

# DIEZ DECISIONES SOBRE LA REFORMA DE LA SALUD



Por Daniel Olesker

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)<sup>1</sup>. Este modelo llevó los niveles de pobreza y exclusión a su máximo histórico en el país en 2004.

Un país que había tenido importantes niveles de crecimiento (entre 1974 y 1981 y entre 1991 y 1998) y ese crecimiento no había repercutido en la mejora de los salarios, en la mejora del empleo ni en la formalización del trabajo, ni en mayor acceso a los bienes públicos sociales, se desarrolló aplicando los principios del llamado Consenso de Washington 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 exter-



na irrestricta tanto comercial como financiera.

Y así 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 sector en el marco del LACE, en aspectos tales como:

- La segmentación y la inequidad en la distribución del gasto (el gasto per cápita del sector privado triplicó el del sector público)
- El gasto privado como eje del sistema y por ende el escaso peso del aseguramiento vía protección social que sólo amparaba al 20% de los uruguayos.

■ 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 “descreme”, es decir la expulsión del sistema de quienes se preveía tendrían un mayor costo esperado.

Es en ese contexto se pone en marcha un conjunto de herramientas para revertir esta catástrofe nacida en la dictadura y agravada en la década perdida de los 90.

## Los cambios globales

El Frente Amplio desarrolla una política pública distinta que pone ciertos énfasis en la distribución del ingreso y la riqueza a través de:

- 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 de la masa salarial

El autor es coordinador del Curso de Economía Política de Salud en la Escuela de Gestión ISALUD Uruguay. Es profesor universitario titular, asesor del Movimiento Sindical y Movimiento Cooperativo. Fue ministro de Salud Uruguay 2010-2011 y Ministro de Desarrollo Social Uruguay 2011-2015

\* Ver Crecimiento y Exclusión. Daniel Olesker. Editorial Trilce Octubre 2001

por encima del Producto Bruto Interno (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.

## Sistema Nacional Integrado de Salud

Diez decisiones que hubo que tomar

### Primera decisión: fondo mancomunado, universal y solidario

Partir de una transformación profunda del modelo de financiamiento, construyendo el Seguro Nacional de Salud como 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.

### Segunda decisión:

#### Bismarck o Beveridge

El modelo Bismarck tenía grandes ventajas, en particular, que ya existía un mini seguro (DISSE) que si bien era muy limitado tenía la estructura sobre la que asentar el SNS.

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.

### Tercera decisión: cómo

#### procesar el ingreso gradual de la población al sistema

Se inició con trabajadoras y trabajadores formales y sus hijas e hijos,

## Los cinco principios de la reforma social

<b>De cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades</b>	<i>De una parte</i> , 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); <i>De otra parte</i> , 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.
<b>Carácter universalista del acceso</b>	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.
<b>Conducción del Estado</b>	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.
<b>Participación social</b>	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
<b>Incremento presupuestal</b>	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.

se continuó con sus cónyuges, luego profesionales y quienes trabajan por la cuenta, y luego en cinco años el ingreso de personas jubiladas.

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.

### Cuarta decisión: la tasa de aportación

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.

### Quinta decisión: 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. Ello superaba una carencia notoria del sistema anterior, así como evitaba la selección de riesgos ("descreme") por parte de los prestadores. A ello se sumó un pago adicional por cumplimiento de metas asistenciales (del orden del 6% ) que priorizó salud de niños y embarazadas.

### Sexta decisión: qué prestadores de salud 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.

#### **Séptima decisión: cómo eligen las usuarias y los usuarios a los prestadores**

La decisión fue que los usuarios elegían y cada dos años y sólo en el mes de febrero podían cambiarse, salvo que quisieran cambiarse al prestador público para lo que no había limitaciones.

#### **Octava decisión: fortalecer el rol regulador del MSP**

En ese sentido 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.

#### **Novena decisión: elementos reguladores de la prestación asistencial**

¿Cuáles deberían ser los elementos reguladores desde el punto de vista de la prestación asistencial? Se tomaron dos decisiones para el 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.

#### **Décima decisión: el organismo de conducción**

¿Cuál era el organismo de conducción del SNIS y en particular de conducción y administración del fondo público obligatorio (SNS-FONASA)?

Para su construcción se tomaron en cuenta las siguientes definiciones:

■ Debía ser un organismo con participación social;

■ En ese organismo el Poder Ejecutivo contaría con mayoría y sus integrantes serían delegados de Salud Pública (que lo presidiría) Economía y Finanzas y el Banco de Previsión Social;

■ Sobre la representación de los trabajadores no existía ninguna duda que la representación debía emerger de la central única de trabajadores y a ellos fue, que, en la etapa de transición, se le solicitó la definición de su representación;

■ 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 sus empresas integrantes;

■ El caso 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. Por ende, se convocó a los representantes de dos movimientos existentes y se les planteó a ellos la representación de los usuarios.

### **Conclusión**

La Reforma de Salud puso en marcha 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 mancomunidad de los fondos y su distribución por el Estado.

Estas 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 80% del valor promedio en el sistema asegurado.

Por ende, la conformación del SNIS implicó un cambio estructural en el modo de producción del sector de la salud colectiva (mutuales y ASSE) pues significó claramente remover las reglas existentes y crear nuevas reglas. 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.

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 y se incrementó de 600 a 1.400 dólares el gasto por persona. 