin la conformación de un núcleo técnico y político que ha ejercido un importante liderazgo hasta ahora. Pocos países de latinoamericana han logrado constituir equipos de trabajo tan cohesionados y de extraordinario nivel técnico para encabezar el proceso de reforma. El espacio que ha adquirido la misma disciplina de la economía de la salud es simplemente notable.

Los autores del trabajo que comentamos han sido parte de ese núcleo líder del proceso de reforma y resulta muy valioso que, al cabo de varios años de implementación del proceso, el que sin duda enfrentará problemas y dificultades como todo proceso político y social, pongan hoy a disposición de los lectores un trabajo que entrega elementos para evaluar la política y establecer los nuevos desafíos que esta debe enfrentar.

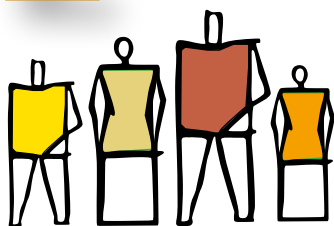
90 | De acuerdo a nuestras estimaciones, los aportes de hogares bajo esquemas de aseguramiento en el caso de Uruguay representaban el año 2008 un 4,5% del consumo efectivo de hogares en salud. En el trabajo ya citado (Debrott, 2014) estos aportes aparecen bajo el término “copagos”, sin embargo, deben ser entendidos como tasas moderadoras

91 | Alguna literatura traducida del idioma inglés los denomina como “costos compartidos”.



IV. Efectos de la reforma de la salud sobre la asignación y distribución de recursos del sector

Paula Carrasco



Artículo resumen del estudio “*Impacto de la reforma de salud sobre diferentes aspectos del financiamiento: asignación y distribución de recursos*”, Paula Carrasco y Fernando Isabella. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Instituto de Economía (IECON-UdelaR) Diciembre 2013.⁹²

Introducción

Este documento resume los principales hallazgos de una serie de trabajos que buscaron aproximarse a los efectos del proceso de cambio del Sistema de Salud en Uruguay sobre la asignación y distribución de recursos dentro del sector.

El primer hito legal en relación a la reforma de la salud en Uruguay corresponde a la Ley 18.131 que entra en vigor en agosto de 2007, y da nacimiento al Seguro Nacional de Salud (SNS) y al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Ese fondo, tenderá a transformarse gradualmente en el asegurador único, público y obligatorio, para financiar al sistema de salud. Al constituirse el SNS, el aseguramiento se extiende pasando a incluir no solo a los trabajadores formales privados sino a los trabajadores del sector público.⁹³ Por otra parte, se modifica la forma de pago de este asegurador a los prestadores. La misma, previamente se realizaba por persona cubierta por el prestador, pero no asociada al riesgo de la misma, sino atada al monto que el prestador cobraba a sus afiliados individuales. A partir de la creación del FONASA, los pagos a los prestadores pasan a depender únicamente de la edad y sexo del asegurado (variables que aproximan su riesgo). Además, entre las opciones de prestadores a

92 | El presente artículo recoge mayoritariamente la redacción textual del documento original. El resumen y las modificaciones del texto necesarias para su versión final cuentan con la aprobación de los autores. Algunos datos fueron actualizados.

93 | Aquellos que no tuvieran cobertura a través de su propio seguro

elección de los asegurados, se incluye a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el principal prestador público del país, el cual hasta entonces, funcionaba, únicamente en la lógica de “hospital de beneficencia”.

En segundo lugar, la Ley 18.211 en vigencia desde enero de 2008, crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) definiendo el resto de la institucionalidad del sistema, en lo que hace a su gobierno, regulación, etc. En lo relativo al tema del artículo, la principal innovación de esta norma fue la ampliación de la cobertura a los hijos menores de edad de los trabajadores cubiertos por el FONASA así como el establecimiento de un cronograma de ampliaciones sucesivas de dicha cobertura, pretendiendo universalizarse. Así, a partir de enero de 2008, ingresan al asegurador público como colectivo priorizado alrededor de medio millón de niños y adolescentes, cuyos efectos en el sistema, tanto en términos económicos como sanitarios, estarán en el centro de interés de esta investigación.⁹⁴ Por otra parte, también a partir de la creación del SNIS se ha ido habilitando la movilidad (regulada) entre prestadores para los usuarios cubiertos a través del FONASA, modificando una normativa previa que impedía dicha movilidad, bajo el entendido que la lógica del sistema se basa en la libre elección del prestador por parte del usuario.

En la Ley 18.211 también se plantea el cambio en el modelo de atención sanitaria, buscando mover el eje desde las actividades curativas hacia las preventivas. Para eso, entre otras cosas, se genera una nueva forma de pago desde el SNS a los prestadores, asociado a “metas” asistenciales definidas por la autoridad sanitaria. Estas metas son objetivos a cumplir que se establecen a los prestadores y buscan hacer énfasis en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad y se establece un pago que se hace efectivo en la medida en que las mismas se cumplan. De esta manera, el cambio en la composición de los servicios brindados a los usuarios es también un objetivo explícito de la reforma. Este cambio asistencial se fundamenta en objetivos sanitarios pero también económicos. La promoción de hábitos saludables, la prevención y la detección temprana de posibles patologías, no sólo implica mejoras en la salud de la población sino que además se espera que implique una disminución de costos para el sistema.

En síntesis los principales cambios impulsados por la reforma del sistema de salud, que afectan el objeto de estudio del presente trabajo pueden resumirse en: la creación de un SNIS, la creación del SNS y la ampliación de su cobertura, la ampliación paulatina del aseguramiento a la familia del cotizante, los cambios en la forma y magnitud de la cotización al seguro, y los cambios en la forma en que el seguro paga a los prestadores por los usuarios (capitación y desempeño).

Este trabajo busca en primer lugar analizar cómo las modificaciones en la estructura del sector promovidas por la el nuevo diseño de la política pública en salud generaron cambios en la conducta de los agentes y cuál ha sido el posible efecto sobre varios resultados del sistema de salud. Nos centraremos en el proceso interno de producción de servicios y distribución de recursos de los principales prestadores integrales, ya que allí se decide el destino de buena parte de los recursos financieros del sistema de salud. La medida en que éstos se convierten en remuneraciones de los diferentes grupos profesionales involucrados, en montos destinados a la compra de servicios de salud (por ej. estudios diagnósticos) o medicamentos, o gastos administrativos, etc., son entre otras cosas, manifestación de la capacidad de apropiación de recursos que realizan diferentes grupos de interés.

94 | A la fecha de la publicación de este artículo el FONASA cubre 2.400.000 personas lo que supone aproximadamente un 75% de la población total del país

Luego de la detección y análisis de los principales cambios ocurridos entre el período previo a la implementación del SNIS (2005-2007) y el de implementación del sistema (2008-2011), y considerando que los mismos se producen en forma simultánea con otra serie de transformaciones relevante en el país se realizan una serie de ejercicios para poder determinar el impacto concreto de los cambios relacionados con la reforma sobre los resultados observados. Se avalúa entonces el efecto directo de la reforma de la salud en los principales cambios observados en el período.

Por último se jerarquizan los resultados más importantes y se señalan algunos riesgos a que merecen ser considerados para asegurar la sostenibilidad financiera y profundizar los avances realizados en términos de inclusión y equidad.

El texto se organiza de la siguiente manera. El siguiente apartado se destina a la identificación de las principales modificaciones en la estructura del sector salud. Para ellos en primer lugar se plantea el enfoque conceptual que se utiliza para la identificación (1.1) y luego se describen y analizan las modificaciones observadas en algunos resultados del sistema en el período de reforma (1.2). En el tercer apartado se realizan diferentes ejercicios que buscan precisar el efecto de las modificaciones realizadas como parte de la reforma del sistema sobre los cambios en las variables de resultados. Para ello se describen los datos utilizados (2.1), la metodología empleada para cada uno de los casos (2.2) y luego se explicitan los resultados encontrados (2.3). En el apartado 4 se presentan algunos de los desafíos que el proceso de reforma deberá enfrentar para seguir siendo sostenible. En el último apartado (4) se realizan los comentarios finales.

1. Principales cambios en la asignación y distribución de recursos del sector salud.

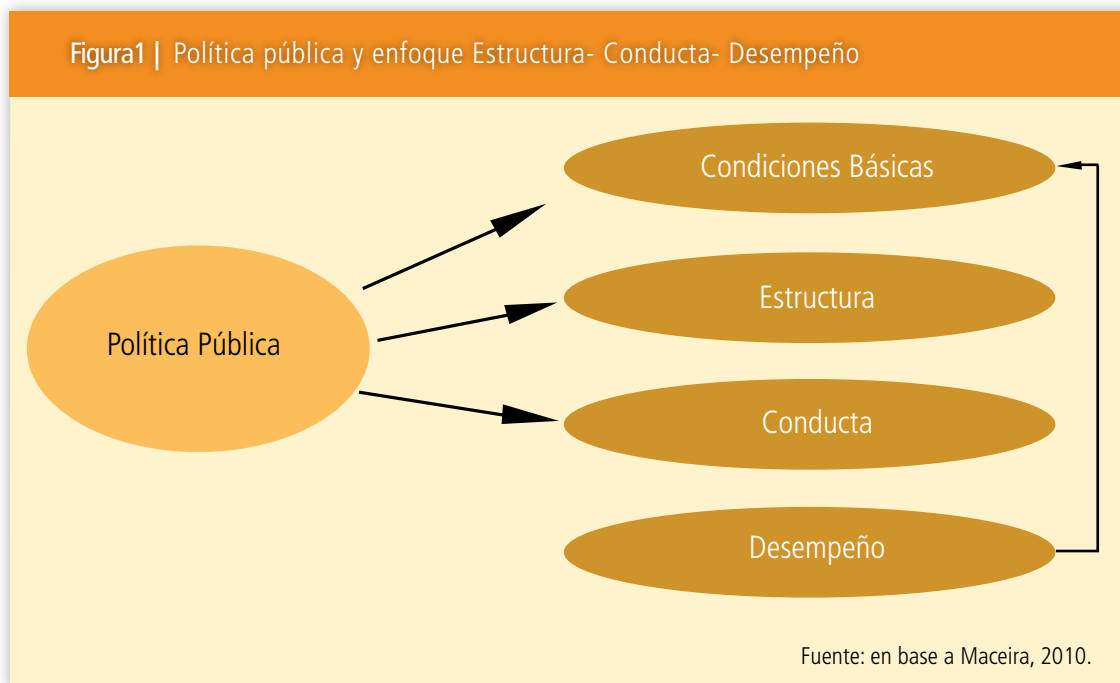
1.1. Marco conceptual

Para poder abordar el complejo entramado de conductas, incentivos y regulación que caracteriza al sector salud parece apropiado utilizar el enfoque tradicional de la organización industrial, el enfoque Estructura-Conducta-Desempeño. Según el mismo, el desempeño en una industria o mercado particular (el logro de los objetivos propuestos) depende de la conducta de los demandantes y oferentes (dado por el comportamiento estratégico de los agentes que hacen parte de la oferta, como la política de fijación de precios, mecanismos de pago, publicidad, investigación y desarrollo, cooperación, fusión comercial, estrategias legales y demás). A su vez, la conducta depende en última instancia de la estructura del mercado, el cual se puede caracterizar por el número y distribución de los oferentes, que depende a su vez, del tamaño de las empresas, el número de competidores, el grado de diferenciación de los mismos, la presencia o no de barreras a la entrada y la estructura de costos.

Dentro del sector de la salud este enfoque implica un análisis de la oferta (prestadores integrales, laboratorios, farmacéuticas), y de la demanda, realizada tanto por los usuarios individualmente pero fundamentalmente por los financiadores (FONASA, Fondo Nacional de Recursos (FNR)). Este mismo análisis puede aplicarse para el estudio entre distintos componentes de la oferta. La relación entre los Prestadores de servicios de salud y la remuneración a los distintos factores productivos pueden interpretarse con este enfoque. A su vez el vínculo entre los proveedores de diversos insumos intermedios con los Prestadores Integrales también puede analizarse desde esta mirada.

Detrás de este enfoque hay claramente implicancia de causalidad que el modelo supone van desde la estructura del mercado o segmento del mismo, afectando la conducta de los agentes, y por último determinando así los resultados. En consecuencia es esperable que los cambios en la estructura y composición de oferta y demanda, así como políticas que lleven a cambios en el comportamiento estratégico de los agentes, tengan impactos en los resultados del sistema. Lo que consideramos resultado, como medida de desempeño, variará en función del agente que consideremos.

Cuando ampliamos la visión al sistema de salud como tal, la Estructura dentro del análisis refiere principalmente a la conformación de la oferta, donde se destacan la presencia o no de integración vertical entre la prestación de servicios de salud y el agente asegurador, la integración vertical en una misma institución de todos los niveles asistenciales, la participación del sector público en tanto prestador directo de servicios de salud o como agente exclusivamente financiador, la existencia o no de competencia en el sector y la definición acerca de la variable sobre la que se compite o debería competir, precio, calidad, o ambas (Grau y Lazarov, 2004).



En un sistema de salud donde la demanda esté concentrada (seguro único) y la oferta atomizada, el poder de negociación del seguro se incrementará favoreciendo la demanda, vía transferencia de riesgos a los prestadores -por ejemplo pago capitolativo. Por el contrario en un escenario de demanda atomizada y oferta concentrada, el mayor poder de negociación de los oferentes puede llevar a una mayor transferencia de riesgos hacia los financiadores -por ejemplo contratos por prestaciones- (Maceira, 2010).

La regulación del sector salud es uno de los aspectos más relevante a la hora de analizar su desempeño pues los distintos instrumentos utilizados generan diversos incentivos que afectan de manera múltiple la conducta de los agentes. A modo de ejemplo, dentro de los sistemas de salud Grau y Lazarov (2004) clasifican los instrumentos de política que tienen como objetivo la reducción

de costos del sistema de salud distinguiendo si los mismos operan sobre la oferta o la demanda. Entre los instrumentos de política que actúan sobre la demanda se señalan: establecimiento de copagos (reduce riesgo moral), reducción de las prestaciones (establecimiento de una canasta de prestaciones), establecimiento de carencias que implica el “no derecho” a ciertas prestaciones en diferentes momentos del tiempo, exenciones de impuestos (deducciones en el impuesto a la renta de copagos), fomento y prevención de la salud (cambio en el modelo asistencial orientado a la prevención), desarrollo de medidas de información (reduce la asimetría de información). Por su parte, los instrumentos que actúan sobre la oferta son: limitaciones a las dotaciones de personal como forma de aumentar la productividad, creación de alternativas a la atención hospitalaria (internación domiciliaria, operaciones ambulatorias), cambios en la forma de pago a los proveedores (pago caputivo), normalización y seguimiento de las prácticas médicas (protocolizar), control y límites a la incorporación y disponibilidad de equipamiento médico (reducir la inducción de demanda), regulación de los precios de insumos básicos, salarios y medicamentos, regulación del desarrollo de instalaciones y establecimientos con el fin de evitar la sobre dotación, regulación de los sistemas formadores de profesionales de la salud.

Los cambios que forman parte de la reforma de salud en Uruguay han utilizado varios de estos instrumentos, en particular aquellos cuya aplicación se espera impliquen una mejora en la equidad y eficiencia del sistema. Los principales instrumentos han sido, por el lado de la demanda, el fomento y prevención de la salud así como el desarrollo de medidas de información, mientras que por el lado de la oferta el principal instrumento aplicado, si bien se han utilizado o ampliado varios de estos, ha sido el cambio en la forma de pago a los prestadores.

Este marco de análisis se basa en la consideración de que existen factores institucionales, históricos y poder de negociación de cada uno de los actores del sistema de salud que influyen en las estrategias de las partes y condicionan el diseño y la implementación de los cambios. De ello se deduce que no es posible hacer ninguna evaluación del proceso de reforma a partir de los instrumentos sin considerar estos factores institucionales, de estructura de los mercados, y de ejercicio del poder de mercado (Maceira, 2008).

1.2. Los cambios

Para la totalidad del sector salud, se constata una reducción del gasto en salud como porcentaje del PIB que se explica por el incremento superior del producto entre 2004 y 2008. A partir de 2008 y dados el crecimiento de recursos destinados al sector superior al crecimiento del producto, el gasto en salud como porcentaje del PIB crece hasta 2012, lo que va en línea con las tendencias mundiales.⁹⁵ El cambio en el sistema de financiamiento, la ampliación del seguro y el incremento presupuestal destinado al sector público determinan el crecimiento de los recursos que provienen de fuentes públicas. Sin embargo la reducción de las fuentes privadas, que pasan de representar el 45% del gasto en 2007 al 32% en 2012 (MSP, 2015) es menos intensa dentro de su componente de gasto de bolsillo.⁹⁶ Esto sugiere, por un lado, la necesidad de una política más intensiva en la regulación de los copagos y por otro lado la atención a los costos de los medicamentos a los que acceden las farmacias, ya que en ellas donde la reducción de precios ha

95 | *De acuerdo a las últimas cifras de cuentas nacionales el gasto en salud sobre el PIB era, 8.7% en 2004, 7.9% en 2008 y 9% en 2012.*

96 | *El gasto de bolsillo en términos reales es 7.2% superior en 2012 que el que era en 2007. De hecho incrementa su peso dentro de las fuentes de financiamiento privadas, pasando de 51% en 2007 a 63% en 2012. (MSP, 2015).*

sido inferior.⁹⁷ En líneas generales, el crecimiento del SNS, la concentración de la demanda, podría otorgarle mayor poder de negociación frente a los prestadores integrales. Sería esperable que estas ventajas jugaran a favor del usuario. Respectos a los costos de factores y proveedores se observa para la totalidad del sistema un incremento en los recursos destinados a los recursos humanos al tiempo que una reducción de los destinados a la provisión de medicamentos, aunque esta tendencia opera en sentido opuesto para el sector público.

En primer lugar al analizar la estructura del sector, se detecta la existencia de una alta concentración al considerar los tres tipos de prestadores integrales, ASSE, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y Seguros Integrales. Dentro del subsistema de las IAMC se constata una estructura competitiva a nivel general que se vuelve concentrada dentro de la capital del país, donde más allá de la presencia de varias instituciones, se encuentra concentración en la captación de afiliados. No se constatan diferencias en esos indicadores entre el período pre y pos reforma (Cuadro 1).

Tabla 2 | Concentración en los prestadores de salud ⁹⁷

Año	Índice de Herfindahl dentro Sistema	Índice de Herfindahl dentro de IAMC	Índice de Herfindahl dentro de IAMC Interior	Índice de Herfindahl dentro de IAMC Montevideo
2005	0,48	0,07	0,05	0,15
2006	0,48	0,06	0,05	0,15
2007	0,48	0,06	0,05	0,14
2008	0,50	0,05	0,05	0,13
2009	0,49	0,05	0,05	0,14
2010	0,50	0,05	0,05	0,13
2011	0,50	0,05	0,05	0,14

Fuente: elaboración propia

Esta estructura competitiva es favorecida adicionalmente por la apertura paulatina y regulada del corralito mutual y regulada para que se realice únicamente en función de la calidad de las prestaciones brindadas por los diferentes prestadores. Otro factor que afecta la conducta de los agentes es la política de disminución de las asimetrías de información a través de la difusión periódica de información sobre los prestadores hacia los usuarios.

A partir de esto se analiza en mayor detalle las explicaciones de estos fenómenos al interior de las IAMC, que se mantienen como receptoras de la mitad de los recursos del sector. Al evaluar el desempeño en términos de resultados operativos en este subsector se constata una tendencia a la reducción. Los cambios en la estructura de ingresos de las instituciones hacen a estas instituciones más sólidas en términos de riesgos, ya que en promedio el 60% de los ingresos provienen del SNS.

⁹⁷ | Los precios promedio presentan diferencia importantes de acuerdo al canal de distribución que se considere. El precio promedio hacia los prestadores integrales de salud del sector privado es el que ha presentado la mayor caída en términos reales entre 2008 y 2012, mientras que los precios del canal privado (farmacias y droguerías) son los que lo han hecho en menor medida.

⁹⁸ | El recorrido del índice de Herfindahl es $1/n \leq H \leq 1$, donde 1 refleja una situación monopólica y los valores cercanos a cero reflejarían una situación donde la participación de los agentes sea similar.

Dentro de la estructura de costos se constata que las tendencias observadas en las Cuentas Nacionales de Salud hasta 2008 se mantienen en el período posterior (Cuadro 2).

Cuadro 2 Estructura de gastos operativos de las IAMC 2005-2011					
Año	Remuneraciones Asistenciales	Medicamentos y suministros	Servicios contratados	Otros gastos asistenciales	Gtos Admin
2005	44,9%	21,5%	13,6%	8,3%	11,7%
2006	46,8%	19,7%	13,6%	8,1%	11,8%
2007	48,3%	18,7%	13,6%	7,6%	11,8%
2008	51,1%	15,7%	13,9%	7,0%	12,3%
2009	52,1%	15,2%	14,6%	6,6%	11,5%
2010	53,9%	13,9%	13,9%	6,7%	11,5%
2011	55,3%	13,1%	13,7%	6,2%	11,7%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP

En concreto el análisis de la masa salarial plantea que se han procesado tanto incrementos en las cantidades como en los precios (salario) que llevan al incremento de los recursos que son apropiados por el factor trabajo. En este caso el tamaño y crecimiento de las instituciones parece no influir en el porcentaje de apropiación de recursos de las distintas categorías laborales.⁹⁹ Sí se observa que las instituciones más grandes y de menor crecimiento, aquellas que ya eran de gran tamaño previo a la reforma, son las que presentan un menor porcentaje de egresos laborales destinados a los médicos y mayor proporción a la enfermería. De alguna manera puede pensarse que estas instituciones utilizan una combinación de recursos diferentes que le hace reducir el costo de los trabajadores mejor remunerados (Cuadro 3).

Si bien, todos los tipos de remuneraciones asistenciales consideradas incrementan su peso en el gasto total de las instituciones en el período, al observar los datos en promedio simple las remuneraciones que más fuertemente han crecido son las de enfermería; aunque por lejos las remuneraciones médicas explican la mayor parte del gasto en este ítem. Las remuneraciones de los médicos anestésico quirúrgicos (AQ) presentan una leve caída relativa en el gasto en remuneraciones asistenciales. Sin embargo, al observar los datos agregado del sistema, se observa que las remuneraciones de enfermería ya no crecen tanto (se ubican en el tercer lugar por tasas de crecimiento) lo que señala que su peso se incrementó más en instituciones de menor peso y por tanto menor tamaño en el total. Además el grupo que más incrementa su participación es, desde esta perspectiva agregada, el de gerencias asistenciales, y el segundo son los médicos no AQ (Anexo 1).

Como contracara del aumento en el gasto en remuneraciones, se constata la caída de la participación del gasto en medicamentos y suministros se procesa tanto en lo que sucede a nivel ambulatorio, como de internación, aunque la caída más pronunciada es en la primera categoría. Esa reducción se explica por caídas en los precios relativos pagados por las IAMC, ya que las cantidades

⁹⁹ | Se construyen tres grupo (pequeñas, medianas, y grandes) a partir de la construcción de terciles en función de los afiliados de cada institución. Para ver el crecimiento, se dividió entre aquellas instituciones que tuvieron un crecimiento superior al 10% en el período pos reforma del resto.

Cuadro 3 | Captación de la masa salarial total por cada una de las categorías laborales según tipo de Institución

Masa Salarial Médicos							
Tipo de IAMC	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pequeñas de bajo crecimiento	61%	63%	61%	61%	60%	58%	59%
Pequeñas de alto crecimiento	63%	68%	66%	64%	64%	64%	62%
Medianas de alto crecimiento	63%	60%	60%	59%	58%	58%	57%
Grandes de bajo crecimiento	48%	49%	50%	50%	49%	49%	49%
Grandes de alto crecimiento	62%	65%	63%	64%	63%	62%	60%
Masa Salarial Enfermería							
Tipo de IAMC	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pequeñas de bajo crecimiento	16%	15%	14%	17%	16%	16%	17%
Pequeñas de alto crecimiento	15%	16%	17%	17%	18%	18%	19%
Medianas de alto crecimiento	16%	16%	17%	18%	18%	19%	19%
Grandes de bajo crecimiento	24%	24%	24%	24%	24%	24%	25%
Grandes de alto crecimiento	15%	15%	16%	16%	17%	19%	19%
Masa Salarial ASO							
Tipo de IAMC	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pequeñas de bajo crecimiento	12%	12%	14%	13%	13%	15%	14%
Pequeñas de alto crecimiento	14%	8%	9%	9%	9%	9%	10%
Medianas de alto crecimiento	10%	10%	10%	10%	9%	9%	9%
Grandes de bajo crecimiento	13%	12%	13%	12%	13%	13%	11%
Grandes de alto crecimiento	9%	9%	10%	9%	10%	9%	10%

Fuente: elaboración propia en base a datos MSP

crecen, ya sea que se observen en términos absolutos o en relación a los usuarios cubiertos (tanto brutos como ajustados por riesgo). Son las instituciones de mayor crecimiento las que obtienen una mayor reducción de estos costos (Cuadro 4).

Si evaluamos estos efectos sobre cada unidad de producción (utilizando la herramienta conocida como UBA¹⁰⁰), con el objeto de aislar los efectos en los gastos de los mayores niveles de producción derivados de un incremento importante de la población cubierta, y de un posible cambio en la estructura de riesgo de la misma, se observa que la producción total aumentó, en promedio por institución, más de un 60%, lo cual va más allá del incremento de la población, ya que observando la producción por usuario ajustado a riesgo¹⁰¹, también se observa un crecimiento cercano al 20%. Sin embargo si se observan estas variables por niveles agregados del sistema se concluye que el crecimiento en la producción bruta es bastante menor (algo superior al 20%); mientras que la

100 | *Unidades Básicas Asistenciales. En este trabajo, utilizamos como valores de referencia los calculados en un trabajo realizado por ASSE (ASSE, 2009). En éste, se busca elaborar un indicador de producción homogéneo en costos, de forma de poder expresar los niveles asistenciales en un único valor, que recoja la información más relevante desde la perspectiva de los costos asociados.*

101 | *En este trabajo utilizamos a estos efectos los valores relativos de las cápitas FONASA, ya que las mismas fueron elaboradas para reflejar las diferencias entre los costos esperados entre los diferentes segmentos demográficos. Así, ponderaremos las cantidades de usuarios en cada segmento de edad y sexo, con el valor relativo de su cápita, de forma de obtener un número de “usuarios ajustados” que refleje los costos esperados por esa población y permita efectuar comparaciones entre instituciones con poblaciones diferentes.*

Cuadro 4 | Indicadores del Gasto en Medicamentos por tipo de institución

	Evolución Costo real promedio por receta						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pequeñas de bajo crecimiento	100	84,4	91,1	72,1	67	66,8	s/d
Pequeñas de alto crecimiento	100	77,6	85	77,9	69,6	67,5	66,5
Medianas de alto crecimiento	100	84,2	77,6	67,4	64,7	57,9	53
Grandes de bajo crecimiento	100	84,6	81,7	76,3	75,1	68	59,1
Grandes de alto crecimiento	100	84,7	84,6	67,4	64,7	64,8	57,6
	Relación ingresos por tickets/gasto ambulatorio medicamentos						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pequeñas de bajo crecimiento	56%	49%	49%	52%	53%	71%	s/d
Pequeñas de alto crecimiento	75%	68%	63%	72%	70%	77%	83%
Medianas de alto crecimiento	69%	60%	58%	64%	64%	71%	75%
Grandes de bajo crecimiento	74%	66%	64%	70%	70%	80%	83%
Grandes de alto crecimiento	62%	53%	50%	64%	62%	63%	75%

Fuente: elaboración propia en base a datos MSP

producción por usuario ajustado es básicamente estable, con una leve tendencia a la baja. Son las instituciones de menor tamaño las que presentan un mayor crecimiento lo que es un indicio de la presencia de economías de escala en la producción. Enfocándonos en el gasto (en términos reales) por UBA se observa que sólo el gasto en remuneraciones asistenciales ha crecido en el período, haciéndolo en más de un 20%, lo que se transforma en un indicio importante respecto a la capacidad de los sectores de recursos humanos asistenciales para capturar recursos destinados al sector. Dentro de éstas, son las gerencias asistenciales las que más han crecido por UBA producida (60%), seguidas de las remuneraciones de enfermería y en menor medida los médicos anestésico quirúrgicos y médicos no anestésico quirúrgicos, mientras que los técnicos no médicos habrían sufrido caídas la mayor parte del período, recuperando los valores iniciales al final del período. Adicionalmente es importante tener en cuenta que muchos de los cambios observados son producto también de otros cambios institucionales, que afectan tanto la estructura como el comportamiento de los agentes, como es el rumbo que ha seguido la negociación salarial colectiva.

Por último, dada la importancia del vínculo entre los prestadores y los proveedores de medicamentos y la reducción de los costos observados dentro del subsector privado se analizaron algunas características del mercado de medicamentos en Uruguay. Cuando vemos como un conjunto al sector salud, se constata en primer lugar la relevancia que el sector farmacéutico tiene como proveedor de insumos, reflejándose esto tanto en la estructura de costos de las instituciones prestadoras como en el gasto de bolsillo que realizan los usuarios. En los últimos años el sector farmacéutico se ha caracterizado por una alta concentración en relación a las ventas al mercado interno. La regulación del sistema de salud, además de afectar las condiciones básicas sobre las que se estructura el sector farmacéutico, acciona sobre la estructura del sector de diversas formas, por ejemplo a través de la influencia en la fijación de copagos y las diversas regulaciones sobre la oferta. De esta manera, regula uno de los principales canales de distribución, el canal mutual que representa 35% de las ventas del sector en el mercado interno. Sin embargo no influye en la determinación de los precios dentro

del circuito privado (farmacias) que representa en 2012 el 42% de las ventas. También acciona sobre el comportamiento estratégico de los agentes a través de las políticas de denominación genérica de principio activo, las políticas de mayor información a los usuarios así como en su momento las compras centralizadas desde el sector público (24% de las ventas). Es esperable que a través de los cambios en la regulación del sistema se pueda haber alterado la relación entre el sector farmacéutico y los prestadores integrales.

2. El impacto de la reforma, los principales cambios constatados.

En este apartado se busca determinar el impacto directo de la reforma sobre los hechos descritos en el apartado anterior, principales cambios observados dentro del sistema entre los años previos y los posteriores a la implementación del SNIS. Se realizan dos tipos de estimaciones. El primero analiza los cambios dentro de las Instituciones prestadoras mientras que el segundo se realiza con información individual, de cada trabajador de las instituciones IAMC.

El apartado se estructura describiendo en primer lugar los datos que se utilizarán para cada uno de los dos tipos de ejercicios (2.1). En segundo lugar se describe en detalle la metodología utilizada tanto para determinar los cambios a nivel de las instituciones prestadoras así como para determinar el impacto de la Reforma en las remuneraciones individuales de los trabajadores del sector (2.2). Por último se presentan los resultados (2.3).

2.1. Los datos

Para las estimaciones que se realizarán se construyen dos paneles, uno con información a nivel de las instituciones y otro con la información a nivel de cargo asistencial (individual).

Para el análisis a nivel de prestadores integrales del sistema, se construyó un panel con datos administrativos anuales para el período 2005-2011 que incluye a todas las IAMC que han estado operativas en esos años. Esto hace que el total de observaciones que contiene el panel asciende a 287.

La información sintetizada en el panel proviene de diversos sistemas de información que posee el Ministerio de Salud Pública pero que en escasas ocasiones se trabajan de manera conjunta. A continuación se describen las variables y el sistema de información de donde proviene la misma (Cuadro 5).

Para el análisis particular sobre las remuneraciones de los individuos (3.3.3) se construye un panel de datos considerando como unidad al cargo asistencial utilizando exclusivamente información proveniente del Sistema de Control y Administración de los recursos humanos (SCARH). Este sistema recopila datos de cada una de las tareas de los distintos trabajadores del subsector privado en sus diferentes cargos y las remuneraciones asociadas a cada una de las mismas. Se considerará un mes de cada uno de los años del período y se construye un panel a nivel de cargo asistencial-año, considerando que los cargos por tipo de servicio e institución, obteniéndose un panel desbalanceado con un total de 183.881 observaciones. A este panel se le incorpora información a nivel de instituciones proveniente del panel previamente descrito.

Cuadro 5 | Fuente y tipo de datos contenidos en el panel de instituciones 2005-2011

Fuente	Tipo de datos
SCARH (Sistema de Control y Análisis de Recursos humanos)	Cargos, Horas contratadas, horas efectivas, actos y remuneración por nivel asistencial y categoría laboral(*)
SINADI, Estados de Resultados	Ingresos según fuente generadora. Egresos distinguiendo entre asistenciales y el resto, según remuneración a los factores productivos (principalmente trabajo) e insumos para la producción (principalmente medicamentos y servicios contratados). Resultados operativos y globales
SINADI Asistencial	Datos de Producción: - Ambulatoria: distinguiendo consultas básicas/especializadas y programadas/urgentes. -Internación: por nivel de cuidados y si los servicios son prestados con servicios propios o contratados. -Intervenciones quirúrgicas y servicios de diagnóstico y tratamiento. Por otro lado cantidad y costo de recetas emitidas
Censos de afiliados	Estructura de afiliados por edad y sexo y según tipo de afiliado
Sistema de metas asistenciales	Cumplimiento y nivel de cumplimiento

(*) Éste sistema de información comienza a implementarse en su versión actual en el año 2007, sin embargo es posible construir a partir de su versión previa la información de actividad (no así de remuneraciones) requerida para 2006. Por tanto el año donde no se posee hasta el momento información de ningún tipo proveniente de este sistema de información es el 2005.

2.2. Aspectos metodológicos

2.2.1. Impacto de la reforma en las instituciones

Para lograr operacionalizar la medición de la reforma en los cambios constatados, en primer lugar generamos una variable dicotómica (a la que denominamos “reforma” que vale 1 a partir de 2008 y 0 antes) y la haremos interactuar con otras variables explicativas a los efectos de observar si el efecto de éstas sobre la variable explicada es diferente en los dos sub-períodos considerados.

Paralelamente, intentamos observar la vía a través de la cual los cambios pudieron haber impactado a las instituciones. A estos efectos la candidata natural a variable explicativa es la variación en la cantidad de usuarios, ya que es en esta dimensión donde el efecto de la concreción del SNIS sobre los prestadores fue más directo. Esta variable la usamos en el sentido de medir el impacto financiero de la reforma sobre las diferentes IAMC.

Formalmente la relación establecida es la siguiente:

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta \cdot Reforma_t + \delta \cdot \Delta usuarios + \gamma \cdot Reforma_t \cdot usuarios_{it} + \emptyset \cdot Control_{it} + u_{it}$$

El parámetro de mayor interés a los efectos de este estudio es γ , el cual, en caso de ser significativo, indicaría que existe un cambio en la forma en que el crecimiento de los usuarios afecta a la variable dependiente entre el período pre-reforma y el período posterior a ésta. Esto es así ya que antes de la reforma la variable dicotómica “reforma” toma valor cero, por lo tanto el término se anula y no juega en la estimación, así que todo el efecto de la variable explicativa en la variable explicada es captado por el parámetro δ , mientras que en el período post-reforma, γ entra a jugar. Si éste es diferente de cero, implica que está captando efectos más allá de los incluidos en δ .

Los resultados que se analizan (Y_{it}, Y_{it}) son cinco. En primer lugar consideraremos el cambio en peso del total de remuneraciones y del gasto en medicamentos en el gasto operativo total de cada institución¹⁰².

El definir las variables dependientes en términos relativos tiene ventajas y desventajas. La principal desventaja es que modificaciones en la variable dependiente pueden no necesariamente reflejar cambios en el gasto en cuestión. Por ejemplo el peso de las remuneraciones en los gastos operativos puede crecer porque aumente el gasto en remuneraciones o porque caigan otros gastos, por ejemplo los medicamentos mientras el gasto total se mantiene constante. Pero, por el otro lado, trabajar con el peso relativo de la variable en los gastos operativos de las instituciones permite poner en contexto la significación de cada rubro de gasto. Un incremento en esta variable señala que el rubro en cuestión “capta” o “apropia” un porcentaje mayor de los recursos aplicados por la institución. Para ahondar en los cambios que pueden llevar a modificaciones en el gasto en medicamentos de las Instituciones se estiman los cambios a partir del SNIS en el precio promedio que enfrentan las IAMC por receta emitida así como en la cantidad de recetas emitidas por usuario.

El último ejercicio que se realiza considera los impactos en los resultados operativos de las instituciones. Para dar cuenta de esta dimensión se considera como variable dependiente a la variación anual en el ratio Resultados Operativos sobre Ingresos operativos. Tomamos esta variable en lugar del resultado global ya que este último puede estar influido por factores ajenos al desempeño corriente de la institución, como el costo financiero asociado a créditos tomados en el pasado (y por tanto no asociados al desempeño actual) o una venta de una propiedad inmueble, por mencionar algunos ejemplos.

Las variables de control que se utilizan son, por un la una variable asociada a las características de riesgo de los usuarios donde consideramos la proporción de usuarios con 70 o más años de edad en el total de usuarios de cada institución. Por otro lado, tenemos en cuenta una variable de carácter asistencial donde consideramos la tasa de partos naturales dentro del total de nacimientos. Como vimos en el apartado anterior, el tamaño de las instituciones puede afectar el comportamiento de las instituciones en relación a las variables que analizamos, por tanto controlamos por tamaño, considerando el tercil de la distribución de afiliados en que se ubica cada institución en cada año (Pequeñas, Medianas o Grandes). Por último en el modelo de efectos aleatorios, incluimos una variable geográfica que identifica a las instituciones fuera de Montevideo. En el Cuadro A2.1 del Anexo 2 se presentan los promedios anuales de todas las variables consideradas.

2.2.2. Impacto de la reforma en las remuneraciones individuales

Dada la relevancia del recurso humano dentro del sector bajo análisis se consideró necesario analizar los cambios que el proceso de transformaciones pudo haber tenido en términos de valor de las remuneraciones reales individuales. Para esto, de manera distinta que en el ejercicio recién descrito, se considera que si bien todas las instituciones del subsector privado IAMC forman parte del SNIS y por tanto se han visto influidos por los cambios llevados adelante, no todas estaban expuestas en igual medida a los cambios propuestos. Consideramos que la mayor exposición a los cambios producidos, como explicaremos a continuación, que

102 | Ambas tasas de variación anual se definen como

$$\text{tasa de crecimiento anual} = (X_{it} - X_{it-1})/X_{it-1} \quad \text{tasa de crecimiento anual} = (X_{it} - X_{it-1})/X_{it-1}$$

nos permite determinar un conjunto de instituciones más expuestas como receptoras de “tratamiento” y diferenciar a un conjunto de instituciones tratadas y otras como controles.

Teniendo en cuenta que el primer cambio exógeno que sufrieron las instituciones estuvo dado por la modificación en la forma de pago desde el SNS por los afiliados pertenecientes al mismo, se considera que previo a la implementación y por ende previo a la ampliación de la cobertura, la exposición a la reforma estuvo determinada por la proporción de afiliados FONASA dentro de sus afiliados totales. El cambio desde la cuota única al pago capitolativo por los afiliados, modificó la estructura de ingreso de las instituciones de manera exógena.

Siguiendo a Miller (2012), el primer paso de este ejercicio es testear si la exposición a la reforma, la intensidad con que afectó en una primera instancia a las instituciones, tiene un efecto diferencial sobre la determinación de los salarios de los trabajadores antes y después de ésta. En nuestro caso deberíamos observar que el nivel de las remuneraciones individuales a partir de la implementación del SNIS es afectado positivamente por esta variable de exposición (Int1), presentando un cambio en la tendencia respecto a la situación previa a la reforma.

Para testear su importancia real planteamos el siguiente modelo:

$$Y_{it} = \alpha + \beta \cdot Reforma_t + \delta \cdot \Delta usuarios + \gamma \cdot Reforma_t \cdot usuarios_{it} + \emptyset \cdot Control_{it} + u_{it}$$

$$Y_{it} = \alpha + \beta \cdot Reforma_t + \delta \cdot \Delta usuarios + \gamma \cdot Reforma_t \cdot usuarios_{it} + \emptyset \cdot Control_{it} + u_{it}$$

$$Y_{ict} = \alpha_i + \beta_t Int1_{c,07} + \gamma_t \cdot Int1_{c,07} D_t + u_{it} Y_{ict} = \alpha_i + \beta_t Int1_{c,07} + \gamma_t \cdot Int1_{c,07} D_t + u_{it}$$

Donde Y_{it} es el logaritmo de la remuneración horaria asociada al cargo definido para las IAMC, e Int1 es la variable que definimos como la intensidad de exposición a la reforma de la siguiente

manera: $Int1_{c,07} = \frac{Afiliados\ fonasa\ (ex-disse)_{c,07}}{Afiliados\ totales_{i,07}}$, $Int1_{c,07} = \frac{Afiliados\ fonasa\ (ex-disse)_{c,07}}{Afiliados\ totales_{i,07}}$, $D_t D_t$ son las dummies¹⁰³ de año (2007-2011) y u_{it} el término de error.

La identificación implica que si el cambio en la forma de pago desde el SNS determinó un cambio significativo en las remuneraciones, esta variable de “intensidad de exposición”, debería no ser significativa antes de 2008 y sí a partir de entonces, o presentarse un cambio de signo entre ambos períodos. Es decir que deberíamos observar un cambio entre lo que significa esta variable en el logaritmo del salario horario en 2007 y lo que pasó a partir de 2008. Los resultados que obtenemos son los que se muestra en el siguiente Cuadro, y si bien la especificación preferida es la que corresponde al modelo 4, se presentan un conjunto de estimaciones para testar la robustez del cambio de tendencia.

Se encuentra que en 2007 la exposición que las instituciones tenían al proceso de reforma, tenía un efecto negativo, es decir existía un diferencial negativo asociado a esta característica institucional. En cambio, a partir de 2008 esta “exposición diferencial” muestra efectos significativos y positivos sobre la determinación salarial, implicando un claro cambio en la tendencia para todas las especificaciones utilizadas.

103 | Variables dicotómicas que valen 1 para el año correspondiente y 0 para el resto.

Cuadro 6 | Estimaciones del efecto de la exposición a la Reforma (Int1) como factor explicativo del nivel de remuneraciones individuales (en logaritmo y en términos reales) por año.

VARIABLES	Modelo1	Modelo2	Modelo3	Modelo4	Modelo5
Int1	-0.378*** (0.0213)	-0.479*** (0.0267)	-0.699*** (0.0327)		
2007		-0.142*** (0.0134)	-0.154*** (0.0135)	-0.160*** (0.0136)	-0.167*** (0.0137)
2009		-0.0881*** (0.0128)	-0.0653*** (0.0129)	-0.0738*** (0.0130)	-0.0683*** (0.0131)
2010		-0.182*** (0.0135)	-0.135*** (0.0137)	-0.139*** (0.0138)	-0.125*** (0.0142)
2011		0.0824*** (0.0137)	0.152*** (0.0139)	0.173*** (0.0142)	0.196*** (0.0154)
Año 2007*Int1	-0.393*** (0.00612)	-0.127*** (0.0258)	-0.130*** (0.0261)	-0.128*** (0.0262)	-0.129*** (0.0262)
Año 2009*Int1	0.283*** (0.00571)	0.446*** (0.0244)	0.427*** (0.0246)	0.447*** (0.0247)	0.450*** (0.0247)
Año 2010*Int1	0.584*** (0.00577)	0.917*** (0.0254)	0.884*** (0.0257)	0.906*** (0.0259)	0.908*** (0.0259)
Año 2011* Int1	0.971*** (0.00582)	0.828*** (0.0255)	0.782*** (0.0260)	0.776*** (0.0265)	0.780*** (0.0265)
Constante	5.737*** (0.0171)	5.794*** (0.0191)	6.155*** (0.0174)	5.816*** (0.00220)	6.572*** (0.0996)
Controles	SI	SI	No	No	Si
Efectos Fijos i	No	No	No	Si	Si
Observations	183,616	183,616	183,881	183,881	183,616
Number of i	57,681	57,681	57,752	57,752	57,681

Nota: * Coeficiente es estadísticamente significativo al 10%, ** al 5% *** al 1%
 Las variables utilizadas como controles son Sexo, edad y tipo de ocupación (Médico, Enfermería, Técnicos no médicos y Personal Administrativo y de Servicios y Oficios) Fuente: elaboración propia en base a panel individuos

Esta primera estimación confirma que la exposición diferencial a la reforma antes de la misma, aproximada a través del peso del afiliado FONASA (ex-DISSE) en los afiliados totales, podría aproximar correctamente el efecto diferencial de la reforma en las remuneraciones, más allá de los efectos que a nivel promedio han seguido los ingresos de los trabajadores del sector.

Un segundo paso para diferenciar el efecto de la reforma consiste en estimar un modelo de diferencias en diferencias donde se considere el antes y después de la reforma y la segunda diferencia es entre más (tratadas) y menos expuestas (controles) a la reforma. Se definió como más expuestas a las instituciones cuya relación entre afiliados FONASA y los totales se ubicaba en 2007 por encima del percentil 75, lo que se producía a partir de un 60%.

Todo trabajador (cargo) que pertenece a una institución que en 2007 tenía dentro de sus afiliados a un 60% o más provenientes del SNS consideraremos que recibió a partir de 2008

un “tratamiento” por su mayor exposición a la reforma que puede haber afectado su nivel de ingresos horario en relación a los trabajadores pertenecientes a instituciones que estuvieron expuestas en menor medida (controles).

$$Y_{it} = \beta \text{trat}_i * Reforma + \omega Reforma + \alpha_i + \gamma_t + \mu_{it}$$
$$Y_{it} = \beta \text{trat}_i * Reforma + \omega Reforma + \alpha_i + \gamma_t + \mu_{it}$$

Se presentarán algunas variantes en la estimación según se introduzcan controles y efectos fijos anuales que capturen efectos comunes de los distintos años para los individuos. Las variables que se establecen como controles tienen que ver con otros determinantes fundamentales de los niveles salariales: sexo, edad, región y tipo de ocupación.

2.3. Resultados

2.3.1. Impacto de la reforma en la estructura de gastos e ingresos de las instituciones

i) Efectos en la estructura de Gastos Operativos

En el Cuadro 7 constatamos que la variación en los usuarios, afecta, a lo largo de todo el período de manera negativa al peso de las remuneraciones asistenciales en los gastos operativos; pero la interacción entre esta variable y la variable dicotómica Reforma es positiva y de mayor valor absoluto. Esto indica que en el período pre-reforma, un aumento de la tasa de crecimiento de los usuarios, tendía a hacer caer tasa de crecimiento anual de las remuneraciones en el total de gastos operativos, pero a partir de ésta, esa situación se invierte (panel a).

En el caso de la estimación de la tasa de crecimiento anual del peso de los medicamentos en la estructura de gastos, la variación de usuarios no es significativa en el conjunto del período, pero sí lo es la interacción, es decir que a partir de 2008 el crecimiento de los usuarios se asocia con una caída en el peso de los medicamentos en los gastos operativos.

Aquí parece surgir un importante efecto de la reforma en las estructuras de gasto de las instituciones y, por tanto, en la apropiación de recursos que los diferentes grupos de interés pueden realizar. Mientras que en el período previo a la reforma el crecimiento de los usuarios tendía a modificar la estructura de gasto de las instituciones hacia un menor peso relativo de las remuneraciones asistenciales, en el período posterior a 2008, éste tiende a generar una estructura caracterizada por un peso creciente de las remuneraciones y una menor participación del gasto en medicamentos. Esto avalaría lo señalado previamente respecto a las mejores condiciones de apropiación de excedentes que presentan los diferentes grupos de RRHH a medida que avanza el período, lo que podría haberles permitido captar un mayor porcentaje del excedente derivado de los nuevos usuarios en el período post-reforma.

ii) Distinción entre el efecto precio y el efecto cantidades dentro del Gasto en Medicamentos

Tratando de profundizar la investigación respecto al gasto en medicamentos, a continuación intentamos explicar, mediante las mismas variables (mismos controles), los cambios en las tasas de crecimiento de los precios de los medicamentos (precio promedio pagado por la institución por medicamentos ambulatorios) y de las cantidades consumidas (recetas ambulatorias por usuario) para intentar determinar sobre cuál de estos componentes se verificaron los efectos.

Cuadro 7 | Impacto de la Reforma sobre el cambio en el peso de las remuneraciones y del gasto en medicamentos en los gastos operativos de las IAMC.

a) Tasa de crecimiento anual de las Remuneraciones asistenciales sobre los Egresos Operativos					
	MCO	FE	FE	FE	RE
Reforma	-0.00354 (0.00986)	0.00332 (0.0167)	-0.00766 (0.0124)	-0.0154 (0.0113)	0.00125 (0.00952)
Tasa de crec. Anual de Usuarios	-0.149** (0.0615)	-0.220** (0.101)	-0.272*** (0.0828)	-0.237*** (0.0699)	-0.0518* (0.0291)
Reforma # Tasa de crec. Anual de Usuarios	0.221*** (0.0718)	0.313** (0.117)	0.370*** (0.0992)	0.317*** (0.0891)	0.126** (0.0623)
Controles	No	No	Si	Si	Si
Efecto tamaño	No	No	Si	Si	Si
Efecto Fijo	No	No	Si	Si	No
b) Tasa de crecimiento anual del Gasto en Medicamentos sobre los Egresos Operativos					
	MCO	FE	FE	FE	RE
Reforma	0.0169 (0.0128)	0.0248 (0.0272)	0.0322 (0.0278)	0.00968 (0.00958)	0.0146 (0.0119)
Tasa de crec. Anual de Usuarios	-0.0934 (0.0634)	-0.0538 (0.0764)	-0.0215 (0.0672)	-0.0706 (0.0736)	-0.0212 (0.0318)
Reforma # Tasa de crec. Anual de Usuarios	-0.240** (0.0929)	-0.293*** (0.0965)	-0.329*** (0.0914)	-0.219** (0.0891)	-0.230*** (0.0640)
Controles	No	No	Si	Si	Si
Efecto tamaño	No	No	Si	Si	Si
Efecto Fijo	No	No	Si	Si	No

Nota: * Coeficiente es estadísticamente significativo al 10%, ** al 5% *** al 1%
Fuente: elaboración propia en base a panel instituciones

En este sentido, encontramos que la tendencia a la caída de los precios pagados por unidad es general a las instituciones, con lo que no podemos sostener la hipótesis de que la reforma haya impactado en el precio de los medicamentos a través del mayor poder de mercado que tienen las instituciones que crecen. Sin embargo, se observa una inflexión en la tendencia (caída de la tasa de crecimiento del precio promedio real de los medicamentos) a partir del proceso de transformaciones. De esta forma, no hemos podido determinar si el mismo se asocia a modificaciones normativas generales asociadas a este proceso (como la prescripción por principio activo como establece la ley 18211, por ejemplo) o a una simple coincidencia temporal.

En relación a la cantidad de medicamentos consumidos por usuario encontramos algo parecido. Por un lado hay una tendencia a lo largo de todo el período (antes y después de la reforma) a que el crecimiento en la cantidad de usuarios impacte en una caída en la cantidad de medicamentos por usuario, lo que parece lógico desde que es razonable pensar que los nuevos usuarios (en un período de crecimiento y de formalización del empleo) son más jóvenes que el promedio de los anteriores usuarios. Por otra parte parece haber una inflexión negativa a partir de 2008, es decir que la tasa de

Cuadro 8 | Efecto de la reforma sobre el cambio en el costo promedio por receta de medicamento ambulatorio

Tasa de crecimiento anual del costo promedio por receta de medicamento emitida					
	MCO	FE	FE	FE	RE
Reforma	-0.0464*** (0.0168)	-0.0314 (0.0252)	-0.0289 (0.0264)	-0.0425* (0.0218)	-0.0515** (0.0230)
Tasa de crec. anual de Usuarios	-0.00645 (0.0888)	0.0843 (0.139)	0.0992 (0.143)	0.0989 (0.120)	-0.0237 (0.0630)
Reforma # Tasa de crec. anual de Usuarios	-0.0435 (0.112)	-0.127 (0.170)	-0.144 (0.175)	-0.128 (0.145)	-0.00864 (0.0902)
Controles	No	No	Si	Si	Si
Efecto tamaño	No	No	Si	Si	Si
Efecto Fijo	No	No	Si	Si	No

Nota: * Coeficiente es estadísticamente significativo al 10%, ** al 5% *** al 1%
Fuente: elaboración propia en base a panel instituciones

crecimiento en el consumo de medicamentos cae a partir de dicho año. Nuevamente, no tenemos elementos para afirmar si la misma se debió a medidas de política implementadas desde la reforma, pero tampoco podemos descartar esa posibilidad.

Cuadro 9 | Efecto de la reforma sobre el cambio en el cantidad de receta de medicamento ambulatorio por usuario

Tasa de crecimiento anual de la cantidad de recetas de medicamento por usuarios					
	MCO	FE	FE	FE	RE
Reforma	-0.0718*** (0.0269)	-0.0642* (0.0354)	-0.0677** (0.0313)	-0.0811*** (0.0275)	-0.0699*** (0.0268)
Tasa de crec. Anual de Usuarios	-0.825*** (0.239)	-0.799*** (0.247)	-0.816*** (0.176)	-0.817*** (0.224)	-0.728*** (0.150)
Reforma # Tasa de crec. Anual de Usuarios	0.0920 (0.256)	0.0547 (0.265)	0.0742 (0.184)	0.135 (0.237)	0.0695 (0.161)
Controles	No	No	Si	Si	Si
Efecto tamaño	No	No	Si	Si	Si
Efecto Fijo	No	No	Si	Si	No

Nota: * Coeficiente es estadísticamente significativo al 10%, ** al 5% *** al 1%
Fuente: elaboración propia en base a panel instituciones

En todo caso, como recomendación, debería profundizarse en el estudio de las causas de la tendencia creciente en el consumo de medicamentos, a los efectos de determinar si ésta simplemente refleja una tendencia mundial respecto al sentido en que avanza la medicina en el mundo, o si la misma tiene características locales propias que ameriten iniciativas de políticas para remediarla.

iii) Efectos en los Resultados Operativos de las Instituciones

En el Cuadro 10 se presentan los resultados de las estimaciones de los efectos producidos por la puesta en práctica del SNIS, a través del incremento de afiliados, en la variación anual del ratio resultados operativos sobre ingresos operativos. Este indicador es ampliamente utilizado para dar cuenta de las condiciones superavitaria o deficitaria de las instituciones, dando cuenta de si lo en función exclusivamente de su operativa. El evaluarlo en relación a los ingresos que obtiene por su operativa, es una manera de relativizarlo para evitar que operen efectos de tamaño.

Cuadro 10 Efecto de la reforma en la variación del resultado operativo por usuario-2007-2011					
Variación anual del Ratio Resultado Operativo/Ingresos Operativos					
	MCO	FE	FE	FE	RE
Reforma	-0.00771 (0.00547)	-0.00472 (0.00784)	-0.00151 (0.00747)	0.00165 (0.00540)	-0.00100 (0.00844)
Tasa de crec. Anual de Usuarios	-0.142*** (0.0486)	-0.0946 (0.0788)	-0.0804 (0.0765)	-0.0423 (0.0689)	-0.0669*** (0.0234)
Reforma # Tasa de crec. Anual de Usuarios	0.275*** (0.0578)	0.218** (0.0840)	0.202** (0.0817)	0.154** (0.0749)	0.183*** (0.0381)
Controles	No	No	Si	Si	Si
Efecto tamaño	No	No	Si	Si	Si
Efecto Fijo	No	No	Si	Si	No
Nota: * Coeficiente es estadísticamente significativo al 10%, ** al 5% *** al 1% Fuente: elaboración propia en base a panel instituciones					

Los resultados que se observan indican que si bien una mayor tasa de crecimiento de los usuarios tiene un impacto negativo en la mejora del superávit operativo de las instituciones, la interacción con el período de reforma presenta un efecto positivo sobre la operativa promedio de los prestadores integrales considerados.

2.3.2. El impacto de la reforma sobre los salarios individuales de los trabajadores del sector privado.

Este apartado se destina al análisis del impacto de la reforma en las remuneraciones reales de los trabajadores que se desempeñan en los prestadores del sector privado.

Para reafirmar los hallazgos señalados, se testea la hipótesis de que las instituciones a priori “más expuestas” a la reforma son en las que más se incrementaron los salarios. Se entiende como instituciones más expuestas, aquellas que en 2007, (el año previo al que se consideró como inicio del proceso) tenían una mayor proporción de usuarios financiados a través del FONASA (ex-DISSE). Estas instituciones son las que fueron directamente más afectadas por el cambio en la forma de pago del FONASA (cápitales ajustados por edad y sexo) y además es posible que así como habían sido hasta entonces las más elegidas por los trabajadores formales del sector privado, también fueran las más elegidas por los nuevos beneficiarios del sistema.

Cuadro 11 | Resultados del impacto de la reforma sobre el cambio salarial real

	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3
Tratados#reforma	0.101*** (0.00594)	0.115*** (0.00652)	0.0979*** (0.00576)
Reforma	0.104*** (0.00389)	0.420*** (0.00368)	0.198*** (0.00411)
Constante	-1.280*** (0.0531)	5.630*** (0.00275)	6.365*** (0.0986)
Efectos fijos	Si	Si	Si
Dummies anuales	No	No	Si
Controles	Si	No	Si
Observaciones	183,616	183,881	183,616
Number of i	57,681	57,752	57,681
Nota: * Coeficiente es estadísticamente significativo al 10%, ** al 5% *** al 1% Fuente: elaboración propia en base a panel individuos			

La estimación más completa corresponde al modelo 3, estimada a partir de un modelo de efectos fijos individuales y temporales, donde se incorporan controles por las variables señaladas en el apartado metodológico. Los resultados de este modelo indican que en promedio el valor horario de los ingresos de los trabajadores provenientes de instituciones tratadas por la reforma han sido 9.79% superiores al de los trabajadores no expuestos en comparación a la relación observada en 2007. Los distintos modelos y formas de estimación (modelos de efectos aleatorios y estimaciones tipo pool) muestran resultados similares, estableciéndose un rango para el efecto del tratamiento en los tratados entre 9.79% y 13.9%. (Cuadro A.2.2 del Anexo 2).

Por otro lado se realizaron estimaciones diferenciales para trabajadores médicos y para el conjunto de los no médicos. Se replicaron los tres modelos anteriores con sus tres especificaciones y se obtienen resultados similares. En el caso de los médicos se constata un efecto superior que se encuentra en el entorno de 10.5% mientras que para el conjunto de los no médicos el mismo es de 9.5% (Cuadros A.2.3 y A.2.4 del Anexo 2).

3. Otros avances y limitaciones identificados en el proceso de reforma.

A partir del SNIS la captación de nuevos usuarios tiene un impacto positivo en el resultado operativo de las instituciones. Este resultado que puede parecer obvio no lo es tanto, ya que previo a la reforma esta relación no se cumplía. Es decir, hasta 2008 no se observa una asociación directa entre captación de nuevos usuarios y resultado operativo por usuario. Esto tiene variadas implicancias. Por un lado señala que los montos de las cápitas pagadas por los nuevos usuarios (fundamentalmente niños y trabajadores activos) más que compensan los costos asociados a la cobertura de salud de éstos, por lo que, en las condiciones actuales, no estaría justificada una revisión al alza de los montos de dichas cápitas. Además indica que las instituciones exitosas en la captación de nuevos usuarios han sido otro de los “ganadores” de la transformación estructural

del sistema. Por otra parte, puede inferirse que el ajuste a riesgo efectuado en el pago (la cápita ajustada por edad y sexo) ha sido correcto.

Debe tenerse en consideración que los resultados presentados para las instituciones cubren el período 2005 a 2011. Por tanto no estamos teniendo en cuenta para estas afirmaciones, los efectos que la incorporación que se está realizando de los jubilados al seguro esté produciendo.

De todas formas, aún queda población no cubierta por el FONASA (informales, rentistas y sus familias, etc.) cuya inclusión aún no está planificada. Ajustar a riesgo el pago que reciben las instituciones por la cobertura de salud de estos colectivos, es un requisito importante para la sustentabilidad financiera del sistema. Por otra parte, en virtud de que la incorporación de nuevos usuarios reporta a las instituciones un ingreso que superaría el costo marginal de su cobertura, resulta una oportunidad central atar la incorporación de nuevos colectivos a mayores exigencias a las instituciones en términos de mayor cobertura, ya sea en términos sanitarios (con nuevos servicios cubiertos) o financieros (rebajando las tasa moderadoras, por ejemplo).

Ahora bien, si no pensamos exclusivamente en ajustar por riesgo los pagos que las instituciones reciben por sus afiliados sino en la incorporación efectiva al seguro de toda la población existen otros aspectos que deben considerarse.

En primer lugar determinaremos algunas características de la población no cubierta por el Fonasa en los últimos años, que nos proporcionen indicios sobre los efectos esperados de su incorporación en la sostenibilidad de los cambios implementados (usuarios, prestadores y Fondo).

Cuadro 12 | Indicadores de la población fuera del FONASA por condición de Actividad

Condición de Actividad	2012		2013	
	% No FONASA / Total	% No FONASA	% No FONASA / Total	% No FONASA
Menor de 14 años	32%	16%	30%	17%
Ocupados	29%	34%	26%	36%
Desocupados buscan trabajo por 1º vez	78%	1%	79%	1%
Desocupados propiamente dicho	85%	5%	79%	6%
Desocupados en seguro	7%	0%	8%	0%
Inactivo, realiza quehaceres del hogar	83%	12%	71%	12%
Inactivo, estudiante	49%	8%	47%	10%
Inactivo, rentista	88%	1%	77%	1%
Inactivo, pensionista	81%	7%	58%	6%
Inactivo, jubilado	49%	13%	25%	8%
Inactivo, otro	76%	3%	74%	3%
TOTAL	41%	100%	35%	100%

Fuente: elaboración propia en base a ECH 2012 y 2013 INE.

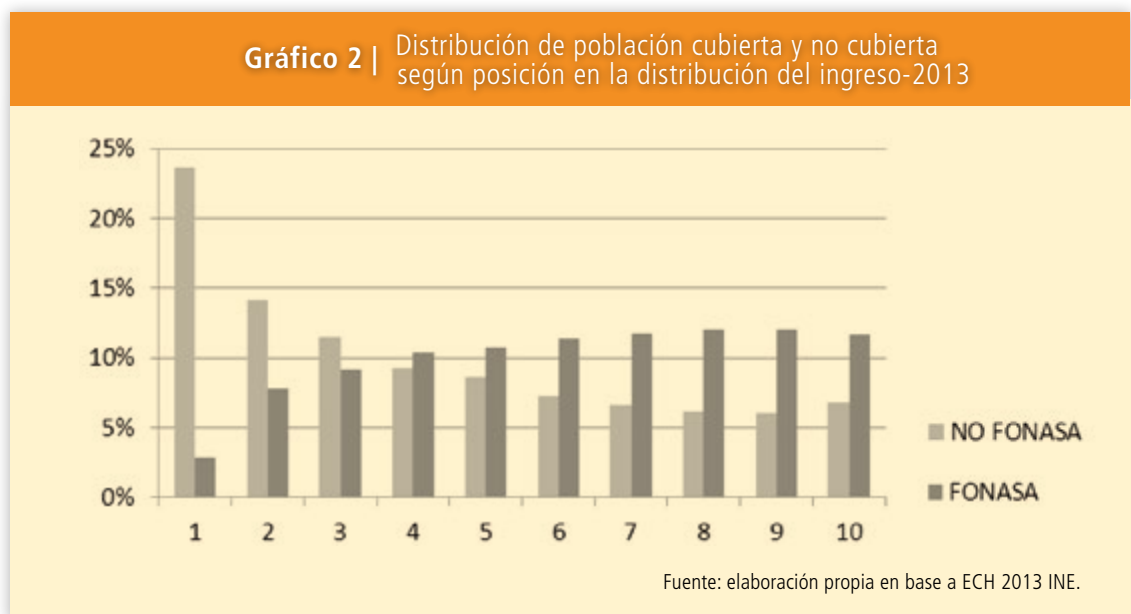
El Cuadro 12 muestra, para la población dividida según su condición de actividad, cuál es el porcentaje de la misma que no posee cobertura de salud a través del FONASA (% No FONASA / Total), y cuanto representan las personas no cubiertas con su misma condición de actividad en el total de personas no cubiertas por el FONASA (% No FONASA), tanto para 2012 como para el año 2013.

Entre los principales hechos que describe la información presentada se destaca en primer lugar, que entre 2012 y 2013 disminuye el porcentaje de personas no cubiertas por el FONASA, pasando de representar 41% en 2012 a 35% en 2013, producto de las nuevas incorporaciones, en particular de jubilados tramitados durante dicho año. Para este colectivo se reduce de 49 a 25% la población no cubierta pasando de representar 13% a ser solo 8% del total de no FONASA. En segundo lugar los colectivos que en ambos años representan una mayor proporción de la población no cubierta por el seguro son los ocupados, los menores de 14 años y los inactivos que realizan quehaceres del hogar. A su vez un 75% de estos menores no cubiertos forman parte de hogares donde existe al menos un ocupado no cubierto por el seguro y en el caso de quienes solo realizan quehaceres del hogares 40% forman parte de este tipo de hogares. De estos ocupados que no forman parte del FONASA, 75% son individuos sin ningún tipo de protección social ya que no aportan a la seguridad social, y dentro del cuarto restante tienen un peso muy relevante los trabajadores cubiertos por sanidad policial y sanidad militar.

Por tanto el núcleo duro de la población que no está ni estará cubierta en la planificación actual por el FONASA, trabajadores no formales, sus hijos menores de 18 años y sus conyugues inactivos, son lo que evidentemente tienen una mayor presencia dentro de la población que actualmente no está cubierta.

Cabe preguntarse entonces si existen diferencias socioeconómicas entre la población no cubierta por el FONASA y la que sí lo está. Para dar cuenta de ellos consideramos cómo es en 2013 la distribución de ambas poblaciones en la distribución general del ingreso del país.

A partir del Gráfico 2 parece claro que la distribución de personas cubiertas por el FONASA en los distintos deciles es bastante similar a partir del decil 4, siendo algo inferior en el decil 2 y 3 y



muy escasa dentro del decil de ingresos donde se ubican las personas de menores ingresos. Por el contrario, quienes se encuentran por fuera del seguro se ubican mayoritariamente en los primeros tres deciles con casi un cuarto de los mismos en el primer decil de la distribución.

Según lo expuesto hasta aquí, la población sobre la cual no está prevista una formalización de la cobertura a través del FONASA, son en mayor medida personas de bajos y muy bajos ingresos. Por lo tanto hasta el momento la reforma no ha logrado superar por completo los problemas de equidad que se planteó originalmente. Esto en una menor escala que hace 10 años continúa manteniendo un sistema fragmentado donde dentro de ASSE se concentran básicamente individuos de menores ingresos.

Cuadro 13 | Estructura de riesgo- población FONASA y No FONASA. 2012 y 2013

FONASA						
	2012			2013		
Edad	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<1	1%	1%	2%	1%	1%	2%
1 a 4	3%	3%	6%	3%	3%	6%
5 a 14	9%	8%	17%	8%	8%	16%
15 a 19	4%	3%	7%	3%	3%	6%
20 a 44	18%	18%	36%	18%	17%	35%
45 a 64	11%	11%	22%	11%	10%	21%
65 a 74	3%	3%	6%	3%	4%	7%
75 y más	2%	3%	4%	3%	4%	7%
Total	51%	49%	100%	49%	50%	100%
NO FONASA						
	2012			2013		
Edad	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<1	1%	0%	1%	1%	1%	0%
1 a 4	2%	2%	4%	2%	2%	5%
5 a 14	6%	6%	12%	7%	6%	13%
15 a 19	5%	5%	10%	5%	6%	11%
20 a 44	14%	18%	31%	16%	18%	34%
45 a 64	9%	13%	22%	10%	13%	23%
65 a 74	4%	6%	10%	3%	5%	8%
75 y más	4%	6%	10%	2%	4%	6%
total	44%	56%	100%	46%	55%	100%

Fuente: elaboración propia en base a ECH 2012 y 2013 INE.

De acuerdo al Cuadro 13, la composición de la población que no tiene cobertura a través del FONASA es muy similar a la composición por edad y sexo de la población que la tiene cobertura FONASA tanto en 2012 como en 2013.

Ahora si estamos en condiciones de analizar qué pasaría si se incorporara esta población al Seguro de la misma forma que el resto de la población cubierta actualmente. Evidentemente en términos de cobertura se obtendría una mayor equidad alcanzando a sectores con vulnerabilidades importantes en ingresos, condiciones laborales y protección de la seguridad social. Resta saber entonces que efecto podría tener para los prestadores y para el seguro. En el caso de los prestadores, si consideramos la movilidad de prestador a través de la cobertura, podríamos suponer que no existirían dificultades en el mediano plazo. El mayor problema estaría en la sostenibilidad del seguro, y sería mayor o menor en función de la forma en que se instrumentara su incorporación donde un elemento central para evaluar cuál será el efecto de la universalización de la cobertura a través del Fonasa (con igualdad de derechos) pasa por conocer en primera instancia si se piensa mantener limitado el aporte solidario al sistema, es decir si se mantiene la política actual de devolución de los aportes más allá de un umbral promedio. Esto es así porque por más que los aportes de las personas de mayores ingresos (rentistas principalmente) podría compensar o ser una parte relevante de los aportes que no pudieran realizar las personas de más bajos recursos, de mantenerse la medida de devolución de aportes, es esperable que no suceda. Si esto es así en el mejor momento del mercado de trabajo en términos de empleo y formalización, es esperable que la universalización de la cobertura con igualdad de derechos a través del Fonasa implique en todos los casos un incremento significativo del gasto por parte de Rentas Generales ya que se incrementará el aporte al FONASA haciendo más dificultosa la concreción de este objetivo.

4. Comentarios finales.

Este trabajo recopila en una estructura única los principales resultados de una serie de trabajos orientados al estudio de los cambios en la asignación y distribución de recursos dentro del sector salud a partir de la reforma del sistema.

Dentro de los principales hechos estilizados que se observan se destacan los vinculados a los costos de los factores y proveedores, donde se incrementan los recursos destinados a los recursos humanos y se reducen aquellos con destino a la compra de medicamentos. Este hecho observado para el conjunto del sistema, es analizado en profundidad dentro de las IAMC. Se constata que existe un claro efecto a partir de la implantación del SNIS y el cambio en el modelo de financiamiento, a través del crecimiento de los usuarios de las instituciones, en estos resultados. Es decir, en el caso de las remuneraciones, antes del SNIS, el crecimiento de los usuarios hacía caer el peso de los recursos humanos dentro de los egresos de los prestadores, y este hecho cambia a partir de 2008. En cuanto a la relevancia del gasto en medicamentos puede observarse un efecto neto de la reforma en la reducción de ésta. De todas maneras no logra darse cuenta de que los cambios implementados operen ni sobre el precio pagado por las instituciones por los medicamentos ni a través de las cantidades consumidas.

Además de que una mayor proporción de los recursos del sistema logran ser captados por el factor trabajo, constituyéndolo en un “ganador” del proceso, este trabajo indaga sobre el efecto concreto en las remuneraciones de los trabajadores. En un período donde existieron

otro conjunto de cambios que pueden haber afectado el crecimiento de los salarios reales de los trabajadores, se analizó cuál es el impacto que la reforma ha tenido. Se encuentra que los cargos que vieron incrementado en mayor medida su poder adquisitivo dentro del sector pertenecen a las instituciones que estuvieron en mayor medida expuestas a las principales modificaciones que se realizaron en el proceso de construcción del SNIS, como fue el cambio en el sistema de financiamiento. Esto nos permite afirmar que la reforma colaboró con el incremento en el poder de compra de las remuneraciones del conjunto de los trabajadores que se desempeñan dentro de las IAMC.

En relación a este punto, será necesario evaluar cómo los cambios recientes en la política de recursos humanos del sector (creación de cargos de alta dedicación médica y avances hacia un laudo único del sector), han afectado la evolución de las remuneraciones de los trabajadores, la desigualdad y concentración de las mismas, pero principalmente cuáles han sido los impactos sobre el modelo de atención y la calidad de la atención en salud.

En segundo lugar, se destaca la creciente importancia de las fuentes de financiamiento públicas dentro del Sector Salud, en particular a través del FONASA. En relación a los resultados de las instituciones se observa que las IAMC que en mayor medida han captado nuevos usuarios a partir de la reforma tienen un efecto positivo en los resultados de su operativa.

Asociados a estos hechos se destaca que en relación al financiamiento del sistema se detectan dos hechos con efectos contradictorios sobre la equidad del sistema y que deben estudiarse para poder determinar sus causas correctas: incremento del gasto de bolsillo de los usuarios (efecto negativo en términos de equidad) y tendencia a la igualación del gasto entre ASSE y las IAMC (efecto positivo si se determina su directa relación con la calidad de los servicios prestados).

Como principales recomendaciones en relación al proceso de reforma queremos destacar en primer lugar la necesidad de centrarse en aspectos relacionados más directamente a la calidad de atención y a las posibilidades de acceso a los servicios. En segundo lugar, dado el efecto positivo que el incremento de usuarios ajustados por riesgo ha tenido en los prestadores, señalar la necesidad de ajustar por riesgo el pago que reciben los prestadores por su cobertura de salud por toda su población afiliada como requisito para su sostenibilidad financiera. Este proceso debe ir asociado a mayores exigencias a las instituciones prestadoras en términos de mayor cobertura, ya sea en términos sanitarios (con nuevos servicios cubiertos) o financieros (rebajando las tasa moderadoras). Si se busca la cobertura universal a través del FONASA con igualdad de derechos para todos sus miembros debe desarrollarse una línea de investigación que determine su viabilidad con la estructura de financiamiento actual y establezca sugerencias de política para superar las limitaciones actuales. Por último señalar la necesidad de profundizar las medidas desarrolladas en la búsqueda del cambio en el modelo asistencial.

Bibliografía

Arbulo, V., Bérigolo, M. y L. Lazarov (2005). *El mercado nacional de medicamentos. Documentos de trabajo de Economía de la Salud 2/05, MSP.* [Online] Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_5643_1.html [Recuperado 3/9/2015]

Administración de Servicios de Salud del Estado (2009). *Metodología para el cálculo de las unidades básicas asistenciales en ASSE.* 2008, ASSE, Montevideo.

Grau, C. y Lazarov, L. (2004). *Incentivos, Instituciones y el Comportamiento de los Actores en el Sector Salud. Documento de Trabajo, CINVE Octubre 2004.* [Online] Disponible en: <http://www.cinve.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/Incentivos-Instituciones-y-el-Comportamiento.pdf> [Recuperado el 01/12/2015].

Dos Santos, V., Gómez, M, N. Silva (2010). *Industria Farmacéutica-Análisis del Mercado, Competitividad, estructura y problemática del sector. Trabajo de Investigación Monográfico. Facultad de Ciencias Económicas y Administración-UdelaR.* [Online] Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/261> [Recuperado 3/9/2015].

Maceira, D. (2010). *Funciones del Estado en el Sector Farmacéutico. Estructura y Estrategia. Aportes para el debate de política en América Central.* [Online] Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-PharmaAmericaCentral-WB-final-jun2010.pdf> [Recuperado 3/9/2015].

Maceira, D. y Cejas C. (2010). *Actores, Contratos y Mecanismos de Pago: el caso del sistema de Salud de Salta. Estudios Económicos, 27(54),29-66.* [Online]. Disponible en: http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0425-368X2010001100002. ISSN 0425-368X. [Recuperado 01/12/2015].

Miller S. (2012). *The effect of insurance on emergency room visits: An analysis of the 2006 Massachusetts health reform. Journal of Public Economics 96(11-12),893-908.*

Ministerio de Salud Pública (2010). *Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008.* Montevideo: MSP-OPS/OMS.

Oreggioni, I. y Rivas L. (2014). *Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010 Uruguay.* Montevideo: MSP-OPS/OMS.

Anexo 1

Cuadro A1.1 | Estructura de las remuneraciones asistenciales en promedio simple y como agregados

Estructura de remuneraciones con promedios simples						
Año	Ger. Asist	AQ	Médico no aq	TNM	Enfermería	ASO asist
2005	1,44%	15,76%	44,37%	11,14%	16,56%	10,73%
2006	1,52%	16,11%	45,37%	9,38%	16,58%	11,04%
2007	1,55%	16,02%	44,17%	9,85%	16,80%	11,62%
2008	1,45%	16,56%	43,20%	9,46%	17,58%	11,76%
2009	1,49%	16,97%	42,02%	9,76%	18,27%	11,50%
2010	1,43%	15,57%	43,23%	9,60%	18,78%	11,39%
2011	1,39%	15,21%	42,73%	9,93%	19,10%	11,66%
Estructura de remuneraciones con agregados totales del sistema						
Año	Ger. Asist	AQ	Médico no aq	TNM	Enfermería	ASO asist
2005	0,91%	19,56%	35,62%	10,86%	20,69%	12,36%
2006	0,94%	16,74%	38,81%	10,65%	20,66%	12,20%
2007	0,96%	15,84%	38,97%	11,08%	20,41%	12,75%
2008	0,92%	15,27%	39,69%	10,64%	20,91%	12,56%
2009	1,19%	15,46%	38,71%	11,55%	20,99%	12,10%
2010	1,14%	15,06%	39,07%	11,04%	21,42%	12,26%
2011	1,09%	14,28%	39,37%	11,16%	21,82%	12,28%

Fuente: elaboración propia

Anexo 2

Cuadro A2.1 Estadísticas descriptivas: Promedio anual de las variables utilizadas en las estimaciones a nivel de instituciones.

Variables	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de crecimiento anual de las Remuneraciones asistenciales sobre los Egresos Operativos		5.0%	1.7%	7.6%	3.2%	4.4%	2.2%
Tasa de crecimiento anual del Gasto en Medicamentos sobre los Egresos Operativos		-9.0%	-3.5%	-15.1%	-2.2%	-5.5%	-5.2%
Tasa de crecimiento anual del costo real por receta emitida		-15.2%	1.4%	-13.1%	-5.9%	-12.4%	-18.0%
Tasa de crecimiento anual de la cantidad de recetas de medicamento por usuarios		19.0%	7.3%	-10.7%	11.8%	7.5%	7.3%
Tasa de crecimiento anual de los usuarios		4.0%	4.2%	26.5%	4.1%	2.2%	4.6%
Variación anual del Ratio Resultado Operativo/Ingresos Operativos		-3.1%	-0.3%	2.6%	-1.6%	-0.9%	-1.5%
Porcentaje de Usuarios de 70 y más años	17.7%	17.2%	16.4%	13.8%	13.9%	14.0%	13.9%
Nacimientos por paro natural/ Total de nacimientos	58.7%	56.9%	57.3%	57.5%	56.1%	56.8%	53.8%
Resto País	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%
Tamaño pequeño	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%
Tamaño medio	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%
Tamaño grandes	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%	33.0%

Fuente: elaboración propia a partir de panel instituciones

Cuadro A.2.2 | Robustez: Resultados del impacto de la exposición a la reforma sobre el nivel salarial con otras estimaciones (Var dependiente: logaritmo del valor hora semanal en términos reales).

	Efectos aleatorios			Pool		
	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3
Tratados	-0.0785*** -0.00784	-0.109*** -0.00924	-0.107*** -0.00733	-0.131*** -0.00864	-0.125*** -0.0111	-0.131*** -0.00839
Tratados#reforma	0.122*** -0.00611	0.119*** -0.00643	0.104*** -0.00564	0.139*** -0.00941	0.119*** -0.0121	0.115*** -0.00914
Reforma	0.377*** -0.00346	0.411*** -0.00363	0.170*** -0.00365	0.384*** -0.00533	0.363*** -0.00684	0.155*** -0.00606
Constante	5.188*** -0.0134	5.672*** -0.00541	5.378*** -0.0126	5.562*** -0.00967	5.721*** -0.00619	5.531*** -0.0094
Efectos fijos	No	No	No	No	No	No
Dummies anuales	No	No	Si	No	No	Si
Controles	Si	No	Si	Si	No	Si
Observaciones	183,616	183,881	183,616	183,616	183,881	183,616
Number of i	57,681	57,752	57,681			

Fuente: elaboración propia en base a panel individuos

Cuadro A.2.3 | Resultados del impacto de la exposición a la reforma sobre el nivel salarial | Médicos

	Efectos fijos			Efectos aleatorios			Pool		
	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3
Tratados				-0.112*** (0.0197)	-0.203*** (0.0237)	-0.125*** (0.0191)	-0.196*** (0.0226)	-0.203*** (0.0237)	-0.197*** (0.0222)
Tratados #Reforma	0.112*** (0.0172)	0.111*** (0.0179)	0.105*** (0.0169)	0.138*** (0.0169)	0.147*** (0.0258)	0.128*** (0.0163)	0.184*** (0.0246)	0.147*** (0.0258)	0.173*** (0.0242)
Reforma	0.120*** (0.0114)	0.401*** (0.0103)		0.350*** (0.00974)	0.366*** (0.0149)	0.131*** (0.0108)	0.387*** (0.0142)	0.366*** (0.0149)	0.120*** (0.0164)
Constante	4.841*** (0.0302)	-0.717*** (0.145)	5.052*** (0.0246)	6.581*** (0.0135)	6.488*** (0.00759)	6.581*** (0.0135)	4.941*** (0.0294)	7.424*** (0.262)	5.019*** (0.0242)
Efectos fijos	SI	SI	SI	NO	NO	No	NO	NO	NO
Dummies anuales	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
Controles	SI	NO	SI	SI	NO	Si	SI	NO	SI
Observaciones	49,378	49,378	49,378	49,474	49,474	49,474	49,378	49,378	49,378
Number of i	17,485	17,485			17,514		17,485	17,485	

Fuente: elaboración propia en base a datos del SCARH

Cuadro A.2.4 | Resultados del impacto de la exposición a la reforma sobre el nivel salarial | No Médicos

	Efectos fijos			Efectos aleatorios			Pool		
	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo2	Modelo 3
Tratados				-0.0666*** (0.00771)	-0.107*** (0.00783)	-0.104*** (0.00689)	-0.107*** (0.00831)	-0.121*** (0.00894)	-0.106*** (0.00797)
Tratados#Reforma	0.0958*** (0.00538)	0.115*** (0.00626)	0.0953*** (0.00515)	0.118*** (0.00578)	0.122*** (0.00614)	0.0973*** (0.00508)	0.125*** (0.00906)	0.121*** (0.00974)	0.0972*** (0.00868)
Reforma	0.0938*** (0.00351)	0.425*** (0.00351)	0.203*** (0.00374)	0.385*** (0.00325)	0.409*** (0.00344)	0.182*** (0.00326)	0.379*** (0.00510)	0.349*** (0.00548)	0.166*** (0.00571)
Constante	-1.988*** (0.0461)	5.316*** (0.00263)	5.470*** (0.0931)	4.525*** (0.0128)	5.337*** (0.00451)	4.717*** (0.0116)	4.804*** (0.00820)	5.420*** (0.00496)	4.780*** (0.00786)
Efectos fijos	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No
Dummies anuales	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si
Controles	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si
Observaciones	134,238	134,407	134,238	134,238	134,407	134,238	134,238	134,407	134,238
Number of i	40,382	40,427	40,382	40,382	40,427	40,382			

Fuente: elaboración propia en base a datos del SCARH



V. Costos compartidos en salud: gasto de bolsillo y protección financiera

Paula Carrasco



Artículo resumen de los estudios “Costos Compartido en Salud, Revisión del marco conceptual y experiencias en la región de las Américas y el Caribe” y “Costos Compartidos en Salud, Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera”. Laura Rivas, Sandra Farina e Ida Oreggioni. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre 2013.¹⁰⁴

Introducción

La cobertura universal en salud se define como la interacción de tres dimensiones: la cobertura poblacional, los servicios a los que la población cubierta accede y el grado de protección financiera que obtienen los individuos (OMS, 2010). Por ende, un sistema con amplia cobertura poblacional, un catálogo de prestaciones muy completo, pero donde los individuos tengan que realizar desembolsos elevados al utilizar los servicios, no logrará la cobertura real que se propone. El gasto de bolsillo en salud refiere a aquellos desembolsos realizados por los hogares para la atención de su salud en el momento de la utilización de los servicios, y el gasto catastrófico en salud se determina cuando el gasto en servicios sanitarios que debe realizar un hogar supera el umbral del 30% ó 40% de su capacidad de pago, esto es, de los ingresos disponibles luego de satisfacer las necesidades de alimentación. Por tanto, deberíamos esperar que cuanto mayor sea el gasto de bolsillo mayor sea el riesgo de los hogares a enfrentar situaciones de gasto catastrófico, poniendo en riesgo la satisfacción del resto de sus necesidades. Este trabajo tiene como objetivo analizar cómo el cambio en la política de costos compartidos en salud a partir de la implementación del SNIS en Uruguay ha impactado en la protección financiera en salud de la población.

104 | El presente artículo recoge mayoritariamente la redacción textual del documento original. El resumen y las modificaciones del texto necesarias para su versión final cuentan con la aprobación de los autores. Algunos datos fueron actualizados.

A nivel mundial parece observarse que a mayor nivel de desarrollo de un país, mayor es el porcentaje del PIB que se destina a salud, menor es la relevancia del gasto de bolsillo en ese gasto y por tanto mayor la protección financiera (Xu et al, 2010). Adicionalmente parece observarse una tendencia divergente de acuerdo al nivel de ingresos de los países, ya que en los países de ingresos altos y medios el gasto en salud se incrementa más que proporcionalmente a la variación del PIB y el componente de bolsillo tiende a reducir su peso en el gasto total, mientras que en los países de ingresos bajos la variación es casi proporcional al PIB sin observarse alteraciones en la relevancia del gasto de bolsillo. De acuerdo al Reporte Mundial de Salud del año 2010 para los años 1990-2003, en promedio 150 millones de personas sufrían gastos catastróficos cada año en el mundo, perteneciendo el 90% de ellos a países de bajos ingresos. Si bien la incidencia de situaciones de gasto catastrófico es muy variable entre países, dentro de los países de ingresos medios, la presencia de dependientes en los hogares, niños menores de 5 años y fundamentalmente de adultos mayores de 65 años, incrementa la probabilidad de sufrir gastos catastróficos. En América Latina y el Caribe, si bien hay grandes diferencias entre los países, puede decirse que existe una mayor propensión a sufrir gastos catastróficos en salud cuando la residencia es rural, cuando el nivel de ingresos es bajo, cuando en el hogar viven adultos mayores y cuando se carece de aseguramiento en salud (Knaul et al, 2011).

La prestación de servicios de salud tiene ciertas características que lo alejan de un mercado en competencia perfecta (incertidumbre, presencia de bienes públicos, externalidades, etc.) y que hace que estén presentes situaciones asociadas al riesgo moral y a la selección adversa. Los desarrollos teóricos que plantean la conveniencia de que los costos en salud sean compartidos por los usuarios se basan en una modalidad de comportamiento, asignado a los individuos, denominado riesgo moral. Una de las formas de formalizar la presencia de riesgo moral en el comportamiento en relación a la salud consiste en analizar la elasticidad precio de la demanda, intuyéndose la presencia de riesgo ante una elasticidad positiva. Zweifel y Manning (2000) encuentran que dentro de los países de altos ingresos, mayores gastos de bolsillo se asocian a un menor consumo de servicios médicos, aunque la magnitud de este efecto presenta grandes variaciones.

Por otro lado se señala que los esquemas de costos compartidos tienen un fin recaudatorio en sí mismo y que en lugar de actuarse del lado de la demanda mediante esquemas de costos compartidos, debería actuarse del lado de los oferentes, regulando precios y cantidades de los proveedores (Holst, 2007). Datos probatorios en este sentido encuentran Bitrán y Giedion (2003) quienes señalan que dentro de los países de menores ingresos el papel de las tarifas a los usuarios como inhibidores de la demanda superflua queda cuestionado ya que lo se constata es una subutilización de los servicios de salud.

Los esquemas de costos compartidos, de acuerdo a su diseño, pueden justificarse y tener impactos tanto en la eficiencia como en la equidad.

Desde el punto de vista de la eficiencia, los copagos se justifican como una forma de evitar el consumo excesivo o innecesario de servicios de salud, producto del riesgo moral que provoca la existencia de un seguro, y la no concientización por parte de la población del costo que implican. La dificultad reside en determinar cuál consumo es innecesario. La introducción de un mecanismo de copago puede disminuir también la utilización de prestaciones necesarias con los consiguientes resultados negativos en el estado de salud de las personas.

Si entendemos la equidad como la ausencia de diferencias innecesarias y evitables y donde las diferencias no se consideren arbitrarias ni injustas¹⁰⁵, ciertos esquemas de costos compartidos pueden estar diseñados de forma tal que comprometan el acceso de los individuos a los servicios sanitarios y resulten, por ende, en inequidades en salud. Tratar de igual manera a todos los usuarios, independientemente de su capacidad de pago y estado de salud, es sin dudas negativo desde el punto de vista de la equidad. En primer lugar porque implicará una proporción mayor de los ingresos para la población de menores recursos, por lo que ante una posible disminución de la utilización de servicios necesarios, ésta presentará mayor severidad para este grupo de la población. Por otra parte, las enfermedades crónicas, requieren de una utilización intensiva de los servicios de salud, que puede verse obstaculizada si el diseño del sistema de costos compartidos no la considera. En particular, el acceso a la medicación es en estos casos una fuente potencial de desprotección financiera.

Los esquemas de copagos, son considerados como regresivos siempre que todos los individuos paguen la misma suma de dinero, independientemente de su nivel de ingresos o riqueza, y sin atender a sus necesidades específicas, y en ese caso pueden atentar contra la protección financiera de los individuos. Los costos compartidos, si son diseñados de manera adecuada, pueden aportar a que una mayor gama de servicios esté disponible para la totalidad de la población, evitando la exclusión de los grupos socialmente más vulnerables.

Este trabajo tiene como objetivo describir la política de tasas moderadoras implementada en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay y la forma en que esta política aporta al logro del objetivo de Cobertura Universal, afectando el acceso y la protección financiera de la población, así como incentivando el uso y la asignación más eficiente de los recursos. Para cumplir con este objetivo, en primer lugar se describen las modalidades posibles de costos compartidos y cuál ha sido la experiencia seguida por los países de la región (1). A continuación, el apartado 2 se centra en el caso uruguayo, y se divide en 6 partes. En primer lugar se describe la política de costos compartidos en salud desde su surgimiento hasta el 2005 (2.1) para luego describir cuál era la situación en relación a precios, diferenciación y utilización en el momento previo al inicio del proceso de cambios (2.2). En el sub apartado 2.3 se establece la relevancia de las tasas moderadoras para las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) y para los usuarios en el punto de partida de la reforma mientras que en el 2.4 se analiza cómo queda determinado el esquema de costos compartidos a partir de la Reforma. Los sub apartados 2.5 y 2.6 analizan el impacto de las políticas de tasas moderadores en los ingresos de las IAMC y en los precios que enfrentan y la utilización que realizan los usuarios respectivamente. Por último el apartado 5 se destina a resumir las principales conclusiones del trabajo.

1. Modalidades de costos compartidos, revisión del marco conceptual y la experiencia regional.

Los pagos de bolsillo pueden tomar tres formas: pagos directos, costos compartidos y pagos informales. Los pagos directos son aquellos pagos por bienes y servicios que no están cubiertos por ninguna forma de prepago o aseguramiento. Los copagos refieren a la provisión de los servicios de

105 | *En función de los principales determinantes de los diferenciales en materia de salud, se identifican como evitables, y sus desigualdades resultantes como injustas, las siguientes: la restricción en la elección de los estilos de vida, la exposición a condiciones no saludables y al estrés, y el acceso inadecuado a los servicios elementales de salud, así como también a otros servicios esenciales (Whitehead, 1991).*

salud que requieren que el individuo cubierto pague parte del costo del servicio de salud recibido. Los pagos informales son aquellos pagos extra-oficiales que hacen los individuos para acceder a los servicios de salud pero cuyo financiamiento debería estar cubierto por ingresos mancomunados; a veces se los denomina “pagos por debajo de la mesa”(Jemai et al, 2004).

Este trabajo se enfoca en la segunda modalidad de pagos directos: los costos compartidos. Si bien no existe una categorización única, Jemai et al (2004) plantean que los costos compartidos pueden tomar tres formas fundamentales: copagos (el usuario paga una suma fija o tarifa plana por el producto o servicio), coseguros (el usuario paga una proporción fija del costo y el asegurador paga el resto) y deducibles (el usuario paga hasta una cantidad fija de los gastos y la aseguradora se hace cargo de los gastos que excedan esa cantidad).

La literatura identifica, de forma un tanto simplificada, el concepto de “copago óptimo” como aquel que consigue igualar los beneficios y los costos derivados del seguro, es decir, el valor en el que los costos del consumo excesivo se equiparan a los costos del riesgo con el que el que se enfrenta el paciente. En el mismo sentido, pero desde otra óptica, el copago óptimo sería el que logra un equilibrio entre la reducción del riesgo moral y el aumento del riesgo financiero al que quedan expuestos los individuos; para que esto último ocurra, los copagos deben acompañarse de límites a los umbrales de gasto que los pacientes deban afrontar (González et al, 2011).

El desafío a la hora de diseñar un sistema de costos compartidos es el de reducir la utilización innecesaria sin afectar aquella demanda adecuada y sin perjudicar la salud de usuarios y de las poblaciones, tanto en el corto como en el largo plazo.

En un esquema de costos compartidos, los copagos pueden fijarse por acto, por periodo de tiempo o por proceso. A su vez, pueden ser copagos por acción (por consumir) y copagos por omisión (no utilizar los recursos terapéuticos prescritos). Pueden ser copagos incondicionales o condicionales (cuando el acceso al tratamiento se condiciona al cumplimiento de una rutina o conducta por parte del paciente). También, en vez de los copagos negativos, pueden diseñarse incentivos positivos (premios por mejoras en los de estilos de vida, por incorporar ejercicio físico). Por otro lado, los copagos pueden ser sobre inputs (medicamentos por ejemplo) sobre procesos (el cuidado de un paciente crónico durante un lapso de tiempo) o sobre resultados (éxito de un procedimiento) (González López-Valcárcel, 2007).

A su vez un tema relevante en el diseño de un sistema de costos compartidos es el efecto en los precios relativos, ya que de introducir un pago por determinados servicios y no por otros, se podrá desviar consumo de un tipo de atención a otra (por ejemplo, si se comienza a cobrar un copago por la atención primaria, las consultas de urgencias y de especialidades aumentarían su frecuencia).

Dentro de un esquema de costos compartidos surgen como relevantes las excepciones al pago de las tarifas, cuyas modalidades más difundidas son las exoneraciones (“waivers”) y las exenciones (“exemptions”). Una exoneración es un derecho concedido a un individuo a obtener servicios de salud en ciertos centros sin costo o a un precio reducido. Las exenciones, por su parte, no se asocian a los individuos sino a los servicios provistos; un servicio exento es aquel que es brindado sin cargos o a un precio reducido (Bitrán y Giedion, 2003). Diseñar e implementar un sistema de exenciones es relativamente más sencillo que diseñar uno de exoneraciones, ya que en el primero no es necesaria la identificación de los beneficiarios (por ejemplo en función de su capacidad de pago) sino que se define a partir del servicio a prestar.

Las opciones en el diseño de los esquemas de exoneraciones cuando no existe la posibilidad de identificar de forma clara la capacidad de pago de los individuos puede ser de dos tipos: uno en el que las categorías sean amplias, en cuyo caso es muy probable que queden exonerados algunos individuos que sí podrían pagar (lo que reduce la eficiencia), y otro en el que las categorías sean estrictas, caso en el que podrán quedar por fuera del beneficio algunos individuos que deberían estar exonerados del pago (con la consecuente pérdida de equidad que esto representa).

En la década del 80 comienzan a aplicarse mecanismos de “recuperación de costos sanitarios” en América Latina, como una herramienta de ajuste desde el lado de la demanda, ante el creciente gasto en salud de los países y de sus déficits fiscales. Esta política fue impulsada por el Fondo Monetario Internacional y a partir de finales de la misma década pasó a ser recomendada también por el Banco Mundial. A continuación se plantean experiencias y análisis identificados a nivel de algunos de los países latinoamericanos. El caso de Colombia es el que presenta mayor información respecto a los mecanismos de cuotas moderadoras y copagos así como de evaluaciones sobre su aplicación. En segundo lugar, el sistema de copagos chileno, asociado a las Garantías Explícitas en Salud (GES), está también ampliamente documentado. Para el resto de los países la información disponible es escasa y fragmentada.

A partir de las experiencias analizadas de América Latina y el Caribe, podríamos concluir que las modalidades que adoptan los copagos son bien diversas, según el sistema de salud y la matriz de protección social de que se trate. Parece existir, sin embargo, como elemento común, los elevados niveles de gasto de bolsillo. Un patrón claro que se identifica es la prioridad otorgada, vía acceso gratuito, a la atención materno-infantil, y a la atención en el primer nivel y en varios casos a las patologías crónicas y tratamientos de alto costo. En aquellos casos en que la atención es gratuita, se señalan, sin embargo, algunas problemáticas asociadas al acceso y a la disponibilidad de medicamentos e insumos.

En Argentina existen copagos de servicios en las Obras Sociales, y existen cuotas y abonos complementarios en los seguros prepagos; el sistema cubre entre el 40% del costo de los medicamentos (medicamentos de uso habitual), 70% (patologías crónicas) y el 100% en algunos casos (insuficiencia renal crónica, lepra, hepatitis B, tuberculosis y los tratamientos oncológicos protocolizados, SIDA, drogadicción, diabetes, miastenia gravis y anticonceptivo).

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) brinda cobertura al 100% de la población (cerca de una cuarta parte, además, compra un seguro voluntario privado) y en los centros públicos no se cobran tarifas a los usuarios, aunque, cuando hay problemas de acceso o escasez, los usuarios pueden tener que adquirir medicamentos, insumos y hasta acceder a técnicas diagnósticas por fuera del sistema público (Merchán-Hamann et al, 2013). Se identifican algunos intentos, anteriores al SUS, de introducir copagos, pero todos ellos fueron infructuosos.

En Bolivia, por su parte, solo en el sector privado existen las primas, copagos y deducibles. Sin embargo, el gasto de bolsillo representa gran parte del gasto total en salud, tanto en el sector privado como en el público, en virtud de que los dos seguros existentes benefician a mujeres en edad fértil, niños y adultos mayores, lo que implica que aquellos jóvenes y población en edad productiva no incluida en los seguros públicos ni en la seguridad social deben pagar de su bolsillo a servicios privados para la atención de su salud.

El sistema colombiano hace una clara distinción entre cuotas moderadoras (su finalidad es regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional) y copagos (su objetivo es servir de fuente de financiamiento al sistema). Existe un esquema con tabuladores y tarifas ajustados de acuerdo a los servicios y grupos de ingresos de que se trate (Guerrero et al, 2011). Las cuotas moderadoras se aplican a afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos solamente a los afiliados beneficiarios. Los afiliados del Régimen Contributivo pagan cuotas moderadoras según su tramo de ingresos, con la excepción de aquellos usuarios inscriptos en programas especiales de atención integral para patologías específicas y que sigan el plan rutinario de actividades. Los afiliados al Régimen Subsidiado sólo pagan copagos, establecidos según categorías fijadas, aplicados con excepción de los servicios de promoción y prevención, programa materno infantil, programa de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo y la atención inicial en urgencias.

En Chile existen desde 2005, año en que se comienza a implementar la reforma de salud, una garantía de protección financiera, es decir, el derecho a que se determine el valor que el afiliado debe pagar por las atenciones de acuerdo al Arancel GES (con ciertas normas en el cálculo del copago y topes máximos). Los asegurados a través del FONASA son clasificados según tramos de ingresos en categorías: los pertenecientes a los menores tramos de ingresos (A y B) no pagan por las atenciones garantizadas, los ubicados en el tramo siguiente (C) pagan como máximo el 10% del costo y el tramo D paga el 20%; a su vez, rige un techo de copago anual acumulado para las garantías, asociado a la cotización o al ingreso de los afiliados. Aquellos del tramo C que tengan tres o más familiares a cargo pasan al tramo B y lo mismo ocurre con las personas del tramo D, (pasan al C). Chile financió en el año 2011 el 38% de su gasto en salud con gasto de bolsillo; junto con México son los dos países de mayor participación del gasto de bolsillo de la OCDE.

En Jamaica existe un sistema de salud que es público financiado por impuestos, pero dado que las asignaciones presupuestarias resultaban insuficientes, el Ministerio de Salud y las Autoridades Sanitarias Regionales debieron recurrir a diversas estrategias para administrar los fondos y una de ellas fue la introducción de tarifas a los usuarios, sugerida por el Banco Mundial a finales de los años ochenta (Bailey et al , 2011). Luego de la elecciones de 2007, la nueva administración siguió la promesa electoral de eliminar por completo las tarifas a los usuarios. Un estudio previo a la eliminación de las tarifas, mediante diversas técnicas de investigación, muestra que las tarifas tenían efectos mínimos en la utilización de la atención preventiva primaria (prenatal, vacunación y planificación familiar), pero que sí operaban como una barrera al acceso significativa entre quienes buscaban servicios preventivos secundarios para controlar sus afecciones crónicas, especialmente ancianos y habitantes de zonas más alejadas, para quienes, incluso, el estudio recomendó introducir subsidios para los costos de transporte.

En el sistema de salud de Perú, los afiliados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud afrontan copagos; estos pueden ser una cantidad fija o una proporción del costo, pero en ningún caso pueden superar ciertos umbrales (el 2% del salario mensual del trabajador para atenciones ambulatorias ni el 10% para atenciones hospitalarias). Los servicios de emergencia, maternidad y aquellas prestaciones relacionadas con la promoción y prevención de salud no implican copagos.

2. Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y proyección financiera.

En este apartado se analizará el impacto de los cambios en el esquema de costos compartidos sobre la utilización de los servicios sanitarios, considerando las posibles demandas insatisfechas que podrían haberse subsanado y también los incentivos a la utilización de prestaciones que favorecen el cambio de modelo de atención basado en una estrategia de atención primaria en salud. La medida en la que el mejor acceso impacta en ganancias en estado de salud escapa a las posibilidades de este estudio. El apartado contiene en primer lugar aspectos metodológicos del análisis (2.1), en segundo lugar la descripción de las principales características del esquema de costos previo a la implantación del SNIS (2.2), la relevancia de las tasas moderadoras para las IAMC y para los usuarios(2.3), y el esquema de costos compartidos a partir de los cambios en el sistema (2.4). Luego se analiza por un lado, el impacto de las políticas de tasas moderadores en los ingresos de las IAMC (2.5) y por último el impactos de las políticas en los precios y la utilización (2.6).

2.1. Aspectos metodológicos

En Uruguay existe una limitante importante, además de los problemas habituales, para analizar el estado de salud de la población, resultado que en última instancia es al que debe apuntar a mejorar la política. Esta limitantes es la ausencia de fuentes de información ya que nunca se ha realizado una encuesta específica de salud que permita aproximarnos a las necesidades insatisfechas en materia sanitaria. Además los datos reportados por las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen carencias que imposibilitan construir ciertos indicadores o valernos de series de tiempo prolongadas. Por otra parte, la última Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) se realizó entre los años 2005 y 2006 por lo que no permite evaluar el impacto en la protección financiera en la población en función de las medidas implementadas en los últimos años.

El universo de estudio se acota a las IAMC en tanto son los únicos prestadores en los que existen tasas moderadoras sobre las que actúa el gobierno como regulador de los precios y como formulador de políticas específicas. Las tasas moderadoras refieren a los denominados tickets y órdenes; los tickets se cobran por la dispensación de medicamentos y por la realización de técnicas diagnósticas o tratamientos y las órdenes aluden a los pagos por consultas médicas. Las dimensiones que se abordarán en el trabajo son la evolución de los precios y de la utilización.

Los precios presentados surgen de dos fuentes de información disponibles: las declaraciones juradas de precios, presentadas por las IAMC ante el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) con una frecuencia mensual (a través de ellas, las instituciones declaran los precios a cobrar a sus afiliados en el mes siguiente) y las planillas de utilización y precios relevadas por el Sistema Nacional de Información (SINADI) del MSP mensualmente (donde las IAMC presentan los diversos precios existentes, asociados a la cantidad de tickets/órdenes expedidas y a la cantidad de afiliados que pagan cada precio). Tales planillas de utilización y precios son las que mayor potencial analítico presentan, en tanto vinculan los diversos precios con la utilización y con los afiliados que accederían potencialmente a la prestación mediante el pago de cada uno de dichos valores. Por lo tanto, es posible construir, a partir de ellas, precios promedios, distinguiendo entre afiliados a través del FONASA y afiliados individuales.

Por su parte, se consultó también, para el análisis de las técnicas diagnósticas, el listado de precios (máximos de cada institución para una serie de prestaciones) publicado por la JUNASA con periodicidad semestral en su sitio web. Cabe mencionar que la información de base para la construcción de dichos listados es la proveniente de las declaraciones juradas anteriormente mencionadas. Si bien es un listado acotado a una pequeña cantidad de estudios, ésta fue la única fuente disponible para un análisis de precios comparable entre instituciones.

En términos generales, al hacer la distinción entre precio máximo y precio promedio, nos referimos a que, en la práctica, las instituciones no cobran el mismo precio a todos sus afiliados, sino que fijan distintos valores a los diferentes grupos de usuarios. En ese sentido, el “precio promedio” resulta de calcular el promedio, en función de los distintos valores que la institución cobra, ponderando por la cantidad de afiliados afectados a cada uno de dichos precios.

La información sobre utilización es la recabada por el MSP a través de las planillas del denominado SINADI Asistencial. Los datos sobre recaudación de las IAMC en relación a sus ingresos provienen de los Estados de Resultados; los Estados Contables son presentados regularmente por las instituciones ante el SINADI-MSP.

2.2. Esquema de costos compartidos previo al SNIS

En Uruguay se han aplicado, a partir de la década del 70, mecanismos de costos compartidos, fundamentalmente en los prestadores privados de servicios de salud. Se suelen conocer como tasas moderadoras o copagos. A partir de la década del 80, los precios en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), pasan a ser regulados. Sin embargo, dicha regulación ha pasado por diversas etapas, desde la fijación de topes, hasta la liberalización absoluta, respondiendo a los diversos objetivos de política. En el siguiente cuadro se reseñan las principales medidas del período (*Cuadro 1*).

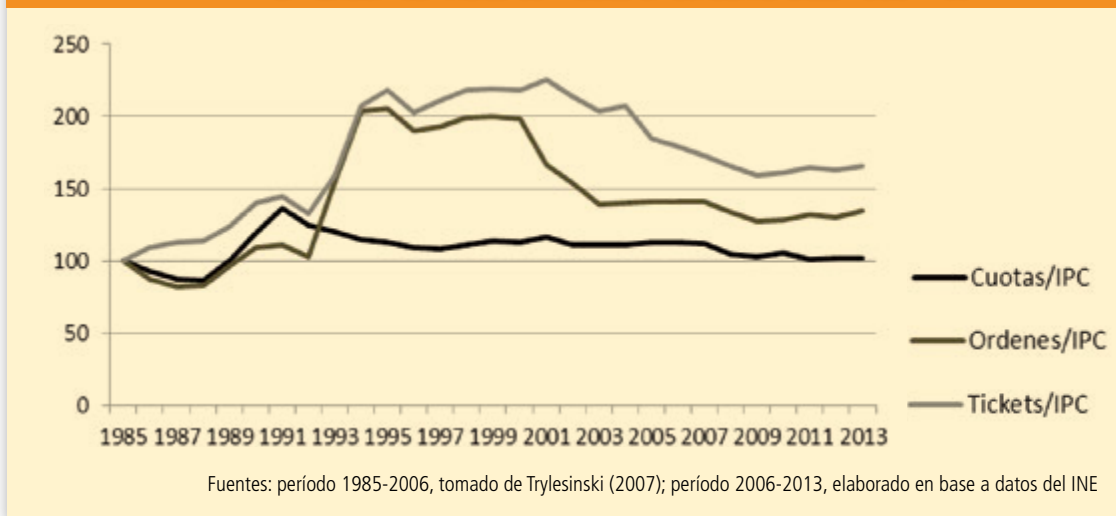
Cuadro 1 Diversas medidas asociadas a los costos compartido en Uruguay 1981-2001.	
Año	Medida
1981	Aparece por primera vez en la legislación los conceptos de tasas moderadoras y aranceles (Decreto-Ley 15.181).
1983	Topes máximos para ciertas tasas moderadoras (medicamentos y consultas urgentes y no urgentes). Como % de la cuota mutual-regulada por el Poder Ejecutivo.
1989	Topes máximo de tasas estableciendo montos y se regulan ajustes de precio
1992	Liberalización de precios de tasas moderadoras (Decreto 65/992).
1995	Se establecen porcentajes de aumentos máximos para las tasas moderadoras vigentes en ese entonces (Decreto 479/995).
1999	Aparece la figura de convenio para las afiliaciones colectivas. En esos convenios debe establecerse el régimen de tasas moderadoras a que se compromete la institución con ese colectivo (Decreto 131/999).
2001	Se establecen topes máximos en unidades monetarias para las tasas para consulta en Medicina General, Pediatría y Ginecología para control del embarazo. Adicionalmente se establece la exoneración de tasas a los afiliados con internación (Decreto 031/001).

Hasta el año 2004 continúan realizándose ajustes periódicos de las tasas moderadoras autorizados por el Ministerio de Economía y Finanzas, en las mismas oportunidades en que se ajustan las cuotas de prepago de las IAMC.

Si bien en el Uruguay los costos compartidos no adoptan la modalidad de copagos, es decir, no corresponden a una proporción del costo del servicio, se observa que sí existe cierta correlación entre el valor de la tasa moderadora de cada prestación y su nivel de complejidad y, por lo tanto, con su costo de provisión. Esto responde a que en los momentos de liberalización de precios las instituciones optaron por esquemas de precios relativos que respondían a los costos de producción por ellos enfrentados. En el momento en que se prohibió la creación de nuevas tasas, y no se autorizaron aumentos mayores a los decretados por el Poder Ejecutivo, quedó de hecho perpetuado este esquema o lógica de precios relativos.

El Gráfico 1 muestra la evolución de los valores promedio de cuota mutua, tickets medicamentos y órdenes en relación a la del índice de precios al consumo (IPC). Hasta el año 1988, tanto los precios de las cuotas mutuales (prepago) como los de las órdenes de consultas médicas evolucionaron por debajo del IPC. Sin embargo, el precio de los tickets "representado en gran medida por los tickets de medicamentos" evolucionó por encima del índice general, situación que refleja la autorización del cobro de una mayor tasa por tales prestaciones médicas en los años 1985 y 1986. En el gráfico se observa claramente el efecto de la liberalización de los precios de las tasas moderadoras en la primera mitad de la década de los noventa. En el caso de las órdenes de consulta, se aprecia la disminución del nivel provocada por el establecimiento de topes para las especialidades médicas básicas en el año 2001. El descenso del índice para los tickets recién comienza a observarse en el año 2005, producto de las nuevas medidas implementadas, y que serán reseñadas más adelante en este trabajo.

Gráfico 1 | Evolución de precios de cuotas, órdenes y tickets en función del Índice de Precios al Consumo. Base 1985=100



La política de regulación de precios del sector salud, que se traduce en la regulación de los precios de prepagos y tasas moderadoras de las IAMC, estaba guiada por la preocupación del impacto inflacionario de estos precios, más que por consideraciones relativas al acceso o protección financiera de la población en este período. La incidencia de las cuotas mutuales en el IPC era considerablemente mayor que el de las tasas moderadoras, lo cual aporta a la explicación de la variación de precios sensiblemente superior en el caso de estas últimas.

2.3. Punto de partida: la relevancia de las tasas moderadoras para las IAMC y para los usuarios.

En 2004 los ingresos por tasas moderadoras de las IAMC representaban, en promedio, el 12% del total de sus ingresos operativos, con un mayor peso en las instituciones de salud de la capital del país (Cuadro 2). Se observan diferencias, tanto en órdenes como en tickets, entre las instituciones de Montevideo y las del interior del país, y en el caso de los ingresos por órdenes para consultas las instituciones de la capital del país muestran una participación en sus ingresos de casi el doble respecto a las instituciones del interior.

Los ingresos por tickets de medicamentos y estudios representaban el 78% del total de ingresos por tasas moderadoras de las IAMC en el año 2004, de los cuales el 80% (62% de los ingresos por tasas moderadoras), corresponden a tickets por el consumo de medicamentos ambulatorios.

Cuadro 2 | Principales fuentes de ingresos de las IAMC como porcentaje de los ingresos operativos-2004

	Montevideo	Interior	Uruguay
Total de ingresos de prepago	77,29%	81,29%	78,74%
Total de ingresos por tasas moderadoras	13,25%	10,10%	12,11%
Órdenes	3,18%	1,65%	2,62%
Tickets	10,07%	8,45%	9,48%
Total de venta de servicios	9,19%	8,49%	8,93%
Otros ingresos operativos	0,28%	0,12%	0,22%

Fuente: Estados de Resultados IAMC (SINADI-MSP)

Dentro de las órdenes, aquellas para consultas representan el 22% del total de ingresos por tasas moderadoras de las IAMC. Más del 60% de éstas (13.65% de los ingresos por tasas moderadoras), corresponden a consultas centralizadas (realizadas en los propios centros asistenciales).

i) Diferencias entre Montevideo y el interior

En general los precios de las tasas moderadoras eran en promedio más altos en Montevideo que en el interior del país. Por un lado, los tickets de medicamentos tomaban un valor promedio para el total del país de \$87¹⁰⁶; en Montevideo ascendía a \$ 105 en el promedio

106 | Aproximadamente USD 3,6 en agosto de 2005.

de las instituciones del departamento, y en el interior el precio se ubicaba en promedio en \$ 79. Los valores tenían un mínimo de \$ 51 y un máximo de \$ 118 si consideramos la totalidad de las IAMC del país.

El listado de “otras tasas moderadoras”, entre las que se incluyen técnicas diagnósticas y tratamientos terapéuticos “listado que tenía en su momento una composición muy distinta en las diferentes instituciones”, permitió identificar más de 450 conceptos por los que se cobraban tasas moderadoras. Los precios iban desde montos cercanos a cero, para algunas prestaciones en algunas instituciones, hasta un valor máximo de casi \$6.000¹⁰⁷ en el departamento de Montevideo y de cerca de \$ 2.200¹⁰⁸ para el interior del país.

En particular, las órdenes para análisis de laboratorio costaban en promedio en las IAMC del país \$65¹⁰⁹; en Montevideo el precio promedio se ubicaba en \$85, mientras que en el interior se cobraba en promedio \$50. Las ecografías, por su parte, tenían un precio promedio que se ubicaba en \$109 en agosto de 2005, mientras que el rango de precios es más variable y las diferencias entre Montevideo y el interior eran aún más pronunciadas. En la capital se cobraba en promedio \$156 por una ecografía (con un precio mínimo de \$41 y un máximo de \$337); en el interior el precio promedio era aproximadamente la mitad (el promedio era \$77, el precio máximo cobrado era \$26 y el máximo \$147).

ii) Diferencias de acuerdo al tipo de afiliación

Además de diferencias entre Montevideo y el Interior del país se detectaron heterogeneidades de precios de acuerdo al tipo de afiliado que se tratase. Los beneficiarios con cobertura en salud a través de la Seguridad Social administrada por la Dirección de Servicios de Salud del Estado (DISSE), eran aproximadamente 650.000 personas en el año 2005. Tenían derecho a esta cobertura los trabajadores del sector privado y los jubilados de menores ingresos. Desde el año 2000 se había suspendido la movilidad de los afiliados DISSE entre instituciones. Esta situación, sumada a la liberalización de precios de inicios de los años noventa, había provocado importantes dificultades en el acceso real a la atención en salud de esta población, en la medida que, al estar “acorrallados” en una institución, no existía un incentivo a mejorar sus condiciones de acceso por parte de las IAMC y en muchos casos enfrentaban precios de tasas moderadoras superiores a los de los usuarios afiliados en forma privada.

A partir de la comparación de los precios a los que acceden y la utilización que realizan los afiliados a través de DISSE con un grupo de afiliados particulares, similares en términos de edad, se observa que los precios pagados por los afiliados DISSE eran en promedio mayores. A modo de ejemplo en órdenes para Medicina General, este precio promedio era 18,5% superior para los socios DISSE, mientras que en otras Especialidades¹¹⁰ la diferencia era de 16,5% y en Urgencia Centralizada 19%. La diferencia era poco significativa en los precios de las órdenes de médico en domicilio (tanto urgente como no urgente). Los precios de los tickets de medicamentos

107 | Aproximadamente USD 250 en agosto de 2005.

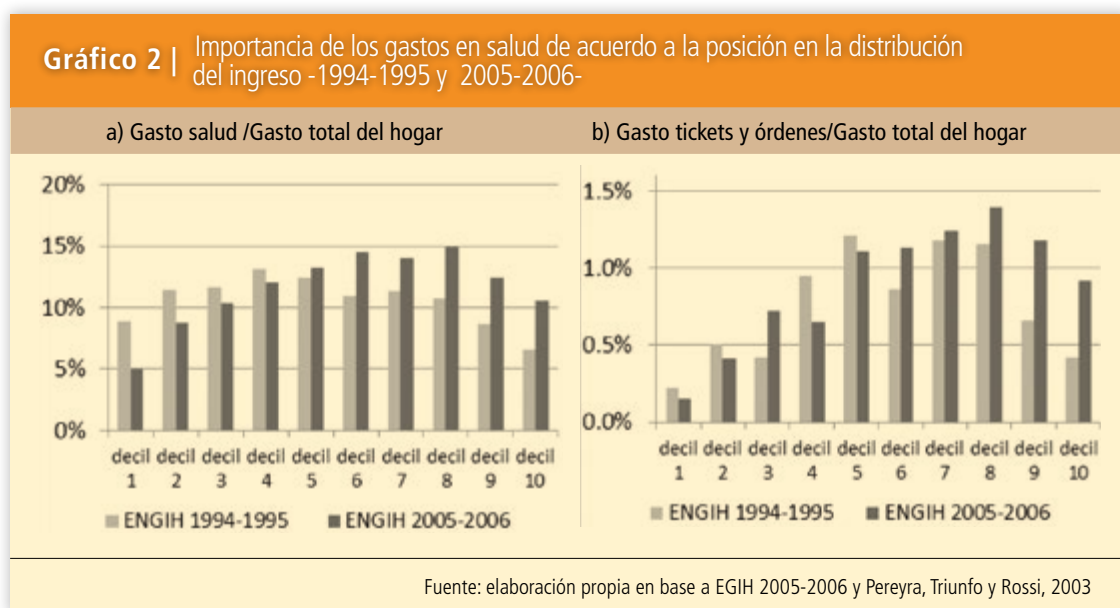
108 | Aproximadamente USD 90 en agosto de 2005.

109 | Aproximadamente USD 2,7 en agosto de 2005.

110 | El grupo de “otras especialidades” refiere a todas las especialidades excepto Pediatría, Ginecología por control de embarazo, y Medicina General.

discriminaban con valores 15,7% mayores a los socios DISSE en los medicamentos específicos¹¹¹ y en cuanto a los demás medicamentos, se registraron precios promedios 23,6% superiores para este grupo de afiliados. Una posible explicación surge de los beneficios, en términos de exoneración y/o reducción de órdenes y tickets, ofrecidos por las instituciones a través de Convenios con distintos tipos de afiliados particulares como forma de atraerlos.

En cuanto a la utilización, para tramos de precios homogéneos entre los socios DISSE y los no DISSE, se encontró que los primeros siempre registran un nivel de utilización sustancialmente menor, situación que vuelve a confirmarse al analizar el universo de afiliados de entre 20 y 64 años de edad. A modo de ejemplo, las tasas de utilización de los afiliados DISSE eran 13% menores que las de la totalidad de usuarios entre 20 y 64 para Medicina General, y 17% menor en urgencia centralizada.



iii) Diferencias según nivel de ingresos

Por último también se observan diferencias en el gasto y la utilización que realizan los hogares en los servicios de salud de acuerdo a su posición en la distribución del ingreso. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Gasto e Ingresos de los Hogares (ENGIH) de 2005-2006, los hogares destinaban el 12% de su presupuesto al rubro salud, mientras que según la ENGIH 1994-1995 este valor se ubicaba en 11%. Pueden observarse en el panel a del Gráfico 2 los cambios en el gasto en salud de los hogares entre los dos períodos para cada uno de los correspondientes deciles de ingresos. Hasta el cuarto decil inclusive los hogares pasan a destinar una menor proporción de su gasto a la atención en salud; desde el quinto decil de ingresos hasta el final de la distribución la proporción del gasto que es dedicada a salud se incrementa. Además en la primera mitad de la

¹¹¹ | Medicamentos específicos se le llamó a los incluidos en el capítulo 9 del Vademécum (cardiovasculares, en particular las secciones 9.5, 9.6, 9.7 y 9.8), en el capítulo 12 (Endocrinología; sección 12.6) y a la totalidad del capítulo 21 (Oncología).

distribución (la mitad más pobre de los hogares) la proporción del gasto destinada a pago de tasas moderadoras disminuye, mientras que en la segunda mitad de la distribución (la mitad más rica de los hogares) la proporción de pago de tickets y órdenes aumenta. En 2005-2006, el primer decil disminuye la participación de las tasas en su gasto en más del 30% en relación a mitad de la década anterior, mientras que el noveno decil aumenta la participación del gasto en tasas en casi 80% y el último decil (el 10% más rico de los hogares) más que duplica esta participación.

En 1995, casi 53% de la población del país estaba afiliado a una IAMC, mientras que en el año 2004 ese porcentaje había bajado hasta 48%. Si bien no se presenta un análisis que recoja la relación entre tipo de afiliación y gasto, a lo largo de la distribución de ingresos, cabe destacar que el gasto en órdenes y tickets está altamente correlacionado con el tipo de cobertura en salud de la población, en particular con la afiliación a una IAMC, dado que es principalmente en ellas donde los hogares realizan sus desembolsos por tal concepto.

La Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) realizada por el INE en 2006, profundizó sobre algunos aspectos relacionados con la salud. La encuesta mostró que 98.4% de quienes declaraban tener derechos en IAMC se atendían en ellas. Si bien el porcentaje de personas que declararon no atenderse en la IAMC que tenían derecho es muy reducido, este indicador constituyó un primer indicio de las barreras al acceso en el sector mutual, generalmente asociadas a barreras de tipo económico, expresadas en el cobro de tasas moderadoras para el acceso a los servicios (Trylesinski, 2007).

Otro de los resultados relevantes de dicha encuesta señalaba que del 6% de los consultados que declararon haberse sentido enfermos en los 30 días previos a la encuesta, el 79% consultó al médico, sin observarse diferencias según el estrato de ingreso de las personas. Adicionalmente entre aquellos que consultaron al médico, al 88% les fueron recetados medicamentos, de los cuales el 8% no lograron obtenerlos, fenómeno más observado en el marco de los servicios públicos. Dentro de quienes no obtuvieron los medicamentos, el 20% declara que la razón fue no tener dinero; y el restante porcentaje señala la no disponibilidad de los medicamentos recetados no en el centro de salud.¹¹² Evidentemente esta problemática afecta en mayor medida a los estratos de menores ingresos (30% pertenecen al primer quintil).

Por último, el 5% de las personas a las que se les indicó algún tipo de estudio de laboratorios o radiológicos no logró acceder al servicio (porcentaje similar en Montevideo y el interior); entre ellos el 11% no accedió por no poder pagarlo. Al interior del grupo de quienes no accedieron, la mayoría son personas pertenecientes a los estratos más bajos de ingreso. Parece oportuno señalar que el indicador de utilización de la atención sanitaria está influido por múltiples determinantes; influyen tanto las condiciones de acceso como el comportamiento de las personas, determinados por los diversos patrones socio-culturales.

2.4. Esquema de costos compartidos a partir de la implantación del SNIS

A partir del año 2005 la política de regulación de precios del sector comienza a cambiar su configuración. Los objetivos de la política de tasas moderadoras en este marco fueron

112 | En última instancia esta respuesta también podría interpretarse que responde a un motivo de falta de dinero, ya que, de no estar disponible en el centro asistencial, lo podría haberlo adquirido en una farmacia comunitaria.

(i) promover el copago como instrumento para la racionalización y reducción de consumo potencialmente excesivo o no necesario desde el punto de vista asistencial, pero velando porque no configure una barrera de acceso a prestaciones necesarias; (ii) racionalizar la conducta del consumidor mediante mecanismos en los que compartan costos aseguradores y usuarios, pero sólo en determinadas prestaciones no consideradas esenciales y que no comprometan la salud de la población, en particular la de menores ingresos; (iii) disminuir progresivamente la participación de los ingresos por concepto de tasas moderadoras en el financiamiento de las IAMC, en el entendido de que este escenario generaría menos resistencia a las futuras políticas de reducciones o exoneraciones.

La regulación de precios pasa a realizarse en forma conjunta entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Hasta el año 2007 los decretos de ajustes de precios afectan básicamente a las cuotas de prepago de las IAMC y sus tasas moderadoras. En ambos casos, se autoriza semestralmente “en los meses de enero y julio” un porcentaje máximo de aumento, en base a una paramétrica de ajuste que recoge la estructura de costos de las IAMC.

Desde julio de 2007, fecha de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), dichos decretos incorporan también el ajuste que corresponde a la Cuota Salud, que consta de un componente de cápita ajustada por edad y sexo y un componente meta por el cumplimiento de objetivos asistenciales.

En enero de 2008 se crea el Seguro Nacional de Salud (SNS), que será financiado por el FONASA y administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Los precios del sector continúan siendo regulados por el Poder Ejecutivo a través del MEF y el MSP, pero los decretos deben ser presentados ante la JUNASA con anterioridad a su aprobación.

En este mismo año fue aprobado el Plan Integral de Asistencia a la Salud (PIAS), el cual configura un catálogo de prestaciones obligatorio para todos los prestadores integrales del país. Si bien se trata de un catálogo que pretende actualizarse a medida que avanza la medicina, el ritmo al cual puede modificarse difícilmente acompañe al dinamismo característico de los cambios en las prácticas médicas en la actualidad. Las prestaciones que son afectadas por la regulación de precios son las incluidas en el PIAS. La provisión de otras prestaciones depende de la capacidad y voluntad de cada prestador, y en caso de proveerlas, quedará también sujeta a su criterio la fijación del precio a cobrar por ellas (Arbulo et al, 2012).

La descripción de la normativa que regula las tasas moderadoras a partir del año 2005 se presenta diferenciando tres períodos en el Cuadro 3. En primer lugar, el período 2005-2007, previo a la implementación de la Ley 18.211 que crea el SNS y el SNIS, en el cual el principal objetivo de las políticas consistió en mejorar el acceso de la población revirtiendo la situación heredada del período de liberalización. El segundo período, 2008-2009, está marcado por el inicio de la extensión de la cobertura del SNS, con la incorporación de más de 400.000 menores y la firma de Contratos de Gestión entre la JUNASA y los prestadores integrales. Finalmente, a partir del año 2010 y con la asunción del nuevo gobierno, se prioriza el acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva, salud mental y estudios diagnósticos. Cuadro 3: Reseña normativa sobre tasas moderadoras 2005-2013 según períodos.

Cuadro 3: Reseña normativa sobre tasas moderadoras 2005-2013 según períodos.

Medidas 2005-2007	Medidas 2008-2009	Medidas 2010-2013
<p>-Julio 2005: se prohíbe la creación de nuevas tasas moderadas</p> <p>-Julio 2005: rebaja 20% de los tickets medicamentos</p> <p>-Enero 2006: i) se exonera de pago de tickets a los medicamentos reguladores de la Glicemia y ii) se establece un mínimo de 25 tirillas por ticket de medicamento abonado.</p> <p>-Enero 2006: se exonera del pago de tasas a los estudios paraclínicos de control del embarazo.</p> <p>-Julio 2006: rebaja 10% de los tickets medicamentos.</p> <p>-Julio 2006: se exonera del pago de tasas a los estudios de colpocitología oncológica y las mamografías.</p> <p>-Julio 2006: se incorporan al PIAS los procedimientos de litotricia y radioneurocirugía, estableciéndose incrementos de cuota para financiarlos.</p>	<p>-Enero 2008: se exonera del pago de tasas moderadas una lista de medicamentos antipsicóticos.</p> <p>-Enero 2008: se establece un valor máximo de las tasas a cobrar por medicamentos antihipertensivos.</p> <p>-Octubre 2008: en los contratos de gestión firmados entre los prestadores integrales y la JUNASA se establece: i) que los beneficios en las tasas moderadoras de que fueran objeto distintos colectivos deben mantenerse cuando los mismos pasen a estar cubiertos por el FONASA y ii) la gratuidad de un set de tasas moderadoras para poblaciones específicas (jubilados y niños y adolescentes menores de 18 años), estableciéndose explícitamente un incremento de cuota adicional para su financiamiento.</p> <p>-Enero 2009: Tope máximo para el valor de la tasa que regula el Carnet de salud.</p> <p>-Abril 2009: se regulan las cantidades y las prestaciones mínimas para la glicemia e hipertensión arterial.¹¹³</p> <p>-Julio 2009: no se permiten incrementos de tasas moderadoras para las consultas básicas.</p>	<p>-Setiembre 2010: ampliación del PIAS y creación de nuevas tasas moderadoras para los nuevos servicios de salud sexual y reproductiva planteados en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18426).</p> <p>-Noviembre 2010: tope máximo para la tasa moderadora para el acceso a una consulta ginecológica general.</p> <p>-Enero 2011: i) Ampliación del PIAS y exoneración del pago de tasas moderadoras para la Vesectomía y la Ligadura tubaria por vía laparoscópica; ii) prohibición de incrementar las tasas moderadoras fuera de las fechas establecidas por los decretos.</p> <p>Julio 2011: se establece en \$1000 el tope máximo para toda tasa moderadora.</p> <p>-Octubre 2011: se incorporan al PIAS prestaciones de Salud Mental. Los mismos se financian por una parte otorgando un incremento adicional de la cuota por este concepto y por primera vez se fijan copagos para cofinanciar estas prestaciones.</p> <p>2012: una sucesión de decretos plantean: i) topes máximos para todas las tasas moderadoras y ii) aumentos diferenciales para las distintas tasas según su monto.</p> <p>-Agosto 2012: se autoriza a las instituciones a i) crear nuevas tasas moderadoras si las mismas ya existen en el sector; ii) aumentar diferencialmente tasas que estén muy por debajo del promedio nacional.</p> <p>-Octubre 2012: i) ampliación del PIAS relacionado a la Interrupción Voluntaria del Embarazo estableciéndose las tasas moderadoras correspondientes; ii) fijación de un tope máximo para la consulta con el médico de referencia.</p> <p>-Julio 2013: i) se exonera de pago de tasas al PAP y ii) se regula un ticket asociado al tratamiento para el caso de los antibióticos.</p> <p>-Octubre 2013: se limita la posibilidad de diferenciar precios para las tasas moderadoras de Resonancia Nuclear Magnética y Tomografía Axial Computada.</p>

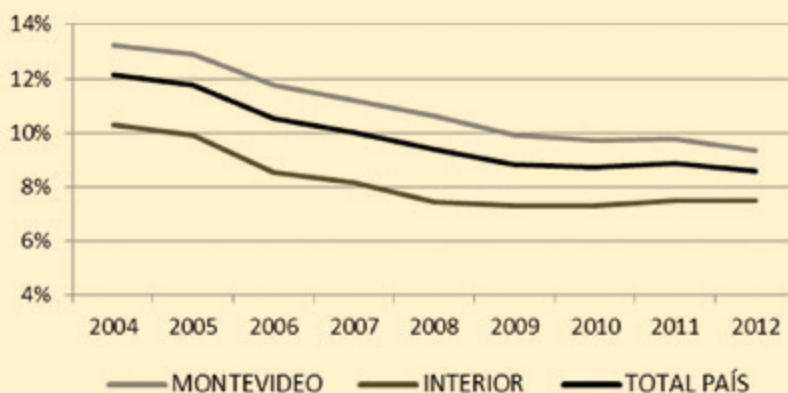
113 | Esto fue necesario ya que ante la reducción de las tasas estipuladas por los decretos previos, varias instituciones disminuyeron también la prestación a las cantidades que se obtenían por cada tasa moderadora abonada. centro asistencial, lo podría haberlo adquirido en una farmacia comunitaria.

2.5. Impacto de las políticas de tasas moderadoras en los ingresos de las IAMC

En este apartado analizamos los cambios en los principales indicadores vinculados a las tasas moderadoras y su importancia en las IAMC, en relación a la situación previa a la reforma luego del conjunto de políticas que modificaron el esquema de costos compartidos en el período.

Para el sistema IAMC en su conjunto los ingresos por tasas moderadoras pasaron de representar el 12.1% de los ingresos operativos al 8.6%. La disminución fue similar en Montevideo y en el interior, aunque partiendo de valores superiores en la capital del país. Se observa una disminución de la brecha entre ambas regiones, que pasa a ser de 2 puntos porcentuales en el año 2012.

Gráfico 3 | Ingresos por órdenes y tickets como porcentaje de los Ingresos Operativos de las IAMC



Fuente: elaboración propia a partir de Estados de Resultados de las IAMC (SINADI-MSP)

Las medidas adoptadas respecto a los precios de las tasas moderadoras no son el único determinante de los cambios en la participación de los ingresos por este concepto en el total de los ingresos de las IAMC. Las instituciones también adoptaron medidas de rebajas adicionales como estrategia de captación de nuevos afiliados. El resto de los ingresos, fundamentalmente los de prepago, también regulados, no aumentaron en términos reales y por afiliado. Por lo tanto las medidas específicas sobre las tasas moderadoras, así como el conjunto de cambios impulsados con la implementación del SNIS, aportaron en forma significativa a la caída de su peso en los ingresos.

En relación a los tickets entre 2004 y 2012, disminuye el peso en los ingresos operativos para todos los tipos considerados y en ambas regiones, registrándose la mayor variación en los tickets medicamentos cuya recaudación como proporción en los ingresos es ahora levemente superior en la capital del país (Cuadro 4)

Cuadro 4 | Recaudación cada componente de los tickets como porcentaje de los Ingresos Operativos de las IAMC

	2004		2012	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
Tickets medicamentos	7,41%	7,73%	5,00%	4,87%
Tickets otras técnicas diagnósticas	1,08%	0,36%	0,98%	0,52%
Tickets análisis de laboratorio	1,07%	0,27%	0,98%	0,34%
Otros tickets	0,51%	0,22%	0,29%	0,07%
Total Tickets	10,07%	8,57%	7,25%	5,80%

Fuente: elaboración propia a partir de Estados de Resultados de las IAMC (SINADI-MSP)

La disminución del peso de las órdenes ocurre tanto en Montevideo como en el Interior del país, pero es mucho más notorio en el primer caso en la medida en que se parte de valores superiores. Tanto en Montevideo como en el interior se observa una disminución del peso relativo de las órdenes de consultorio, y en el interior del país es muy notorio el incremento de la participación de los ingresos por órdenes de emergencia (Cuadro 5).

Cuadro 5 | Recaudación cada componente de las órdenes como porcentaje de los Ingresos Operativos de las IAMC

	2004		2012	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
Órdenes en consultorio	1,95%	1,17%	0,87%	0,77%
Órdenes a domicilio	0,43%	0,08%	0,28%	0,07%
Órdenes de emergencia	0,38%	0,24%	0,26%	0,37%
Órdenes odontológicas	0,04%	0,07%	0,05%	0,08%
Órdenes de urgencia a domicilio	0,21%	0,09%	0,08%	0,05%
Otras órdenes	0,17%	0,08%	0,21%	0,07%
Total órdenes	3,18%	1,72%	1,75%	1,41%

Fuente: elaboración propia a partir de Estados de Resultados de las IAMC (SINADI-MSP)

2.6. Impactos de las políticas en los precios y la utilización

El proceso de cambio que viene siendo implementado en el sistema de salud de Uruguay ha provocado múltiples cambios en el sistema que dificultan la extracción de conclusiones y, en particular, aislar los impactos en la utilización de la política de regulación del precio de las tasas moderadoras en el período analizado. Concomitantemente con la reforma se han sucedido otra serie de hechos económicos (crecimiento continuo del salario real, caída del desempleo, e incremento de la formalización laboral) con potenciales impactos sobre los resultados sanitarios en términos de utilización y acceso a los servicios.

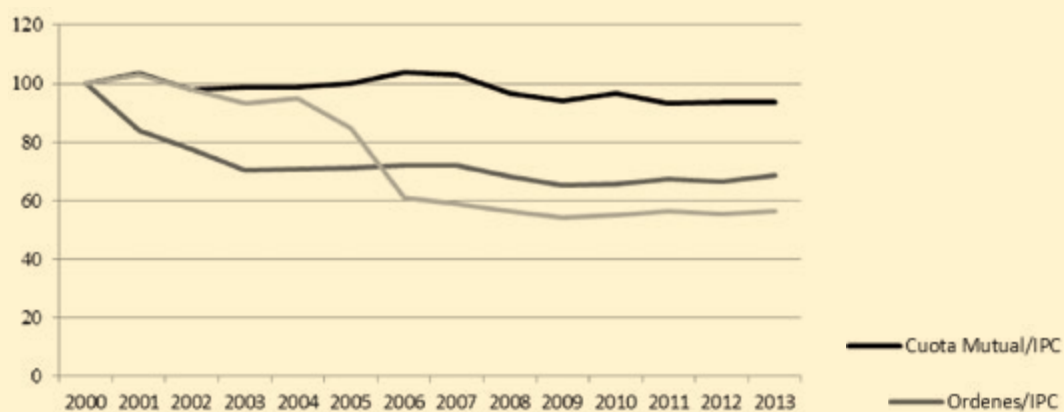
Además en el marco de la creación del Fondo público obligatorio (FONASA), y el ingreso de nuevos colectivos, las IAMC han aumentado su población afiliada en un 50% entre el año 2004 y el año 2012, 64% en el caso de las instituciones del interior del país y 42% en las instituciones de la capital. Pero fundamentalmente se ha modificado el perfil de los usuarios, tanto en su composición por edad y sexo -muestra un promedio de edad sustancialmente inferior- como en su perfil epidemiológico y sus característica socioeconómicas.

Cuadro 6 | Usuarios FONASA y no FONASA de las IAMC por región

	2004		2012		Variación 2012/2004
	Usuarios	%	Usuarios	%	
Montevideo					
FONASA	329.71	39%	1.057.730	88%	221%
No FONASA	516.206	61%	139.626	12%	-73%
Total	845.916	100%	1.197.356	100%	42%
Interior					
FONASA	257.151	50%	734.93	87%	186%
No FONASA	260.802	50%	113.017	13%	-57%
Total	517.953	100%	847.947	100%	64%
Total país					
FONASA	586.861	43%	1.792.660	88%	205%
No FONASA	777.008	57%	252.643	12%	-67%
Total	1.363.869	100%	2.045.303	100%	50%

Fuente: elaboración propia en base a Censos IAMC del SINADI-MSP

Gráfico 4 | Evolución de los precios de cuotas, órdenes y tickets de medicamentos en relación a la variación del IPC entre 2000 y 2013 (base 2000=100)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE

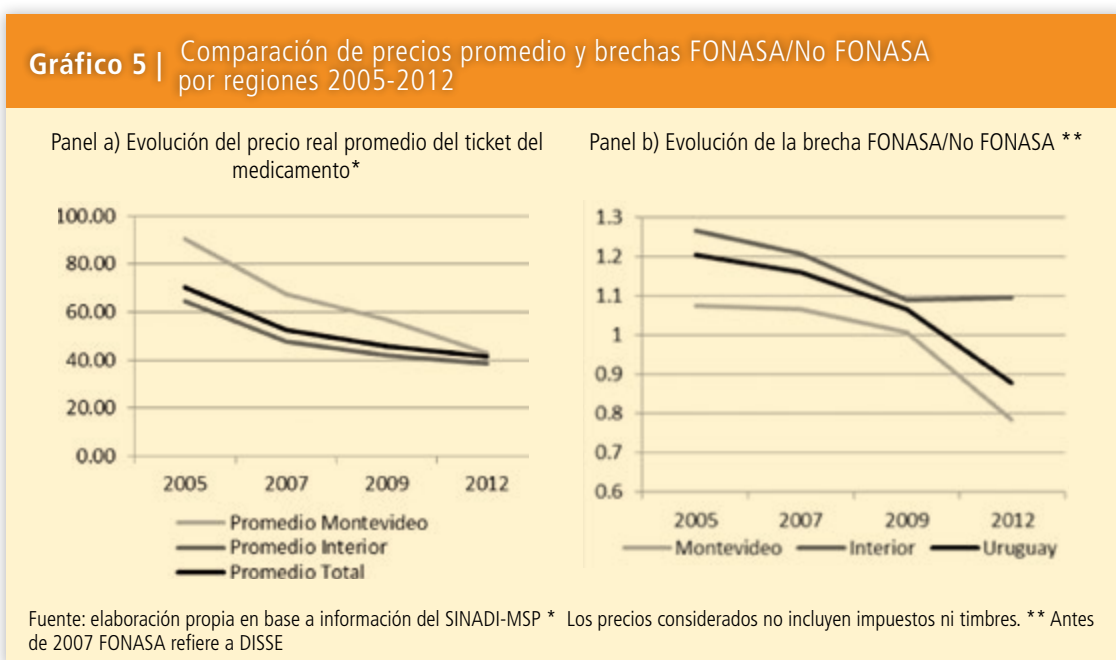
El Gráfico 4 muestra la evolución de tasas moderadoras y cuota mutual en relación al nivel general de precios. Se observa que mientras el precio de la cuota mutual se mueve casi como el promedio de precios de la economía, el precio de las órdenes y tickets de medicamentos evoluciona por debajo del IPC. De todas formas cuando consideramos el período completo desde 1985, que reflejaba el gráfico 1, observamos que aún no han descontado el crecimiento relativo que tuvieron durante la década del 90.

i) Tickets de medicamentos: ¿tasas moderadoras o copagos?

Los precios de los tickets de medicamentos han sido históricamente inferiores en el interior del país. Sin embargo a partir de las rebajas de inicio del período, los precios promedio de Montevideo continuaron disminuyendo, mientras que en el interior, luego de una caída inicial, aumentan nuevamente aunque sin volver aún a los valores iniciales, por lo que su valor real continúa descendiendo. Para el año 2012 los precios de Montevideo continúan siendo superiores, pero la brecha entre ambas regiones ha disminuido notoriamente.

Adicionalmente en el panel b del Gráfico 5, muestra que la diferencia de precios entre afiliados FONASA y No FONASA ha disminuido notoriamente, llegando incluso a revertir el signo de la discriminación en la capital del país. Este resultado es esperable en el contexto del ingreso de nuevos afiliados a las instituciones a través de la Seguridad Social y de la autorización de movilidad entre instituciones cada dos años, luego de más de una década en que operaba la inamovilidad. A su vez, el índice es superior en todo el período en las IAMC del interior del país, reflejando nuevamente la menor competencia entre prestadores en esa región.

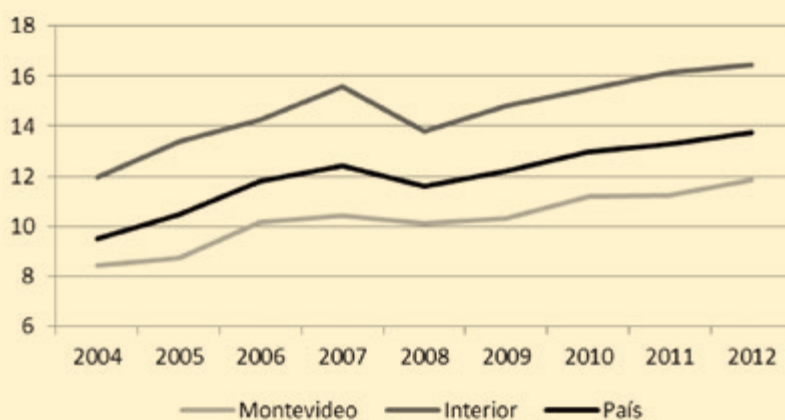
En cuanto a la utilización, las recetas por afiliado por año muestran una tendencia creciente a partir del año 2005 con una leve caída en el año 2008 que podría explicarse por el importante ingreso



de menores de 18 años (menor riesgo) a las IAMC producto de la creación del SNS. Sin embargo, luego se retoma el crecimiento hasta el año 2012.

Al menos tres factores interactúan en la explicación de la tendencia creciente en la utilización por parte de los afiliados. En primer lugar, la rebaja de precios que las instituciones tuvieron que concretar en los años 2005 y 2006 puede haber provocado un aumento de la demanda de medicamentos ambulatorios y por lo tanto del acceso por parte de la población. En segundo lugar, el incremento real del ingreso de los hogares y, en particular, los salarios, que reforzaría el efecto ingreso o renta. Por último, la estrategia seguida por algunos prestadores de salud ante la reducción o exoneración de tickets a algunos colectivos fue la de reducir las presentaciones de medicamentos a cambio de una receta. Bajo esa hipótesis, por lo menos parte del incremento del indicador, no sólo no estaría indicando un mayor acceso sino que por el contrario podría incluso estar indicando una mayor inequidad. Respecto a esta última observación se han comenzado a tomar medidas que regulan la presentación a que debe tener acceso el usuario a cambio del pago de un ticket.

Gráfico 6 | Cantidad de recetas de medicamentos por afiliado



Fuente: elaboración propia en base a información del SINADI-MSP

Por último, y en relación a título de este apartado, los tickets de medicamentos están actuando como una tasa moderadora del consumo o como un copago? En todo el período los tickets de medicamentos han financiado más del 50% del gasto que las IAMC realizan en medicamentos ambulatorios. Por lo tanto, más allá de la importante reducción del precio de los tickets observada en el período, lo recaudado por ellos financia una proporción muy elevada y creciente del gasto, elemento que cuestiona su carácter moderador de la demanda.¹¹³

ii) Tickets estudios: camino desde los copagos hacia las tasas moderadoras

El análisis de los tickets pagados por otros estudios está limitado por la información disponible ya que estos tickets no eran informados de manera estandarizada por el conjunto de IAMC antes de setiembre de 2013. De todas maneras existe información sistematizada por la JUNASA desde 2011 que puede empalmarse relativamente bien referida a los precios máximos de los estudios (expresados en

términos corrientes). Se presenta en el Gráfico 6 la comparación de estos precios, específicamente para aquellos conceptos cuya evolución tuvo cambios de mayor importancia, entre 2011 y 2013.¹¹⁴

Si bien los precios cobrados por las IAMC no fueron definidos como copagos -en el sentido de que no corresponden a una proporción del costo del servicio- existe correlación entre el precio de cada prestación y el costo de provisión, el cual responde al nivel de complejidad implicado. Esta situación fue heredada de la década del noventa, cuando se liberalizaron los precios y las instituciones los fijaron atendiendo a los costos de producción que enfrentaban y luego, al retomarse la regulación de estos precios, el esquema de precios relativos quedó establecido a partir de esta lógica. También en este caso se observa que las IAMC cobran precios mayores a sus afiliados individuales respecto de los valores cobrados a los afiliados a través del FONASA.¹¹⁵



De esta manera, considerando los precios promedio de todas las IAMC cobrados en los dos períodos considerados, el estudio con precio más elevado es la resonancia magnética (RNM), que es cerca de tres veces superior que el precio cobrado por el estudio de menor precio. Esta situación ocurre luego de la introducción de dos topes consecutivos para el ticket de la RNM.

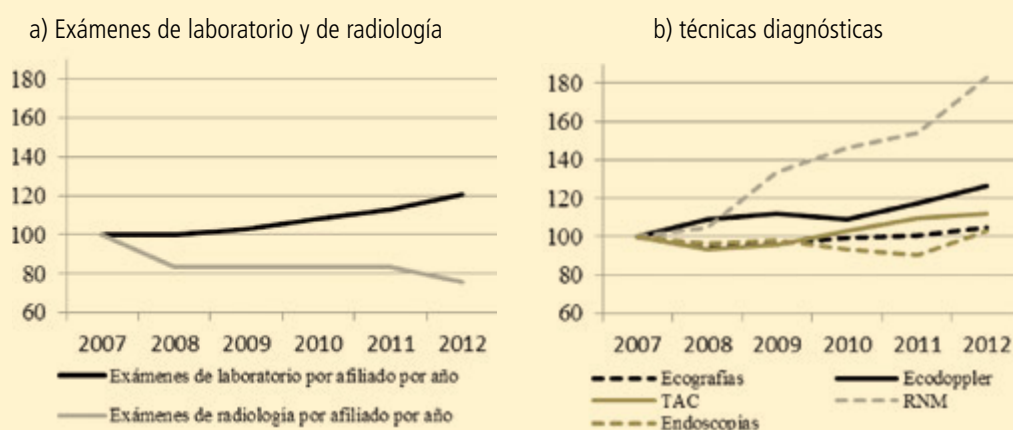
La utilización que más se modificó es la de las resonancias magnéticas aumentando 83% en el período analizado. Este aumento es más intenso en el interior del país (156%) que en Montevideo (70%). Podría pensarse que los topes de precios introducidos estén jugando a favor de este

114 | Los precios a los que se hace referencia en este apartado corresponden a precios finales, es decir, incluyen el 10% de IVA y los timbres correspondientes de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios. Estos valores son modificados con una periodicidad semestral por la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios. El valor a diciembre de 2013 es de \$18 para los tickets de medicamentos y \$61 para los análisis clínicos, estudios y técnicas diagnósticas.

115 | En el promedio de las IAMC de Montevideo, las diferencias de precios entre prestaciones son aún más acentuadas; en enero de 2011, por ejemplo, se cobraba un precio 7 veces superior para una resonancia magnética nuclear en relación al precio de las radiografías de tórax o columna. Hacia setiembre de 2013, sin embargo, esta relación de precios disminuye (se ubica en 3,5 aproximadamente), situación que responde a la introducción del tope de \$1000 (antecedido por un tope de \$1200).

comportamiento, aunque el incremento se da de forma sostenida desde 2008 y la primera política de tope fue implementada recién en el año 2012. La hipótesis a nuestro juicio más razonable tiene que ver con cambios desde el lado de la oferta: por un lado, puede ser que haya aumentado la indicación médica de este tipo de estudios por criterios que responden a la práctica médica y, por otro lado, puede deberse a una mayor disponibilidad de resonadores en los centros asistenciales o convenios de complementación mejor articulados entre prestadores. Pero también desde el lado de la demanda, en cierta medida la mejora en el nivel general de ingresos de los hogares haya permitido hacer frente a este gasto en 2012 cuando en años anteriores no hubiera sido posible. También puede estar jugando a favor de este aumento en la utilización de resonancias el hecho de que muchas instituciones han implementado mecanismos de financiación para el pago diferido de las prestaciones de alto costo.

Gráfico 8 | Evolución de la Utilización por año (Índice base 2008= 100).



Fuente: elaboración propia en base a datos de SINADI Asistencial (MSP)

Cuadro 7 | Variación precio real entre 2005 y 2012 por especialidad

Pediatría	-47%
Ginecología	-51%
Medicina General	-30%
Otras especialidades	-25%
Urgencia centralizada	-42%
No urgencia domicilio	-24%
Urgencia domicilio	-35%

Fuente: elaboración propia en base a información del SINADI (MSP)

iii) Órdenes de consulta: mejoras en el acceso e incentivos al cambio del modelo de atención

Entre los años 2004 y 2012 los ingresos por órdenes de consultorio disminuyeron su peso en los ingresos operativos de las IAMC; pasa para el promedio del país, de un máximo de 1.8% en el año 2006, a representar el 0.8% en el 2012. Este valor ha sido históricamente superior en las instituciones de Montevideo, con un máximo de 2.1% en el año 2006, pero luego el valor comienza a disminuir convergiendo en el año 2012 a un valor apenas superior al de las instituciones del interior del país (0.9% y 0.8% respectivamente). Las variaciones del precio promedio real de las órdenes de consulta a nivel país se resumen en el Cuadro 7.

Para todos los tipos de tasas moderadoras el precio real cae en el período de análisis, pero es en las órdenes para consulta en Ginecología donde se observa la mayor disminución, seguida por las órdenes de consulta en Pediatría y las órdenes para consulta en urgencia centralizada.

En el primer caso, el descenso se explica tanto por la exoneración de consultas de control según las pautas del MSP, como por la propia estrategia de captación de afiliados FONASA de las instituciones ante el ingreso de menores de 18 al SNS, a partir del año 2008. En el resto de los casos, el principal incentivo al descenso de precios reales ha sido la estrategia de captación de afiliados, más allá de algunas medidas específicas de regulación de precios.

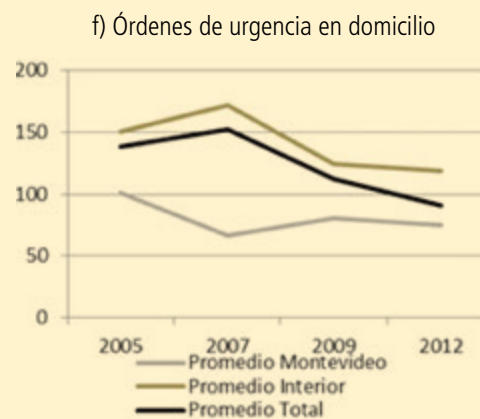
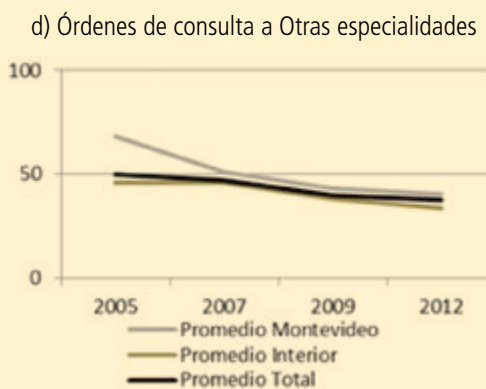
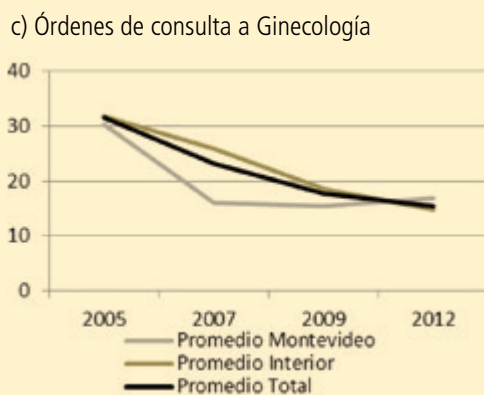
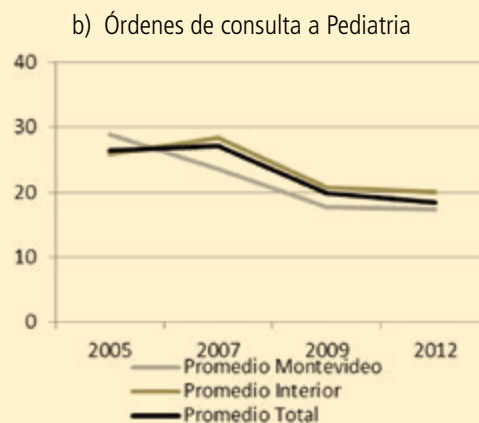
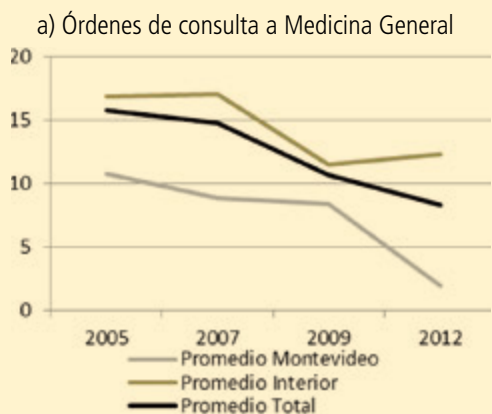
Al comparar los precios promedio de las IAMC de Montevideo y del interior del país, se observa que Montevideo presenta precios menores para Pediatría, Medicina General y atención de urgencia a domicilio, aunque la mayor diferencia se da en el caso de Pediatría. Esta situación parece explicarse por la menor competencia por la captación de afiliados en la gran mayoría de las ciudades y localidades del interior del país en que sólo suele haber una IAMC y servicios del prestador público ASSE. Las órdenes de consulta para otras especialidades son el único caso en que las instituciones del interior del país muestran un precio promedio muy inferior (50% menor) al de las IAMC de la capital (Gráfico 9).

Respecto al incentivo que la estructura de precios genera en el modelo de atención, se constata en el Gráfico 9 que las órdenes para consulta a pediatría son las de menor valor, seguidas por las dos restantes especialidades básicas, mientras que las órdenes de atención a domicilio son las de mayor valor. En particular, en 2012, la urgencia a domicilio presenta un valor casi 11 veces superior al de las órdenes a Pediatría y las especialidades no básicas, poco más de 4 veces.

En relación a la diferencia de los valores de las tasas moderadoras que se observaban previo a la implementación del SNIS entre los afiliados cubiertos por el FONASA (entonces DISSE) y los que no, el Gráfico 10 muestra que se producen importantes cambios en el período. Para el caso de las órdenes de Medicina General, el índice de discriminación de precios entre la población con cobertura FONASA y los afiliados individuales y colectivos (privados) de las IAMC, muestra una clarísima disminución, revirtiendo la situación previa a la reforma.

En el caso de pediatría (Cuadro 8) se comparan los valores para los años 2008 y 2012, observándose que en Montevideo los precios que enfrentan los afiliados FONASA son muy inferiores que el de los afiliados privados en ambos años, mientras que en el interior del país el indicador es más cercano a uno. Es importante destacar que a partir del año 2008 la proporción de menores de 14 años con cobertura privada en las IAMC es muy reducida. En cuanto a las órdenes de Ginecología, en el año 2005, tanto las IAMC de Montevideo como las del interior del país presentaban precios

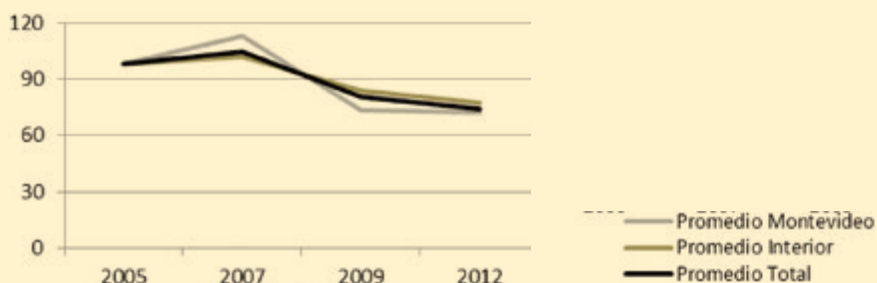
Gráfico 9 | Evolución de precios promedio según región- pesos constantes de 2005-2012



Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI-MSP

Gráfico 9 | Continuación /

g) Órdenes a domicilio no urgente



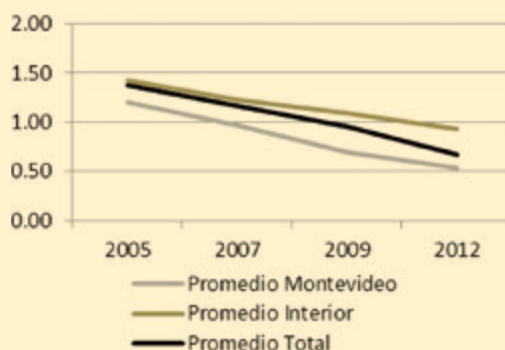
Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI-MSP

superiores para sus afiliados por la Seguridad Social, 49% y 40% respectivamente. El indicador comienza a caer en el año 2007 en ambas regiones, y ya en el año 2008 Montevideo revierte el sentido de la discriminación de precios, en tanto lo mismo sucede en el interior en el año 2009.

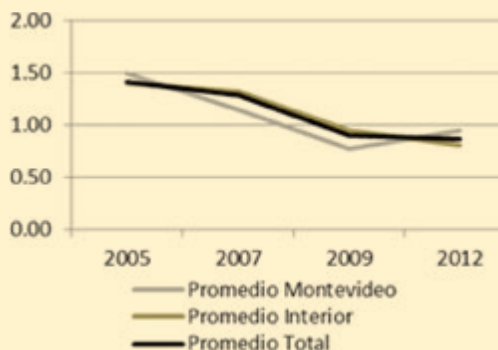
La política de tasas moderadoras implementada, junto a los incentivos que enfrentaron los prestadores por la captación de nuevos afiliados, redundó en una reducción de las posibles barreras económicas al acceso en esta especialidad y en particular para la población afiliada a financiada por el FONASA.

Gráfico 10 | Índice de discriminación de precios entre afiliados FONASA y no FONASA

a) Órdenes de consulta a Medicina General



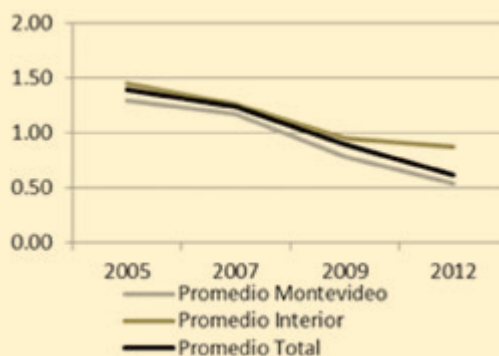
b) Órdenes de consulta a Ginecología



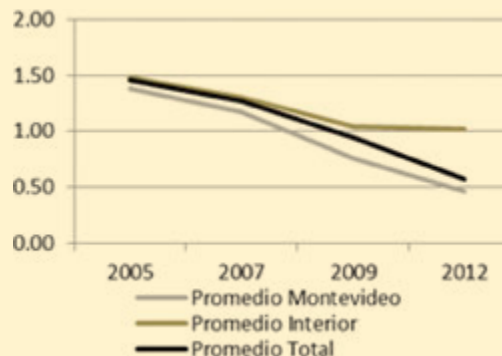
Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI-MSP

Gráfico 10 | Continuación /

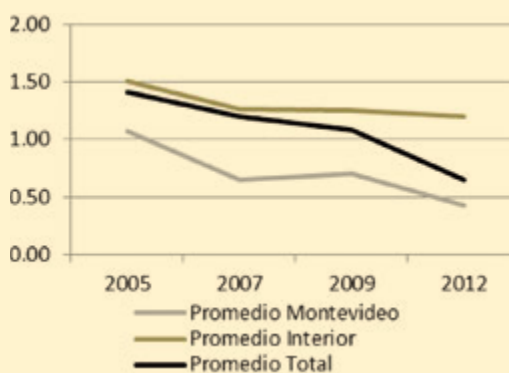
c) Órdenes de consulta a Otras especialidades



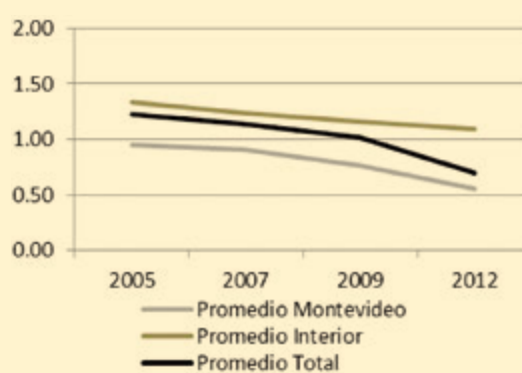
d) Órdenes de consulta de urgencia centralizada



e) Órdenes de consulta de urgencia a domicilio



f) Órdenes a domicilio no urgente



Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI-MSP

Cuadro 8 | Índice de discriminación de precios entre afiliados FONASA y no FONASA, órdenes de consulta a Pediatría

Índice de Discriminación	2008	2012
Promedio Montevideo	0,38	0,12
Promedio Interior	0,82	0,96
Promedio Total	0,71	0,61

Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI-MSP

Cabe preguntarse si desde el punto de vista de la equidad en el acceso la discriminación de precios que actualmente, y en promedio, enfrentan los afiliados no FONASA, no constituye también una barrera al acceso que deba considerarse en el diseño de la política de regulación de precios. Un elemento que debe tenerse en cuenta es que la población afiliada en forma privada a las IAMC -que actualmente representa el 12% del total- se caracteriza por tener ingresos promedio superiores a los de la población FONASA.

En cuanto a los impactos en la utilización que puede haber tenido la reducción generalizada de precios para consulta hay que señalar que los mismos no son de fácil identificación en la medida en que dicho resultado se dio en el marco de un conjunto de importantes cambios en el sistema de salud y de un aumento significativo del ingreso de los hogares. Los principales indicadores de utilización se sintetizan en el Gráfico 11.

La disminución del precio real de las órdenes en todas las especialidades podría hacer esperar un aumento en sus tasas de utilización. Sin embargo, tal hipótesis no se verifica en las consultas de medicina general y pediatría. En el caso de Ginecología sí se observa un aumento de las consultas por afiliada y en el caso de las consultas con otras especialidades médicas se registra sólo un leve incremento en las instituciones de la capital del país. Las consultas de ginecología son el único caso dentro de las especialidades básicas en que la utilización aumenta tanto en Montevideo como en el interior del país, aunque en este último caso vuelve a caer en el año 2012. En la capital del país el aumento entre 2005 y 2012 es de 22%.

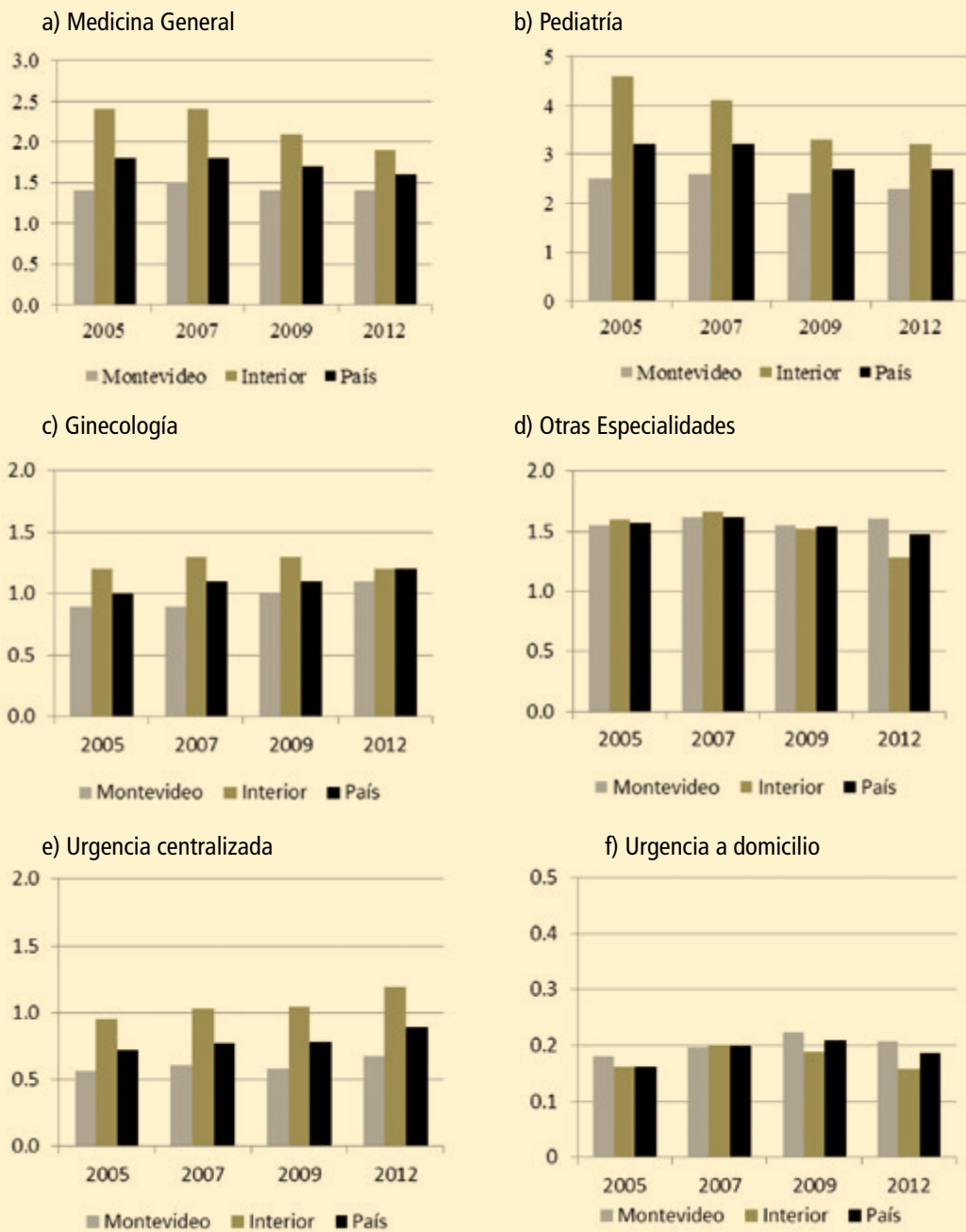
Es importante destacar que en el caso de las tasas de utilización de las consultas de Ginecología, se trata del total de las consultas, y no solo las de control del embarazo. Los precios promedio analizados en esta especialidad hacían referencia sólo a las consultas para control del embarazo. Por lo tanto los cambios en las tasas de utilización podrían estar reflejando, por una parte, que la disminución real del precio promedio ayudó a eliminar una barrera al acceso que implicaba una demanda insatisfecha y, por otra parte, una mayor utilización en el embarazo incentivada por el pago por cumplimiento de metas asociadas a la salud de la embarazada.

Contrariamente a lo que se esperaría, en función de los incentivos al cambio del modelo de atención y de una mayor calidad de la atención, se constata un aumento de la atención de urgencia, tanto centralizada como a domicilio, verificándose lo que damos en llamar una -urgentización de las consultas-, que, aunque presenta una magnitud reducida, debería ser analizada en cuanto a sus determinantes, de modo de valorar posibles medidas que reviertan esta tendencia. Este fenómeno se da tanto en las consultas realizadas en forma centralizada como las que se llevaron a cabo en el domicilio del usuario.

3. Conclusiones.

Las políticas de regulación de las tasas moderadoras de las IAMC implementadas en el período 2005-2012 se inscriben en un marco complejo de cambios, tanto en el modelo de financiamiento como en los modelos de atención y de gestión del sistema de salud. Las IAMC, prestadores integrales privados sin fines de lucro, ofrecen actualmente cobertura en salud a aproximadamente el 60% de la población uruguaya, con lo cual las medidas de control no sólo de los precios sino también de la forma en que se ofrecen las prestaciones, son determinantes

Gráfico 11 | Utilización-Consultas por afiliado por año según región-2005-2012.



Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial (MSP)

cruciales del mejor acceso y mayor protección financiera de la población. En este sentido, la elaboración de las políticas de regulación de precios con participación del MEF y del MSP y su discusión en la JUNASA, procuran articular las diferentes dimensiones que aportan al cambio del modelo de atención, priorizando una estrategia de atención primaria en salud a la vez que involucrando a los diferentes actores del sistema en la responsabilidad sobre su sostenibilidad.

El presente trabajo asume que los mecanismos de costos compartidos pueden aportar a disminuir la demanda innecesaria de prestaciones de salud provocada por la presencia de riesgo moral en los sistemas de salud y, por lo tanto, contribuir a una mayor eficiencia en la producción de servicios, liberando recursos que permitan avanzar en el objetivo de acceso y cobertura universal. Sin embargo, se reconoce la dificultad en determinar cuáles prestaciones son innecesarias y cuáles no, lo que implica un riesgo de que los copagos o tasas moderadoras se constituyan en barreras al acceso para una atención oportuna y necesaria, con el consiguiente impacto negativo en la salud de la población. A su vez, se parte de la premisa de que la equidad en el acceso es un principio básico y fundamental que debe estar presente en el diseño de las políticas, asegurando el ejercicio del derecho a la salud para toda la población.

Desde esta perspectiva se realizó el análisis de precios de los diferentes tipos de tasas moderadoras y sus posibles impactos en la utilización de los servicios. Se procuró reconstruir la historia de los costos compartidos en nuestro país, a partir de los escasos antecedentes en la materia y las limitaciones en las fuentes de datos y de información disponibles, fundamentalmente con anterioridad al año 2005. A partir del inicio de la reforma de la salud, se ha avanzado en la cantidad y calidad de la información aunque persisten deficiencias que imposibilitan un análisis más minucioso, en particular de los aspectos relacionados con la protección financiera de la población y las barreras al acceso según diferentes características socioeconómicas y situación de salud.

El análisis de la protección financiera de la población no puede realizarse independientemente del conjunto de medidas que afectaron el cambio del modelo de financiamiento a partir del año 2007. En particular, la ampliación de la cobertura del SNS, financiado por el FONASA, implicó que muchos hogares disminuyeran o incluso eliminaran los desembolsos en cuotas de prepago en una IAMC, pasando a realizar aportes según su nivel de ingresos al fondo público y obligatorio. En el caso de los individuos que antes obtenían cobertura en el prestador público ASSE y que a partir de su ingreso al SNS optaron por afiliarse a una IAMC, comenzaron a tener que realizar pagos de tasas moderadoras en el momento de acceder a las prestaciones, pero no tenemos elementos para discernir en qué medida esta nueva opción pudo haber disminuido otro tipo de gastos de bolsillo que antes hubieran tenido que enfrentar. Existiendo la posibilidad de mantener su cobertura en ASSE sin pagar tasas moderadoras, muchos hogares y/o individuos optaron, sin embargo, por trasladarse a una IAMC, lo cual indica que valoraron que ese cambio les implicaría algún tipo de mejora en el acceso, abatiendo quizás otro tipo de barreras que no necesariamente eran económicas.

La disminución del precio real de las tasas moderadoras observada en todos los tipos de órdenes y tickets en el período 2005-2012 nos indica que, necesariamente, aumentó la protección financiera de la población, más si tenemos en cuenta que en el mismo período la capacidad de pago de los hogares aumentó. Sin embargo, será necesario disponer de información proveniente de próximas encuestas de gasto para poder confirmar esta hipótesis

y evaluar en qué medida los diferentes estratos de la población se beneficiaron de ésta y otras medidas tendientes a mejorar la equidad en el financiamiento del sistema y, en general, la equidad en el acceso a la atención en salud.

El acceso a medicamentos también ha mejorado en función de una importante reducción de los precios de los tickets, de 21% en términos nominales y casi 60% en términos reales. A su vez, también las políticas de tasas moderadoras comenzaron a regular las cantidades a las que da derecho el pago de una tasa. La cantidad de recetas por afiliado por año aumenta un 45% para el promedio a nivel del país. Sin embargo, se constata que la proporción del gasto en medicamentos ambulatorios de las IAMC que es financiado a través de la recaudación por tickets presenta una tendencia creciente; alcanza el 81% en el año 2012. Este resultado cuestiona el carácter moderador de la demanda de este precio y en particular llama la atención sobre la necesidad de ahondar en el análisis y diseño de las medidas de regulación aplicadas, que afectan particularmente el acceso para los usuarios con enfermedades crónicas y de menores ingresos.

El acceso a estudios se ha visto facilitado a partir de una política explícita a partir del año 2010 en que se inició un proceso de reducción gradual de sus precios, estableciendo primero topes máximos y luego no permitiendo el ajuste de los mayores valores y ajustando en porcentajes menores a la paramétrica los precios intermedios. Los acuerdos logrados a través de la firma de los Contratos de Gestión habilitan una nueva rebaja del tope de estudios que sería aplicable en el 2014. La tasa de utilización de estudios por mil afiliados por año se ha incrementado levemente en la mayoría de los casos y sólo en el caso de las resonancias magnéticas el aumento ha sido notorio, de 83% para el promedio del país, y más del 150% en el interior.

Las fuentes de información disponibles no nos permiten indagar respecto al acceso a las prestaciones en función de las características socioeconómicas de la población. Sin embargo, es claro que las tasas moderadoras existentes, que no discriminan según la capacidad de pago de los usuarios, se constituyen en una fuente de inequidad, y en todo caso sólo actuarían como moderadoras de la demanda para las personas de menores recursos económicos. Un diagnóstico realizado en el año 2005 en la División Economía de la Salud del MSP identificó una inequidad aún mayor que la esperable con un monto único de copago, en la medida en que los usuarios afiliados a las IAMC a través de la seguridad social (DISSE en aquel momento), debían enfrentar en promedio y en la mayoría de las instituciones, precios superiores a los de los afiliados privados. Un determinante fundamental de esta situación lo constituía el llamado “corralito mutual”, por el cual los afiliados DISSE tenían suspendido el derecho a cambiar de prestador desde el año 2000. El incentivo derivado de la ampliación de la cobertura en salud a través del Seguro Nacional de Salud, provocó una reversión de esta inequidad, en el marco de las estrategias de captación de nuevos afiliados. A su vez, a partir del año 2007 los beneficiarios FONASA pueden optar por obtener cobertura en ASSE quien no cobra tasas moderadoras, y a partir del año 2008 se restablece la movilidad de los usuarios dentro del sistema.

Las medidas implementadas en el período de reforma iniciado en el año 2005 han implicado importantes avances en términos de mejoras en el acceso y la protección financiera de los usuarios de las IAMC. Sin embargo es necesario continuar por el camino iniciado y profundizar en los determinantes de algunos resultados no deseados así como evaluar un

posible diseño que tenga en cuenta las diferentes capacidades de pago relacionadas tanto con desigualdades de ingresos como con las condiciones de cronicidad de algunos usuarios para los que las tasas moderadoras podrían implicar importantes barreras al acceso. Las mejoras de los sistemas de información y fuentes de datos disponibles que se vienen implementando permitirán obtener más y mejor información para el monitoreo y la evaluación respecto a las inequidades existentes y evaluar los impactos de las políticas, habilitando el diseño de un sistema de tasas moderadoras que incentive el cambio del modelo de atención y desestime el consumo innecesario o excesivo de algunas prestaciones.

Bibliografía

Arbulo, V., Pagano, J.P., Rak, G. y L. Rivas (2012). *El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo*. Montevideo: MSP. [Online] Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=891&Itemid=306 [Recuperado el 01/12/2015]

Bailey, W., Gordon-Strachan, G., Henry-Lee, A., Barnett, J., Lalta, S. y D. Alleyne (2011). *Evaluación de la introducción de tarifas al usuario por servicios preventivos en Jamaica: impacto sobre el nivel de salud y las estrategias adaptativas de los usuarios*. En A. Hernández Bello y C. de Rico De Sotelo (Eds.) *Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 319-368.

Bitrán, R., y Giedion, Ú (2003). *Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries. Social Protection Discussion Paper Series Online, 0308* (WHO). [Online] Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Safety-Nets-DP/0308.pdf> [Recuperado 3/9/2015]

González López-Valcarcel, B. (2007). *¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones*. En Jaume Puig-Junoy (Ed.) *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*, Barcelona: Fundación Rafael Campalans, pp 101-121.

González, P., Pinto Prades, J.P., y Porteiro, N. (2011). *Teoría y política del copago en sanidad. Informe Técnico elaborado para la Cátedra de Economía de la Salud, Consejería de Salud (Junta de Andalucía) y Universidad Pablo de Olavide*.

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V. y Vásquez, N. (2011). *Sistema de salud de Colombia*. *Salud Pública Mexico*, 53 (2), 144-155.

Holst, J. (2007). *Patient Cost Sharing - Reforms without Evidence Theoretical Considerations and Empirical Findings from Industrialised Countries*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Jemai, N., Thomson S., y Mossialos, E. (2004). *An overview of cost sharing for health services in the European Union*. *Euro Observer*, 6 (3). 1-4. ISSN 1020-7481

Knauth, F., Wong, R., Arreola-Ornelas, H. y Méndez, O. (2011). *Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries*. *Salud Publica Mex*, 53 (2), 85-95.

Merchán-Hamann, E., Shimizu, H. y Díaz Bermudez, X. (2013). *Perfis Descritivos dos Sistemas de Saúde dos Estados Parte do MERCOSUL*. República Federativa do Brasil. [Online] Disponible en: <http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/Informe%20de%20salud%20-%20Brasil.pdf> [Recuperado 01/12/2015].

Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*. [On Line] Disponible en: <http://www.who.int/wbr/2000/es/index.html>. [Recuperado el 05/02/2013].

Pereyra, A., Triunfo, P. y Rossi, M. (2003). *El gasto en cuidados médicos de las familias uruguayas*. *El Trimestre Económico* 70 (277(1)), 43-79.

Trylesinski, F. (2007). *El Sistema de Tasas Moderadoras en los Servicios de Salud Privados en Uruguay. Situación actual y lineamientos para su reforma*. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración- UdelaR y FEMI.

Trylesinski, F. (2007). *Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento*. [Online] Disponible en: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Modulo_salud_version_final.pdf/17641b4b-c1c6-4a92-8fd6-b4aa75a187a7 [Recuperado 01/12/2015].

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y los principios de la equidad en la salud*. [Online] Disponible: http://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf [Recuperado 3/9/2015].

Xu, K., Evans, D., Saksena, P., Jowett, M., Indikadabena, C., y Kutzin, J. (2010). *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. [Online] Disponible en: http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/WHO_Exploring_the_thresholds_of_health_expenditure_Background_paper.pdf [Recuperado 01/12/2015].

Zweifel, P., y Manning, W. (2000). *Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care*. En Culyer, A.J. y Newhouse, J.P. (Eds) *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science B.V., pp 409-460.

Comentario:

Pagos de bolsillo y garantías de equidad

Oscar Cetrángolo

El artículo que aquí se comenta tiene por objeto el análisis de los efectos de los cargos a los usuarios en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay. Más allá de las usuales consideraciones que, desde la teoría, se hacen en relación con los diferentes mecanismos de “costos compartidos” en la salud, resulta de especial importancia especificar el ámbito donde esta práctica se lleva a cabo y de qué manera se pueden cumplir los objetivos de la autoridad que decide implementarla.

Teniendo en cuenta que la reforma en curso se ha propuesto alcanzar la Cobertura Universal de Salud en Uruguay, los efectos sobre el acceso a los servicios de salud por toda la población y la equidad cobran especial relevancia. Por supuesto, ello no debe olvidar que buena parte de los argumentos en favor de este tipo de mecanismo se relacionan más con el logro de una más eficiente asignación de recursos.

En efecto, la provisión libre y gratuita de bienes privados, cuyo costo marginal es positivo, suele generar excesos de demanda cuya magnitud dependerá de la elasticidad precio de su demanda¹¹⁶. Como consecuencia de ello, la asignación de recursos resultante puede no ser eficiente, aunque, eventualmente, puede mejorar la equidad, dependiendo del principio que sea defendido en cada sociedad. Precisamente, aplicado a la provisión de servicios de salud, un aspecto básico que suele evaluarse es si la introducción de cargos sobre los usuarios no terminará desalentando el consumo de servicios necesarios y afectando negativamente la equidad.

Estos argumentos son muy fuertes en contra del uso de las diferentes modalidades de “costos compartidos” que son muy bien presentados en el artículo objeto de estos comentarios. No obstante, como también se señala allí, el argumento más atendido en los últimos tiempos haya sido la restricción fiscal.

Es necesario destacar tres factores que deben ser tenidos en cuenta cuando se evalúa la presión por el uso de recursos públicos. En primer lugar, y aunque suene muy obvio, tratándose del cuidado de la salud, todos sentimos que sería mejor extremar los cuidados para prolongar y mejorar la vida de las personas, reafirmando los derechos a lograr una atención adecuada.

116 | Como se explica en los diferentes manuales de finanzas públicas. Por ejemplo, véase: Stiglitz, J. *Economics of the Public Sector. Second Edition*, W. W. Norton & Co. New York, 1988, capítulo 5.

En segundo lugar, los avances e innovaciones en el campo de la salud han determinado la ampliación de las posibilidades de tratamiento de enfermedades y se han incorporado innovaciones que mejoran su diagnóstico y tratamiento, además de ser mucho más costosos que las prácticas preexistentes.

En tercer lugar, tratándose de países latinoamericanos, debe considerarse que la situación fiscal está caracterizada por insuficiencia de recursos disponibles para el sector. La región se caracteriza por bajos niveles de recaudación tributaria y por otorgarle una relativamente baja prioridad a los gastos en el sector.¹¹⁷

En resumen, habida cuenta de las restricciones existentes se hace necesario evaluar con cuidado la magnitud de bienes y servicios de la salud que deben ser provistos de manera libre y gratuita. La incorporación de alguna de las modalidades de carga sobre los usuarios es una alternativa de mercado para fijar esas prioridades, pero, como se mencionó, tiene el grave inconveniente de generar efectos no deseados en materia de equidad. No debe olvidarse que la magnitud de los gastos de bolsillo en salud es uno de los indicadores más fiables y rápidos de los problemas de equidad en el sector.

Los efectos sobre la equidad y acceso a servicios dependerán, adicionalmente, del nivel de ingreso de cada país, su distribución entre los hogares, la magnitud de los recursos destinados a la salud y la organización del sector. Esto queda de manifiesto si se compara el impacto de la restricción bajo diferentes circunstancias. Esa restricción será más fuerte cuando mayor sea el problema de solvencia fiscal. El debate en Europa, entonces es muy diferente del que se desarrolla en países latinoamericanos y, aún en Europa, es distinto hoy frente a la situación de hace diez años, y en Grecia o Portugal seguramente es muy diferente al que se desarrolla en Inglaterra o Alemania.

Los autores citan el estudio de Bitrán y Giedion (2003) quienes sostienen que en países de ingresos bajos las cargas sobre los usuarios suele generar subutilización de recursos. Todo ello ha llevado a la necesidad de evaluar con cuidado los efectos de introducir diferentes niveles de "costos compartidos" para evitar efectos sobre la equidad.

Asimismo, introduce la idea teórica de un "copago óptimo", que surge de estimar el nivel de copago que iguala el valor de los costos del consumo excesivo y el de los costos del riesgo con el que se enfrenta el paciente. Si bien esta idea es de difícil aproximación cuantitativa, al menos sirve como idea de los objetivos de la política. No obstante, por todo lo que se mencionó aquí y en el propio capítulo que está siendo objeto de comentarios, lo mejor sería no tener que cobrar copagos en salud.

Lamentablemente, en los países de la región estamos lejos de lograr ese objetivo y si se quiere evaluar el impacto sobre la equidad (y también la eficiencia) es necesario incorporar en el análisis no solo los cargos explícitos sino también una variada gama de prácticas que, de manera implícita involucran cargos que debe afrontar cada persona. En relación con ello, y con el objeto de ilustrar de qué manera el análisis debe considerar la particular organización del sistema de salud correspondiente se van a introducir algunos comentarios referidos a algunos países de América latina.

En primer lugar, es necesario diferenciar el uso de cargos en el uso de servicios públicos de uso general que en los seguros, aun cuando sean públicos. Para el primero de los casos Brasil es un ejemplo extremo ya que el SUS (Sistema Único de Saúde, Brasil) brinda cobertura a toda la población y desde su creación fueron eliminados los seguros sociales con financiamiento contributivo obligatorio. Como

117 | Titelman, D., O. Cetrángolo y O. L. Acosta, "Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes", *Universal Health Coverage in Latin America, The Lancet, Volume 385, No. 9975, Elsevier Ltd. Londres, Abril 2015*

señalan los autores, allí no existen cargos sobre los usuarios. De todos modos, si existieran cargos de algún tipo, claramente podrían tener un efecto sobre la equidad ya que podrían verse privados de atención sectores de la población que lo requirieran. En momentos de crisis y restricción fiscal, este fue el caso en algunos países de América Latina.

En segundo lugar, deben distinguirse los casos donde los cargos son cobrados por los seguros sociales en países donde, adicionalmente existe oferta pública de servicios. En estos casos, la exclusión que potencialmente podría resultar de esas prácticas queda limitada por el hecho de que las personas pueden recurrir a la oferta pública gratuita. Teniendo en cuenta el predominio de sistemas segmentados y fragmentados en casi todos los países de la región, con baja coordinación entre subsectores (Brasil y Costa Rica son algunas de las excepciones más obvias), estas prácticas han sido habituales aunque con diferente intensidad, dependiendo de circunstancias macroeconómicas y de las distintas orientaciones de política.

En tercer término, existen situaciones de costos compartidos de hecho cuando los sistemas no cubren la totalidad de prestaciones. El documento aquí comentado cita el ejemplo de los medicamentos en Brasil, por ejemplo, pero este caso es parte de una situación mucho más general que refiere a todos aquellos costos que debe enfrentar la persona para lograr prestaciones no cubiertas por el sistema. En esos casos, hay costos explícitos y efectivos, cuando la persona decide pagar para lograr la cobertura, y los ocultos por el hecho de que muchas personas deciden no demandar servicios por los que tiene que pagar total o parcialmente. Es claro que estos casos tienen un impacto más evidente sobre la equidad.

En cuarto término, existen situaciones donde hay costos implícitos vinculados con el acceso a los servicios. Un caso de especial interés y de habitual presencia es el relativo a los tiempos de espera para lograr una determinada prestación. Estos costos implícitos pueden ser el sustituto de los costos explícitos que el usuario debiera afrontar si se cobraran copagos o coseguros. De naturaleza algo diferente serían los costos implícitos vinculados con la distancia entre los centros de atención y la ubicación de cada usuario. En territorios más extensos o geográficamente irregulares estos pueden ser de significativa importancia.

Las diferentes modalidades de "costos compartidos" y su impacto han tenido su ámbito específico de debate cuando se establecieron conjuntos garantizados de prestaciones. Esos debates, cuando tienen lugar, generan una discusión sobre prioridades que, en la medida en que no puedan ser eliminadas las diversas modalidades de copagos, permiten una mejor definición y atención a sus impactos no deseados. Sin duda, el ejemplo más claro en la región de estos debates se puede encontrar en la definición del Plan AUGE en Chile (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas).

Por último, el capítulo presenta un análisis del impacto de los cambios en el esquema de tasas moderadoras en Uruguay. Como se señala allí, este estudio se realiza en medio de uno de los más importantes procesos de reforma en la región en años recientes y con poca información. Es así que se ha concentrado en la situación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). No obstante estas limitaciones, se presentan interesantes observaciones sobre la situación antes y después del SNIS. Aquí resaltaremos cinco que nos resultan de especial interés.

En primer lugar, entre las observaciones merecen citarse los cambios hacia una mayor regulación a lo largo del tiempo y la existencia de múltiples objetivos. La regulación de precios de prepagos y tasas moderadoras en los años ochenta como parte de la política anti-inflacionaria más que como protección financiera de los afiliados a las IAMC es una importante anotación.

En segundo término, el documento presenta importantes observaciones en relación con las diferencias entre regiones del país, en especial con la importancia de esos recursos en el financiamiento de

las instituciones en Montevideo en comparación con el interior del país. En la ciudad capital se registraron niveles más elevados antes de la reforma. Luego se constatan diferencias en precios relativos regionales según la prestación de que se trate.

En tercer lugar, se muestra la importancia de las tasas moderadoras (que en el año 2004 representaron el 12% de los ingresos operativos de las IAMC y, dentro de estas, de los tickets por consumo de medicamentos ambulatorios.

En cuarto lugar, el estudio presenta datos sobre los diferenciales de precios por tipo de afiliado y el diferente pago por niveles de ingreso, lo que aumenta las especulaciones sobre los impactos distributivos de este tipo de mecanismo.

En quinto lugar, se constata un cambio en las orientaciones de la política de regulación de precios a partir de la reforma de 2008, planteándose la reducción de su importancia. Es así que la reducción en el valor real de las tasas moderadoras desde el año 2008 es entendida como un aumento en la protección financiera de la población.

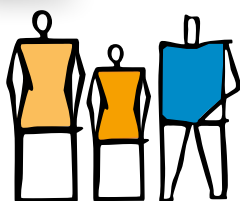
Para finalizar, el capítulo presenta un buen punto de partida para el análisis de esta temática tan compleja y da motivos para esperar mejoras en las bases de información que permitan una mejor evaluación de impactos y redefinición de la política futura. Uruguay ha comenzado a desarrollar en los últimos años un Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (SVES) y se espera que dé continuidad a sus esfuerzos por medir, monitorear y mejorar el impacto de la política de salud sobre la equidad.¹¹⁸

118 | Mendez, F. y A. Toledo, “Hacia la construcción de un Sistema de Vigilancia de Equidad en Salud (SVES)”, Documento de Trabajo, Departamento Análisis social en Salud, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 2013.



VI. Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual y posibles escenarios y orientaciones de cambio

Guillermo Fuentes



Artículo resumen del Estudio *“Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual, tipos de modelos y posibles escenarios de cambio”* Guillermo Fuentes, Marcelo Castillo, Jessica Correia, Andrea Delbono y Florencia Lambrosquini. Facultad de Ciencias Sociales (ICP-UdelaR). Diciembre 2014¹¹⁹

“A pesar de que los participantes de los conflictos referidos a la política sanitaria han diferido de una nación a la otra, ningún país ha logrado construir un seguro nacional de salud sin pasar por una fiera y amarga lucha política.”¹²⁰ (Hacker, 1998: 57)

Introducción

La implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay a partir del año 2008, constituyó sin lugar a dudas un importantísimo esfuerzo por avanzar, entre otras cosas, hacia la universalización del aseguramiento de la población en materia de atención sanitaria. Pero este proceso, lejos de haber acabado, se encuentra en un momento crucial, debido a que la sustentabilidad del SNIS, pero sobre todo el alcance efectivo del mismo, dependerá en buena medida de cómo se resuelvan las

119 | El presente artículo recoge mayoritariamente la redacción textual del documento original. El resumen y las modificaciones del texto necesarias para su versión final cuentan con la aprobación de los autores. Algunos datos fueron actualizados.

120 | Traducción propia

diferentes encrucijadas que se están planteando actualmente, vinculadas al financiamiento, la provisión y la regulación del sistema en su conjunto.

La complejidad inherente a cualquier sistema de salud determina que sea fundamental comprender la estructura de actores intervinientes, sus intereses, y sus recursos de poder; como forma de lograr identificar en qué sectores de cambio promovidos por el gobierno se desplegarán los mecanismos de veto que busquen frenar el proceso, y por el contrario, en qué áreas existen mayores consensos o capacidades del gobierno para impulsar las transformaciones que se consideran necesarias.

Es a partir de esta constatación, que el presente capítulo pretende aportar luz sobre la comprensión del proceso de implementación del SNIS, justamente desde el análisis de los actores, las instituciones y los recursos de poder que se encuentran en juego. Para dar cuenta de ello se utilizará como marco de análisis, las categorías analíticas provenientes de las teorías de cambio institucional, y más precisamente, de aquellas vertientes que ponen énfasis en los cambios graduales. Dicha elección se apoya en la centralidad que estos enfoques le otorgan a las configuraciones iniciales y pasadas del subsistema político a estudiar, y cómo las mismas pueden tener gran influencia sobre el comportamiento de los actores políticos y sociales. Por otra parte, destacan también los énfasis puestos en la secuencia y el timing de los procesos de cambio, como factor explicativo del posterior alcance de los mismos.

1. Institucionalismo histórico y cambio gradual.

Buena parte de la literatura especializada en los regímenes de bienestar en general, y las diversas políticas sectoriales en particular, se ha preocupado en entender cómo sistemas que experimentan condiciones coyunturales y problemas sociales similares, finalmente terminan adoptando estrategias de reforma o nuevas iniciativas que difieren sustantivamente entre sí. Un número importante de académicos ha argumentado que son los marcos institucionales tales como el régimen de gobierno, el sistema electoral o la estructura organizativa del Estado, los que promoverán o no los incentivos necesarios para alcanzar alguna de las opciones de política disponibles, al tiempo que volverán algunas impracticables, determinado así las condiciones de éxito o fracaso en la implementación de los cambios (Steinmo & Watts, 1995, entre otros).

Pero este no ha sido el único enfoque utilizado para analizar las transformaciones de los regímenes de bienestar en general, y los sistemas de salud en particular. De hecho, se pueden identificar tres grandes tradiciones teóricas al respecto. La primera se ha desarrollado a partir de estudios estadísticos de gran escala, de corte funcionalista, que han proclamado que el crecimiento de los diferentes programas sociales ha venido de la mano con los procesos de industrialización y sus transformaciones conexas. Este enfoque en materia de política sanitaria si bien puede servir para explicar la consolidación de los problemas sanitarios como un problema político, el mismo no contribuye a entender por qué a partir de los mismos desafíos -generados por procesos compartidos como los procesos de industrialización- se han resuelto políticamente de formas tan diferentes (Hacker, 1998).

Un segundo enfoque podría ser denominado “culturalista” y explica las diferencias existentes entre los diferentes países a partir de cambios en los valores y creencias predominantes entre la ciudadanía y las elites. Sin embargo, estos argumentos son difíciles de sostener al considerar en el

sector sanitario, donde diversos ejemplos empíricos lo cuestionan fuertemente. Además, es complejo sustentar un proceso tan directo entre ideas o demandas sociales y políticas públicas, cuando entre estos dos puntos aparecen una serie de instituciones que median y filtran dichas demandas (Hacker, 1998; Steinmo & Watts, 1995).

Finalmente, aparece como tercer enfoque el relacionado con los recursos de poder y los grupos de interés. Desde esta aproximación, cobra especial relevancia el actor médico como grupo de poder y presión por excelencia. Debido a que sus servicios son fundamentales para el funcionamiento del sistema, la oposición de los mismos a cualquier arreglo de seguro universal será resistida, debido a que la concentración de los compradores les resta poder de negociación (Hacker, 1998). Por sí sola esta explicación no aporta elementos suficientes para entender por qué los seguros nacionales se han aprobado en algunos países y no en otros. La respuesta que se ha aportado sugiere que la oposición de los médicos a estas iniciativas depende de otras variables de corte institucional, que moldean las actitudes de estos actores (Immergut, 1992).

Es a partir de las carencias identificadas en relación a los aportes de estos enfoques, que se consideró pertinente adoptar un enfoque centrado en el rol de las instituciones. *“En su expresión más amplia, las instituciones son simplemente reglas. Como tales, se convierten en el fundamento de todo comportamiento político. Algunas son formales () otras informales () pero sin instituciones no podrían existir políticas organizadas”*¹²¹ (Steinmo, 2001: 1).

De esta manera, entender estas reglas, cómo fueron creadas y qué impacto tienen en la configuración de los intereses y en el accionar de los diversos actores de cualquier proceso político, aparece como una actividad no solo interesante, sino relevante académicamente. En definitiva, las instituciones son entendidas como arreglos que estructuran las relaciones políticas, económicas y sociales de individuos y grupos. Estas reglas son tanto formales -expresadas por ejemplo en una ley o decreto - como informales -producto de prácticas cotidianas que son asumidas por un conjunto dado de actores - y tienden a reducir los grados de incertidumbre en las interacciones sociales (North 1993).

A los efectos de este trabajo las instituciones que serán específicamente analizadas corresponden a las reglas del sistema de salud uruguayo en su conjunto. Esas normas o reglas, tanto formales como informales, estructuran el comportamiento de los diversos actores que participan de las diversas aristas de la política sanitaria: médicos, prestadores, usuarios, trabajadores no médicos, etc. A los efectos de este trabajo serán considerados únicamente como actores que reaccionan, se adaptan, buscan cambiar o resisten las normas fijadas a nivel sistémico.

El término “actor” se aplicará a las unidades de análisis que reaccionan, se adaptan, o resisten a las instituciones existentes, y promueven o no diferentes tipos de cambio y ajuste institucional. Prácticamente en su totalidad, estos actores son de carácter colectivo, y por lo tanto es necesario definir qué se entenderá por actores colectivos, o simplemente actores:

“...aquella entidad i) cuyos miembros están integrados en torno a similares - o al menos, convergentes - intereses, percepciones y creencias con respecto a un problema, ii) que cuenta con cierto grado de organización y recursos y con mecanismos para la resolución de conflictos internos, iii) que tiene los medios y la capacidad para decidir y/o actuar intencionada y estratégicamente para la consecución de un objetivo común como unidad suficientemente

121 | Traducción propia.

cohesionada () y iv) a la que, por tanto, se le puede atribuir alguna responsabilidad por sus decisiones y/o actuaciones.” (García Sánchez, 2007: 206)

Otro punto a tener en cuenta es que los diferentes marcos institucionales generan por sí mismos estructuras de poder asimétricas, con ganadores y perdedores. Generalmente, los ganadores de un marco institucional dado tenderán a reforzar su predominio apoyándose en este contexto, lo que posiblemente redundará en una propensión a la perpetuación de dicho escenario, inhibiendo por tanto los intentos reformistas. En definitiva, para intentar aproximarse a una mejor comprensión de los fenómenos políticos, será deseable considerar tanto a los actores como a los puntos institucionales de veto.

Los procesos de cambio de y en las instituciones son complejos ya que están insertos en un complejo marco con otras instituciones, por lo que un cambio en una de ellas puede significar cambios en el resto. Esto genera resistencias. Además, las personas y los grupos invierten tiempo y recursos en adaptarse al funcionamiento de las instituciones, y cada mutación implica entonces mayores costos, y esto también despierta resistencias (Steinmo, 2008). Si se da por válida esta situación, entonces efectivamente el cambio institucional dependerá de un shock externo o coyuntura crítica, y en él, los individuos no tendrán ninguna capacidad de intervención. Esta es la postura que muchos académicos han comenzado a rechazar.

Otras veces, los cambios pueden ser una respuesta o adaptaciones a mutaciones en el contexto socioeconómico y político, que lleven por ejemplo a que una institución con un papel residual pase a tener un rol predominante en la nueva coyuntura; o que la misma institución termine adoptando nuevos objetivos y/o funciones como consecuencia de ciertos cambios en los intereses de los actores, o el ingreso de nuevos actores al subsistema (Thelen & Steinmo, 1992).

Esta idea de que las instituciones en la mayoría de los casos pueden cambiar casi exclusivamente a partir de períodos o hechos de crisis, se apoya en conceptos tales como el de rendimientos crecientes (Pierson, 2000). Este concepto alude a la idea de que hay una serie de mecanismos que tienen las instituciones para reforzar su funcionamiento y poder continuar cumpliendo con sus cometidos, entre los que se encuentran los costos asociados a cualquier tipo de cambio, como consecuencia de los procesos de aprendizaje y adaptación en los que incurren los diferentes actores u otras instituciones del entorno.

Esta noción viene a complementar la noción de “rendimientos decrecientes” utilizado por la teoría económica. Básicamente, hay cuatro cuestiones que refuerzan la idea de “rendimientos crecientes” y que por ende, arrojan luz sobre esta idea de mayores dificultades para cambiar (Arthur, 1994 en Pierson, 2004). En primer lugar, existen una serie de costos fijos muy altos, que determina que para cambiar de política, es necesaria una gran inversión que muchas veces no termina de arrojar los beneficios esperados. En definitiva, a mayores costos fijos, mayores incentivos de los individuos y organizaciones para continuar con la opción original.

En segundo lugar, se encuentra la cuestión de los aprendizajes. Luego de estabilizada una política, la repetición en las negociaciones y las acciones lleva a los actores a utilizar los recursos disponibles de forma mucho más eficiente. Este adaptación consecuentemente, llevará a que se esté más proclive a introducir mejoras a la política ya existente, que a suplantarla.

Vinculados a este segundo punto, aparecen dos cuestiones más. Por un lado, los denominados efectos de la coordinación. La implementación de cualquier política pública es una compleja estructura de arreglos entre diversos actores, con múltiples intereses en juego, por lo que una vez alcanzado cierto grado de equilibrio es de esperar que cuanto más predecible sea el accionar del resto de actores, mayores beneficios habrá para el resto. Y finalmente, también hay que considerar la idea de preferencias adaptativas, en el sentido de que generalmente los individuos y organizaciones tienden a “elegir al caballo ganador”, por lo que difícilmente se pueda retomar una opción de política que fue derrotada en etapas anteriores, al menos mientras la opción ganadora no fracasa (Pierson, 2004).

Si bien este planteo parece funcionar en ámbitos como el económico y en el del desarrollo tecnológico, el mismo se presenta como particularmente fuerte para analizar fenómenos políticos. Esto se debe en buena medida a que las políticas poseen ciertos rasgos que las tornan más permeables al efecto de rendimientos crecientes. Estas características son:

1. El rol central que tiene la acción colectiva: como los “mercados” políticos generalmente no son ni flexibles ni fluidos, entre otras cosas porque la acción de un actor y sus consecuencias dependen de forma importante de las acciones que llevan adelante el resto de actores, es indispensable generar las condiciones más favorables para una acción colectiva efectiva.
2. Alta densidad de instituciones intervinientes: la generación de bien público implica la necesidad de construir instituciones formales, que una vez creadas generan constreñimientos que se aplican a todos los actores. Por lo tanto, la opción de “salida”, tan importante para la participación en el mercado; en política se torna muy costosa, o directamente inviable, para aquellos que están insatisfechos con los arreglos existentes.
3. La posibilidad de utilizar la autoridad política para reforzar las asimetrías de poder: los actores pueden utilizar la autoridad política para cambiar las reglas del juego (tanto instituciones formales como diversas políticas públicas) para perpetuar su poder.
4. La complejidad y opacidad intrínseca a estas actividades: debido a que en la acción política es difícil establecer relaciones directas entre acciones y resultados, estas acciones son inherentemente ambiguas. Los actores, en este contexto de complejidad y opacidad, tienden a ser extremadamente influenciados por sus mapas mentales previos y ello refuerza las tendencias a la dependencia de la trayectoria (Pierson, 2004).

Por otra parte, estos enfoques parten del supuesto que durante la mayor parte de la vida de las instituciones, la regla es estabilidad, que eventualmente puede romperse a partir de alguna circunstancia excepcional, denominada como coyuntura crítica. Las coyunturas críticas pueden ser entendidas como “... la adopción de un arreglo institucional particular entre dos o más alternativas. Estas coyunturas son críticas porque una vez que cierta opción particular es elegida, se vuelve progresivamente más difícil de retornar al punto inicial de múltiples alternativas disponibles.” (Mahoney, 2000: 513¹²²) Durante estos momentos, es clave el factor de contingencia, es decir, la posibilidad cierta de adoptar diferentes rumbos. Por ende, durante las coyunturas críticas se fortalece el poder de los diferentes actores de incidir en la orientación de las soluciones tomadas.

122 | Traducción propia.

Sin embargo, a pesar de estas restricciones, por la vía de los hechos las instituciones están cambiando y mutando constantemente, incluso en aquellos contextos o “paisajes” más difíciles de modificar (Häusermann, 2010). Es por eso que para comprender mejor algunos procesos de reforma, parece pertinente adoptar otro tipo de conceptos que habiliten el análisis de diferentes períodos o configuraciones que trasciendan la existencia o no de una coyuntura crítica. En este sentido es que cobra relevancia la noción de “ventanas de oportunidad” (Kingdon, 1995).

Esta noción incorpora momentos políticos que también generan las condiciones potenciales para alterar la estabilidad institucional, pero al mismo tiempo pueden ser más rutinarias que la aparición de una coyuntura crítica. Así, reformas constitucionales, cambios del signo del gobierno después de varios años de hegemonía partidaria, o la generación de amplios pactos sociales o mayorías parlamentarias pueden dar lugar a fuertes innovaciones, o incluso retrocesos, en materia institucional y en la elaboración y gestión de las políticas públicas.

En definitiva, los cambios institucionales no están limitados a una única configuración. Pueden existir procesos de cambio más abruptos o más graduales, y en cualquier caso, nada garantiza que una vez culminado el proceso el cambio promovido se concrete efectivamente. De hecho, muchas veces las ventanas de oportunidad o las coyunturas críticas pueden derivar en refuerzos o continuidades de las lógicas y principios históricamente construidos. Es a partir de estas consideraciones, que Streeck y Thelen (2005) plantean la existencia de al menos cuatro arreglos o tipos de cambio institucional diferente.

Cuadro 1 Tipos de cambio institucional			
		Resultado del cambio	
		Continuidad	Discontinuidad
Proceso de cambio	Incremental	Reproducción por adaptación	Transformación gradual
	Abrupto	Supervivencia y retorno	Quiebre y reemplazo

Fuente: Streeck & Thelen, 2005

Si se asume una posición similar a quienes plantean el enfoque de las coyunturas críticas, el único cambio institucional propiamente dicho es aquel que implica un quiebre y reemplazo de las instituciones existentes. Por otra parte, los cambios que benefician la continuidad de la institución y que además se dan de forma incremental, terminarán conformando una adaptación de la institución a mutaciones en el entorno. Sin embargo, como se está planteando en este trabajo, también existe un tipo de cambio que termina en una discontinuidad, pero que en vez de implicar una ruptura, refiere a procesos incrementales que eventualmente llevan a la transformación institucional. “En vez de grandes cambios como respuestas a grandes shocks, vamos a estar buscando cambios incrementales con resultados transformadores.”¹²³ (Streeck & Thelen, 2005: 9).

Este enfoque de ninguna manera niega las explicaciones anteriores respecto a la fuerte resistencia al cambio de las estructuras institucionales, sino que de alguna manera lo matizan.

123 | Traducción propia.

Las transformaciones realmente fundamentales, en el sentido de quiebres en la lógica existente, se pueden producir de forma incremental e inclusive independientemente de que existan o no cambios exógenos a la institución, siempre y cuando los mismos impliquen necesariamente la adopción de nuevas lógicas de acción por parte de los actores involucrados con la misma. Estos procesos de “cambio gradual” pueden ocurrir de diferentes maneras, como se presenta a continuación.

El Reemplazo –Displacement-puede ocurrir cuando nuevos modelos organizacionales se imponen al cuestionar las prácticas existentes, o bien cuando a nivel político se producen cambios en el balance de poder entre los diferentes actores. Este reemplazo podría provenir desde dentro de la propia organización a través de este redescubrimiento de opciones; o bien puede ser resultado de una “invasión” de ideas a partir de la importación de prácticas o instituciones foráneas (Deeg, 2005)¹²⁴.

El cambio por capas –Layering- parte del reconocimiento de que muchos actores con intenciones de reforma han aprendido a moverse alrededor de estructuras muy resistentes al cambio y por eso se va dando “por capas”¹²⁵.

Cuadro 2 Tipos de cambio institucional gradual				
	Reemplazo (Displacement)	Por capas (Layering)	Desvío (Drift)	Transformación (Conversion)
Remoción de reglas existentes	Si	No	No	No
Negación de reglas existentes	–	No	Si	No
Cambio en el impacto de reglas existentes	–	No	Si	Si
Introducción de nuevas reglas	Si	Si	No	No

Fuente: Mahoney y Thelen (2010).

En tercer lugar, habrá desvío -Drift- cuando se producen desfasajes entre los cometidos formales de las políticas o instituciones, y la realidad a la que deben hacer frente las mismas. En algunas ocasiones, la preocupación por evitar recortes o reconfiguraciones de las políticas

124 | Bajo esta lógica, podrían ser analizados algunos cambios de política pública en el contexto latinoamericano a partir de la influencia o la implementación directa de soluciones provenientes de los equipos técnicos de algunos organismos financieros internacionales como el Banco Mundial en el caso de muchas iniciativas de reforma del sector sanitario en la región durante la década de los noventa.

125 | Una de las virtudes de este tipo de esquema de cambio radica en que debido a que las transformaciones no operan directamente con los esquemas ya existentes, por lo general dichas iniciativas carecen de resistencias u oposiciones fuertes (Streeck & Thelen, 2005).

existentes no considera el conjunto de decisiones tomadas alrededor de las mismas y que las condicionan de forma importante¹²⁶.

Finalmente, en el último tipo, en la transformación, las instituciones nunca llegan a los niveles de decaimiento o deterioro de los primeros. Se produce un re direccionamiento de los objetivos o funciones generado por cambios en el ambiente que llevan a una reorientación de los recursos, o en las relaciones de poder entre los actores involucrados o por el ingreso de nuevos actores. De alguna manera, la transformación institucional operaría con una lógica inversa a la asociada con el cambio por capas: los actores no adaptan sus estrategias a las instituciones existentes, sino que las instituciones se transforman para adecuarse a los nuevos intereses y objetivos de los actores (Streeck & Thelen, 2005).

En definitiva, la presentación de estos tipos de cambio institucional permite visualizar posibles rutas a seguir en los diferentes nudos o cuestiones a resolver por parte de las autoridades políticas.

2. Reformas de los sistemas de salud contemporáneos.

Un potencial objetivo de cualquier sistema de salud en la región y el mundo es el de alcanzar el acceso y la cobertura universal en salud. Dicha noción no apunta únicamente a la cobertura formal, ya que en los hechos prácticamente todos los sistemas de salud tienen una cobertura universal, sino que por el contrario, reconoce la existencia de al menos otras dos dimensiones claves para garantizar un acceso efectivo y equitativo a las prestaciones sanitarias: la profundidad tanto en clave de servicios ofrecidos, como del financiamiento de los mismos (OMS, 2010).

La evolución de las políticas de universalización de la cobertura en salud en cualquier contexto no puede ser entendida sin la consideración de la secuencia y timing en que se desarrolló la intervención del Estado en el sector médico. En este sentido, tres decisiones -o no decisiones- políticas presentadas por Hacker, pueden ser muy importantes a la hora de condicionar las luchas sucesivas para universalizar la cobertura de salud (Hacker, 1998). En primer lugar, se encuentra el grado en que los seguros privados con fines de lucro tienen permitido desarrollar diversos planes de aseguramiento. En aquellos sitios donde estas prácticas son favorecidas por el accionar político, la fuerza de la oposición médica a cualquier intento de seguro nacional promovido desde el Estado será enorme, entre otras cosas porque las clases medias trabajadoras estarán muy arraigadas al seguro privado.

Un segundo factor importante es el objetivo inicial de los programas de aseguramiento gubernamentales. Aquellos programas que se focalizaron en las clases trabajadoras, o que cubrieron al conjunto de la población como en el caso del NHS británico, fomentaron una dinámica política de expansión del welfare que no ocurrió en casos como el norteamericano, donde la población objetivo de programas como Medicare o Medicaid fueron los ancianos o los más pobres. La cobertura pública de estos colectivos determinó que se incrementaran notoriamente los presupuestos destinados a la salud -con los efectos que esto tiene sobre la consideración de los programas por el resto de la población- al tiempo que liberaron a los seguros privados de la cartera de clientes más costosa.

¹²⁶ | Por ejemplo al no actualizar beneficios o beneficiarios, las políticas pueden sencillamente pasar a cumplir un rol marginal al interior de la matriz de protección (Streeck & Thelen, 2005).

Finalmente, aparece como tercer punto a considerar el orden mediante el cual se producen los esfuerzos públicos por incorporar los avances en tecnología médica, por un lado, y el incremento de la cobertura por otro. La construcción de la industria médica previamente a los esfuerzos por universalizar la cobertura, determina un obstáculo para este segundo objetivo como consecuencia de una marcada balcanización de la ciudadanía a partir de la consolidación de una tensión entre acceso y costos, que no hace más que canalizar recursos hacia los opositores políticos de la reforma (Jacobs, 1995 en Hacker, 1998).

Por lo tanto, el reconocimiento de la existencia de diferencias entre los sistemas de salud contemporáneos, y particularmente, en los procesos político-institucionales que terminaron en dichas configuraciones, no inhibe el hecho de que también se hayan producido algunos cambios y avances que permitan hablar de cierta convergencia entre países, muchas veces al influjo de ciertos postulados internacionales como los casos antes mencionados. Esto se explica en buena medida por la confluencia de una serie de problemas vinculados a los cambios en el perfil epidemiológico de las sociedades, o al aumento sostenido de los costos en la atención médica, pero también a las ideas construidas desde organismos financieros internacionales.

Por eso en la actualidad, en prácticamente todos los países desarrollados -con la excepción de Estados Unidos- el acceso a un conjunto mínimo de servicios de salud está garantizado formalmente para toda la ciudadanía, aunque como se observará a continuación, a partir de diferentes esquemas de aseguramiento. Por lo tanto, las divergencias más importantes se encontrarán en torno a las formas de financiar y/o gestionar el sistema; y las formas en que los ciudadanos acceden efectivamente a los servicios sanitarios.

En la literatura sobre la materia parece existir un amplio consenso respecto a cuáles son las principales dimensiones de los sistemas de salud, y cuáles son las funciones que el Estado debe asumir o garantizar en materia sanitaria: financiamiento, provisión y regulación (Grimmeisen & Rothgang, 2004; Wendt et al, 2009). Es a partir de estas dimensiones por un lado, y de los diversos roles que juegan en cada una de ellas los actores de diferente naturaleza -estatales, privados y sociales- que se han ido construyendo las distintas tipologías de sistemas de salud.

En relación a la primera dimensión, la información relevante proviene de conocer las fuentes de recursos de estos sistemas: los presupuestos estatales, la contribución de los trabajadores a la seguridad social o el pago directo de bolsillo de las personas o familias son los mecanismos clásicos. Dichos datos permitirán advertir el peso del Estado y el resto de actores en la materia, y a la vez se podrá esbozar algún análisis en relación a la capacidad o no del sistema de adquirir cierto cariz redistributivo, o a las herramientas disponibles a la hora de afrontar uno de los principales problemas de los sistemas de salud contemporáneos: la contención de costos.

Sin lugar a dudas, la provisión es la dimensión más complicada a la hora de generar indicadores de medición (Wendt, 2009). Pero independientemente de cómo se medirá, las diferencias entre sistemas vinculadas al peso de la atención hospitalaria por sobre la prevención o atención primaria, la disponibilidad de suficientes especialistas para cubrir las distintas contingencias asistenciales, o las formas de acceso de los pacientes a los medicamentos recetados; dirán mucho en relación a temas como el efectivo acceso a la atención sanitaria y a la equidad del sistema.

Finalmente, como ocurre con cualquier política pública, la dimensión de las formas de regular las actividades involucradas en la misma es vital, entre otras cosas porque las formas de acceso a la atención (ciudadanía, contributiva, vía mercado) los servicios que deben y/o pueden ofrecer

los distintos prestadores, los regímenes de formación y contratación de los recursos humanos involucrados, o los procedimientos necesarios para aprobar un nuevo medicamento o estudio por ejemplo, van a terminar impactando sobre el rendimiento de los actores, su capacidad de adaptarse a las normas, y - combinada con las otras dos dimensiones-su poder para oponerse a ciertos cambios y promover otros.

Si bien gran parte de estas clasificaciones están centradas en el mundo desarrollado -fundamentalmente Europa y Estados Unidos- las mismas habilitan un importante grado de comparabilidad con otros casos. Probablemente la clasificación más básica sea la que parte de cuáles son las principales fuentes de ingresos del sistema. Así, de acuerdo a Freire entre otros autores, se pueden identificar dos sistemas de salud de acuerdo a sus mecanismos de financiamiento: el “modelo Bismarck” apoyado en la Seguridad Social y la contribución de los trabajadores mediante cotizaciones obligatorias, y el “modelo Beveridge”, que está financiado por impuestos esencialmente, y que se organiza en torno a un Sistema Nacional de Salud o SNS (Freire, 2006).

Cuadro 4 | Características de los modelos Bismarck y Beveridge de atención sanitaria

	Modelo Bismarck	Modelo Beveridge
Atención Primaria	No existe como algo separado del resto de la atención	Muy desarrollada (puerta de entrada a los servicios)
Vínculo laboral de los médicos	Autónomos. Muchas veces cobran por acto médico	Contratados directa o indirectamente por la Administración Sanitaria
Proveedores	Gran diversidad (privadas, del tercer sector, con ánimo de lucro, sin ánimos de lucro, etc.)	Mayoritariamente las entidades son de carácter público
Libertad de elección para el usuario	Mucha debido a la variedad de organizaciones y a la no organización territorial de los servicios	Se le asigna un centro de atención primaria y un hospital general de acuerdo a su residencia

Fuente: Elaboración propia en base a Freire JM. (2003).

A la hora de reseñar los cambios y reformas producidos en los diferentes sistemas de salud en el mundo, los estudios en líneas generales oscilan entre aquellos que postulan una tendencia importante hacia la convergencia, mientras que otros, por el contrario, se concentran en presentar las diferencias y matices presentes en cada caso. De cualquier manera, cualquiera de los dos enfoques reconoce la necesidad de tener en cuenta la heterogeneidad de los contextos en los cuales se enmarcan las reformas, ya que los mismos determinarán una economía política totalmente diferente para cada caso.

Así por ejemplo, la hipótesis de este esquema es que ante un mismo desafío -universalizar la cobertura, contener los costos o buscar mayor eficiencia en la utilización de los recursos disponibles - cada sistema ensayará respuestas diferentes, pero eventualmente alcanzará resultados similares. En el caso de los SNS, los cambios han tendido a la introducción, más o menos radical, de alternativas de mercado, que tornen más eficiente el accionar del sistema. Esto se advierte fundamentalmente en relación al incremento del componente privado del

financiamiento, y a la privatización -en alguna de sus múltiples versiones- de ciertos puntos de la provisión (Schmid et al, 2010). Además, se ha tendido en la mayoría de los casos a dotar de mayores grados de autonomía de gestión a los hospitales.

El correlato de estos movimientos ha sido el aumento o el refuerzo de los mecanismos jerárquicos de regulación por parte de las autoridades estatales. De alguna manera, este último punto parece reforzar la idea de que, a pesar de las tendencias a la convergencia, los sistemas de salud parecen reformarse en clave de ajuste o recalibramiento (Pierson, 2006), pero manteniendo e incluso reforzando sus rasgos vitales, como es en este caso el predominio del sector público en el funcionamiento general del sistema.

Pero la privatización se ha erigido como una respuesta global, sobre todo durante los años noventa, por lo que también fue utilizada en países con sistemas de seguro social. En este caso, en la mayoría de los casos la opción adoptada fue la privatización de hospitales públicos, bajo el argumento de que los mismos debían ser mucho más responsables en relación a los resultados financieros de su accionar. Pero también se tomaron medidas que terminan oficiando como privatizaciones encubiertas, entendido como el aumento de la actividad o gasto privado en relación al subcomponente público. Este es el caso de las reorientaciones generales del sistema desde los hospitales - en su mayoría públicos - hacia las clínicas privadas de atención extra-hospitalaria (Schmid et al, 2010).

Finalmente, desde el lado de la regulación del sistema, el sistema de autorregulación entre actores ha tendido a ser sustituido por un mayor involucramiento de las autoridades estatales, o en su defecto por incentivos a la competencia entre prestadores. Esto se debió en particular, a la tendencia al aumento sostenido de los costos del sistema producidos gracias al acuerdo corporativo. En contextos de austeridad permanente como los que se viven actualmente, la contención de costos se torna un eje sustantivo de reforma. En aquellos casos en los que se optó por medidas más orientadas al mercado, el rol de las autoridades sanitarias fue el de promover instrumentos que lograran reducir los efectos sobre la inequidad y el descreme que genera la privatización de la atención.

Esta tipología puede ser complementada por el trabajo de Wendt et al (2009), en el que se clasifica a los sistemas de salud a partir del rol que desempeñan los tres actores centrales de este proceso (Estado, sociedad civil y mercado) en el cumplimiento de las tres funciones esenciales de cualquier sistema sanitario (financiamiento, provisión y regulación). Así, la provisión puede ser tanto pública como privada, y a su vez esta puede ser con o sin fines de lucro; la regulación puede venir directamente desde el Estado, consistir en una autorregulación social, o por mecanismos de mercado aunque preservando el control en última instancia del Estado; mientras que el financiamiento puede venir de impuestos, de seguros sociales o de contribuciones directas de los privados (Wendt et al, 2009).

Esta tipología permite, esencialmente, colocar a los casos en estudio dentro de un continuo, para a partir de allí, poder determinar la orientación que van tomando las distintas transformaciones de un sistema de salud a lo largo de un período determinado de tiempo, como ocurre con el caso uruguayo en este trabajo. En este sentido, parece atractiva la idea propuesta por los autores de vincular a los diferentes tipos de cambio dentro de la clasificación con los niveles de cambio institucional de primer, segundo y tercer orden manejados por Peter Hall (1993).

Una reforma determinada será considerada como un “cambio de sistema” o de paradigma, cuando el sistema de salud analizado pasa de los dominios de un tipo ideal a otro. En cambio será considerado un “cambio interno” - o cambio de segundo orden - aquel que presenta cambios en una de las dimensiones de análisis pero dicho cambio no logra alterar el peso del actor relevante. Por último, los “cambios internos de niveles” son aquellos que producen transformaciones dentro de las distintas dimensiones pero que no logran cambiar efectivamente el sentido de las mismas. En definitiva, son ajustes de corte administrativo u operacional.

3. América Latina: oleadas de reforma

Históricamente, si bien América Latina comparte con otras regiones del mundo una serie de problemas vinculados al sector salud, como por ejemplo el aumento constante de costos producto de los avances tecnológicos, y una creciente presión desde los ciudadanos por obtener mejor calidad en la atención; presenta además otros problemas específicos que la diferencia del resto: falta de cobertura y atención a importantes segmentos de la población y la enorme heterogeneidad entre regiones al interior de un mismo país (Fleury, 2001).

Esto ocurría, aunque claramente en menor medida, incluso en países con sistemas de protección social amplios e institucionalizados desde el punto de vista comparado como el uruguayo o el chileno. Hacia comienzos de los años ochenta, en pleno auge de los cuestionamientos al rol del Estado en la provisión de bienestar y a los modelos de desarrollo keynesianos y desarrollistas,

Cuadro 6 | Objetivos de las diferentes oleadas de reforma de los sistemas de salud en América Latina (1980-2010)

Primera oleada de reformas	Segunda oleada de reformas	Tercera oleada de reformas
<ul style="list-style-type: none"> • Liberar fondos de los gobiernos centrales para pagar la deuda externa. • Aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población. • Promover la participación comunitaria. • Búsqueda de eficiencia financiera y administrativa. • Promoción de estrategias de mercado (competencia) para mejorar los servicios. • Lograr la separación de las funciones de provisión de servicios, de las funciones de financiamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación de los sectores público y privado. • Establecer beneficios mínimos para toda la población a partir de “Paquetes Básicos obligatorios”. • Cambio en el modelo de atención centrado en la prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Universalizar la cobertura a los excluidos de los sistemas de seguridad social. • Reformar las leyes generales de salud. • Reconocimiento de la existencia de un sistema mixto de financiamiento y provisión de los servicios. • Reconocimiento al mismo tiempo de las limitaciones del subsector público como proveedor, con la necesidad de que la acción del subsector privado se dé en un marco de cooperación regulada.

Fuente: Elaboración propia en base a Barba C. (2011) y Maceira D. (2007).

el sector salud no estuvo ajeno a los mismos. Existía un consenso generalizado entre diversos actores -políticos, técnicos, trabajadores del sector y usuarios - acerca de la necesidad de imprimir reformas en los sistemas de atención sanitaria existentes.

Parte de la literatura sobre las reformas de salud en la región identifica al menos tres oleadas de reformas: aproximadamente entre inicios de los ochenta y mediados de los noventa la primera, a la que se está haciendo mención; hacia finales del Siglo XX la segunda; y en los primeros años de la década del 2000, se pueden identificar algunos intentos de tercera oleada de reformas como en el caso de Chile y México y nuevas reformas como la uruguaya, ya que es pertinente remarcar que en las dos décadas anteriores, los cambios en el sistema de salud uruguayo fueron mínimos, aunque en línea con los cambios procesados en la región. En esta tercera oleada, de acuerdo a Barba, el principal objetivo de las reformas es alcanzar la universalización de la cobertura en tanto derecho social (Barba, 2011). En el Cuadro 6, se observan los principales objetivos en cada una de las etapas de reforma, recordando que dichas etapas de ninguna manera son excluyentes para los diferentes casos.

Claramente se observan diferencias significativas entre las oleadas de reforma, en buena medida como consecuencia de que las mismas responden a distintos paradigmas de cambio - uno de corte residual y otro de corte universalista - que se encuentran fuertemente asociados a los principales actores que lideraron los procesos. Mientras que el paradigma residual fue hegemónico durante la primera oleada, con los ministerios de economía e instituciones financieras internacionales como el BM, el FMI o el BID como sus principales promotores; en la segunda oleada, cuando los ministerios de salud adquirieron mayor poder político, promovieron junto con organismos como la OIT, la OPS o la OMS reformas con una visión mucho más sanitarista y centrada en la cobertura y la garantía de derechos sociales (Barba, 2011; Mesa Lago, 2008).

A partir de mediados de los noventa, con la tercera oleada, se podría decir que dichas reformas intentaron en cierta forma de complementar los enfoques anteriores (Maceira, 2007). Por otro lado, continuando con el papel de los diferentes actores en estos procesos, los colectivos de médicos y demás trabajadores del sector sanitario realizaron en prácticamente todos los casos una firme oposición a los cambios propuestos - sobre todo en aquellas reformas más residuales - aunque incluso en los procesos más universalistas el actor médico ha sido el principal defensor del statu quo, signado por los esquemas híper fragmentados.

El supuesto del que parte el análisis de la reforma de la salud realizado en este trabajo es que la implementación en Uruguay del Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2008, sin lugar a dudas construyó un sistema con claros e innegables impactos positivos para buena parte de la población en materia de equidad y acceso a los servicios de salud; al tiempo que reposicionó al Estado como un actor con mayores capacidades para ejercer la rectoría del sistema.

Por otra parte, estas transformaciones han tendido a consolidar un esquema de corte bismarckiano, apoyado en la seguridad social y en prestadores privados sin fines de lucro entre otras características, que recupera los lineamientos que históricamente tuvo el sistema de salud uruguayo a inicios del siglo XX, y posteriormente erosionado y debilitado por las reformas de orientación al mercado de finales del siglo pasado. La duda que queda planteada es en qué medida esta configuración puede, en el mediano y largo plazo, contribuir a que el SNIS alcance a cumplir los desafíos pendientes, o si por el contrario, esta configuración le impone a la reforma un techo, haciéndose necesaria la adopción de cambios de mayor envergadura.

Este resultado puede explicarse por muchas razones, pero entre ellas es pertinente destacar dos: por un lado, el peso de la historia y los arreglos institucionales construidos durante muchos años y reforzados por la superación de diversos períodos de crisis sectorial. Pero además, por el estilo negociado que le imprimió el Frente Amplio a la construcción de la agenda de reforma, que al mismo tiempo que le otorgó viabilidad política, le limitó alcance en algunos temas. Pero siguiendo las conclusiones de Fuentes (2013) es el *timing* de la implementación de la reforma el punto clave: al haber concentrado la primera etapa de la reforma en los aspectos de financiamiento, rápidamente se empoderó a los principales actores con poder de veto para bloquear cambios a nivel de atención y regulación (los prestadores privados sin fines de lucro y algunos colectivos médicos). De esta manera, se rompió la amplia coalición reformista construida originalmente.

La confluencia de estos factores parece haber redundado en un nuevo statu quo, que dada la coyuntura actual, sólo podrá ser modificada de forma gradual, y mediante arreglos específicos y no sistémicos. La siguiente sección tiene como objetivo presentar posibles escenarios de cambio en las dimensiones planteadas, junto al posicionamiento de los diferentes actores colectivos involucrados.

4. Análisis de escenarios y el posicionamiento de los actores relevados.

A partir de este apartado vamos a presentar cómo los diferentes actores del sistema de salud uruguayo se posicionan en relación a una serie de escenarios de cambio institucional, a los efectos de estimar potenciales orientaciones de lo que se podría denominar como una segunda etapa de la implementación del SNIS. Dichos escenarios y cambios fueron planteados a partir de la consideración de los ejes teóricos presentados en los apartados anteriores, como una forma de hipotetizar sobre la orientación última del SNIS. Es por este motivo que el análisis de los escenarios más probables siga una lógica que intenta relacionarlos, ya que los mismos no son independientes de otros cambios (a veces endógenos al sistema pero otras veces provenientes del exterior del mismo) y en muchos casos el impacto aislado de los mismos puede ser marginal.

A modo de hipótesis, dada la secuencia de implementación presentada anteriormente, puede ser dable esperar que los diferentes actores sectoriales se muestren menos proclives a apoyar transformaciones importantes en materia de financiamiento del sistema, en la medida que el esquema alcanzado se consolidó rápidamente como el nuevo statu quo. Por el contrario, las dimensiones de provisión y regulación presentan mayor potencialidad a la hora de esperar nuevas líneas de acuerdo, aunque al mismo tiempo son también los puntos sobre los cuales históricamente ha habido menos acuerdo entre los diferentes actores.

Dicho posicionamiento se construyó fundamentalmente a partir de dos fuentes de información: en primer lugar, la realización de 19 entrevistas semi-estructuradas a referentes institucionales de los diversos actores del sistema sanitario uruguayo: autoridades políticas ministeriales, representantes de los trabajadores médicos y no médicos, representantes de los usuarios, referentes político-partidarios en materia de salud, representantes de prestadores públicos y privados, entre otros¹²⁷. En segundo lugar, las opiniones recogidas en las entrevistas fueron complementadas a partir del

127 | Las instituciones relevadas, así como las fechas en que fueron realizadas las entrevistas, aparecen listadas en anexo.

seguimiento de prensa, sobre todo a partir de las ediciones electrónicas de distintos medios escritos de tiraje diario y semanal (fundamentalmente Semanarios Brecha y Búsqueda y publicaciones diarias como La República, El Observador, La Diaria y El País).

Luego de casi seis años de implementada, la reforma de la salud impulsada por el Frente Amplio ha combinado avances significativos en ciertas áreas del sistema con frenos igualmente importantes en otras partes del mismo. En las líneas que siguen se intentará dejar planteado el estado de situación de cada una de las dimensiones definidas anteriormente, así como también los principales logros y desafíos en cada uno de ellos. Fue a partir de esta línea de base que se definieron los diversos escenarios de cambio sobre los cuales se intentó posicionar a los diversos actores.

En relación a las entrevistas realizadas, un primer comentario general que es necesario realizar es que prácticamente ningún actor entrevistado demostró poseer una mirada de corte sistémico, en el sentido de presentar cierta masa crítica sobre aspectos del sistema de salud que escaparan a su área de acción. Como segundo punto general a destacar, para la gran mayoría de los escenarios planteados no existen cuestionamientos estructurales de envergadura, sino que podría plantearse la hipótesis de que la reforma de la salud alcanzó un nuevo *statu quo* del que no muchos actores están dispuestos a salir.

A continuación se presentará una síntesis de los principales posicionamientos vinculados a distintos escenarios planteados en las entrevistas. Dichos escenarios se organizan a partir de una de las cuatro dimensiones presentadas, y en su interior, a través de distintos temas o nudos. Como se mencionó anteriormente, la descripción de cada escenario está presentada en el Anexo de este capítulo. Es importante tener en cuenta que los distintos escenarios no necesariamente son excluyentes entre sí, sino que pueden combinarse o no para completar la estructura de la dimensión en cuestión.

En definitiva, el documento se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se retoman y fundamentan las diferentes dimensiones elegidas para estudiar el caso uruguayo presentadas en el capítulo anterior, al tiempo que se esbozarán los principales escenarios de cambio. Posteriormente, se procederá a presentar cómo se organizan los diferentes posicionamientos y opiniones de los actores entrevistados, en relación a cada escenario.

4.1. Dimensión 1: Financiamiento y solidaridad del sistema

Las grandes definiciones en torno al modelo de financiamiento del sistema - creación del FONASA, definición del pago por cápitas a los prestadores, recaudación vía seguridad social - fueron los aspectos que dominaron la primera etapa de la implementación del SNIS en Uruguay. Partiendo de esa base, los temas que quedan pendientes o que parecen ser pasibles de ajuste son aquellos vinculados justamente al perfeccionamiento de algunos de los instrumentos desarrollados, o el tratamiento de algunos aspectos que no fueron directamente colocados en la agenda de cambio.

4.1.1. Precios de “tasas moderadoras”, copagos y pagos de bolsillo.

Una de sus particularidades de la situación del sistema de salud antes del SNIS, era la liberalización de la fijación de precios de tickets y órdenes de estudios y medicamentos durante la década del noventa. A partir de este cambio, los mismos se convirtieron en mecanismos recaudadores

para las instituciones privadas, pervirtiendo su lógica original de moderadores de la demanda. A partir del sostenido aumento de estos valores, el acceso efectivo a los servicios sanitarios de buena parte de la población quedó seriamente restringido debido a razones económicas.

A partir de la creación del SNIS, se han producido diversos movimientos tendientes a reducir y/o eliminar estas tasas, por ejemplo, a partir de la gratuidad en estudios y tickets de medicamentos vinculados a ciertas enfermedades o estudios. Sin embargo, en la mayoría de los casos el gobierno ha optado por fijar techos o montos máximos, pero ha dejado librado al criterio de cada institución, la fijación de los valores. Por lo tanto, si bien los precios están contenidos entre ciertos límites, aún persisten diferencias entre prestadores, lo que determina que todavía, en muchos casos, la competencia entre ellos por usuarios se produzca fundamentalmente a partir de precios, y no de calidad de los servicios ofrecidos.

Por lo tanto, en aras de alcanzar mayores niveles de equidad y solidaridad financiera, a partir de estos instrumentos, las opciones de cambio o ajuste parecen orientarse a:

- i) continuar con la tónica actual de topear precios, y por lo tanto ampliar progresivamente el número de prestaciones topeadas;
- ii) igualar los precios para todas las instituciones;
- iii) introducir precios diferenciales, pero no a partir de la voluntad del prestador, sino tomando en cuenta algunas variables como los ingresos del hogar, el lugar de residencia o el riesgo sanitario, entre otras.
- iv) eliminar total o selectivamente los pagos de bolsillo

Tanto la ampliación progresiva de prestaciones topeadas como la igualación de precios entre prestadores, cuentan con la promoción del MSP y el apoyo de la UdelaR. Esta posición también parece ser la promovida desde el Frente Amplio, ya que en el documento programático se establece que: *“Las tasas moderadoras, en particular de las órdenes y tickets, continuarán reduciéndose progresivamente en función de los objetivos sanitarios de la reforma.”* (Frente Amplio 2014: 77).

4.1.2. Vínculo FONASA- Fondo Nacional de Recursos (FNR)

Uno de los principales puntos del sistema de salud uruguayo que la reforma llevada adelante por el Frente Amplio no cambió, fue la existencia de un “fondo para catástrofes”, destinado a financiar las intervenciones y medicamentos de alto costo: el Fondo Nacional de Recursos (FNR). En el nuevo esquema, la permanencia del FNR plantea algunas cuestiones en términos de complementariedad, vinculadas al relacionamiento entre este y el FONASA. De este modo, la configuración actual de financiamiento se compone de dos fondos -FNR y FONASA- asumiendo los costos administrativos dobles, etc. Los últimos años han evidenciado un aumento creciente del conjunto de prestaciones ofrecido por el FNR, lo que parece estar alejándolo de sus cometidos originales. A partir de la ampliación de prestaciones “no catastróficas” financiadas, o mejor dicho, a partir de que la evolución tecnológica del sector vuelve ciertas intervenciones más rutinarias y menos complejas, se produce un cambio por la vía de los hechos.

En relación a este punto, las opciones de ajuste o de refuerzo de la configuración actual parecen ser las siguientes: avanzar hacia la unificación del FNR y del FONASA, lo que redundaría en un único conjunto de servicios - el PIAS ampliado - mantener la existencia del FNR pero retomando su carácter constitutivo, o por el contrario, mantenerlo con las mismas potestades y capacidades que tiene hoy en día.

Mientras que ninguno de los actores entrevistados parece considerar como una opción deseable el retorno al espíritu original del FNR, la gran mayoría de los mismos le reconocen a este organismo un rol muy importante dentro del sistema, y por lo tanto se muestran más proclives a mantener la situación actual, en algunos casos con pequeños ajustes¹²⁸.

Por el contrario, algunos actores como el MSP, UdelaR, SMU y el FA, sí parecen estar afines con la opción de avanzar hacia la unificación de ambos fondos. Cabe señalar como un aspecto importante, que dentro de las autoridades del MSP no existe una visión compartida, encontrándose apoyos a cada una de estas alternativas. Al mismo tiempo, tampoco existe un consenso claro al interior del Frente Amplio, por lo que claramente, este punto de la agenda aun parece muy abierto.

Desde donde sí se han producido pronunciamientos explícitos en este sentido, es en el SMU¹²⁹. Desde el sindicato médico se ha propuesto la creación de una Agencia de Evaluación para la Tecnología en Salud, que vendría a sustituir al FNR en la tarea de definir cuáles son los procedimientos y medicamentos de alto costo habilitados. El punto importante en relación a las diferencias con el esquema actual, es que esta agencia tendría autonomía del MSP, y lo asesoraría. Por otra parte, los recursos que actualmente maneja el FNR serían incorporados al FONASA.

4.1.3. Devolución de aportes al FONASA.

Sin lugar a dudas, el impacto redistributivo del SNIS ha sido uno de los factores que explican la reducción de la pobreza en los últimos años. El nuevo esquema de financiamiento redujo las cargas directas de bolsillo, e impuso una lógica de solidaridad en el conjunto de afiliados al FONASA. Sin embargo, el establecimiento de una devolución a las contribuciones más altas, sin dudas ha sido una medida que revirtió en buena medida el impacto anteriormente mencionado¹³⁰.

La devolución no sólo implica una afectación en la equidad del sistema, sino que también implica un aumento de los recursos públicos para cubrir déficits del fondo. Mientras que desde

128 | *“Así como funciona el FNR, funciona muy bien. La única duda que me queda es si no tienen que incorporarse a la dirección del FNR trabajadores y usuarios, porque son quienes podrían estar dándole garantías a toda la población de que se atienden los derechos de los usuarios - muchas veces los usuarios no entienden que haya determinados controles tan estrictos y que no se abra para otras prestaciones. El FNR garantiza muchísimo la calidad de atención y de los recursos (...) Los trabajadores podrían ver la transparencia con que se regulan y se pagan las prestaciones del FNR” (Entrevistado)*

129 | <http://www.elpais.com.uy/informacion/invitamos-debatir-ministra-fnr-publicamente.html>

130 | *No tendrán derecho a devolución de aportes aquellos trabajadores cuyo ingreso promedio mensual en el último año, al 31 de diciembre, haya sido inferior \$39.949 y a aquellos pasivos jubilados o pensionistas cuyo ingreso promedio mensual haya sido menor a \$43.278. Es el resultado que surge de comparar al 31 de diciembre, los aportes personales realizados en el año al Fondo Nacional de Salud (FONASA) por los meses que la persona fue beneficiario, con la suma del Costo Promedio Equivalente (CPE) mensual por el generante y a quienes atribuye amparo (menores o mayores con discapacidad y cónyuge o concubino) incrementado en un 25%, de conformidad con lo establecido por la ley 18.731 de enero del 2011 (Fuente: bps.gub.uy)*

el Ministerio de Economía y Finanzas se sostiene que la devolución era necesaria para evitar que el Estado comenzara a perder diversos juicios, y que este hecho pone sobre la mesa la discusión sobre el modelo de financiamiento - contribuciones a la seguridad social versus impuestos generales - desde algunos sectores del Frente Amplio se ha insistido en la necesidad de derogar esta medida.

Por lo tanto, en este caso los escenarios parecen muy claros: por un lado, promover la derogación de la devolución, y por el otro, mantenerla. Con diferentes argumentos, los actores que consideran que no se debería cambiar la devolución, por estar afines a la situación o porque consideran que es muy costoso políticamente dar marcha atrás, son: las autoridades del FA, algunas autoridades del MSP, FEMI, SAQ, FUS, FFSP, Partido Nacional, Usuarios.

4.1.4. Incorporación de nuevos colectivos al FONASA

Si bien la cobertura del sistema de salud uruguayo ha sido a lo largo de buena parte del siglo XX virtualmente universal, la creación del SNIS implicó la formalización de la misma a una porción muy importante de la población, que al momento supera los dos millones de personas, que redundó, entre otras cosas, en la disminución de los gastos de bolsillo de muchas familias. Además, mediante el calendario establecido por la ley N° 18.922, para el año 2016 la misma alcanzará las 2.350.000 personas, que constituyen el 71% de la población.

Por lo tanto, cumplido este calendario, todavía quedarán algunos colectivos por fuera del FONASA, aunque muchos de ellos poseen arreglos particulares, como por ejemplo los funcionarios militares y policiales, los municipales. Por otro lado se encuentra la población atendida por ASSE que no integra el FONASA (los trabajadores informales, los desempleados y sus familias) que constituyen el colectivo más numeroso sin fecha prevista de incorporación; además de las personas privadas de libertad, los adultos mayores, los enfermos psiquiátricos, los adictos, y las personas en situación de calle. Por último, también existe una porción muy pequeña de la población que aún paga de su bolsillo su afiliación a una IAMC o un seguro privado. En definitiva, para la conformación de un verdadero sistema universal de salud, que cubra al 100% de la población, resulta necesario promover algún mecanismo de incorporación de estos colectivos.

Considerando los dos grandes bloques de incorporación - ASSE e IAMC no fonaseados por un lado y colectivos con cobertura corporativa por otro - la primera parece recoger más adhesiones, y al mismo tiempo es vista como menos conflictiva. Al mismo tiempo, otros entrevistados mostraron un posible efecto negativo de esta medida, sobre todo para la estructura de afiliados de ASSE *“(...) porque si ASSE quiere que Rentas Generales le pague ajustado por edad y sexo, entonces esos usuarios pasarían a tener libre elección (...)”* Esta mención evidencia el vínculo natural entre este punto y la definición política sobre cuál es el rol que ASSE debe ocupar en el esquema de provisión. En relación a los colectivos que poseen algún tipo de aseguramiento particular, los comentarios fueron favorables a incorporarlos al FONASA¹³¹.

131 | *“La idea es que la cobertura se universalice, por tanto que toda la población del país llegue un momento en el que esté amparada por el FONASA. Los municipales se tienen que integrar al sistema. Yo sé que acá hay diferencias en el pensamiento de los trabajadores municipales de Montevideo con respecto a los de las Intendencias del interior, porque los de Montevideo reciben algunos beneficios más que el resto de los trabajadores que están incluidos en FONASA. Yo creo que quizás las Intendencias podrían mantener esos beneficios extra y que se incorporaren igual.” (Entrevistado).*

A modo de síntesis, en el Cuadro 7 se repasan los principales escenarios de la dimensión financiamiento, junto a los posicionamientos correspondientes.

Cuadro 7 Posicionamientos sobre escenarios más relevantes en Dimensión 3: Financiamiento y solidaridad del sistema	
Escenario	Actor/es
Tasas moderadoras y copagos	
Ampliación progresiva de prestaciones topeadas	MSP, UdelaR
Igualación de precios entre prestadores	MSP, SAQ, UdelaR
Introducción de precios diferenciales	FEMI, FUS, SAQ
Relación FNR-FONASA	
Unificación de ambos fondos	MSP, UdelaR, SMU, FA (Unidad Programática)
Mantenimiento de la situación actual	FA, FUS, FFSP, ASSE, MSP, PN, SAQ
Devolución de aportes al FONASA	
Mantener la devolución	FA, FEMI, FFSP, FUS, PN, SAQ, Cámara de Seguros Privados, Usuarios
Derogar o cambiar la devolución	ASSE, MSP, UdelaR, Cajas de Auxilio
Incorporación de nuevos colectivos al FONASA	
Incorporar a colectivos no cubiertos (ASSE e IAMC)	MSP, SAQ, UdelaR, FEMI, FA, SMU
Incorporar colectivos cubiertos por otros seguros	MSP, SMU, Usuarios, FFSP (incorporarlos en ASSE)
Fuente: elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados.	

4.2. Dimensión 2: Regulación y gobierno del sistema

4.2.1. Regulaciones del MSP

Una de las innovaciones más importantes que trajo la implementación del SNIS, fue el rediseño del vínculo entre el rector (MSP) y los diferentes efectores, tanto públicos como privados. Como todo proceso regulatorio, pero agudizado a raíz de la debilidad histórica del MSP en relación a los prestadores, no ha sido nada sencilla la tarea de hacer cumplir las normas vigentes. Este tema del enforcement y de cómo reorientar o complementar la normativa existente, se vuelven claves

en términos de recursos de poder y de construcción de capacidades estatales. En este sentido, en la medida que los regulados tengan márgenes importantes de sortear algunos aspectos de la normativa, y en definitiva, evitar realizar los cambios requeridos, las posibilidades de alejarse de los objetivos deseados por la autoridad sanitaria serán mayores.

En este contexto, las posibles opciones de cambio o ajuste parecen ser las siguientes:

- i) continuar ampliando los objetos que son materia de regulación con el MSP, al tiempo que se refuerza la capacidad inspectiva o de control- ya sea mediante la incorporación de nuevos recursos humanos para dicha tarea o a través de un rol más activo de los usuarios en cuanto a denuncias-;
- ii) mantener el alcance actual, pero continuando con la actualización y ajustes continuos de las regulaciones, por ejemplo en relación a los tiempos de espera.

La gran mayoría de los actores entrevistados consideran que el MSP debe aumentar las regulaciones, pero especialmente, reforzar su capacidad de ejercer el control y fiscalización y en ese sentido la opción más mencionada es la de fortalecer esta capacidad de control y seguimiento mediante la creación de más y mejores cargos de inspección¹³².

Dentro de la opción de la re-regulación deben incluirse a la SAQ y a los seguros privados. En este caso, la posición no viene dada por un acuerdo sobre el tipo de regulaciones existentes, pero tampoco se cuestiona el rol rector o regulador del MSP. Por ende, el llamado es a realizar una actualización de las reglas existentes, que a juicio de estos actores no se ajustan a las necesidades del sistema¹³³. También están quienes desearían, o al menos estarían a favor de una reducción de las regulaciones existentes y en esa línea se manifestaron el Partido Colorado y FEMI.

4.2.2. Junta Nacional de Salud (JUNASA)

Otra de las innovaciones, esta vez vinculada a la arquitectura de gobierno del nuevo sistema, fue la creación de la JUNASA. En cierta forma similar a las estructuras de coordinación corporativa de sistemas como el alemán, la JUNASA - órgano desconcentrado del MSP -tiene dentro de sus objetivos la firma de los contratos de gestión con los distintos efectores, además de velar por el cumplimiento de las metas acordadas.

Ese organismo ha sido objeto de discusiones desde su misma génesis ya que, por ejemplo, originalmente el proyecto de reforma contemplaba la creación de una Superintendencia, que finalmente quedó por el camino ante el temor de que la misma se superpusiera y opacara al propio ministerio. Este hecho

132 | *“Falta fiscalización. Hoy por hoy diría que es muy pobre casi nula. (...) Deberíamos tener personal exclusivo, al estilo DGI, con inspectores, bien pagos y que cumplan la fiscalización para que esta gente no tenga conjunción de intereses con mutualistas. El ajuste principal en el que debe estar el rol es en el de los recursos humanos”* (Entrevistado).

133 | *Por ejemplo, “(El MSP está) tremendamente omiso en la rectoría, en la acción de policía sanitaria (...) no sé si es porque no tiene los medios suficientes para poder ejercer su función o porque hay falta de voluntad para ello (...) Cotidianamente hay problemas gravísimos en los distintos lugares de asistencia (...) No entendemos cómo el MSP puede no enterarse y no ver este tipo de cosas (...) Si un block quirúrgico no es inspeccionado en cinco años, yo creo que no es falta de inspectores, sino que nunca enviaron uno.”* (Entrevistado).

ha ayudado a que la naturaleza del organismo siga siendo analizada o cuestionada, a lo que se le agregan algunos cuestionamientos a sus capacidades y la forma en que conduce el proceso de toma de decisiones.

Por otra parte, la voluntad política, sobre todo durante el anterior período de gobierno, ha sido la de avanzar hacia una mayor descentralización territorial y administrativa, tanto del ministerio como del sistema en general. Con este fin, se han creado y puesto en funcionamiento las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS), que básicamente mantienen la misma representación que su par nacional, así como también buena parte de las funciones. Hasta ahora, el funcionamiento efectivo de las mismas ha sido muy dispar a lo largo del territorio.

A partir de estos aspectos, los potenciales cambios podrían darse por una transformación o no en la naturaleza jurídica de la JUNASA, y el avance hacia una estructura de gobierno mucho más coordinada entre niveles nacionales y departamentales, evitando justamente que se potencien ciertas diferencias en las capacidades instaladas en cada territorio, a partir del establecimiento de pautas de funcionamiento estándares.

En relación al cambio en la naturaleza jurídica, la misma podría producirse a partir de dos movimientos bien distintos: por un lado, el fortalecimiento de la independencia de la JUNASA, a partir de la descentralización por ejemplo; y por otro, en cambio, concentrar la autoridad y control político del organismo por parte del ministerio. Los actores que se plegarían a un aumento de la autonomía de la JUNASA son el MSP, los sindicatos de trabajadores no médicos (FUS y Federación de Funcionarios de la Salud Pública -FFSP-) y los usuarios¹³⁴. Por el contrario, FEMI aparece como partidario de reconcentrar la conducción de la JUNASA por parte del ministerio¹³⁵.

4.2.3. Instrumentos de gestión

Como se mencionó anteriormente, la implementación del SNIS supuso la introducción de una serie de innovaciones en materia de instrumentos de gestión pública, muy utilizados en los diferentes sistemas de salud del mundo, como por ejemplo el pago por cápitas a los prestadores por parte del asegurador, o la firma de contratos de gestión entre estas instituciones y el organismo que financia el sistema. Sin lugar a dudas este rediseño de los vínculos tradicionales entre el Estado y los proveedores, tanto públicos como privados, conlleva inevitablemente una redistribución de los recursos de poder existentes, al tiempo que también instala la necesidad de adaptaciones y ajustes de cada uno de los actores involucrados.

Sobre este punto, se pueden prever fundamentalmente dos tipos de escenarios:

- i) que se mantenga el formato alcanzado actualmente - sobre todo en términos de extensión de las reglas -, con el necesario ajuste y rediseño de los instrumentos existentes.
- ii) se podría dar que, fruto de una redefinición de los roles de ASSE y las IAMC en lo vinculado a estructura de provisión, se considerara que debido a las particularidades intrínsecas a cada subsector, se comenzaran a firmar contratos diferentes según naturaleza del prestador.

134 | Algunos de los argumentos esgrimidos fueron: “Discuten administrativamente en lugar de políticamente. (...) Debería tener otros cometidos, debería dirigir la política de salud.” (Entrevistado).

135 | Así, se afirmó que “La JUNASA no es un ámbito de gestión pero sí tiene decisiones importantes. Debería ser un organismo controlado por el MSP como los demás, no debería ser un organismo desconcentrado.” (Entrevistado).

La gran mayoría de actores que opinaron sobre esta cuestión, se posicionaron de forma más proclive al escenario de ampliación y/o ajuste de metas y contratos; al tiempo que ninguno pretende eliminar estos instrumentos. Como era de esperar, es desde ASSE y el sindicato de trabajadores no médicos del sector público, que surgen los llamados a la consideración de las diferencias entre subsectores para definir metas¹³⁶.

En relación a quienes apoyaron la opción de ampliar estos instrumentos, algunos de los juicios enunciados por diferentes actores fueron favorables pero matizando en cuanto a que tienen que estar enfocados en la medición de la calidad asistencial¹³⁷. Otros entrevistados en cambio, hicieron énfasis en la necesidad de reformular los instrumentos, como forma de evitar prácticas que se han ido conformando desde el inicio de la reforma, en relación al cumplimiento de las metas y contratos¹³⁸.

4.2.4. Participación social

La introducción de representantes sociales en diferentes organizaciones del sistema de salud ha sido un aspecto bastante controvertido, tanto por sus implicancias en términos de rendición de cuentas y redistribución de poder, como por la forma en que los dos gobiernos del Frente Amplio han gestionado esta inclusión.

Como primer punto a destacar, se encuentra el hecho de que una particularidad del SNIS en materia de participación social ha sido la pretensión de incorporar actores sociales a lo largo de toda la estructura del sistema, desde la provisión hasta la conducción política del mismo. Fue en este sentido, como ya se mencionó, que se crearon espacios en la JUNASA, en ASSE, y con menor nivel de inserción, en los restantes prestadores.

En segundo lugar, los principales actores sociales que se incorporaron son los usuarios y trabajadores del sistema. En el primer caso, si bien históricamente existieron en el país movimientos de usuarios, los mismos estaban dedicados casi exclusivamente a denuncias de mala praxis, y se encontraban bastante dispersos entre los diferentes prestadores. Por el contrario, el actor sindical se caracterizó por un importante nivel de organización, a partir de la pertenencia de los sindicatos de trabajadores no médicos (FUS y FFSP) al Plenario Intersindical de Trabajadores - Confederación Nacional del Trabajo (PIT-CNT).

Por lo tanto los desafíos para el gobierno, en relación a la promoción de estos actores, fueron diferentes. Mientras que en el caso de los usuarios, prácticamente se concretó la creación de un

136 | En ese sentido: “La JUNASA (...) trata a ASSE igual que a las mutualistas, cuando en realidad no lo es. Porque seguimos teniendo 800.000 personas que están siendo pagadas por Rentas Generales (...) Entonces parece que ASSE no está cumpliendo y en realidad sale casi de un sótano (...) y está avanzando pero todavía no está llegando a los niveles de gasto por usuario que tienen las mutualistas.” (Entrevistado) Otro actor entrevistado manifestó: “Discrepo con el control del MSP sobre ASSE, en particular cuando ASSE es el mayor prestador, y esto se mide con una vara única. Somos golpeados por algunas pautas que no encajan. Una forma de aportar a la rectoría del MSP sería vía una medición diferente de lo que efectivamente hace ASSE, creo que se deberían ajustar las mediciones.” (Entrevistado).

137 | “Si la fijación de pago por metas y objetivos alcanzados, está derivada del concepto anglosajón “pay per performance”, bienvenido sea, es excelente la idea, más allá que después estén los problemas de implementación, y que estén los medios para hacerlo. (...) lamentablemente en Uruguay, hasta la fecha no hay un pago por calidad de asistencia (...) y si no hay estímulos de ese tipo, nosotros pensamos que se retiene la calidad de asistencia y que no se estimula el perfeccionamiento del profesional y la persecución de mejores metas y de aumentar la eficiencia, los resultados, la calidad y la seguridad del paciente.” (Entrevistado).

138 | “No creo en las metas tal cual están diseñadas, porque desde que las instituciones las ajustan para cobrar la cápita, se han transformado en tecnocracia pura. La DIGESNIS controla las metas y ya hay poder creado a partir de esa construcción.” (Entrevistado). Nota: el entrevistado hace referencia a Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud.

actor, en relación a los trabajadores la cuestión era resolver los mecanismos de elección de sus representantes, con el agravante de que al considerar al PIT-CNT se excluyó, por la vía de los hechos, la participación de las gremiales médicas (SMU y SAQ fundamentalmente).

La configuración finalmente adoptada fue objeto de crítica asociada al rol de la representación social en cada espacio, así como también la necesidad de incorporar algunos actores hasta el momento excluidos de los mismos. En relación al rol, algunos actores consideraban que los representantes sociales debían ejercer funciones de control, pero no de decisión. En este sentido, se comenzó a plantear la necesidad de reestructurar las formas de decisión, por ejemplo a partir del doble voto de la presidencia del organismo.

Como tercer punto, parece pertinente mencionar que esta estrategia de incorporar actores sociales -incluso en instancias que no son específicas del sector salud como los consejos de salarios - también genera necesariamente impactos sobre las formas en que estos colectivos se organizan, ya que en contextos de múltiples actores, el grado de apertura del gobierno en la convocatoria será un factor muy importante. En este sentido, la opción tomada por el Frente Amplio hasta el momento, en sus dos administraciones, ha sido la de optar por convocar a las asociaciones consideradas como más representativas. Dicha postura, no ha estado exenta de críticas, sobre todo en los colectivos médicos y entre las IAMC.

A modo de ejemplo, ante la firma de un convenio salarial por parte del SMU, el gobierno y los prestadores, algunas especialidades integrantes de la Sociedad Anestésico- Quirúrgica promovieron su desafiliación del Sindicato Médico del Uruguay, por entender que el mismo no los representaba: “Lo que quieren los ginecólogos es que se los excluya del convenio que el 5 de noviembre firmó el SMU con representantes de las mutualistas y del Poder Ejecutivo, y que pauta el inicio de la reforma del trabajo médico. Ginecología es, junto a pediatría, medicina general y medicina familiar, una de las especialidades para las que empieza a regir en enero de 2013. La mesa de directivos de las SAQ apoyó la decisión de los ginecólogos de desconocer el acuerdo por entender que los perjudica y que no fueron consultados previo a la firma. () Además, por ser el que tiene más socios, el SMU es el gremio que representa a los médicos en los Consejos de Salarios.”¹³⁹

En síntesis, los escenarios planteados en relación a la participación social fueron los siguientes:

- i) cambiar el rol o suprimir a la representación social; incorporar nuevos actores a los espacios existentes;
- ii) reglamentar finalmente las elecciones de representantes de usuarios y trabajadores;
- iii) mantener la situación actual.

Ninguno de los actores relevados se ha manifestado contrario a la existencia de espacios para la participación social, y de hecho, la mayor parte de los actores consultados parecen afines a un cambio en el rol de la misma. Algunos representantes del Frente Amplio consideran que, si bien la propuesta del doble voto para la presidencia de ASSE no fue incluida en el programa, existe consenso para que esa medida sea tomada por la próxima administración. Desde otra perspectiva, los problemas

139 | Fuente: portal electrónico del diario El Observador, en: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/238438/quirurgicos-definen-el-jueves-su-desafiliacion-del-smu/>

en el funcionamiento del directorio de ASSE no son explicados para algunos entrevistados por la participación de usuarios y trabajadores, sino por la inclusión en esta administración de representantes de la oposición¹⁴⁰.

En relación a la necesidad de incorporar nuevos actores a los espacios de participación existentes, claramente aparecen dos colectivos como los predominantes: por un lado, los médicos, tanto en ASSE como en la JUNASA; y por otro, justamente ASSE -en tanto prestador público - en la JUNASA¹⁴¹.

Cuadro 8 Posicionamientos sobre escenarios más relevantes en Dimensión II: Regulación y gobierno del sistema	
Escenario	Actor/es
Regulaciones del MSP	
Ampliación de objetos de regulación y aumento de fiscalización	MSP, ASSE, usuarios, Udelar, FUS, FA
Mantenimiento situación actual con ajustes	SAQ, Seguros Privados
JUNASA y JUDESAs	
Cambio en estatus JUNASA (descentralización)	MSP, FUS, Usuarios, FFSP
Cambio en estatus JUNASA (reconcentración)	FEMI
Fortalecimiento vínculo JUNASA-JUDESAs	MSP, ASSE, FA, FFSP, Usuarios
Instrumentos de gestión	
Ampliación y/o ajuste de metas y contratos	FEMI, FA, FUS, SAQ, Udelar, Usuarios
Tratamiento diferencial de subsectores	ASSE, FFSP
Participación social	
Cambio en el rol de la participación	ASSE, FA, FEMI, FUS, PN, SMU, Udelar
Incorporación de nuevos actores	ASSE, FA, FFSP, MSP, SAQ, SMU, Usuarios, Udelar, Cajas de Auxilio
Reglamentación de las elecciones	MSP, ASSE, FA, Usuarios, PN
Fuente: elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados.	

140 | Se expresó que “() *Si hay dificultades, porque hay visiones políticas diferentes y encontradas. Ahora, el problema que se generó con la gobernanza de ASSE no tiene que ver con que estén los usuarios y los trabajadores sentados en el directorio, todo lo contrario. Creo que el Ejecutivo quedó en minoría porque, entre otras cosas, aparece la oposición. Si están los usuarios y los trabajadores en el directorio de ASSE, no veo cual es la razón por la cual tiene que estar la oposición porque usuarios y trabajadores en realidad se encargan de la transparencia de la gestión. Con lo cual podrían haber bien tres del Ejecutivo, un usuario y un trabajador y se aseguraba la gobernanza igual.*” (Entrevistado).

141 | Como ejemplos de estas posiciones se pueden citar las siguientes declaraciones, en relación a los médicos: “*Creo que faltan los médicos. No porque crea que la representación de los trabajadores no es de todos. Creo que por la particularidad de la representación de los médicos en este país bueno sería que estuvieran los trabajadores médicos en la Junta.*” (Entrevistado) Y en relación a ASSE: “() debería estar en la JUNASA. Falta representación directa de ASSE. Creo que está un poco floja en el día a día. No acompaña a veces al Ministerio, se dificulta el intercambio real porque hay mucha tozudez en el empresariado médico, más que nada en las cooperativas en el interior del país”. (Entrevistado).

Por otra parte, un punto que ha estado presente en la agenda de los últimos años ha sido el de la reglamentación de las elecciones de los representantes de usuarios y trabajadores. Por un lado, la elección de los representantes de trabajadores aparece como la más compleja, debido al rechazo que esta medida puede generar por parte del PIT-CNT. No obstante esto, en la medida que se decida políticamente avanzar en este sentido, parecería ser que el Frente Amplio puede encontrar aliados en la oposición.

En la página anterior, el Cuadro 8 resume los posicionamientos sobre los principales aspectos de la dimensión regulación y gobierno del sistema.

4.3. Dimensión 3: Estructura de provisión del sistema

4.3.1. Rol de ASSE

A diferencia de los seguros privados integrales, el principal prestador público (ASSE) ha jugado en términos de cobertura poblacional, un papel fundamental; sobre todo en los principales años de la crisis de inicios de siglo, cuando llegó a atender a prácticamente la mitad de la población. El arribo del Frente Amplio al gobierno nacional, así como la creación del SNIS, le supusieron a este organismo embarcarse en una serie de procesos de cambio, que hasta ahora han tenido diferentes niveles de concreción.

Por un lado, se ha producido una fuerte recuperación presupuestal y un aumento en el crecimiento de la ejecución de sus fondos. De acuerdo a las proyecciones realizadas en el año 2011, para el 2014 se llegará a una tasa real de crecimiento del gasto ejecutado del 150% para el período 2004-2014, en relación al nivel de gasto previo a la reforma. También es importante destacar que junto a este aumento del gasto ejecutado, la tendencia es la de avanzar hacia la recuperación salarial de sus recursos humanos, al punto que, si bien las retribuciones todavía continúan por debajo de las retribuciones del sector privado, lo cierto es que se encuentran cada vez más cerca de la equiparación.

Por otra parte, a partir de la creación del FONASA y el aumento del aseguramiento por dicha vía, una cantidad importante de personas ha optado por salir de ASSE y migrar su cápita hacia alguna IAMC (de Montevideo o del Interior) lo que también ha contribuido a elevar el gasto por usuario del prestador público¹⁴². Sin embargo, las sucesivas incorporaciones de colectivos al FONASA han implicado un aumento de esa población por parte de ASSE, en buena medida porque estas personas son afiliadas de oficio. Muchas veces, esta población termina migrando al sistema mutual en períodos posteriores de cambio, tendencia que no se ha visto reducida en las sucesivas instancias de movilidad regulada del sistema.

Desde el punto de vista organizativo, ASSE pasó de ser un órgano desconcentrado del MSP, a uno de carácter descentralizado con representación social de usuarios y trabajadores en la dirección del mismo. Este movimiento, al tiempo que le quitó al ministerio cierta capacidad de incidencia formal en la conducción de ASSE, siguiendo los postulados que promueven la separación de las funciones de ejecución y diseño, también trajo consigo algunos llamados a una profundización de esta autonomía.

142 | En el año 2013 respecto al total de movimientos de usuarios ASSE tuvo 49,4% de egresos y 3,8% de ingresos; las IAMC de Montevideo un 66,7% de ingresos y un 39,7% de egresos y las del IAMC del Interior 29,5% de ingresos y 10,9% de egresos (Informe Movilidad Regulada de los Usuarios del SNS, 2013).

Otro punto importante a considerar en relación al rol en la provisión que ocupa ASSE, es el de la complementariedad o no con los prestadores privados, sobre todo en el interior del país.

Finalmente, el proceso de cambio en el sistema de salud le dio mayor relevancia a un tema que ha estado en agenda por lo menos desde el retorno de la democracia: el rol que debe ocupar el sector público dentro del esquema de provisión del sistema de salud. En este sentido, las opciones parecen oscilar entre aquellas que le adjudican un papel protagónico, de vanguardia; y las que le asignan “la retaguardia” del sistema, es decir: un rol residual, concentrado en la atención de la población más vulnerable. Al momento, este tema no parece saldado entre los distintos actores del sistema, pero fundamentalmente al interior del partido de gobierno.

Las opciones de cambio o ajuste a la situación actual podrían ser las siguientes:

- i) Transitar hacia un esquema en el cual ASSE compita totalmente, y en igualdad de condiciones, con el sector mutual. Por supuesto, esta opción traería aparejados diversos cambios vinculados estrechamente a otras dimensiones, como el financiamiento o la cobertura de la población que atiende ASSE no integrada al FONASA.
- ii) Que se decidiera políticamente que ASSE debe concentrarse en la provisión de servicios a determinados colectivos específicos, como aquellas personas en situación de vulnerabilidad social. También en este caso, el cumplimiento cabal de esta medida conllevaría ajustes en el resto de prestadores, ya que por ejemplo, las IAMC del interior del país deberían necesariamente hacerse cargo de un mayor alcance territorial de sus servicios.
- iii) Profundización de la complementación público- público y público-privada
- iv) Mantenimiento de la situación actual donde la complementariedad es todavía desigual entre los prestadores.

Si bien esta última opción no es manejada directamente por ningún actor, sí se desprende de las declaraciones provenientes del Ministerio y de ASSE que la intención es mantener la opción de la complementariedad entre subsectores público y privado. Esta posición es coherente con la búsqueda de consolidar al prestador público como la “vanguardia” de la reforma - y sobre todo del cambio de modelo de atención - respetando el carácter integral del sistema¹⁴³.

En definitiva, construir un nuevo rol de ASSE en un marco de cooperación y/o complementariedad parecería requerir necesariamente un reajuste en relación a cómo funciona hoy en día la complementariedad. “...la competencia es desleal, ya que la plata se la lleva el mutualismo, pero ASSE le sigue atendiendo a los pacientes. Las mutualistas venden donde no tienen servicios, y ASSE es la única red real de asistencia y no negará la atención a nadie.” (Entrevistado)

Debido a que parece existir un trade-off entre las lógicas de competencia y complementariedad, el efectivo avance sobre la segunda implicará un potencial conflicto con aquellos actores que hasta

143 | “(hay que) *Buscar la forma de que nuestro sistema sea mixto como lo es, pero que el rol del sector público sea preponderante, y no un rol de retaguardia, de atender solo a los que no tienen seguro [] complementar con el resto del sistema.*” (Entrevistado)

ahora han basado su accionar en la competencia, fundamentalmente por precios. A medida que un sistema se vuelva más complementario, la pertenencia de un afiliado a uno u otro prestador va a depender mucho menos de niveles diferenciales de acceso a servicios, ya que esencialmente la oferta se va a volver mucho más homogénea. En definitiva, los avances que se puedan lograr en este punto van a ser clave para determinar en qué medida los prestadores privados se orientan o no por el lucro.

Por otra parte, la gran mayoría de los actores entrevistados consideran que ASSE debe competir con el resto de proveedores por sus afiliados. Sin embargo, es necesario precisar que este conjunto de posiciones no son homogéneas, y que se podrían agrupar por lo menos en dos grandes bloques: aquellos quienes consideran que dicha competencia se debe dar en igualdad de condiciones, sin ningún tipo de consideraciones particulares para con uno u otro actor; y por otro lado quienes a pesar de optar por la competencia, creen necesario que ASSE mantenga ciertas particularidades específicas.

En síntesis, de acuerdo a lo relevado en las entrevistas, parece existir una tendencia favorable a que ASSE compita de forma más enérgica por usuarios con los prestadores integrales privados, y entre los diferentes actores que defienden esta posición, también parece predominar la visión de que dicha competencia debería darse en las condiciones más igualitarias posible.

4.3.2. Rol de los prestadores: integración de otros prestadores públicos

Un aspecto de la estructura de provisión que no fue modificado hasta el momento es el de la fragmentación de prestadores públicos existente, tanto parciales como integrales. Por un lado, servicios como el de sanidad militar o policial, conviviendo como un esquema diferente de aseguramiento, financiamiento y provisión que el del resto del sistema, datan prácticamente del mismo inicio del país como nación independiente.

Por otra parte, el siglo XX fue testigo del surgimiento de algunos centros asistenciales especializados, que se radicaron institucionalmente en organismos externos o laterales al sector salud, como el Banco de Seguros del Estado (BSE) o el Banco de Previsión Social (BPS). Pero además, la infraestructura de provisión uruguaya también cuenta con un hospital universitario (Hospital de Clínicas) que depende jerárquicamente de la Universidad de la República, y con policlínicas de carácter municipal, gestionadas por las intendencias.

Por diversos motivos, en algunos casos vinculados a la calidad de los servicios prestados, y en otros asociados a cuestiones financieras, ha sobrevolado a la agenda de cambios la cuestión de cómo incorporar a la estructura de ASSE, o por lo menos integrar de mejor forma, esta oferta pública fragmentada. Este movimiento no va a estar exento de resistencias, sobre todo desde aquellos usuarios de centros asistenciales que son muy bien considerados en su accionar.

La manera en cómo se termine saldando esta cuestión será de vital importancia a la hora de considerar seriamente o no la aspiración a consolidar al subsector público como el líder de la reforma. En buena medida, la creación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud

(RIEPS) mediante el Decreto 392 de diciembre de 2012, tuvo como principal cometido fortalecer al eje público a partir de la coordinación y liderazgo de ASSE, así como evitar las superposiciones en la provisión al interior del eje público.

Hasta el momento, la existencia de la RIEPS implica que ante la necesidad de contratar algún tipo de servicio externo, las instituciones públicas tengan que optar prioritariamente por la oferta existente en otros efectores públicos, siempre y cuando no sea desfavorable la ecuación costo-beneficio. Pero al mismo tiempo, el vínculo por excelencia entre efectores públicos, al igual que entre públicos y privados, es la firma de convenios de complementación.

En el primer caso, la aplicación efectiva de la RIEPS implicaría que los diferentes efectores funcionaran, a los efectos de los usuarios, como un único prestador, sin perjuicio de que cada uno de ellos continuara atendiendo a poblaciones específicas. Tanto las autoridades de ASSE como del MSP la consideran una herramienta fundamental para la organización de la provisión¹⁴⁴ y esa posición también es respaldada por los representantes de los trabajadores de la salud pública y la UdelaR.

En relación a los centros asistenciales, para el caso de los hospitales militar y policial las opciones propuestas son, o bien su integración al sistema como competidores por cápitás- serían elegibles por usuarios FONASA - o bien el mantenimiento de la situación actual. Se recogieron muchas opiniones a favor de la integración de esos prestadores como competidores por cápitás, en igualdad de condiciones al resto y en general las razones que se esgrimen están asociadas al respeto de los principios generales del SNIS.

Pero al mismo tiempo que hay acuerdo sobre esta integración, también se reconoce un riesgo que se repite en relación a la integración de otros prestadores como el BSE o el BPS. En la medida en que todos estos servicios tienen una buena evaluación por parte de los diferentes actores del sistema y que, como contrapartida, ya se han mencionado las críticas a las formas en que ASSE gestiona sus recursos: todos los llamados a pasar a la órbita de ASSE cualquier tipo de servicio, presenta las reticencias asociadas al peligro de deteriorar cosas que funcionan bien¹⁴⁵.

Por el lado del Hospital de Clínicas, la opción de cambio vendría por su integración a ASSE, abandonando su carácter de hospital universitario. Si bien pocos actores se posicionaron al respecto, los que sí lo hicieron se dividieron entre quienes no consideran oportuno incorporarlo a la red de ASSE, pero sí lograr una mayor integración y trabajo en conjunto a partir de la RIEPS (autoridades del MSP y de la UdelaR); mientras que como contrapartida, desde el Frente Amplio y el SMU sí se estaría afín con dicha incorporación.

4.3.3. Rol de los prestadores: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

Sin lugar a dudas, uno de los puntos que presentan mayores consensos a lo largo de todo el espectro de actores intervinientes en el SNIS, es el de la centralidad que ocupa y debe seguir

144 | “Con el plan de prestaciones y con la RIEPS, que va generando ese camino (de integración de prestadores). Se integrarían como prestadores del sistema y sus respectivas obligaciones. Teniendo en cuenta el punto de vista de los usuarios, ya no existirían diferencias.” (Entrevistado).

145 | En este sentido, se ha manifestado que ASSE “(...) no está a la altura de la magnitud del desafío de atender a más de un millón de usuarios (...)” (Entrevistado) entre otras cosas porque su estructura es “(...) obsoleta e inadecuada” (Entrevistado).

ocupando, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. El peso que este actor ha tenido a lo largo de toda la historia del sistema de salud uruguayo torna prácticamente imposible pensar una reestructura que no las mantenga en una posición de privilegio. En este sentido, exceptuando la visión de aquellos actores que mantienen como principio la construcción de un sistema estatal y único, los principales matices vinculados al rol de estas instituciones provienen desde los partidos políticos y desde el Sindicato Médico.

4.3.4. Rol de los prestadores: seguros privados integrales

Los seguros privados integrales, con fines de lucro, tienen una posición todavía marginal en el sistema en términos de estructura de provisión, aunque a pesar de ello, en los últimos años se puede advertir cierto crecimiento en su matrícula. De hecho, han duplicado su número de afiliados tras la implementación de la reforma¹⁴⁶. Durante la negociación que dio lugar a la aprobación del SNIS, estos prestadores lograron consagrar su inclusión, debido a que originalmente no iban a pertenecer al sistema (Rodríguez Araújo y Toledo, 2010).

Este reconocimiento se vio reforzado, posteriormente, a partir de la posibilidad de que los usuarios FONASA trasladaran su cápita a uno de estos seguros, pero quedando como responsabilidad de cada persona negociar con la empresa el pago de la diferencia entre el valor de la cápita y el valor total de la cuota. Como contrapartida, los seguros privados deben devolver al Fondo Nacional de Salud (FONASA) un 6% de los ingresos provenientes de este fondo, por concepto de gastos administrativos. Pero además, otro punto que presenta diferencias entre estos prestadores y los privados sin fines de lucro, es que el ingreso a un seguro privado integral está abierto todo el año, y no es necesario esperar al período de movilidad regulada (que sí rige para el sector mutual).

A pesar de esa libertad, también es necesario aclarar que estos prestadores se encuentran sujetos a las mismas regulaciones que los restantes, en particular firmar contratos de gestión con la JUNASA e informar sobre el cumplimiento de metas al MSP. Sin embargo, el elemento diferencial más importante es que los mismos mantienen la posibilidad de seleccionar riesgos, o encarecer las cuotas de aquellos que justamente tienen mayores dificultades sanitarias, como adultos mayores, embarazadas o diabéticos, entre otros.

A partir de esta base, se presentaron tres escenarios posibles:

- i) el mantenimiento de la situación actual, ya que por el momento parece ser un arreglo bastante aceptable para las distintas partes, pero que eventualmente podría traer cambios relevantes en el mediano y largo plazo;
- ii) la eliminación de la posibilidad de que se puedan financiar vía FONASA, lo que implicaría su virtual exclusión del sistema;
- iii) avanzar hacia su incorporación total, que básicamente implicaría un cambio en la naturaleza jurídica de estas organizaciones.

¹⁴⁶ | *En los tres últimos años la población atendida por estos prestadores ha aumentado de forma sostenida, alcanzando un crecimiento del 36% (FONASA, 2012).*

La gran mayoría de los entrevistados, por diferentes motivos, consideraron el mantenimiento de la situación actual como la mejor opción. Mientras algunos parecen oponerse ideológicamente a la existencia de seguros privados, al mismo tiempo reconocen que su integración al sistema es producto de una negociación política previa que puede ser muy costosa de revertir¹⁴⁷.

Por otra parte, si bien se reconocen ciertos efectos distorsivos en el accionar de estos seguros, respecto a algunos de los principios rectores de la reforma, su impacto es visualizado como marginal¹⁴⁸. Finalmente, desde los partidos opositores la situación actual es celebrada y por ello abogan por mantener la situación tal como está. En definitiva, para el rol de los seguros privados en el sistema no parecen proyectarse modificaciones que puedan traer aparejado algún tipo de impacto estructural importante en el corto plazo.

4.3.5. Formación de personal médico

La gestión de recursos humanos en general, pero en particular la planificación, formación y distribución del personal médico, es un factor clave para el éxito de cualquier tipo de política sanitaria. En este caso, la formación está prácticamente monopolizada por la Universidad de la República, aunque los últimos años han visto la creación de una creciente oferta formativa en centros educativos terciarios privados.

Este hecho plantea como primer punto a tener en cuenta la autonomía de dicha institución en relación a los gobiernos de turno, lo que puede dificultar la reorientación de ciertas pautas formativas. Pero a pesar de esto, el Frente Amplio parece tener en la Facultad de Medicina un aliado en relación a los principales ejes del SNIS. Incluso la reforma del plan de estudios de dicho centro, en la anterior administración, con la creación entre otras medidas del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, parecen ilustrar esta afirmación.

Como contrapartida, la segmentación interna de la formación en especialidades médicas, librada a la autogestión de cada conjunto de profesionales, ha redundado en muchos casos - a partir de instrumentos como los cupos - que se produzcan límites a la entrada que atentan contra las necesidades del sistema, y aumentan el poder de presión de esos colectivos. Claramente, las especialidades agrupadas en la Sociedad Anestésico-Quirúrgicas son el ejemplo más claro de esta situación.

Durante los últimos años se han sucedido diversos episodios de conflicto y posteriores negociaciones vinculadas a la necesidad de ampliar los cupos de formación, con la intención de que la Universidad vaya aportando los recursos humanos que efectivamente necesita el sistema. En ese sentido, los escenarios que aparecen son básicamente tres: eliminar todo tipo de cupo, continuar con la estrategia de ampliación gradual de los mismos, o bien mantener la situación actual.

147 | *“(...) generaría una situación compleja y no redundaría en temas fundamentales [...] si fueras a atacar a un sector que está muy cercano a los formadores de opinión no traerías un aporte sustantivo al sistema.”* (Entrevistado).

148 | *Pensar cómo incorporarlos de manera que no propicien segmentación es un punto para pensar. Hoy, desde lo cuantitativo, el problema es mínimo.* (Entrevistado).

Desde los lugares de mayor poder de decisión política no parecen existir intenciones serias de cambiar la lógica de funcionamiento actual de este aspecto de la formación. Tanto una parte del MSP y del FA, como la SAQ y la propia UdelaR, se encuentran afines a este escenario. Sí han aparecido menciones a otro tipo de cambios, que sin impactar directamente sobre la formación inicial del personal médico, aspira a promover una actualización permanente de prácticas y conocimientos. Es el caso de la propuesta elevada por el SMU en relación a la re-certificación médica¹⁴⁹, cuyo impacto en términos de formación no parece resolver los problemas antes mencionados, aunque sí aparece como un aporte interesante de cara a la mejora de la calidad en la atención.

4.3.6. Distribución del personal médico en todo el territorio

En Uruguay parece existir una enorme disparidad en la disponibilidad de los médicos y demás profesionales no médicos en Montevideo, con relación al resto del país. El problema de la distribución territorial de los recursos se convierte entonces en una importante limitante para el acceso efectivo a los servicios de una parte importante de la población. Lógicamente, esta situación se agudiza en las zonas más alejadas de los principales centros poblados del país y en particular en cuanto a los recursos humanos del prestador público (ASSE)¹⁵⁰.

En relación a este problema, han surgido a lo largo de los últimos años algunos intentos que han tendido a solucionar este aspecto. Por un lado, existe en el parlamento un proyecto de ley que establece la obligatoriedad de que los estudiantes de medicina que se encuentren realizando sus residencias médicas, deban hacerlo necesariamente en el interior del país durante un período determinado de tiempo. Como una opción alternativa, se podría promover desde la autoridad sanitaria -MSP o ASSE dentro del sector público - una serie de incentivos, tales como fórmulas de pago diferenciales, para que algunos médicos comiencen a tener al menos un poco más de presencia en el interior del país. Por supuesto, también está la opción de que la situación se mantenga más o menos parecida a la actual, y el mercado de trabajo médico continúe organizándose de manera poco planificada.

Sin dudas existe un fuerte consenso en relación a la gravedad de la cuestión de los recursos humanos del sistema, y su centralidad para poder aspirar a otros cambios profundos del mismo. En este sentido, parece lógico que no existan actores que se posicionen a favor de mantener el statu quo.

La postura mayoritaria en este punto ha sido la de promover algún tipo de incentivo para que los médicos se radiquen en mayor número en algún lugar del interior. Esta posición es apoyada por el gobierno (autoridades del MSP), sindicatos médicos (SAQ), no médicos (FUS), la Udelar, prestadores (ASSE y FEMI) e incluso el Partido Nacional¹⁵¹.

149 | <http://www.elpais.com.uy/informacion/medicos-alertan-crisis-sistema-salud.html>

150 | *En ese sentido, ASSE tiene la siguiente distribución de cargos cada mil usuarios: enfermería: Montevideo 10,0 e Interior 3,8; Médicos: Montevideo 8,2 e Interior 3,4; Técnicos no médicos Montevideo 3,1 e Interior 1,6 (Fuente: Informe de Recursos Humanos en Salud- MSP (2010)).*

151 | *“En todos los lugares del planeta, las capitales tienen un efecto magnético sobre todos los recursos humanos, no solamente sobre los médicos (...) Esto no se ha abordado a punta de bayoneta, ni con medidas coercitivas, sino haciendo atractivos esos centros periféricos o distantes para que vayan: dándoles las condiciones laborales, salariales, profesionales adecuadas para que el profesional se traslade. (...) Hay que hacer políticas de Estado que contrarresten esa situación, como han hecho en Chile por ejemplo, que cuanto más lejos te vas, mejor te pagan y con condiciones adecuadas.” (Entrevistado).*

Cuadro 9 | Posicionamientos sobre escenarios más relevantes en Dimensión I
Estructura de provisión del sistema

Escenario	Actor/es
Rol de ASSE	
Competencia en igualdad de condiciones	ASSE (Directorio), Cajas de Auxilio, FUS, MSP, SAQ, SMU, Udelar, Usuarios
Competencia con diferencias	FEMI, FFSP, MSP
Integración y coordinación de prestadores públicos	
Consolidación de un polo público asistencial coordinado por ASSE	ASSE (Directorio), MSP, FFSP, Udelar, FA
Hospitales policial y militar como competidores	ASSE (Hospital), FEMI, FUS, SAQ, SMU
Mantenimiento situación actual de ambas sanidades	PN, MSP, Cajas de Auxilio
Incorporación del Hospital de Clínicas a ASSE	FA, SMU
Mantenimiento situación actual HC	MSP, Udelar
Rol de los seguros privados.	
Mantenimiento de la situación actual	FA, PC, PN, MSP, Usuarios, IAMC, ASSE (Hospital), SAQ, FEMI
Formación de recursos médicos	
Eliminación de los cupos existentes	FUS
Ampliación de los cupos	MSP, FA
Mantenimiento de la situación actual	MSP, FA, SAQ, Udelar
Distribución de recursos humanos en el territorio	
Aprobación de la ley de residencias médicas	A favor: MSP, FEMI. En contra: SAQ
Creación de incentivos para mayor presencia en el interior	MSP, SAQ, Udelar, FUS, FEMI, ASSE, PN

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas a informantes calificados.

5. Ensayando posibles escenarios y orientaciones de cambio para la segunda etapa de implementación del SNIS.

Presentados los principales posicionamientos de los actores relevados sobre posibles cambios en diversos aspectos del sistema de salud; las siguientes líneas tienen por objetivo analizar estos resultados en función de las teorías de cambio institucional y de la tipología de sistemas de salud presentadas. En este sentido, serán considerados cambios estructurales o de paradigma, aquellas medidas que impliquen un movimiento de cuadrante (Estado, mercado o societal) en al menos dos de las dimensiones propuestas por Wendt et al (2009): financiamiento, regulación y gestión. Por el contrario, los cambios que tengan como resultado un ajuste o refuerzo de la configuración existente serán considerados como cambios graduales, que potencialmente podrán o no oficiar como catalizadores de una transformación mayor en el mediano o largo plazo.

En relación a los escenarios presentados en la sección anterior, los mismos serán trabajados de la siguiente manera: se tomarán para el análisis los ejemplos considerados “más probables”, ya sea por la cantidad de actores que mostraron acuerdo con el mismo, pero también de acuerdo al peso político o al manejo de otros recursos de poder que manejan los actores que apoyan la medida, en el entendido de que puede ocurrir que no sea necesaria una coalición extremadamente amplia para procesar cambios específicos, cuando los actores centrales de ese proceso logran ponerse de acuerdo.

Estos escenarios, es bueno recordar, fueron construidos a partir de la identificación de aspectos que hacen a la organización y funcionamiento del sistema de salud uruguayo, y fueron considerados como no cerrados, o incluso no asumidos por la reforma que instaló el SNIS. Justamente a partir de este último punto es que en algunos casos no se observan posicionamientos claros, o incluso propuestas concretas que hayan sido consideradas públicamente.

Una vez identificados los escenarios más probables, los mismos serán considerados en relación a su impacto en la arquitectura existente, y a la luz de los tipos de cambio institucional gradual, pero de forma agregada por dimensión. Es decir: será la combinatoria de escenarios específicos la que determine el tipo de cambio probable en materia de financiamiento, regulación y provisión. Por supuesto, este ejercicio es puramente analítico, en la medida que las mismas se encuentran íntimamente conectadas.

El ejercicio que viene a continuación tiene por detrás las siguientes preguntas:

- 1- ¿Cuáles son las modificaciones que podrían implicar un cambio de paradigma en el SNIS?
- 2- ¿Qué actores apoyan o se oponen a estos cambios?
- 3- ¿Cuál es el impacto agregado de los cambios más probables? ¿Hay consistencia o contradicciones entre ellos?
- 4- ¿Es posible hablar de una coalición reformista recreada, o por el contrario el gobierno deberá negociar múltiples acuerdos parciales con diferentes socios?

5.1. Cambios en materia de estructura de financiamiento

Si bien esta es la dimensión sobre la cual la primera etapa de la reforma presentó la mayor cantidad de cambios - no sólo cuantitativamente sino también en relación a la envergadura de los mismos - la situación a mediano plazo aun ofrece cierta posibilidad de avance.

Fundamentalmente, el relevamiento realizado arrojó un cambio potencial: la incorporación de nuevos colectivos al FONASA, más allá del calendario fijado por ley, y que finaliza en el año 2016. Dicho movimiento abarcaría tanto a la población de ASSE que actualmente no integra el fondo único - los “no fonaseados”- como a otros colectivos que mantienen esquemas de aseguramiento paralelo como policías, militares y municipales.

La incorporación de estos colectivos implicaría un acercamiento notorio a la efectiva universalización y consolidación del fondo único. Este hecho, además de consolidar mejoras en cuestiones tales como equidad e igualdad, permitiría llevar al esquema de aseguramiento vía seguridad social a su máximo potencial, facilitando en este caso un posible pasaje a un esquema de financiamiento vía impuestos. Dicho cambio, en términos de modelo de sistema de salud, daría cuenta - como fue presentado anteriormente - de un acercamiento a los tipos ideales “Beveridge”, predominantes en las matrices de bienestar de corte socialdemócrata. Uno de los aspectos más importantes de un cambio de este tipo tiene que ver con la sustentabilidad del sistema, fundamentalmente por el hecho de “descolgar” el acceso a los servicios de salud de la pertenencia o no al mercado formal de trabajo.

En los términos de la tipología de cambio institucional gradual, la configuración de este escenario podría, en el mediano-largo plazo, tomar la forma de un cambio por capas, en la medida que no se niegan ni se reforman las reglas existentes - en este caso el calendario de incorporación existente - sino que por el contrario se crean nuevas reglas que operan en los márgenes, permitiendo un salto cualitativo. En este sentido, el movimiento dentro del esquema de Wendt et al sería el de un tipo de financiamiento mixto, con predominio del sector societal (contributivo) hacia un formato donde el actor central sería el Estado (rentas generales).

Ahora bien, ¿cuáles son los actores que promoverían estos cambios? De acuerdo a lo relevado, es necesario separar el proceso en dos vías o trayectorias que no son necesariamente contrapuestas. Como un primer paso, la incorporación de las personas que actualmente son cubiertas por ASSE, pero que no integran el FONASA, y aquellos - relativamente pocos - todavía pagan una cuota mutual de su bolsillo: tanto el Frente Amplio como representantes de organismos públicos (UdelaR y MSP) y actores gremiales (SMU, SAQ y FEMI) serían potenciales aliados. Sin embargo, el escenario cambia un poco cuando la propuesta es avanzar todavía más, e incorporar a otros colectivos como militares, policías y municipales. En este caso, solamente sobreviven al primer acuerdo el MSP y el SMU, pero se suman los usuarios y la FFSP.

Esta configuración de actores parece dar cuenta de la dificultad existente para alcanzar la unificación casi total de los esquemas de cobertura y financiamiento. Estos límites necesariamente constituyen un freno al potencial cambio de paradigma, en la medida que sigue dejando fuera de la coalición de apoyo a importantes actores, tanto públicos como privados.

Pero además, también aparecen otros factores que estarían construyendo fuerzas contrarias a este proceso, sobre todo el mantenimiento de la devolución de aportes FONASA a los grandes contribuyentes. Dicha medida es al mismo tiempo causa del esquema actual de financiamiento y refuerzo del mismo, porque todo avance hacia un esquema impositivo despertaría fuertes resistencias de los actualmente ganadores. La misma aparece en la coyuntura actual como un aspecto casi inamovible, debido al apoyo del partido de gobierno, el principal partido de oposición (Partido Nacional), FEMI, SAQ, Cámara de Seguros Privados, FFSP, FUS y los usuarios.

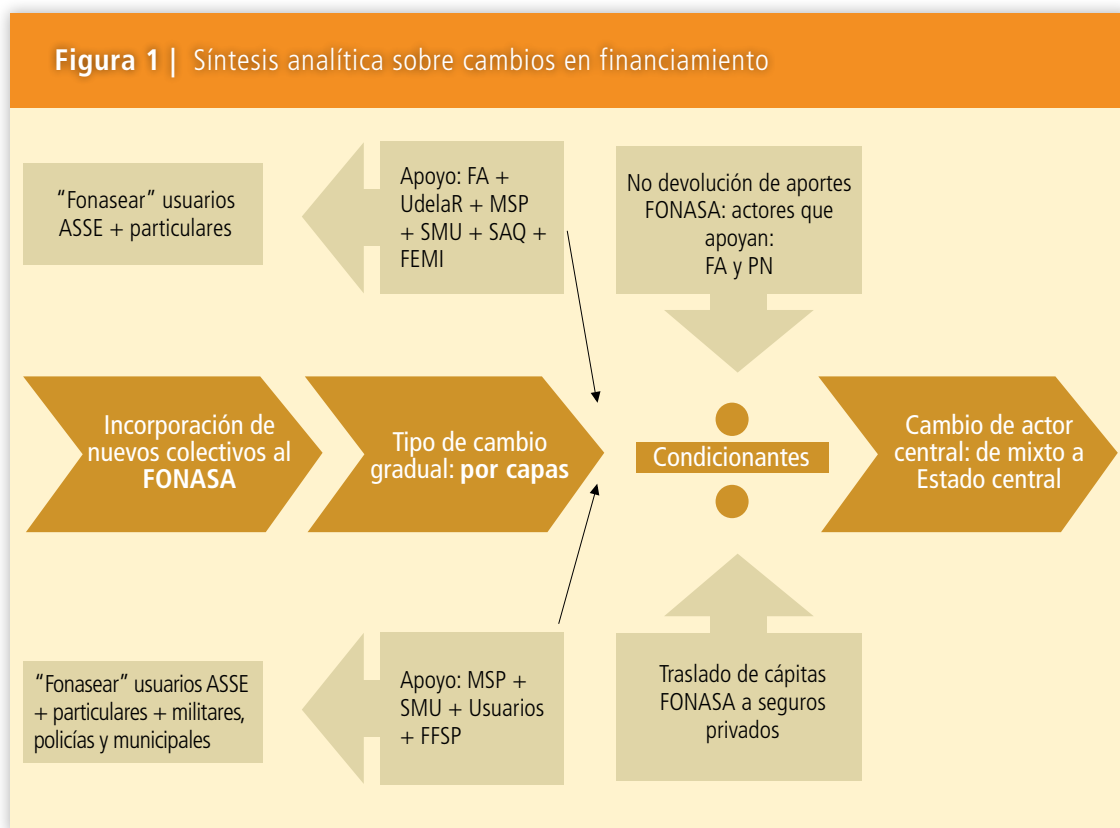
Por otra parte, y en cierta medida vinculado al punto anterior, también podría estimarse que el mantenimiento de la posibilidad de que los usuarios FONASA trasladen su cápita - o más precisamente buena parte de ella - hacia un seguro privado, está dejando abierta la "opción salida" a colectivos muy importantes, no tanto por su cantidad, sino por su peso en términos de recursos de poder. Fundamentalmente se está haciendo referencia a sectores medio-altos que en vez de ejercer su voz para mejorar los servicios brindados en el sector mutual, pueden optar por otro tipo de atención (Hirschmann, 1970).

De nuevo, la permanencia de seguros privados vinculados con el SNIS, compitiendo por cápitas, le agrega resistencias al sistema para unificar, ya sea financiamiento o aseguramiento. Dando cuenta de la tónica general ya mencionada, en este caso la gran mayoría de posicionamientos se orientaron al mantenimiento del statu quo actual, tanto a nivel partidario como gremial.

Finalmente, otro aspecto que podría tener impactos graduales sobre el esquema de financiamiento es algún tipo de cambio en la relación y vínculo entre el FONASA y el FNR. En la medida que el segundo sea en cierta forma "absorbido" por el primero, se estaría consolidando con mucha más fuerza un fondo único de base estatal, y con mayor poder redistributivo. Sin embargo, esta opción parece no tener demasiados apoyos entre los actores relevados, ya que como se presentó anteriormente, si bien existe un eje promotor de esta medida compuesto por el Frente Amplio, el MSP y la UdelaR; el resto de actores que se expresaron sobre el particular (FUS, FFSP, SAQ, Partido Nacional, ASSE, e incluso otros referentes del FA) prefieren mantener la configuración actual.

En definitiva, de existir voluntad política para avanzar gradualmente hacia una transformación del esquema de financiamiento, la estrategia a seguir debería aspirar a generar cambios en diversos aspectos del sistema actual, pero para ello tendrá que necesariamente explicitar un proyecto que aúne esfuerzos y nucleee actores que, de mediar una estrategia "caso a caso", seguramente sería imposible de construir.

La siguiente figura exhibe lo más sustantivo del análisis recién expuesto:



5.2. Cambios en materia de estructura de regulación.

La configuración de la dimensión regulatoria y de rectoría del sistema es también un punto sobre el cual aparecen importantes acuerdos entre los actores. Sin embargo, de acuerdo a los escenarios de cambio planteados parecen emerger ciertas cuestiones que habían sido saldadas en el arreglo constitutivo del SNIS. Estos aspectos (estatus de la JUNASA y actores sociales participando en ámbitos de decisión) en caso de adoptar algunas modificaciones, podrían estar promoviendo un cambio en la arquitectura inicialmente acordada.

Como primer hecho a destacar, aparece la aparente consolidación y sustentabilidad de los instrumentos de participación social construidos con la reforma. Esta afirmación se sustenta en que ningún actor manifestó intenciones explícitas de eliminar estos mecanismos. Por otra parte, la revisión de los posicionamientos en la sección anterior evidenciaba dos grandes acuerdos, que no obstante esconden matices importantes, y por lo tanto impiden agrupar a los actores en una única coalición: el cambio de rol de los representantes sociales y la necesidad de incorporar nuevos actores.

En relación al cambio de rol de la representación social, las propuestas manejadas se orientan a disminuir la influencia de estos actores, ya sea vía otorgamiento de un doble voto a la presidencia de ASSE

por ejemplo, o a través de un cambio en las potestades de los representantes de trabajadores y usuarios, pasando a un esquema de voz sin voto. Sin lugar a dudas, este proceso aparece directamente influenciado por cuestiones coyunturales, como el procesamiento del representante de los trabajadores no médicos en el directorio de ASSE y en año electoral; pero esto no implica necesariamente que existan los acuerdos necesarios para promover un cambio sustantivo en ese sentido.

No queda claro hasta qué punto la adopción o no de cambios en el rol de los representantes puede favorecer o no el ingreso de nuevos actores a estas instancias (fundamentalmente directorio de ASSE y JUNASA). Sobre este punto, dos son los actores que parecen recoger los acuerdos necesarios para obtener mayor participación: representantes de ASSE en la JUNASA, dando cuenta del conjunto de prestadores públicos del país; y representantes médicos, tanto en ASSE como en JUNASA.

Mientras que la incorporación de ASSE en la JUNASA parece que va a ser un hecho en la actual administración, el caso de los médicos no aparece como tan claro, a pesar de que la cantidad de actores favorables a dicha incorporación es relativamente amplia, y el propio peso del actor en el sistema dificulta el mantenimiento de su exclusión, debido a las especificidades técnicas del sector.

Observando exclusivamente a la dimensión de regulación, la composición de actores que integran la JUNASA y su forma de elección se vuelven relevantes en tanto las mismas podrían estar abonando el terreno para arreglos de tipo corporativo o bismarckiano, similares al caso alemán, donde buena parte de la regulación sistémica recae sobre espacios que gozan de fuerte autonomía respecto a las autoridades ministeriales. La concreción de estos movimientos debería venir por el lado de la incorporación efectiva de los médicos, pero también por la fijación de mecanismos de elección de representantes de usuarios y trabajadores que trasciendan la designación política, y al mismo tiempo promuevan lógicas de representación generales y no sectoriales.

Pero incluso si se dieran estos cambios, necesarios pero insuficientes, la consolidación de los mismos dependerían de una tercera medida: el cambio en el vínculo entre la JUNASA y el MSP. Esto se debe a que incluso fortaleciendo el rasgo corporativo de la representación social, la misma no implicaría un cambio en el actor central dentro de la tipología de Wendt et al, a menos que se produjera algún movimiento hacia la autonomización de la JUNASA, que fortalecería el rasgo societal en detrimento del predominio estatal existente.

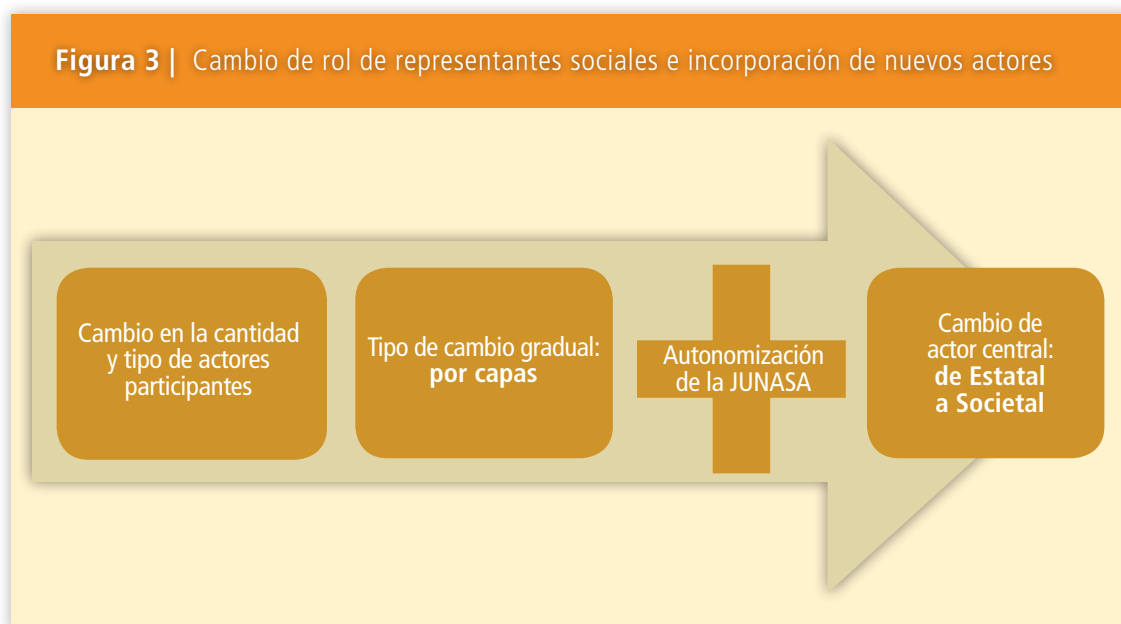
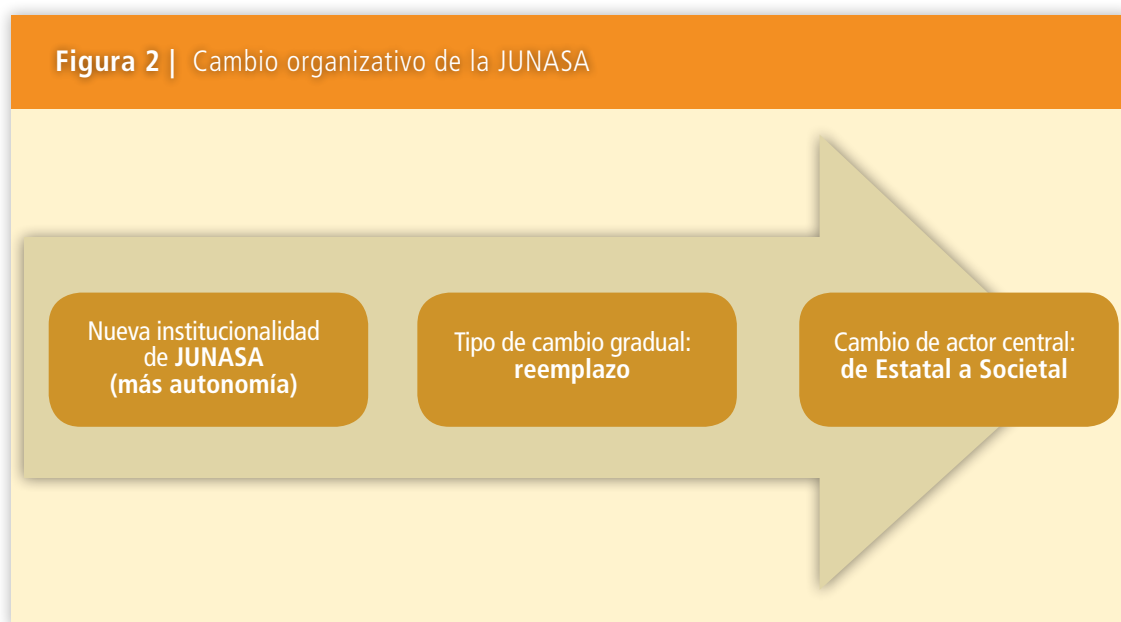
De hecho, esta opción fue manejada en cierta forma durante el proceso de diseño del SNIS, con la consideración de una Superintendencia independiente del MSP. Esta opción parece reflotarse a partir del posicionamiento de autoridades ministeriales, pero también de representantes de los trabajadores no médicos (FUS y FFSP) y de los usuarios. Si bien no se pudieron recoger expresiones de los distintos partidos políticos a favor o en contra de la medida, la información permite instalar el tema como un emergente a ser considerado. Reforzando esta tendencia, únicamente FEMI se posicionó explícitamente a favor de una recentralización de la JUNASA, y ningún actor contactado se mostró partidario de mantener la situación actual.

En definitiva, la confluencia de distintos cambios o ajustes, en principio menor, tendrían la potencialidad suficiente para consolidar un cambio en la estructura existente. Nuevamente, la viabilidad política de estos movimientos no depende de una coalición homogénea, sino que por el contrario, implica escenarios de negociación distintos. Pero además, la consideración sobre este punto también se dificulta como consecuencia de la inexistencia de pronunciamientos claros de los referentes partidarios.

En términos de las categorías teóricas trabajadas, dicho cambio sería una combinación de reemplazo en materia organizativa (nueva institucionalidad de la JUNASA) con cambio por capas en relación

a la cantidad y tipo de actores participantes. En el primero de los casos, la introducción de nuevas reglas necesariamente implica una remoción de las existentes, al tiempo que la incorporación de los médicos y la efectiva reglamentación de las elecciones de usuarios y trabajadores no supondría efectos directos sobre los actores ya integrados.

Las siguientes figuras exhiben lo más sustantivo del análisis recién expuesto:



5.3. Cambios en materia de estructura de provisión.

Como ya se ha mencionado, las cuestiones asociadas a la estructura de provisión y/o al modelo de atención han sido sin lugar a dudas, los puntos sobre los cuales hasta el momento, la implementación del SNIS ha registrado menos avances o transformaciones. A continuación, el análisis estará centrado en los cambios que podrían impactar considerablemente en la configuración de proveedores de servicios de salud dentro del sistema, así como también qué movimientos podrían impactar en el modelo de atención.

En relación a este punto, la disyuntiva que podría plantearse es entre continuar con un sistema que, si bien se encuentra claramente más integrado que en la estructura existente previa a la reforma, todavía presenta fuertes incentivos para la competencia entre prestadores. Continuar por este camino, o avanzar hacia el pasaje paulatino a una lógica de cooperación y coordinación que virtualmente minimice las aristas de competencia por precios y servicios diferenciales entre prestadores, parecen ser las dos grandes orientaciones estratégicas en discusión. Transitar uno u otro camino depende entre otros factores del rol que asuma ASSE como principal prestador público, el tipo de servicios y recursos compartidos por todo el sistema.

Si bien las autoridades de ASSE, tanto a nivel de directorio como de hospital, parecen interesadas en mantener la configuración actual, en el sentido de que el sector asistencial público se reserve ciertas funciones específicas que lo diferencian de los prestadores privados - fundamentalmente de las IAMC -; la gran mayoría de los actores sectoriales -MSP, FUS, SMU, SAQ, UdelaR, Usuarios y las Cajas de Auxilio- consideran necesario avanzar hacia una lógica de competencia en igualdad de condiciones entre ambos subsectores.

En términos de cambio institucional, la lógica que siguen muchos de quienes defienden este planteo es que sin modificar reglas específicas de la competencia por usuario, el avance en términos de condiciones iguales para todos, le permitiría a ASSE mejorar su gestión y calidad asistencial, comenzando así a captar nuevos afiliados provenientes de las IAMC.

Dichos movimientos, supondrían una transformación en la clave de Mahoney y Thelen (2010) debido a que el impacto de las reglas existentes cambiaría a partir de movimientos en el contexto sobre el que las mismas operan. El problema con este escenario es que parece difícil que dichas mejoras se procesen de forma relativamente rápida, y mucho menos que con ellas se diera automáticamente un corrimiento de usuarios hacia el sector público, entre otras cosas debido a las trabas culturales todavía existentes en relación a la atención pública, asociada a la atención de personas de menores recursos con servicios de peor calidad que en el resto del sistema, al menos en Montevideo.

Sin embargo, las mejoras en las condiciones de competitividad de ASSE podrían mejorarse a partir de una serie de cambios por capas que tuvieran impactos en una mejor utilización de los recursos disponibles en el subsector público. Concretamente, la efectiva puesta en marcha de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) consolidaría un polo público asistencial liderado por ASSE, con mayor y mejor capacidad para gestionar los recursos disponibles. Si bien la RIEPS puede avanzar en la integración de servicios públicos que históricamente han estado fragmentados y dispersos, necesariamente debe vincularse a la misma con alguna estructura de coordinación e integración a nivel sistémico, porque de lo contrario, se potenciará la fragmentación ya existente entre subsectores. De gran utilidad en este sentido, aparece la noción de Redes Integradas de Servicios de

Salud (RISS) promovida desde la OPS, pero que en el caso uruguayo, su instalación efectiva parece difícil, a pesar de su aceptación entre diferentes actores estatales.

Otro de los problemas asociados es que la generación de igualdad de condiciones de competencia implica en realidad otros cambios de reglas, por ejemplo en términos de financiamiento. En caso de ser un prestador más, la población usuaria de ASSE debería ser “fonaseada”, determinando que el organismo recibiera un pago por cápita de cada usuario, en oposición a las partidas presupuestales tradicionales como ocurre actualmente. Nuevamente en este punto se plantean dos opciones: que ese pago por cápitas no implique además el derecho al usuario de elegir prestador, o que efectivamente estas personas adquieran las mismas libertades de movimiento que el resto de usuarios del sistema. Mientras que en el primero de los casos se mantendrían ciertos niveles de fragmentación del sistema en términos de cobertura, en el segundo caso los cambios sí podrían ser más considerables.

Así, el reemplazo de la imposibilidad de los usuarios de ASSE que no integran el FONASA por su inclusión en el fondo con la totalidad de derechos asociados, podría terminar consolidando un esquema de provisión netamente societal, con un Estado cubriendo a un mínimo de población, producto del movimiento masivo de personas al sector privado sin fines de lucro. Si se repasan las cifras de los últimos años del período de movilidad regulada (o apertura del “corralito mutual”) y los datos de las últimas encuestas de satisfacción de los usuarios de ASSE ya mencionadas, este comportamiento no parece demasiado improbable dados los cambios señalados.

En definitiva, ninguno de los cambios planteados parece cuestionar la centralidad del mutualismo en el esquema de provisión del sistema. Dicho esto, la combinación y agregación de avances potenciales en materia de regulación, financiamiento y modalidades de provisión, podría resultar un ajuste tendiente a construir los incentivos necesarios para alcanzar una real integración del sistema, reduciendo al mínimo los puntos de competencia y maximizando la colaboración/cooperación entre prestadores.

Es en este sentido que puede leerse el posicionamiento de los actores entrevistados sobre los mecanismos existentes de formación, distribución y retribución de los recursos humanos médicos del sistema.

De acuerdo a la información recabada, pareciera existir cierto acuerdo entre algunos actores sobre la necesidad de continuar avanzando gradualmente con algunos de los movimientos ya iniciados, como por ejemplo, la ampliación de cupos para la formación de ciertas especialidades que necesita el sistema actual. Dichos cambios son considerados graduales, en la medida que, con excepción de la FUS, ningún actor plantea como opción la eliminación de cualquier tipo de cupo, dejando en manos de los propios especialistas, cierto control sobre la definición de la cantidad de recursos.

Distinta es la situación con respecto a la distribución en el territorio del personal médico y de los esquemas de retribución existentes. En ambos casos, se observa un gran acuerdo sobre la necesidad de crear los incentivos necesarios para alcanzar una mayor presencia de ciertos especialistas médicos en todo el territorio nacional -MSP; SAQ; UdelaR; FUS; FEMI; ASSE; PN- y al mismo tiempo la introducción de un laudo salarial único a nivel de Consejo de Salarios -FA; ASSE; MSP; UdelaR; SMU; FEMI; FUS; SAQ-.

Como se mencionaba anteriormente, la concreción de estos cambios, sumado a la progresiva implantación de los cargos de alta dedicación; tenderá a consolidar una estructura de provisión más homogénea entre los diferentes prestadores, para gradualmente transformar un sistema fragmentado en uno integrado. Pero este potencial de cambio y la cantidad de actores que aparecen como apoyos probables a las medidas no inhibe la existencia de posibles actores de veto, sobre todo desde el punto de vista empresarial, que pueden ver a estas mutaciones como formas de intromisión en su libertad de gestionar, y buscan mantener la estructura de competencia existente: fundamentalmente las IAMC's de Montevideo y el interior del país.

La siguiente figura exhibe lo más sustantivo del análisis recién expuesto:



5.4. Recapitulación: ¿Hacia dónde puede ir el SNIS?

Intentando responder las interrogantes planteadas al inicio de esta sección, en líneas generales se puede advertir que no existen posicionamientos demasiado divergentes entre los actores entrevistados, sobre la gran mayoría de los temas y escenarios planteados. Como complemento de esta apreciación, los posicionamientos identificados en este estudio tienden en cierta medida a evidenciar algo así como un nuevo consenso en los aspectos más estructurales del sistema. En definitiva, pareciera que luego de introducidas las principales novedades el inicio de la reforma, los diferentes actores se adaptaron rápidamente a los mismos, construyendo así un nuevo statu quo, con todas las dificultades asociadas a su transformación que identifica la literatura de

cambio institucional. Este hecho confirma la necesidad planteada en este trabajo de observar especialmente aquellas alternativas de cambio gradual, para poder determinar la orientación final de las transformaciones o persistencias en las dimensiones analizadas.

Como se fue observando a lo largo del presente capítulo, los diferentes tópicos planteados contienen en algunas de sus alternativas el potencial de promover en el mediano plazo ciertos cambios en las estructuras actualmente dominantes. Este primer reconocimiento es muy importante, en la medida que habilita un análisis que no queda preso de determinismos históricos ni institucionales: los actores, incluso en contextos de múltiples vetos y constreñimientos, poseen márgenes de acción. A modo de ejemplo pueden citarse la inclusión de nuevos colectivos al FONASA tendiendo a su universalización, o la reconfiguración de la institucionalidad y los actores participantes en los órganos encargados de regular el sistema.

Si bien algunos de los cambios o escenarios planteados no son promovidos explícitamente por ningún actor en particular, los posicionamientos y posturas recogidas permiten reconocer puntos en los que existen acuerdos entre diversos actores, que podrían ser retomados por una coalición que tenga como objetivo profundizar la implementación del SNIS. Entre ellos, podría esbozarse un primer esquema de socios integrado por el Frente Amplio - y más específicamente las autoridades del MSP - la UdelaR - representada por la Facultad de Medicina - los sindicatos no médicos y los usuarios. Estos actores aparecen juntos en casi todos los escenarios planteados como más probables, y por otra parte este dato es consistente con las alianzas históricamente construidas en el sector salud uruguayo.

En un segundo círculo, muy cercano, aparece el SMU en buena medida gracias a la línea interna - FOSALBA - que actualmente dirige este gremio. Por otra parte, si bien es cierto que en diversos escenarios aparecen otros actores dentro de los defensores de las propuestas “mayoritarias” como FEMI o incluso el Partido Nacional, dicha cercanía opera sobre todo en aspectos sobre los cuales existe un consenso sistémico como es el problema de la radicación de médicos en el interior. En otros casos, más complejos, generalmente el acuerdo viene por el lado de reconocer la necesidad de actuar, pero el mismo se diluye a la hora de plasmar propuestas concretas. Este es el caso del rol de la participación social, donde explícitamente estos actores plantean reducir su incidencia en los procesos de decisión.

Por otra parte, es importante precisar que también aparecen ciertos consensos sobre arreglos - históricos o producidos durante la reforma actual - que parecen tener larga vida, y que explícitamente no se piensan cambiar. Concretamente se está haciendo referencia a la centralidad del mutualismo en la provisión, el rol ambiguo de los seguros privados, tanto en términos de provisión como de regulación y financiamiento; y los recortes a la capacidad redistributiva que significa la devolución de aportes al FONASA.

En definitiva, luego de una primera etapa reformista donde se podía apreciar o identificar una “gran coalición” promotora, básicamente gracias a un diseño y una coyuntura que le permitieron al gobierno ofrecer ventajas o ganancias a todos los actores; la segunda etapa, con una agenda pendiente mucho más diversa y compleja, con potenciales perdedores más claros: necesariamente debe construir otro tipo de coalición. Por este motivo, buena parte del futuro del sistema de salud en Uruguay depende de los socios con los cuales el gobierno pretenda avanzar.

En la medida que se continúe por la línea de incorporar a la mayor cantidad de actores, el potencial transformador de los cambios se verá seriamente limitado, debido a que muchos de las mutaciones repasadas en este estudio implican necesariamente movimientos en términos de estructura y recursos de poder. Por ende, en este caso a mayor amplitud de la coalición, menores bloqueos pero mayores posibilidades de reproducir el statu quo, adaptándolo.

Por otra parte, la ausencia de un proyecto claro en términos de orientación sistémica, traslada inevitablemente el conflicto y la negociación a un nivel parcial, dimensión a dimensión. Esta lógica de pequeños pasos puede tener la ventaja de inhibir la formación de una gran coalición de veto, pero al mismo tiempo obliga al gobierno a recrear continuamente coaliciones, algunas veces con socios muy distintos, lo que trae asociados mayores costos de transacción. Y en segundo lugar, los resultados parciales no siempre van a tener una orientación común en relación al sentido último que se espera para el sistema. Así, mientras que la universalización del FONASA puede estar generando incentivos para pasar a un nuevo esquema de financiamiento, el mantenimiento de la devolución de aportes parece reafirmar la estructura basada en contribuciones a la seguridad social.

Bibliografía

Barba, C. (2011). La reforma de los sistemas de salud en América Latina: los casos de las reformas tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile. En C. Fidel y E. Valencia Lomelí (Comps.). (Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina. Tomo I. Buenos Aires: CLACSO.

Collier, R. y Collier, D. (1991). Shaping the political arena: critical junctures, the Labor movement and regime dynamics in Latin America. Princeton: Princeton University Press.

Fleury, S. (2001). ¿Universal, Dual o Plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina. En C. Molina y J. Núñez del Arco (Eds.). Servicios de salud en América Latina y Asia. Washington DC: BID.

Freire, J.M. (2006). *El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones*. [On Line]. Disponible en: <http://portal.ugt.org/claridad/numero7/freire.pdf> [Recuperado el 01/12/2015].

Fuentes, G. (2013). *La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2012): impulso reformista y freno de puntos y actores de veto*. [On Line] Disponible en: <http://eprints.ucm.es/23195/1/T34824.pdf>. [Recuperado el 01/12/2013].

García Sánchez, E. (2007). *El concepto de Actor. Reflexiones y propuestas para la ciencia política*. *Revista Andamios*, 3 (6), 199-216.

Hacker, J. (1998). *The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy*. *Studies in American Political Development*, 12 (Spring), 57-130.

Hall, P. (1993). *Policy Paradigms, Social Learning and the State: the case of economic policy-making in Britain*. *Comparative Politics*, 25 (3), 275-296.

Häusermann, S. (2010). *The politics of Welfare State reform in Continental Europe. Modernization in hard times*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hirschman, A. (1970). *Salida, Voz y Lealtad*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Immergut, E. (1992). *Health Politics. Interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kingdon, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Nueva York: Harper Collins.

Maceira, D. (2007). *Actores y reformas en salud en América Latina*. Nota técnica de Saúde N° 1/2007. Washington DC: BID.

Mahoney, J. y Thelen, K. (2010). *Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mahoney, J. (2000). *Path Dependence in Historical Sociology. Theory and Society*, 29 (4), 507-548.

Mesa Lago, C. (2008). *Reassembling Social Security. A Survey of Pensions and Health Care reforms in Latin America*. Oxford: Oxford University Press.

North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo*. [On Line] Disponible en: <http://www.who.int/wbr/2000/es/index.html>. [Recuperado el 05/02/2013].

Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Funciones Esenciales en Salud Pública*. [OnLine] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3175&layout=blog&Itemid=3617&lang=es [Recuperado el 01/12/2015].

Pierson, P. (2004). *Politics in time: history, institutions and social analysis*. Princeton: Princeton University Press.

Pierson, P. (2000). *Increasing returns, path dependence and the study of politics*. *The American Political Science Review*, 94 (2), 251-267.

Pollitt, C. (2009). *Bureaucracies remember, post-bureaucratic organizations forget?* *Public Administration*, 87 (2), 198-218.

Rodríguez Araújo, M. (2011). *Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud*. Tesis de grado en Ciencia Política. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Schmid, A.; Cacace, M.; Götze, R. y Rothgang, H. (2010). *Explaining health care system change: problem pressure and the emergence of "hybrid" health care systems*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35 (4), 455-486.

Steinmo, S. (2008). *What is Historical Institutionalism?* En D. Della Porta y M. Keating (Eds.). *Approaches in the social science*. Cambridge: Cambridge University Press.

Steinmo, S. (2001). *Institutionalism*. en N. Polsby (Ed.) *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Elsevier Science.

Steinmo, S. y Watts, J. (1995). *It's the Institutions, Stupid! Why the United States Can't Pass Comprehensive National Health Insurance*. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 20 (2), 329-372.

Streeck, W. y Thelen, K. (2005). *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Nueva York: Oxford University Press.

Thelen, K. y Steinmo, S. (1992). *Historical Institutionalism in Comparative Politics*. En S. Steinmo, K. Thelen y F. Longstreth. *Historical institutionalism in comparative politics: State, society, and economy*. Nueva York: Cambridge University Press.

Wendt, C. (2009). *Mapping European Healthcare Systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare*. *Journal of European Social Policy*, 19, 432-445.

Wendt, C.; Frisina, L. y Rothgang, H. (2009). *Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison*. *Social Policy and Administration*, 43 (1), 70-90.

Comentario:

Impulsos y frenos
en el itinerario de la política pública de salud uruguaya:
fragmentación institucional,
universalidad y solidaridad atenuadas
y gradualismo reformista

Constanza Moreira

Este excelente artículo compendia algunas virtudes académicas que merecen ser resaltadas. En primer lugar, resulta de una concienzuda investigación llevada a cabo por un equipo de politólogos que se desempeñaron en el marco de un convenio celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Udelar)¹⁵², entre los años 2012 y 2014, con el objetivo de identificar el posicionamiento de diferentes actores del sector salud respecto a posibles escenarios de cambio a plantearse de cara a una segunda etapa de la reforma sanitaria promovida por el Frente Amplio (FA) desde el gobierno nacional. En segundo lugar, revela una extraordinaria economía de pensamiento que ordena antecedentes y desafíos de la reforma en términos de tres grandes dimensiones: financiamiento, estructura y regulación. De este modo, podemos “leer” el itinerario de la reforma y sus desafíos futuros, en cada dimensión elegida (dimensiones que son a un tiempo políticas, normativas y analíticas), y luego ver el esquema final donde las mismas confluyen. Finalmente, el artículo proyecta escenarios de futuro verosímiles, a partir del poder relativo y posicionamiento de los actores, lo que deja a cargo del lector, dependiendo de su envergadura (estudioso o actor del proceso de cambio) la tarea de continuar investigando, o sumar fuerzas en alguno de los escenarios proyectados.

La siguiente reflexión se ordena en dos campos: el del análisis político global de la construcción del SNIS y sus “frenos” en el período actual, y el del comentario de algunas de las dimensiones y variables analizadas; en clave de tres principios sustanciales de la reforma: universalidad, integralidad, participación.

Una reforma largamente esperada

La idea de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) no comienza con el gobierno del FA, sino mucho tiempo antes. Estaba ya proyectada en la instancia de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO) en 1984, a la salida de la dictadura cívico-militar, como una de las más importantes reformas que la democracia uruguaya de la

¹⁵² | El convenio entre la OPS y la UdelAR también incluyó otro estudio llevado adelante por el Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y de la Administración.

“tercera ola”¹⁵³ debería acometer, y quedó “en carpeta” durante la larga década que el FA debió esperar desde su consolidación como un actor de igual peso electoral que los “grandes” de la política uruguaya (en el año 1994, la votación de blancos, colorados y frenteamplistas se diferenció por menos de 2%) hasta su triunfo en el 2004.

En el ínterin, durante el segundo mandato del colorado Julio María Sanguinetti, se había ensayado un intento de reforma protagonizada por el entonces Ministro de Salud Pública Alfredo Solari (1995-1997) que quedó “trunca” debido a la falta de apoyo parlamentario, al poder de veto de los actores, y a la propia debilidad de la coalición gobernante.

El proceso de cambio en la salud que se inicia en la administración frenteamplista a cargo de Tabaré Vázquez es, sin duda, una “reforma anunciada”. Dos factores tienden a volverla irresistible: el hecho de que el gobierno tuviera mayoría parlamentaria propia para aprobarla y la crisis generalizada del mutualismo, con el quiebre de muchísimas mutualistas pequeñas, y el desborde asistencial en el sector público.

Durante el mandato de Tabaré Vázquez, la política pública de salud delineó su principal estrategia, y consiguió ser aprobada. En el segundo gobierno del FA, a cargo de José Mujica, sin embargo, buena parte de la reforma tuvo que ser implementada. La incorporación de nuevos contingentes de trabajadores, la gestión de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), los desafíos de la regulación, las leyes destinadas a compensar las diferencias entre Montevideo e Interior, fueron una agenda “invisible” que enfrentó no pocos obstáculos. En esta nueva administración de Tabaré Vázquez hay, como señala el artículo, algunos temas pendientes: la universalización completa del SNIS, con la incorporación de los contingentes que faltan, la equidad entre prestadores, la reglamentación definitiva de la participación social en la toma de decisiones, la definición sobre la integración y complementariedad entre prestadores, o la formación de los recursos humanos.

En el artículo aquí comentado, aparecen delineados los posicionamientos respecto a éstas y otras variables en términos de las opciones disponibles y las preferencias de los actores.

Sin embargo, hacia el final, el autor arriesga más señalando que: “En definitiva, pareciera que luego de introducir las principales novedades al inicio de la reforma, los diferentes actores se adaptaron rápidamente a los mismos, construyendo así un nuevo status quo”. La afirmación es perfecta. Estaría tentada de decir que el diseño que triunfó en el primer período de gobierno (durante el cual se dieron las más duras discusiones sobre dinero -financiamiento y poder- estructura y rol del Estado en el sistema), generó rápidamente el status quo que frenó impulsos de corrección, ajustes y profundización de la reforma.

Actualmente, con las restricciones económicas y presupuestales a la vista, parece difícil vislumbrar una perspectiva de transformaciones profundas en materia de salud. La propia administración del sistema conlleva energía, tiempo y recursos de los actores. A modo de ejemplo: los recursos destinados a ASSE y la educación sólo disputaron el privilegio de su priorización presupuestal con la agenda de seguridad ciudadana en el pasado período de gobierno. Salud, educación y seguridad fueron los tres componentes privilegiados del gasto público. A despecho de esto, dos de tales servicios -educación y seguridad- aparecen

153 | *Las “olas de la democracia” (término extraído de Huntington 1991) en Uruguay son fácilmente reconocibles. La primera ola nace hacia 1918 y muere con el golpe de Estado de Gabriel Terra en 1933, y es reconocida por el fuerte impulso modernizador que construyó el país que conocemos. La segunda ola de la democracia surge luego de la reapertura democrática de 1942 y conoce el llamado “período de oro” (el segundo batllismo) y su caída (la dictadura). La tercera ola está caracterizada por el fin del longevo bipartidismo tradicional y la emergencia de un nuevo actor, el FA, cuyo protagonismo en la construcción de un Uruguay moderno, justo, integrado e ilustrado, es hoy indiscutible.*

con complejas y negativas evaluaciones en la opinión pública. En contraposición, la salud nunca apareció entre los temas priorizados en la agenda pública, y en general, la evaluación sobre la reforma a nivel de la opinión pública era positiva. Sin embargo, al igual que con la educación, la evaluación “política” de la gestión de los recursos públicos destinados al subsector público, dista de ser positiva, y las críticas sobre la gestión de ASSE ocuparon las páginas de los diarios durante mucho tiempo. Durante el período pasado, la entonces Ministra de Salud Pública, Susana Muñiz, sólo competía en comparencias al Parlamento con el Ministro de Educación y Cultura. Las dos políticas públicas más importantes, la salud y la educación, aparecieron en el banquillo, no vinculadas al diseño, propósito o finalidades de la reforma, sino a la capacidad de gestión del sector público.

Adicionalmente, tampoco el gobierno cuenta hoy con el vigor político o los consensos necesarios para impulsar grandes transformaciones. Sin embargo, cuenta con sus mayorías parlamentarias propias, y estaría en condiciones de terminar de ajustar muchos de los aspectos que el artículo enumera.

Fragmentación institucional, universalidad y solidaridad atenuada y gradualismo reformista

El autor define de varias maneras al sistema de salud. He elegido para comentar su trabajo tres principios que aparecen opacados o amortiguados, y que hacen al escenario del “impulso y su freno” tan característico del reformismo uruguayo; la fragmentación institucional versus el principio sistémico, la universalidad y solidaridad versus la especificidad y el privilegio, y la participación social versus el monopolio político o estatal de la representación.

Fragmentación institucional versus el principio sistémico

El autor destaca la fragmentación de los recursos, instituciones y hasta del propio conocimiento de los actores, como un rasgo que afecta a casi todo el sistema público uruguayo, pero especialmente a la salud y estimula un sistema de vetos recíprocos, fragiliza la capacidad de consenso (cada actor conoce una parte del sistema) y debilita la capacidad de establecer acuerdos globales.

Dado que el Uruguay eligió un sistema de la salud que combina lo público, lo privado social y lo privado, el principio de integralidad o principio sistémico, es el que debiera regir. Esto supone fortalecer la capacidad del Estado como regulador del sistema, capaz de distribuir incentivos e imponer sanciones, con capacidad efectiva de cumplimiento.

La fragmentación es la que determina los grados de flexibilización del sistema, poniendo límites a la capacidad del Estado de regular, por ejemplo, los precios de las tasas moderadoras. La capacidad de igualar precios para todas las instituciones aparece como una política deseada, sin embargo, a pesar de que este principio de “equidad” se ve reflejado en el documento programático del FA, su implementación efectiva dependerá de la capacidad de presión de las instituciones efectuadas. La práctica “gradualista” tan reconocida como característica del reformismo uruguayo, llevará por consiguiente, a aumentar el valor de las prestaciones topeadas, siempre dependiendo del impacto de ello sobre los recursos financieros de que dispongan las instituciones.

La fragmentación también afecta la capacidad de unificar el Fondo Nacional de Recursos (FNR) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que conlleva, como señala el artículo, “costos administrativos dobles”, entre otros. La falta de consensos aquí es evidente.

La fragmentación afecta también la capacidad de ampliar los objetos de regulación y la propia fiscalización, o tratar distinto a los distintos (efectores). A pesar de que el gobierno cuenta con el apoyo, en general, de sus propias instituciones (ASSE, MSP, UDELAR) y sus contrapartes políticas (Federación Uruguaya de la Salud - FUS, FA), reconoce el peso político de actores que han revelado gran capacidad de presión y veto (Federación Médica del Interior - FEMI, Sociedad Anestésico-Quirúrgica del Uruguay - SAQ, Sindicato Médico del Uruguay - SMU, entre otros).

Universalidad y solidaridad atenuadas

La transformación del esquema financiero de la salud y la creación de un impuesto que genera fondos permanentes y estables para el sostenimiento del sistema, es la clave del éxito de la reforma. Pero en el primer período de gobierno frenteamplista, en plena discusión sobre el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, la introducción de otro impuesto, sin mayores contrapartidas a la vista "salvo para quienes tenían hijos menores de 18 años- pareció, como mínimo, una medida antipática, y que despertaría una gran resistencia política. La devolución de los aportes al FONASA debe entenderse en esta perspectiva, y para buena parte del sistema político, esa discusión ya está saldada. Sin duda, la devolución de los aportes al FONASA genera impactos regresivos, y es altamente dudoso que una población que ya aceptó un "nuevo impuesto" se vea recompensada por la devolución de una parte de sus ingresos, una vez al año. Aunque los argumentos sean altamente entendibles el autor señala, y con razón, las dificultades para avanzar en una solidaridad "plena" en este sentido. De más está decir que esta solidaridad "atenuada" funciona en otros muchos aspectos del sistema tributario uruguayo.

En cuanto a la universalidad, la incorporación de los dos componentes señalados, parece imprescindible. En principio, la incorporación de los contingentes que no están en el sistema es imprescindible a los efectos de desvincular el acceso a la salud con la pertenencia al mercado de empleo y es un principio de la política de salud. En cuanto a los segundos contingentes, creo que el argumento de que "lo que funciona bien hay que dejarlo" no primó para las Cajas de Auxilio que fueron incorporadas al sistema en forma impositiva. Que algunos servicios no se incorporen, no será leído por nadie como una buena solución técnica, sino que dejará al descubierto la capacidad de presión de corporaciones, como en el caso, la corporación militar. De más está decir que en esto, el SNIS repite el mismo problema que tuvo la reforma jubilaria de 1996, que también se pensó "universalista", pero puso al descubierto, finalmente, la capacidad de presión corporativa de los grupos poderosos, frente a otros más débiles, o a los ciudadanos tomados de uno en uno.

La participación social en la conducción del gobierno: ambigüedades políticas

Sin duda, la participación de los trabajadores o usuarios en la conducción de las políticas públicas es, de los aspectos "filosóficos" de la ideología progresista que ha guiado la reforma, uno de los más consistentes y notables. Se aplicó al mismo tiempo en la reforma educativa (que cuenta entre los organismos con la participación de los trabajadores) y en la construcción del SNIS.

Pero este fue uno de los aspectos más controversiales en el pasado período. La demanda permanente de los partidos políticos de participar en la conducción política de estas instituciones se planteó en contradicción, muchas veces, con la participación "social". "Los representantes del pueblo somos nosotros", decían los partidos, y exigían un principio de primacía en la conducción de la salud y la educación. La participación social, mientras tanto, era vista como problemática. El resultado de ello fue la modificación en la pauta original, con el voto "doble" para el Presidente de estos organismos, sin que

ningún precedente complejo, como la sistemática oposición de los trabajadores a las políticas emanadas de los directorios, lo hubiera justificado.

A ello se suman las críticas a la actuación del representante de los trabajadores en ASSE, cuestionado a lo largo de los cinco años de gobierno, y finalmente separado de su cargo.

Mientras los organismos de la educación se someten a una elección multitudinaria (en la última votaron 45 mil docentes) para la elección de sus representantes, en la salud quedamos esperando una reglamentación del Poder Ejecutivo que viniera a impulsar un procedimiento análogo. Sin embargo, triunfó la idea de una representación elegida “internamente”(por el movimiento sindical), dejando a cargo del Poder Ejecutivo la elección de sus nombres. Puestas así las cosas, los trabajadores rehúsan a una parte de la decisión (ser ellos los que elijan el nombre) para impedir un modo de elección que, de algún modo, no quieren adoptar (la elección a padrón abierto). No se vislumbran entonces cambios significativos respecto a la ampliación de la participación, la incorporación de los nuevos actores, o una reglamentación de las elecciones. El status quo habría triunfado aquí, no como resultado de “los otros”, sino de las propias preferencias encontradas dentro de los actores del subsistema que comparten la misma visión estratégica.

En síntesis: el artículo aquí comentado es una excelente oportunidad de hacer al mismo tiempo una biografía y un mapa de la política pública de salud. La biografía da cuenta de las intenciones reformistas iniciales, sus logros, sus “debes” y sus desafíos. El mapa de cambio en la salud, muestra el entramado complejo de instituciones y actores que tensan la posibilidad de una consolidación y profundización más ambiciosas en términos de los principios de integralidad, universalidad, solidaridad y participación.

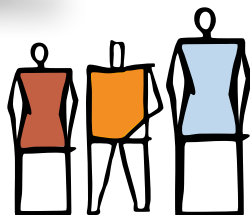
La reforma de la salud es un “hito” en el Uruguay de la tercera ola de la democracia. Ningún intento reformista de la salud había sido tan ambicioso, y había llegado tan lejos. Los indicadores de salud del Uruguay muestran resultados auspiciosos, en (casi) todos sus frentes. Y pocos quedan ya que recordemos que el sistema uruguayo, al borde del colapso, estuvo sometido a tentaciones de privatización de todo tipo.

Reconociendo estos logros, debemos destacar que aspectos más profundos del sistema quedan aún en él debe: la formación de los recursos humanos, la descentralización de los recursos en el territorio, y la efectiva y equitativa integración de los subsectores poniendo centro en el usuario, son algunos desafíos centrales. Mientras tanto, y apenas a modo de opúsculo, el sistema de salud sigue siendo una institución fragmentada que pone a prueba la capacidad de los usuarios y sus familiares, de abrirse paso en un laberinto muchas veces inhóspito, incomprensible, y donde el logro de una atención “integral” y en tiempo, quedan libradas a distintas capacidades intelectuales, políticas y económicas de usuarios y familiares. Como aún reza la Constitución: el Estado sólo debe responsabilizarse por la salud de los pobres. Para cambiar este paradigma, arraigado en la cultura asistencial uruguayo que lo confirma, será necesario años, formación, política, y tomar algunos riesgos. Algunos riesgos más.



VII. Incentivos a la eficiencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Ida Oreggioni



Artículo resumen del documento “Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay”. Victoria Arbulo, Gimena Castelao, Ida Oreggioni, Juan Pablo Pagano. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2014¹⁵⁴

El camino hacia la cobertura universal en salud puede verse facilitado en la medida en que los sistemas sean capaces de identificar sus ineficiencias e intentar subsanarlas, liberando de esa manera recursos que permitan ampliar tanto la cobertura poblacional como el conjunto de prestaciones a las que la población tiene acceso, mejorando la protección financiera de la población de menores recursos económicos e incentivando el acceso equitativo a la atención en salud.

Los fundamentos explícitos de la política pública de Salud que se viene implementando en Uruguay desde del año 2005, priorizan los objetivos de equidad, protección financiera y cambio de modelo de atención reglamentando el derecho a la protección de la salud de la población. La ley 18.211 de diciembre de 2007 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Seguro Nacional de Salud (SNS) establece como uno de sus principios rectores “la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales”. A su vez, en la misma ley y en el capítulo del seguro, se establece que: “El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.” Las políticas y regulaciones elaboradas en el contexto de la reforma impactan sin lugar a dudas en la eficiencia del sistema.

154 | El presente artículo recoge mayoritariamente la redacción textual del documento original. El resumen y las modificaciones del texto necesarias para su versión final cuentan con la aprobación de los autores. Algunos datos fueron actualizados.

El trabajo busca establecer los vínculos entre la batería de políticas implementadas a partir de la construcción del SNIS y los incentivos a las mejoras de eficiencia del sistema que las mismas generan. El documento se articula en torno a aquellos ejes donde se identificaron acciones que se espera tengan impactos en los niveles de eficiencia del sistema: institucionalidad y gobernanza, mecanismos de pago, recursos humanos, tecnologías sanitarias y provisión de servicios de salud.

El análisis de institucionalidad y gobernanza muestra los cambios en las estructuras y procesos utilizados para regular, dirigir y controlar el sistema. En cuanto a los mecanismos de pago se analizan las modalidades utilizadas por el SNS, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). En el caso de los recursos humanos se describen algunas características del mercado laboral que repercuten en el uso ineficiente de los recursos y las políticas desarrolladas para corregirlas. Dentro de las tecnologías sanitarias se estudia la capacidad instalada y utilización de un grupo seleccionado de tecnologías así como los avances en materia de medicamentos. Sobre la provisión de servicios el énfasis se sitúa en la complementación de servicios entre prestadores del sistema de salud.

1. Incentivos a la eficiencia en los sistemas de salud en general.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 de la OMS, en particular en el capítulo referido a la eficiencia de los sistemas de salud, se reseñan diez fuentes principales de la falta de eficiencia que incluyen a los medicamentos, la producción de servicios de salud, los recursos humanos, las intervenciones en salud y a problemas como la corrupción y el despilfarro de recursos. Se estima que existe entre un 20% y 40% de desperdicio del el gasto total en salud explicado por ineficiencias.

A su vez, en el informe elaborado para la OMS por David Evans (2010) se delinearán alternativas de mejora en la eficiencia de los sistemas de salud con el objetivo de avanzar hacia la cobertura universal. Se destaca que muchos de los avances que puedan realizarse dependerán crucialmente de los niveles de gobernanza de los sistemas de salud. Se necesita un fuerte liderazgo de los agentes de gobierno en el sentido de orientar los sistemas de una manera inclusiva y equitativa. Se proponen asimismo un número de herramientas de política para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos para la salud en varios frentes: controlar los insumos relacionados con las intervenciones en salud, administrando la provisión y realizando intervenciones relacionadas con los mecanismos de compras. El documento también realiza una reseña de diferentes intentos por identificar y cuantificar las ineficiencias de los sistemas de salud de diferentes países en cada una de las dimensiones identificadas como claves.

Eficiencia en salud

En términos generales el concepto de “eficiencia” se refiere a la mejor utilización de recursos o insumos en la producción material de bienes y servicios. En este contexto es que surgen los conceptos de eficiencia técnica y eficiencia asignativa. El primero se centra en la maximización del nivel de producción para un nivel determinado de utilización de insumos o recursos (o minimizar la utilización de insumos para un nivel determinado de producto), mientras que el segundo se refiere a algún tipo de asignación óptima de recursos que refleje las preferencias de la población o sus necesidades.

Cuando adoptamos la perspectiva del sistema de salud en su conjunto, hablar de eficiencia implica mucho más que la mera minimización de costos o maximización de la producción de

las instituciones que lo conforman. La producción de una mayor cantidad de servicios de salud o cuidados médicos no representa un objetivo en sí mismo sino que estos conforman un producto intermedio o un insumo para la consecución de los mayores niveles de salud posibles para la población. Por lo tanto, para analizar la eficiencia desde este punto de vista es necesario disponer de algún conjunto de indicadores que reflejen los resultados en salud a nivel del conjunto de la población. Siguiendo a Hollingsworth y Peacock (2008), existen varias alternativas para medir este tipo de resultados: se pueden tomar indicadores biométricos, de sobrevivencia y medidas de calidad de vida, entre otros. El problema empírico con este tipo de enfoques, es que muchos de éstos indicadores son el resultado de un conjunto amplio de factores dentro de los cuales las intervenciones y políticas de salud pueden tener un impacto menor e incluso difícilmente cuantificable. Es decir, ¿es correcto afirmar que el sistema de salud de determinado país es más eficiente porque utilizando la misma cantidad de recursos per-cápita que otro, se observa una mayor esperanza de vida al nacer? ¿Es la esperanza de vida al nacer el mejor indicador de salud de una población? Además, ¿es la esperanza de vida al nacer un resultado exclusivo del sistema de salud y de la manera cómo funcionan las instituciones que lo componen?

Entonces, cuando pensamos en intervenciones o planes dirigidos a mejorar la salud de la población se puede entender la eficiencia técnica como aquella situación en la cual las intervenciones de cuidado de la salud para atender diferentes patologías o situaciones se desarrollan utilizando la menor cantidad de recursos posibles. La eficiencia asignativa se define como aquella situación en la cual los recursos en salud a nivel del sistema son asignados en su mejor uso posible, tomando en cuenta las necesidades de salud de la población, de forma que no es posible lograr mejores resultados en el estado de salud de la comunidad. El rol de los estados en general y de los ministerios de salud en particular, es crucial a la hora de determinar cuáles son las prioridades.

2. Incentivos a la eficiencia en la implementación del SNIS.

2.1. Gobernanza y nueva institucionalidad del SNIS

La reforma del sistema de salud uruguayo iniciada en el año 2005 implicó cambios políticos e institucionales que viabilizaron la adopción de un conjunto de medidas tendientes a construir el SNIS. Se trata de un proceso complejo en constante evolución que implica la incorporación permanente de cambios tanto a nivel de las organizaciones prestadoras de servicios de salud, como de sus trabajadores, de los propios usuarios y del regulador, en particular el Ministerio de Salud Pública (MSP). El cambio del modelo de atención hacia uno que garantice el derecho a la salud a través de una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) requiere de profundas transformaciones en diversas dimensiones, afectando conductas, costumbres y también intereses.

La nueva institucionalidad y gobernanza del SNIS pretendió dar un marco para la interacción entre todos los actores involucrados en el sistema de salud, promoviendo la participación y estableciendo las reglas de juego en base a las cuales se toman las decisiones y luego se implementan y evalúan. La gobernanza puede ser entendida como un proceso que ha ido variando en función del grado de avance de implementación de la transformación del sistema. Los mecanismos de regulación aplicados también tienen su dinámica propia, intentando avanzar hacia los objetivos de construcción del SNIS y adaptarse a los cambios, buscando los incentivos adecuados, pero no siendo ajenos al accionar de los diferentes actores y sus intereses. La dinámica de la regulación incide en la conducta de los actores, y éstos a su vez inciden en la forma en que la misma va cambiando.

La institucionalidad creada con la Ley Nº 18.211 habilita una determinada modalidad de gobernanza, en la cual la participación social de los actores en los diferentes niveles de organización del sistema es un componente principal. De esta forma se dan espacios para que los trabajadores del sector salud, sus usuarios y los prestadores, participen tanto en la elaboración de políticas como en su implementación y posterior control. Setaro (2013) plantea que “La reforma incrementa los controles públicos, a través de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), con el propósito de establecer una lógica de funcionamiento diferente dentro del SNIS, que limite la competencia mercantil y se oriente por la cooperación y la complementación asistencial” (p.2).

La JUNASA es un organismo desconcentrado del MSP que administra el SNS y es responsable de la articulación del SNIS. Está compuesto por siete miembros, cuatro de ellos son integrantes del Poder Ejecutivo (dos de los cuales pertenecen al MSP, uno al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y otro al Banco de Previsión Social (BPS)), un representante de los trabajadores del SNIS, un representante de los usuarios, y uno de los prestadores contratados por la JUNASA. La compra del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) para la cobertura en salud de la población beneficiaria del SNS se realiza a través de la firma de los Contratos de Gestión que luego serán controlados y monitoreados por el MSP y la JUNASA. Las responsabilidades de administración del SNS, incluye la emisión de las órdenes que habilitan al FONASA a pagar cápitas ajustadas por edad y sexo y por cumplimiento de metas a los prestadores integrales contratados. El FONASA es administrado por el BPS, máxima autoridad en materia de seguridad social, recogiendo la experiencia histórica de administración de los seguros de enfermedad por parte de este organismo.

Una de las hipótesis testeadas en el trabajo de Setaro (2013) establece que “la política de reforma del sector salud se monta sobre los dispositivos institucionales que el sistema de salud ha desarrollado históricamente, progresivamente, para la gobernanza sectorial. La reforma combina dosis de innovación con altísima continuidad de los dispositivos de Gobernanza sectorial” (p.16). Se conforma una nueva relación entre el estado, el mercado y la sociedad.

El surgimiento de la JUNASA en el año 2008 introduce en la modalidad de gobernanza al modo de clan, mediante la incorporación de representantes sociales en el gobierno del SNIS. Este hecho quita espacio al modo de gobernanza de mercado, pero por otro lado se fortalecen los mecanismos regulatorios a través de incentivos económicos a los prestadores. La vocación de construcción de objetivos, valores y visiones comunes fundamentados en la concepción de la salud como un derecho humano fundamental en el marco de este organismo, se complementa con su incidencia en la definición y control de los mecanismos de regulación que incentiven acciones transformadoras en línea con los objetivos del SNIS. La sinergia entre ambos modos de gobernanza promueve la transparencia y la rendición de cuentas aportando a una toma de decisiones informada y participativa, en la cual los incentivos económicos redunden en un uso más eficiente de los recursos.

La asignación de los recursos destinados a la cobertura en salud de más de las dos terceras partes de la población, está condicionada entonces por el cumplimiento de los Contratos de gestión. El ejercicio de la función de compra de forma estratégica, habilita la incorporación de incentivos al cambio en el modelo de atención y a una gestión más eficaz y eficiente de los recursos. Sin embargo los contenidos de los contratos son producto de la interacción entre los diferentes actores representados en la JUNASA, cuya capacidad de incidencia no es homogénea sino que reproduce las relaciones de poder de la sociedad. La cooperación y la complementación asistencial son principios de la reforma que deben ser fomentados a través de la JUNASA, y que también se enfrentan a diversos intereses y lógicas de

mercado presentes en mayor o menor medida fundamentalmente entre los prestadores, pero también en otros actores. Es indudable el impacto potencial de estas medidas en un mejor aprovechamiento de los recursos limitados, evitando duplicaciones y aprovechando economías de escala.

La normativa del SNIS vigente desde el año 2008 prevé adicionalmente la creación de Juntas Departamentales de Salud y Juntas Locales (o Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales), también con participación social, en este caso con representaciones más amplias de los actores involucrados en la atención en salud en el territorio. Las Juntas Departamentales de Salud, conocidas como JUDESAS, tienen como cometido fomentar la participación activa y funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tienen carácter vinculante. Fueron conformándose gradualmente en los 19 departamentos del país luego de su reglamentación en julio de 2011, culminando el proceso en diciembre de 2013 con la instalación en Montevideo. El decreto reglamentario del año 2011 destaca el papel de dichos Consejos en la promoción, observancia y el “desarrollo de los principios rectores y objetivos del SNIS, así como para el mejor conocimiento de las realidades y necesidades locales en materia de salud, por lo que sus informes y propuestas deberán ser tratados prioritariamente por la JUNASA”. También les corresponde facilitar la evaluación del cumplimiento de los Contratos de gestión en sus territorios y en particular les compete promover el buen relacionamiento y los acuerdos de complementación entre los prestadores.

Las responsabilidades del Estado en la regulación del sector, incluyendo sus competencias y los mecanismos utilizados, experimentaron importantes cambios que debieron acompasar las transformaciones institucionales y de gobernanza. Entre ellos la articulación de las políticas de regulación económica entre el MSP y el MEF, se ve potenciada por la participación de este último ministerio en la JUNASA, permitiendo un mayor involucramiento con los objetivos sanitarios y una priorización más eficiente de la asignación de recursos. En el ámbito del MSP se crea en el año 2005 la División Economía de la Salud, que pasará a ser el principal articulador en las políticas de regulación de precios del sector, compartiendo con el MEF la responsabilidad en la regulación económica y se trabajará desde ese ámbito en las evaluaciones económicas que justifican el ingreso de nuevas prestaciones al PIAS.

En los Consejos de Salarios que funcionan en la órbita del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), también el MSP y el MEF participan en la elaboración de los acuerdos salariales y de condiciones de trabajo, lo cual permite promover nuevos modelos de trabajo en el sector, más acordes con la estrategia de APS. Desde el MSP, y en concordancia con la importancia crítica de los recursos humanos para el buen desempeño del sistema de salud, se crea la División de Desarrollo y Monitoreo del Personal de la Salud.

La evolución de los modos de gobernanza y los mecanismos de regulación ha sido gradual y constante en el período posterior a la reforma, reflejando cambios organizacionales, sociales y culturales, de maduración de algunos temas y adaptación a nuevas formas de pensar la salud.

El modo jerárquico de gobernanza también está presente en el sistema de salud uruguayo. La permanente tensión entre regulación y libertad en el ejercicio profesional y de gestión de los prestadores limita los avances posibles. La existencia de protocolos y guías de práctica clínica es cada vez más generalizada, incorporando el concepto de “Medicina Basada en la Evidencia”, como así también la estandarización del uso de herramientas de gestión y de métodos de evaluación y monitoreo. Sin embargo, requiere del apoyo decisivo de los profesionales médicos y se enfrenta con resistencias desde la práctica asistencial y administrativa. En particular la organización de Redes Integradas de Atención en Salud basadas en APS, que logre un mayor aprovechamiento de recursos

mediante la coordinación y complementación de servicios, ha sido impulsada mediante mecanismos de gobernanza de incentivos y de clan, con una aún débil reglamentación.

Finalmente, no es posible ignorar que el nuevo modelo de gobernanza que se conforma en el SNIS, lo hace en un contexto político particular, con la llegada por primera vez en la historia de un gobierno de izquierda al país, con mayorías parlamentarias y en el marco de otra batería de políticas que conforman una nueva matriz de protección social promoviendo la participación ciudadana en el diseño y monitoreo de las políticas. El proyecto de cambio del sistema de salud iniciado en el 2005 era parte de la propuesta programática del partido en el gobierno y había sido construido en conjunto con diversas organizaciones sociales, entre ellos los sindicatos de trabajadores de la salud, tanto médico como no médico. El particular modo de gobernanza que se configura en el SNIS ofrece posibilidades y mecanismos para incentivar un desempeño más eficiente del sistema de salud.

2.2. Mecanismos de pago en el SNIS

Los principales mecanismos de pago a proveedores utilizados en los sistemas de salud son: presupuesto, pago por servicio o acto, pago por caso y pago capitolativo. Cada uno de ellos genera diferentes incentivos en el prestador de servicios de salud. El pago por presupuesto es el mecanismo más utilizado, fundamentalmente en los prestadores públicos, y consiste en una asignación global de recursos por un período determinado, en general un año, para brindar atención en salud a una población definida. Suele basarse en un presupuesto histórico ajustado por algún índice de precios, pero sin vínculo con los costos de las prestaciones, el nivel de actividad, y las necesidades de la población atendida. Los incentivos a la eficiencia son en consecuencia bajos, promoviendo una menor utilización de servicios, y alentando a la vez a gastar todo el presupuesto asignado. El pago por servicio o por acto, asigna los recursos según la actividad realizada, cubriendo retrospectivamente todos los costos en los que incurrió el proveedor. Los incentivos son a aumentar el número de actos, sin tener en cuenta su necesidad, favoreciendo la inducción de la demanda, con claros incentivos a la ineficiencia del gasto y donde todo el riesgo recae sobre el financiador. El pago por caso cubre todos los servicios en relación a un paciente, en general asociados a una patología o grupo relacionado de diagnóstico (GRD). Los incentivos negativos de este mecanismo están asociados al aumento de los ingresos hospitalarios vinculados con las patologías definidas para el pago, y con el desestimulo a las acciones de prevención. El pago capitolativo asigna a los prestadores una retribución económica para que brinden cobertura en salud a una población determinada en un período definido, según el gasto esperado de cada individuo. Promueve la asignación eficiente de recursos condicionada a la forma de estimación del pago capitolativo. Estos mecanismos de pago pueden estar acompañados de un pago por desempeño como forma de potenciar las ventajas y suavizar las desventajas de los mecanismos puros.

En el siguiente cuadro se muestran los mecanismos de pago presentes en nuestro país. Tanto la importancia relativa de cada uno así como sus características más relevantes han cambiado como resultado del proceso de reforma.

Los cambios más destacados en los mecanismos de pago a partir del año 2007, son el pago por cápitas ajustadas por edad y sexo y el pago por cumplimiento de Metas Asistenciales que el SNS realiza a los prestadores contratados.

En el año 2008 se crea el SNS en el marco del nuevo SNIS. El SNS se funda sobre las bases de la anterior Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) administrada por el Banco

Cuadro 1 Tipología de mecanismos de pago en el SNS			
Mecanismo de pago	Prestadores/ Financiadores	Previo a 2007	Post reforma
Pago por presupuesto	ASSE	Presupuesto histórico	Presupuesto histórico con importantes incrementos reales
	Hospital de Clínicas		
	Sanidad Militar		
	Sanidad Policial		
Pago por servicio o acto	Fondo Nacional de Recursos (FNR)	Pago de prestaciones de usuarios del Sector Público a partir de Rentas Generales	Sin cambios
	Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	Pagos del FNR a IMAE	Sin cambios
Pago por cápita	IAMC	Cuotas de prepago de afiliados individuales reguladas por el MEF	Cuotas de prepago de afiliados individuales reguladas por el MEF y el MSP
		Cuotas de prepago DISSE calculadas como cuota promedio de cuotas individuales	Cápitales ajustadas por edad y sexo pagadas por el SNS financiado por el FONASA
	Fondo Nacional de Recursos	Prepago por afiliados individuales y DISSE de las IAMC y Seguros Privados	Prepago por afiliados individuales y FONASA de las IAMC y Seguros Privados
	Seguros Privados	Prepago privado por riesgo	Prepago privado por riesgo más cápitales ajustadas por edad y sexo por afiliados FONASA
	ASSE	-	Cápitales ajustadas por edad y sexo pagadas por el SNS financiado por el FONASA
Pago por desempeño	ASSE		Pago por el cumplimiento de Metas Asistenciales
	IAMC		
	Seguros Privados		

Fuente: elaboración propia

de Previsión Social que brindaba cobertura en salud a los trabajadores privados y los jubilados de menores ingresos. Los afiliados DISSE eran aproximadamente 700.000 personas en el año 2006 (21% de la población uruguaya). La importancia de los nuevos mecanismos de pago queda en evidencia al observar la evolución de los afiliados al SNS, afiliados FONASA, cuyo crecimiento respecto al año 2007 es del 226%, alcanzando una cifra de 2.251.362 beneficiarios en diciembre de 2013 (69% de la población del país). A su vez el gasto representa aproximadamente la tercera parte del gasto total en salud del país.

Pago por cápitas

Incentivos del pago por cápitas uniformes previo a la reforma

Con anterioridad al año 2007, el BPS (administrador de la ex DISSE), contrataba solamente a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) para la cobertura integral en salud de sus beneficiarios. El pago a los prestadores contratados era a través de una cápita cuyo valor quedaba determinado en función de la estructura de precios que estas instituciones presentaban para sus afiliados individuales. A su vez, estos precios estaban regulados por el MEF. La modalidad de regulación de precios consiste, hasta la actualidad, en la autorización semestral de un porcentaje máximo de aumento de las cuotas individuales y colectivas. Por otra parte el MEF habilitaba la firma de convenios de afiliación colectivos fundamentalmente con sindicatos y otras organizaciones colectivas. Estos convenios presentaban precios inferiores a los enfrentados por los afiliados individuales además de otros beneficios en precios de tasas moderadoras y de acceso a prestaciones no obligatorias. La cápita que el BPS pagaba a cada IAMC se calculaba como un porcentaje (aproximadamente el 85%) del promedio de los valores de cuotas individuales de cada institución. Por lo tanto se excluían del cálculo los valores de las cuotas de afiliación colectiva. De esta forma existían tantos precios pagados por el BPS como instituciones (41 IAMC en el año 2007).

Como resultado de esta política los precios que el BPS pagaba a las diferentes IAMC dependían de diversos factores, entre ellos, la localización geográfica de la IAMC, determinando su poder de mercado y la posibilidad de aumentar en mayor o menor medida o diferenciar sus precios; la posibilidad de captar afiliados a través de convenios colectivos, ofreciendo condiciones más favorables, sin que esto afectara su ingreso por cuotas DISSE; el riesgo de la población afiliada, incluyendo la proporción de afiliados DISSE, y su política de retención de afiliados. De esta forma en muchos casos la cuota recibida a través de los afiliados DISSE podía subsidiar los costos de atención de la población afiliada en forma individual o a través de convenios colectivos. Los incentivos indicaban la conveniencia de una mayor proporción de afiliaciones colectivas y afiliados DISSE de menor riesgo, y una baja proporción de afiliados individuales pero con elevados valores de cuota que determinaban el ingreso proveniente de la Seguridad Social.

Aquellas instituciones con afiliados de mayor riesgo, y en particular con población más envejecida a través de afiliaciones individuales, que practicaban menor selección de riesgos y aquellas que presentaban valores de cuota menores, eran las más perjudicadas en el momento de percibir los ingresos provenientes de DISSE. A esto se sumaba la inamovilidad de los afiliados DISSE desde el año 2000, lo cual había determinado escasos incentivos para mejorar la atención de esta población e inclusive un racionamiento de las prestaciones brindadas a través del cobro de tasas moderadoras muy superiores a las que enfrentaban los afiliados individuales y colectivos.

La asignación de los recursos provenientes de la seguridad social resultaba entonces ineficiente e inequitativa. No cumplía con el objetivo de asegurar la cobertura en salud de los trabajadores afiliados a DISSE e incentivaba la reducción de costos a través de la selección de población menos riesgosa y el aumento de las barreras al acceso para la población de mayor riesgo. El vínculo del pago recibido con los costos esperados de la población asegurada era inexistente.

Incentivos de las cápitas ajustadas por edad y sexo a partir de la reforma

A partir del año 2007 se habilita a la contratación de ASSE para brindar cobertura en salud a los beneficiarios FONASA que opten por este prestador. Esta medida contribuye a la disminución de las barreras económicas al tratarse de una institución que no cobra tasas moderadoras o copagos y también a mejorar el acceso geográfico de la población debido a la vasta red de servicios que tiene en todo el país.

El pago de una cápita ajustada por riesgo (en este caso el riesgo asociado a la edad y sexo del afiliado) y el pago por desempeño pasan entonces a ser los mecanismos utilizados por el SNS, para conformar la “cuota salud”. A partir de ese momento todas las instituciones reciben un mismo monto o cápita por cada uno de sus afiliados según el tramo de edad y sexo al que pertenezcan y un pago adicional condicionado al cumplimiento de un conjunto de Metas Asistenciales.

Cuadro 2 Estructura relativa de cápitas calculada en el año 2007								
Edad	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	>74
Hombres	6.52	1.9	1.11	1.08	1	2.07	3.99	5.26
Mujeres	5.57	1.79	1	1.43	2.12	2.53	3.47	4.34

Fuente: Elaboración propia

Se define la cápita para el tramo de hombres de 20 a 44 años como la cápita base, y según la estructura relativa anterior se calculan los montos a pagar mensualmente por cada afiliado. El pago da derecho a una atención integral en salud que se explicita en el PIAS que incluye todos los niveles de atención, evitando las ineficiencias que suelen surgir al realizar pagos a proveedores no integrados y que redundan en duplicación de servicios y uso inadecuado de los recursos, además de la fragmentación del proceso de atención con los consecuentes impactos en la calidad de la atención en salud. En este sentido, la integralidad y verticalidad del PIAS aparece como un importante incentivo a la eficiencia en la prestación de servicios.

Con el pago por cápitas ajustadas por edad y sexo se logró disminuir algunas inequidades en los ingresos percibidos por los prestadores, mediante una redistribución según el riesgo de la población afiliada a través del FONASA. Esta situación sin embargo, mantiene incambiada la estructura de precios de cuotas individuales y colectivas de cada institución, con lo cual los subsidios cruzados que antes financiaban los menores valores de algunos convenios tienden a desaparecer provocando ciertos desequilibrios. Un elemento determinante en este análisis es que en forma concomitante con el cambio del mecanismo de pago se inicia un proceso gradual de incorporación de nuevos colectivos al SNS¹⁵⁵. De esta forma, los desequilibrios iniciales que pudieran haber surgido en la estructura de precios de

155 | Ver Arbulo, V., Pagano, J., Rak, G., Rivas, L. (2012): documento “Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud”. MSP. OPS

las IAMC han ido revirtiéndose en la medida en que la mayoría de su población afiliada lo es actualmente a través del FONASA.

La selección de riesgos o desceme es una de las consecuencias esperables de un sistema de pago por cápitas puras o sin ajuste, tal como el que existía con anterioridad al SNIS. La nueva modalidad de pago tiende a eliminar esta discriminación, a lo que deben sumarse otras regulaciones que no permiten rechazar afiliados del seguro y controlan los precios y condiciones de las tasas moderadoras que pueden ser cobradas, tratando de asegurar el acceso según las necesidades de atención en salud y a la vez evitar el riesgo moral, y por tanto propiciando un uso eficiente de los recursos escasos. Otra medida que también contribuyó a mejorar el acceso de la población fue la habilitación de la movilidad de los afiliados FONASA, que actualmente requiere de una antigüedad de tres años en un mismo prestador, sumado a que en todo momento es posible solicitar el cambio hacia ASSE.

Los Contratos de Gestión que la JUNASA firma con los prestadores integrales responsables de la atención integral en salud de los beneficiarios FONASA, es también una importante herramienta que se relaciona con el concepto de compra estratégica, y permite complementar los incentivos de los mecanismos de pago con el control del cumplimiento de determinadas condiciones que promuevan tanto el acceso equitativo como las acciones tendientes al cambio del modelo de atención y de gestión. Las órdenes de pago de la cuota salud (cápita más meta) son realizadas mensualmente por la JUNASA en base a la evaluación del cumplimiento tanto de las metas pactadas como de los Contratos de Gestión.

En resumen, los principales incentivos de la adopción del sistema de pago a través de cápitas ajustadas por edad y sexo, son evitar la selección de riesgos promoviendo un acceso más equitativo a la atención en salud según necesidad, y promover la eficiencia al aproximar el valor del pago a los gastos esperados y justificados. La estimación del gasto esperado eficiente no es una tarea de fácil resolución y depende críticamente de la información disponible para el regulador.

Cálculo de las cápitas del SNS

Las cápitas ajustadas por riesgo intentan aproximar el valor del pago al prestador con el costo esperado de la atención de cada individuo en determinado período. Cuanto más precisa sea la estimación del costo esperado, menor será el incentivo a seleccionar riesgos. La elección de las variables que se utilizan para predecir el gasto asociado a diferentes perfiles de riesgo estuvo determinada por la disponibilidad de información. Se optó entonces por las variables demográficas de edad y sexo, las cuales son las más utilizadas a nivel internacional, reconociendo que aunque son importantes determinantes del gasto presentan limitaciones para la predicción. Sin embargo, más allá de esas limitaciones, la alternativa tiene clarísimas ventajas frente a la opción de cápita pura o sin ajuste.

Es importante destacar la existencia en nuestro país del Fondo Nacional de Recursos para la cobertura de eventos catastróficos, de alto costo y baja frecuencia, que también están incorporados al PIAS. Por lo tanto la cápita que el FONASA paga a los prestadores integrales no los incluye, con lo cual los errores de predicción son menores. El FONASA paga al FNR una cuota de prepago para asegurar esta cobertura para sus beneficiarios.

Los cálculos del gasto esperado se basaron en la información histórica de utilización y de costos disponible para las IAMC para el año 2005.¹⁵⁶ Aproximarse a la demanda futura a través de información acerca del desempeño pasado de las instituciones tiene como principal inconveniente la falta de incentivos a la contención de costos por parte de los prestadores. Este incentivo varía en función de la periodicidad de los ajustes del valor de la cápita. Para las posteriores incorporaciones de prestaciones nuevas al PIAS el criterio adoptado fue necesariamente otro, también prospectivo, pero en el cual las estimaciones de demanda y utilización futura deberán basarse en datos epidemiológicos y de comportamiento, mientras que para los costos se recurrirá a diversas fuentes, entre ellas los costos del sector público.

La estructura de cápitas relativas construida y aplicada a partir del año 2007 ha sufrido modificaciones mínimas como producto de la incorporación al PIAS de prestaciones fundamentalmente de salud mental y salud sexual y reproductiva. Sin embargo se ha continuado con la recopilación de datos anuales de utilización y costos de las IAMC, a través de la planilla Estructura de Costos de Atención en Salud (ECAS), introduciendo cambios que permiten mejorar las estimaciones. A su vez, el principal prestador público, ASSE, está comenzando a reportar estos datos. El seguimiento sistemático de la información que surge de las planillas ECAS da cuenta de cambios poco significativos en los patrones de utilización en los distintos tramos de edad y sexo. Está pendiente definir la periodicidad y metodología con la cual se realizaría un ajuste estructural de los valores de las cápitas. En el marco de la firma de los Contratos de Gestión del año 2010 se acordó la conformación de una comisión con la participación de los prestadores integrales, el MSP y el MEF, que se encuentra funcionando actualmente, y que tiene como cometido la revisión de la metodología de cálculo y ajuste estructural de las cápitas.

Pago por desempeño en el SNS: Metas asistenciales

El mecanismo de pago del SNS a través de cápitas ajustadas por edad y sexo se complementa con el pago por desempeño a través de la fijación de metas asistenciales. Las metas asistenciales constituyen una herramienta de gestión y atención que tienden a impulsar, a través de mecanismos económicos, mejoras en la calidad de las prestaciones y el desarrollo del modelo de atención propuesto en la reforma sanitaria, apuntando a mejorar la salud de la población (JUNASA, 2013).

El pago por cumplimiento de metas comenzó a implementarse en Julio 2007 con la creación de la Meta 1 que establecía como prioridad los programas referidos a la atención del niño y de la embarazada. Actualmente impulsa acciones relacionadas con el control de los niños en los primeros tres años de vida, el control de las embarazadas y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica.

En Julio de 2009 se incorporaron las Metas 2 y 3. Su objetivo es trasladar el marco conceptual de la figura del médico de referencia, considerado como un integrante clave del equipo de salud para la consolidación de un modelo de atención con abordaje integral de la salud en el primer nivel, ofreciendo continuidad y longitudinalidad en los cuidados. La Meta 2 se inició mediante la adscripción de usuarios a los médicos generales, de familia, pediatras y geriatras de la institución. En el caso de la Meta 3, se solicitaba la entrega del carné del adulto mayor a los usuarios mayores 65

156 | Para una explicación más detallada de la metodología de cálculo ver: MSP, 2010 b.

años¹⁵⁷. En el año 2010 ambas metas incorporan la consulta del usuario con su médico de referencia, estandarizando las consultas preventivas. En el año 2012 se agrega el seguimiento de una pauta temporal de controles. En el año 2013, se incorporan actividades de promoción en salud y elementos cualitativos sobre los indicadores informados¹⁵⁸. Los cambios que se han producido en las metas 2 y 3 fortalecieron la figura del médico de referencia generando el escenario apropiado para la creación de la Meta 4.

La Meta 4 estimula la creación de cargos de alta dedicación en las instituciones de salud, en medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina intensiva de adultos y pediátrica y neonatología y medicina interna, acordados en el consejo de salarios en noviembre de 2012. Una de las novedades de los nuevos cargos es, además de la alta dedicación horaria, que en su propia definición consta la existencia de una población de referencia del médico. Esta herramienta se combina con otra modalidad de pago por desempeño aplicada a los médicos y acordada con el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) en los Consejos de Salarios, con la participación del MSP, el Ministerio de Trabajo (MTSS) y el MEF.

Los resultados esperados del pago por cumplimiento de metas asistenciales se relacionan con la calidad y la eficiencia de los cuidados. Se incentivan cambios organizacionales, en los procesos, y también culturales, que son parte de la estrategia hacia un nuevo modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud. Existe abundante evidencia internacional en cuanto al impacto de los cambios que se promueven en los resultados de salud de la población, ya sea a través de un mayor desarrollo de actividades de promoción y prevención, de impulso al cambio del modelo de trabajo médico, como así también otros impactos indirectos como el desarrollo de los sistemas de información en salud. Las metas asistenciales pueden evaluarse en dos dimensiones: analizando su impacto en los resultados sanitarios, y evaluando como han afectado los procesos de atención y gestión de las instituciones. Una dificultad que presenta evaluar los impactos sanitarios, es que en general no pueden medirse en el corto plazo, y a su vez aquellos impactos que podrían ser medidos, suelen ser tener múltiples causas, siendo difícil establecer si los resultados se deben únicamente a la incorporación de las metas.

Las acciones promovidas por las metas asistenciales se cuantifican a través de indicadores de proceso basados en la evidencia disponible sobre su impacto positivo en los resultados en salud. A través de visitas a las instituciones y cuestionarios a sus administradores, el Ministerio de Salud Pública se propuso analizar aspectos cualitativos, observando posibles transformaciones en la forma de trabajo, en los protocolos y en la cultura organizacional. La mayoría de los prestadores de salud consideran que la implementación de las metas asistenciales ha generado cambios en los procesos de la institución, siendo en los sistemas de información, en el rol del personal de registros médicos, en el registro en las historias clínicas y la generación de equipos de violencia doméstica, las áreas en las que el impacto ha sido mayor. Se destaca la transformación y perfeccionamiento del sistema informático, dando lugar a una mayor y más oportuna disponibilidad de información, generando la posibilidad de realizar diagnósticos de salud actualizados que contribuyen al seguimiento de los controles de la población afiliada. En este sentido el mecanismo incentiva la inversión en estructuras

157 | Instrumento portátil que resume la situación global socio sanitaria y facilita el acceso y contacto con efectores de salud en cualquier nivel de atención.

158 | Durante el 2013 se solicitaron informes sobre las características de la población y sus médicos de referencia; análisis de cambios en los sistemas de información para jerarquizar la figura de médico de referencia y el control según pauta; relación médicos de referencia y cargos de alta dedicación. Procedimientos de referencia y contrarreferencia. Resolutividad. Médico de referencia y Equipo de referencia. Relación médico de referencia-carné de salud laboral.

administrativas y tecnologías de la información además de en los propios procesos, permitiendo desarrollar un servicio más eficiente que se nutre de un análisis más oportuno y completo de los datos. Desde FEMI se reconoce que “la introducción del sistema de pagos por metas ha provocado en las empresas del sector un interés por aspectos epidemiológicos hasta el momento escasamente considerados a la hora de tomar decisiones institucionales. Asimismo las metas han generado en algunos casos alineamientos consensuados en las formas de práctica clínica, sobre todo en pediatría y consecuentemente también han dado lugar a la generación de espacios de confluencia de la mirada clínica y la proveniente de la gestión, habitualmente en tensión, permitiendo la identificación de intereses comunes”. (FEMI, 2013: p. 20)

Con respecto al rol del personal de registros médicos los prestadores destacan el impacto del nuevo sistema de pago en un mayor involucramiento de estos trabajadores en el proceso asistencial. También se han verificado mejoras en el registro en las Historias Clínicas que siguiendo las pautas de los diferentes programas, evidencian la importancia del registro claro y completo de las consultas. Iguales resultados se verifican en el registro del Sistema Informático Perinatal (SIP) y la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB), facilitando la auditoría y el análisis del curso de la salud materno-feto-neonatal a nivel nacional como base para la toma de decisiones informadas en materia de políticas de salud.

Los resultados en los indicadores de metas, muestran importantes avances. En el caso de los controles prenatales, ha aumentado la cantidad de embarazos que cuentan con al menos el mínimo de los controles establecidos en la Guía de Salud Sexual y Reproductiva. En los últimos años, también ha aumentado la cantidad de embarazadas captadas precozmente (antes de las 12 semanas) en el subsector público y privado, lo que permitiría reducir los riesgos materno-fetales-neonatales. En el año 2009 se agregó a la Meta 1, el componente sobre Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño/a (BPA), con un trabajo sostenido por parte de las Instituciones con capacitaciones en la nutrición materna para el cuidado de la mujer en esta etapa y del niño/a hasta los dos años. Esto pudo haber contribuido en el descenso de niños con bajo peso al nacer (menor a 2500 gr). Con referencia a los controles de los niños en el segundo y tercer año de vida, también se ha detectado un aumento en el cumplimiento de los controles establecidos por el Programa de la Niñez. Dado que las metas 2 y 3 implican una reorganización institucional y así mismo un cambio cultural dentro de las instituciones, en los trabajadores y en los usuarios de la salud, sus impactos sanitarios se verán a más largo plazo que los de la Meta 1. Las instituciones han superado en promedio la meta establecida a lo largo de todos los trimestres. A diciembre de 2013, el 45% de la población usuaria se encuentra referenciada y los médicos de referencia representan el 58% del total de médicos generales, de familia, pediatras y geriatras. A su vez el 43% de las consultas realizadas a estas especialidades, fueron realizadas con médico de referencia, por lo que su papel ha ido tomando relevancia en los últimos años (JUNASA, 2013). Con respecto a la Meta 4, a poco más de un año de su inicio, ha avanzado en su objetivo de promover los cargos médicos de alta dedicación acordados en el Consejo de Salarios. A diciembre del 2013, hay creados 84 cargos de alta dedicación, en 18 instituciones del país.

Mecanismo de pago y financiamiento del Fondo Nacional de Recursos

El FNR es una persona pública no estatal que fue creada en el año 1980 con el objetivo de financiar actos médicos altamente especializados y costosos que se realizan en los IMAE, así como medicamentos de alto costo. Las prestaciones con cobertura a través del FNR integran también el PIAS. Sus ingresos presentan fundamentalmente tres modalidades: por una parte los reintegros de los actos médicos que realiza el MEF por los usuarios no contributivos del prestador público ASSE, Sanidad Militar por sus beneficiarios y el Departamento de Especialidades Médico Quirúrgico

(DEMEQUI) del BPS por sus usuarios; por otra parte cuotas de prepago realizadas por las IAMC y otros prestadores privados por sus afiliados particulares y las cuotas de prepago que realiza el FONASA; finalmente ingresos por impuestos afectados y aportes de rentas generales. La modalidad predominante de financiamiento, las cuotas de prepago, representa aproximadamente el 70% de los ingresos del FNR.

La mayoría de los IMAE se desempeñan en el sector privado, y muchos de ellos pertenecen a una IAMC. Esta última situación, si bien existen ciertos mecanismos de control de la gestión de los mismos, genera un incentivo a la inducción de demanda por parte de estas instituciones. Por otra parte también este mecanismo de financiamiento del PIAS puede generar incentivos a la no prevención por parte de los prestadores integrales, en aquellas situaciones en las que los tratamientos y prestaciones son de cargo del FNR. Algunas de estas desventajas de los mecanismos de pago y financiamiento utilizados han sido consideradas como posible explicación del crecimiento exponencial del gasto y de la cantidad de prestaciones financiadas por el FNR en las últimas décadas

Los datos sobre utilización de las prestaciones financiadas por el FNR muestran para el año 2012, una tasa de utilización 60% superior para los usuarios con cobertura privada (IAMC y Seguros Privados). Este resultado señala la necesidad de ahondar en el análisis de sus determinantes.

Cuadro 3 | Prestaciones realizadas por el FNR por tipo de prestador- Año 2012

Cobertura	Prestaciones FNR	Usuarios	Prestaciones FNR cada mil afiliados
Privados	14342	2045300	7.01217425
ASSE	5320	1220111	4.36025903

Fuente: Elaboración propia en base a datos del FNR y del MSP.

Los mecanismos diferenciados de financiamiento para ambas poblaciones pueden estar incentivando diferentes conductas en los prestadores, y por lo tanto provocando desigualdades en el acceso a las prestaciones así como políticas de prevención inadecuadas. El pago por acto en el caso de los usuarios no FONASA del sector público y el prepago tanto para los beneficiarios del FONASA como para los usuarios con financiamiento privado, generan distintos incentivos respecto a la indicación de los procedimientos. La elección del IMAE es libre por parte del usuario, pero es razonable suponer, dadas las asimetrías de información, que pueda ser inducida por el médico o profesional de la salud. Resulta evidente la necesidad de investigar con mayor profundidad los impactos de los mecanismos de pago y financiamiento del FNR sobre la eficiencia, la equidad en el acceso y los resultados en salud. La utilización de los IMAE públicos y privados, en particular en aquellos casos en que existe oferta en ambos sectores, es también un elemento crítico en el análisis de los incentivos a la eficiencia, la calidad y la equidad.

El diseño de la estructura del FNR así como de su gobernanza y mecanismos de pago y financiamiento, no ha experimentado grandes transformaciones desde su creación. Los principales cambios del organismo se relacionan con mecanismos de gestión y control que apuntan una

asignación más eficiente de los recursos.¹⁵⁹ La institucionalidad de este organismo, su estructura y su gobernanza han permanecido relativamente estables desde el año 1993. El órgano superior del FNR es la Comisión Honoraria Administradora integrada con tres representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales es el Ministro de Salud Pública o quien lo represente, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, tres representantes de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva o Asociaciones de Segundo Grado integradas por las mismas, un representante de los Institutos de Medicina Altamente Especializada y un representante del Banco de Previsión Social. La perspectiva y el interés de la oferta tienen una importante incidencia en las decisiones.

El diseño del SNIS y el SNS no consideran la articulación de la nueva institucionalidad y el nuevo rol del MSP y el financiamiento, con el FNR. Parece adecuado indagar sobre los aspectos críticos anteriormente señalados de forma de fortalecer la gobernanza y la coordinación de políticas de acceso también en las prestaciones de alta complejidad.

Financiamiento de ASSE

ASSE es conducido por un directorio integrado por tres representantes del organismo, un representante de los usuarios y uno de los trabajadores. Cuenta con 70 unidades ejecutoras y 800 centros (policlínicas y hospitales) distribuidas en todo el país. Una unidad central es responsable de la definición de las políticas institucionales, incluyendo la gestión de los recursos humanos y las decisiones de inversión. Sus direcciones responden a criterios regionales y de niveles de atención. La Dirección del Primer Nivel de Atención se divide a su vez en metropolitana y del interior. Por otro lado existen también Direcciones del Segundo Nivel de Atención del interior, centros regionales y polos de desarrollo asistencial. Esta estructura organizativa de ASSE podría no estar incentivando la continuidad e integralidad de la atención de sus usuarios así como tampoco la resolutivez del primer nivel de atención. Se trata de una estructura altamente centralizada, que dificulta la toma de decisiones eficientes a nivel local, que respondan a las necesidades epidemiológicas, demográficas y sociales en el territorio. En este sentido se ha priorizado para el futuro inmediato la profundización de la descentralización y el fortalecimiento de las redes de atención primaria. En el año 2005 se creó la Red de Atención Primaria (RAP) de Montevideo, luego transformada en RAP metropolitana, y en la ley presupuestal del año 2010 se crean las Redes de Atención Primaria para los restantes 18 departamentos del país, como forma de fortalecer el primer nivel como puerta de entrada al sistema. En el año 2012 se conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud con base regional (RISS-R). La organización en regiones es la base para un nuevo modelo de asignación presupuestal y a su vez tiene impactos en la gestión de las direcciones regionales y en la dirección política.

2.3. Recursos humanos y eficiencia

A partir del año 2005 comienzan a desarrollarse un conjunto de políticas tendientes a la mejora de las condiciones de trabajo de los trabajadores del sector, tanto en lo referente a los niveles de remuneración como a la descripción de las categorías laborales, sus responsabilidades y derechos. Esta política se lleva adelante teniendo presente la funcionalidad del nuevo modelo de trabajo a los objetivos del cambio del modelo de atención definido para el SNIS.

159 | En <http://www.fnr.gub.uy/publicaciones> FNR están disponibles las publicaciones técnicas, guías y manuales del FNR, así como otros documentos de interés.

Algunas de las características históricas del mercado laboral del sector repercuten en un uso ineficiente de los recursos y dieron lugar al desarrollo de medidas tendientes a su corrección. Entre ellas se destacan el rol que las especialidades básicas cumplen en el modelo de trabajo, la distribución geográfica de los recursos humanos, la existencia de un alto nivel de multiempleo, y los niveles y modalidades de remuneración.

Las especialidades básicas (medicina general, pediatría y ginecología), cumplen un rol fundamental en el modelo de atención basado en una estrategia de Atención Primaria en Salud que se quiere impulsar con la reforma. La longitudinalidad de la atención primaria supone importantes ganancias de eficiencia. Un médico de referencia que cuenta con el registro de la historia del usuario, será capaz de detectar a muy bajo costo factores de riesgo, y actuará como un filtro derivando al usuario a atención especializada una vez que sean justificados los métodos de diagnóstico y tratamiento que éstos utilizarán.

En Uruguay las especialidades básicas presentan la mayor participación en el total de cargos, seguidas por las especialidades médicas. Las IAMC presentan mayor homogeneidad en la distribución de los distintos tipos de especialidades, mientras que ASSE presenta una mayor tendencia a las especialidades básicas y médicas con relación a los cargos anestésico-quirúrgicos. Al analizar Montevideo - Interior, las especialidades básicas tienen un peso mucho mayor en el Interior que en Montevideo. Si se realiza un análisis de las horas contratadas considerando las especialidades que tienen población de referencia a cargo¹⁶⁰, dado que las mismas son relevantes para el cambio en el modelo de atención, se puede argumentar que presentan un peso menor al necesario para el cambio de modelo. Sucede lo mismo si se observa la distribución de horas por nivel asistencial para las IAMC, donde sólo el 20% de las horas se destinan al primer nivel.

Por otra parte, la inadecuada distribución geográfica de los recursos humanos en salud puede afectar la accesibilidad de la población a los distintos servicios sanitarios, con las implicancias en términos de equidad que esto conlleva. A su vez, varios problemas de salud de la población, están relacionados con las inequidades en la distribución de los RHS en el territorio. Lograr planificar la oferta y demanda de los recursos humanos de acuerdo a las necesidades de cada zona es fundamental para un mejor desempeño de los sistemas de salud. La descentralización geográfica implica planificar el sistema desde una perspectiva regional, buscando una asignación y utilización eficiente de los recursos sanitarios (MSP, 2012).

Según datos del 2013, Uruguay cuenta con 82,24 médicos cada 10.000 habitantes en Montevideo y 24,16 en el Interior del país. A su vez en el Interior, existe gran variación según el área geográfica, siendo Artigas, Cerro Largo, Durazno y San José los departamentos con menos cantidad de médicos.

Cuadro 4 Distribución RHS cada 10.000 habitantes, por lugar de residencia. Año 2013			
	Montevideo	Interior	Total
Medicina	82,24	24,16	47,48
Lic. Enf	24,9	11,32	16,77
Aux. Enf	42,57	31,15	36

Fuente: División Recursos Humanos del SNIS.

160 | Medicina general, medicina familiar, Pediatría y Geriatria.

En el trabajo realizado por Katzkowicz, et al. (2011) se concluye que la decisión de los médicos de trabajar en un determinado lugar es afectada por variables asociadas al desarrollo local, a los recursos sanitarios de la zona, y también variables relacionadas a cada trabajador. A su vez se observa que los salarios de los médicos no son explicativos de su lugar de trabajo, dado que los mismos son más altos en el interior del país, por lo que no debería considerarse como el único incentivo para la movilidad.

Cuadro 5 Salario promedio del subsector público y privado por región y brecha Interior-Montevideo según tipo de trabajo.			
	Montevideo	Interior	Brecha I-M
ASO	27.911	26.620	0,95
Enfermería	30.562	26.749	0,88
Médica	48.459	75.682	1,56
Técnicos no médicos	26.763	30.114	1,13

Fuente: División Recursos Humanos del SNIS.
Nota: ASO- Administración, servicios y oficios.

En el año 2010 ASSE firma un acuerdo que incentiva la creación de cargos de alta dedicación en el segundo nivel de atención. Además de definirse la dedicación horaria de estos médicos (cargos de 40 a 60 horas) se establece que deberán distribuirse equitativamente en el área metropolitana y en el interior del país. Se trata de una política de incentivos a radicar los médicos en el interior del país, dotándolos de mayor resolutivez dentro del centro asistencial, lo que llevaría a una reducción de las derivaciones a Montevideo, repercutiendo en un uso más eficiente de los recursos.

Uno de los grandes problemas del sistema sanitario uruguayo es el multiempleo que presenta su mercado de trabajo. Si bien esta característica es propia de todas las categorías laborales, son los médicos quienes presentan mayor multiempleo. En el año 2010, el 61% de los médicos trabajaban en dos o más instituciones, 30% en tres o más y el 13% en cuatro o más instituciones. Dentro de las especialidades básicas, el 53% de los médicos que tienen cargos de policlínica trabaja en más de una institución siendo los pediatras quienes presentan un mayor valor de este indicador (62%). (MSP, 2010)

Cuadro 6 Multiempleo IAMC-ASSE en el año 2010					
Nº de Instituciones/ Categorías laborales	Médica	Enfermería	TNM	ASO	Total
1	39,0%	82,6%	79,9%	96,6%	79,3%
2	30,9%	16,6%	15,7%	3,2%	14,2%
3	16,9%	0,8%	3,4%	0,1%	3,9%
4 y más	13,2%	0,0%	1,1%	0,0%	2,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: División Recursos Humanos del SNIS.
Nota: ASO- Administración, servicios y oficios. TNM- Técnicos no médicos

Algunas consecuencias de este fenómeno son la baja concentración horaria de los médicos en las distintas instituciones, lo que puede ir en detrimento de la atención, y la escasa estabilidad laboral de los trabajadores por ejercer cargos fragmentados (Katzkowicz, et al, 2011).

Los sistemas de remuneración médica existentes en Uruguay son el pago por salario, el pago por acto y el pago mixto (salario fijo más pago por acto). En ASSE y en las IAMC del interior predomina el salario como sistema de remuneración, mientras que en las IAMC de Montevideo, se realiza un pago puro por acto o un pago mixto (MSP, 2010a).

Durante los primeros años de la reforma de la salud se concentraron las acciones en mejorar los niveles salariales del sector, que habían sufrido una fuerte reducción durante la última crisis económica del país, tanto en las IAMC como en ASSE. La recuperación salarial en las IAMC y la convergencia de los salarios de ASSE a los del sector privado, generaron las condiciones para la implementación de políticas tendientes a cambiar los regímenes de trabajo en función de las nuevas prioridades que plantea el SNIS.

En la discusión del laudo médico se distinguen dos momentos: el convenio salarial firmado en 2010 donde se ponen las bases teóricas de la reforma de trabajo médico y el acuerdo firmado en 2012 donde se acuerda generar espacios multipartitos para diseñar el laudo único sectorial para el sector público y privado. El cambio en el régimen de trabajo determina una transformación en la lógica del pago mixto, conservando una proporción del salario fijo con otro pago variable asociado a ciertos resultados en base a una población referenciada.

El nuevo régimen laboral impulsado a partir del año 2012 establece la ampliación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y de revalorizar las especialidades básicas como pilares del cambio de modelo de atención. Lograr una mayor disponibilidad de horas en el primer nivel de atención, resulta indispensable para el cambio de modelo. Si bien las especialidades básicas presentan un número elevado de horas mensuales, no se concentran en el primer nivel de atención. Es por esto que en los cargos de alta dedicación acordados en noviembre de 2012 se establece que deberán comprender horas de urgencia y emergencia, internación domiciliaria, guardia sanatorial, atención domiciliaria, que no podrá exceder el 75% del total de la carga horaria, con horas de atención directa a policlínica (que no podrá ser menor al 20% del total de la carga horaria), visitas a pacientes internados, así como actividades de educación y promoción para la salud y horas de actividades institucionales que no impliquen la atención directa al paciente. En este acuerdo también se definen las actividades para dichos cargos, y en los casos de policlínicas de medicina general, familiar y pediatría se define que en el horario destinado a policlínica, el médico será responsable de la atención longitudinal de su población de referencia y de población que no esté referida a él. También se define que la actividad de policlínica deberá tener un alto componente de promoción de salud con actividades dirigidas a la familia y el entorno. Se espera que la creación de estos nuevos cargos garantice un vínculo efectivo del médico de referencia con sus pacientes referenciados. De esta forma podrá actuar como filtro disminuyendo los costos que implica la consulta a especialistas cuando la misma no es necesaria. A su vez la creación de cargos de alta dedicación apunta a reducir el multiempleo, dado que se trata de cargos con un régimen de 40 o 48 horas semanales. Esta concentración del empleo no solo mejora la calidad asistencial, sino que mejora la calidad del trabajo médico.

Para financiar la transición al nuevo laudo, se crea en mayo del 2014 la Meta 4. Esta meta, se paga a la institución contra la exigencia de nuevos cargos por cantidad de afiliados FONASA, la que irá aumentando de forma progresiva. Su objetivo es actuar como estímulo para que las instituciones reorganicen su gestión de forma de lograr la adhesión de sus trabajadores al nuevo régimen.

Siguiendo a Buglioli et. al. (2002), si se comparan las tres modalidades básicas de remuneración (pago por acto, salario y capitolativo) la modalidad que evidencia un menor incentivo a la eficiencia, es el pago por acto, siguiéndole el pago por salario. El pago capitolativo, entendido como un pago por la responsabilidad sobre una población, es el que presenta mayores incentivos a la eficiencia en la medida en que se obtiene un mayor ingreso si se aumenta el número de adscritos, con incentivos a mantener una población sana, y no aumentando la intensidad de los recursos en cada individuo como sucede en el pago por acto.

Los cargos de alta dedicación definidos hasta el momento son los cargos de medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina interna, medicina intensiva de adultos y pediátrica, y neonatología, y tienen dentro de sus principales lineamientos el cambio en la forma de pago, con una modalidad mixta que puede potenciar las ventajas de cada modalidad y suavizar sus consecuencias negativas sobre la eficiencia y la calidad. El pago por salario genera un incentivo a minimizar costos (esfuerzos o dedicación horaria), dado que los ingresos son fijos y conocidos y a su vez presenta pocos estímulos para el médico dado que no se premia a la eficiencia. Por otro lado el pago variable, traslada al médico la responsabilidad por la eficiencia de la atención, lo que se une a un estímulo a realizar actividades de prevención, mayor continuidad de la atención y un menor uso de recursos.

Es de esperar que el nuevo laudo médico provoque mejoras en la eficiencia del sistema, pero en la medida en que el cambio al nuevo laudo se dará de forma progresiva, los resultados se verán a largo plazo.

2.4. Tecnologías sanitarias y eficiencia

Nos referimos a las tecnologías sanitarias como al conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención en salud de la población.

El PIAS: Prestaciones obligatorias en el SNIS

En el año 2008 se define por decreto una canasta de prestaciones obligatorias para los prestadores integrales del SNIS. El PIAS se convierte en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria, incorporando una lógica de salud como derecho independientemente de la forma de aseguramiento, del monto de los aportes o del prestador elegido. Se ataca entonces a la segmentación del sistema también desde la dimensión prestacional de la cobertura universal, la profundidad de la cobertura.

El catálogo no detalla patologías sino que incluye una lista positiva de prestaciones de todos los niveles de complejidad, preventivos, diagnósticos y terapéuticos, articuladas en torno a Programas Integrales de Salud definidos por el MSP. El PIAS también incluye un Formulario Terapéutico de Medicamentos y prestaciones de alta complejidad financiadas a través del FNR.

De acuerdo a su costo esperado se determinan los valores de las cápitas ajustadas por edad y sexo que el FONASA paga a los prestadores contratados por la JUNASA para dar cobertura en salud a los beneficiarios del SNS.

La selección de las prestaciones incluidas en el PIAS en el año 2008 se basó en aquellas que ya eran ofrecidas tanto por las IAMC como por ASSE, a lo cual se sumó la opinión de expertos. La disponibilidad de financiamiento fue otro importante determinante de las inclusiones.

Con posterioridad al año 2008 se incorporaron al PIAS un conjunto de nuevas prestaciones, fundamentalmente de salud mental y salud sexual y reproductiva. En este caso la iniciativa partió de los respectivos programas pertenecientes al MSP, quienes en cada caso brindaron los fundamentos clínicos, de costo efectividad, así como datos de prevalencia e incidencia, para la posterior evaluación de su costo y financiamiento por parte del Área de Economía de la Salud del MSP y el MEF.

La JUNASA es responsable de garantizar el derecho al PIAS y aunque no participa directamente en su definición técnica, realiza observaciones y articula la consulta previa con los actores sociales. En el Contrato de Gestión que rige entre la JUNASA y los prestadores integrales desde el año 2012 se incluye un acuerdo para el análisis de las nuevas incorporaciones al PIAS. Se establece que cuando el MSP identifique la conveniencia de introducir una nueva prestación, o de modificar o eliminar una ya existente, la decisión debe ser comunicada por la JUNASA a los prestadores para iniciar el proceso de modificación. El MSP debe presentar un informe con los análisis técnicos que fundamentan la incorporación, incluyendo estudios de eficacia y efectividad, protocolos o guías de práctica clínica, análisis de disponibilidad de la tecnología y los recursos humanos necesarios, estudios de costos y de financiamiento. En el caso del FTM, las solicitudes de baja o ingreso de medicamentos se realizan en el MSP y son analizadas por la División de Evaluaciones Sanitarias de la DIGESA. Cuando un medicamento es considerado efectivo frente a otras alternativas terapéuticas, en base a estudios de efectividad clínica y evaluación económica, se considera su incorporación al FTM y sus fuentes de financiamiento en el marco de la Comisión Asesora del Formulario Terapéutico Nacional.

La participación social en el diseño de las políticas es particularmente difícil cuando se trata de la definición de las prestaciones a las que la población tendrá derecho. Están presentes diferentes intereses de los diversos actores y las relaciones de agencia y asimetrías de información complejizan la toma de decisiones. Las restricciones presupuestales se enfrentan a los requerimientos de usuarios, profesionales e instituciones, por lo cual resultan de gran importancia no sólo la fundamentación técnica en clave de eficiencia, sino también un buen uso por parte del organismo rector de los canales de comunicación con la población. La autoridad sanitaria debe garantizar el derecho al PIAS, pero también ser capaz de dialogar con los usuarios respecto a sus expectativas y las exclusiones de cobertura.

El equipamiento en el SNIS

La innovación tecnológica, la intensidad del uso de las nuevas tecnologías y el precio de las mismas se ubican dentro de los principales factores de crecimiento del gasto sanitario. Es por esta razón que el análisis de lo actuado por el país de cara a realizar un uso más eficiente de estos insumos se vuelve relevante. Los problemas de ineficiencia vinculados a la tecnología pueden deberse tanto a la subutilización de la capacidad instalada como a la sobre utilización de algunas técnicas de diagnóstico. Muchas veces una mayor oferta de nuevas tecnologías puede asociarse a una mayor utilización de las mismas sin que esto implique cambios sustanciales en la calidad de los servicios brindados.

Dentro de los principios rectores del SNIS expresados en la Ley Nº 18.211 se encuentra el de regular y desarrollar políticas de tecnología médica y controlar su aplicación. Dicha ley determinó el registro y autorización obligatoria en el Ministerio de Salud Pública de los recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte. A su vez la puesta en marcha del SNIS introdujo nuevas políticas que buscan promover el uso racional de los recursos sanitarios a través del fortalecimiento de la Evaluación de Tecnologías en Salud, evaluando no solo aspectos clínicos, epidemiológicos, y de costos, sino también el impacto social de las intervenciones de salud y de las incorporaciones de tecnologías.

Resta un largo camino por recorrer para que las organizaciones, los servicios de salud y los usuarios, hagan suya esta nueva conceptualización de la Evaluación de la Tecnología y de la necesidad de que no se invierta en dispositivos médicos que no se ajusten a las necesidades prioritarias de la población, que sean incompatibles con las infraestructuras y servicios existentes o cuyo mantenimiento sea demasiado costoso, desviando fondos necesarios para otros servicios esenciales. Es de esperar que la evaluación y la regulación mejoren la organización de las tecnologías sanitarias y el uso eficiente de los recursos.

Aproximación al análisis de la eficiencia en la utilización de la capacidad instalada en equipos

Las ineficiencias en el uso de las tecnologías pueden vincularse tanto con la sobreutilización de algunas técnicas diagnósticas como con la subutilización de la capacidad instalada o con la mala distribución territorial de los equipos disponibles. Se presenta aquí una primera aproximación a la situación a nivel país en cuanto a la utilización de la capacidad instalada de mamógrafos, tomógrafos computados y resonadores magnéticos resumiendo los principales resultados obtenidos en tres estudios.

En el análisis del equipamiento médico instalado para la detección precoz del cáncer de mama en Uruguay realizado por Berterretche en el año 2008, se comprueba la existencia de un total de 62 equipos instalados en los servicios de salud del país, 40 de ellos en ciudades del interior. Esta cantidad de mamógrafos da como resultado una disponibilidad promedio de 0,9 procedimientos cada 10 mil mujeres mayores de 40 años en el año 2008. Por regiones existe una mayor disponibilidad en el interior con 1,2 cada 10 mil y 0,7 en Montevideo, pero una mayor productividad en la capital. La disponibilidad promedio del país es está por encima de la necesaria para alcanzar la tasa teórica, de 0.8 mamógrafos cada 10 mil mujeres mayores de 40 años, que permite cubrir el screening o cribado anual. El porcentaje de utilización en función de la productividad potencial es a nivel país del 24,1%. Si se observa por departamentos, Florida y Durazno se encuentran muy por debajo del promedio en el entorno de un 9% y Montevideo y Maldonado muy por encima con 38,8% y 33% respectivamente. El tiempo promedio de funcionamiento de los equipos es de 29,2 horas por semana, con solo 3 departamentos que alcanzan las 40 horas semanales promedio, un mínimo de 7 horas en Río Negro y un máximo en Colonia con 53,2 horas por semana. A nivel país podían realizarse en 2008 un 8,5% más de las mamografías necesarias para el screening, sin embargo en Montevideo se lograría cubrir solo el 84,6% de la población objetivo para el cribado mientras que el desfase promedio para el interior es del 129,6%, con departamentos que no llegan al 100% y otros que pueden llegar a cubrir hasta más del doble de su población. En suma, aunque el país cuenta con una buena capacidad instalada de mamógrafos, la distribución territorial no es eficiente, existiendo una importante subutilización que en muchos casos se explica por no contar con los recursos humanos o financieros necesarios para la puesta en marcha de los equipos.

Respecto a la capacidad instalada de tomógrafos en Uruguay, existían 43 equipos de tomografía computada en el año 2011, habiendo al menos un equipo en cada uno de los 19 departamentos, aunque concentrados en un 49% en la capital del país (Ausqui, 2013). La disponibilidad de tomógrafos por millón de habitantes a nivel país era de 13,1, cercana a la tasa observada en ese mismo año en países como Bélgica o Polonia (OCDE, 2013). El promedio de procedimientos realizados anualmente por tomógrafo a nivel país fue de 6320, pero los equipos de la capital realizaron en promedio el doble de tomografías anuales que los del interior y los de prestadores públicos realizaron un mayor promedio que los prestadores privados. Se observó además una gran heterogeneidad en la utilización mensual por departamento. Los 3 equipos que se encuentran en Colonia (Rosario, Carmelo y Colonia del Sacramento) tienen una media mensual de 189 estudios y el tomógrafo de Maldonado, en cambio,

realiza en promedio 997 tomografías al mes. En el país se está realizando el 43% de la cantidad de tomografías que podrían realizarse si se trabajara al máximo de la productividad teórica, con una mayor productividad en Montevideo. Se observa una importante subutilización de los equipos que coexiste con tiempos de espera de más de una semana para la realización de un estudio coordinado. Es entonces evidente que existen ineficiencias generadas o por la falta de recursos humanos con la formación necesaria, o por la inexistencia de acuerdos de complementación e incluso de compra y venta de servicios entre prestadores de una misma región, que llegan a provocar en algunos casos que los usuarios deban trasladarse varios kilómetros desde departamentos que cuentan con equipo para poder realizarse el estudio indicado. Con la creación del SNIS se ha fortalecido la regulación de la incorporación de nuevas tecnologías y en los últimos años no ha aumentado en el país la cantidad de equipos de tomografía computada ya que solo se ha autorizado el cambio o renovación de equipos ya instalados. Esto ha sido un salto cualitativo en las políticas de regulación de los productos médicos y se espera que tenga fuertes impactos en la eficiencia en el gasto en tecnologías.

En el caso de los resonadores magnéticos, el relevamiento realizado en el marco del estudio de georreferenciación y caracterización de equipos de imagenología dio como resultado que en el país existían 10 resonadores en el año 2011, 7 de ellos ubicados en prestadores de servicios de salud privados de Montevideo y 2 en centros de salud de ASSE también en la capital del país. El décimo equipo se encuentra en una institución privada de Canelones, también en la zona Sur del país, con lo cual no existían equipos de RNM en la región ubicada al Norte del Río Negro. Los equipos de la capital trabajaban, en promedio, al 97% de su capacidad, mientras que el equipo instalado en Canelones, realizaba en 2011, solo un promedio de 50 procedimientos mensuales, por lo que trabajaba apenas al 10,4% de la capacidad máxima teórica, lo cual podría explicarse por haberse puesto en funcionamiento hace pocos meses. Debido a la inexistencia de tomógrafos en otras regiones del país muchas resonancias magnéticas son derivadas hacia Montevideo. El estudio demuestra los graves problemas en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad a este tipo de tecnología que enfrentaba la población de los departamentos más alejados de la capital del país, es decir, los ubicados al norte del Río Negro (Alonso et. al., 2012). En junio de 2013 se autorizó la instalación en Paysandú del primer Resonador Magnético en el Norte del Río Negro. Este equipo, si bien se encuentra ubicado en un prestador privado, es actualmente utilizado por instituciones públicas y privadas de la región de influencia y ha implicado la realización de diferentes acuerdos entre FEMI y ASSE. A esto se suma la instalación a fines de 2013 de un segundo tomógrafo en la mencionada región, en este caso en el Hospital de Tacuarembó. Con estas dos últimas incorporaciones, el país cuenta en 2013 con 3,66 resonadores por millón de habitantes, disponibilidad similar a la de países como Hungría y Chile con 3 y 4,1 respectivamente.

Los problemas de Uruguay en cuanto a tecnologías sanitarias no parecen encontrarse en la disponibilidad a nivel país, sino en una distribución territorial inequitativa, y en poder contar con los recursos necesarios, principalmente humanos, para realizar una utilización óptima de la capacidad instalada. Aparece entonces como necesario continuar con las autorizaciones basadas en criterios de equidad y eficiencia, así como avanzar en la implementación de acuerdos de complementación de servicios entre prestadores privados y públicos.

Los medicamentos en el SNIS

La prescripción y la dispensación así como los mecanismos de inclusión dentro del listado obligatorio de medicamentos del SNIS, son aspectos claves y complejos que inciden en forma determinante en la eficiencia sistémica. Las asimetrías de información presentes en los mercados de salud afectan particularmente este aspecto en el cual el médico es en última instancia quien

condiciona la demanda. A su vez, los mecanismos de compra de medicamentos utilizados en el sector público y el privado generan incentivos diversos, enfrentando a los prestadores a diferentes precios e impactando en forma desigual en la eficiencia y eficacia en la utilización de este recurso.

Tal como lo plantea la OMS la identificación de un número limitado de medicamentos esenciales permite un uso más racional, mejora el suministro, y reduce costos. En la Ley Nº 18.211 de creación del SNIS se estableció que el MSP aprobaría un formulario único de medicamentos contemplando los niveles de atención médica y allí se incluirían todos los medicamentos que deben estar a disposición de los usuarios del SNIS. El Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) integra desde entonces el PIAS, plan obligatorio de prestaciones, y cuenta actualmente con 670 principios activos. Se trata de un listado mínimo de medicamentos esenciales obligatorio para los prestadores públicos y privados. Tiene además un anexo (Anexo 3) que incluye los medicamentos de alto costo y baja frecuencia de uso que son financiados por el FNR. Una Comisión Interinstitucional es responsable de la actualización del listado obligatorio, a partir de criterios justificados y explícitos que son evaluados mediante la mejor información científica disponible, a través de revisiones sistemáticas y meta-análisis de datos probatorios de alta calidad, disponible a nivel nacional e internacional. En los casos en que la evidencia es favorable se continúa el proceso con una evaluación fármaco-económica, en la cual participa no solo el MSP sino también el MEF (OPS, 2013). Es decir, que para la modificación del listado se aplica una lógica de evaluación basada en criterios de seguridad, eficacia, e impacto presupuestal (Observatorio MERCOSUR, 2013).

En el caso de los medicamentos de alto costo (Anexo 3), en particular los oncológicos y antirretrovirales, se han diseñado estrategias específicas vinculadas a la existencia de guías de práctica clínica y protocolos en actualización permanente.

Mecanismos de compra de medicamentos en Uruguay

En el año 2002 se crean la Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines del Estado (UCAMAE) y la Unidad Centralizada de Adquisiciones de Alimentos (UCAA). En el año 2007 se crea la UCA, como órgano desconcentrado del Poder Ejecutivo, dependiendo del Ministerio de Economía y Finanzas, y unificando los cometidos de UCAMAE y UCAA. Su cometido es “adquirir alimentos, servicios alimentarios, medicamentos, insumos médicos y afines, por cuenta y orden de los organismos integrantes del sistema, de acuerdo a la cantidad y calidad requerida por los mismos”.

Dentro de los productos y servicios adquiridos por el sector insumos médicos se encuentran: medicamentos generales, antirretrovirales y de excepción, reactivos, películas radiográficas, soluciones de diálisis, hemoterapia, servicios de CTI, líquidos reveladores y fijadores, productos químicos, gases de uso hospitalario, estudios y servicios médicos, material médico quirúrgico, ropa quirúrgica, material odontológico, oxigenoterapia, traslados en ambulancia y materias primas y envases. A los efectos de realizar los llamados a suministros los medicamentos se clasifican en tres grupos y se realiza por separado el llamado para la compra de antirretrovirales para todo el sector público.

Es de esperar que la compra centralizada no solo favorezca la eficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos al potenciar los ahorros que surgen de las economías de escala generadas y del mayor poder a la hora de negociar precios con los proveedores, sino que también implica una homogeneización de los productos utilizados en los servicios de salud públicos. Según datos de la UCA, en el año 2004 el 54,3% del gasto total en medicamentos e insumos médicos se adquiría

a través de la compra centralizada mientras que en el año 2013 la cifra asciende a 64,4%. Entre los últimos llamados a licitación realizados en el año 2012 y el del año 2004, la cantidad de ítems licitados aumentó un 34%, mientras que la variación real del monto adjudicado es menor al 20%. Si bien hay que tener en cuenta que no son canastas comparables, se puede inferir que se compra mayor cantidad de medicamentos a menores precios. Un estudio realizado por la UCA compara una misma canasta para los años 2009 y 2012 verificando un ahorro de casi el 4%.

En el sector privado también existe alguna experiencia de compra centralizada que es incluso anterior a la estatal. En el año 1979 se funda la Cooperativa de Entidades Médicas del Interior (COCEMI) como “herramienta logística” de la Federación Médica del Interior (FEMI) que reúne a 23 cooperativas médicas, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro. La finalidad de la cooperativa es “optimizar la gestión de compra de medicamentos, materiales de uso médico y demás insumos que se definan”. Actualmente está definido un grupo de drogas que obligatoriamente las entidades médicas deben comercializar a través de COCEMI, como forma de asegurar un volumen de compra significativo. COCEMI se ha consolidado como la única central de compras de medicamentos del sector privado a nivel nacional y según lo plantea comercializa el 24% del total de unidades del mercado mutual.

2.5. Provisión de servicios de salud en el SNIS

La fragmentación y segmentación del sistema de salud fueron parte del diagnóstico que determinó la propuesta de cambios. En particular existía una baja articulación y coordinación entre diferentes servicios de salud, entre prestadores pero también en la propia gestión interna, provocando mala calidad de la atención, dificultades de acceso y despilfarro de recursos. Por otra parte la segmentación de la población según diversas características socioeconómicas determinaba un acceso inequitativo tanto en el financiamiento como en los planes de prestaciones a los que se accedía. Un conjunto importante de medidas contribuyeron a disminuir estos problemas. Se destaca el impulso a la complementación de servicios entre los prestadores, vinculada a la función de armonización de la provisión.

Complementación de servicios asistenciales en el SNIS

Un mayor aprovechamiento de los recursos en salud disponibles en todo el país representa un camino necesario para lograr una mejor atención para toda la población. Es preciso adoptar una visión global del sistema de salud y planificar la utilización de los recursos con el objetivo de evitar duplicaciones, involucrando tanto al sector público como al privado. Avanzar en la dirección de la integración de los servicios de salud requiere fundamentalmente de una profundización de la relación entre ASSE y los prestadores privados. Si bien la necesidad de complementar servicios no se agota con la realización de acuerdos público-privados, esta modalidad representa una parte fundamental dado que la cobertura de ASSE y IAMC sumadas engloban a más del 90% de la población del país en términos de asistencia integral. En el interior del país la complementación público-privada presenta una relevancia aún mayor, considerando que ASSE es el único prestador integral de servicios de salud con presencia en todo el territorio y administra la mayor red de atención del primer nivel a través de Centros de Salud y Policlínicas en todo el país. Mientras en Montevideo existen un total de 11 IAMC que brindan cobertura integral de salud a algo más del 75% de la población, en el interior del país la cobertura IAMC representa a menos del 45%¹⁶¹ de

161 | Datos a abril 2014 del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF-MSP).

la población y en 11 de los 19 departamentos del país¹⁶² encontramos la presencia de una única IAMC local. Esta combinación de mayor paridad en la cobertura ASSE-IAMC y de menor cantidad de IAMC locales en el interior, sumada a la dispersión de la población en el territorio, explicitan la importancia de la complementación especialmente en el interior del país debido, entre otras cosas, a motivos de escala.

El contexto de competencia por afiliados FONASA por los cuales se recibe una cápita representa una dificultad para la concreción de convenios de complementación entre los prestadores contratados por la JUNASA. El proceso gradual de avance hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud enfrenta entonces desafíos que requieren de soluciones innovadoras y en muchos casos de adaptaciones y cambios de la normativa vigente. Un elemento determinante en el éxito de estos proyectos es la disponibilidad de recursos humanos y la necesidad de compartirlos, para lo cual la existencia de diferentes condiciones de trabajo, salariales y no salariales, entre ASSE y las IAMC y también entre los distintos prestadores privados, se constituye en un aspecto crítico del diseño. Los esfuerzos que se vienen desarrollando en el marco de los Consejos de Salarios en el sentido de lograr un laudo único para los trabajadores del sector tienden a eliminar inequidades y construir un sistema realmente integrado. Otro aspecto que ha dificultado la concreción de los convenios se relaciona con el diferente marco jurídico que enfrentan los prestadores públicos y privados a la hora de realizar contrataciones de bienes y servicios. En particular ASSE estaba limitado en este aspecto, hasta el año 2013, y debía realizar todas las contrataciones mediante licitación pública u otro procedimiento competitivo. Como forma de subsanar este inconveniente, la Ley Nº 19.149 de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al ejercicio 2012, establece una excepción para los casos en que existan convenios de complementación, previo informe favorable del Ministerio de Salud Pública. También es de gran importancia en la determinación del éxito de los acuerdos el grado de autonomía que los diferentes servicios tienen en la toma de decisiones, en particular el grado de descentralización de las decisiones a nivel del territorio, lo cual ha resultado especialmente limitante en el caso de ASSE. En este sentido, desde el año 2012 se ha trabajado en el nuevo Plan Estratégico de ASSE que consiste en la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud de base Regional, con la creación de cuatro regiones en el país.

La ley 18.211 de diciembre de 2007 de creación del SNIS no hace referencia explícita a los convenios de complementación, pero en el artículo 4º se establece como uno de los objetivos del SNIS “lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”. Además, con respecto a las competencias del MSP, en el artículo 5º se establece como una de ellas la de “fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del SNIS”. Más concretamente, el contexto en el cual los convenios de complementación luego se inscriben puede remitirse al capítulo IV de Red de Atención en Salud. Allí se establece que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones y que tendrá como estrategia la Atención Primaria en Salud y priorizará el primer nivel de atención. Se establece en particular la priorización de la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios. El artículo 39 de la ley hace referencia a la coordinación entre los prestadores: “La JUNASA fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del SNIS podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.” Y en los artículos 40 y 41 se hace referencia a la articulación

162 | Estos son: Artigas, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Paysandú, Rocha, Salto, San José, Soriano y Tacuarembó.

territorial de las redes de atención en salud con centros educativos y en el marco de otras políticas sociales fomentando la intersectorialidad de las políticas, así como se establece la obligatoriedad de contar con la autorización de la JUNASA para realizar contratos entre los prestadores del SNIS.

Sin embargo, el marco normativo establecido en el capítulo IV de la ley fundacional del SNIS está pendiente de reglamentación en la mayoría de sus artículos lo cual genera que estos objetivos de complementación que se persiguen sean difíciles de materializar con acciones concretas. La reglamentación que más concretamente regula e impulsa la generación de convenios de complementación asistencial está presente en el Decreto N° 81/2012 que establece el contenido de los Contratos de Gestión actualmente vigentes entre la JUNASA y los prestadores integrales. En su cláusula Trigésimo Cuarta define la complementación: “Se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina”. A su vez establece que la JUNASA “fomentará la celebración de acuerdos y convenios entre prestadores con el objeto de implementar actividades complementadas en el territorio y racionalizar los recursos disponibles. Cuando estos ya existan en el territorio, estimulará su utilización en forma coordinada”. Finalmente esta cláusula define el rol de los Consejos Honorarios Departamentales y Locales en esta temática: “serán un ámbito relevante desde donde se promoverá la complementación entre prestadores, priorizando las acciones de promoción y prevención primaria y secundaria, así como la complementación asistencial”. Por su parte el prestador “participará y fomentará estas acciones colectivas con otros prestadores sobre la población del área de influencia de cada Consejo Asesor Honorario donde tenga usuarios/as afiliados/as.”

Por último, el Decreto N° 427/012 regula el mecanismo de implementación de la (transitoria) sobre-cuota de inversión a la que podrán acceder las IAMC para financiar proyectos de inversión que cuenten con la aprobación del MSP. En su artículo 2 menciona que: “En aquellos casos que lo ameriten, para la autorización pertinente se considerará que no existan estructuras que pudieran utilizarse mediante convenios de complementación y coordinación de servicios (...). También se considerará la contribución del proyecto a la implementación o mejora en el funcionamiento de convenios de complementación y coordinación de servicios ya existentes”.

A partir de la información disponible en el MSP, se puede apreciar un panorama de relativa heterogeneidad en cuanto al grado de desarrollo de convenios de complementación ASSE-IAMC por departamento. Se dispone de información de un total de 59 acuerdos, algunos de ellos ya en funcionamiento y otros en proceso de negociación. Si analizamos la situación por departamento, encontramos que aquel en el cual se observa una mayor cantidad de convenios es Canelones, con un total de 11. En el extremo opuesto San José y Treinta y Tres no presentan ningún convenio, y Rivera y Tacuarembó un solo convenio en cada departamento.

Una regularidad presente en la mayoría de los convenios es la creación de una comisión técnica y asesora permanente, conformada por partes iguales de todos los prestadores firmantes. Esta instancia tiene como cometido realizar el seguimiento de la implementación de lo acordado y elevar un informe anual a la Junta Departamental de Salud. La mayoría de los convenios refieren a servicios del primer nivel de atención, y principalmente se acuerda en torno a la administración de una puerta única de emergencia. Otra característica común a todos los convenios, es que en general refieren a actividades de coordinación de servicios o actividades ya existentes.

Resulta relevante analizar el área de cobertura geográfica de los acuerdos. La mayoría refieren a localidades específicas de un departamento y no al departamento en su conjunto, aunque se destacan algunos casos de mayor cobertura territorial. Es el caso del convenio entre ASSE y la IAMC Casa de Galicia para la realización de radiografías, mamografías y servicios de emergencia que comprende la totalidad de la Ciudad de la Costa en el departamento de Canelones. Lo mismo sucede en Paysandú donde se encuentra vigente un convenio con aplicación en todo el territorio del departamento que refiere a servicios de imagenología y de salud rural. En Florida se encuentran vigentes dos convenios: uno referido al primer nivel de atención que comprende la atención en 5 localidades, y otro del segundo nivel que involucra a todo el departamento.

Existen importantes avances en la complementación de servicios como resultado de los cambios promovidos en el sistema de salud en el país, tanto en las diferentes normas legales que promueven o facilitan la concreción de este tipo de acuerdos, como en la propia implementación de los convenios. Sin embargo, también surge la necesidad de fortalecer el rol de rectoría del MSP en esta materia, estableciendo la obligatoriedad del registro de todos los acuerdos de complementación del país en el MSP y la conformación de una instancia que participe en el diseño y de seguimiento a los mismos de manera centralizada. Si bien en la normativa se le otorga a la JUNASA el rol de fomentar y estimular este tipo de convenios, está aún pendiente la reglamentación y definición de los mecanismos que viabilicen el cumplimiento de este cometido.

3. Conclusiones

Un sistema de salud eficiente con el objetivo de alcanzar la Cobertura Universal en Salud requiere de una combinación de diversas políticas e instrumentos que apunten en esa dirección. Una mirada centrada únicamente en el nivel de eficiencia con que operan individualmente los prestadores de un sistema de salud desde el punto de vista técnico o económico, si bien puede resultar de utilidad, aparece como claramente insuficiente y parcial para abordar esta temática. Es necesario articular las acciones vinculadas con los mecanismos de pago y financiamiento del sistema, los recursos humanos, las tecnologías sanitarias, los medicamentos, la provisión de servicios de salud y la gobernanza del sistema.

La institucionalidad creada en el SNIS habilita una modalidad de gobernanza en la cual la participación social es un componente importante en la elaboración, implementación y monitoreo de las políticas. Estos ámbitos de participación inciden en la asignación de recursos. En particular la JUNASA administra el SNS y a través de contratos de gestión realiza una compra estratégica de la cobertura del PIAS, condicionando el pago a los prestadores al cumplimiento de acciones que promueven el cambio de los modelos de atención y de gestión. El logro de los objetivos de eficiencia está condicionado por cómo se resuelve el juego de intereses y poder de los distintos actores.

Con respecto a los mecanismos de pago, el SNIS introdujo nuevas modalidades destacándose el pago por capitas ajustadas por edad y sexo y el pago por cumplimiento de metas asistenciales. Estos presentan algunas ventajas en términos de incentivos a la eficiencia respecto al mecanismo vigente previo a la reforma y claras ventajas respecto a mecanismos como la asignación presupuestal o el pago por acto. De todos modos la metodología de cálculo de las capitas no está exenta de los problemas relacionados con las metodologías basadas en información histórica. A su vez, el pago por desempeño orienta el cambio del modelo asistencial y de gestión promovido por la autoridad sanitaria. Se espera

que éste tenga impactos en la eficiencia en la medida en que las políticas de promoción y prevención minimizan costos mayores vinculados a la utilización de los servicios de salud ante la ocurrencia de episodios de enfermedad. Por otra parte el financiamiento de las prestaciones de mediana y alta especialización incluidas dentro del PIAS que realiza el Fondo Nacional de Recursos puede generar un sistema de incentivos perversos que por un lado, desalientan la prevención en aquellos casos en que los tratamientos y las prestaciones son de cargo del Fondo, y por otro lado, propicia la inducción de demanda por parte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva propietarias de Institutos de Medicina Altamente Especializada. Surge como necesidad que la articulación de los mecanismos de pago y financiamiento del SNIS incluya al FNR.

Existen importantes avances respecto a la racionalidad en la incorporación de nueva tecnología al país. La normativa vigente a partir de la reforma de la salud, establece que toda nueva incorporación de tecnología debe ser aprobada por el MSP teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento. El principal problema no está en la capacidad instalada del país, sino en la existencia de ineficiencias en la distribución territorial y en la utilización de los equipos disponibles, generadas en algunos casos por la falta de recursos humanos con la formación necesaria y en otros por la inexistencia de acuerdos de complementación entre prestadores de una misma región.

En materia de medicamentos los principales incentivos a la eficiencia se encuentran por un lado, en la institucionalización de la compra centralizada de medicamentos lo cual supone un ahorro de recursos para el país. Por otro lado, las incorporaciones al Formulario Terapéutico de Medicamentos, parte integrante del PIAS, se realizan a partir de evaluaciones económicas que buscan seleccionar la mejor opción terapéutica según su eficiencia considerando sus costos y beneficios.

También la decisión de incorporación de otras tecnologías o prestaciones al PIAS comienza a realizarse recientemente utilizando técnicas de evaluación económica y mediante el trabajo coordinado del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas. Los contratos de gestión entre la JUNASA y los prestadores integrales prevén el mecanismo de evaluación y de consulta para realizar modificaciones o incorporaciones al PIAS. Se promueve entonces una priorización de las prestaciones a las que tiene derecho el conjunto de la población, con criterios de eficiencia y equidad, considerando la realidad epidemiológica del país, y la sustentabilidad económica del sistema.

Uno de los principales cambios hacia un uso más eficiente de los recursos, es el de la organización del trabajo médico. Las condiciones de trabajo vigentes hasta 2010 no permitían avanzar en el cambio del modelo de atención. El MSP promueve entonces una revisión del laudo médico que culmina con la generación de cargos de alta dedicación que tienen dentro sus lineamientos la extensión de la carga horaria y la incorporación del pago variable sujeto al seguimiento de una población de referencia. Estos cargos se implementan en primer término en las especialidades básicas siguiendo la línea de lograr una continuidad y longitudinalidad de la atención primaria lo que supone el logro de mejores resultados con menos recursos. A través del pago por metas asistenciales se incentiva la creación de estos cargos aportando a su financiamiento.

Dentro de las funciones de rectoría de los Ministerios de Salud resulta de gran relevancia la armonización de la provisión de servicios de salud. Al respecto, con la reforma se observan importantes avances en la política de complementación en el SNIS. Con la aplicación de esta herramienta, junto con la creación de redes integradas de servicios de salud, se espera observar

importantes ganancias en eficiencia. Este instrumento debería aplicarse especialmente en aquellas zonas donde se presentan los principales problemas de accesibilidad como lo son las zonas rurales.

En síntesis, el sistema de salud uruguayo ha dado importantes pasos hacia el objetivo de Cobertura Universal en Salud combinando acciones e instrumentos que permiten un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles. Sin embargo, se identifican también desempeños ineficientes en algunos de los ejes críticos analizados en los cuales es posible y necesario avanzar incorporando la experiencia acumulada.

Bibliografía

Alonso, R., Ausqui, C., Jones, J. (2012): "Georreferenciación y caracterización de equipos de imagenología de alto porte" (TC, RM). PROYECTO FSS 2268.

Arbulo, V., Pagano, J., Rak, G., Rivas, L. (2012): "Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud". MSP-OPS

Ausqui, C. (2013): "Análisis de equipos médicos de imagenología: La Tomografía Computada", Monografía de la especialización en administración de servicios de salud, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay

Berterretche, R. (2008): "Análisis del equipamiento médico instalado para la detección precoz del cáncer de mama en Uruguay", Documento de trabajo, Postgrado de Epidemiología, Universidad de la República, Uruguay.

Buglioli M, Gianneo O, Mieres G (2002): Modalidades de pago de la atención médica. Rev Med Uruguay, Vol18-Nº 3: 198-210

Chisholmy, D., Evans, D. (2010): "Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage". OMS, Informe Mundial de la Salud (2010): Documento de antecedentes N° 28.

Federación Médica del Interior (2013): "Sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales: antecedentes, situación actual y proyección", documento institucional, disponible en sitio web de FEMI: <http://docplayer.es/5280694-Sistema-de-pago-por-cumplimiento-de-metas-asistenciales-antecedentes-situacion-actual-y-proyeccion.html> [Recuperado el 01/12/2015].

Hollingsworth, B., Peacock, S. J. (2008): *Efficiency Measurement in Health and Health Care*, Routledge international studies in health economics, Taylor & Francis.

Junta Nacional de Salud (2013): *Rendición de cuentas ejercicio 2012*, publicación JUNASA-MSP.

Katzkowicz, N., Melgar, M., Patison, N. (2011): *Determinantes de los desequilibrios en la distribución de médicos en Uruguay*, monografía de grado, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2010a): *Informe sobre recursos humanos en salud*. División Recursos Humanos del SNIS, Documento de trabajo.

Ministerio de Salud Pública (2012): *Distribución de los RRHH en Salud en el Uruguay*. División Recursos Humanos del SNIS, Documento de trabajo N° 1/12.

Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud (2013): *Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los Estados Partes del MERCOSUR. Perfil descriptivo del sistema de salud de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo.

Organización Mundial de la Salud (2010): *La financiación de los Sistemas de Salud: el camino hacia la cobertura universal*, Informe Sobre la Salud en el Mundo 2010, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2013): *Estudio situación farmacéutica OMS - Nivel II: acceso, uso racional y dispensación de medicamentos en Uruguay*, Informe 2013. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=786:presentacion-estudio-sobre-situacion-farmacautica-uruguay&Itemid=230 [Recuperado el 01/12/2015].

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2013): *Health at a Glance 2013: OECD indicators*, OECD 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> [Recuperado el 01/12/2015].

Setaro, M. (2013): *La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay (2005-2012): Innovación y continuidad en la construcción de un Estado Social con inspiración desarrollista*, Tesis doctorado en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Política, Universidad de la República, Uruguay.

Comentario

La dimensión de la eficiencia económica y social del SNIS

Gabriel Lagomarsino

La reforma de salud, que se propuso la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y asienta sus pilares normativos en el año 2007 con la ley 18.211, ha sorteado con éxito los desafíos iniciales y se enfrenta a nuevos retos.

El anterior modelo acumulaba problemas que los analistas del tema consensuaban en diagnosticar. Si bien la inclusión de la cobertura de la población era teóricamente universal, estaba fuertemente segmentado y la calidad de las prestaciones variaba según la situación socioeconómica de las personas; el énfasis de la atención se desbalanceaba hacia la función curativa; existían altísimos niveles de multiempleo en el sector; la rectoría que debía ejercer el Ministerio de Salud (MSP) se iba debilitando; la seguridad social en salud (conocido como sistema DISSE) perdía protagonismo; el costo de la salud había crecido significativamente sin contrapartida, en general, en un mejor servicio para la población. A ello se le sumaba la situación difícil, en el plano financiero o económico, de varias instituciones que brindaban servicios de salud a la población. El contexto de falta de sostenibilidad institucional generaba vulnerabilidad de los servicios tanto públicos como privados; entre 1985 y 2002 cerraron dieciséis instituciones, cuatro de ellas desplomadas en la crisis del 2002, afectando a más de 170.000 usuarios.¹⁶³

Las reformas sectoriales ocurridas en el Uruguay a partir del año 2005, entre ellas la de salud, se inscriben en el marco más amplio de la construcción de una nueva Matriz de Protección Social (MdePS), que combina dichas reformas a nuevos dispositivos de transferencias de ingresos

163 | En dicho período cerraron las siguientes instituciones: *Círculo Napolitano, Asociación Fraternidad, UDEM, Mutualista Batlle, Mutualista Pasteur, Mutual Batlle-Pasteur, Asociación de Empleados Civiles, Sociedad Italiana, Partido Nacional, Parma de Beisso, OMA, Frigorífico Nacional, Central Médica, Uruguay España, CEMECO, Sanatorio Panamericano, MIDU, CIMA-España, OCA Larghero, COMAEC.*

como las Asignaciones Familiares del Plan de Equidad y la Tarjeta Alimentaria. Esta construcción es amalgamada por las políticas de empleo, y el desarrollo del mismo bajo el concepto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del Trabajo Decente.

En la arquitectura del SNIS, el Seguro Nacional de Salud (SNS) es uno de sus pilares fundamentales. Su desarrollo será mayor cuanto más se fortalezca el empleo formal, no solo porque sus beneficiarios directos dependen de ese requisito, sino también porque algunos de los nuevos grupos incluidos lo son en función del derecho del generante. Es el caso de las/os menores y las/os cónyuges.

El crecimiento del empleo formal, elemento definido como estratégico por la conducción política en el país a partir del segundo lustro del presente siglo, iría ampliando la cobertura del SNS a través de FONASA, pero con mayor vigor que aquel, dado el efecto multiplicador en la cobertura provocada por la inclusión de menores y cónyuges. La opción a favor del desarrollo del SNS dio sus frutos y resultó bien fundada.

No estuvo ajena al desarrollo de las políticas mencionadas la dimensión de la eficiencia, no la eficiencia entendida en su acepción más restringida, meramente técnica o economicista, sino además en su dimensión social. Ello queda reflejado en la propia Ley 18.211, que en el literal K del artículo 3 define, como uno de los principios rectores del nuevo SNIS, a “la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales”.

La mirada que nos proponen los autores del artículo¹⁶⁴ y el documento que aquí comentamos, es revisar como las políticas que se vienen implementando a lo largo del trayecto de la reforma, impactan positivamente en los principios más generales que la guían: la equidad, el cambio en el modelo de atención, y las modificaciones, consistentes con aquellas, en la gestión. Es decir, se trata de medir la eficiencia de una manera “indirecta”, no a través de indicadores sanitarios cuya evolución depende del transcurso un mediano y largo plazo para evaluar el resultado de las políticas, sino a través de como los recursos destinados se orientan hacia el paradigma explícito en el nuevo modelo. Se establece un orden en base a cinco grupos de políticas y/o acciones: Gobernanza y Nueva Institucionalidad; los Mecanismos de Pago; los Recursos Humanos; las Tecnologías Sanitarias; y, por último, la Provisión de Servicios

Sin pretensiones de exhaustividad, realizamos este comentario inspirados por los contenidos del artículo, también sobre la base de nuestra experiencia en otra área de la protección social y en la trama de espacios interinstitucionales, cuya construcción ha sido un rasgo saliente de la dinámica organizativa del proceso de reformas de la protección social en el país.

La nueva institucionalidad, en el área de la salud, da cuenta de los actores preexistentes a la reforma, pero configura el gobierno en salud de una manera diferente. En primer término porque recobra el protagonismo del Estado intentando fortalecer la debilitada rectoría del MSP, en consonancia con la visión de la orientación de la nueva conducción política del país acerca del rol esencial del Estado en las políticas públicas. Sin desmedro de ello se instalan nuevos arreglos institucionales donde, bajo otro principio

164 | A partir de lo que sigue en este documento será identificado como “el artículo”

orientador de la reforma como lo es el de la participación social, se definen ámbitos de integración de los distintos actores sociales, institucionales y económicos. Es así que, por ejemplo, en el gobierno del SNS, en la Junta Nacional de Salud (JUNASA), se conforma una integración donde participan el gobierno (a través del MSP y del Ministerio de Economía y Finanzas), el organismo de seguridad social (Banco de Previsión Social) y representantes de los trabajadores, las empresas y los usuarios.

Es de hacer notar que el poder de negociación, por lo tanto las facultades de rectoría del MSP, se ven fortalecidos en buena medida con la significativa expansión alcanzada por el SNS. En los primeros años de los 2000, de la cobertura total en salud menos de 800 mil personas lo estaban por la seguridad social, mientras que a diciembre del 2014 esa cifra se había elevado a aproximadamente 2,4 millones de personas (lo que representa al 73% de la población del país). Este desarrollo del SNS apoya el deseado fortalecimiento del rol rector del MSP, lo cual facilita orientar el desempeño de los prestadores de salud integrales hacia los objetivos planteados. Esto se compatibiliza con la participación directa de los diversos actores en el propio gobierno, propiciando los aportes necesarios que dichos actores están en capacidad de realizar y la efectividad de la puesta en práctica de las políticas definidas.

El pago que se realiza por parte del Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por la JUNASA, a los prestadores integrales de salud, principalmente a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), tiene dos componentes: el pago por cápita ajustada y por metas asistenciales. Ambos aspectos constituyen una innovación importante del SNIS que coadyuvan al logro de las metas establecidas en el nuevo modelo de atención de salud.

Las cápitadas ajustadas, por sexo y edad, intentan aproximar el verdadero costo incurrido por los beneficiarios al SNS. Este procedimiento ataca el problema del mecanismo del seguro anterior, que al pagar una cápita promedio, con independencia de los factores demográficos de los beneficiarios, generaba incentivos a la selección de riesgos, atentando contra la equidad del sistema, por los estímulos económicos de esta modalidad, al discriminar contra la población “más costosa” y perjudicando a las instituciones que tuvieran una política de menor selección o más comprometida con los valores universales en salud.

Desde otra perspectiva, el procedimiento de cápitadas ajustadas plantea mayores exigencias para que las estimaciones sean lo más certeras posibles, lo que hace necesario contar con información transparente y oportuna; requiere de las IAMC (también de ASSE) mayores compromisos con este objetivo y permite un análisis más documentado de la evolución de los costos de salud. Este mecanismo desafía entonces el modelo de gestión y tiende a una administración más científica. Las repercusiones sobre el tema de eficiencia son inmediatas.

Para que el régimen de cápitadas ajustadas alcance sus mayores potencialidades es necesario contar con procedimientos que ajusten el valor de las mismas con cierta periodicidad, no exclusivamente como consecuencia de las modificaciones por la incidencia de la evolución general de los precios, sino atendiendo también a la propia dinámica que genera la reforma. En esencia se trata de generar más salud dado los recursos disponibles y ello debería tener repercusiones en los costos relativos del sistema. Esta perspectiva parece estar en el orden

del día en estos momentos ya que, como se nos informa en El Artículo, en el marco de la firma de los Contratos de gestión del año 2010, se acordó la conformación de una comisión con la participación de los prestadores integrales, el MSP y el MEF, que se encuentra funcionando actualmente y que tiene como cometido la revisión de la metodología de cálculo y ajuste estructural de las cápitas.

Al anterior mecanismo se le suma el pago por metas asistenciales. Este instrumento, según definición de la JUNASA, constituye una herramienta de gestión y atención que tiende a impulsar a través de estímulos económicos mejoras de la calidad de las prestaciones fortaleciendo los procesos asistenciales que dan garantía a una atención integral, accesible y efectiva de la población. Según la Rendición de Cuentas presentada por la JUNASA en el año 2014, el monto recibido por los prestadores integrales de salud por el concepto de metas representó el 7% del valor de las cápitas ajustadas.

Las metas se vienen incorporando con el transcurso del tiempo. Desde las primeras que conciernen a la atención de los niños y embarazadas del año 2007, siguiendo con el incentivo al desarrollo de los médicos de referencia de las metas 2 y 3 en los años siguientes, hasta la promoción de los médicos con alta dedicación incorporada en el año 2013. De dicha evolución puede visualizarse como la reforma sectorial de salud, además de orientarse por sus objetivos específicos, empatiza con temas transversales que permean a toda la evolución del Sistema de Protección Social en la que aquella se inscribe. La definición de la meta 1 concuerda con la priorización que se ha realizado desde el año 2005, primero a través del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social y posteriormente con el Plan de Equidad, de los sectores que presentaban mayores vulnerabilidades, dada la estructura de riesgos que emerge en el país al comienzo del siglo XXI. Por otra parte se utiliza un recurso de alto impacto en las nuevas relaciones laborales como lo es el Consejo de Salarios, para promover en este ámbito tripartito los acuerdos salariales, con la finalidad de acrecentar los cargos de alta dedicación, atacando el problema del multiempleo en el sector.

La meta 4, que implica un modo de financiamiento de los cargos de alta dedicación, se une a los esfuerzos que se vienen realizando para mejorar el funcionamiento de los recursos humanos con los que cuenta el sector. Las medidas impulsadas apuntan a fortalecer el rol de las especialidades básicas, mejorar la distribución geográfica de los recursos humanos, abatir la existencia de un alto nivel de multiempleo, y mejorar los niveles y modalidades de remuneración.

La estrategia al respecto supuso un primer momento donde las acciones se concentraron en mejorar el nivel salarial de los trabajadores del sector, que en años anteriores habían sufrido una importante pérdida en su poder compra, e iniciar la tendencia a equiparar los salarios de ASSE con los de las IAMC. Esta heterogeneidad salarial era una expresión de las diferencias existentes, en términos generales, en la calidad del acceso a la población a la salud según condiciones socioeconómicas. A la par que esta línea estratégica continúa, las acciones se orientan, principalmente a partir del acuerdo alcanzado en las pautas salariales del año 2012, a incidir en el modelo de atención hacia el mayor desarrollo del Primer Nivel de Atención, uno de los principales objetivos de la reforma. Así se establece en el acuerdo mencionado, entre otras regulaciones, como obligatorias actividades de educación y promoción para la salud y horas institucionales que no impliquen la atención directa al

paciente. En los casos de policlínicas de medicina general, familiar y pediatría se define que en el horario destinado a policlínica, el médico será responsable de la atención longitudinal de su población de referencia y de población que no esté referida a él. También se define que la actividad de policlínica deberá tener un alto componente de promoción de salud con actividades dirigidas a la familia y el entorno.

Estos avances en la aplicación de los recursos humanos deberían empezar a tener impacto en el modelo de atención en la medida que se vayan consolidando y se sigan desarrollando. No obstante subsisten otras rémoras estructurales que presentan mayores dificultades. Es el caso de la dispar relación médicos por cantidad de habitantes en la comparación entre Montevideo y el interior del país. En la capital esa relación supera en tres veces a la del resto del país en promedio, no obstante el importante premio salarial que se paga en el interior del país a la función médica. Además de las políticas específicas que desde el sector salud se puedan realizar, las políticas más generales que apuntan a la descentralización en general, serán necesarias para el logro de una mejor distribución de los recursos humanos en el territorio nacional.

El Plan Integral de Prestaciones en Salud (PIAS), que define una canasta de prestaciones que los prestadores de salud quedan obligados a brindar, es un instrumento esencial en el modelo del SNIS y cierra el circuito de equidad que caracteriza a la concepción del mismo. Por el lado del financiamiento cada individuo contribuye de acuerdo a su nivel de ingresos y por el lado de los beneficios se busca que la calidad de los mismos sea igualitaria para el conjunto de la población, con prescindencia de la magnitud de su contribución al financiamiento.

Es aquí donde se pone a prueba la capacidad de rectoría del MSP ya que a éste le corresponde definir las prestaciones y modalidades que los prestadores de salud quedan obligados a cumplir. Esa función de rectoría se ve fortalecida por el exitoso desarrollo que ha tenido el SNS, que facilita al MSP un mayor poder de negociación, debido al impacto económico que genera en los prestadores de salud la cartera de “clientes” acrecentada que dispone la JUNASA. Sin embargo las políticas que el MSP define, para que en la práctica tengan la efectividad requerida, deberán ser asimiladas e implementadas por los agentes que operan en el sector. De allí la importancia de la articulación de la rectoría con diferentes actores que se expresa en la institucionalidad y en la gobernanza que tiene la JUNASA.

Un aspecto clave que hace al tema de la eficiencia es el relacionado con la incorporación de equipamiento de alta tecnología médica. Si bien estas innovaciones brindan mayores posibilidades de diagnóstico y terapéutica, muchas veces la racionalidad detrás de estas inversiones, que pueden tener una lógica consistente con los objetivos de una institución en particular, entran en conflicto con la eficiencia concebida como sistema de salud, es decir, suponen importantes incrementos de los costos sin el necesario impacto en los beneficios correspondiente a dichas inversiones. Esta situación se correspondía con la fragmentación que el modelo de salud anterior a la reforma venía sufriendo y que el SNIS intenta revertir con disposiciones normativas desde su ley fundadora y disposiciones siguientes. Los autores esperan que la evaluación y la regulación mejoren la organización de las tecnologías sanitarias y el uso eficiente de los recursos.

Un último aspecto abordado en el artículo refiere a la complementación de los servicios en territorio. Se pone el énfasis, más allá de la necesidad de otras articulaciones, en la coordinación

de los servicios entre ASSE y los prestadores privados dado que la cobertura de ASSE y las IAMC sumadas engloban a más del 90% de la población del país en términos de asistencia integral. Esta complementación cobra mayor importancia en el interior del país ya que allí la distribución de la cobertura es más homogénea entre esos dos espacios. Se señalan algunos obstáculos aun supervivientes como la competencia por las cápitales, las diferentes condiciones de trabajo entre el sector público y privado (salariales y otras), las limitaciones de ASSE que está obligada a realizar todas las contrataciones mediante licitación pública u otro procedimiento competitivo, entre otros.

Se vienen realizando acciones para remover esos obstáculos. En el marco de los consejos de salarios se avanza en el objetivo de un laudo único para eliminar inequidades. En el año 2012 nuevas disposiciones normativas flexibilizan las rigideces que tiene ASSE para realizar contrataciones para los casos en que existan convenios de complementación, previo informe favorable del Ministerio de Salud Pública. Se avanza en el grado de autonomía para la toma de decisiones dotando de un mayor grado de descentralización a nivel territorial; desde el año 2012 se crean en ASSE Redes Integradas de Servicios de Salud de base regional.

En suma, el artículo nos muestra cómo se viene desplegando el SNIS, las etapas que ha cumplido, los logros obtenidos en aspectos esenciales de su diseño, las dificultades que aún subsisten y la necesidad de enfrentar nuevos desafíos en esta etapa de su desarrollo. Una reforma profunda, como lo es la de la salud, requiere del transcurrir del tiempo para la concreción de su finalidad y aun así, por más que se acerque a los objetivos definidos, siempre la dinámica de los acontecimientos la harán enfrentarse a nuevos desafíos. Consolidar los logros obtenidos, como los mayores grados de equidad, y seguir avanzando en los cambios en los modelos de atención y gestión, requerirán de constantes esfuerzos. En este contexto la dimensión de la eficiencia, económica y social, deberá seguir acompañando su despliegue.

VIII. Autores de los artículos, estudios y comentaristas

Victoria Arbulo Delgado

Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República, UdelaR). Desde el año 2005 desempeña funciones en el Área Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública, siendo actualmente encargada del Departamento de Regulaciones Económicas. Ha participado en la elaboración de varios documentos vinculados a la protección social en salud, el financiamiento, la cobertura poblacional y la eficiencia en salud en el Uruguay.

Hugo Bai

Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República, UdelaR), cursando maestría en Economía Internacional en el Departamento de Economía de Facultad de Ciencias Sociales. Actualmente trabaja en el Instituto Cuesta Duarte que investiga y asesora en temas económicos al PIT-CNT y es asesor económico del Equipo de Representación de los Trabajadores en el directorio del Banco de Previsión Social. Fue docente universitario y, en conjunto con otros profesionales, desarrolló investigaciones sobre mercado de trabajo, temas distributivos y políticas sociales, tanto para la Universidad de la República como en régimen de consultoría para el Ministerio de Desarrollo Social.

Paula Carrasco

PhD(c) en Economía (UdelaR, Uruguay) y Magíster en Economía Aplicada (UAB, España). Se desempeña como docente e investigadora en el Instituto de Economía (IECON) de la Facultad de Ciencias Económicas Y Administración (FCCEEyA, UdelaR) desde 2011. Fue Directora del Departamento de Análisis Sectorial de la División de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública y analista económica en la misma División (2005-2009). Sus áreas de investigación se circunscriben al estudio de los fenómenos del mercado de trabajo, la desigualdad, la economía de la salud, y la evaluación de políticas públicas.

María Gimena Castelao

Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República, UdelaR) con especialización en Educación. Maestrando en Demografía y Estudios de población (UdelaR). Entre los años 2009 y 2014 se desempeñó como ayudante de investigación en la Unidad de Enseñanza de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de la República. A partir del año 2010 ingresó a la División Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública donde se desempeñó como asesora económica hasta el año 2015. Actualmente se desempeña como consultora en el Departamento de Investigación y Estadística del Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública (CO.DI.CEN – ANEP) en el marco de la Evaluación del Impacto de las Escuelas de Tiempo Completo en Uruguay.

Marcelo Castillo

Licenciado en Ciencia Política (Facultad de Ciencias Sociales, FCS, de la Universidad de la República, UdelaR). Candidato a magister en Ciencia Política (UdelaR). Es investigador y docente del área de Estado y Políticas Públicas del Instituto de Ciencia Política de la FCS (UdelaR). Ha coordinado proyectos y convenios de investigación (de desarrollo y aplicada) en el campo de los sistemas de protección social, políticas sociales en general y de infancia, adolescencia y juventud en particular. Es especialista en políticas sociales, políticas de infancia, adolescencia y juventud, reforma del área social del Estado. Actualmente también integra el área de Planificación y Seguimiento de la Secretaría Nacional del Sistema Nacional Integrado de Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social.

Oscar Cetrángolo

Licenciado en Economía graduado en la UBA y Master of Philosophy (Estudios de Desarrollo) en la Universidad de Sussex (IDS), Reino Unido. Actualmente se desempeña como Director de la Maestría en Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA, investigador del Instituto Interdisciplinario de Economía Política de la UBA y de UNTREF. Es Profesor Titular de Finanzas Públicas en la UBA. Entre 2001 y 2011 se desempeñó como Experto en Políticas Públicas de la CEPAL. Previamente fue Subsecretario de Relaciones con las Provincias del Ministerio de Economía, ocupó diversos cargos en el sector público argentino, fue consultor de varios organismos internacionales (OIT, OPS/OMS, BID, Banco Mundial, PNUD) y es autor de numerosos trabajos sobre políticas públicas, en especial tributación, seguridad social, salud y federalismo.

Jessica Correia

Estudiante avanzada de Ciencia Política. Asistente de Investigación en el área de Estado y Políticas Públicas del Instituto de Ciencia Política, ICP, de la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR). Ha participado en investigaciones sobre coordinación interinstitucional y regulación en el área social.

David Debrott Sánchez

Economista. Actualmente es jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud de Chile. Entre los años 2002 y 2010 se desempeñó en el Ministerio de Salud en los departamentos de Estudios y de Economía de la salud. Entre los años 2011 y 2012 tuvo a su cargo la construcción de indicadores de costos de los seguros privados de salud (ISAPRES) en el Instituto Nacional de Estadísticas.

Los años 2013 y 2014 se desempeñó como consultor senior en economía de la salud en Bitrán y Asociados y luego como Director Ejecutivo del Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión. Durante el primer semestre de 2015 tuvo a su cargo del departamento de finanzas de atención primaria en el Ministerio de Salud. Integró durante el año 2014 la Comisión Asesora Presidencial de Reforma al Sistema Privado de Salud. En diferentes periodos ha sido consultor de OPS/OMS y de CEPAL en temas relacionados a la economía y el financiamiento del sector salud.

Andrea Delbono

Licenciada en Ciencia Política (Facultad de Ciencias Sociales, FCS, de la Universidad de la República, UdelaR). y estudiante de la Maestría en Ciencia Política (UdelaR). Es docente en la Facultad de Derecho de la Facultad de Derecho y en la FCS (UdelaR). Ha participado en investigaciones sobre la reforma del sistema de salud en Uruguay, así como en proyectos referidos a los procesos electorales desde una perspectiva de género, y a la seguridad vial infantil

Miguel Fernández Galeano

Doctor en Medicina (Facultad de Medicina, FM, de la Universidad de la República, UdelaR). Especialista en Administración de Servicios de Salud de la FM (UdelaR). Desde el año 2010 se desempeña como Asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Fue Vice Ministro de Salud Pública (2005-2010), legislador departamental de Montevideo (1990-1995), Director General de la Salud y Programas Sociales, suplente de Intendente en la Intendencia Municipal de Montevideo (1995-2005) y Presidente del Fondo Nacional de Recursos (2005-2010). Ha participado y conducido investigaciones en sistemas de salud y modelos de atención y gestión; políticas de cobertura y financiamiento sanitario; políticas de medicamentos y tecnologías sanitarias; aseguramiento de la calidad de la atención y la seguridad del paciente en servicios de salud.

Sandra Farina Leunda

Profesora de biología egresada del Instituto de Profesores Artigas. Desempeña funciones en el sector Sistema Nacional de Información (SINADI) del MSP, desde el año 1982, actualmente bajo el Área Economía de la Salud. Responsable del control de declaraciones juradas de precios de tasas moderadoras y procesamiento de datos de estados contables de los prestadores.

Guillermo Fuentes

Doctor en Gobierno y Administración Pública (Universidad Complutense de Madrid, España). Licenciado en Ciencia Política (Facultad de Ciencias Sociales, FCS, de la Universidad de la República, UdelaR). Es investigador y docente del área de Estado y Políticas Públicas del Instituto de Ciencia Política de la FCS (UdelaR). Ha participado y conducido investigaciones en procesos de reforma de sistemas de salud, matrices de bienestar, políticas de asistencia social y modelos de administración pública, tanto a nivel nacional como comparado. Concretamente se ha especializado en procesos de cambio institucional, construcción y mantenimiento de coaliciones reformistas y dinámicas contemporáneas de reforma del Estado.

Fernando Isabella

Licenciado y Magíster en Economía (Facultad de Ciencias Sociales, FCS, de la Universidad de la República, UdelaR). Trabajó en el equipo técnico que lideró la implementación de la Reforma de la Salud en Uruguay (2005-2009). Fue Subdirector de Desarrollo Institucional del principal prestador público de servicios de salud del país (ASSE, 2010-2011) y es docente en el posgrado de Administración de Servicios de Salud de la UdelaR. Es docente e investigador del Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la UdelaR desde 2011, centrado en las áreas de Cambio Estructural y Especialización Productiva y Economía de la Salud. Actualmente es Director de Inversión Pública en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Giselle Jorcín Müller

Contador Público (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA de la Universidad de la República, UdelaR). Diploma de Gestión en Instituciones de Salud, Intensivo- Programa Inter-facultades en Administración de Salud de la Universidad de Chile. Desempeña actividades en el Área Economía de la Salud, del Ministerio de Salud Pública. Ha sido docente desde el año 1995, participando actualmente a nivel del Centro de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, y del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).

Gabriel Lagomarsino

Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA de la Universidad de la República, UdelaR), con posgrado en Economía. Ingresó a trabajar al Banco de Previsión Social en el año 1977, donde fue integrante del Equipo de Representación de los Trabajadores en el Banco de Previsión Social (BPS) y asesor económico de la Presidencia. Actualmente ocupa el cargo de Vicepresidente del organismo y es delegado por el mismo en el Consejo Nacional de Políticas Sociales. Entre los años 2005 y 2009 participó en la elaboración del Plan de Emergencia y el Plan de Equidad. En el año 2008, formó parte de la comisión que llevó adelante la Reforma Tributaria. Participó en seminarios y conferencias nacionales e internacionales como panelista, comentarista y expositor sobre temas relacionados a Políticas sociales, Sistemas de Pensiones y de Seguridad Social y su financiación, Derechos Humanos, Protección y Cobertura Social, envejecimiento de la población, distribución de ingresos y política y sistemas tributarios entre otros.

Florencia Lambrosquini

Licenciada en Ciencia Política (Facultad de Ciencias Sociales, FCS, de la Universidad de la República, UdelaR). Asistente de Investigación en el área de Estado y Políticas Públicas del Instituto de Ciencia Política de la FCS (UdelaR). Ha participado en investigaciones sobre coordinación interinstitucional y regulación en el área social.

Eduardo Levcovitz

Médico - Facultad de Medicina/ Universidad Federal de Rio de Janeiro (FM/UFRJ), Brasil. Doctor (PhD) en Salud Colectiva (Área de Políticas, Planificación y Administración en Salud) – Instituto de Medicina Social/Universidad del Estado de Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Brasil; Master en Ciencias (M.Sc.), Salud Pública (Área de Planificación y Administración en Salud) - Escuela Nacional de Salud Pública/ Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil. Desde el 2010 es el Representante de OPS/OMS en Uruguay y se desempeñó en la sede como Asesor Principal y Jefe de la Unidad de Políticas de Salud y Protección Social del 2004 al 2009. Fue Secretario Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, y Secretario de Medicina Social del Instituto Nacional de Atención Médica del Seguro Social. Profesor de post-grado en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro ejerciendo como Vice-Director y Jefe del Departamento de Administración y Planificación en Salud. Ha participado y conducido investigaciones y estudios en políticas públicas, sociales y de salud; protección social; rectoría, gobernanza y descentralización del sistema de salud; economía política del sector salud; y mecanismos de planificación, presupuestación, asignación de recursos y pago a proveedores, asuntos sobre los cuales he publicado artículos y capítulos de libros y dictado conferencias.

Constanza Moreira

Profesora Titular Grado 5 de la Facultad de Ciencias Sociales, FCS, de la Udelar. Licenciada en Filosofía por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, Udelar (1978-1984); Máster y Doctora en Ciencia Política por la Universidad Candido Mendes (1987- 1997).. Coordinadora del Informe de Desarrollo Humano en Uruguay, a cargo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo entre 2006-2008. Senadora de la República Oriental del Uruguay, electa por el partido Frente Amplio en 2009 para la legislatura 2010-2015, y reelecta en 2014 para el período 2015-2020. En su labor parlamentaria, ha defendido las causas relativas a los derechos humanos (eliminación de la Ley de Caducidad), así como aquellas que refieren a los derechos de las mujeres y al combate a la desigualdad de género en todas sus formas (despenalización del aborto, ley de cupos, entre otros).

Daniel Olesker

Profesor Titular Grado V del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República (Udelar). Master en Ciencias Económicas egresado de la Universidad de la República de Uruguay y de la Universidad de Lovaina la Nueva en Bélgica. Fue Director General de Secretaría de Estado del Ministerio de Salud Pública entre el 2005 y el 2010 tendiendo a su cargo el diseño del sistema de funcionamiento del SNIS. Fue Ministro de Salud Pública entre el 2010 y el 2011. Fue Ministro de Desarrollo Social entre 2011 y el 2015. Fue desde 1983 a 2005 Director del Instituto Cuesta Duarte del PIT-CNT al que actualmente volvió como Asesor Económico. Fue entre 1983 y 2005 Asesor Económico de la Federación Uruguaya de Cooperativas de Viviendas de Ayuda Mutua (FUCVAM), al que ahora actualmente como asesor. Su especialización es la economía social, en particular laboral, salud y vivienda.

Ida Oreggioni

Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República, Udelar), con posgrado en Economía y especialización en Economía de la Salud. Es Directora del Área Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay desde el año 2009. Integró la primer Junta

Nacional de Salud como miembro alterno en el período 2008-2010, e integra actualmente el mismo organismo de dirección del Sistema Nacional Integrado de Salud como representante del MSP. Ha participado como expositora y docente en diversas instancias nacionales e internacionales referidas al proceso de transformación del SNIS, y como coautora y coordinadora de varios documentos sobre la temática.

Juan Pablo Pagano

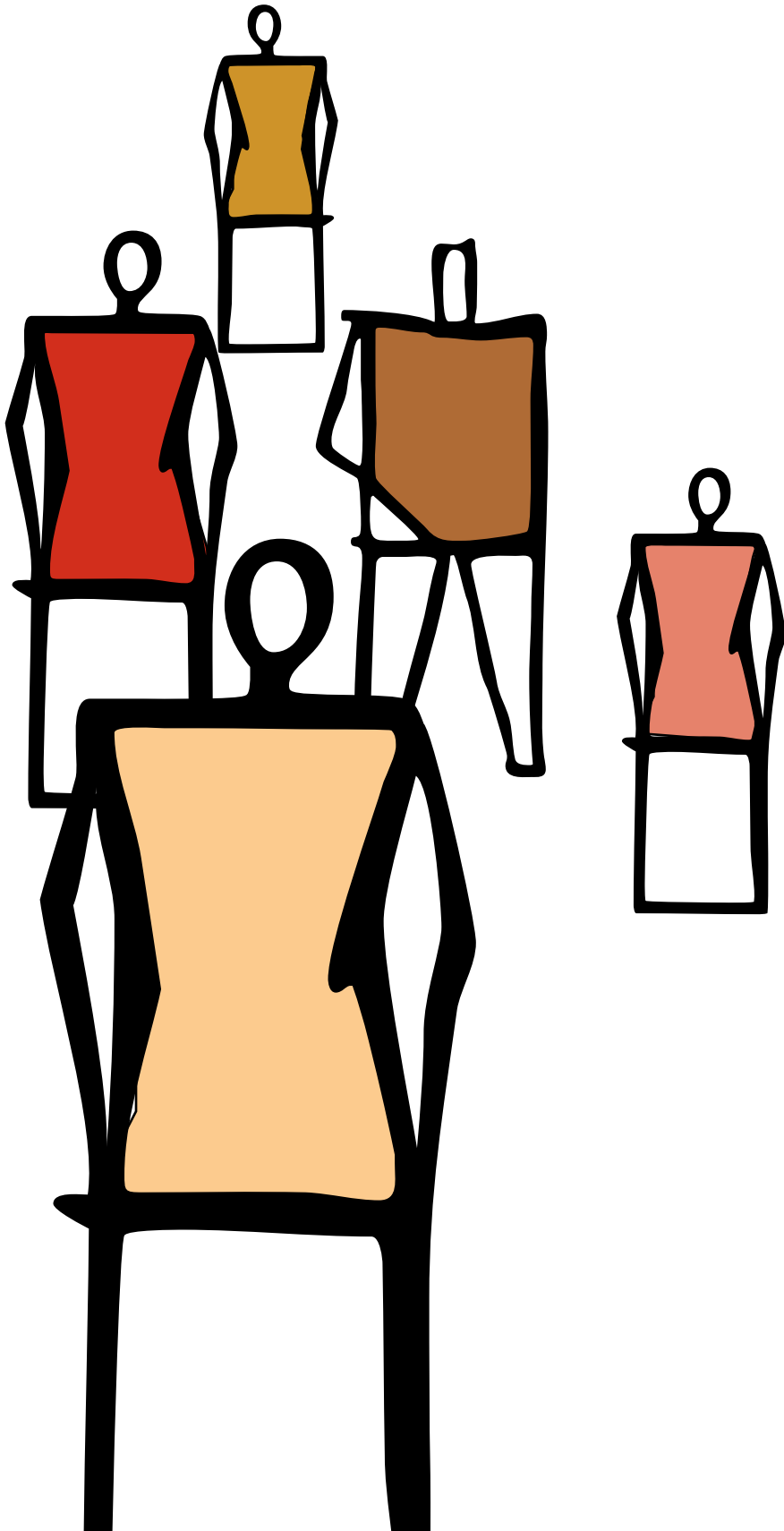
Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República, UdelAR). En la misma se desempeñó como docente entre 2006 y 2014 y también como ayudante de investigación en temas relacionados con economía de la salud desde el año 2006 hasta el 2010 cuando ingresó a la División Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública. En el año 2014 recibió una beca de la fundación Fulbright para realizar una especialización en salud pública en los Estados Unidos donde estudio en la Universidad de Emory, en Atlanta. Actualmente se desempeña como consultor de la Organización Panamericana de la Salud en el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (OPS/HSS/Washington).

Gustavo Rak Marcos

Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República, UdelAR). Es docente universitario desde 1999, desempeñándose en diversas unidades curriculares dentro de carrera de Licenciado en Economía de la FCCEEyA de la Universidad de la República. Fue co-editor de la sección Economía del matutino La Diaria (2007 – 2008). Desde el año 2008 se desempeña como analista en el Área Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública, coordinando los estudios de costo y financiamiento del Seguro Nacional de Salud en el Departamento de Regulaciones Económicas.

Laura Rivas

Economista (Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FCCEEyA, de la Universidad de la República, UdelAR) y candidata a Magíster en Historia Económica (UdelAR). Se desempeña, desde 2007, como analista económica en el Área Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública y es responsable de la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud. Fue consultora temporaria para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en el Proyecto "Avances y consolidación del Acceso y la Cobertura Universal en Salud en Uruguay".





Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
SECTOR REGIONAL DE LAS
Américas



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

- Estudio “Análisis de la cobertura poblacional del SNIS y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud (FONASA)”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012.
- Estudio “Evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012.
- Estudio “Impacto de la reforma de salud sobre diferentes aspectos del financiamiento: asignación y distribución de recursos”. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Instituto de Economía (IECOM-UdelaR). Diciembre de 2013.
- Estudio “Costos compartidos en salud: revisión del marco conceptual y experiencias de las Américas y el Caribe. Tasas moderadoras en Uruguay impacto en el acceso y la protección financiera”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2013.
- Estudio “Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa en la implementación del SNIS: cambio institucional, posibles escenarios y orientaciones de cambio”. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Ciencia Política (ICP-UdelaR). Diciembre de 2013.
- Estudio “Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del SNIS”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2014.



ISBN: 978-9974-7945-7-3



9 789974 794573