

La reforma de salud de Uruguay: algunas enseñanzas para la Argentina

Uruguay ha abordado desde el 2005 la reforma en salud más ambiciosa de los últimos tiempos en América Latina. La experiencia enseña cómo un diseño que goza de mucho consenso (el sistema único de salud, con fondo único, cápitas ajustadas por riesgo y competencia entre aseguradoras) se queda a mitad de camino, con final abierto, a raíz de lo complejo que resulta financiar con fondos públicos la salud de los jubilados y transformar los tradicionales esquemas públicos de subsidio a la oferta en subsidio a la demanda. La experiencia es muy interesante para analizarla y extraer enseñanzas al caso argentino.



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

La imagen del nuevo sistema de salud de Uruguay en el largo plazo

La reforma al sistema de salud de Uruguay es una interesante experiencia para analizar porque incorpora en su diseño todos los aspectos que en la región de América Latina los formuladores de políticas, los sanitarios, los profesionales y técnicos de la salud y, en general, el público entendido en temas de salud aspiran y/o imaginan que un sistema de salud debe brindar. El consenso básicamente dice que la cobertura de un sistema de salud debe ser universal, cubriendo a todos sus habitantes independientemente de su estado de salud y su capacidad de pago, y además contemplar mecanismos para inducir conductas eficientes en el uso de los recursos sanitarios desde la perspectiva de lograr los mejores resultados de salud con los recursos existentes.

El mecanismo para que las personas sanas y de altos ingresos subsidien a las enfermas y de bajos ingresos es un fondo único. No se aporta directamente al seguro de salud sino que se vuelcan todos los recursos en un fondo y desde éste se transfieren hacia los seguros de salud, que elija la gente, una cápita ajustada por factores de riesgo epidemiológico (básicamente, edad y sexo). Luego, las aseguradoras



compiten para atraer gente y hacerse de las cápitas ajustadas por riesgo para financiarse.

La figura más ilustrativa de esta lógica es el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay (*Figura 1*).

En la *Figura 1* se observa que el nuevo actor institucional en Uruguay que materializa el cambio es el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Recibe los recursos de las empresas, los hogares y el Estado y los transfiere en la forma de cápitas ajustadas por edad y sexo a las instituciones de salud, públicas y privadas, que los usuarios eligen. Para el buen uso de los recursos, el ente de control monitorea el plan de salud que las aseguradoras brindan y una innovación muy interesante en el tema de definición de beneficios son las metas prestacionales.

Las metas son acciones de prevención cuyo cumplimiento se premia con un pago adicional a la cápita. Hasta ahora, hay tres metas en funcionamiento; una es la aplicación de acciones de detección temprana, control de embarazo y del recién nacido, otra son la asignación de médicos de referencia a la población afiliada y capacitación a los médicos; y la tercera es el contacto y otorgamiento del carnet de afiliado a los adultos mayores. Para tener una idea de órdenes de

magnitud, a julio del 2011 la cápita promedio que paga el fondo es de UR\$* 800 (que equivalen a aproximadamente AR\$* 180), con un rango que va desde UR\$ 568 (AR\$ 130) para la población más joven hasta UR\$ 3.000 (AR\$ 675 para los bebés y población anciana). El incentivo por las metas son UR\$ 60 por la primera meta -la materno infantil- y UR\$ 22 por cada una de las otras dos -médico de referencia y adulto mayor-, o sea un adicional de entre 3% a 7% por cumplimiento de metas de prevención.

Una imagen deseada de sistema de salud en Argentina

La idea de constituir un único fondo de financiamiento de la salud que garantice cobertura universal, equidad contributiva y equidad asignativa tiene muchos adeptos en el país. Ante los evidentes problemas que provoca la alta segmentación de subsistemas que prevalece en Argentina (ineficiencia, inequidad, falta de cobertura real) en muchas ocasiones se ha intentado y siempre está presente esta idea de sistema único y fondo único. De hecho, la actual ley vigente del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661), que rige a las obras sociales nacionales sancionada en 1989, está diseñada como un sistema

* UR\$ (pesos uruguayos); AR\$ (pesos argentinos)

Figura 1.
El nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay



Fuente: "La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009".
Ministerio de Salud Pública
(www.msp.gub.uy)

único; si bien no de fondo único -porque cada obra social preserva para sí los recursos salariales de su población afiliada-, aspira a cubrir con un solo paraguas regulatorio a obras sociales nacionales, provinciales, hospitales públicos y todo otro tipo de ente. La actual tendencia a estipular un Programa Médico Obligatorio similar para todos los tipos de entes (obras sociales, hospitales públicos, medicina privada) está enmarcada también en esta línea conceptual.

Más de allá las restricciones propias de la Argentina (los sindicatos como "dueños" de las obras sociales; las provincias como "dueñas" de los sistemas públicos de salud), ciertamente que la experiencia uruguaya resulta interesante de analizar para observar "en el terreno" cómo operan las restricciones técnicas y políticas en la construcción de un sistema con un fondo único de salud.

El proceso de reforma uruguayo

Para entender la dinámica de la reforma uruguaya es necesario conocer la particularidad que tenía la regla de afiliación de la seguridad social uruguaya antes de la reforma. Antes de la misma, los trabajadores activos formales hacían sus aportes de salud de la seguridad social al Banco de Previsión Social (BPS), quien a su vez transfería un valor cápita a nombre del trabajador aportante a la Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) de su elección. Pero la cápita era sólo para la cobertura del trabajador activo. El grupo familiar no quedaba comprendido. Para incorporar a su familia, el trabajador activo debía hacer

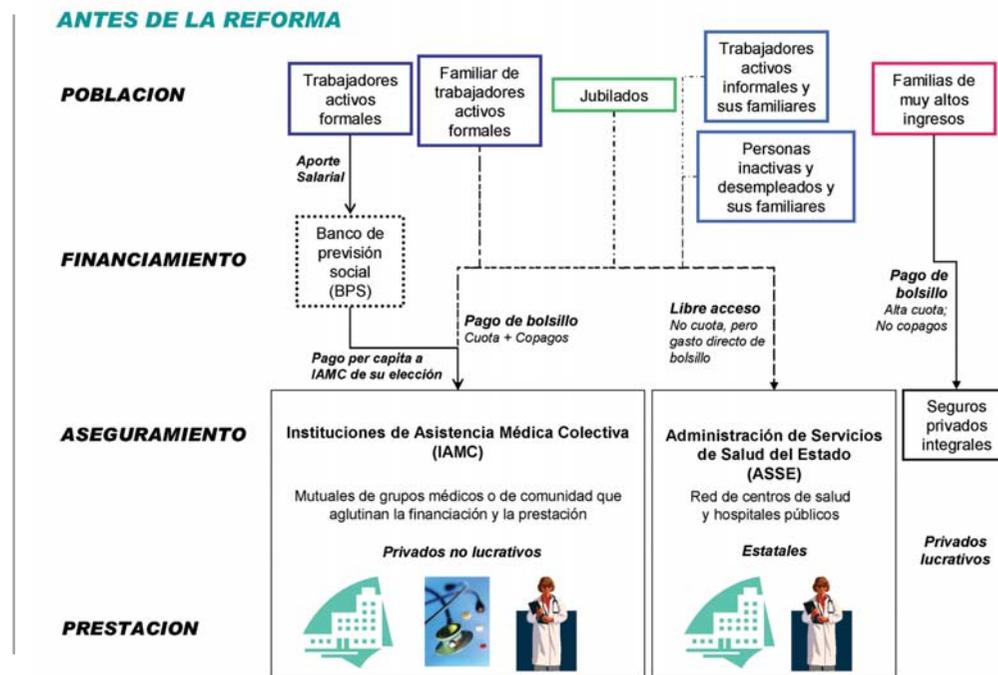
aportes adicionales de bolsillo. Si no los hacía, los familiares debían atenderse en el sistema de hospitales públicos (Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-).

Por su parte, los jubilados recibían el pago de su jubilación del sistema previsional pero no tenían cobertura de salud. Debían pagar de bolsillo a una IAMC, caso contrario, recurrir al sistema público (ASSE). Los trabajadores informales, los desempleados, los inactivos, es decir, las personas que por su no inserción o deficiente inserción laboral no están cubiertas por la seguridad social naturalmente también debían pagar de bolsillo una IAMC, o bien, acceder al sistema público (ASSE).

Una minoría de muy altos ingresos accede a los seguros privados asimilables a lo que en Argentina son las empresas de cobertura médica privada. La diferencia entre una IAMC y un seguro privado es que las primeras son entidades sin fines de lucro que se constituyen a partir de una especificidad como ser un grupo médico, personas con una afinidad religiosa, étnica o comunitaria, o el sindicato médico, mientras que los seguros privados son empresas comerciales con fines de lucro. Los precios de los planes de estas últimas son más elevados y a cambio ofrecen mayor accesibilidad en el número de profesionales e instituciones sanitarias. La afiliación en los seguros privados es muy marginal. No supera el 3% de la población.

La Figura 2 ilustra esta regla de afiliación antes de la reforma. Sólo los trabajadores activos usufructua-

FIGURA 2.



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud Pública (www.msp.gub.uy)

ban de su aporte salarial, y un colectivo muy grande de gente que en otros países -similares a Uruguay- suelen estar cubiertos por la seguridad social (familiares de los trabajadores formales y jubilados) estaban fuera de la cobertura. Esto llevaba a que hubiera un elevado gasto de bolsillo y además una asignación inequitativa de los recursos sanitarios dado que precisamente los colectivos de mayor necesidad epidemiológica (las mujeres, los niños y los ancianos) debían solventar con sus recursos individuales su gasto en salud mientras que el colectivo de menor necesidad (trabajadores hombre en edad activa) estaban cubiertos por la seguridad social.

La reforma, lo que hace es incorporar dentro de la cobertura de la seguridad social a los familiares de los trabajadores activos, a los jubilados de menores haberes y a las personas que se van jubilando. La incorporación se materializó con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) donde se colocan las cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores activos formales y los jubilados cubiertos y desde allí se transfieren cápitas ajustadas por riesgo a las IAMC que eligen los afiliados. Asimismo, también se están incorporando al FONASA a cajas de profesionales y funcionarios públicos quienes ya tenían cobertura social sólo que ahora van a pasar a formar parte del FONASA.

Lo que queda pendiente es la incorporación de los jubilados existentes y los informales, desempleados e inactivos que mayormente se atienden en el sistema

público y que son un colectivo muy numeroso. El *Recuadro 2* muestra esquemáticamente cómo quedó la situación actual con la creación del FONASA y la incorporación parcial de las personas.

Para dar una idea de volúmenes, Uruguay tiene aproximadamente 3,3 millones de habitantes. De éstos, aproximadamente 1,8 millones (56%) está en el FONASA. La gran mayoría del resto, o sea, unos 1,4 millones, todavía está fuera y constituyen este colectivo de jubilados existentes y trabajadores informales, desocupados e inactivos junto a sus respectivos grupos familiares: aproximadamente unos 565 mil están pagando de bolsillo una IAMC y 850 mil se atienden en el sistema público (ASSE).

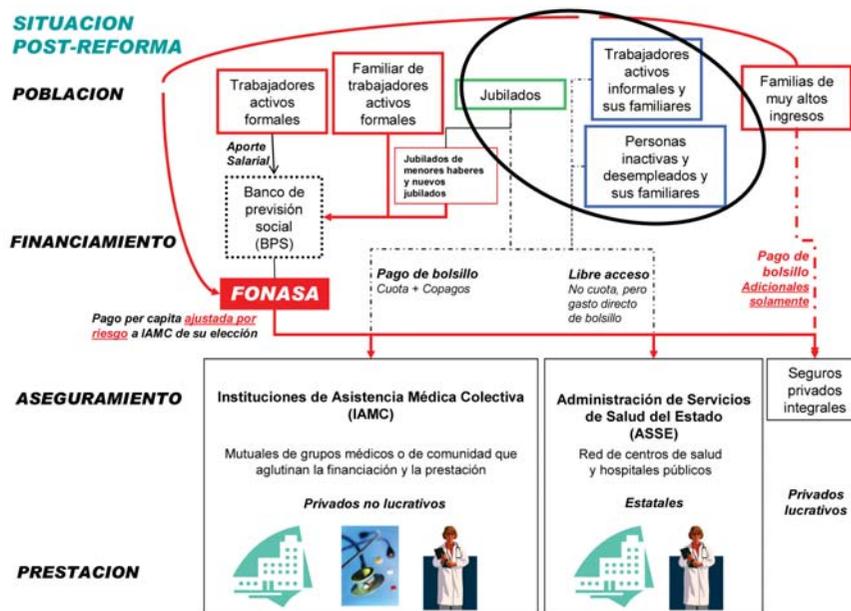
Una minoría (50 mil) están pagando de bolsillo un seguro privado y otros son colectivos especiales que están en proceso de incorporación.

¿Por qué no se pudo incorporar a los jubilados y a la gente sin cobertura al FONASA?

Porque hace falta mucho dinero para financiar la prestación de los jubilados y capacidad política para abordar la faceta más compleja de la reforma: convertir el esquema de subsidio de oferta del sistema público en un esquema de subsidio a la demanda, es decir, que ASSE en lugar de recibir un presupuesto fijo reciba las cápitas desde el FONASA.

Las restricciones fiscales no permiten colocar recursos públicos en el FONASA para transferir una cápita

RECUADRO 2



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud Pública (www.msp.gub.uy)

ajustada por riesgo a nombre de los jubilados. Esto se debe a que este es el colectivo que mayores recursos necesita. Según la estructura de la capita por estas personas hay que reconocer UR\$ 3.000 ó AR\$ 675, un monto que parece más que suficiente, por ejemplo, es mucho más elevado que la cápita de PAMI en Argentina, pero obviamente que luego termina resultando imposible de financiar desde el punto de vista fiscal.

En el caso de la transformación de ASSE, actualmente recibe unas 150 mil cápitas desde el FONASA pero luego debe atender a aproximadamente 850 mil personas no incorporadas al fondo por los cuales recibe presupuesto fijo. El gran desafío es convencer a los recursos humanos de ASSE a dejar de recibir el presupuesto fijo y comenzar a financiarse con las cápitas que provengan de las personas que elijan a ASSE como cobertura de salud. Como el riesgo de que la gente actualmente atendida por ASSE opte -en un gran número- por una IAMC, cuando se la incorpore al FONASA, la restricción política para dar este paso es grande. Hay temor que ASSE se quede sin el financiamiento necesario en caso de una migración importante hacia las IAMC. Por ello, se trabaja en aumentar la "competitividad" de ASSE en preparación para el momento del cambio, pero de todas formas no hay fecha cierta de concreción.

La enseñanza para la Argentina

Un diseño que goza de mucho consenso pero que se queda a mitad de camino, con final abierto, porque es muy difícil financiar con fondos públicos la salud de los jubilados y transformar los tradicionales esquemas públicos de subsidio a la oferta por un subsidio a la

demanda. El problema en Argentina es similar. Si bien los jubilados tienen una cobertura teórica (PAMI), los montos de cápita que transfieren son muy modestos. Se ubican en el orden de los AR\$100 cuando en Uruguay se prevé para los jubilados un monto de AR\$675 (o sea, 6 veces más). Lo que en Uruguay se explicita con la imposibilidad de incorporar los jubilados al FONASA, en Argentina se manifiesta con el hecho de que, aun cuando los jubilados tienen PAMI, terminan pagando altas sumas de dinero de bolsillo y/o atendiéndose en el hospital público.

Lo mismo ocurre con la población sin cobertura. La idea de formar seguros provinciales de salud, o incorporar a la gente sin cobertura a las obras sociales provinciales, choca con el escollo de que los recursos necesarios para financiar la cobertura hoy se destinan al financiamiento de los hospitales públicos y hay muchas resistencias políticas para el cambio en el método de financiamiento. Con el Plan Nacer se están incorporando elementos de subsidio a la demanda (los hospitales reciben un pago por prestación por la atención brindada a la población beneficiario del programa), sin embargo, son recursos adicionales. Se está lejos de poder modificar el tradicional esquema de hospitales con presupuesto fijos por hospitales que se financien en base a la cantidad y calidad de las prestaciones que otorgue.

En suma, en la medida que no se resuelva genuinamente el financiamiento de los jubilados y se transforme los esquemas públicos de subsidio a la oferta por otro a la demanda, la idea de un fondo único de salud con pagos por cápita ajustada por riesgo e incentivos a la eficiencia es de muy difícil materialización. La aspiración de un sistema único de salud queda en la agenda de las materias pendientes. ■