

**SEMINARIO**

# **El Futuro de la Medicina Colectiva en el Uruguay**

23 de Noviembre de 2001  
MONTEVIDEO, URUGUAY



**Redactor Responsable:**

Federico Blankleider

Cel.: 094 22 44 41.

e-mail: fedeb@montevideo.com.uy

**Diseño de tapa e interiores:**

Lic. DG Marcela Casella

Cel.: 099 12 93 16

e-mail: marcecas@montevideo.com.uy

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

## INDICE

### OBJETIVO DE ESTA PUBLICACION

#### **Nota introductoria del Presidente del Plenario de las IAMC.**

Dr. Natalio Blankleider . . . . . 7

### PALABRAS DEL PRESIDENTE DEL COMITE ORGANIZADOR

Dr. Daniel Sica . . . . . 9

### ACTO DE APERTURA

#### **A cargo del Ministro de Salud Pública**

Dr. Luis Fraschini . . . . . 11

BLOQUE UNO

**Procesos recientes y tendencias en la reforma  
de los sistemas de salud en América Latina.**

Ing. José Pablo Gómez (Chile) . . . . .	15
Dr. Rodolfo Rodríguez (Argentina) . . . . .	35

BLOQUE DOS

**La situación actual. Las raíces de la crisis de las IAMC,  
y los seguros de salud regulados en el país.**

Dr. Félix Rígoli . . . . .	45
Dr. Alvaro Eguren . . . . .	53
Soc. Joaquín Serra . . . . .	59
Dr. Esc. Antonio Kamaid . . . . .	65
Cr. David Glejberman . . . . .	71

BLOQUE TRES

**Visión del futuro del sistema de salud en el Uruguay.**

Ec. Alejandro Ramos . . . . .	97
Ec. Claudio Sapelli . . . . .	113
Ec. Daniel Olesker . . . . .	121

MESA REDONDA

**La visión política.**

Dr. Jorge Bermúdez (FUS) . . . . .	129
Dr. Barret Díaz (SMU) . . . . .	135
Dr. Natalio Blankleider (Plenario IAMC) . . . . .	139
Dr. Hércules Mazzucchelli (UMU) . . . . .	143
Dr. Italo Mogni (FEMI) . . . . .	147
Dr. Alejandro Gherardi (OPS) . . . . .	151

ACTO DE CLAUSURA

Dr. Daniel Sica . . . . .	153
Cr. Eduardo Zaidenzat (Subsecretario MSP) . . . . .	155
Cr. Alberto Bensi6n (Ministro Economía y Finanzas) . . . . .	157

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

## OBJETIVO DE ESTA PUBLICACION

Dr. Natalio Blankleider



El sistema de salud en el Uruguay está en crisis. Esta afirmación que realizamos en 1999 al asumir la Presidencia del Plenario, también podíamos haberla realizado dos años antes, y quizá siga teniendo validez en 2002. Una crisis dentro de otra más general, que abarca a todos los sectores de la producción del país, pero en cada sector se manifiesta de manera diferente y afecta en forma desigual a los distintos actores.

La crisis de la salud, en relación con los prestadores, presenta asimetrías bien marcadas por las características propias de este servicio. El sector público tiene un gran efector, el Ministerio de Salud Pública, que actúa como juez y parte, porque presta servicios de salud y establece las reglas de juego para la actuación de los efectores privados, reglas que en general no cumple él mismo. El sector privado presenta las mayores asimetrías: algunas instituciones sin fines de lucro, fuertemente reguladas, con canasta obligatoria y precios máximos administrados. Otras instituciones con fines de lucro, con una muy débil regulación -básicamente en la información que deben proporcionar a los usuarios- y con el mercado de insumos de la salud con precios libres y regulaciones laxas.

La crisis de la salud, ¿es sólo económica o afecta los valores que han predominado en el Uruguay desde comienzos de siglo? ¿Solidaridad, equidad e integralidad continúan

siendo valores a defender? Ante las innovaciones tecnológicas y el constante aumento de costos, ¿se sostiene el actual modelo de financiamiento del subsistema de medicina colectivizada? ¿La generalización de este subsistema mediante un seguro nacional de salud es una solución viable? ¿Qué papel le cabe cumplir en la solución del problema a los actores políticos, a los dirigentes de las instituciones, a las cámaras de la salud y a las organizaciones sindicales?

El Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, consciente de la importancia del tema, decidió convocar el 23 de noviembre de 2001 a todos los actores, para oír sus voces y para conocer la opinión de los especialistas nacionales y extranjeros. Esta publicación recoge todo lo que ellos tuvieron para decir sobre el "Futuro de la Medicina Colectiva en el Uruguay" el día del Seminario.

No todo lo que escuchamos fue de nuestro agrado. Sobre todo la visión del Ministerio de Economía, expresada por su titular, sobre la poca simpatía que le despertaban los sectores productivos que no pagan impuestos o sobre su propuesta de concentración de los efectores de salud en Montevideo reduciéndolos a la mitad. Pero creemos modestamente, que si algún mérito tuvo este Seminario, fue la oportunidad de confrontar ideas y la confirmación de que aquellos valores -solidaridad, equidad e integralidad- siguen siendo pilares básicos a mantener en nuestro sistema de salud, y que todas las soluciones propuestas para salir de la crisis plantearon su necesario fortalecimiento. Queremos agradecer, en nombre de nuestro Plenario, a todas las personas e instituciones que hicieron posible el Seminario, mediante una multitudinaria presencia que colmará las instalaciones del Hotel Sheraton y también mediante el aporte de recursos y de ideas. A todos ellos queremos convocarlos para continuar dialogando en la búsqueda de soluciones que fortalezcan la salud en el Uruguay. Sea esta publicación nuestra modesta contribución en pos de dicho objetivo.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

## PALABRAS DEL PRESIDENTE DEL COMITE ORGANIZADOR

Dr. Daniel Sica



Señores Ministros, Señores Legisladores, Señores Representantes de los Organismos Nacionales e Internacionales, Señoras y Señores, sean Ustedes bienvenidos.

El Comité Ejecutivo del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y el Comité Organizador, tienen el honor de inaugurar este Seminario que tiene como objetivo fundamental el análisis crítico de los procesos de reforma del Sector Salud en Latinoamérica y particularmente en nuestro país.

Esperamos que este enorme esfuerzo de las Instituciones Miembro del Plenario contribuya a reflexionar conjuntamente con todos los actores, sobre los caminos futuros que deberá transitar nuestro Sistema.

Es nuestro propósito tomar la iniciativa de la discusión y marcar, con la responsabilidad que los tiempos requieren, sin exclusiones de ninguna clase, la senda de la Medicina Colectiva.

Por último, quiero recordar a un querido compañero del Comité Ejecutivo, fallecido hace pocos meses en la batalla por salvar a su Institución, el Dr. Miguel Bormia.

Solamente nos resta agradecer el apoyo recibido por los Organismos Nacionales e Internacionales que auspician este Seminario, y a las siguientes Empresas Comerciales

que hicieron posible este encuentro: Laboratorios ANDRÓMACO, BAYER, BOEHRINGER-INGELHEIM, CELSIUS, GAUTIER, LIBRA y SERVIMEDIC, Banco BBVA, Fondo Nacional de Recursos, y a las Instituciones Miembro: CENTRAL MEDICA, CIMA, CUDAM, GREMCA, IMPASA, OCA-LARGHERO, SMI y UNIVERSAL; así como también a la Mutualista ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS .

Hacemos propicia la ocasión para agradecer la presencia del Sr. Ministro de Salud Pública Dr. Luis Fraschini y del subsecretario Cr. Eduardo Zaidenzat. Solicitamos al Dr. Fraschini que oficialmente inaugure este evento.

Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

## ACTO DE APERTURA

Dr. Luis Fraschini  
Sr. Ministro de Salud Pública



En primer lugar quiero agradecer al Plenario por la feliz iniciativa de comenzar a tratar seriamente los problemas del sistema de Salud con la finalidad de poder encontrar un camino acertado para su solución, sobre todo teniendo en cuenta que, como todos los sistemas de salud del mundo, es cuestionado.

Pero no olvidemos que nosotros tenemos un sistema de salud propio en nuestro país, es casi único en el mundo, al cual tenemos que encontrarle sus principales virtudes y si tiene defectos, cuáles son sus defectos para de alguna manera poder, finalmente, lograr un Sistema más apropiado que dé más estabilidad, más seguridad y mejores prestaciones a la población.

Por lo tanto felicito al Plenario, porque es una muy buena oportunidad para hacer un análisis sobre todo cuando todos conocemos y sabemos que el Sector está en una profunda crisis, que fundamentalmente es una crisis de carácter económico y financiero y seguramente no es una crisis de enfoque de la atención, porque nuestro Sistema de Salud siempre ha intentado sustentarse sobre los pilares de los principios de la Medicina hacia la población: la universalidad, la accesibilidad, la integralidad y la solidaridad.

Creo que es un momento oportuno porque cuando los problemas afloran, los

momentos difíciles ocurren, siempre llega el momento del cuestionamiento, siempre llega el momento de zozobra de unas cuantas Instituciones.

Quisiera hacer algunas reflexiones de tipo personal que me parece merecen hacerse. Yo he pasado por cuatro sectores distintos, el último de los cuales fue el sector de la Salud. Pasé por el sector de la Industria del cuero, la industria frigorífica, la Industria de la construcción y finalmente el Sector de la Salud.

Por supuesto que los distintos sectores tienen diferencias abismales, ya que unos son puramente con finalidad de lucro y otro tiene una gran finalidad social como es el Sector de la Salud. Pero he encontrado cosas similares, por ejemplo que en épocas de bonanza a todos nos va bien, a todas las instituciones, a todas las empresas, pero cuando empiezan las épocas de crisis, algunas empresas empiezan a tener problemas mientras que otras permanecen bien. Y cuando esa crisis se profundiza muchas de esas empresas o instituciones desaparecen y otras no.

Y yo siempre me pregunté: ¿por qué, qué relación había, cuál era la razón de que a algunas empresas les fuera bien y a otras no? Y en general yo digo que muchas veces las empresas vulneran los principios de la administración.

El tema es que cuando las épocas de crisis son duras, empiezan a aparecer todos los cuestionamientos a las fallas y ahí quedan al desnudo los problemas que tenemos quienes estamos administrando algún sector.

Y lamentablemente en el Sector de la Salud, estamos pasando por un momento muy difícil.

Como todos Uds. saben, en el Ministerio hicimos lo primero que se debe hacer, que es buscar datos, tener un diagnóstico preciso de la situación y hemos detectado que existen dos situaciones distintas en el Interior y en Montevideo, y además hemos detectado claros problemas que desnudan la crisis del sector en las Instituciones de Montevideo.

Lo primero que hacemos cuando hay una crisis, nos cuestionamos el sistema, en todos los sectores que estuve se cuestiona al sistema y después al Gobierno.

Pero nunca nos cuestionamos las empresas, nunca nos cuestionamos la organización que tienen las empresas y nunca nos cuestionamos si los actores que estamos dentro de las empresas hemos hecho las cosas bien.

Por eso, creo que es muy bueno que en este momento el Sector de la Salud esté abriendo este compás de análisis para poder ver dónde están las fallas y los factores de los problemas que serán seguramente analizados y desnudados por los expositores y por todo el selecto grupo de personas que ha concurrido hoy a este Seminario.

Yo solamente quiero decirles, ahora sí desde el Ministerio de Salud Pública, que creemos que el Sistema Mutual y las IAMC, tienen virtudes muy importantes, por algo, si miramos los indicadores que tiene el país en Salud vemos que nos hemos diferenciado de casi todo el resto de los países de América del Sur, o sea que alguna virtud debemos encontrar.

Creo que el Sistema de Medicina Colectiva y el Sistema Mutual apuntaron a preservar en todo momento esos cuatro principios que yo mencioné al principio. No sé si lo lograron plenamente, pero esa fue la orientación y la dirección y siempre los sistemas van inclinándose hacia donde el destino y el punto final que se elige, es adecuado.

Pienso que hoy ha quedado al descubierto no tanto problemas de ese tipo, sino el problema del financiamiento del Sistema. Creo que el Sistema carece en su forma de

financiarse, de una solidez suficiente, que es lo que ha quedado al desnudo en esta crisis que estamos viviendo.

Desde el Ministerio les decimos que nosotros estamos dispuestos a ayudar a buscar soluciones, que las soluciones existen, que las soluciones se pueden encontrar, porque nosotros lo que tenemos son recursos humanos, personas con capacidad para hacerlo, porque no me cabe la menor duda que la posibilidad de ir a un sistema más estable y más justo, está en nosotros, no podemos creer que alguien de afuera nos va a traer una receta mágica que nos va a solucionar el problema.

Cuando comenzó esta Administración de Gobierno, lo primero que se recibió fue a una comisión integrada por todos los distintos representantes de los sectores y en ese documento ya había un reconocimiento de la casi totalidad de los problemas existentes. Muchos de esos problemas podían haber sido solucionados diez años antes. Seguramente estaríamos en otra historia y tal vez este Seminario no se estaba haciendo. Porque lamentablemente, hemos aprendido a tratar los problemas sólo cuando tenemos crisis y no tratamos de anticiparnos a ellos, para evitarlos y mantener al Sistema estable.

Por lo tanto, yo les deseo una jornada muy fructífera, con un análisis profundo de su Sistema de Salud, de nuestro Sistema de Salud.

Desearíamos que apunten a un Sistema universal, donde no haya medicina franjeada, medicina para ricos, medicina para la clase media y medicina para pobres, donde la accesibilidad del usuario sea de la mayor libertad posible para que pueda elegir el lugar donde atenderse.

Que el Sistema logre apuntar no a la medicina parcial sino a la medicina total, integral para las personas y entonces apuntar a que la cobertura sea de una medicina integral y una cobertura total.

Y como sé que todos Uds. saben, y muchos de Uds. saben más que yo de estos temas, es que espero que encuentren el camino correcto y que sepan que en esta jornada nosotros, desde el Ministerio vamos a estar apoyando en todo momento las mejores soluciones que se puedan encontrar.

El Ministerio está instrumentando, como Uds. saben, medidas tendientes a estabilizar el Sistema y una vez estabilizado el Sistema, sin lugar a dudas algunas medidas que pueden surgir en esta Jornada podrán ser instrumentadas para que en algún momento cercano, todos los uruguayos podamos sentirnos seguros de nuestro Sistema de Salud y orgullosos de él.

Por lo tanto les deseo mucha suerte y les agradezco por concurrir y aportar cada uno de Uds. lo mejor de Uds. y simplemente, muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

## BLOQUE UNO

# PROCESOS RECIENTES Y TENDENCIAS EN LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Ing. José Pablo Gómez  
(Chile)



Quería dar mi agradecimiento al Plenario de IAMC por la invitación a participar en este encuentro y por la oportunidad de poder aportar un poco a la reflexión que Uds. están haciendo para mejorar la situación de la Salud en el Uruguay.

También quisiera decir que tanto mi instinto de supervivencia como la transparencia que debe orientar a los reguladores me obligan a aclarar que mi presentación no compromete al Gobierno de Chile, sino que es una presentación bastante personal aún cuando se trasluce en la gestión que nosotros realizamos en la Superintendencia. Por eso no hay logo del Ministerio ni logo de la Superintendencia, sólo un dibujo del área de montañismo porque a veces la razón de la Salud parece eso, estar enfrentándonos solos a un escenario complicado y hacia arriba.

La presentación consta de tres partes:

I. Cómo está la situación de los seguros privados de salud en Chile, sistema de seguro de salud previsional conocido como sistema ISAPRE.

II. Cuáles son las actuaciones que la Superintendencia hace en ese plano, que es al de la regulación.

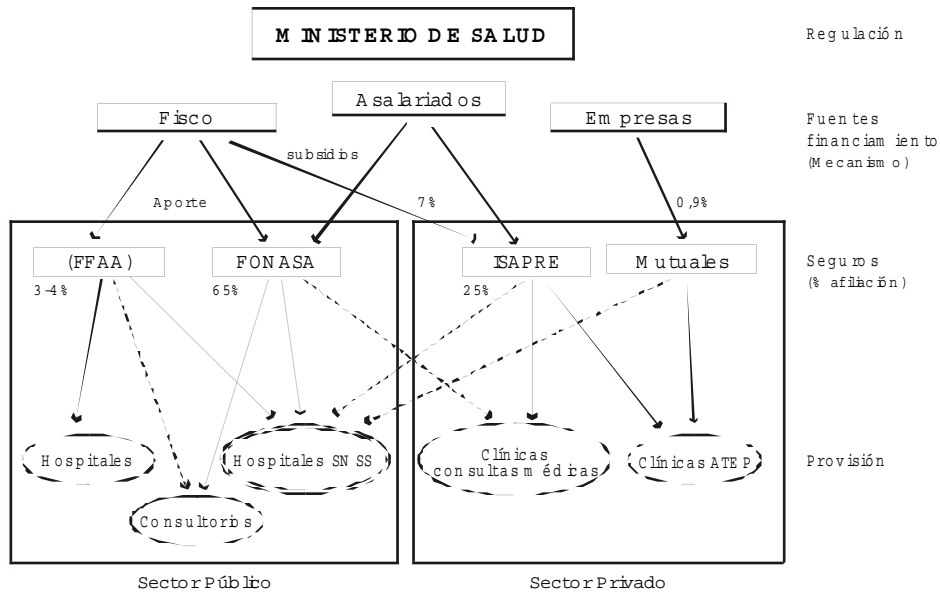
III. Mostrar algunos cambios que están pensando hacer en este Gobierno a este sistema y a la regulación, fundamentalmente ser orientadores respecto a la dirección de cambio que debe tener.

**TENDENCIAS EN REGULACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD:  
EL CASO DE CHILE.**

Para empezar, lo primero que debería decir es que el sistema ISAPRE es uno de los actores relevantes en el sector de la administración de financiamiento de la Salud en Chile. Si uno observa todo el mapa de Instituciones que hay en mi país el Ministerio de Salud aparece como un agente regulador, como un agente que fija normas para cumplir en todo el sistema.

Las fuentes de financiamiento son, como en muchos países, por una parte el Fisco, otra parte los asalariados y las empresas para el caso particular para la atención de la salud en accidentes de trabajo y ahí aparece el nombre mutual en mi país. Hay un grupo de empresas o entidades que administran este financiamiento donde están las Fuerzas Armadas, que representan un 3 % o 4% de la población, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que es la entidad de más importancia de administración de financiamientos, entidad pública que tiene un 65-70% de la población, el sistema ISAPRE y el de las mutualidades.

**Chile: Organización Sector Salud**



El FONASA y las ISAPRES compiten de alguna manera por tener el aporte de los asalariados para la salud que es un aporte obligatorio, que corresponde a un 7% de la renta disponible. Sin embargo, el FONASA además de ese 7%, recibe un aporte fiscal para cubrir a todos aquellos que son indigentes o que no tienen recursos para acceder a la Salud.

Del mismo modo, el sistema ISAPRE tiene algunos pequeños subsidios en el área de las licencias maternales, es decir la mantención del salario de las mujeres cuando estas están en período de embarazo.

Sin embargo, uno puede notar que hay una gran diferencia en la estructura de financiamiento entre el FONASA y las ISAPRE, aún cuando son competidoras, ya que el FONASA recibe un aporte fiscal para un grupo de personas, para un grupo de Chilenos, mientras que las ISAPRES no.

Estos organismos se relacionan con los prestadores: las ISAPRES con clínicas y consultas privadas; las mutuales con las clínicas para los accidentes de trabajo y el FONASA con los hospitales públicos, es decir los hospitales del Sistema Nacional del Servicio de Salud.

Si uno ordena estas instituciones está lo que se denomina Sector Privado en Chile que es el sistema de ISAPRES, mutuales y clínicas fundamentalmente y el sector público en el resto: una base en las FF.AA pero fundamentalmente el FONASA, los Hospitales del Sistema Nacional del Servicio de Salud y los consultores de acción primaria.

Cuando nosotros pensamos en hacer cambios del sistema ISAPRE, debemos ver cómo están operando y al mismo tiempo tomar clara conciencia de las conexiones que el sistema tiene con el resto los actores, cuáles son los efectos que pueden producir con los años tanto en las clínicas como en el competidor más cercano que es el FONASA y que, siendo entidad alternativa a las ISAPRES, puede actuar y de hecho actúa como radar seguro de las ISAPRES, o puede actuar en algunos casos como perturbador o facilitador de los cambios que uno realiza dentro del sistema.

Me interesa mostrarles este esquema fundamentalmente porque en una reforma a las ISAPRE en el área que me corresponde a mí, hemos tenido siempre presente lo que ocurre en el resto del sistema, porque los sistemas a la larga no están aislados y esta es una lección que me ha costado mucho aprender, por lo tanto me interesa transmitirla.

## **I. SISTEMA ISAPRE.**

### **Situación a Junio 2001 y elementos centrales.**

El Sistema ISAPRE a junio de este año es un sistema donde constan 22 empresas de las cuales 13 son abiertas, es decir que pueden recibir afiliados de cualquier rubro o actividad laboral, mientras que hay 9 que son ISAPRES de empresas específicas o sectores particulares. Por ejemplo de las ISAPRES cerradas la más importante es la ISAPRE del cobre, donde solamente se atiende a funcionarios y trabajadores de esas empresas.

Estas son empresas que aún cuando tienen resultados positivos, son resultados bajos para otros sectores económicos, corresponden en el año 2000, al 1,8% de los ingresos, en el

año '99 fue de 0,4%, por lo tanto vemos una industria que está de alguna manera en situación de cierto equilibrio y casi cierta precariedad financiera también.

Tienen 3,0 millones de beneficiarios, el 21% de la población del país, de los cuales 1,33 millones son cotizantes, es decir son gente que paga mensualmente, la mayoría reside en Santiago y lo que me interesa destacar es que la siniestralidad, es decir, la relación entre el costo operacional y los ingresos, está en el orden del 81%. Es una siniestralidad bastante alta en general en un esquema de este tipo. Las empresas de autos en Chile, tienen una siniestralidad entre un 40% y un 50%.

Ahora esta cartera se ha reducido en un orden de un 6% a 7%, solo en este último año, fundamentalmente por el efecto del empleo, esto lo vamos a ver un poco más adelante.

En cuanto al perfil de los afiliados, los mismos tienen una renta promedio que les permite pagar una cotización de 43000 pesos, que son cerca de U\$S 60. mensuales. Su edad promedio es cercana a los 40 años, un 34% de los cotizantes son mujeres, que es la misma proporción de las mujeres en el mercado de trabajo y estos cotizantes representan cerca del 50% de los trabajadores del nuevo sistema previsional, la AFP.

Uno de cada 5 chilenos está en ISAPRE, se puede decir que 1 de cada 2 trabajadores está cotizando en ISAPRE.

#### **Sistema ISAPRES a Junio 2001.**

##### *ISAPRES:*

- 22 isapres: 13 abiertas y 9 cerradas.
- Resultados (Dic 2000) del 1,8% sobre ingresos.
- 3,0 millones de beneficiarios (21% de la población del país).
- 1,33 millones de cotizantes.
- 56% de beneficiarios reside en Santiago.
- Siniestralidad 81,4%.
- Cartera se ha reducido 6.7% desde Junio 2000.

##### *AFILIADOS:*

- 43 mil pesos de cotización promedio mensual (9,2% de la renta imponible).
- 39,5 años la edad promedio de los cotizantes (55% menores de 40 años, 7.5% mayores 60 años).
- 34,4% cotizantes son mujeres.
- Cotizantes son 48% (aprox.) de los cotizantes de AFP0.
- 13,6 prestaciones/año por beneficiario.

Lo decía antes y lo reitero ahora, el financiamiento de las ISAPRES proviene de un 7% del salario, más una contribución voluntaria que la persona puede poner. Por lo tanto el sistema es para cotizantes, no para indigentes; si la persona no puede pagar, no puede entrar al sistema.

Los problemas de salud que tienen estos sistemas, no son necesariamente los

mismos que el promedio de la población, no tiene ancianos ni indigentes, no tiene el tipo de epidemias que hay en el otro sector. y esto le hace tener una estructura de beneficios distintos. Como las personas pagan el 7%, las ISAPRES están ofreciendo planes de salud asociados al 7%. Hay una variedad infinita de planes, y eso hace que uno tenga una variedad muy grande de planes.

Si no me equivoco, hoy día el archivo histórico de planes vigentes tiene cerca de 47.000, los planes de comercialización son cerca de 11.000.

Es un sistema basado en la libre contratación, esto significa que tanto las ISAPRES como las personas pueden decidir libremente las contrataciones el uno con el otro.

Las personas pueden optar por cualquier ISAPRE o por al FONASA, pero también las ISAPRES pueden decidir no afiliar con una persona por situación de causa.

¿Cuál es el efecto principal del sistema de financiamiento? Hay varios planes, pero atrás de esos planes hay una diversidad de cobertura, hay una diversidad en la protección y eso genera una situación bastante incómoda para la población.

La persona que paga sólo el 7%, tiene diversidad de planes, pero si aún la gente quiere pagar más, se genera una situación que cuesta encontrar la protección adecuada para la familia, y entonces además de la protección, se crea un problema de transparencia.

#### **Elementos centrales del sistema ISAPRE.**

Financiamiento proviene del 7% del salario (cotización obligatoria) más contribuciones voluntarias adicionales.

- El sistema es para cotizantes, no para indigentes.

- Los problemas de salud de los cotizantes no necesariamente son los de la población promedio.

ISAPRES deben ofrecer planes ajustados a la cotización de las personas

- Variedad de planes responde a la variedad de posibles financiamientos y de grupos familiares adscritos.

Basado en la libre contratación:

- Las personas y las ISAPRES pueden decidir no contratar con el otro.

Los beneficiarios de ISAPRES han ido cayendo desde el año '97, esto está asociado fundamentalmente a dos fenómenos.

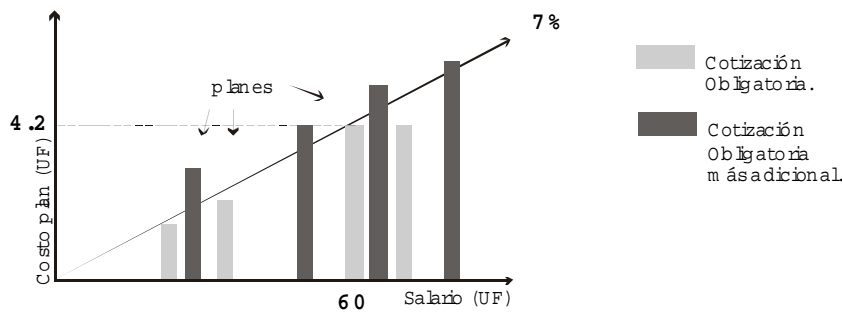
a) Un problema de empleo que ha habido en Chile, que pasó de tasas de desempleo de un 7%-8% a un 10% y esto ha afectado centralmente a los trabajadores y por lo tanto a las ISAPRES. El fenómeno del desempleo y la crisis económica en general que hay en América Latina y en el mundo, ha generado una situación de inestabilidad en el empleo también, de modo tal que las personas ya no están tan interesadas en hacer un contrato que las obligue a pagar mensualmente una cotización y ya no se está afiliando tanta gente como antes.

b) El segundo efecto es que se han producido ciertas mejoras en el FONASA en los últimos años, personalmente me tocó tramitar hace un par de años, una ley que

mejoraba la situación de gestión del FONASA y nosotros creemos que eso ha impactado también fundamentalmente en aquellos que están ingresando en el mercado laboral que antes veían como única alternativa las ISAPRES y ahora ven como alternativa al FONASA.

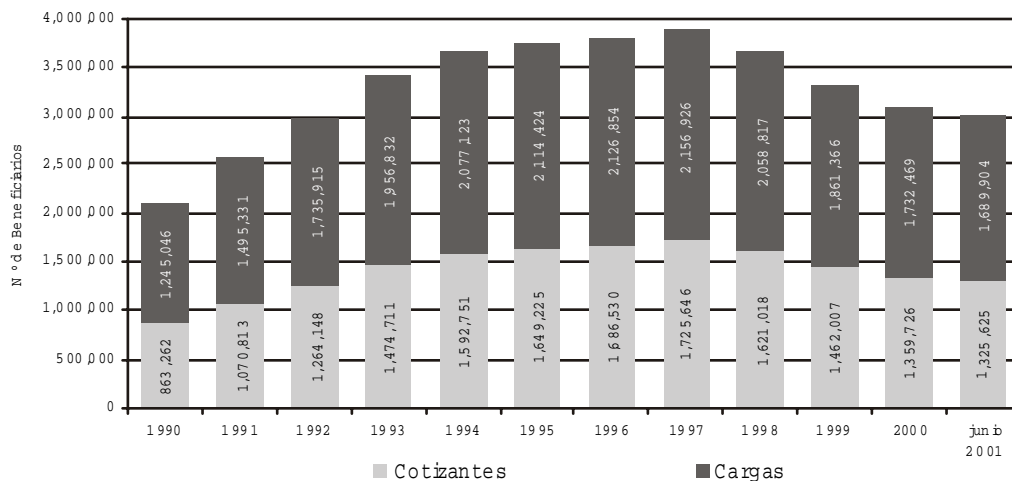
Este cambio que se hizo en el FONASA es un cambio en la estructura de beneficio de gestión, genera también una versión a la baja en el número de beneficiarios de las ISAPRES que está cercano a los 3 millones.

**Efecto principal del sistema de financiamiento:  
diversidad de planes y coberturas.**



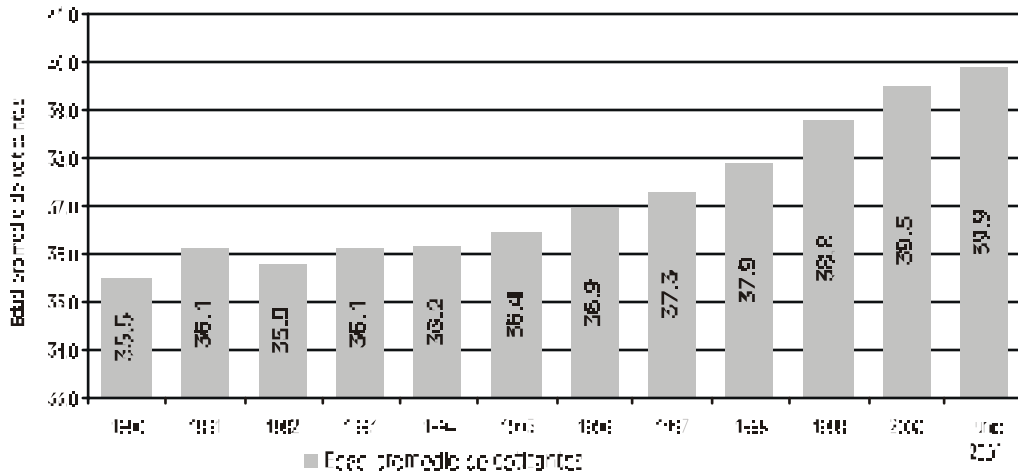
Pero por otro lado se observa una tendencia compleja en el sistema y es que a medida que ha pasado el tiempo, la edad promedio del cotizante ha ido subiendo y el impacto de esto es que el gasto por beneficiario ha ido subiendo y ha ido subiendo todos los años. Ese gasto por beneficiario ha tenido una tasa de crecimiento entre un 5% y un 6% real.

**Beneficiarios del Sistema ISAPRE.**



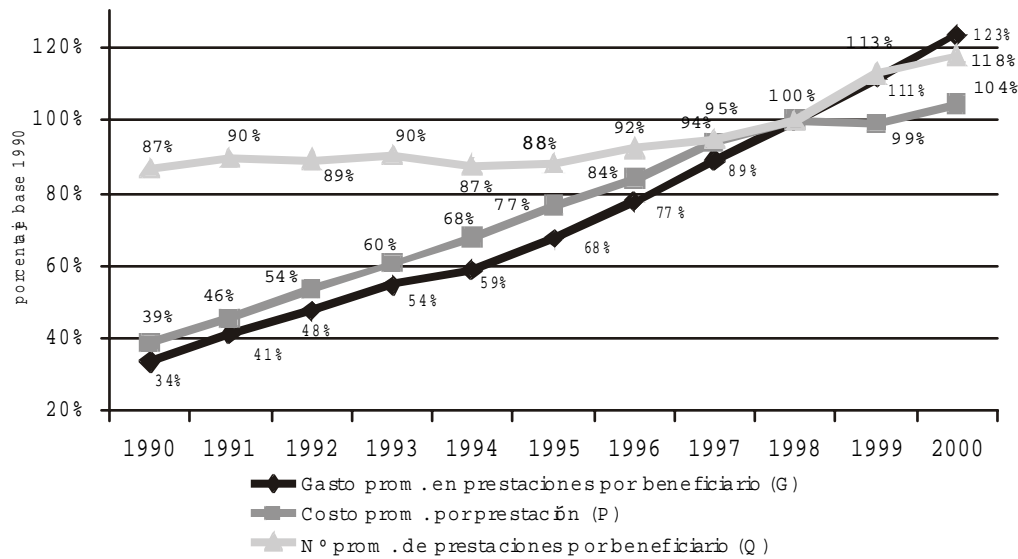
Eso nos pone casi en la línea de empezar a preguntarnos si no hay una explosión de costos, una sensación de inducción de demanda por los mecanismos de pagos por incentivos mal instalados que no permiten generar una utilización adecuada del sistema de salud a la larga.

### Edad promedio cotizantes Sistema ISAPRE.



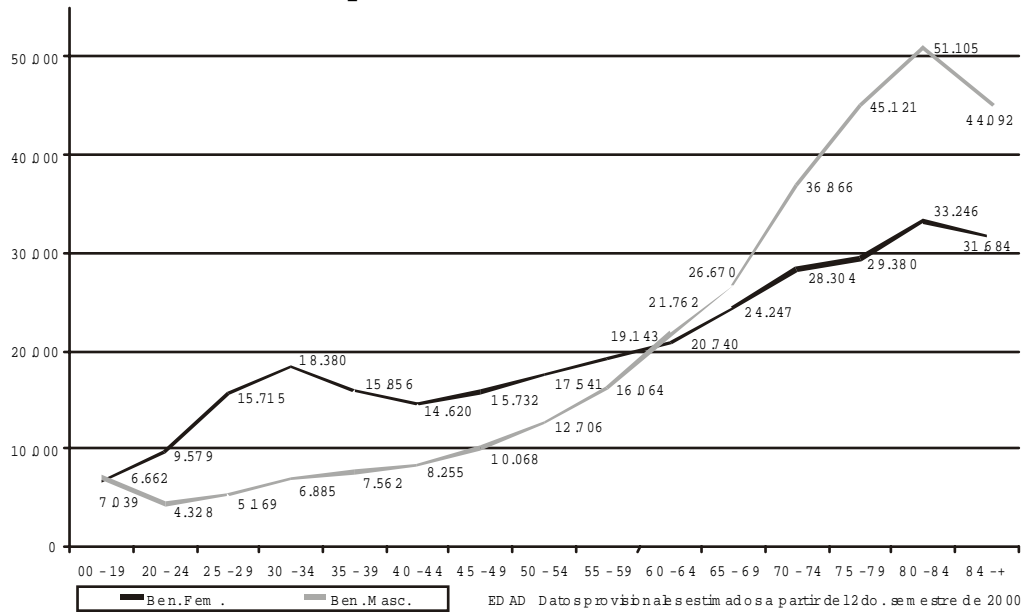
¿Cómo se distribuyen los grupos de edad? Si observamos las curvas de los gastos en los grupos de edades, observamos que los hombres gastan poco hasta los 55-60 años y empiezan a gastar muchísimo a partir de ahí. Por lo tanto en un esquema de calificación individual donde las personas pueden pagar adicional, los planes son más baratos para honores jóvenes que para honores de la tercera edad. El problema de la discriminación se agrava con este fenómeno.

### Evolución gasto/beneficiario (1998=100).



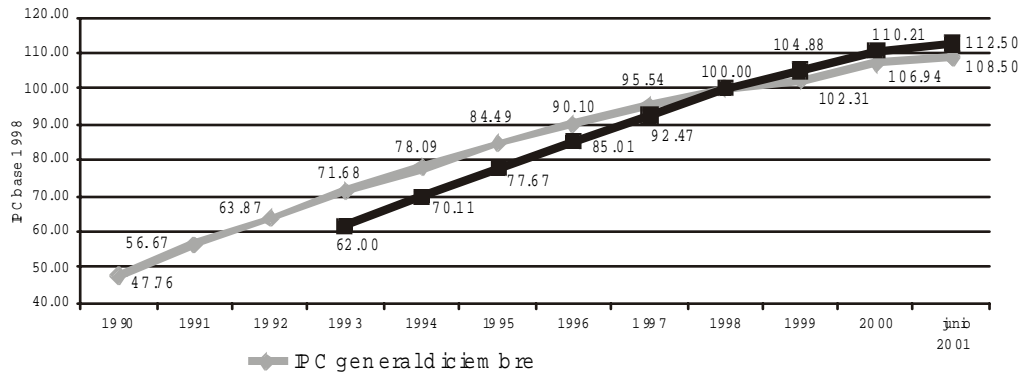
En el caso de las mujeres, los problemas están a la altura del rango 33-34 años, donde un hombre paga o gasta \$6.800 mensuales, una mujer gasta \$18.000, por lo tanto a esa edad, a la misma edad, la mujer debería tener un plan, para tener la misma cobertura, 3 veces más costoso que el hombre.

### Gasto mensual en prestaciones de beneficiarios de ISAPRES.



El fenómeno entonces de que se alarga la expectativa de vida, que se mejora la protección, genera esta presión sobre costos. No solo está ocurriendo esto en las ISAPRES sino en general el sistema de salud como un todo.

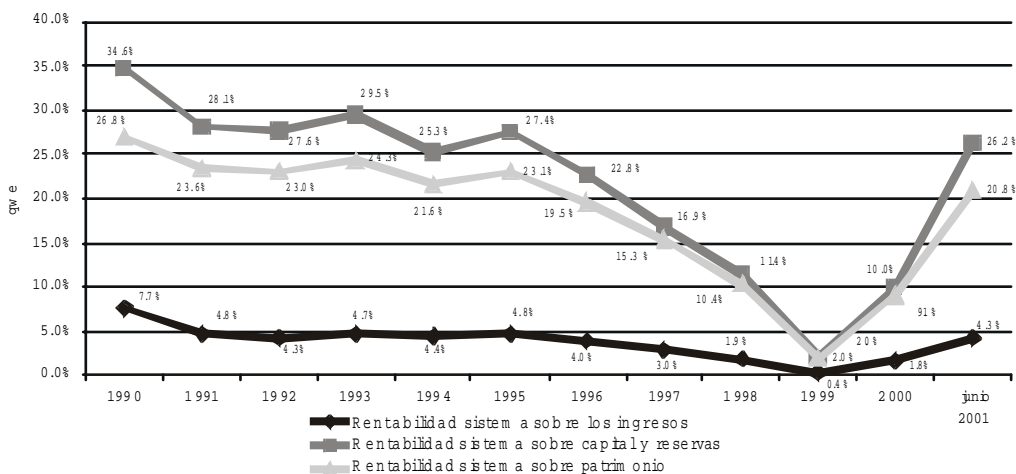
### IPC general y de salud.



Si observamos las tendencias del IPC, vemos que la tendencia de crecimiento del gasto en salud es bastante más alta que la tendencia de crecimiento de toda la economía. Esto hace que las medidas de contención de costo que vamos a aplicar con las medidas de una justa utilización de los servicios de las ISAPRES, a lo mejor deberían ser aplicadas en su conjunto al sistema salud para que podamos tener un buen efecto.

Esto es lo que explica a la larga la rentabilidad de las ISAPRES de los últimos años, entre otros fenómenos, la pérdida de afiliados, la inflación de costos hace que la rentabilidad sobre los ingresos, haya ido yendo a la baja en los últimos años.

### Rentabilidad Sistema ISAPRE.



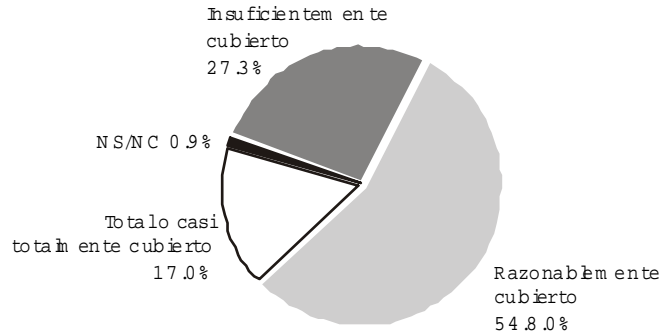
En el año 1990 habían cerca de 35 ISAPRES, hoy en día hay 22, por lo tanto la reducción en número ha sido importante, la mitad han desaparecido por problemas financieros y la otra mitad ha desaparecido por fusión entre unas y otras. Con todo es la misma sensación de crisis en este mundo, la verdad, es que dentro del modelo económico chileno, una empresa en quiebra no es una cosa tan dramática, es importante, pero no es una cosa que haga pensar que todo el sistema está en crisis.

### Opinión Usuarios (Adimark 2000).

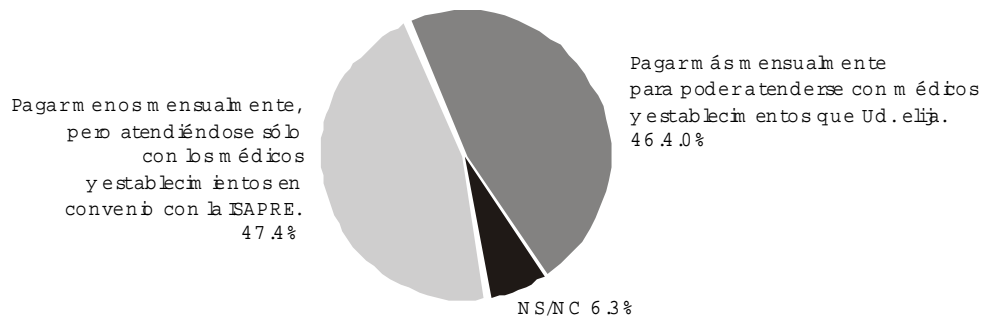
*Aspectos que modificaría para que el Sistema de ISAPRE funcione mejor:*

	1era. mención	2da. mención	Total 2 menciones
No discriminar (por sexo, edad, enfermedad)	35.4	18.2	53.6
Mejorar la cobertura	34.9	10.9	45.8
Disminuir el copago por prestación	9.4	25.8	35.2
Mantener actuales beneficios en la 3ra. edad	8.4	25.5	33.8
Más información	3.7	12.3	16.0
Mejorar atención	7.3	6.9	14.2
Otro	1.0	0.3	1.3

Frente a su actual plan de salud, Ud. se siente:



¿Cuál de las siguientes alternativas elegiría respecto de su actual plan de salud?



Ahora con todo, los afiliados miran bien a la salud, de acuerdo al cuadro presentado, aparece que un 70% considera que la cobertura es adecuada, podemos decir que está bastante bien. Pero si les preguntamos cuáles son los problemas que deberían mejorarse, ya lo adelantaba hace un rato, no discriminar es la primera mención lejos y mejorar la cobertura es la segunda.

**Opiniones Cámara de Diputados: Acuerdo aprobado el 15 de marzo de 2001.**

Tema	Propuesta Cámara
Discriminación	<p><b>Mujer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Referencial</li> <li>• (Financiamiento pendiente)</li> </ul> <p><b>Adulto Mayor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solidaridad integracional y modelo de atención</li> </ul>
Transparencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de Precios</li> <li>• Arancel único por ISAPRE</li> </ul>

Integración vertical	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisar facultades SISP sobre prestadores</li> <li>•Modificar papel prestador de las ISAPRES</li> </ul>
Licencias Médicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Pago obligatorio de ISAPRE y reclamo posterior.</li> <li>•Eliminar tres días carencia.</li> <li>•Varias medidas para controlar abusos.</li> </ul>
Seguro catastrófico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Estudiar.</li> </ul>
Facultades SISP	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Incremento poder de sancionar (multas)</li> <li>•Facultad de intervenir en quiebras de ISAPRES.</li> <li>•Cobertura regional SISP.</li> </ul>

También nuestros legisladores tienen su opinión. Hicieron un acuerdo pidiendo cambios en el sistema ISAPRES donde se mencionan los mismos temas de discriminación, transparencia, regular algo de la integración vertical, ver el tema de las licencias médicas, el pago de salarios en los períodos de enfermedad, ver la modalidad de cubrirse en la catastrófica y las facultades de la superintendencia en cuanto a si podemos sancionar mejor, si podemos intervenir en la quiebra de una ISAPRE y si estamos en todo Chile.

## II LA SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES EN CHILE (SISP).

La Superintendencia ¿cómo actúa frente a esto? Por una parte, puede interpretar la Ley para la autorización del funcionamiento de una ISAPRE, interpretación de la ley para los procesos administrativos y beneficios para las personas, tiene la facultad fiscalizadora, para informar, para atender al público y para actuar como árbitro en los problemas.

### Funciones.

- Normativas.
  - Interpretación de la ley para la autorización del funcionamiento de una ISAPRE.
  - Interpretación de ley para procesos y Beneficios.
- Fiscalizadoras.
- Informativas.
- Atención de público.
- Arbitrales.

Nosotros establecemos algunos requisitos de funcionamiento que podemos ver como una barrera de entrada. Por lo pronto, que las ISAPRES son empresas de giro exclusivo a la salud previsional no pueden dedicarse a otra actividad, tienen que tener un patrimonio mínimo y una garantía mínima, una vez que presentan un plan a la Superintendencia obtienen un registro y pueden empezar a operar.

### **1.1 Autorización de funcionamiento de ISAPRES.**

- Establecimiento de requisitos de funcionamiento (barreras a la entrada).  
ISAPRES son empresas de giro exclusivo.  
Exigencia de patrimonio mínimo (U\$S 137 mil aprox).  
Exigencia de garantía mínima depositada en la SISP (U\$S 50 mil).
- Existencia de un Registro en la SISP para cada ISAPRE.
- Interesa cautelar la fe pública en las instituciones donde se contrata planes de salud.

En el caso de control de contratos y beneficios, nos interesa proteger a las personas eliminando, reduciendo de alguna manera esa asimetría de información, por lo tanto se regulan tanto los instrumentos, los papeles que la persona recibe, como los procesos mediante el cual un contrato puede cambiar.

### **1.2 Control de contratos y acceso a beneficios.**

- El objetivo es proteger a las personas en condiciones de asimetría de "información".  
La regulación alcanza tanto a instrumentos como a procesos.
- Las ISAPRES tiene libertad para definir las condiciones generales y la estructura de beneficios de los planes que ofrecen.  
No requieren aprobación previa aunque si, posteriormente la SISP puede invalidar un plan comercializado.
- Este es un espacio de alta regulación.  
Busca evitar conductas oportunistas, fraudulentas, abusivas, discriminatorias.

Las ISAPRES pueden definir los planes que le parezcan pertinentes. Ahora, es un espacio de altísima regulación, la verdad es que hay un montón de normas que están surgiendo permanentemente.

#### **Ejemplos: normas de beneficios.**

- Ejemplo de normativas relativas a beneficios:  
Circular Nº36 (1997): Procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de contratos.  
Circular Nº56 (1999): Eliminación del cheque en garantía para atenciones de urgencia.  
Circular Nº57 (2000): Características de Planes cerrados y planes con prestadores preferentes.  
Circular Nº59, (2000): Implementación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

## **Fallos en juicios arbitrales apoyan esta normativa.**

La circular 36, por ejemplo, define todos los procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de contratos. La última circular de relevancia en este tema es la circular 59 que implementa la cobertura adicional por enfermedades catastróficas.

## **2. Fiscalizaciones.**

- Se fiscaliza todo lo normado, y se informan las sanciones, tanto a la población como a los dueños de las ISAPRES respecto de sus gerentes.

Este punto es tan conflictivo entre regulador y regulados como las normas mismas.

- La base de fiscalización es la obtención de información, tanto en terreno como en la propia SISP.

- Las Multas por incumplimiento están acotadas por la ley, pero existe normativa interna que regula su aplicación.

Más que las multas a veces importa el daño de imagen.

Superior al monto de las multas es a veces la reparación del error cometido

Respecto a la fiscalización, nosotros tenemos un pequeño comando de fiscalizadores que se encarga de fiscalizar todo lo que está normado y las sanciones se informan tanto a la población como a los dueños de las ISAPRES a veces cuando la sanción es de algún gerente en particular.

El punto de la fiscalización es casi o tan conflictivo como fijar normas, creo que son extremadamente importante ambas, si tengo una norma y no la puedo controlar, la verdad es que no tendría ninguna validez y eso lo hemos aprendido a mucho costo, pero es bastante reconocido hoy día.

## **Módulos de Fiscalización.**

- La Modalidad de trabajo en Fiscalización consiste en utilizar Módulos de fiscalización, los que corresponden a:

Tramitación de reclamos.

Subsidios por incapacidad laboral.

Cartilla valorizada de prestaciones.

Desafiliaciones voluntarias.

Estados financieros.

Excedentes de cotización.

Otorgamiento de beneficios.

Excesos de cotización.

Agentes de ventas.

Suscripción de contratos.

Término de contratos.

Adecuación de contratos.

La base de la fiscalización es la obtención de la información, con todo las multas que nosotros podemos aplicar están reguladas por la ley, nosotros tenemos un marco que no nos permite aplicar cualquier multa, sin embargo yo creo que es de destacar que como supervisor, nos hemos dado cuenta que las multas no son a veces el mejor instrumento para ordenar un cambio de acción, sino que más bien es cuánto uno puede dañar la imagen de la empresa diciendo públicamente lo que hizo, creo que eso es más importante y tiene más peso que la sola multa equivalente al sueldo de un gerente de un mes, o lo que tiene más peso que eso es la reparación del daño, por ejemplo en un proceso de cambio de contrato se equivocaron de mandar 1000 cartas o 5000 cartas, la multa puede ser pequeña, pero la intención es que se manden todas las cartas de nuevo, entonces eso es mucho más alto que el tema de las multas.

### **3. Solicitud y uso de la información.**

- Se refiere a reducir la asimetría de información entre SISP e ISAPRES y entre Afiliados e ISAPRES.

Instruir entrega de información operativa y financiera a cada ISAPRE, con la periodicidad y extensión que se requiera.

Instruir la entrega de información de procesos, contratos y planes a los afiliados, tanto de manera individual como en los locales.

- La Superintendencia pública la información agregada en documentos y en la WEB, así como comunica resultados en la forma de comunicados públicos.

•La actuación de la SISP, acotada por la ley, es insuficiente respecto de las necesidades de la población en aspectos de información de precios y coberturas de planes de salud.

En cuanto a solicitud de información, como es obvio, la Superintendencia tiene libertad amplia para exigir la información y entregarla a sus afiliados. Se entrega información financiera, operacional, se entrega información del número de planes y últimamente estamos tratando de recopilar información sobre los precios de los planes para ordenarlos y entregarlos a la población. Esto generalmente se entrega en documento o también por la página web.

### **4. Atención de Público.**

- La Superintendencia recibe y tramita reclamos de afiliados de ISAPRES.  
Circular N°54 (1999): Tramitación de reclamos ante las ISAPRES.

En cuanto a la atención al público, recibimos y tramitamos reclamos, tenemos una circular específica para eso, significa que las ISAPRES aún cuando atienden a todos los afiliados en sus reclamos, no necesariamente inhiben el derecho que tiene la persona de concurrir a la superintendencia y quejarse incluso frente a la respuesta de la propia ISAPRE

frente a un caso. Eso representa una suerte de doble protección para los afiliados.

#### **•5. Actuaciones como Juez - Arbitro.**

- Facultad concedida al Superintendente para mediar en conflictos Isapre-Afiliado, utilizando para ello la especialización alcanzada como regulador.

- Determina que la Superintendencia sea entonces un Tribunal Especial.

- Los fallos arbitrales son ley para las partes, solamente se puede presentar recursos de "queja" frente a la Corte Suprema.

- El año 2000 se aceptaron cerca de 1900 causas de cerca de 20,000 reclamos escritos. Usualmente por términos de contrato y rechazos de cobertura.

Finalmente nosotros podemos actuar, y particularmente quien les habla, tiene la facultad especial para actuar como juez árbitro en las contiendas entre las ISAPRES y los afiliados. En esa función de hecho soy supervisado por la Corte Suprema, frente a la cual nosotros presentamos un recurso de queja. Esta es la única modalidad para cambiar un fallo personal respecto de una situación. Eso hace que, aunque los casos son pocos, unos 2.000 al año, la verdad es que es muy necesario fijar una jurisprudencia. Lo que se falla en los conflictos entre afiliados y usuarios, usualmente es la base para los cambios legales, porque ahí es donde uno empieza a ver cómo lo que está ocurriendo debe explicar a veces un cambio en la normativa.

Como muchos tribunales especiales, probablemente aquí también, uno puede fallar más allá de la petición, y puede fallar también por encima de la Ley cuando se produce un arbitraje, por lo tanto esta es un área de particular cuidado.

### **III. CAMBIOS AL SISTEMA ISAPRES.**

#### **Mensaje del Presidente Lagos 21 Mayo: Reforma a ISAPRES.**

"Chile tendrá un Plan Garantizado de Salud, que comprometerá tanto al Fonasa como a las ISAPRES".

"El sistema privado de salud requiere mayor solidaridad y una adecuada regulación".

"Quiero decirle a los tres millones de afiliados a ISAPRES que mejoraremos y resguardaremos sus derechos".

"Queremos que las ISAPRES funcionen bien y queremos que el sistema público funcione bien".

Aquí ven algunas frases del mensaje presidencial que corresponden al 21 de Mayo. En una de ellas se dice que "...Chile tendrá un Plan Garantizado de Salud que comprometa

tanto al FONASA como a las ISAPRES.”

Yo me voy a quedar sólo con esa frase un segundo. Lo que el Presidente está diciendo es que toda la discusión de equidad y solidaridad pasa por tener un instrumento único llamado plan de salud. Pero además va a haber homogeneidad de reglas, independientemente de que sea seguro público o privado, el plan va a afectar a todos. Entonces hay dos puntos a tener en cuenta: el primero es instalar un sistema de equidad, instalar un plan garantizado para todos los chilenos y el segundo instalar la homogeneidad de reglas. En ese sentido las exigencias no son sólo para las ISAPRES, sino también para el FONASA.

### **Desafíos: Hacia un mejor marco regulatorio.**

- Nuevas regulaciones exigen combinar objetivos: En este escenario, es claro que el regulador debe tener instrumentos para exigir y controlar coberturas (planes básicos, o coberturas garantizadas) y calidad.
- Existen ausencias o insuficiencias en el marco regulatorio:
  - regulación de relaciones isapres-prestadores
  - regulación de prestadores
  - diferencia en exigencias al FONASA y a las ISAPRE. Reglas diferentes para actores del mismo segmento pueden generar espacios para la inequidad en la protección.
- Deben realizarse evaluaciones de las regulaciones emitidas, de una manera mas formal.

Por lo tanto los desafíos para nosotros son: tener los instrumentos para exigir y controlar esta cobertura, este plan y la calidad, y regular la relación de las ISAPRES con los prestadores, la misma regulación de FONASA y los prestadores, pues no hay diferencia entre las exigencias para el FONASA y las ISAPRES.

### **Contexto.**

- Seguros múltiples de Salud como instrumentos de la administración de recursos de salud.
  - Compra.
  - Defensa de intereses colectivos.
  - Regulación como parte de las labores de control de políticas sectoriales.
  - Regulación es contextual, depende de la observación de problemas que hagan agentes del mercado.
  - Regulación exige visión sistemas relacionados.
- Autonomía del regulador.
  - Autonomía es una condición necesaria (no suficiente) de racionalidad en la toma de decisiones.

Lo que se ha comenzado a mirar como reforma de las ISAPRES son la mejora y estabilización de la cobertura, introducir este plan, reducir la discriminación, cobertura en precios, incrementar la transparencia y dar mayor facultad a la Superintendencia.

#### **Aspectos a reformar en el Sistema Isapres.**

- Mejorar y estabilizar coberturas.
- Reducir discriminación (percibe en coberturas y precios).
- Mayor transparencia (precios y coberturas).
- Evitar Discriminación
- Mayores facultades Superintendencia

El contenido de los proyectos que se están amando, justamente en estos días, y que la Ministra debe enviar al sector privado, es la propuesta de cambio del sistema ISAPRE y contiene fundamentalmente la obligación de incorporar un conjunto de beneficios garantizados, eso sería un plan garantizado. Porque un plan es un listado de prestaciones y servicios iguales para todos, un esquema de bonificaciones mínimas que incluye protección para eventos catastróficos.

#### **Contenidos proyecto (1): Beneficios Garantizados.**

- Obligación de ISAPRES de incorporar un conjunto de Beneficios Garantizados (BG) en todos los planes que ofrezcan, definido por el Ministerio de Salud.
- BG consiste en el Plan de Salud para las Personas.
- Ejemplo de contenidos BG:
  - un listado de prestaciones igual para todas las Isapres (y el Fonasa).
  - bonificaciones mínimas.
  - protección para eventos catastróficos.
- El Plan de ISAPRE es BG más algo a convenir (Cobertura Adicional).
- Plan de Salud de las Personas (BG) tiene precio único por ISAPRE.

Entonces los beneficios garantizados es el primer eje, y el segundo, es mayores facultades para la Superintendencia que implica definir e imponer la utilización de índices de precios, ciertas facultades para velar por la calidad de los prestadores que están asociados a las ISAPRES y para intervenir en las situaciones de cartel de riesgo (cuando una ISAPRE va a quebrar, decidir qué pasa con los afiliados que están ahí, si van para el FONASA, si van para sus casas o si van para otra ISAPRE).

#### **Contenidos proyecto (2): Facultades SISP.**

- Facultad para definir e imponer utilización Índices de Precio en los procesos de adecuación de contratos.

- Facultad SISP para velar por calidad de prestadores:
  - Obligación de Isapres de informar calidad de prestadores.
  - Normar la información de condiciones de calidad de las redes de las Isapres y/o de prestadores en convenio.
  
- Facultad SISP para intervenir en situaciones de cartera en riesgo.
  - Regular traspasos de cartera.
  - Supervisar adjudicación carteras de Isapres en situación de quiebra.
  
- Obligación SISP de informar públicamente de Isapres en situación de riesgo financiero.

También sería facultad de la Superintendencia, informar públicamente lo que ocurre a una ISAPRE cuando está en situación de riesgo, que generalmente es algo bastante fuerte, que a una empresa que está en crisis le llegue una citación del Superintendente diciéndole que tiene que avisar a la población que esa ISAPRE está en crisis, eso la puede mandar a la condena. Esa facultad que esperamos tener, nos permite que se produzca un desarrollo interno, porque cada uno va a estar preocupado por no caer en riesgo financiero, y si cae en riesgo financiero ya va a estar en otra normativa, porque en la práctica la oposición pública es casi total.

#### **Contenidos proyecto (3): Nuevas obligaciones de ISAPRES.**

- Nuevas obligaciones:
  - Mayor patrimonio mínimo (de 5000 hoy a 20000 UF con el proyecto aprobado).
  - Mayor garantía mínima (de 2000 UF hoy a 5000 UF como mínimo) y con nueva base de cálculo (de un mes de cotizaciones a "deudas con afiliados").
  - Informar "Hechos Esenciales", solicitando reserva si se estima pertinente.
  
- Mayores sanciones:
  - Incremento 500 UF actuales a "1000 UF con posibilidad de repetir hasta 2 veces por reincidencia".

Y finalmente, algunas nuevas obligaciones para las ISAPRES: un patrimonio mayor, una garantía mínima mayor y formación de ejes esenciales, todas estas orientadas a tener mayor estabilidad en la industria o sea que las empresas apuesten a vivir varios años.

#### **IV. EFECTOS DE LOS CAMBIOS .**

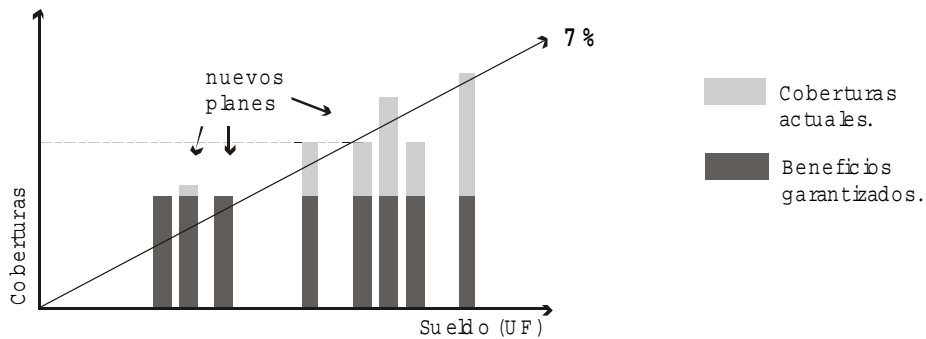
¿Qué es lo que esperamos que produzcan estos cambios? Nosotros esperamos que este conjunto de leyes garantizadas va a afectar positivamente a un 30% de los afiliados aproximadamente. Además, va a haber una mejora en la transparencia, porque se va a poder comparar entre una ISAPRE y otra el producto que se está comprando por el 7%.

En esa perspectiva uno puede incluso reducir la percepción de discriminación al menos entre hombres y mujeres, entre jóvenes y viejos porque todos deberán tener acceso a lo mismo.

### Efectos directos sobre el Sistema.

- Mejora la Cobertura (por lo menos para un 30% de los afiliados de ingreso medio o medio-bajo).
- Se reducen las discriminaciones entre H/M y J/V (todos tienen al menos BG).
- Mejora la transparencia del Sistema:
  - Variedad de planes deja de ser un problema, pues BG es base.
  - Existe un arancel y/o listado de prestaciones único para el Sistema.
  - Precio BC conocido y único por ISAPRE.
- Mejora el control sobre las aseguradoras de salud y la estabilidad de las mismas.
  - Regulación de traspasos de cartera.
  - Mayor poder sanción.

Ahora, este no es un plan integral y universal, en estricto rigor, sino que es un plan que intenta cubrir las necesidades específicas del nuevo afiliado en Chile del 2001/2002 y que hace frente al tema del racionamiento, un tema muy presente en el sistema de salud, aprovechando que los sistemas ISAPRE están acostumbrados a racionar a la hora de fijar un plan por el 7%. Por lo tanto no es un plan que lo resuelva todo ni es un plan que lo financie todo. Con todo, el plan cubre 98-99% de las actividades normales del sistema, por lo tanto no es algo que aparezca como básico, solo incluye a los controles maternos y nada más. También esperamos tener mejor control sobre las aseguradoras de salud.



Estos beneficios garantizados constituyen un piso para todos los planes de salud, puede haber algún plan que tenga algo adicional pero eso lo resuelve la ISAPRE con la persona.

### **Efectos indirectos sobre el Sistema.**

- Mejora la gestión del sistema de seguros de salud.
  - Reducción de Costos de administración (interesa generar mejores planes sobre el paquete EG).
  - Incentivos a Solidaridad entre afiliados a una ISAPRE.
  - Competencia virtuosa entre aseguradores (mejor plan sobre EG).
- Mejora transparencia y calidad de prestadores.
  - Necesidad de competir por precios para la EG (% valor factura).
  - Necesidad de estar acreditados para proveer servicios EG.

Indirectamente lo que queremos es impulsar fuertemente una mejora de gestión en el sistema ISAPRE, mediante la reducción de costos de administración, mediante incentivos de solidaridad entre afiliados a una ISAPRE, mediante la competencia virtuosa entre aseguradoras en busca del mejor plan a menor costo. Por otro lado, esperamos mejorar la transparencia y calidad de los prestadores, las clínicas, que van a tener que competir por precios para ofrecer este paquete de beneficios garantizados. Los prestadores deberían estar acreditados, para evitar las críticas en el sentido de que bajan precios y pierden en calidad; éste es, por lo tanto, un impulso a la acreditación

### **Proyecto ajusta con expectativas generales acerca de regulación en salud.**

- Que las regulaciones de seguros en salud respondan a objetivos:
  - Sanitarios: contribuir a mejorar el estándar de atención y situación de salud del país.
  - Económicos: reducir las imperfecciones o fallas del mercado, como la asimetría de información.
  - Resguardo de derechos: cautelar el cumplimiento de derechos de personas y de las partes en general.
- Que entes fiscalizadores se ajusten a política de salud.
  - Ministerio de Salud define Plan de Salud, SISP la sistematiza para los seguros
  - Aseguradores se rigen por reglas comunes en materia de Cobertura y Transparencia .

En ese sentido nosotros creemos que de alguna manera los proyectos que se están haciendo actualizan al sector ISAPRE hacia una realidad sanitaria donde igual hay que mejorar los estándares de salud, una realidad económica que hace frente a las imperfecciones o fallas del mercado de estos sistemas y una realidad legal que otorgue a cada persona un mayor resguardo de sus derechos. Finalmente nosotros creemos que con esto se consigue un objetivo que para mi Superintendencia es muy ansiado: que como ente fiscalizador podamos acoplarnos e integramos de manera natural a lo que es la política de salud. Esta es entonces nuestra realidad y estoy abierto a todo tipo de preguntas. Muchas gracias.

Dr. Rodolfo Rodríguez  
(Argentina)



La verdad es que yo voy a salirme un poquito del esquema que tenía preparado, porque voy a mostrarles algunos aspectos de la reforma del Sistema de Servicio de Salud que se está implementando en Argentina. Pero me parece que Uds. también están pasando por un momento muy especial, revisando profundamente sus propias Instituciones, su propia situación, la forma de organización del Sistema de Servicio de Salud y algunos, inclusive, cuestionándose algunas instituciones que durante muchísimos años tuvieron impacto muy fuerte en toda América y distinguieron a Uruguay del resto de los países.

En esta exposición voy a mostrar algunos aspectos de la reforma del Sistema de Servicio de Salud en Argentina pero también voy a hablar de la experiencia que he ido recogiendo a lo largo de estos años en el tema de la reforma.

Cuando uno mira los enunciados de la reforma, cuando uno mira las expresiones de deseo, las planificaciones que los países hacen de la reforma, hay 3 o 4 palabras que yo diría que no faltan en ninguno de los planes de reforma que he conocido.

La primera palabra, es el tema de la "equidad", es un tema un poco complejo por varias razones. Desde el punto de vista conceptual, porque la mayoría de los países han puesto mucho énfasis durante las últimas décadas en conseguir la igualdad en el acceso al

sistema de Servicio de Salud y se entendió la igualdad desde el punto de vista del ofrecimiento de coberturas relativamente iguales.

Los países gastaron ingentes cantidades de dinero en aumentar la oferta de servicios a través del subsidio a la oferta de servicios y trataron de igualar el acceso de la gente a los servicios sin tener en cuenta que las necesidades de la población en salud son desiguales y como son desiguales, la equidad consiste en asegurar que reciba más quien más necesita, aunque esto implique que reciba menos quien necesita menos.

Entonces el quiebre conceptual entre la igualdad y la equidad, ha hecho que empecemos a reflexionar sobre cómo hemos organizado nuestro sistema de Servicio.

La segunda palabra que aparece en todos lados es la "eficiencia", se trata de aumentar la eficiencia, aumentar la productividad, cuando en realidad de lo que se está hablando es de lo que se dio en llamar el fenómeno de los costos crecientes en salud. Ya la escuela económica de Londres había demostrado en la década del 70, que para todos los países industrializados, cuando se los medía desde el punto de vista de la evolución de su Producto Bruto Interno, el gasto en salud era creciente como proporción del Producto Bruto.

Por lo tanto la eficiencia y la productividad, en realidad lo que están cuestionando en el fondo no es otra cosa que la decisión social de un país respecto de cuánto va a gastar, de la riqueza que genera, en la atención de salud de su población.

De ahí que haya países que destinan 13, 14 y hasta 15 puntos del Producto Bruto Interno en Salud y otros países que destinan 3 o 4 puntos; es una decisión soberana.

El problema no es cuánto voy a gastar sino qué quiero obtener con lo que estoy dispuesto a gastar. Desde ese punto de vista, hace ya unos años que el Banco Mundial viene haciendo series comparativas de costo-beneficio, donde se ve que el gastar más, no necesariamente implica tener mejores resultados en Salud, y parecería que el gastar bien, en lugar de gastar más, sí tiene un impacto muy fuerte en la salud de la población.

La tercera palabra que aparece en todos lados es la de "universalizar" coberturas, es decir, lograr que realmente todas la población del país tenga acceso a los servicios. Todos nuestros países tienen sistemas de salud que son universales, cubren a todo el mundo, sin embargo cuando uno mide concretamente cuál es el acceso real y oportuno a la atención médica de la mayoría de la población en nuestra región, encontramos que porcentajes cada vez más altos han dejado de tener acceso al sistema de la medicina tradicional y en cambio vienen creciendo de manera sorprendente, las medicinas alternativas, que representan una forma de búsqueda del mejor estado de salud de la población a costos compatibles con el ingreso que tienen vastos sectores de la población. Este es un fenómeno poco estudiado, poco analizado pero que cada vez tiene un impacto más alto.

Así que equidad, eficiencia, productividad y universalidad, estos son los mismos principios, aunque parezca mentira, que fundaron la seguridad social y que fundaron los seguros de salud en el principio del siglo pasado.

Entonces si estamos en el nuevo siglo buscando lo que queríamos hacer a principio del siglo pasado, significa que algo anda mal, que no hemos podido conseguir algunas cosas.

Aquí es donde quiero señalar que en realidad todas las reformas que he conocido en la región, en mi opinión, han tenido un problema ideológico que se ha expresado en términos de impacto, en que fueron reformas "contra". Una reforma "contra" es aquella

que ubica a algún sector, lo califica como responsable de los malos resultados y entonces se hace toda una serie de acciones contra ese sector al que se le atribuye la responsabilidad de lo ocurrido en el tiempo. Naturalmente cada vez que cualquier colega economista, administrador o de otro nivel, mira lo que nosotros los médicos hemos hecho con el sector de la salud a lo largo de estos últimos 100 años, automáticamente pasamos a ser el eje del accionar en contra de cualquier reforma.

Las reformas tradicionalmente en la región de América, desde EE.UU. hasta aquí, y en Europa también, han sido hechas buscando modificar la conducta prescriptiva del médico.

Y tal vez tengan razón, porque la cruda verdad es que en los últimos 100 años, los médicos no hemos cambiado nuestro paradigma asistencial, no hemos sido capaces de mejorar nuestra capacidad de gestión y administración, y fundamentalmente hemos aprendido a vivir de la enfermedad y a trabajar en un contexto en que la competencia era observada como un fenómeno de introducción de criterios de mercado en un sector que en realidad es de beneficios sociales, es decir la ética social contra la eficiencia real en el sector.

Y parece que no lo hicimos muy bien, porque subsidiar a la oferta parece que lo único que trajo como resultado es un exceso de la oferta, el exceso de la oferta en esta profesión induce el comportamiento de la demanda porque cuanto más oferta hay, más gastos hay y entonces empiezan todos estos intentos por cambiar la lógica de la asignación de recursos, a través de modificar los incentivos al comportamiento profesional.

En EE.UU. aparece todo el esquema de la medicina administrada o gerenciada. Una frase de un economista americano, referido al costo creciente del gasto en salud en ese país dice: "...en realidad desplazamos el péndulo pero no logramos que el péndulo se parara en la mitad, nos fuimos de los clásicos esquemas de libertad absoluta de elección, de pago por acto médico, a un esquema en el otro extremo de control riguroso de cada una de las cosas que el profesional hace y pagos capitados para transferir el riesgo económico al propio prestador".

Este esquema nuevo tampoco ha dado buenos resultados, porque si bien el otro es un esquema de costos crecientes imposible de ser absorbido por la sociedad, el otro conspira contra la calidad de la atención de la población.

Entonces no hay recetas, no hay soluciones mágicas, sino que hay vocaciones en cada país de resolver los problemas concretos de ese país. En ese contexto yo les puedo contar lo que ocurre en la Argentina, que puede ser bueno o malo para la Argentina, pero muy probablemente tiene pocas posibilidades de ser aplicado en otro país.

El mensaje es que cada país es un mundo, cada país es una realidad, cada país tiene una historia institucional, cada país tiene el conocimiento construido en torno a su sistema de salud y por lo tanto es ese país el que tiene que encontrar las respuestas mirando tal vez algunos ejemplos de otros países.

Argentina viene haciendo mini-reformas del sistema de salud desde 1988, en donde se aprobó la nueva Ley del Seguro Nacional de Salud y desde entonces a la fecha todas las reformas son de naturaleza reglamentaria, no se ha tocado la Ley fundamental, sino que se han ido cambiando las reglamentaciones a la Ley de acuerdo a las necesidades y las circunstancias.

Argentina gasta 8,2 puntos del Producto Bruto Interno en salud, lo que equivale a

21 mil millones de dólares anuales. Es un sector complejo porque en realidad la población está segmentada por su relación de actividad, básicamente están los empleados, los desempleados y jubilados.

### LA SALUD EN ARGENTINA.

- Gasta 8.2 puntos del PBI.
- Equivale a U\$S 21 billones por año.

Los empleados están obligados a cotizar al sistema de seguridad social que no es único, porque todas las provincias tienen su propio sistema de seguridad social, es decir que hay 24 sistemas de seguridad social que básicamente cubren a los trabajadores del sector público de cada una de las provincias y hay un Sistema Nacional que cubre a los trabajadores de la Nación y a los trabajadores privados.

Los jubilados están todos concentrados en una sola obra social que es el Instituto de Jubilados y Pensionados de la Nacional. El resto de las personas que no entran en estas categorías o son tributarios de la salud pública porque no tienen capacidad de compra, son "indigentes médicos" como le llamamos en mi país, y los que tienen capacidad de compra, que están en el sector privado en el sistema de medicina pre-paga, son autónomos porque no trabajan en relación de dependencia.

Del total del Gasto en Salud, Salud Pública gasta 8 mil millones de dólares al año. Quizá el dato más significativo en los últimos tiempos en Argentina es el crecimiento del Gasto en Salud, que actualmente está entre 5 y 5,5 mil millones de dólares al año. Es decir que al margen de las contribuciones e impuestos, la gente saca dinero de sus bolsillos para comprar salud.

### Distribución del gasto por sector.

SECTOR	BILLONES / AÑO
Salud Pública	U\$S 8,0
Prepagos	U\$S 3,2
Obras Sociales	U\$S 3,2
PAMI	U\$S 2,3
Otros	U\$S 5,0
ART	U\$S 0,65

La primera reforma fue la introducción de un programa médico obligatorio (PMO), único y obligatorio tanto para la Seguridad Social como para las empresas de medicina prepaga, esto implica que nadie puede ofrecer a los afiliados menos de lo que indica ese programa. El PMO pasó a ser una especie de piso de referencia de precios en el mercado

del Servicio de Salud.

### **Cambios en el Sistema de Salud.**

- Programa Médico Obligatorio (PMO).
  - Incremento de prestaciones.
  - Incremento de costos.
- Desregulación Obras Sociales.
- Regulación de Empresas de Medicina Prepaga.
- Ley Riesgos del Trabajo.

Todos los programas por encima de ese piso, en realidad no son programas de cobertura sino que tienen servicios adicionales, dinerarios o de acceso a hotelería de mejor nivel (cubre habitaciones VIP, más medicamentos, etc.).

El segundo fenómeno fue la desregulación de las Obras Sociales, es decir que se acabó la "cautividad". Por ejemplo, un empleado bancario, por disposición reglamentaria, tenía que pertenecer a la obra social de bancarios. Ahora puede elegir la obra social que más le guste y una vez al año puede cambiarse, lo que aumenta la competencia.

El otro dato importante es que ha empezado a regularse la medicina prepaga, lo cual es muy sorprendente porque en Argentina este sector hoy en día no tiene ninguna regulación. No está controlada porque no son compañías de seguros por lo que no entran en la esfera de la superintendencia de seguros, y no son Obras Sociales, por lo que no entran en la esfera de la superintendencia de servicio de salud. Recién está empezando a aparecer un paquete de medidas para regular esta actividad.

Argentina, al igual que Chile, segmentó los riesgos del trabajo a través de una cotización obligada y creó instituciones que administran esos fondos para la cobertura de accidentes y enfermedades profesionales, se llaman Administradoras de Riesgos del Trabajo (ART).

Lo que hemos venido haciendo es una interesante disección social, económica y anatómica de cada una de las personas; por ejemplo si a alguna persona la atropella un auto tiene algún seguro, si tiene una enfermedad habitual la cubre la obra social, si tiene un accidente de trabajo la cubre la ART y si se muere tiene la obra social que le paga el entierro.

La semana pasada salió un decreto por el cual se creó un sistema llamado procedimiento o sistema de crisis, la superintendencia del Servicio de Salud está monitoreando permanentemente el comportamiento de las obras sociales tanto desde punto de vista económico-financiero como prestacional y cuando observa un desplazamiento de algunos indicadores que se han determinado por decreto, observa a la obra social y además comunica, hace público que esa obra social ha entrado en un procedimiento de crisis.

Este procedimiento de crisis tiene una instancia de recupero de la crisis voluntaria en la cual la obra social que ha sido cuestionada tiene que elaborar un plan de recuperación,

de salvataje y a partir de ese momento es monitoreado permanentemente desde que se implanta ese plan. Si a pesar de eso no logra acceder a cubrir ciertos indicadores, es dada de baja y la superintendencia tiene autoridad para distribuir a los afiliados entre las otras obras sociales. Lo que se pretende es evitar que se acumulen pasivos durante mucho tiempo entre la obra social y los prestadores y que después no exista nadie que pueda dar garantía sobre el repago de esos pasivos.

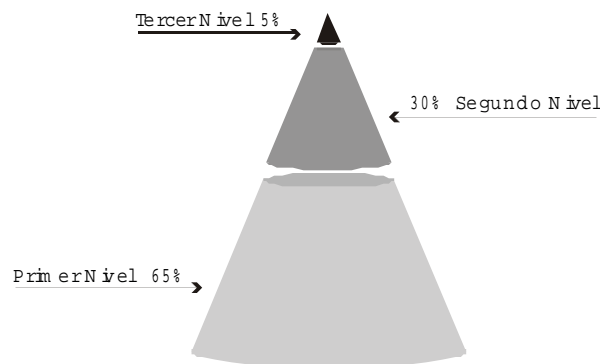
#### **Próximo Escenario.**

- Concentración de cápitas.
- Calidad.
- Concentración de prestadores.
- Servicios.
- Prestaciones unificadas / integrales.
- Control de costos.

Los efectos más rápidos de este procedimiento son:

- Concentración de cápitas, hay muchas obras sociales que han desaparecido del sistema más de 100 en los últimos 5 años y hay 60 obras sociales que están entrando en el procedimiento de crisis de las cuales sospechamos que no todas van a poder solucionar la situación
- Concentración de los prestadores que han empezado a agruparse en redes de servicios para tratar de cautivar a los prestadores que ahora tienen mayor número de cápitas para vender en el sistema
- Los propios prestadores han empezado a introducir algunos aspectos de calidad, control de servicio, control de costos, etc.

#### **Distribución del consumo.**

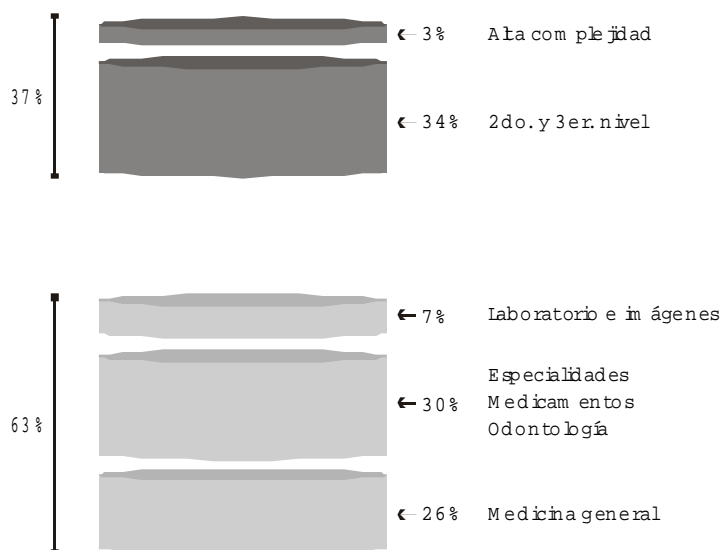


En cuanto al consumo, éste se está distribuyendo en este momento en el sistema de Seguridad Social, que tiene aproximadamente 18 millones de personas, de la siguiente manera:

- el primer nivel de atención se lleva el 65% de todo el consumo.

- el segundo nivel de atención se lleva el 30% .
- el tercer nivel se lleva el 5%.

#### Gasto en salud cada 100 U\$S.



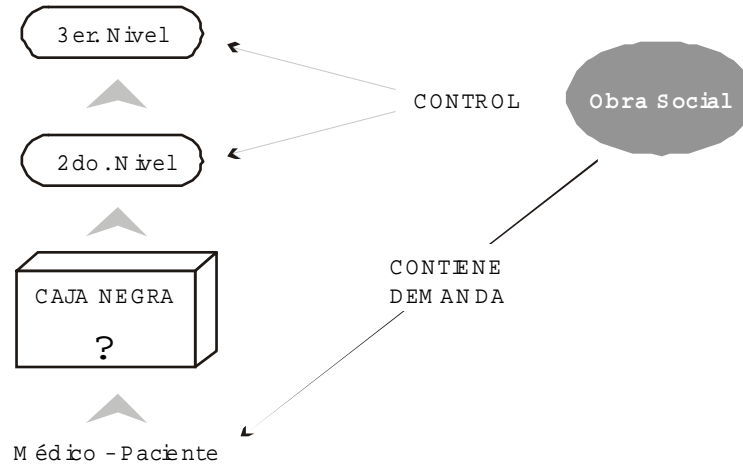
Esto se gasta de la siguiente manera:

- 26% en medicina general.
- 30% en medicamentos, servicio de segundo nivel y odontología.
- 7% en laboratorio e imágenes.
- 34% en internación de 2º y 3º nivel.
- 3% en la alta complejidad.

La muy alta complejidad en este sistema tiene un fondo, que equivaldría a lo que en Uruguay es el Fondo Nacional de Recursos, en Argentina se llama Administración de Programas Especiales. Esta Administración reintegra sobre la base de un menú prestacional, con un deducible de U\$S 3500, después que la Obra Social ha pagado el Servicio.

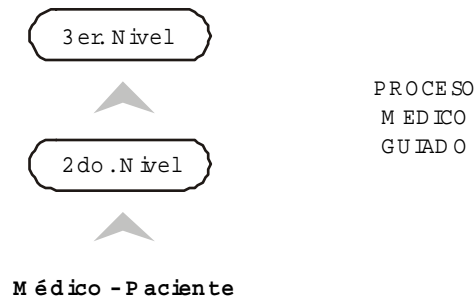
Como los aranceles y los precios son libres, la Obra Social contrata el mejor precio que encuentra en el mercado, de hecho el gasto en el tercer nivel ha venido proporcionalmente cayendo con respecto a los otros dos componentes del sistema.

**Proceso médico: Sistema convencional.**



Lo que se ha venido cambiando también son los procesos médicos. Los sistemas de los americanos de medicina gerenciada o administrada, sobre todo los convencionales, en realidad lo que provocaron fue un diferimiento de prestaciones programables, que provocaban saltos cuantitativos en el momento en que se amontonaba la demanda y de pronto estallaba y tenía que ser atendida. Fue una traslación de costos desde ese momento hacia el futuro.

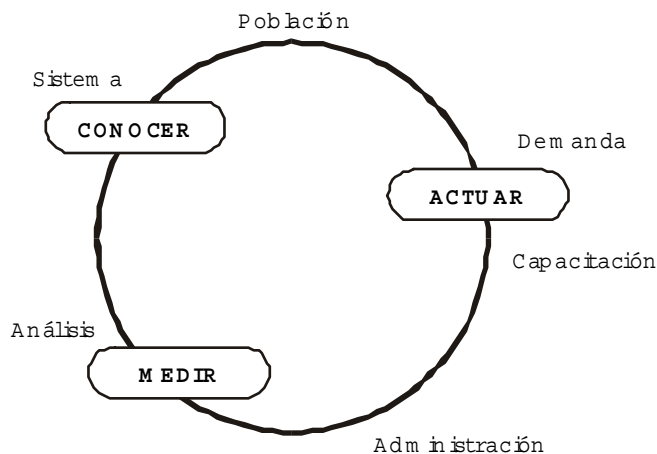
**Proceso médico: Sistema administrado.**



Este modelo al principio tuvo efectos positivos, pero actualmente está de nuevo en cuestionamiento porque no sólo están perdiendo dinero sino que además la población no ha mejorado sus estándares de salud, entonces hay una revisión de todo el concepto.

Lo cierto es que aunque no nos guste la palabra de medicina gerenciada o administrada, lo concreto es que los médicos hacemos procedimientos para tratar a las personas y que esos procesos se pueden sistematizar, medir y entonces comparar, entonces puedo decidir cuál es el más eficiente y por lo tanto cuál es el que más me sirve.

### Proceso médico: Medicina basada en evidencia.



Es decir hay toda una necesidad de que al interior de los servicios de salud se vaya produciendo un avance en lo que se ha dado en llamar medicina basada en evidencias, que en realidad no es otra cosa que medir lo que hacemos para aprender de lo que medimos para poder conocer y si conocemos podemos entonces actuar racionalmente procurando mantener en mejor estado la situación de la población.

Termino con tres conceptos rápidos:

1) Las reformas no pueden ser "contra" ningún sector involucrado, la reforma debe ser "con", en tanto y en cuanto todos comprendan que hay un límite necesario que es el límite social del Gasto en Salud, que es el límite impuesto por el punto en el cual una población decide en términos sociales y políticos cómo va a ser la macro distribución de sus recursos, cuál es el peso relativo de la educación, de la salud y de todas las demás cosas que tiene que hacer una sociedad. Por lo tanto como todavía el recurso humano en salud, a través de la prescripción, sigue siendo el principal generador del gasto, toda vez que hay un límite social del gasto, mejorar los procesos de prescripción es prácticamente un imperativo de la eficiencia.

2) Estamos trabajando en un mercado tan imperfecto que el que extiende la orden de compra no paga y el que paga no puede extender la orden de compra, lo cual genera un problema complejo desde el punto de vista del comportamiento de ese mercado. Por ejemplo, yo le digo a un paciente que compre tal medicamento en la farmacia, luego él tiene que pagar el medicamento pero no puede emitir la orden de compra porque lo decidió otro por él. Este mecanismo requiere que cada vez haya más regulación de esos procesos. La regulación modernamente se hace por institutos especializados, que en la mayoría de los países de la región se llaman superintendencias, pero el nombre en realidad lo que esconde es que alguien sea autoridad de aplicación por encima de los actores en juego y que pueda ocuparse y preocuparse de que las reglas de juego sean claras, y que si alguien se sale de esas reglas tengamos rápidamente recursos para poder ponerlo nuevamente dentro de

ellas o en última instancia sacarlo definitivamente.

3) La segmentación de la atención médica ha traído un crecimiento pavoroso de los costos, esta cosa de que no podemos integrar al ser humano, hace que estemos cada día más generando lo que se llama costos agregados. Dentro de éstos, hay un costo que debemos conocer que es lo que se denomina costo de segmentación, el cual es un concepto moderno que dice que si yo estoy creando Institutos para cada parte de la atención médica, cuando genero dicho Instituto, genero un costo agregado. La tendencia mundial es volver a integrar, lo que los americanos llaman Sistemas Integrados de Atención de la Salud. En estos sistemas, cuando yo contrato una cobertura, por aportes obligatorios o por aportes voluntarios con un Instituto, éste es el responsable integral de resolverme mi problema de salud, desde la promoción y prevención hasta la recuperación y rehabilitación.

Estas son las experiencias que queríamos contar, y estamos dispuestos a contestar todo lo que Uds. quieran preguntar. Muchas gracias.

BLOQUE DOS

**LA SITUACIÓN ACTUAL .  
LAS RAÍCES DE LA CRISIS DE LAS IAMC ,  
Y LOS SEGUROS DE SALUD REGULADOS  
EN EL PAÍS .**

Dr. Félix Rígoli



Quiero agradecer al Plenario por la invitación y decirles que mi venida es de carácter absolutamente personal, yo no estoy representando a la OPS, en este momento vengo invitado por el Plenario para comentarles tal vez una reflexión desde afuera, aunque yo no puedo considerar como que estoy fuera del país, ni considerar que puedo mirar al Sistema Colectivo Uruguayo con una mirada externa, entonces quizás lo que yo puedo hacer es decirles cómo se puede vivir, cómo se puede pensar el Sistema Colectivo visto con un poco más de distancia, con un tiempo y con un espacio diferente en el cual uno termina valorando como buenas, muchas cosas que sufría quizás cuando las tenía que enfrentar personalmente.

Quisiera referirme a un punto en particular que, trabajando ahora específicamente en el área de Recursos Humanos, me parece que es uno de los centros en los cuales quizás lo que les pueda decir puede servir para la discusión, para los comentarios posteriores y para todo el proceso que está viviendo el país.

Mi punto es que un problema central es cuál es la ecuación en la cual se combinan, dentro del Sistema Colectivo Uruguayo, las personas que trabajan en él.

## **La ecuación social del Sistema Colectivo Uruguayo.**

- Los estudios anteriores .
- DELPHI - La salud de los uruguayos- FAS.
- Hallazgos coincidentes.
- Las circunstancias previsibles y las imprevisibles.

Para eso voy a ir un poco hacia atrás, comentándoles rápidamente, que el Sistema Colectivo Uruguayo y el Sistema de Salud del Uruguay, si alguna cosa buena tienen, es que ha sido muy estudiado, muy diagnosticado, se han hecho muchos estudios como el estudio Delphi, "La salud de los Uruguayos", y otros también muy interesantes, en los cuales se han hecho incluso proyecciones. Estos estudios tienen una cantidad de hallazgos coincidentes, evidentemente el país tenía y tiene una idea bastante clara de qué cosas estaban pasando y qué cosas iban a pasar, qué cosas iban a afectar a todos.

Dentro de esos hallazgos coincidentes, había una cantidad de circunstancias que eran claramente previsibles y también es cierto que, mirándolo desde ahora, uno empieza a notar que también había algunas cosas que, sobre todo en los proyectos previos, no eran muy previsibles y sin embargo, ocurrieron. No eran totalmente imprevisibles, pero nadie los había anticipado.

### **Las circunstancias previsibles.**

- La transformación demográfica y epidemiológica.
- La aceleración tecnológica.
- El aumento de la oferta médica.

Los claramente previsibles, eran las tendencias demográficas y epidemiológicas, eso está diagnosticado, creo que ahí, en ese sentido, el trabajo "La salud de los uruguayos" es el más claro diciendo las tendencias que iban a darse con respecto a la evolución de la cantidad de gente de determinadas edades en el sistema, a la evolución de las enfermedades predominantes, los problemas predominantes y cómo se iban a proyectar con el tiempo.

Era previsible y estaba prevista la aceleración tecnológica, el crecimiento que se dio en el gasto de alta tecnología y los problemas que terminaron repercutiendo en el Fondo Nacional de Recursos. Parece que todas estas cosas estaban bastante bien diagnosticadas desde los estudios que se habían hecho.

También estaba previsto el hecho del aumento de la oferta de los médicos, nosotros tenemos hoy la segunda tasa de médicos por habitante de América, una de las más grandes del mundo y sigue creciendo. Era evidente y todo el mundo lo sabía, que se iba a producir un aumento de la oferta de los servicios y del conjunto de gastos del Sistema. Hace un par de semanas, el Dr. Turnes, que es el administrador del SMU, me mandó los resultados primarios de una encuesta del 2001 que demuestra que sigue creciendo el número de médicos por habitante, pero además la cantidad de trabajo por médico se sigue manteniendo en 2,6 cargos per cápita, esto quiere decir que la cantidad total de oferta generó una cantidad total de demanda más o menos parecida.

Todas estas circunstancias y probablemente muchas más eran previsibles, están escritas en los distintos trabajos y estaban bastante a la vista.

### **Las circunstancias imprevisibles.**

- La baja de la inflación.
- El cambio en las reglas de juego salariales.
- La crisis regional 1999-... (2001 ?).

Pero algunas circunstancias, vistas desde los años 1993-94, no eran tan previsibles y afectaron mucho al sector de la medicina colectiva. Una de ellas, bastante clara fue la baja de la inflación, que antes se discutía si era posible que pasara o no y ahora ya la tomamos como obvia, y dejó al desnudo las ecuaciones financieras y económicas de las Instituciones.

De un sistema prepago con pagos diferidos en un contexto donde la inflación era muy alta se pasó a trabajar en ese mismo esquema pero con una inflación muy baja, donde realmente lo que importa es cuál es la ecuación económica, es decir, cuánto realmente entra y cuánto realmente se gasta. Antes, como pasó en Argentina, la situación deficitaria quedaba oculta por una inflación que permitía reducir bastante la cifra; referido a eso hay también muchos trabajos que mostraron, después que bajó la inflación, cómo quedaron al desnudo los problemas económicos que estaban por atrás.

Otra circunstancia que, también poniéndonos a principio de los noventa no era muy previsible, fueron los cambios en las reglas de juego salariales, es decir, un sistema que venía muy estable prácticamente sin cambios desde la década de los 60, creo que el laudo del año '65 se había mantenido y se reafirmó en el '85 con la vuelta de la democracia, y en el año 1993 empieza a cambiar y también empiezan a cambiar una serie de relaciones internas.

Un último punto que no era previsible, pero pasó y fue muy fuerte, fue la crisis regional que empezó el 13 de Enero del 1999, y que no sé si terminó en el 2001, no sé si terminó o terminará en el 2002 o en el 2003, y eso fue un impacto en el sistema crediticio, en el empleo formal, recordemos que el sistema uruguayo está basado en el empleo formal, en los aportes y si eso baja empieza a deteriorarse el sistema.

Entonces vemos que acá empezaron a correr estos tres factores que a principio de los '90 nadie los tenía muy claro que iban a pasar y sin embargo pasaron y fueron muy influyentes.

### **La ecuación de costos de una IAMC.**

- 60% personal.
- 20% medicamentos.
- 10% servicios públicos e intereses.
- 10% servicios contratados (6% personal contratado indirectamente).

A lo que yo me voy a referir ahora es a que el sistema colectivo uruguayo, las IAMC en particular, tiene una ecuación de costo en las cuales, para tirar grandes cifras, el 60% es costo del personal, el 20% es de medicamentos, 10% es de servicios públicos e

intereses, 10% servicios contratados de los cuales un 6% también es personal contratado indirectamente. O sea que para decirlo globalmente, a diferencia de otras industrias, de otras actividades económicas, las IAMC tienen un 66% de costos de salarios de personas que viven en el Uruguay.

#### **La ecuación de costos de una IAMC.**

- A diferencia de otras ecuaciones de costos, ésta tiene un 66% de costos salariales nacionales.
- No transables - Regulados por decreto y leyes generales-> Inflexibles
- Parte de la realidad nacional - comprometidos con el futuro del sistema -> adaptables.

Esto es importante porque cuando se analiza la viabilidad y el futuro comparativo a nivel internacional, se puede afirmar, y es bastante obvio, que una IAMC, que tiene un 66% de sus costos en salarios de personas que viven acá y que trabajan acá, siempre puede funcionar, porque en definitiva depende de que esas personas acepten trabajar en esas condiciones, no se puede culpar al dólar u otras cosas, tal vez sí un poco a los insumos, pero muy poco.

Este 66% genera una situación paradójica. Por un lado esas personas son "no transables", es decir las instituciones no pueden salir a buscar médicos chinos ni enfermeras filipinas, no pueden salir a buscar precios a nivel mundial, deben trabajar con las personas que residen acá.

Por otro lado, por el sistema regulatorio uruguayo, están muy regulados los precios, las categorías laborales, las descripciones de tareas y otras cosas; por lo tanto, si uno lo mira desde ese punto de vista, ese 66% de mano de obra es totalmente inflexible, porque no se puede comprar en otro lado y hay que atarse a diversas regulaciones.

Pero paradójicamente, por otra parte, pasa lo contrario. Como el 66% de los costos no son insumos o materiales, sino que son personas, esas personas son parte de la realidad nacional, les interesa seguir trabajando, les interesa que el sistema siga funcionando y por lo tanto, aunque en teoría deberían ser rígidos, en la práctica son totalmente adaptables. Yo creo que lo que ha pasado en los últimos tiempos es que se ha mantenido, bastante a la uruguaya, un discurso de rigidez y de sostenimiento de los principios generales y se ha dado en la práctica una flexibilidad muy grande en la cual los recursos humanos, las personas, han decidido seguir sosteniendo el sistema porque viven de eso.

Quizás lo que ha faltado es juntar esas dos cosas, el discurso de rigidez y de apego a los principios generales y la práctica concreta de flexibilización que a veces van más allá de lo que uno pensó que podría ser.

#### **La ecuación de costos de una IAMC.**

- Esta ecuación no está en el escritorio del dueño o en los análisis de los accionistas.
- Son empresas colectivas en manos de sus usuarios o de sus trabajadores.
- Ejemplos de las cadenas Hoteleras y de las líneas aéreas durante las crisis de setiembre.

Otro punto importante es que esa ecuación no está en el escritorio del dueño de una empresa o en el análisis de un grupo de accionistas.

A diferencia de lo que pasa en muchos otros países, en donde las empresas de salud también son empresas comerciales y donde hay una persona o grupo de personas que deciden cómo bajar ese 66%, esto no es algo que pueda suceder acá en Uruguay.

Son empresas colectivas en manos de sus usuarios o de sus trabajadores y por más que a veces vemos la realidad uruguaya muy críticamente, cuando uno sale se da cuenta que en realidad esta situación es mucho mejor que la situación en la cual las empresas de salud están en manos de accionistas o personas que pueden tomar decisiones solo por criterios de rentabilidad.

Esto puede ser discutible, pero para mí termina siendo un valor de las empresas uruguayas.

Y pongo como ejemplo lo que pasó en la crisis después del 11 de setiembre con las empresas hoteleras y líneas aéreas, la diferencia que hubo entre cómo reaccionaron las empresas hoteleras, en las cuales hay un grupo que son empresas de accionistas que están cotizando en la bolsa y que los dueños de las asociaciones, a través de muchas vías son los que deciden como se reajusta y otras empresas hoteleras que son franquicias cooperativas, en realidad semi-cooperativas, y lo que pasó fue que las empresas hoteleras en las cuales un grupo de accionistas era dueño de las acciones decidió simplemente cerrar y liquidar sus negocios, vender y salir del negocio.

Las empresas que eran del tipo cooperativo, con la caída del turismo, decidieron repartir lo que había.

Como lo que iban a facturar era un 40% menos debido a un hecho que nadie había previsto entonces pensaron en cómo dividir ese 40% menos entre todos, porque a ellos les interesaba seguir trabajando.

En este caso no había un dueño pendiente exclusivamente de la rentabilidad. Yo pienso que ese esquema se parece un poco a lo que está pasando aquí.

Esto nos llevaría a pensar que quizás el único punto a discutir es cómo repartir por igual todos los pesos.

#### **Algunas nociones crueles sobre la equidad distributiva.**

- País A: PBI per cápita: 380 dólares anuales - Equidad absoluta.
- País B: PBI per cápita 25000 dólares anuales - El 20 % más rico lleva el 50 % de la riqueza total y el 20 % más pobre lleva el 5 % de la riqueza total.

Entonces, para matizar, yo quería comentar algo que doy en llamar "nociones crueles sobre la equidad distributiva", porque no es uniforme, no es única, la noción de que lo mejor dentro de una empresa, aunque sea colectiva, sea repartir todo por igual.

Yo pongo dos ejemplos que muchas veces se comentan: si es mejor un país en el cual hay sólo U\$S 380 de ingreso promedio y se distribuye exactamente igual para todos, o es mejor un país donde hay U\$S 25.000 promedio pero hay una desigualdad muy grande y eso va a parar a este esquema:

### Algunas nociones crueles sobre la equidad distributiva.

Población (%)	Riqueza (%)	Riqueza disponible
20	50	62500
20	20	25000
20	15	18750
20	10	12500
20	5	6250

En un país todos tienen U\$S 380 por año, en el otro país los más pobres tienen U\$S 6.250, hay mucha desigualdad, pero los más pobres ganan más, mucho más, que todos los iguales del otro país.

Lo que quiero comentar con este ejemplo es que quizás lo importante es, primero que nada, cuánto se está generando de riqueza en la empresa, si la empresa está funcionando, si está equilibrada, si está mejorando y también cómo se está repartiendo. Pero no se puede decir que lo primero que se obtenga se va a repartir todo sin importar si la empresa crece o no. Creo que también es importante en el momento de decidir cómo se reparte la riqueza, tratar de pensar en lo importante que es tratar de mantener el crecimiento, la viabilidad de la empresa y no solo repartir hasta que no nos quede nada para nadie.

Por eso digo que es una noción "cruel", porque cuando se habla de equidad en una empresa colectiva, se dice que la equidad es que todos ganen exactamente lo mismo y a veces eso puede conspirar contra el crecimiento y el desarrollo de todos.

### Algunas nociones crueles sobre la equidad distributiva.

- País A: Ingreso promedio: 30.000 dólares anuales; Pedro gana 25.000.
- País B: Ingreso promedio: 6.000 dólares anuales; María gana 20.000.
- Prefiere ser Pedro o María?

Entonces, quería comentar que en mi opinión lo que ha pasado, visto un poco desde afuera es que se rompió, en el Sistema Colectivo Uruguayo, una costumbre aceptada de redistribución ante un cambio de las condiciones de afuera que terminaron cambiando la ecuación económica, desbalancearon la ecuación económica, por lo que decíamos hoy sobre el aumento tecnológico pero también la crisis de Brasil, la crisis de Argentina, la baja de la inflación, todas esas cosas desbalancearon la ecuación pero también se desbalanceó la forma en que se repartía internamente los distintos factores que hay de remuneración e ingresos.

Me da la impresión que un punto central en la crisis es que las desigualdades que antes se aceptaban se cambiaron por otras desigualdades que no se aceptan, por decir algunas el cambio del sistema de pago en los actos médicos, la forma de pago en los actos quirúrgicos, distintas modalidades que yo no podría decir si son buenas o son malas, pero

de lo que sí estoy convencido es que no fueron aceptadas globalmente por el sistema porque eran una nueva manera de repartirse que terminaba cambiando lo que ganaban unos y lo que ganaban otros.

Surge entonces la necesidad de pensar un esquema acerca de cómo repartir cuando cada vez hay menos. Porque hubo un momento en que el gasto crecía, desde 1985 hasta 1998 el gasto de las IAMC fue creciendo, y ya había problemas para repartir ese crecimiento, pero desde el '99 en adelante hubo que empezar a repartir distinta menos cantidad. Se produce una agudización de la pugna redistributiva. El sistema social, ese 66% de los recursos que es la gente que trabaja en las instituciones empezó a enfrentarse a la cuestión de cómo vamos a perder, cómo tenemos que perder correlativamente unos con otros.

### **El futuro explicado por el pasado.**

- La ruptura de una costumbre aceptada de redistribución.
- La necesidad de repartir las carencias (aún con aumento del gasto).
- La agudización de las pugnas redistributivas.

Mi última reflexión, es que me parece que el sistema está buscando un nuevo pacto redistributivo, está buscando por distintas maneras actores comprometidos en que el sistema tiene que seguir, comprometidos en que la gente que trabaja va a tener que seguir trabajando es esto. Este es un sistema que tiene viabilidad porque la propia gente lo va a sostener. Entonces el punto es cómo buscar un nuevo pacto, y ahí es donde yo quisiera plantearles estos tres puntos:

### **La búsqueda de un nuevo pacto.**

- Cómo tratar a los que no están en la mesa.
- Cómo pensar en el sistema en conjunto.
- Pasar del Blamestorming al Brainstorming (sin perder demasiado en el camino).

El primer punto que a mí me da un poco de temor, es cómo tratar a los que no están en la mesa, cuando tenemos que repartimos una cantidad que va bajando. Tenemos gran propensión a decir que a los que no están presentes en la discusión se les haga perder más que los que sí están en la discusión y en esto me estoy refiriendo primero que nada a los propios usuarios del sistema, que muchas veces no están en la discusión, y que, como parte de la redistribución en descenso, se puede decidir reducir los servicios, bajar la calidad de la atención, y en eso se debe tener mucho cuidado porque si no, el sistema mismo puede perder lo que es el sustento social.

El segundo punto es cómo pensar en el sistema en conjunto. Evidentemente el sistema IAMC cubre el 47-48 % de la población pero no abarca a todo el país. Entonces la pregunta es qué está pasando con el resto del país y si el sistema IAMC tiene vocación de ser un sistema universal. De repente hay que pensar maneras de incluir al otro sistema, aun estando en crisis debemos pensar qué pasa con el sistema público, con el sistema de

las grandes empresas públicas que tienen sus propias estructuras. Creemos que el sistema IAMC no debe tratar de salvarse con la gente que paga más, con la gente de menos riesgo, sino que en realidad debemos pensar en el país en conjunto.

El tercer y último punto es algo que me parece interesante, que es este concepto del "Brainstorming", que es una técnica de discusión de grupo, que consiste en una tormenta de ideas. Hay una patología de eso que es el "Brainstorming", que es juntarse para echarse las culpas unos a otros. Creo que en esta etapa en que se está pasando de entender y racionalizar que tenemos que pasar a un nuevo pacto, a construir un nuevo pacto, tenemos que dejar esa etapa en que nos echamos las culpas y empezar ahora a pensar cuál es el futuro. No creo que sea una tarea fácil, pero creo que es la única tarea que es viable.

Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Dr. Alvaro Eguren



Le doy las gracias al Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, en la persona de su presidente el Dr. Natalio Blankleider por darme el privilegio de actuar como expositor en este Seminario, que trata el importante tema sobre "El futuro de la Medicina Colectiva en el Uruguay." Para mí es un gusto compartir esta mesa con los distinguidos profesionales y amigos que la integran.

Desde ya adelanto que las opiniones que habré de expresar en este bloque son personales y no comprometen a la Federación Médica del Interior. Dada mi vinculación con esta organización gremial/asistencial desde hace más de diez años, no puedo tampoco dejar de señalar que la visión que tengo de la asistencia médica colectiva en el país, está influenciada por mi actividad profesional y conocimiento más profundo de la realidad del interior.

Es natural que cuando se analiza el futuro de la medicina colectiva en el Uruguay se estudie su pasado y su presente. En este bloque debemos considerar las raíces de la crisis de las IAMC.

Corresponde comenzar, entonces, por analizar de qué tipo de crisis estamos hablando. ¿Podemos decir que la asistencia médica colectiva está en crisis? ¿Son las IAMC, en tanto

que instituciones, las que están en crisis? ¿Hay una crisis externa a las IAMC que las afecta y a su vez les provoca crisis? ¿Existe una crisis moral en las IAMC, es decir, tenemos buenas instituciones pero mal dirigidas, organizadas o administradas?

En primer lugar creo que la asistencia médica colectiva, en tanto que sistema que provee servicios de salud integral bajo los principios de la solidaridad, equidad e igualdad no ha perdido ninguna vigencia. No conocemos otros sistemas que hayan podido encontrar una solución mejor para proveer servicios integrales por una cuota promedio de U\$S 50 dólares.

Y si bien existen IAMC con severas dificultades económicas, puedo afirmar que en el interior los problemas y amenazas que han comenzado a enfrentar las IAMC de FEMI no provienen de una falla en el modelo, sino de otros factores que analizaremos más adelante.

Es decir, existen demostraciones prácticas donde el sistema comprueba sus bondades. Podemos sostener entonces que el modelo conceptualmente goza de buena salud. No en vano el Ministerio de Salud Pública ha elaborado planes y programas de fortalecimiento de la asistencia médica colectiva.

Pasemos a despejar otra incógnita. ¿Son las IAMC como instituciones organizadas las que se encuentran en crisis?

Como en todos los órdenes, hay instituciones que se encuentran mejor organizadas que otras. Aquí debemos hacer una precisión. No tienen la misma naturaleza jurídica ni estructura las mutualistas que las cooperativas médicas.

Pero, con sus virtudes y sus defectos, existen en ambos tipos de instituciones ejemplos de buenas empresas.

Las cooperativas médicas, donde los propios médicos, en tanto que socios y trabajadores deben ejercer y ejercen la dirección, administración y el control de la propia sociedad, con una participación y compromiso mucho más intenso que la del otro médico que sólo es un funcionario de la IAMC o un proveedor de servicios profesionales, han permitido crear un sistema con fortalezas, que -entre otros factores- han permitido prevenir problemas que preocupan mucho a las autoridades del MSP, como es el del comentado caso del conflicto de intereses.

Las cooperativas de profesionales médicos son -a nuestro juicio- un ejemplo de que no son las IAMC, como instituciones, las que están en crisis.

La experiencia en el interior permite afirmar que la cooperativa sigue siendo un modelo organizacional válido, donde el socio cooperativista recibe una remuneración como beneficio único por su aporte de trabajo, es decir, no es un socio capitalista ni un tercero; no existe el destajo como forma de retribución y la distribución de los ingresos se efectúa con criterios fuertemente equitativos.

Cuando los medios de producción son de la institución y no del médico, es cuando podemos ver entidades mejor gestionadas, estables y equilibradas.

Vayamos entonces a la consideración de la tercera pregunta que nos formulábamos al principio. ¿Está en las personas la crisis de las IAMC?

Sabemos todos que existe un conjunto de causas externas e internas a las IAMC que actúan en forma negativa y que pueden producir o producen crisis.

Cuando la crisis proviene de factores endógenos, se puede encontrar sus orígenes -entre otras y variadas razones-, en la insuficiente preparación de los directores y administradores

para tareas de esta naturaleza. Máxime cuando este administrador o director ha dedicado y dedica una parte importante de su vida a ser un profesional de la medicina.

Desde hace años, muchos de estos profesionales han asumido la responsabilidad y el desafío de prepararse para manejar empresas de salud, unos en forma exclusiva, otros compartiendo esta función con sus labores médicas. La sabiduría de muchos de estos empresarios ha estado en asesorarse adecuadamente en aquellas áreas donde no se justifica o no es posible asumir conocimientos técnicos.

Hoy vemos a muchas de nuestras IAMC invirtiendo en mejorar los sistemas de gestión. Distintas empresas se encuentran trabajando en áreas de gerenciamiento, mejora de calidad, comunicación, sistemas informáticos, indicadores de gestión, entre otros.

A vía de ejemplo, sobre esta modalidad de mejora de la profesionalización de la actividad directriz y administradora, FEMI realiza anualmente cursos para administradores de salud, tanto a nivel médico como para personal no médico, tendiente a elevar en forma constante los niveles técnicos de quienes tienen o habrán de tener en el futuro la responsabilidad de manejar los destinos de las IAMC.

Estimamos que una mayor adhesión del médico con la empresa en la cual trabaja, para lo cual conspira el multiempleo, una mayor compenetración con su funcionamiento y problemática y la asunción de responsabilidades en la toma de decisiones coadyuvan a mejorar los resultados, y consecuentemente devienen en una mayor satisfacción del cliente.

Los nuevos modelos organizacionales basados en sistemas generales de calidad imponen a las empresas establecer una visión y una misión, planes de calidad, procesos de mejora continua, en los cuales toda la plantilla debe instruirse en esa línea y comprometerse con el objetivo.

Todo esto supone cambios culturales profundos que llegan hasta la propia ética del trabajo de cada uno de los trabajadores de la empresa.

Cuando buscamos la definición de crisis en el Diccionario de la Real Academia Española, su primera acepción nos dice «que es una mutación considerable que acaece en una enfermedad ya sea para mejorarse, ya sea para agravarse el enfermo». Quizás esta crisis sirva para que cada enfermo mejore y que aquellas IAMC que tienen un pronóstico gris puedan resolver sus problemas en forma satisfactoria.

Luego de este breve análisis llegamos entonces a la conclusión de que el modelo asistencial no es el causante de la crisis, tampoco son las IAMC por sus formas jurídicas y se advierte que aquellas instituciones con menor profesionalización en sus niveles de decisión y ejecución tienen una debilidad que contribuye a agravar las crisis que padecen o les impide administrar una crisis y salir de ellas. Esto no es patrimonio de las IAMC, lo puede padecer cualquier empresa.

En mi carácter de asesor letrado no puedo dejar de preguntarme que pasa con el marco jurídico. ¿Ha sido o es una causa de esta crisis?

La respuesta es negativa. El marco normativo requiere a nuestro juicio de ajustes, adaptaciones y nuevas soluciones para los tiempos que corren. A vía de ejemplo, bueno es que nos visite el Superintendente de las ISAPRE de Chile. Él les podrá transmitir la experiencia sobre las bondades y ventajas de la existencia de un organismo fiscalizador del sistema, que es algo que a nuestro juicio requiere nuestro MSP.

Dotar a la DICOCA de una mayor estructura, posición, jerarquía y recursos económicos para controlar todo el sistema, no sólo a las IAMC, es una reforma a mi

juicio imprescindible. Por sobre todas las cosas es necesario que sus disposiciones se cumplan y por todos. Resulta difícil para una institución controlada y regulada salir de una crisis, cuando compite por el mismo segmento de población con otra que no lo está.

También identificamos, como causa de crisis, la verificación desde hace años de la no existencia de nuevos documentos donde se expliciten claramente políticas estables para el sector de la asistencia médica colectiva.

Los actuales ejemplos de diversas secretarías de Estado, cada una con sus visiones, justificaciones, motivos y necesidades, que tienden a proyectar medidas que afectan directamente y en sentido diverso sobre el sector de la asistencia médica colectiva generan una confusión y un enorme desgaste del sector.

Por una parte vemos al MSP que propicia el fortalecimiento del mutualismo y el ingreso de la población joven en forma temprana al sistema colectivo.

Por otra parte vemos al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que en un irreprochable intento de reducir los costos de las empresas y favorecer la disminución de las tasas de desempleo presenta un proyecto de ley por el cual se incentiva la desafiliación y el no ingreso del trabajador sano que sustenta al sistema, ofreciéndole la alternativa de atenderse en forma gratuita en los hospitales públicos. Esta medida desarticula la filosofía del sistema solidario de asistencia colectiva.

Por último en este ejemplo, el MEF propicia una modificación del sistema tributario que repercutirá en un aumento de cuota de más del 10% con la consiguiente pérdida de afiliados.

Una Institución que se encuentre trabajando en la reestructura para poder cumplir con los requerimientos del MSP en el marco del préstamo de refinanciación del BID tendrá que replantear su proyecto en función de las distintas hipótesis tributarias que se vayan dando.

¿Es posible asumir el compromiso de honrar en tiempo y forma las obligaciones cuando las reglas de juego están en discusión y proceso de cambio en sentidos divergentes?

Estos cambios en el sistema normativo constituyen una verdadera amenaza para el sector y sin duda, de concretarse, profundizarán la crisis de muchas instituciones. Su extensión e impacto permitirá concluir si la suma de éstas crisis individuales habrán de aparejar la crisis del sistema que pueda llevar, en definitiva, a su colapso.

El alineamiento de las políticas de gobierno, que son competencia del Poder Ejecutivo, permitirá a las IAMC planificar basados en un marco de estabilidad.

Difícilmente una IAMC pueda salir de su crisis sin reorganizar su economía y refinanciar sus pasivos. Para ello es necesario contar con una política que permita a los acreedores comerciales y financieros conocer la confianza que pueden depositar en el sistema.

Como banco, ¿qué tasa de interés voy a aplicar a un cliente cuando me viene a pedir una refinanciación si existe un riesgo de cambio tras otro de la política fiscal que por su aplicación pueda generar la pérdida de un porcentaje importante de sus afiliados?

En suma y para finalizar en el tema sobre el marco regulatorio, si la política del gobierno es fortalecer el mutualismo habría que trabajar en los aspectos normativos en algunas áreas:

- Emitir normas que recojan la política del sector como política de Estado y consecuentemente evitar el dictado de normas que desalineen dichas políticas.

- Actualizar el marco jurídico en función de estas políticas.

- Elaborar un texto ordenado que contenga todas las normas del sector (público y privado) desde las de rango constitucional hasta las resoluciones que dicta la Dirección General de la Salud.

Para salir de la crisis que afecta a las IAMC se requiere la imaginación y el desafío de buscar nuevas formas de ingreso de afiliados al sistema, en forma progresiva, para lo cual se deben corregir y mejorar aquellos aspectos que hayan sido causa -importante o no- de su actual situación.

En la medida que las raíces de la crisis se encuentran -a nuestro juicio- principalmente en factores de orden económico financiero, son los especialistas en dichas áreas quienes deben tener la palabra. Muchas gracias por su atención.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Soc. Joaquín Serra



### **LOS PROBLEMAS DE GESTIÓN COMO UNA DE LAS CAUSAS QUE EXPLICAN LA CRISIS DE LAS IAMC.**

Para explicar la crisis que atraviesa el sector se han identificado diversos factores, como son el envejecimiento de la población afiliada, la incorporación de nuevas tecnologías médicas, el marco regulatorio del sector, entre otros.

Por otro lado, diversos actores han señalado que los problemas de gestión de las instituciones son la causa principal de su desfinanciamiento.

Sabemos que este es un tema polémico. Para algunos este es un factor que explica todos los problemas, para otros no explica nada. A nuestro juicio, como suele ocurrir la mayoría de las veces, ninguna de estas posiciones extremas es válida. La crisis es multifactorial, pero entre sus causas sin lugar a dudas están los problemas de gestión.

Las auditorías practicadas a las IAMC de Montevideo, durante el año 2000, identificaron una serie de problemas organizativos comunes, que si bien no siempre son aplicables a la totalidad de las instituciones, reflejan las principales carencias del sector.

**En el área de la Dirección se identificaron:**

- 1) Ausencia de definición de roles, cometidos y responsabilidades de los Directivos, con inadecuada separación entre las responsabilidades de dirección y las funciones ejecutivas.
- 2) Falta de oposición de intereses entre quienes deciden los destinos de la institución y quienes contratan con la misma, generándose situaciones que perjudican el desenvolvimiento eficiente de las instituciones.
- 3) Bajo nivel de capacitación empresarial de quienes ocupan los cargos directivos.
- 4) Insuficiente nivel de dedicación de los directivos a las tareas específicas de dirección.

**En el área de la Gerencia existe:**

- 1) Frecuente injerencia de Directivos en las funciones gerenciales, lo que genera dualidad de mando y distorsiona las líneas jerárquicas.
- 2) Baja profesionalidad y disímil nivel de capacitación de los niveles gerenciales.
- 3) Ausencia de planificación estratégica, definición de metas anuales y presupuestación de la operativa institucional; con predominio de la gestión de "día a día".
- 4) Organización funcional ineficiente.
- 5) Ausencia de unidad de gestión entre el sector médico y el administrativo, lo que genera toma de decisiones no correctamente evaluadas desde el punto de vista del impacto económico sobre la empresa.
- 6) Ausencia de mecanismos de seguimiento y contralor sistemático de la gestión.
- 7) Ausencia de procedimientos regulares y sistemáticos para la adquisición de bienes y servicios, así como el debido contralor de calidad, cantidad y precio contratado.
- 8) Inexistencia de sistemas de contabilidad de costos que impide conocer y atacar las ineficiencias operativas.
- 9) Carencias importantes en los sistemas informáticos que faciliten la gestión integral de las IAMC.
- 10) Bajo nivel de conocimiento del comportamiento del mercado e incluso del grado de satisfacción y preferencias de sus propios afiliados.

11) Ausencia en la mayoría de las IAMC de auditorías externas e internas así como también de la publicación de los estados contables, lo que habilita la existencia de gastos discrecionales en las instituciones e imposibilita el debido control del socio o asociado.

Corroborando la importancia de estos problemas las Auditorías practicadas el año pasado mostraron como en un 90% de las instituciones existía injerencia de los Directivos en la gestión, dispersión de mando a nivel gerencial en un 60% de los casos, comisión fiscal con atribuciones limitadas en casi la totalidad de los casos, no existencia de planes estratégicos en un 60% y carencias en los sistemas informáticos para el área contable y asistencial en el 100% de los casos.

**Para contribuir a resolver los principales problemas de gestión,  
el Ministerio de Salud Pública:**

1) Estableció la obligatoriedad de la auditoría externa de los estados contables de las instituciones.

2) Reglamentó un Estatuto Tipo donde se dispone que las instituciones deberán:

- definir claramente los roles, cometidos y responsabilidades de los distintos órganos de gobierno y de gestión (Asambleas, Consejos Directivos y Gerencias), separando las responsabilidades de dirección y las funciones ejecutivas;
- establecer la incompatibilidad entre quienes deciden los destinos de la institución y quienes contratan con la misma;
- establecer auditorías internas.
- definir claramente las atribuciones de las Comisiones Fiscales.
- introducir sistemas de incentivos a los directivos y equipo gerencial vinculados a resultados.

3) Los Proyectos de Reconversión de las IAMC y su plan de monitoreo posterior controlarán que las instituciones:

- adopten, como instrumento de gestión, la planificación estratégica con definición de metas anuales y presupuestación de la operativa institucional;
- definan procedimientos regulares y sistemáticos para la adquisición de bienes y servicios, así como para el debido control de la calidad, cantidad y precio contratado.

·adecuen los sistemas de información para facilitar la gestión integral de las instituciones y tener información en tiempo real y así poder efectuar las rectificaciones gerenciales que sean necesarias en el momento oportuno.

·implanten sistemas de garantía de calidad y evaluación de satisfacción de los usuarios.

### **LOS PROBLEMAS DE GESTIÓN Y EL DISEÑO DE LAS ORGANIZACIONES.**

La generalización de los problemas identificados en el área de la gestión nos lleva a pensar que deben existir factores estructurales, vinculados al diseño de las organizaciones, que condicionan estos resultados.

#### **En tal sentido debe tenerse en cuenta:**

1) La forma organizativa esta definida por el marco normativo.

El Decreto Ley 15.181 estableció que las IAMC se deben organizar como mutualistas, cooperativas o servicios médicos de empresas, aunque en la práctica vemos como esta disposición no se cumple.

En el año 2000 existían en Montevideo 18 IAMC, de las cuales 5 eran mutualistas, 6 cooperativas de profesionales, 6 sociedades de producción sanitaria y 1 un centro de asistencia dependiente del SMJ.

Pese a que el Decreto Ley 15.181 rige desde hace más de 20 años, muchas instituciones se organizan según la tipología del Decreto Ley 10.384 del 13 de febrero de 1943.

En dicha norma se definían cinco tipos de instituciones, dos de los cuales se mantuvieron en el Decreto Ley 15.181, estos son las Sociedades Mutualistas y las Sociedades Patronales.

#### *También estaban previstos:*

a) Sociedades de Producción Sanitaria, que eran las organizadas por entidades gremiales con personería jurídica con la finalidad de otorgar asistencia médica completa a los afiliados sin perseguir fines de lucro.

b) Sociedades Médicas de Asistencia, que eran organizaciones constituidas por uno o más profesionales para prestar asistencia médica a sus afiliados, en las cuales el capital pertenecía a los técnicos y que no actuaban "inspiradas exclusivamente por un sentimiento de humanidad".

c) Empresas Comerciales de Asistencia, fundadas por particulares o instituciones con capital propio y fines de lucro, que mediante la contratación de un cuerpo

médico ofrecían a sus afiliados asistencia médica.  
De esta breve síntesis extraemos dos conclusiones:

- De las 13 instituciones propiedad de grupos médicos, 7 no se ajustan a lo establecido por el Decreto Ley 15.181, organizándose como sociedades no comerciales.

- No existe ninguna institución con fines de lucro.

Quizás este último punto merezca alguna aclaración adicional. Pese a que el Decreto Ley del año 1943 autorizaba el funcionamiento de instituciones médica con fines de lucro, una serie de importantes exoneraciones tributarias establecidas a principios de los años '60 estimuló su desaparición. Es así como, en 1980 cuando se crea el Decreto Ley 15.181, ya no funcionaba ninguna institución con fines de lucro y no fueron incluidas en la tipología. Cabe destacar que esta limitación no se aplica para otros servicios médicos como es el caso de los seguros parciales y los Institutos de Medicina Altamente Especializada.

2) Las cooperativas de profesionales no ajustan su funcionamiento al modelo cooperativo puro.

- No existen aportaciones al capital social por parte de los cooperativistas. Por lo tanto, desde el origen no existe un interés directo del cooperativista en los resultados de la gestión. Entre las 6 cooperativas de profesionales que existían en el momento de las Auditorías, dos no tenían aportes de capital social; y en otros dos casos, el aporte social provenía de integrar derechos originados en empresas en proceso de liquidación.

- Al no existir contratos explícitos de aportación social, cuando las cooperativas médicas tienen necesidad de fondos frescos recurren al endeudamiento con los médicos (atraso de sueldos, quitas y otros mecanismos similares). Este procedimiento enfrenta a los médicos con las instituciones.

- La mayoría de los estatutos que rigen las cooperativas no prevén la distribución de excedentes entre los socios. Consiguientemente, el ingreso de los mismos no mejora cuando las instituciones obtienen utilidades, ni tampoco asumen las responsabilidades por los resultados negativos de las empresas. Es una razón más para que el vínculo que une al cooperativista con la empresa sea muy débil.

- Tampoco existe exclusividad en el trabajo de los cooperativistas. Mientras que en las cooperativas de otros ramos de actividad la exclusividad está reglamentada como un elemento central para el éxito de la empresa; en el sector de las IAMC, la inmensa mayoría de los cooperativistas trabajan en otras instituciones, incluso como socios.

### 3) El mercado laboral médico.

También existen factores derivados del funcionamiento del mercado laboral médico que contribuyen a la baja identificación de los cooperativistas con las instituciones.

La importancia que tiene el multiempleo médico, es la principal de ellas. Según los datos más recientes, Encuesta Nacional Médica realizada por Factum entre abril y setiembre de 2001 por encargo del SMU, la cantidad de actividades médicas remuneradas, fue de un 17% para una actividad, 31% para dos actividades, 25% para 3 actividades, 14% para cuatro actividades, 7% para cinco actividades, y un 1% para 6 y 7 actividades. Un 3% manifestó no tener actividad. En resumen, un 47% de los médicos del área metropolitana tenían 3 o más cargos.

La otra característica importante es la remuneración de los médicos cooperativistas. Estos profesionales se remuneran de acuerdo con los laudos de los Consejos de Salarios vigentes en la respectiva actividad. En consecuencia, el ingreso de los propietarios de las instituciones depende de complejas negociaciones político-gremiales, y no del resultado de sus empresas.

## CONCLUSIONES .

En nuestra opinión, la confluencia de estos factores -escasa identificación de los propietarios médicos con los objetivos de las instituciones, cooperativas de profesionales sin integración de capital, multiempleo médico y sistemas de retribución del trabajo médico desvinculado de los resultados de las instituciones- no generan un adecuado sistema de incentivos para una buena gestión.

En la mayoría de las Instituciones propiedad de grupos médicos, no existe un responsable último claramente definido que asuma los riesgos y beneficios de la gestión empresarial.

A nuestro juicio, el débil sentimiento de pertenencia de los cooperativistas a las empresas, de las que son dueños, es lo que determina la existencia de gerencias debilitadas.

En definitiva, los problemas de gerenciamiento que existen en el sector son en gran medida el resultado del modelo asociativo implementado.

Estos problemas han impedido que las cooperativas médicas potencien sus ventajas organizativas. Desde el punto de vista teórico, la unión de un seguro de asistencia médica con una organización prestadora de servicios es una solución a los problemas de "asimetría de la información", permitiendo controlar costos y calidad de una manera mucho más eficiente que los seguros médicos tradicionales, donde el seguro es puramente financiero y paga a proveedores externos por los episodios de enfermedad de los asegurados.

Como se señaló al inicio, la política del Ministerio de Salud Pública apunta a estimular cambios en la organización interna de las instituciones. Pero en última instancia, la mejora de la gestión en gran medida dependerá de la capacidad de los médicos cooperativistas y gremialistas de adecuar los sistemas de incentivo y cambiar la cultura organizacional de forma de alinear los intereses de los médicos con los de las instituciones de las cuales son propietarios.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Dr. Esc. Antonio Kamaid



Pensaba hacer referencia a algunos temas puntuales y de actualidad que hacen a la situación actual del sector de las IAMC, particularmente a la relación con el BPS, al debatido tema de las afiliaciones, la inamovilidad de los padrones y terminar haciendo alguna mención a un proyecto del Ministerio de Trabajo que consideramos una afectación directa no solo a la economía de las Instituciones, sino también a todo el concepto de seguro de enfermedad.

Pero sobre la marcha, al escuchar las exposiciones que precedieron, me pareció oportuno hacer algún comentario sin ánimo de debatir pero sí de aportar algo más, respecto a temas concretos vinculados al proceso de reestructura y reforma que hoy vive el sector de la Salud en general, básicamente orientado a lo que fue la exposición de Joaquín Serra, en el sentido de los errores y problemas de gerenciamiento de las organizaciones y cómo pueden influir en la actual situación.

Al respecto quería decir que, como todos Uds. saben, el sector de la salud privada del país, se asienta fundamentalmente en entidades de naturaleza privada, las IAMC, de los dos tipos que Uds. conocen, tipo mutual y tipo cooperativo profesional, con la salvedad de que no todas las cooperativas profesionales lo son en realidad.

Estas entidades en teoría, desarrollan su actividad en régimen de libre competencia, y decimos en teoría porque dicha competencia está restringida, cuando no determinada y condicionada, por ciertas pautas de regulación estatal de distinta índole que nosotros entendemos que ponen por lo menos una limitación a las posibilidades reales de competencia comercial.

Apoco que se considere la regulación administrativa de la cuota, la posibilidad de trasladar a la cuota las mejoras en tecnología, la incorporación de tecnología de tratamiento o los componentes externos de cada padrón social, resulta que el margen del que disponen en ocasiones las entidades, no es todo lo amplio que podría suponerse por su carácter de entidades privadas.

En este contexto, caracterizado además por la dispersión normativa existente y en algún caso por la carencia de organismos específicos del contralor y la fiscalización de la actividad de las IAMC, se ha fomentado a su vez la aparición de nuevas formas de prestación asistencial, los seguros parciales, que han filtrado –en el buen sentido del término– se han filtrado en los vericuetos que las normas vigentes permiten y son un nuevo factor de competencia.

Este factor no es de hoy, ya que se viene dando progresivamente, y también se debe tener en cuenta al momento de evaluar la gestión de las Instituciones.

Estos seguros parciales, por definición se concentran en ciertos segmentos de la población con libertad para elegir a los afiliados que aceptan y a los que no aceptan, con libertad para imponer pautas de contratación por razón de sexo, de edad y evidentemente de riesgo sanitario y con la ventaja de no tener las regulaciones, limitaciones e imposiciones con que deben enfrentarse las IAMC.

En muchos casos, estos seguros parciales son auténticos intermediarios de la salud, carentes de infraestructura propia o con una infraestructura mínima que les permite funcionar al amparo de esta difusión de normas, captando justamente el sector que en definitiva es el que aporta más y consume menos.

A la hora de analizar el plan de reestructura de la Salud que el Ministerio ha impulsado, especialmente este Ministerio –con seriedad– vale la pena mencionar que a 20 años de la Ley 15.181 surgen reglamentaciones específicas de aspectos que ya estaban previstos hace veinte años –el Estatuto Tipo es una de ellas– que vienen a cubrir un vacío, las normas de intermediación lucrativa son otras, y también la consagración con carácter general de los derechos de los afiliados.

Digo esto porque entendemos que cualquier proyecto de reformulación del Sector Salud, en especial del Sector de Salud Privada, debe también abarcar a los seguros parciales ubicándolos, dándoles el marco que les corresponde de acuerdo a sus especificidades, definiendo los niveles mínimos específicos de cobertura que deben brindar, reglamentando como se reglamenta para las IAMC su relación con los afiliados, marcándoles pautas de forma de equiparar a los distintos prestadores, cada cual en su materia y cada cual con sus características propias, conformando así un plan realmente abarcativo de todos los aspectos intervinientes.

Quería decir esto porque me parecía importante trascender más allá del aspecto de la organización de las IAMC con el que podemos mantener discrepancias en algunos puntos y decir también que consideramos muy valioso el esfuerzo de organización y unificación por la vía del Estatuto Tipo.

Dicho esto me voy a referir a la relación que tienen las IAMC con el BPS. No creo exagerar si digo que las IAMC se han vinculado con el BPS en una relación de amor-odio; tradicionalmente ha sido así.

El 50% aproximado de los ingresos que perciben las IAMC y de la composición de sus afiliados proviene de la Seguridad Social. Se trata de afiliados de buena calidad por decirlo así, que se enferman poco, que están en situación activa, son jóvenes y representan para las IAMC ingresos seguros en general. Los vaivenes del desempleo han influido en este tema pero no dejan de ser una fuente de recursos firme y segura, a la cual las IAMC se han volcado progresivamente porque es la que les permite sostener a los afiliados que consumen más.

Esto ha determinado con el correr del tiempo, una presión de dependencia con este tipo de afiliado que en el mercado limitado de las afiliaciones fue forzando a las IAMC a recurrir cada vez con más frecuencia y destinando más recursos a las campañas publicitarias promocionales y cuando no, compra directa de socios, lo que se conoce como intermediación lucrativa, la cual estaba prevista como actividad prohibida en la normativa legal en el año 1981. Nunca se reglamentó, nunca se estableció sanción y al amparo de esta falta de regulación esta actividad fue proliferando, generando el surgimiento de auténticas organizaciones empresariales que son las únicas beneficiarias de este sistema perverso por el cual una Institución por la vía de intermediarios se hace de socios provenientes de otras Instituciones y que al cabo de un cierto tiempo los vuelve a perder en beneficio de otra Institución del sistema.

En este tema en el marco del plan de reconversión, el MSP con el apoyo de todos los sectores involucrados, decreta en Junio del año 2000, el cierre de los padrones de afiliados, medida que en lo personal me parece acertada y necesaria en el contexto en que se dio. En cuanto a que es necesaria, el mismo decreto en su exposición de motivos dice que era necesario dar al sector estabilidad y evitar al mismo tiempo la salida de capitales con fines no asistenciales. La magnitud del problema se confirma cuando se observa que en algún proceso concursal las empresas de intermediación lucrativa fueron parte importante de los acreedores de la Institución.

Como ya dijimos, el MSP con el aval de las instituciones decretó el cierre de los padrones, medida controvertida porque pone cierto coto a la libertad individual de elección. Esta medida se complementó con el mensaje complementario del Presupuesto Nacional, artículo 369, que crea la figura de la intermediación lucrativa como tipo penal.

Lamentablemente, defectos de redacción, la inclusión de determinadas eximentes en ese tipo penal, determinaron que al día de hoy la intermediación lucrativa continúe existiendo.

Las excepciones planteadas al tipo penal, posibilitaron que, por la vía de contratar como dependiente o recurrir a determinadas formas específicas que la propia ley habilita, el problema no se solucionara.

Eso ha sido reconocido por el propio Poder Ejecutivo que al día de hoy ha remitido al Parlamento un proyecto de ley modificando la figura de la intermediación lucrativa eliminando las eximentes de responsabilidad y habilitando así un tipo penal practicable.

Llegamos así a la situación actual. Evidentemente a corto o mediano plazo, será necesario abrir el padrón de afiliados y en ese sentido consideramos que esa apertura debe hacerse de acuerdo a algunos criterios básicos.

En primer lugar pensamos que debe ser gradual. A la fecha, prácticamente todos los afiliados provenientes del Sistema de Seguridad Social están en condiciones teóricas de cambiar de Institución, de modificar su situación actual. De producirse una apertura indiscriminada podría darse una corrida, generando así una inestabilidad que nada contribuiría a la puesta en práctica de los planes que están sobre la mesa y que evidentemente volvería a implicar una dispersión de recursos contraria a los proyectos de reconversión.

Por lo tanto creemos que debe dilatarse al extremo de lo posible la apertura de dichos padrones, manejando las siguientes pautas de apertura para cuando esa decisión se concrete:

1) Debe reafirmarse el concepto de inmovilidad general vinculado a la afiliación a través del Sistema de Seguridad Social. Actualmente el afiliado debe mantenerse 24 meses unido a la Institución por la que ha hecho la opción mutua y ese concepto debe mantenerse. Razones esenciales de financiamiento, de lealtad, y el hecho de que el afiliado entra con todos los derechos, obliga e impone una permanencia mínima de dicho afiliado en la Institución.

2) Consideramos que en aras de evitar la corrida a la cual hacíamos referencia, una apertura de los padrones de este tipo debería no considerar a los efectos del computo de los períodos de inmovilidad el plazo transcurrido desde el Decreto 205 del 2000, es decir desde Junio del 2000 hasta la fecha en que efectivamente se decreta. De esta manera se estaría reconociendo el derecho de cambio de las personas que ya habían llegado a la posibilidad de cambiar antes del dictado del Decreto, pero no se estaría generando ningún movimiento masivo por la vía de computar esos tiempos transcurridos.

3) Entendemos necesaria la consagración de un mecanismo que no ha sido puesto en práctica hasta ahora, que es el alta automática del trabajador. Como Uds. saben cuando un trabajador cambia de trabajo o egresa de la actividad laboral y luego vuelve a ingresar, si no realiza el trámite de afiliación se queda fuera del Sistema sin cobertura hasta que realice dicho trámite, no obstante estar aportando al Sistema. No parece demasiado sofisticado incluir, existiendo la historia laboral, que todo trabajador que comience a desarrollar la actividad laboral por el solo hecho de hacerlo quede afiliado a la última Institución a la que estuvo vinculado sin necesidad de trámites ni opciones. También proponemos en ese sentido la consideración de los períodos de afiliación como contrato individual del afiliado con renovación automática en caso de que llegado el término del plazo establecido, no se produzca el cambio. Sabemos que la inmovilidad es por dos años, si la persona no hace la opción de cambio en los últimos 30 o 60 días, eso habrá que determinarlo, que se extienda la permanencia del afiliado en cada Institución, medida que daría estabilidad, desestimularía los cambios y afianzaría la relación afiliado-Institución con la consiguiente repercusión económica que eso tiene.

4) Sugerimos la implementación del comité de seguimiento de la calidad asistencial.

El BPS como administrador del Sistema debe tener una participación activa, concomitante, paralela al Ministerio de Trabajo y con las Instituciones vinculadas, en el seguimiento del cumplimiento de las pautas de asistencia que devienen de los contratos que las Instituciones han firmado con el propio Banco. Este mecanismo permitiría además dirimir eventuales conflictos de interés o de discrepancias que pudieran surgir entre el afiliado y la Institución.

Estas medidas consideramos que contribuirían a dar estabilidad, proyección cierta de los intereses institucionales y serían un buen marco de apoyo a los proyectos de reconversión que hoy están poniendo en práctica las Instituciones.

Por último voy a hacer alguna referencia práctica al proyecto de ley que han elaborado en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que independientemente de su repercusión económica – que puede llegar a ser importante –, implica una afectación al concepto en general de seguro. Se trata de un proyecto elaborado con la loable intención de fomentar el empleo por la vía de bajar los costos derivados del pago del complemento de la cuota mutual. Compartiendo esa intención resulta que se excluyen de ese tema a dos sectores de trabajadores: por un lado a los trabajadores que el proyecto denomina zafrales, no permanentes, en el entendido que de esa manera se estaría facilitando la proliferación de ese tipo de contratación a la que se le bajarían los costos no pagando el complemento de la cuota mutual. Realmente dudamos que el efecto sea el buscado. Tendemos a pensar que ese tipo de contratación laboral precaria lleva a precarizar el empleo y no a reforzarlo.

Por otro lado lo que es aún más grave, el proyecto propone la posibilidad de que los trabajadores que se incorporen a las actividades comprendidas en el tema formal, menores de 25 años, convengan con su empleador la no-inclusión, la renuncia al derecho de la cobertura médica a través de una Institución de Asistencia Médica Colectiva.

En ambos casos, para los trabajadores no permanentes y para los menores de 25 años, se prevé el pasaje a la órbita del MSP con todos los derechos, lo cual de por sí generaría algunos problemas de concepto sobre si el proyecto de ley es o no constitucional.

Lo grave es que favoreciendo esta posibilidad de exclusión de los jóvenes del sistema, se atenta directamente contra el concepto de seguro excluyendo a los sectores de menor riesgo, con la clara consecuencia de desfinanciación que eso puede traer.

Estos son comentarios en general que sabemos ameritan un debate más profundo, por la importancia económica y conceptual que está detrás y dejamos sentada la inquietud para su discusión posterior. Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Cr. David Glejberman



En primer lugar quiero agradecer a las Instituciones que hicieron posible este evento, en particular al Plenario, también quiero agradecer a las personas e Instituciones que nos aportaron datos y trabajos de investigación previos que complementados con los trabajos que hemos hecho en estos días, nos permiten hacer esta presentación.

Hemos ordenado la exposición en tres grandes capítulos:

El primero referido a los usuarios, las personas que son atendidas por el sistema de las IAMC.

En segundo lugar, un pequeño capítulo relacionado al costo de la mano de obra en estas Instituciones.

En tercer lugar, vamos a presentar los resultados de los balances consolidados de las Instituciones resumiendo información de casi 20 años, con el trabajo previo de haber hecho los ajustes por inflación y en nuestro caso, además, presentando la información en dólares para hacerla más inteligible.

## 1. EL GASTO EN SALUD EN LOS HOGARES DEL URUGUAY.

### Indicadores del gasto en salud de los hogares por nivel socioeconómico. Montevideo, 1994/1995.

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto mensual en salud (U\$S)	163	91	181	227
Ingreso promedio del hogar	1.295	636	1.188	2.621
Participación del gasto en salud en los ingresos del hogar.	12,6%	14,4%	15,4%	8,7%

Fuente: Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 1994/1995 - INE.

Este primer cuadro muestra, con datos de la Encuesta de Ingresos y Gastos del INE de los años 1994-95, que es lo más reciente que tenemos, cómo gastaba la población de Montevideo en salud.

La información se presenta en dólares y se establecen tres grandes grupos de hogares: hogares de nivel socioeconómico bajo, medio y alto. El nivel más alto hay que interpretarlo como medio-alto y alto.

En la clasificación tradicional por nivel socio-económico, el nivel bajo representa el 30% de los hogares, el medio el 50% y el medio y medio-alto el restante 20%. El cuadro muestra un gasto en salud bien diferente: los niveles medio y alto son los que gastan más en medicina colectiva, mientras que el nivel socioeconómico bajo presenta un menor gasto en cuotas mutuales y tasas moderadoras.

En el segundo renglón se puede ver el ingreso promedio por hogar y en el tercero una relación que muestra el costo que tiene para cada grupo, para cada estrato, el gasto en salud en relación con sus ingresos.

### Indicadores del gasto en salud de los hogares por nivel socioeconómico. Interior urbano, 1994/1995.

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto mensual en salud (U\$S)	89	45	103	119
Ingreso promedio del hogar	776	431	742	1.417
Participación del gasto en salud en los ingresos del hogar.	11,4%	10,4%	13,8%	8,4%

Fuente: Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 1994/1995 - INE.

En el Interior urbano, ya que la Encuesta no abarcaba el área rural, se tiene información del mismo tipo. Como se ve, el gasto es sensiblemente menor en dólares (dólares corrientes), y es un poco menor en términos porcentuales.

Observen, en ambos casos, que el Gasto en Salud pesa más en el estrato medio: en el caso de Montevideo es de un orden del 15% más, y en el Interior casi un 14% más.

**Indicadores del gasto de los hogares en cuotas mensuales por nivel socioeconómico.  
Montevideo, 1994/1995.**

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto en cuotas mutuales (U\$S)	82	50	94	99
Ingreso promedio del hogar	1.295	636	1.188	2.621
Participación de cuotas mutuales en los ingresos del hogar.	6,3%	7,9%	8,1%	3,8%

Fuente: Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 1994/1995 - INE.

Presentamos ahora una parte del Gasto en Salud de los hogares, la parte que se gasta exclusivamente en cuotas mutuales. El gasto es por hogar y en dólares corrientes, como se ve el promedio es U\$S 82. Aclaremos lo que esto quiere decir: no todos los hogares compran cuotas mutuales, de manera U\$S 82 es el promedio entre quienes no compran, quienes compran por ese valor y quienes compran por más, porque tienen más integrantes o porque pagan más dinero.

Como puede comprobarse en la situación de 1994-95, la participación de las cuotas mutuales en el ingreso total de los hogares era del orden del 6,3% en Montevideo y 6.2% en el Interior.

**Indicadores del gasto de los hogares en cuotas mensuales por nivel socioeconómico.  
Interior, 1994/1995.**

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto en cuotas mutuales (U\$S)	48	20	56	99
Ingreso promedio del hogar	776	431	742	1.417
Participación de cuotas mutuales en los ingresos del hogar.	6,2%	4,8%	7,6%	5,0%

Fuente: Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 1994/1995 - INE.

**Indicadores del gasto de los hogares en cuotas mutuales por nivel socioeconómico en la situación actual sin IVA en la salud.**

**Montevideo, julio de 2001.**

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto en cuotas mutuales (U\$S)	95	57	108	117
Ingreso promedio del hogar	1.249	636	1.137	2.483
Participación de cuotas mutuales en los ingresos del hogar.	7,6%	9,0%	9,5%	4,7%

Fuente: Elaboraciones propias con base en la evolución de la cuota mutual promedio, el número de afiliados y la Encuesta de Hogares del INE.

En Julio del 2001 podemos observar que los ingresos bajaron, en dólares bajaron, sobre todo en los estratos medios, sobre todo en los 2 últimos años, los ingresos se mantuvieron más o menos constantes en dólares hasta 1998-99 pero después empezaron a bajar. Pero el gasto en cuotas mutuales en el mismo período aumentó, porque el valor de la cuota mutual aumentó en dólares significativamente.

Eso hizo que en los últimos seis años la participación de las cuotas mutuales en el ingreso total aumentara para Montevideo de un 6.3% a un 7.6% y en el Interior de un 6.2% a un 7.0% en promedio.

**Indicadores del gasto de los hogares en cuotas mutuales por nivel socioeconómico en la situación actual sin IVA en la salud.**

**Interior urbano, julio de 2001.**

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto en cuotas mutuales (U\$S)	56	24	66	83
Ingreso promedio del hogar	810	452	735	1.458
Participación de cuotas mutuales en los ingresos del hogar.	7,0%	5,3%	9,0%	5,7%

Fuente: Elaboraciones propias con base en la evolución de la cuota mutual promedio, el número de afiliados y la Encuesta de Hogares del INE.

Siempre quienes han sido más castigados en esto son los estratos medios, no así los estratos bajos, porque atienden parte de su salud fuera del sistema IAMC.

### Supuestos en relación con la situación proyectada.

- Se utiliza como período de referencia el mes de diciembre/01.
- Devaluación entre julio/01 y diciembre/01: 6,2%.
- Incremento en el valor de las cuotas mutuales: 9,3% (como consecuencia de la implantación del IVA al 19%).
- Ingresos de los hogares: se mantienen constantes en pesos uruguayos entre julio/01 y diciembre/01.
- Caída de la demanda como consecuencia del incremento en el valor de la cuota mutual: estrato bajo 2,5%, estrato medio 2%, estrato alto 0%, promedio general 1,75%.

En el futuro, si se cumplen algunos de estos supuestos -y pensamos que algunos se van a cumplir y esperamos que otros no-, se tendrá un nuevo incremento del gasto en cuotas mutuales en términos del ingreso de los hogares.

Los supuestos que hemos hecho tienen relación con la evolución del valor de las cuotas en dólares, qué pasa con el tipo de cambio, qué pasa con la imposición indirecta a la salud, qué pasa con los ingresos de los hogares. Finalmente qué pasa con la elasticidad de la demanda de este tipo de servicio, hemos hecho algún supuesto que se comparece con los estudios que en estas últimas semanas ha estado haciendo el CINVE.

Para poder repartir por estratos socioeconómicos los efectos de los cambios, hemos hecho estos supuestos que se basan exclusivamente en conjeturas, no en estudios científicos, pero que pensamos se acercan bastante a la realidad.

### Indicadores del gasto de los hogares en cuotas mutuales por nivel socioeconómico en la situación proyectada con IVA al 19%. Montevideo, diciembre de 2001.

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto en cuotas mutuales (U\$S)	96	57	109	120
Ingreso promedio del hogar	1.176	599	1.071	2.338
Participación de cuotas mutuales en los ingresos del hogar.	8,2%	9,5%	10,2%	5,1%

Fuente: Elaboraciones propias con base en la evolución de la cuota mutual promedio, el número de afiliados y la Encuesta de Hogares del INE.

Los ingresos siguen bajando en dólares, y esto afecta sobre todo al estrato medio. El gasto en cuotas mutuales en dólares baja apenas, pero la participación aumenta al 8.2% en el caso Montevideo y al 7.5% en el Interior urbano.

**Indicadores del gasto de los hogares en cuotas mutuales por nivel socioeconómico en la situación proyectada con IVA al 19%.  
Interior Urbano, diciembre de 2001.**

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
Gasto en cuotas mutuales (U\$S)	57	24	67	85
Ingreso promedio del hogar	763	426	692	1.373
Participación de cuotas mutuales en los ingresos del hogar.	7,5%	5,6%	9,9%	6,2%

Fuente: Elaboraciones propias con base en la evolución de la cuota mutual promedio, el número de afiliados y la Encuesta de Hogares del INE.

Si se resumen ahora los resultados de 1994-95, Julio del 2001 y la situación proyectada, en el supuesto de que la salud tuviera que pagar el 19% de IVA, vemos que este aumento del 19% incidiría aproximadamente en un 9.3% en el precio de la cuota mutual si es que las autoridades dejan trasladar a precios solo el incremento de costos que tendrían las Instituciones en promedio.

**Gasto en cuotas mutuales.  
Efecto combinado de la recesión económica y del aumento en la imposición indirecta (IVA al 19% en sustitución del IMESSA)**

Indicador	Nivel Socioeconómico			
	Total	Bajo	Medio	Alto
<i>MONTEVIDEO</i>				
Situación a Nov/94	6,3%	7,9%	8,1%	3,8%
Situación a Jul/00	7,6%	9,0%	9,5%	4,7%
Situación actual con IVA	8,2%	9,5%	10,2%	5,1%
<i>INTERIOR URBANO</i>				
Situación a Nov/94	6,2%	4,8%	7,6%	5,0%
Situación a Jul/00	7,0%	5,3%	9,0%	5,7%
Situación actual con IVA	7,5%	5,6%	9,9%	6,2%

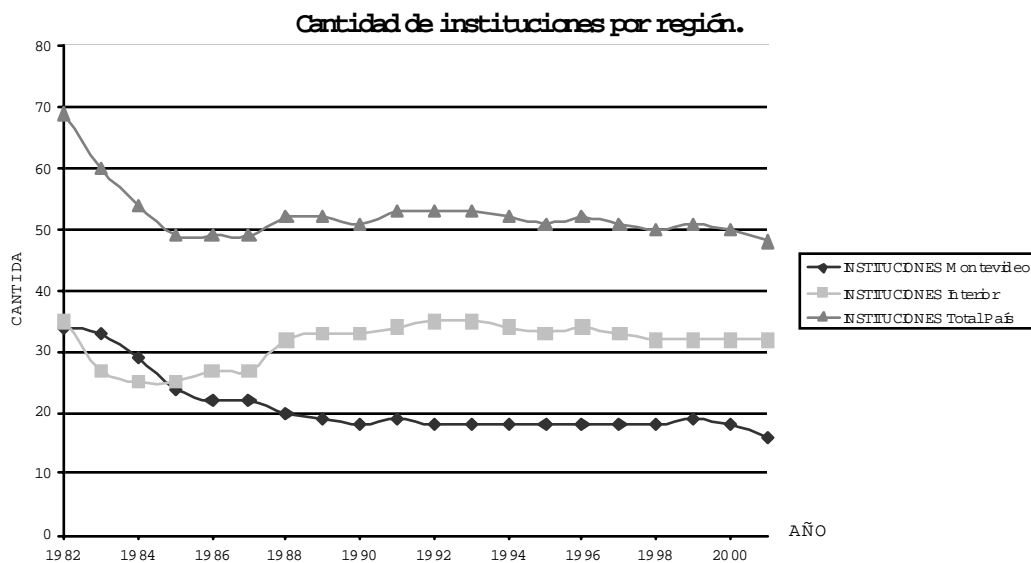
Resumiendo ahora para Montevideo-Interior tendríamos este cuadro donde se muestra cómo ha ido evolucionando el peso de la cuota mutual en relación con los ingresos de los hogares y otra vez obsérvese como son los estratos medios los que tienen mayor incremento de costos.

**2. CUOTAS MUTUALES,  
NÚMERO DE INSTITUCIONES Y AFILIADOS EN LAS IAMC.**

Año	Montevideo	Interior	Total País
1988	974.856	497.004	1.471.860
1989	997.941	514.741	1.512.722
1990	1.003.453	532.198	1.535.651
1991	992.530	526.428	1.518.958
1992	977.542	522.676	1.500.218
1993	988.015	523.909	1.511.924
1994	991.099	539.084	1.530.183
1995	972.431	533.918	1.506.349
1996	970.269	540.354	1.510.623
1997	985.610	548.927	1.534.537
1998	989.821	548.404	1.538.225
1999	1.001.403	546.671	1.548.074
2000	961.000	537.079	1.498.079

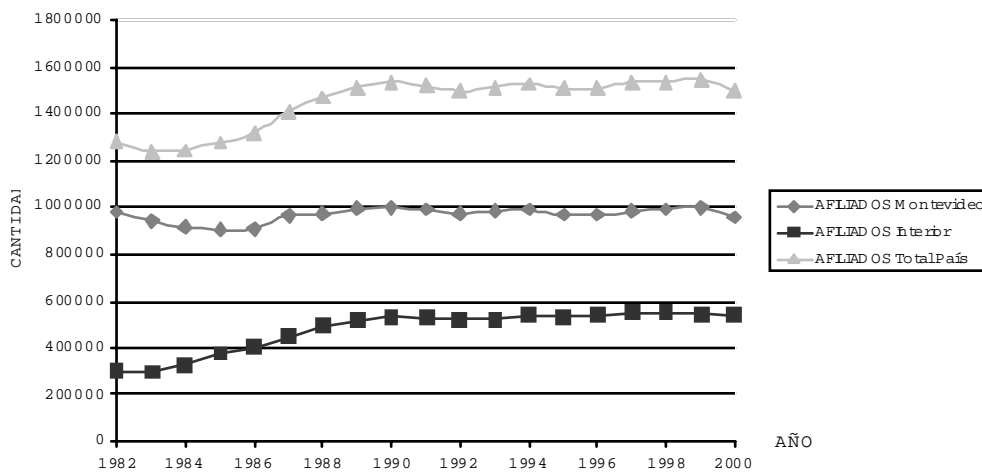
Fuente: SINADI.

Tenemos acá alguna información que creemos es relevante para conocer qué es lo que ha pasado en los últimos tiempos: afiliados a las IAMC desde 1988 al 2000. Disponemos de datos históricos desde 1982, pero nos pareció que eran más relevantes los del período más reciente. Les pido que observen especialmente el crecimiento casi sostenido que ha tenido este sector en términos de clientes, por decirlo de alguna manera, y cómo cae a partir de 1999. Entre los años 1999 y 2000 se perdieron 50.000 afiliados en todo el país, la pérdida es más fuerte en Montevideo que en el Interior, en el Interior ya se había empezado a perder desde 1998.



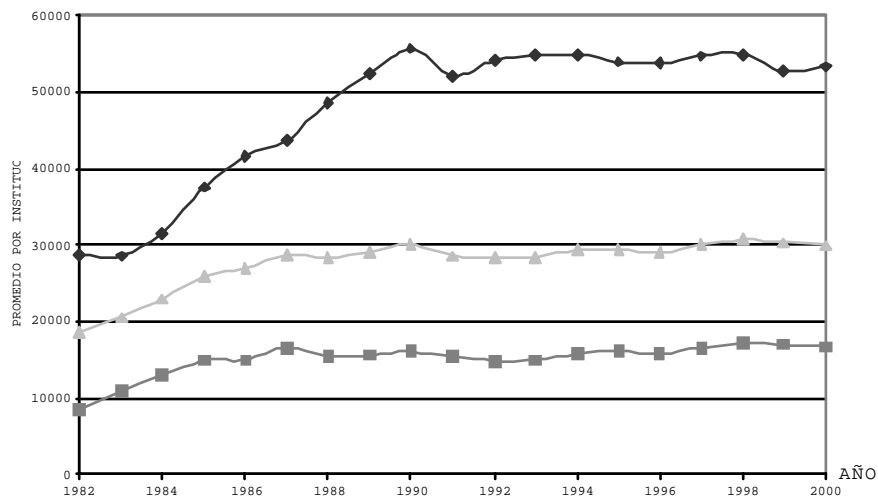
En este cuadro puede verse el número de Instituciones que había desde el año '82 hasta el 2001, en la línea superior tenemos el total de instituciones en todo el país: eran 70 en el comienzo del período. A raíz de la normativa legal del año 1981 el número de Instituciones empezó a caer fuertemente y luego se estabilizó. Incluso, para el caso del Interior, hubo un crecimiento a partir de 1986, mientras que en Montevideo el número de Instituciones fue descendiendo casi permanentemente. Este descenso de Montevideo provocó un aumento del promedio de afiliados por Institución, básicamente por el descenso del número de Instituciones ya que la cantidad de afiliados prácticamente se mantuvo constante.

**Cantidad de afiliados por región.**



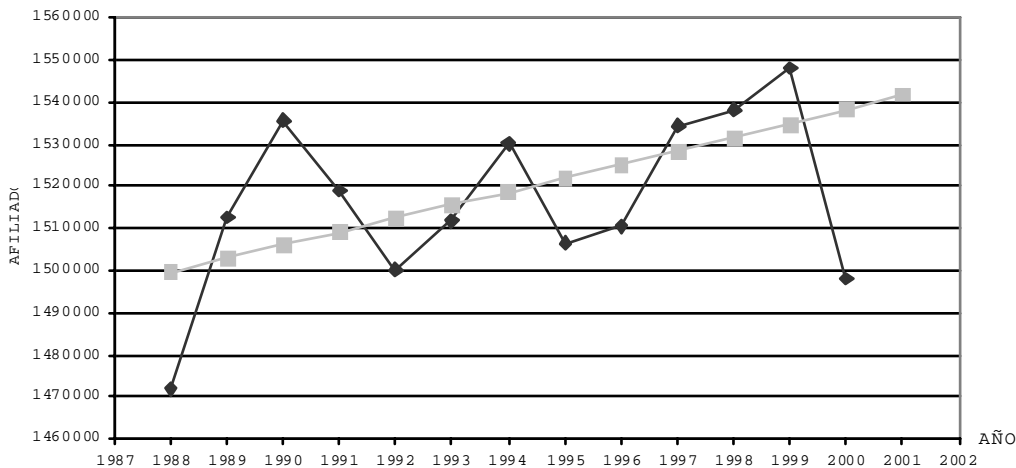
Este gráfico refleja la cantidad de afiliados, y refiere al primer cuadro que presentamos con número de afiliados.

**Promedio de afiliados por institución.**



Este nuevo cuadro presenta el promedio de afiliados por Institución. La línea superior refiere a Montevideo, la inferior al Interior y la del medio al promedio del país. En el Interior el promedio de afiliados, luego de un crecimiento importante a principio de los ochenta, prácticamente se estabilizó. En cambio en Montevideo el promedio crece por un período más extenso, básicamente, en función de la reducción del número de Instituciones. Sobre el final no se nota mucho ese incremento porque las Instituciones que se cayeron eran las más pequeñas, entonces casi no incide en el promedio.

**Afiliados en todo el país y tendencia.**



En este cuadro hicimos un ejercicio, que consiste en quitar los datos de los dos últimos años -en los cuales hubo baja de afiliados- y hacer una proyección del número de afiliados en el 2001 mediante una estimación lineal de la tendencia. Creo que el gráfico es bien elocuente acerca de cuánto ha perdido el Sistema. No sabemos en este momento cuántos afiliados tienen las Instituciones, pero sospechamos que en el Ejercicio 2000-2001 dicho número volvió a reducirse.

**Evolución de las cuotas mutuales. Montevideo.**

Año	Cuota U\$S	Cuota \$ Ctes.
1983	7,33	198
1984	5,91	214
1985	6,14	221
1986	7,76	294
1987	8,93	370
1988	9,09	349
1989	10,74	372
1990	12,86	428
1991	18,52	532

1992	23,21	578
1993	27,86	606
1994	33,59	626
1995	26,30	431
1996	42,02	659
1997	44,22	676
1998	45,86	707
1999	46,30	722
2000	45,06	718
2001	44,22	728

Fuente: INE.

Por último, en este capítulo queremos presentar un resultado que a mi juicio es muy llamativo. Uds. tienen en la primera columna, donde dice cuota en dólares, la evolución en dólares corrientes de la cuota promedio de Montevideo desde 1983 hasta 2001. En dólares la cuota se multiplicó por 6: pasó del orden de los U\$S 7, a los U\$S 44, me parece que esto es de lo más revelador. En la última columna, se calcula esa misma variable, que es el valor de la cuota, pero a precios constantes del año 1983, es decir, se deflacta la serie por el índice de precios de consumo y lo que se observa es que la serie se multiplicó por 3.7, es decir que el valor de la cuota mutual aumentó por encima de los precios promedio del consumo un 267%.

### 3. EL GASTO EN SALUD POR TRAMO DE EDAD.

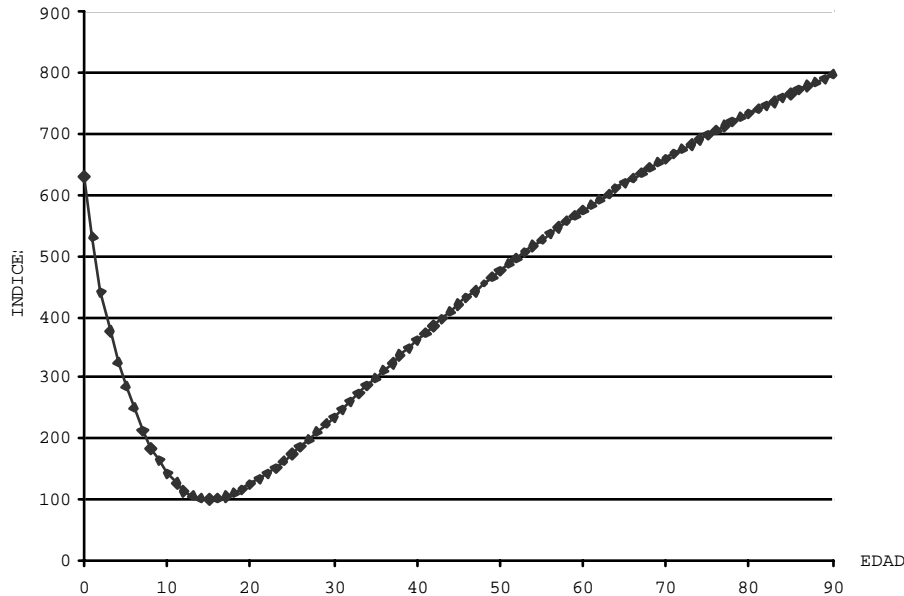
#### Distribución de la población de Montevideo por tramo de edad, 1996.

Tramo de edad	Población total	Población IAMC
0-14	21,9	15,4
15-64	63,7	68,2
65 y más	14,4	16,4
Total	100,0	100,0

Fuente: SINADI Y Censo de Población de 1996.

El análisis se centra ahora en el Gasto en Salud por tramo de edad. Si se clasifica en tres grandes grupos a los afiliados de las Instituciones -personas que tienen hasta 14 años, un tramo de 15 a 64 años y los que tienen más de 65 años-, en Montevideo, según el Censo de 1996, la población se distribuía en las proporciones de 22%, 64% y 14%. Las Instituciones tenían una distribución de sus afiliados, lo que aparece en la última parte del cuadro, donde se ve que lo que faltan son los jóvenes y abundan los veteranos. Teníamos en 1996 -y probablemente eso se mantenga-, una población claramente más envejecida que la población promedio de Montevideo.

**Indices del costo de la canasta básica de salud por edad del afiliado.**



Este es un modelo de cómo evoluciona el índice de costos de salud por edad, es una adaptación de la información que obtuvimos de los estudios que había hecho la Consultora TEA hace un par de años y de información que obtuvimos de otros países y que son coincidentes, esto es solamente un modelo, una aproximación.

**Costos por tramo de edad, Montevideo.**

Tramo de edad	Costo unitario (U\$S)	Distribución población	Distribución del costo
0-14	35	15,4	10,3
15-64	46	68,2	60,1
65 y más	94	16,4	29,5
Total	52,2	100,0	100,0

Fuente: Elaboraciones propias con base en Censo de Población 1996 y «Diagnóstico y perspectivas de la Seguridad Social en el Uruguay. Estudio de Salud» - BID 1994.

Utilizando esta información y los resultados de un trabajo publicado por el BID en 1994, se tiene que el costo unitario de atender la salud, básicamente la canasta que proporcionan las IAMC, es muy diferente según la edad: el costo de atender la salud de los que tienen 65 años y más, es casi el triple del costo de los más jóvenes.

Esa desigualdad en el costo unitario, lleva a que en la participación del costo total, el 16.4% de mayor edad en la población gasta el 29.5% de los recursos de las Instituciones, mientras que en el caso de los jóvenes, que son el 15%, gastan sólo el 10% del total de los recursos de las Instituciones.

**¿Cuál será el costo medio si la población afiliada tuviera la misma distrución que la población general de Montevideo?**

Tramo de edad	Costo unitario (U\$S)	Población Mdeo.	Cálculo del costo medio
0-14	35	21,9	7,665
15-64	46	63,7	29,302
65 y más	94	14,4	13,536
<b>Total</b>	<b>52,2</b>	<b>100,0</b>	<b>50,50</b>

Fuente: Elaboraciones propias con base en Censo de Población 1996 y «Diagnóstico y perspectivas de la Seguridad Social en el Uruguay. Estudio de Salud» - BID 1994.

Nos planteamos aquí una hipótesis: ¿qué pasaría si las Instituciones atendieran a toda la población de Montevideo o a una población que reflejara exactamente la estructura de edades de Montevideo? Ocurriría que el costo promedio, que era de U\$S 52.20, pasaría a ser de U\$S 50.50, es decir, un 3.3% menos. Al revés, el hecho de atender una población más envejecida, hace que las Instituciones tengan un costo de 3.3% por encima del que tendrían si atendieran una población con un perfil de edades como la de Montevideo. Esto también nos lleva a hacer otra reflexión. Si como dicen las estadísticas sobre las proyecciones de población, el porcentaje de personas mayores de 65 años está creciendo y va a seguir creciendo y por ejemplo si hoy está 14.4% y mañana va a estar en el 16%, ¿cuál sería el incremento de costos que tendrían que sufrir las Instituciones que atienden su salud -si no hubiera otros aumentos de costos-? Otra vez, la respuesta es un 3.3% más.

De hecho, lo que ha ocurrido en estas dos décadas es un envejecimiento de la población, que ha ocasionado mayores costos para las Instituciones los cuales no se han reflejado en la cuota mutual, porque el aumento de la cuota mutual se basa exclusivamente en el incremento de los precios de los factores de costo, no en aspectos cualitativos como puede ser el envejecimiento de la población.

#### 4. LOS SALARIOS EN LAS IAMC.

El segundo capítulo refiere a lo que ha ocurrido con el costo de la mano de obra. Y digo costo de la mano de obra, pero está mal titulado. Vamos a analizar los salarios y las cargas patronales, las cuales yo pensaba que representaban a lo largo de la historia el mismo porcentaje en relación con los salarios. Los datos muestran que las cargas patronales se han incrementado también a lo largo del tiempo en virtud de las normas legales.

#### Participación del costo de la mano de obra directa en los ingresos totales de las IAMC.

Año	Relación
1983	46,6
1984	42,6
1985	46,0
1986	49,9

1987	50,8
1988	51,3
1989	53,4
1990	54,5
1991	51,3
1992	54,6
1993	55,6
1994	59,2
1995	59,1
1996	56,1
1997	55,7
1998	54,8
1999	55,4
2000	54,6

Fuente: SINADI.

Hoy el Dr. Rígoli hablaba de un 60% de participación del costo de la mano de obra en relación con los ingresos. El costo de la mano de obra, con relación al gasto, da un poco menor (porque el gasto es históricamente mayor que los ingresos). Efectivamente, el costo de la mano de obra rondó el 60% por los años 1994 y 1995, y luego ha tenido un lento descenso en los últimos años, un gran crecimiento en la década pasada hasta el '94 y luego un lento descenso.

**Índice del costo de la mano de obra directa deflactado  
por el índice de salarios del sector privado bases 1983=100 y 1995=100.**

Año	Índice/83	Índice/95
1983	100,0	
1984	94,7	
1985	94,0	
1986	111,9	
1987	118,2	
1988	127,6	
1989	134,4	
1990	145,7	
1991	144,7	
1992	165,7	
1993	164,0	
1994	193,9	
1995	213,0	100,0
1996	2,9,7	103,1
1997	226,4	106,3

1998	231,4	108,6
1999	230,3	108,1
2000	244,9	115,0

Fuente: SINADI, INE.

Aquí estamos hablando de la mano de obra directa, del gasto que se realiza en el personal directamente contratado en carácter de asalariado de las Instituciones. Los datos que siguen corresponden al total del país, no sólo a Montevideo. Nos preguntábamos si las remuneraciones en las Instituciones han crecido lo mismo que el número de afiliados, si han crecido lo mismo que los salarios en el país. Y la respuesta es que no. El número de afiliados ha crecido desde comienzos de los años 80 de 1.200.000 a 1.500.000, mientras que los salarios aumentaron muchísimo más. Aquí hemos hecho el ejercicio de deflactar el valor de las remuneraciones para cada año entre el índice de salarios del sector privado y esto muestra que el valor de las remuneraciones en las IAMC crecieron 2,5 veces por encima de lo que crecieron los salarios promedio en el Uruguay, en particular en los últimos 5 años crecieron un 15%. La pregunta es por qué crecieron tanto, qué está explicando esto. Una primera explicación del crecimiento de esta masa salarial, para decirlo mejor, del costo de la mano de obra, puede ser que se dieron aumentos por encima de los aumentos que recibieron en promedio los asalariados del país. Una segunda explicación es que las Instituciones tomaron más gente. Estoy hablando de posibles variaciones de precios, posibles variaciones de cantidad o bien que las personas en las Instituciones trabajan más horas, pero ese no es el caso, de hecho se pasó de 8 a 6 horas o de 8 a 7 horas en ocasión de los laudos. Podrían haber ocurrido cambios cualitativos fuertes en la mano de obra contratada en la medida que se incorpora tecnología, se incorporan especialidades médicas o especialidades en el área de la administración, esta puede ser una explicación razonable.

Finalmente hay una explicación adicional, por supuesto que los aumentos de los salarios en el Sector estuvieron por encima de los aumentos que recibió el resto de los trabajadores del país, tanto del lado de la FUS como del lado del trabajo médico. Seguramente todos recuerdan a comienzos de los 90 el fuerte incremento que hubo en la masa salarial como consecuencia de los nuevos convenios en el área quirúrgica y anestésica. Creo que hay otra causa del aumento de la masa salarial en el caso de estas Instituciones. Por laudo existe un mecanismo por el cual la antigüedad del trabajador genera automáticamente un incremento del salario que no está relacionado con los aumentos que se decretan ni con los aumentos que se acuerdan, simplemente por el mero hecho de permanecer en la Institución, cada 3 años aumenta un 1% la partida por antigüedad. Esto, después de 12 o 15 años en la Institución, significa un 4-5% más de salario.

#### **Costo anual de la mano de obra directa en U\$S por afiliado.**

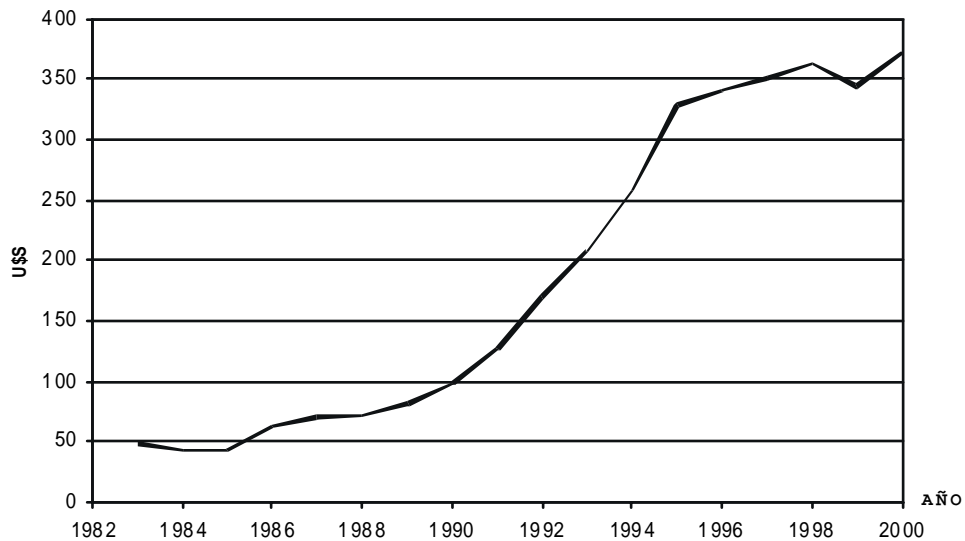
Año	U\$S/Afiliado
1983	49
1984	44
1985	44

1986	64
1987	71
1988	72
1989	82
1990	99
1991	127
1992	170
1993	208
1994	259
1995	329
1996	342
1997	352
1998	363
1999	345
2000	372

Fuente: SINADI, BCU.

Aquí relacionamos el gasto de la mano de obra directa con el número de afiliados y este resultado es impactante. Esto es, cuánto gastan las Instituciones en mano de obra directa por afiliado. Uno mira esta cifra y queda realmente sorprendido. Otra vez una hipótesis posible es la incorporación de tecnología, que exige una mano de obra más calificada y mejor remunerada.

#### Costo anual de la mano de obra directa en U\$S por afiliado.



Lo cierto es que en dólares corrientes del año 2000, el gasto en mano de obra directa por afiliado es de U\$S 372 anuales.

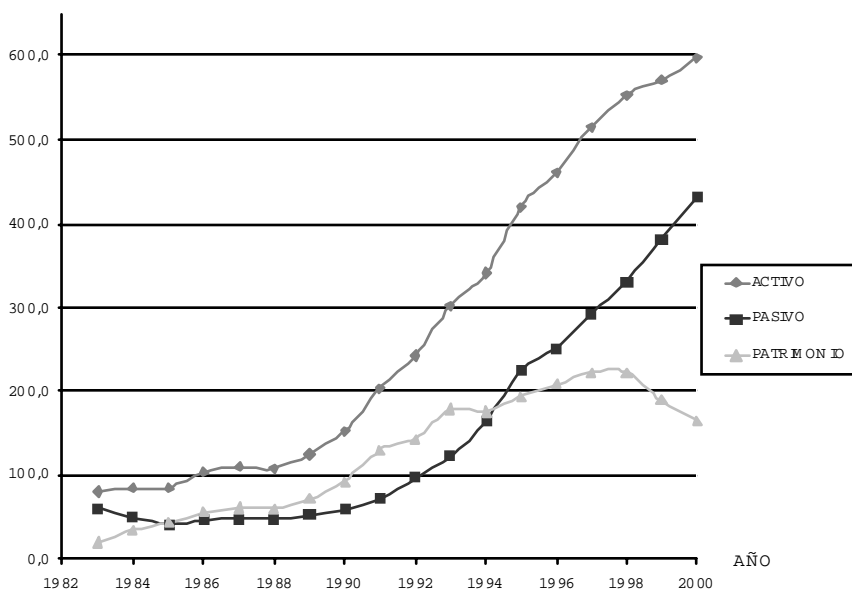
## 5. BALANCES CONSOLIDADOS Y AJUSTADOS POR INFLACIÓN.

Finalmente, el enfoque de las Instituciones. Ya hablamos de los hogares de los usuarios, de los trabajadores de estas Instituciones, y ahora queremos presentar los resultados relevantes para las Instituciones.

Quiero mencionar algunas limitaciones en la información que vamos a presentar. Esta información nos ha sido proporcionada por la Unidad de Control del MSP y refleja la información de los balances que año a año las Instituciones presentan a la Unidad de Control. Si una Institución no sobrevive al mes de Setiembre, en ese año el balance de esa Institución no está incorporada, y si esa Institución tenía pasivos muy altos, en el balance anterior estará reflejado pero no en el balance consolidado del año siguiente. Así que esto puede estar explicando algunas oscilaciones importantes en los resultados que vamos a presentar, sobre todo en ciertos períodos en que se dio el cierre de algunas Instituciones.

La segunda limitación es que la información que nos proporcionó el SINADI en realidad refería al total del país pero permitía hacer desagregaciones por región y también por el tamaño de las Instituciones. Para esta presentación no tuvimos el tiempo material para hacer un análisis más fino, así que vamos a presentar resultados en relación con el total del país. Considero imprescindible avanzar en el análisis regional, porque las realidades de Montevideo e Interior son distintas.

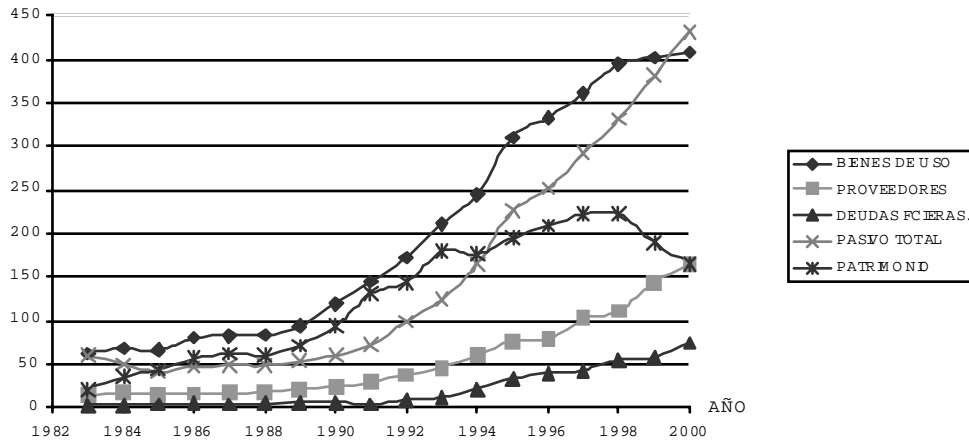
**Activo, pasivo y patrimonio de las IAMC ajustados por inflación y expresados en millones de U\$S. Total del país.**



Partimos de activos y pasivos ajustados (ajustados por inflación) por debajo de los U\$S100 millones y terminamos, en el año 2000, con un activo de U\$S 600 millones. Ha sido un cambio impresionante en estas dos décadas en cuanto a la importancia relativa que tienen estas Instituciones en la economía uruguaya.

Mientras que, probablemente, la Industria Manufacturera ha ido descendiendo en materia de activos, el sector de las IAVC creció ininterrumpidamente hasta 1998.

**Rubros seleccionados de los estados de situación patrimonial ajustados y expresados en millones de U\$S. Total del país.**



Al analizar algunas variables importantes -como los Bienes de Uso, que son la principal inversión de estas Instituciones-, se observa un crecimiento a tasas muy fuertes, otra vez hasta 1998. Me animo a afirmar que este gran crecimiento se debió en gran parte al mecanismo de la sobrecuota por inversión. Cuando se empieza a autorizar oficialmente que parte de esta sobrecuota se utilice para gastos corrientes, los Bienes de Uso dejan de crecer. El pasivo total creció ininterrumpidamente y siguió creciendo en los ejercicios 1999 y 2000. Esta es, de las variables estudiadas, la que creció más. Las Deudas Financieras (la línea inferior) eran casi inexistentes en la década de los 80 y a partir de 1994 empiezan a pesar cada vez más. La Deuda con Proveedores también crece fuertemente en los últimos años y el Patrimonio, como ya se dijo, crece hasta el '98 y después empieza a caer.

**Estados de situación patrimonial consolidados y ajustados por inflación. 1990 Total del país.**

30/09/90	
ACTIVO CORRIENTE (21%)	PASIVO CORRIENTE (35%)
ACTIVO NO CORRIENTE (79%)	PASIVO NO CORRIENTE (4%)
	PATRIMONIO (61%)
100%)	100%)

Decidimos elegir tres momentos del tiempo para mostrar los cambios estructurales fuertes que tuvieron estas Instituciones en su situación patrimonial. En el año 1990 el Pasivo No Corriente, el Pasivo a Largo Plazo, era casi inexistente. El Patrimonio propio representaba una parte muy importante de la fuente de financiamiento, era un 61%, mientras que el Pasivo Corriente significaba un 35% del total de Pasivo y Patrimonio.

**Estados de situación patrimonial consolidados y ajustados por inflación.  
1995. Total del país.**

30/09/95	
ACTIVO CORRIENTE (24%)	PASIVO CORRIENTE (50%)
ACTIVO NO CORRIENTE (76%)	PASIVO NO CORRIENTE (4%)
	PATRIMONIO (46%)
100%)	100%)

En 1995 el Pasivo Corriente crece, el Pasivo No Corriente sigue en el 4% y el patrimonio baja al 46%.

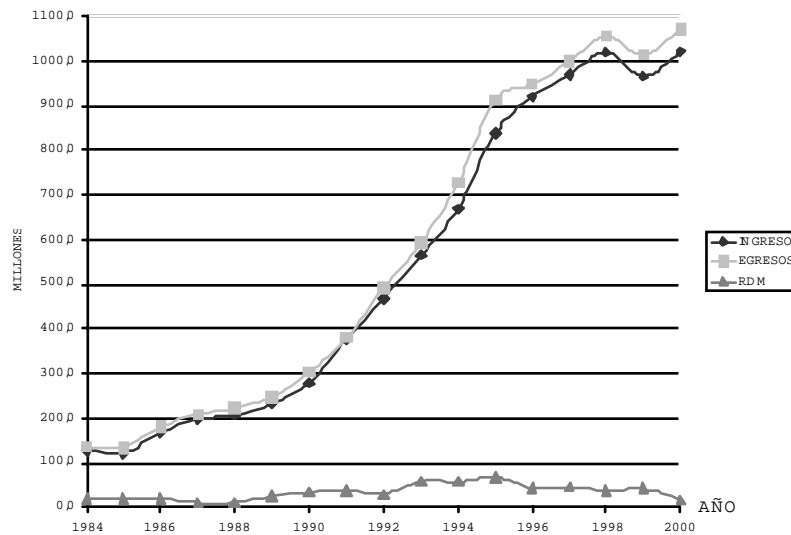
**Estados de situación patrimonial consolidados y ajustados por inflación.  
2000. Total del país.**

30/09/00	
ACTIVO CORRIENTE (27%)	PASIVO CORRIENTE (63%)
ACTIVO NO CORRIENTE (73%)	PASIVO NO CORRIENTE (10%)
	PATRIMONIO (27%)
100%)	100%)

En el año 2000 se cayó la estantería. Para financiar prácticamente la misma estructura de Activo Fijo y Activo Corriente, se necesitó apelar a mayor endeudamiento.

Entonces se consiguió principalmente endeudamiento de corto plazo, algo más de endeudamiento a largo plazo, pero muy poco.

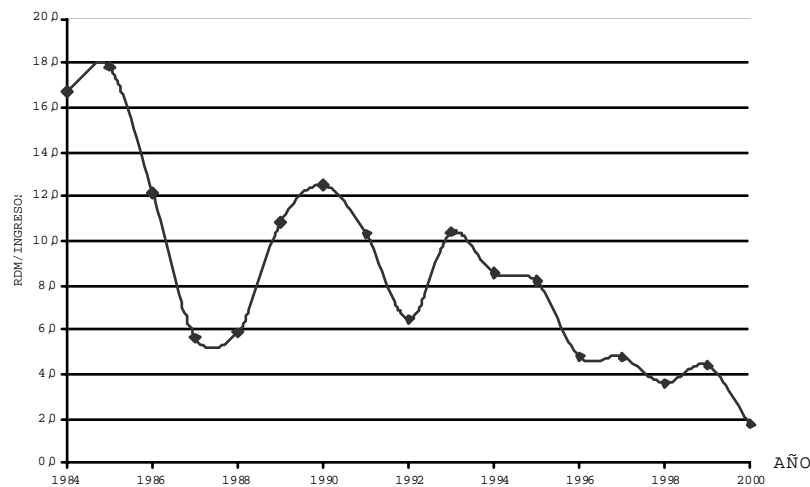
**Ingresos y egresos monetarios y resultado por inflación expresados en millones de U\$. Total del país.**



En cuanto a los Ingresos y los Egresos, siempre ajustados por inflación y expresados en dólares, en estos últimos 20 años pasamos de poco más de 100 millones de dólares a mil millones de dólares. Obsérvese en el gráfico cómo ingresos y egresos van de la mano.

Debajo, en el gráfico, se puede ver lo que ocurrió con el Resultado por Inflación, el mismo fue positivo en todo el período. Si se suma el Resultado por Inflación a los ingresos monetarios, se encuentra que estas Instituciones prácticamente no perdieron hasta el final del período analizado.

**Resultado por inflación como proporción del ingreso monetario. Total del país.**



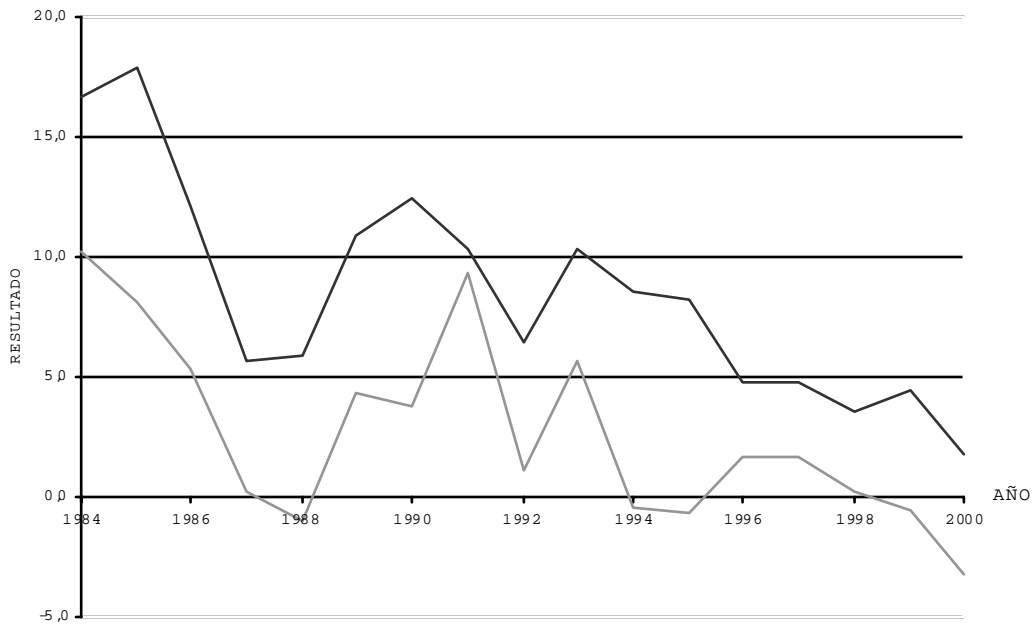
Este gráfico pone en evidencia el comportamiento del Resultado por Depreciación Monetaria a lo largo del tiempo, en valores porcentuales en relación con el ingreso monetario.

Hubo años en que, para el total de las Instituciones, el Resultado por Inflación fue una ganancia del orden de los U\$S 60 millones, con lo cual se logró cubrir la pérdida contable y hubo superávit.

Lo que pasa al final es que esa cifra se cae como consecuencia de la baja de la inflación.

En el siguiente cuadro vamos a ver el efecto de la baja de la inflación.

#### Resultado del ejercicio. Resultado por inflación. Total del país.



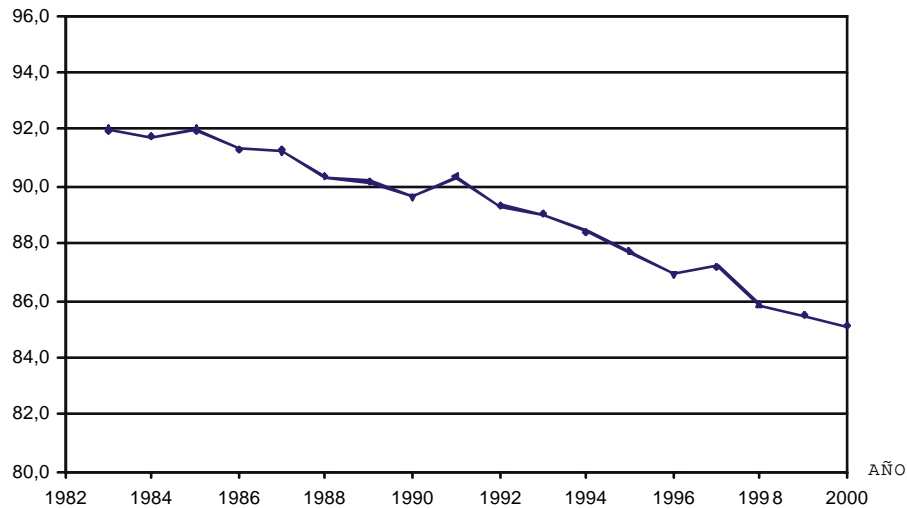
Aquí tenemos dos curvas que parecen casi hermanas gemelas.

El Resultado del Ejercicio es representado por la curva superior, y el Resultado por Inflación por la curva inferior. Mientras hubo inflación, estas Instituciones -que cobran una parte muy importante de sus ingresos al contado y pagan una parte muy importante de sus egresos en diferido-, no perdieron plata.

Sobre el final, el Resultado por Inflación baja al orden de los U\$S 20 millones y entonces en los años 1999 y 2000 tenemos una pérdida consolidada importante.

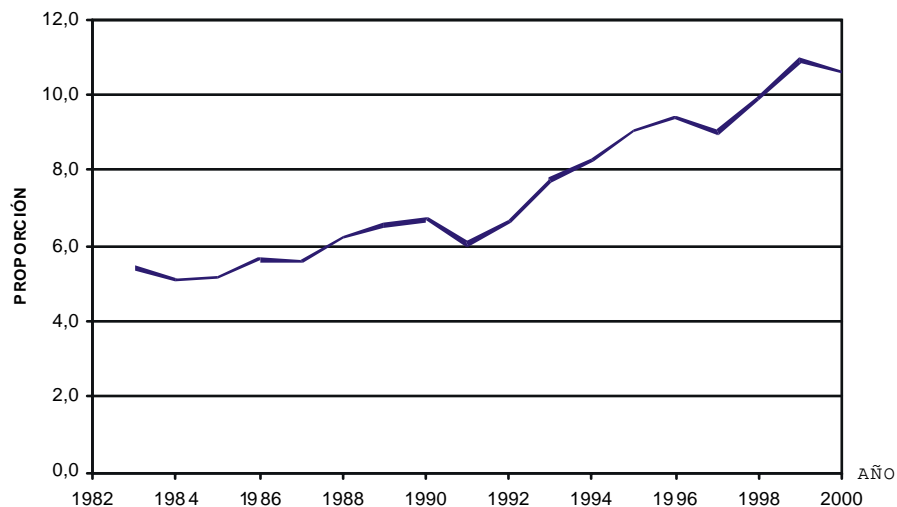
En particular, la pérdida del año 2000 (después de descontar el resultado por inflación que es positivo), equivale a U\$S 33 millones.

**Ingresos genuinos sobre ingresos totales. Total del país.**



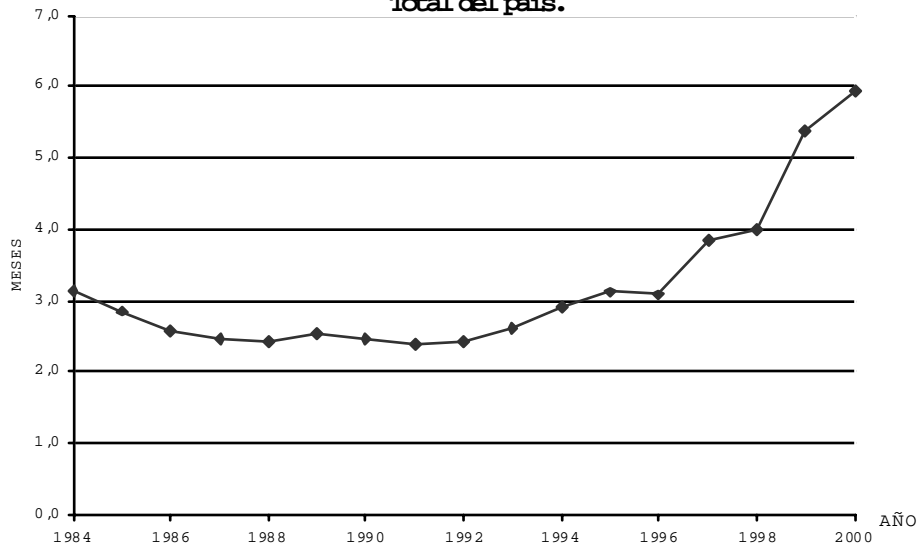
Analizando un poco los componentes del Estado de Resultados, le llamamos "Ingresos Genuinos" –en una expresión que acuñamos hace algunos años con Alejandro Ramos y Giselle Jorcin–, a los Ingresos por Cuotas Sociales y Tasas Moderadoras, es decir, los ingresos que provienen típicamente de los afiliados. Esos Ingresos históricamente fueron bajando: representaban más del 90% y ahora están en el orden del 85%. Esto no quiere decir que hayan bajado en valores absolutos; bajaron porcentualmente en relación con otras fuentes de recursos que tienen las Instituciones.

**Venta de servicios sobre ingresos totales. Total del país.**

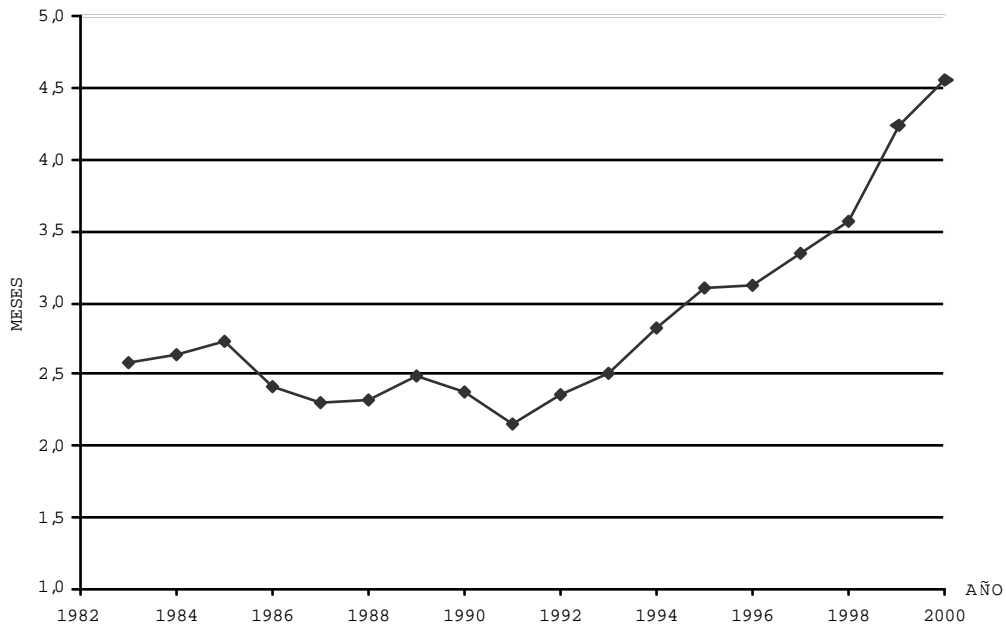


Por ejemplo, una de dichas fuentes es la Venta de Servicios, que pasó del 5% al 11% en todo este período.

Plazo de proveedores (stock de deudas/consumo promedio mensual).  
Total del país.

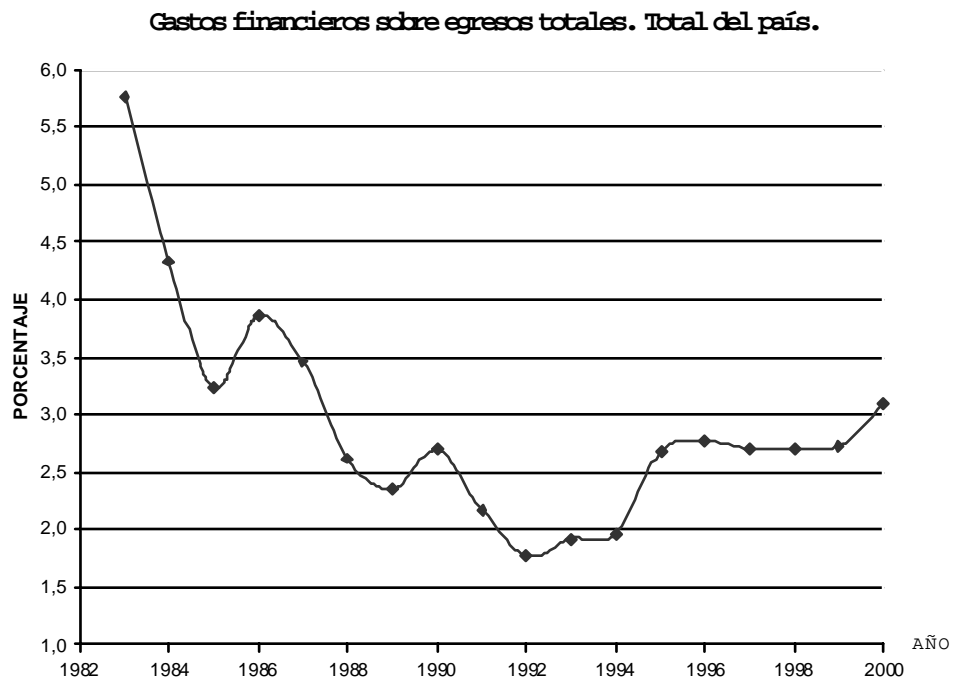


Con respecto al Plazo de los Proveedores –proveedores de bienes y proveedores de servicios–, usualmente este indicador se calcula solo para bienes, pero la compra de bienes en estas Instituciones no es la parte más importante, así que decidimos agregar las dos partidas. Este indicador mide el stock de deuda al terminar el ejercicio económico dividido el consumo promedio mensual, y esto lo que nos dice es cuántos meses nos están financiando los proveedores en promedio. El indicador fue históricamente del orden del 2.5 meses, desde 1995 en adelante este indicador se incrementó, hasta alcanzar el equivalente de 6 meses de consumo.



Otro indicador, la Capacidad de Repago, muestra las deudas de corto plazo en relación con los Ingresos Operativos promedio mensuales.

Históricamente estaban también en el orden de 2,5 meses. Se mide también en meses porque es la cantidad de meses de Ingresos Corrientes necesarios para cancelar las obligaciones de corto plazo. Este indicador prácticamente se duplicó, tuvo un crecimiento importante ya a partir del año 1991.



Los Gastos Financieros siguen siendo una parte relativamente pequeña para el conjunto de la industria, pero a partir de los años 90 empieza a crecer.

Una aclaración corresponde realizar por las limitaciones de la información: los Gastos Financieros suelen estar subestimados en los balances de las IAMC porque los recargos financieros de los proveedores no se incluyen entre los Gastos Financieros.

En la práctica habitual, los proveedores no discriminan en la factura, por separado, el costo de los materiales o servicios comprados, de los recargos financieros por el plazo otorgado, y estos se suelen contabilizar como parte del costo de los materiales o servicios.

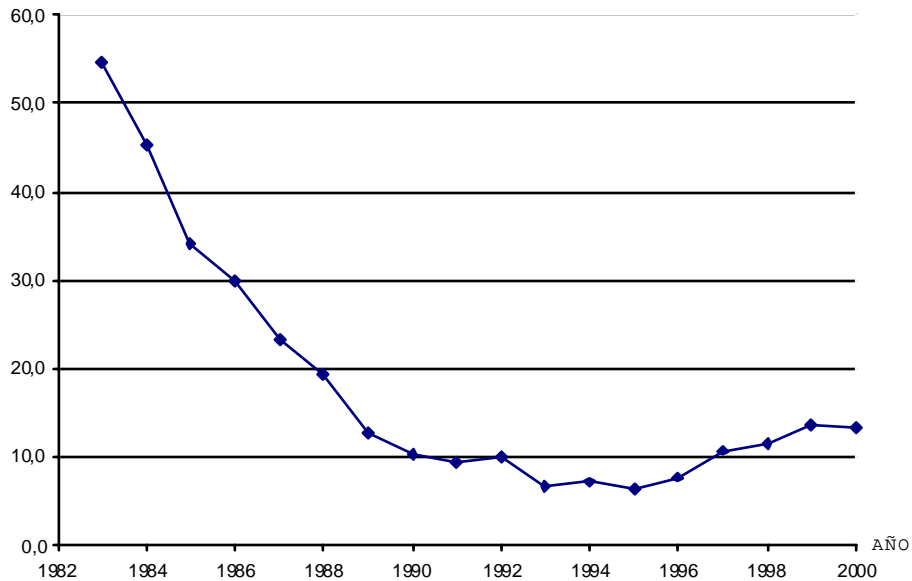
Entonces, en los balances, estos Gastos Financieros no aparecen como tales, y el rubro se compone básicamente de los gastos bancarios y los intereses generados por los atrasos o los convenios con organismos de la Seguridad Social.

**Ratio de la razón corriente (activo corriente/pasivo corriente).  
Total del país.**



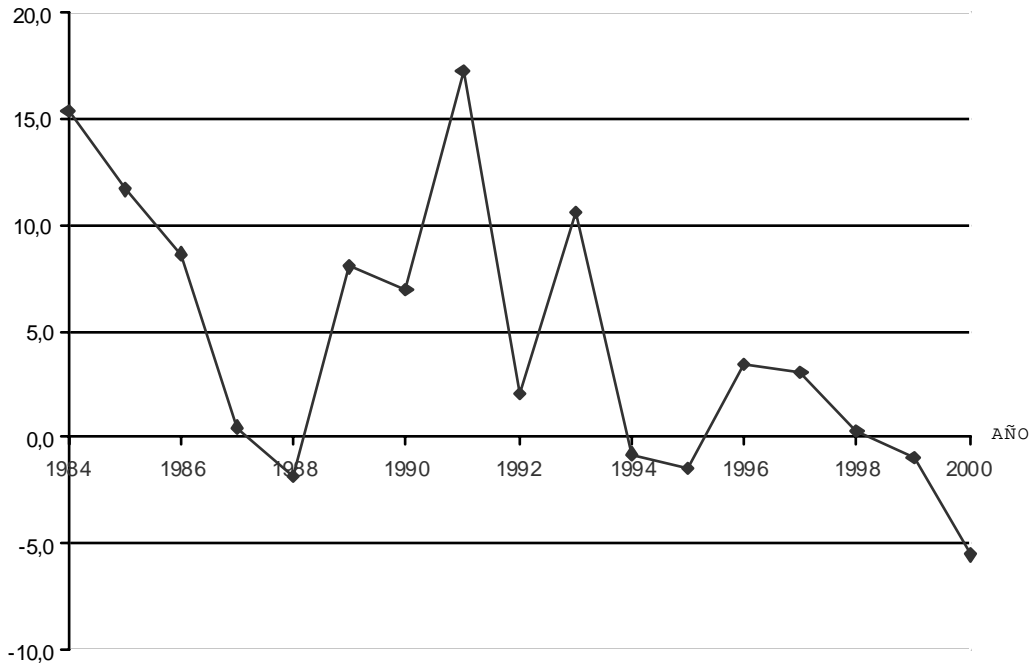
El Ratio de la Razón Corriente está mostrando un deterioro visible, que ya lo habíamos señalado cuando vimos el perfil de las estructuras de los Estados de Situación, y lo que muestra es cuántos pesos tenemos disponibles por cada peso que tenemos que pagar en el corto plazo.

**Endeudamiento de largo plazo (pasivo no corriente/pasivo total).  
Total del país.**



El Endeudamiento de Largo Plazo fue cayendo a lo largo del tiempo porque lo que explicaba la participación fuerte del endeudamiento a largo plazo a comienzos de los 80 eran los convenios con la Seguridad Social a pagar en 20 años. Como eran en pesos, se fueron licuando y entonces el endeudamiento a largo plazo desapareció.

#### Rentabilidad sobre activos. Total del país.



El indicador de la rentabilidad del sector muestra un comportamiento errático, que refleja los datos que disponemos, y probablemente tenga que ver con eso que comentamos de las Instituciones que van desapareciendo, y que hace que las oscilaciones puedan ser importantes de un año al otro. Considero que la rentabilidad sobre activos debería ser baja, no tan baja como para tener las pérdidas de los últimos años, pero tampoco tan alta como en esos picos que aparecen allí en la gráfica.

Una última reflexión que podemos formular en relación con la información presentada: el número de Instituciones fue disminuyendo a lo largo del período analizado, a pesar de lo cual los activos y los pasivos fueron creciendo, los ingresos y los egresos fueron creciendo muy por encima de lo que creció el número de afiliados. La desaparición de las Instituciones más pequeñas hizo que el promedio de afiliados por Institución aumentara. Aumentó el tamaño medio de las Instituciones y el resultado no fue mejor. Creemos que la mejora en el desempeño económico del sector no pasa por seguir aumentando el tamaño medio de las Instituciones. Esto es todo. Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

## BLOQUE TRES

# VISIÓN DEL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD EN EL URUGUAY

Ec. Alejandro Ramos



Me interesa aquí establecer algunas pautas sobre lo que ha venido ocurriendo y que puede ocurrir con el sector y en particular ver que grados de diferencia o cercanía existen con algunas de las políticas que se han expresado hoy, en particular por Joaquín Serra. Es decir, otras políticas que están incluidas en un documento que juzgo muy importante que todos deberíamos conocer, que es el documento del préstamo del BID, que se acaba de aprobar. Este documento tiene todo un diagnóstico de la situación del Sector Salud, tiene además un enfoque y además contiene en forma muy explícita cuáles son las políticas hacia el largo plazo.

### **ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE ASPECTOS ESTRATÉGICOS DEL SECTOR.**

•La crisis financiera actual del sector IAMC no ha sido la única, han existido crisis periódicas (1982-85, 1993-95) en los últimos años.

•La crisis actual, como las anteriores, proviene de cambios en parámetros básicos

de corto plazo: política de precios rígidas frente a cambios en la estructura de costos, caída de la demanda en épocas de crisis.

- Los problemas "gerenciales" y otros de gestión, de dirección, existieron siempre pero no son los determinantes de los resultados en el corto plazo.

- La crisis actual se presenta en un momento de recesión económica, el gasto en salud preocupa y el Gobierno no quiere licuar pasivos ni trasladar a cuota los mayores costos financieros

Comencemos razonando acerca de la crisis financiera actual. Periódicamente en el contexto de los últimos 20 años, han existido crisis similares.

La actual tiene rasgos comunes con las otras crisis, más allá de los problemas gerenciales y de gestión que siempre han existido en el mutualismo y no explican una grave crisis financiera como la que viene ocurriendo desde hace un par de años.

Hay ciertos parámetros que son los que han estado jugando en todas las crisis. Sabemos que la política de precios se hace más o menos rígida, que ha habido cambios en la estructura de costos en los últimos años y también ha caído la demanda, no por casualidad hubo crisis en los años 82 y 83, cuando el tema de la tablita, que produjo pérdida de afiliados del sistema de la Seguridad Social.

Entre los años 93 y 95 hubo un problema de costos vinculado al cambio en el sistema de remuneración de los cirujanos y anestesistas, fue un impacto que luego generó un proceso de incremento del endeudamiento para poder financiar esos mayores costos. Recordemos que dentro de lo que fue la política de ajuste de la cuota en ese momento, el Poder Ejecutivo no aprobó el pasaje a cuota del nuevo convenio con los cirujanos por lo tanto parte del incremento se financió con los co-pagos ahí fue cuando empezaron a aumentar los tickets y órdenes, y la otra parte se financió con endeudamiento bancario.

En la década del 80 en el Sector Salud no había endeudamiento bancario. Yo hice en su momento un estudio comparando el Sector Salud con todo el resto del sector industrial y lo que se veía claramente es que el financiamiento del Sector era más bien de tipo informal, a través de los proveedores, a través de atrasos con sus propios funcionarios o médicos, no eran mecanismos que generaran una intensidad y formalidad en cuanto a la relación financiera que impidiera enfrentar problemas eventuales.

En la crisis actual la diferencia está en un cambio de actitud del Poder Ejecutivo y cambio en las políticas.

El aspecto positivo de esta Administración es que ha enfrentado el tema de una manera muy diferente. Desde hace tiempo que se venía diciendo que el Sector venía gastando mucho, que había problemas en el modelo de la atención, que había un exceso de énfasis y de gastos en el área de alta tecnología, temas que de algún modo se habían resuelto porque la economía venía creciendo o porque había algunos instrumentos un poco paternalistas que se habían utilizado clásicamente.

Ahora el Gasto en Salud empieza a preocupar, y no sólo a preocupar sino que se quiere tomar medidas y el Gobierno no quiere entrar en ciertos procedimientos tradicionales de relacionamiento, ni trasladar a cuota los mayores costos.

**EXISTE LA PERCEPCIÓN DE UN CAMBIO DEL PARADIGMA  
DEL RELACIONAMIENTO TRADICIONAL  
ENTRE EL PODER EJECUTIVO-REGULADOR Y LAS IAMC.**

A mi juicio existe un cambio del paradigma del relacionamiento tradicional entre lo que ha sido el Poder Ejecutivo como ente regulador y las mutualistas. Esto ha venido ocurriendo en esta última década.

**Paradigma anterior.**

- Había protección de la competencia. La Ley 15.181 no dejaba entrar a la competencia de seguros comerciales y la manera de hacerlo era castigar con impuestos o con obligación de pagos de importes a las instituciones que pudieran ser eventuales competidores y además, el tipo de instituciones que podían brindar cobertura a los afiliados al BPS, son exclusivamente las que están en dicha Ley, que son las IAMC. Eso es un elemento de protección importante.

- Exoneración de impuestos nacionales, que ya estaba en la ley.

- Las IAMC estaban reguladas en los precios pero con cierta flexibilidad, podía haber un ajuste en la cuota que más o menos podía resolver el problema a corto plazo.

- El Estado colaboraba para licuar deudas, o para incrementar el número de afiliados a la Seguridad Social. En el año 1983 hubo una refinanciación con los pasivos del BPS, a 20 años, sin ajuste indexado, una verdadera licuación de los pasivos. También por esa época se incrementó la cobertura de algunos sectores que antes no tenían la posibilidad de afiliarse al Seguro de salud del BPS: los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores rurales, el servicio doméstico. Entonces, el Estado colaboraba para aumentar la masa de afiliados, que eran afiliados de bajo riesgo, por lo tanto de bajo costo, para licuar deudas; y también se hacían algunos ajustes de cuota en circunstancias en que podía requerirse.

- La canasta preceptiva con bajo o nulo contralor. Si bien el MSP tiene todos los poderes que uno se puede imaginar, controlaba poco y nada, por lo tanto no había estándares ni requisitos de calidad.

- La cuota única. No había cuota diferencial por riesgo, lo cual es tradicional en el Sector, pero también había ausencia de algunos requisitos. Todos sabemos que las Instituciones, además de ser prestadoras, son aseguradoras. Sin embargo nunca fueron reguladas en ese aspecto.

Como dato, el Gasto en Salud en Uruguay es de U\$S 2.000 millones anuales; si excluimos los gastos de ASSE, nos quedan unos U\$S 1600-1700 millones, mientras que la masa del prima de los seguros de todas las restantes carteras que administra la

Superintendencia de Seguros del Banco Central son U\$S 380 millones anuales, y tienen una Superintendencia con normas muy estrictas de reserva y control y se hacen auditorías permanentemente de la constitución de esas reservas.

En cambio en el Sector Salud se pensó que esto no era necesario, cuando se trata de un sector que maneja tres o cuatro veces más que los fondos que maneja el resto de los seguros.

**El perfil de institución que surge de este contexto o reglas de juego es:**

- Debilidad en los aspectos financieros y alta dependencia del ajuste de la cuota y de su valor real por parte del P.E.
- Rigidez operativa.
- Bajas exigencias para gerenciar profesionalmente a las IAMC (no se administran riesgos asistenciales, no se controlan costos laborales, no se requiere información muy elaborada para la gestión).
- Búsqueda de paternalismo en las soluciones para superar las crisis.

En cuanto a los gerentes, uno escucha por ahí que los gerentes poco menos que no saben lo que es un rol directivo, un rol gerencial, que no tienen ni idea. Yo creo que hay un contexto donde las relaciones entre el Poder Ejecutivo, el mutualismo y los entes reguladores, determina un cierto grado de paternalismo y en ese contexto había una serie de funciones gerenciales que no eran necesarias, para qué sirve estudiar los riesgos y reunir información si en definitiva hay una cuota única y no se puede hacer nada. En todo caso lo que se puede hacer es ver si se pueden conseguir afiliados baratos de la Seguridad Social, pagando incluso intermediarios en algún caso, o como hicieron algunas Instituciones, salir a buscar afiliados jóvenes, incluso niños que son más baratos.

No parecía necesario hacer procedimientos grandes y muy elaborados en cuanto al manejo de información, sistema de información que tienen su costo, contratar más gente y así fortalecer el sistema gerencial, esto realmente no parecía necesario. Por lo tanto el perfil gerencial que se fue adoptando era adaptable a las necesidades y requerimientos.

En cuanto a la rigidez operativa, ésta se daba porque en definitiva estaba todo controlado por los convenios laborales con la participación y orientación del Poder Ejecutivo regulando, tanto en el área del Ministerio de Economía como del Ministerio de Trabajo, el gasto de lo que es el 60% de los costos asistenciales.

Hay rigidez en la cuota, entonces no hay posibilidad de mover lo que es el elemento fundamental y determinante de los ingresos.

En cuanto a las exigencias, no se administraban riesgos asistenciales, no se controlaban costos laborales, no se requería mucha información, entonces la solución básicamente fue, durante mucho tiempo, recurrir al Estado para solicitar ajuste de cuota.

### Nuevo paradigma.

- Continúa el control de precios pero es más rígido.
- Las crisis no se financian con subsidios estatales ni con incremento de sectores elegibles para la cobertura de la SS.
- Las IAMC no estarán contempladas como excepción a requerimientos de aportes fiscales (nuevos impuestos IMESSA, IVA).
- El P.E presta mayor atención a los problemas estructurales del sector, busca apoyos para el fortalecimiento institucional del sector IAMC, préstamos y asistencia técnica de bancos de fomento (BID, B.MUNDIAL).
- ¿Reforma? Nueva visión sobre el largo plazo

Si nos preguntamos qué está trayendo la nueva crisis financiera, yo creo que se confunden dos temas:

- Por un lado está el tema financiero que para mí sigue dependiendo de todos los elementos que ya mencioné anteriormente.
- Por otro lado está la preocupación del Gobierno de evaluar que el Sector ya ha pasado por varias crisis, que no se administra bien y que se administra por muchos entes reguladores.

Entonces el nuevo paradigma de financiamiento sería más rígido y va a continuar el control de precios pero más rígido, ya se ha dicho que el ajuste será con una pauta inflacionaria. Se acabaron los subsidios, no hay posibilidad de financiar el ingreso de nuevos sectores porque no hay fondos.

Se está hablando de impuestos y no solo hablando, sino que concretamente se están estableciendo cronogramas y paquetes que se van a elevar, ya el IMESSA es una realidad y el IVA probablemente lo sea. Dentro de todo este contexto, vemos que el Poder Ejecutivo antes no le prestaba mucha atención a los problemas del Sector, porque vamos a ser realistas, muchos de los problemas de los que se hablaba hoy, el problema de la producción, el problema de la compra de afiliados, los problemas de gerencia, eso no nació ayer, hace muchos años que existen. Pero ahora eso sí pasa a ser problema, empieza a plantearse como gran tema, cosas que en el Sector ya son conocidas desde hace mucho tiempo.

En esto ha influenciado sin duda la asistencia técnica, la participación de los bancos (BID, BM) que han traído a sus técnicos, a su personal profesional que ve la situación de otros países, que está en contacto con la reforma de otros países y todo esto ha generado la necesidad de plantearse un cambio en las reglas del juego; entonces se plantea si es necesario o no una reforma.

Antes de entrar en ese tema, me gustaría analizar cómo se vería afectado este nuevo paradigma de relacionamiento con las Instituciones, como las va a afectar:

## ¿CÓMO AFECTA EL NUEVO PARADIGMA EL PERFIL ORGANIZATIVO Y LA ORIENTACIÓN HACIA EL MERCADO DE LAS IAMC?

### Nuevo perfil de las IAMC.

- Empresas más fuertes, mayor compromiso de los socios. Mayor solidez patrimonial, mayor atención a su rol como aseguradora.
- Nuevos requerimientos (y presión del P.E) para gerencia profesional (búsqueda de procedimientos costo-efectivos, políticas de personal, mayor atención al usuario, mayor atención a calidad asistencial).
- Nuevo rol del mercado. Necesidad de prepararse para competencia con otro tipo de instituciones públicas y privadas. Apertura a nuevas alianzas estratégicas.
- Las empresas deben ser más fuertes. Antes las empresas eran débiles, eran fuertes los grupos que se movían adentro, porque las Instituciones no eran verdaderamente el gran objetivo, eran un instrumento para garantizar el trabajo médico. Los sectores médicos funcionaban dentro muy políticamente posicionándose de modo de tener poder y acceder a cargos y a horas médicas y garantizar su trabajo pero no había una figura o sector que verdaderamente pudiera rescatar un beneficio económico del trabajo global. En ese aspecto eso no es una verdadera empresa, es una debilidad. Eso puede continuar, pero van a necesitar fortalecerse como organización porque la competencia va a ser distinta.
- Se está buscando mayor compromiso, que sepan que se están jugando la posible pérdida del cargo, aunque aún no se han perdido los cargos médicos en el sistema (seguimos con un promedio de 2,6 cargos por médico dentro del Sistema IAMC), pero no hay garantía de que esto siga así.
- También tiene que haber mayor solidez patrimonial, porque estamos viendo que hay Instituciones que no han hecho ningún esfuerzo en la integración de capital, prácticamente nada, y en los períodos que tuvieron posibilidades de realizar inversiones desde el punto de vista económico no tuvieron la orientación ni la capacidad para hacerlo y entonces se repartieron el dinero. En esos momentos parecía algo natural, porque no había preocupación por el futuro.
- Se va a prestar mayor atención al hecho que las Instituciones son en realidad aseguradoras, que asumen tienen compromisos asistenciales hacia el futuro. Están asegurando para un costo asistencial que no conocemos, es decir, que se adquiere un compromiso con los socios sin saber cuál será realmente el costo. Por eso con más razón hay que prestar más atención a la distribución de los costos e inevitablemente el sistema se va a tener que ir moviendo a un mecanismo de aseguramiento por riesgo, con algún mecanismo de subsidio explícito, de lo contrario la función y la solidez de las Instituciones se van a ver comprometidas.

•Hay presión del Poder Ejecutivo por una gerencia profesional. Se le pide a la gerencia comercial que analice mejor el costo-efectividad de los procedimientos y que haga políticas de personal que es una gran carencia de las Instituciones. En muchas Instituciones, como no han podido distribuirse rentas, han utilizado su poder para poner familiares, para poner gente amiga como forma de distribuir una cuota de poder. Esos no son procedimientos eficientes de búsqueda de personal y nadie lo puede sostener, pero en una nueva instancia de búsqueda de procedimientos y modernización en áreas de servicio como lo es la Salud, donde es tan importante el costo salarial y la eficiencia del personal, evidentemente esto tiene que cambiar.

•Mejor atención al usuario y mejor atención de calidad asistencial. Acá quiero decir, con todo respeto, que los denominados seguros parciales, las Emergencias Médicas, se han desarrollado mucho más que lo que han hecho Instituciones que tienen muchos más años y mucha más presencia en el mercado. Estos son elementos referenciales que van a tener que empezar a utilizarse progresivamente por las IAMC, porque forma parte de los deberes de un sistema adecuado de salud, no solamente la búsqueda de la exigencia y equidad, sino también la satisfacción del usuario, considerado como un integrante más de lo que debería ser un buen Sistema de Salud.

•Un nuevo rol del mercado. Este punto está ligado a lo que se viene negociando con el BID, con los organismos, que están obligando al Gobierno a definir y tomar decisiones a largo plazo. Esto va a abrir la posibilidad de nuevas alianzas antes insospechadas, como la alianza entre IMPASA y la Coronaria. Estas alianzas estratégicas se están planteando porque hay que prepararse para la nueva competencia.

**REFORMA:**  
**¿LAS VISIONES DEL SECTOR IAMC Y DEL PODER EJECUTIVO**  
**SON ESENCIALMENTE DIFERENTES CON RELACIÓN**  
**A LAS ESTRATEGIAS DE LARGO PLAZO?**

En cuanto a la Reforma: ¿cómo es la visión de las IAMC y la visión del Poder Ejecutivo?. Este es un tema muy importante porque si pudieran haber algunas coincidencias grandes sobre hacia dónde va el Sector, entonces tendremos un punto de partida muy importante para todo lo demás.

Aquí tengo dos párrafos para comparar, que pertenecen a ese documento que les mencioné al principio, del préstamo del BID que acaba de ser aprobado.

«A partir de esta definición de las reglas comunes para todo el sistema, se aspira a una organización de la S.S de salud que asegure una cobertura garantizada e integral de beneficios de salud a toda la población uruguaya. Desde el punto de vista instrumental, el seguro y la provisión de servicios sería gestionado por instituciones de naturaleza pública y privada, operando en un ambiente competitivo...» (URUGUAY, Programa de Reformas del Sector Salud, BID, Setiembre de 2001)

Esto es lo que dice este documento que suponemos que no es la opinión del BID, sino que es la opinión del Gobierno que se transmite y traduce en un documento donde se genera un sistema de compromisos y de convenios con el Banco.

Un documento de las IAMC, del que además fui co-redactor en el año 1999 y que tiene el aval de FEMI y del Plenario, y que por algún motivo circunstancial que no recuerdo la UMJ en ese momento no lo firmó, pero no tengo duda que lo podría compartir, afirmaba.

«En el marco de una reforma profunda del sector orientada a brindar una atención integral, equitativa y de mejor calidad de todos los habitantes del país, sería posible pensar en la creación de un seguro de salud nacional constituido con aportes privados, de rentas generales y de la SS para financiar la atención médica de todos los habitantes del país. . . . Los proveedores podrían ser tanto públicos como privados. El Estado debería redefinir sus servicios según las reales necesidades de la población. Deberían existir reales garantías de la calidad de los servicios.» (Documento sobre Situación de las IAMC y propuesta de soluciones, Abril 1999, FEMI y PLENARIO)

La idea es que acá no hay grandes diferencias, es decir que existe en definitiva una propuesta de largo plazo para el sistema. Por alguna razón no existe una divulgación muy clara de esta propuesta.

En cuanto al plazo, sabemos que va a ser un largo plazo, sabemos que un seguro va a expandir demanda, requiere recursos adicionales y requiere un período de transición que en cualquier contexto no es fácil, pero verdaderamente no hay discrepancias realmente importantes. Por el contrario, hay reales coincidencias entre lo que ha sido la política plasmada en este documento de contrato con el BID y lo que ha sido una posición pensada, meditada de las Instituciones en un documento bastante importante, definitorio desde el punto de vista estratégico que se presentó hace un par de años.

#### **Aspectos principales del diagnóstico del BID sobre problemas estructurales del sector IAMC.**

- Marco regulatorio incompleto e inconveniente.
- Distorsiones en el mercado laboral médico y no médico.
- Modelo de atención excesivamente curativo.
- Modelo de financiamiento genera un desequilibrio entre aportes y riesgos cubiertos.
- Ausencia de separación entre funciones directivas y gerenciales, no profesionalización de la gestión, y no se han resuelto los conflictos de interés.

En cuanto al último punto, lo dice el BID, el Gobierno es el que fija la cuota única y el que impide un mecanismo que a las Instituciones les permita adecuar de alguna manera el costo asistencial con las cuotas que cobra. En este momento, más allá del tema del financiamiento, existen Instituciones que tienen el 25 % de mayores de 65 años lo que

significa tres veces más de costo de atención estimativo que los grupos de menores de 14 años y están compitiendo con la misma cuota, con Instituciones que tienen un 10% de mayores de 65 años. Como ejemplo, imaginemos que en el seguro de vida hay dos empresas que tienen dos carteras compuestas por esas diferencias tan grandes en cuanto a riesgo, por edad por ejemplo y que el organismo regulador les dice que tienen que cobrar la misma prima. Entonces las compañías le dicen que está loco, verdaderamente loco y no hay país en el mundo que pueda obligar a dos compañías aseguradoras a cobrar lo mismo con estructuras de riesgos tan diferentes.

Y eso es lo que ocurre en Uruguay, de todos los días y viene ocurriendo hace años, pero con un agravante... que a veces en las Instituciones ocurre que por distintas razones, tal vez por error, por manejo inadecuado o porque se durmieron en algún aspecto de la competencia que pudo haber sido crítico como no salir a buscar afiliados del EPS, empiezan a tener déficit y empiezan a tener una situación de imagen de mal estado y entonces los afiliados jóvenes se van y los mayores quedan. Esa Institución entonces empieza a tener más costos por afiliado, y el sistema no tiene respuestas para dicha Institución.

Pero realmente el punto es que se está reconociendo en un documento oficial absolutamente transparente, que el modelo financiero actual está generando una situación grave. Esto no está dicho acá, pero se da a entender y esto puede estar ayudando a fundir empresas del sector.

El otro punto que el BID y el Gobierno han planteado es el tema de la ausencia de separación de las funciones directivas y gerenciales, la no-profesionalidad de la gestión y el hecho de que no se han resuelto los conflictos de interés.

Yo me pregunto si esto no será producto del contexto en que se desarrolló la competencia limitada, esa carencia de incentivo para que haya una verdadera transformación. Porque verdaderamente no existen gerentes profesionales pero se pueden ir a buscar, se pueden preparar para que el sector Salud los tenga. Y si no se han ido a buscar o han durado poco en las Instituciones es porque no había necesidad, porque generaban resistencia de cambios que no se veían como necesarios porque no estaba jugándose ahí la supervivencia de la Institución.

Probablemente el BID lo haya detectado como un problema estructural, le da una gran importancia, aunque yo personalmente pienso que tiene importancia pero no como para definir los grandes temas que en este momento están afectando al sector desde el punto de vista financiero.

#### **Visión de largo plazo de las autoridades.**

- Cobertura universal, reglas comunes, eficacia y eficiencia, etc.
- Regulación del sector por ente especializado y autónomo.
- Competencias entre instituciones públicas y privadas para la administración y provisión de servicios.
- Pagos asociados a riesgo.

- Pooling de múltiples fuentes de financiamiento.

(Fuente, BID op.cit, Anexo I-2, pg.1)

También aquí hay coincidencia en el tema de la Superintendencia. Hoy tuvimos la oportunidad de escuchar a Pablo Gómez y creo que todos quedamos impresionados por la profesionalidad de la función, la enorme responsabilidad. Tienen además el Poder Judicial en el Sector, tienen poder de dirimir conflictos, ellos deciden, son árbitros, pero también vimos una Institución muy profesionalizada con recursos técnicos sumamente entrenados y preparados.

La regulación del sector en el Uruguay tradicionalmente se hace por el Ministerio de Salud Pública, por el Ministerio de Economía en lo que tiene que ver con la cuota e inversiones en la parte de ingresos, con el Ministerio de Trabajo y hay un rol importante del EPS como comprador, entonces preguntémosnos ahora, todas estas funciones, ¿cuántas personas las llevan adelante? Estas personas, ¿tienen todas la alta preparación y dedicación necesaria para controlar y regular un sector de U\$S 2.000 millones en el país?

Yo realmente creo que en eso tenemos un déficit importante, y no lo digo por las personas, a quienes conozco y sé de su absoluta dedicación y honradez, pero comparten estas funciones con otras actividades y en la mayoría de los casos no han tenido un entrenamiento específico para la función que tienen que cumplir.

Pero esto también es producto de que en las respectivas Administraciones no se ha valorado la importancia de hacer un seguimiento permanente del Sector.

Recordemos que en la década del 80 se hacían visitas de seguimiento asistenciales en las Instituciones, pero del año 1985 se cortaron estas visitas, el Ministerio de Salud Pública prácticamente nunca más visitó una Institución a no ser que se hiciera una denuncia, pero no había un acercamiento, y además la calidad de información se deterioró.

El tema de la competencia entre privados y públicos se plantea aunque nadie sabe bien cómo van a entrar en juego los hospitales públicos. Verdaderamente es un tema complicado, pero debería haber un marco regulatorio único, que tampoco se sabe bien lo que quiere decir, porque no está muy bien explicado.

Pagos asociados a riesgos múltiples y de financiamiento están en la base de lo que vendría a ser un Sistema de Seguro Nacional, es decir, contribuciones que vienen por el lado de los impuestos, por el lado de la Seguridad Social, aportes de diverso origen, todos metidos en un gran pool de recursos y manejados a través de un sistema de compra de servicios que también habría que definir.

#### **Visión de los problemas estructurales del sector desde las IAMC.**

- Cambio progresivo en los costos asistenciales por envejecimiento de la población afiliada a las IAMC.

- Cuota única regulada no contempla estructuras de riesgos diferenciales entre las IAMC.

- Recurrencia a la captación de socios activos de la SS como único medio de competir para empresas pequeñas.

- Escasa o inefectiva regulación de la competencia que descrema el mercado.

Desde el punto de vista de las IAMC -y esta es mi interpretación-, ¿cuáles son los factores que han venido preocupando más? Entre ellos, el proceso de envejecimiento de la población afiliada ha sido muy importante, actualmente en el sistema mutual de Montevideo ya estamos en un 20% de mayores de 65 años y en el año 1990 era el 12 o el 13%. De acuerdo a un estudio que el Dr. Rígoli realizó con el Ec. Meerhoff hace ya años, se demostraba que prácticamente 1 punto porcentual de aumento en la participación de los mayores de 65 años significaba un punto de aumento en los costos operativos. Entonces estamos hablando de entre 7 y 8 puntos porcentuales de incremento en el gasto exclusivamente por el envejecimiento de la población en Montevideo. En el Interior es igual el proceso, pero viene más retrasado, la población es un poco más joven.

Los otros elementos también refieren a cuota, forma de captación y competencia en el mercado.

Esto ocurre porque acá hay tantos seguros parciales como también Instituciones dentro del Sector que sabemos que han buscado mecanismos -y la regulación los ha dejado por mucho años-, uno puede pensar que éticamente están el borde; no había una buena definición de lo que era un convenio colectivo, se establecía un marco y se hacía una campaña para afiliación de jóvenes y niños a cuotas mucho más bajas, y esto tenía un impacto muy importante en las demás Instituciones, implicaba un trasvase de afiliados. Se rompió un mecanismo tradicional de financiamiento, el tratamiento de solidaridad del subsidio cruzado. Hoy se está empezando a re-evaluar el tema del pago asociado a riesgo, porque verdaderamente la cuota única como principio conductor es mucho más lógica en un sistema cerrado pero no en un sistema donde el joven se escapa porque no quiere pagar o el padre de familia que tiene varios hijos busca una alternativa más barata.

#### **Visión de los problemas estructurales del sector desde las IAMC (cont.)**

- Alza de costos por innovaciones y extensión de la tecnología médica en las IAMC, y por extensión de la canasta de servicios.

- La regulación no impide el riesgo moral del asegurado (se afilia con la patología).

- Múltiples agencias reguladoras.

- Ausencia de una clara orientación estratégica para el sector.

Estas son es una preocupaciones que las IAMC han replanteado en muchas instancias, ha habido aumentos de cuota compensatorios pero no han sido suficientes en muchos casos porque la evaluación inicial que se hizo del impacto de lo que iba a ser el costo, no resultó ser el que eventualmente fue.

También sabemos que vienen personas a afiliarse por la Seguridad Social que ya

están enfermas. El sistema no puede rechazar enfermos crónicos, lo único que puede hacer es ponerle una barrera temporal para darle cobertura en la patología, o sea que el sistema es verdaderamente generoso pero eso tiene un costo y ese costo se le transfiere a las Instituciones.

Las diferencias principales entre la visión del Gobierno y el BID, y las IAMC están planteadas en las determinantes de la crisis, y en la transición (el corto plazo).

- Quien paga la transición (como se reparten los costos de la salida de la crisis).
- Que empresas subsistirán.
- Responsabilidad en la crisis.
- Reglas de juego para la transición.

Vemos entonces que hay diferencias, sin lugar a dudas, entre la visión del Gobierno y la visión de las IAMC.

#### **Amenazas percibidas desde el sector IAMC.**

- Políticas públicas siguen fortaleciendo y gastando en mejorar servicios públicos de atención, cuando la sociedad demanda cobertura asistencial adicional del mutualismo.
- Competencia con instituciones públicas subsidiadas por el Estado.
- Perfil del mercado en Montevideo: desaparición progresiva de instituciones pequeñas determina escenarios más restrictivos para las que quedan.
- Regulación desigual para instituciones públicas y privadas.
- Competencia con seguros comerciales.
- Necesidad de capitalizar las instituciones con aportes de socios, separación de roles.
- Necesidad de funcionar más como empresas (ruptura de liderazgos y equilibrios internos tradicionales).

Como ejemplo en este momento se está tratando de conseguir cobertura asistencial para maestros y profesores, así como también para otros sectores que hoy no están cubiertos. Es decir que continúa una demanda de la sociedad de extender la cobertura hacia las IAMC. Pero el Gobierno sigue gastando en hospitales públicos, en una serie de procedimientos de mejoramiento de Instituciones que uno realmente se pregunta hasta dónde vale la pena mejorarse.

A la familia le preocupa particularmente la competencia con instituciones públicas

subsidiadas por el Estado, porque son instituciones pequeñas y tienen al Estado como competidor.

Para algunas pequeñas Instituciones montevideanas, teniendo en cuenta que ya han caído dos o tres, ven difícil pelear con las grandes, y tienen que las políticas que se van a llevar de aquí en adelante no les permita sobrevivir ya que el mercado puede quedar muy concentrado en las Instituciones grandes.

El sector privado se pregunta también si van a regular igual a las Instituciones públicas que a las privadas, si va a ser el mismo marco normativo o esto es sólo una expresión de deseo y después en realidad va a haber un tratamiento diferencial entre unos y otros.

Los seguros comerciales siempre asustan un poco, podrán tener un tratamiento distinto, pero pueden llegar a tener en algún momento un gran poder económico. La realidad es que no han entrado y es difícil que entren sobre todo por problemas de baja rentabilidad en el sector IAMC, pero esto puede quedar como una amenaza potencial.

Las Instituciones que han tenido que hacer un poco de esfuerzo de capitalización ahora por el tema del préstamo del BID saben que eso es una cosa que les cuesta a los médicos y les resulta preocupante.

La necesidad de funcionar como empresa también es importante porque hay una ruptura de todo un procedimiento tradicional de los acuerdos, de los liderazgos, de las estrategias de alianzas entre los grupos médicos.

#### **Corto plazo.**

En el corto plazo no hay tiempo para cambiar la normativa en sus aspectos más profundos, ni para cambiar el sistema de incentivos, la manera como se administran las empresas, el marco de competencia, etc. Hay que apuntar a estabilizar el sistema, cortar las pérdidas y que se recupere el equilibrio financiero para el sector IAMC en Montevideo (lo que no implica que sobrevivan todas las IAMC).

Para cerrar, quisiera hacer algunas reflexiones que pueden ser útiles para este tema que estamos discutiendo:

#### **CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.**

No hay una visión esencialmente diferente entre esta administración y el sector IAMC sobre la situación de largo plazo del sector.

Las diferencias sobre el diagnóstico existen, pero no tienen consecuencias fundamentales en el L.P., aunque sí en el corto plazo.

La manera como se realice la transición será un aspecto fundamental. El préstamo BID es un instrumento pero no puede ser el único. Se requiere un acuerdo estratégico profundo.

Yo creo que acá se facilita el acuerdo estratégico porque la visión de largo plazo es similar, pero eso no quiere decir que los actores no tengan que hacer un gran trabajo de acercamiento. Yo creo que este acercamiento se ha iniciado y respeto mucho el proceso que se ha dado en este año y medio en el cual yo no he participado, pero en el que he

visto un gran esfuerzo de las Autoridades, de las Instituciones y también de los funcionarios, en un acercamiento para superar un gran esquema que como vimos, tiene normas laborales de la década del 50, es decir que estamos hablando de historias muy profundamente arraigadas en el sector, las cuales se están revisando, se están tratando de flexibilizar y acordar mecanismos que salven a las Instituciones.

Este proceso es fundamental, es una parte absolutamente esencial del proceso de transformación y más allá de si algunas Instituciones van a desaparecer o permanecer, este proceso de acercamiento y de trabajo conjunto con las Autoridades, con los técnicos de la regulación, es mutuamente beneficioso porque está permitiendo llegar a soluciones que no eran pensadas hace un tiempo.

Se requiere liderazgo, acuerdos y negociación continua.

El sector público tiene que «profesionalizar» cuanto antes a sus reguladores ¿posiblemente adelantar con la institucionalidad de la superintendencia? Existe un riesgo a que el P.E. apunte en el corto plazo a cambios de normas y decretos y «modelos» sobre aspectos no sustanciales o sobrevalorados (estatuto tipo, propuestas de mejoramiento de gestión, etc.).

Creo que debemos preguntarnos si no conviene ya mandar gente al exterior, gente joven, para profesionalizar cuadros; ya es hora de tomar conciencia de que debemos avanzar, no creo que la Superintendencia esté pronta en poco tiempo, pero si no empezamos a dar pasos en esa dirección, se va a demorar más.

Cuando se habla del tema del estatuto tipo y que se va a castigar durísimamente al que haga producción con afiliados del BPS, yo creo que hay que tener cuidado porque todo este enfoque muy normativo de que vamos a cambiar el sector con decretos no es así, ya sabemos que no es así. Pensemos, como dijo Joaquín Serra, que la ley 15.181 trajo formas societarias que no se están cumpliendo aquí en Montevideo, nunca se hicieron los cambios, las Instituciones se rigen por leyes de constitución de sus estatutos basadas en normas de hace 60 años. Es decir, no es que las normas no se cumplan, pero tampoco pensemos que todos estos procesos se puede cambiar solo cambiando el decreto, particularmente cuando hablamos de mecanismos que afectan claramente las relaciones entre los directores, entre los socios, aspectos que tienen que ver con el marketing e incluso a veces con la supervivencia de las Instituciones.

Lo fundamental es promover cuanto antes mecanismos regulatorios de la competencia (¿apertura del mercado de socios de la SS?), atacar el problema de la cuota única y analizar en profundidad los costos asistenciales del sector.

Entonces, para mí, lo fundamental es promover cuanto antes mecanismos regulatorios de la competencia, apertura del mercado de socios de la Seguridad Social, cosa que va a ocurrir tentativamente, dice el Gobierno, en marzo, y yo me pregunto si estamos preparados verdaderamente para esa apertura sin generar un espacio de apertura para que las Instituciones no caigan en lo mismo; porque si existe una norma más sancionatoria, las Instituciones van a buscar la manera de hacerlo porque si el incentivo está en seguir buscando socios baratos, porque hay que compensar los socios caros (los riesgos altos por los afiliados mayores de edad), lo van a seguir haciendo de alguna manera u otra.

Hay que atacar el problema de la cuota única porque está todo relacionado, tenemos que enfrentar la necesidad de romper un esquema que sirvió en una época pero que hoy ya no es una solución, hay que trabajar con cuotas ajustadas al riesgo, hay que establecer

un mecanismo de subsidio explícito, hay que buscar que los ancianos, las personas de mayor edad, los crónicos no sean discriminados en el sistema. Al contrario, sería muy bueno que las Instituciones se pelearan por tener ese tipo de asociado, porque la remuneración sería acorde con el costo que representa.

Es importante también analizar en profundidad los costos asistenciales del sector. Todo esto que estamos hablando sería mucho más sólido si pudiéramos tener una verdadera visión de los costos de las Instituciones. Con todo esto de las auditorías y los procesos de cambios en este aspecto es posible que tengamos mejor calidad de información.

Pero como economista que tengo varios años en el Sector, me da vergüenza cuando vienen estudiantes muy buenos, prontos para recibirse, quieren preparar su tesis sobre el Sector Salud y me piden información al respecto y yo les tengo que decir que no, que no tengo información, porque la mayor parte de la información no es de acceso público, no llega al investigador académico ni al estudiante. Se está perdiendo una gran riqueza de análisis y de propuestas que eventualmente el sector también lo va a necesitar. Creo que este es otro tema a revisar y considerar. Les agradezco mucho la atención.

Ec. Claudio Sapelli



Voy a dar una visión tratando de usar mi experiencia en varios países latino americanos en procesos de reforma del sector salud, tradicionalmente ligados a procesos de reforma de la Seguridad Social porque, en muchos países, la Seguridad Social incluía la atención en salud; por lo tanto, el pasaje a un sistema privado implicaba una reforma.

Es bastante notable la similitud en la problemática y los hechos a los que uno se enfrenta, y una de las ventajas que yo puedo dar, es tener una visión de la problemática más general y por lo tanto de soluciones a problemas que no son únicamente del sistema uruguayo sino que son propios de los sistemas de salud en general.

En ese sentido voy a dividir la exposición en cuáles son los principales problemas que terminan siendo bastantes genéricos y un esbozo de una propuesta de reforma que podría atacar esos problemas, que por supuesto está hecha en forma genérica pero que habría que adaptarla a cada país.

Veamos cuáles son los principales problemas. Ya hemos escuchado más de una vez en la jornada de hoy el tema del acceso desigual, cómo darle a los pobres el acceso por lo menos a una canasta básica, mínima garantizada, que deje a la sociedad tranquila de que tienen derecho a resolver sus problemas de salud. Este es un problema que ha preocupado

a todos y lo curioso es que se nota que lo que se diseña para resolver este problema, no lo resuelve y los problemas siguen, y los sistemas siguen siendo inequitativos en los hechos.

## **SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: UNA PROPUESTA DE REFORMA**

### **PRINCIPALES PROBLEMAS**

Uno de los típicos problemas que se encuentran es el hecho de los sistemas duales, el sistema privado tiene tecnología moderna, hotelería cómoda, atención expedita, en cambio en el sector público hay largas colas de espera, infraestructura deteriorada, insuficiencias de distinto tipo, en farmacia y tecnología, e inclusive, muchas veces, trato inadecuado. Hay una clara desigualdad que a mi juicio es un problema de los incentivos de las Instituciones, y por lo tanto hay que resolver esos incentivos para resolver el problema. Una parte de la propuesta de reforma de la que voy a hablar después es justamente tratar de reformar esos incentivos.

#### **El problema de los pobres: Acceso desigual.**

La población adscrita al sistema privado, cuenta con acceso a tecnología moderna, cómoda hotelería y atención expedita.

La población adscrita al sector público, enfrenta largas colas de espera, deteriorada infraestructura, insuficiencias de farmacia y trato inadecuado.

Pero también tenemos otro problema, nosotros tenemos el problema de los pobres, de las personas que tienen enfermedades crónicas, enfermedades de alto costo o que sencillamente han llegado a una edad que sin tener una enfermedad grave, el cúmulo de problemas termina generando un gasto importante en el rubro de salud.

#### **El problema de los mayores riesgos.**

La selección adversa y como evitarlo. El problema de quién financia a los mayores riesgos y si el financiamiento les limita las opciones de elección.

Estas personas son un problema en general, porque los sistemas pretenden evitar que estas personas paguen más por ser enfermos de alto riesgo, con lo cual los transforman en personas que todos los prestadores tratan de evitar, y cuando digo todos, me refiero a públicos y privados, porque son costosos; las Instituciones reciben pagos independientemente del riesgo de la persona. Hay personas que a las Instituciones les dan rentas, otras les dan pérdidas, y por supuesto, que pretenden quedarse con las personas que les dan rentas y no pérdidas.

Esto también pasa en el sector público, por ejemplo en Chile existe la posibilidad de que el sistema privado utilice a los hospitales públicos, en un sistema que se llama *pensionado*, porque el sector privado no puede comprar camas en régimen de sala común. Los hospitales tienen un presupuesto dado independientemente de cuántos pacientes traten,

pero sin embargo, si tratan a gente en régimen de pensionado por supuesto que ganan más y por lo tanto el incentivo que tienen es invertir en el sistema de pensionado.

Este problema de evitar a las personas que generan pérdidas, que se llama el problema de la *selección adversa*, es un típico problema de los seguros y es muy importante darse cuenta que en salud estamos hablando de seguros siempre, la problemática de los seguros aparece siempre, no la podemos evitar.

El problema de la selección adversa es que nadie quiere atender a las personas de alto riesgos. Esto se puede evitar cambiando los incentivos, de manera que aquellas Instituciones que tratan a las personas de altos costos se les compense más que si tratan a una persona de menor costo, de tal manera que no haya rentas positivas en un lado y rentas negativas en el otro.

Y ese es el problema de quién financia a los mayores riesgos. En algunos sistemas se pretende resolver mediante subsidio cruzado -como se le llama-, pero los economistas sabemos desde hace mucho tiempo que los subsidios cruzados no funcionan en competencia, personas no pueden subsidiar a personas, entonces por eso tiene que haber otra forma de canalizar el financiamiento.

De otra manera, estas personas a las cuales estamos tratando de beneficiar son perjudicadas porque nadie las quiere, estamos tratando de solucionar un problema, que paguen menos y les generamos otro problema, porque nadie los quiere, y esto no es una solución adecuada.

### **El problema del Descreme.**

Se origina por la coexistencia de financiamiento redistributivo en el sistema público y financiamiento individual en el privado. O por un sistema de financiamiento de tasa comunitaria en el sistema privado. No es deseable tener sistemas de precios diferentes; y el sistema privado funciona mal con un sistema de precios comunitario.

Esto es parecido a lo que se ha dado en llamar el problema del "descreme": quién se queda con la crema, con lo más rico, este problema aparece porque coexisten dos sistemas de precios incompatibles, hay un sistema de precios en el sector público y otro sistema de precios en el sector privado y no convergen, no son compatibles, o alternativamente por la existencia de tasas comunitarias o precios únicos en el sector privado que sabemos que no funciona.

### **Mandato.**

El mandato determina el gasto en seguro, pero no qué debe incluir el mismo. Esto permite evadir el mandato asegurándose contra eventos ciertos, con lo cual se obtiene una devolución importante de la prima, pero se deja de tener un seguro.

El mandato, es un término que se usa más en Chile que acá y significa que la sociedad, a través de una ley, decide que todos tenemos que comprar algo, un seguro de algún tipo, con determinadas características y el problema del mandato es que todos evitan el problema clave: quién raciona y qué entra en la canasta básica que se va a garantizar,

y como nadie decide ese tema, los recursos no alcanzan, hay racionamiento, quiebran las empresas, en fin, algo termina cediendo.

Hay distintas maneras de terminar el mandato, si la sociedad considera que las personas deben tener determinado tipo de seguro, la sociedad también tiene que decidir qué incluye ese seguro, tiene que haber una definición de lo que incluye un seguro mínimo.

### **Explosión de Costos.**

- Determinado por estructura del seguro (precio bajo).
- Problema de riesgo de abuso.
- Problema en todos los países.
- No fácil de resolver.

Otro de los problemas tradicionales, ya mencionado acá varias veces, es el de la explosión de costos, es un problema no fácil de resolver y que existe en casi todos los países. Todo depende de cómo estructuramos el seguro, que normalmente incluye un precio bajo para las personas aseguradas.

Existe un principio básico en la economía: cuando las cosas están baratas se compra más, si el seguro nos baja el precio, vamos a comprar más, si se compra más entonces después el dinero no alcanza para todo y surge ahí el problema que se llama riesgo de abuso, que socialmente no es beneficioso.

### **¿Futuro? ¿Reforma?**

- El futuro está conectado con la resolución de los problemas enumerados.
- Un problema de diagnóstico inicial es si son problemas:
- Predominantemente de gestión a nivel de las empresas, o
- Predominantemente de estructura de incentivos a nivel del sistema.

Yo he escuchado, no solamente aquí, que estamos frente a un problema de incentivo o problema de gestión. Como economista yo me inclino por el problema de incentivos, se necesita una reforma de incentivos para resolver la mayor parte de los problemas a los cuales nos enfrentamos no sólo en Uruguay sino en otros países de América Latina.

### **Se necesita una Reforma.**

- Se necesita una propuesta de reforma.
- Se necesita una idea del sistema al que aspiramos en el mediano plazo.
- En Latinoamérica y en el mundo se habla de ejemplos "modelo" a seguir en el caso de reformas al sistema de salud.

Si se necesita una propuesta de reforma, entonces necesitamos saber para dónde vamos, por último necesitamos saber a qué aspiramos en el mediano plazo.

## **Sistemas en el Mundo.**

<i>Latinoamérica:</i>	<i>Mundo:</i>
Colombia	Holanda
Chile	Canadá

En ese sentido, en la literatura se manejan algunos modelos tipo que se pueden seguir, en Latinoamérica se habla del sistema colombiano o del sistema chileno, son los dos modelos paradigmáticos que se pueden seguir y en el mundo los sistemas de los que más se habla hoy en día, son el holandés y el canadiense.

Si son buenos ejemplos para Uruguay, Uds. serán mejores jueces que yo, pero déjeme hacer algunos comentarios:

### **¿Ejemplos para Uruguay?**

Chile y Colombia tienen problemas en su modelo de reforma. Chile es un sistema a medio camino. Colombia es un mal intento de adaptar el sistema holandés. El sistema canadiense tiene un seguro único y provisión privada. El sistema holandés tiene seguros múltiples y provisión privada.

Yo les diría que ni Chile ni Colombia son buenos ejemplos, yo tengo una propuesta para mejorar el sistema chileno porque es un sistema que quedó a medio camino de reforma, no es una cosa ni la otra, falta integración entre el sistema público y privado, lo que no es exclusivo de Chile. El problema de la integración entre el sector público y privado es un problema en muchos otros países, pero no está resuelto.

El caso colombiano es un mal intento de adaptar el sistema holandés; entonces, ya que estamos, es preferible tratar de imitar el sistema holandés.

El sistema canadiense es un sistema de seguro único y de provisión privada. El sistema holandés tiene seguros múltiples que compiten entre sí y una provisión privada, altamente regulada.

## **LA PROPUESTA INTENTANDO ADAPTAR EL SISTEMA HOLANDÉS**

Entonces, mi propuesta es un intento de adaptar el sistema holandés a la realidad de América Latina.

Se mandata un seguro catastrófico (SC) que cubre completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superan un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual. Las personas pueden elegir libremente donde asegurarse. Los SC reembolsarán a quienes se les detecta una enfermedad crónica una suma similar al valor presente de los gastos que dicha enfermedad implica en promedio.

El tema es definir qué se mandata, hay que tomar las decisiones ahora, si no después puede ser muy tarde. Por eso el planteo es lo que yo llamo aquí un seguro catastrófico que cubre completamente al cotizante y a su familia por todos los gastos que superan un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual. Esto es un seguro definido en forma

financiera, yo no me pongo a discutir qué está incluido y que no, pero tiene la enorme ventaja de que una vez que yo sé cuánto plata necesito y cuánto plata tengo, la variable de ajuste es este porcentaje. Este porcentaje funciona de tal manera que la persona no va a gastar de su bolsillo en el año más allá de un 10%, o un 20% de su ingreso, a partir de ese porcentaje los gastos los cubre el seguro. Esta estructura de seguro se llama deducible y tiene una enorme ventaja: los primeros gastos corren por cuenta del asegurado, la persona tiene que decidir si gasta o no, si valdrá la pena o no.

Las personas pueden elegir libremente dónde asegurarse, hay competencia y para que las personas no sean rehenes, acá hay un terra por el cual si Ud. genera tal enfermedad como es una enfermedad crónica y los demás seguros no lo van a querer asegurar por esa enfermedad, el Sistema le proporciona el dinero que le permite financiar su enfermedad crónica y eso lo libera, ya no lo hace cautivo.

### **Como esto resuelve los problemas.**

La estructura del seguro catastrófico resuelve el problema de la explosión de costos dando seguridad financiera a las personas, sabemos que nunca vamos a gastar más de un determinado porcentaje de nuestros ingresos en salud, y fíjense que esto es mucho más dinero para el rico que para el pobre, porque es un porcentaje.

La universalidad del sistema elimina la discriminación, todos tenemos el mismo sistema, así que se acabó la discriminación.

Las personas pobres o enfermas son subsidiadas por el Estado, porque la prima de este seguro no podrá superar más que un determinado porcentaje de los ingresos, entonces los que son caros para el Sistema son las personas de alto riesgo y los pobres, porque los pobres tienen un deducible en porcentaje igual que todos y en pesos es poco.

Esa prima se acota y hay un Fondo que financia la diferencia entre ese porcentaje del ingreso máximo y lo que un seguro pide por asegurar a esa persona, y eso es un subsidio a la demanda.

Esto quiere decir que básicamente todo el financiamiento del Sistema está yendo a financiar este seguro, esto quiere decir que ya no hay dinero para subsidiar la oferta, no hay dinero para el presupuesto de los hospitales públicos, los cuales tienen que financiarse como cualquier otro hospital, para lo cual se necesita una reforma de los hospitales.

El cotizante para el cual la prima del seguro catastrófico sea mayor al X% de su ingreso familiar tiene derecho a un subsidio por la diferencia entre la prima y el X% del ingreso. Este subsidio será entregado directamente por el Estado a la aseguradora.

Para tratar de resolver el problema de que alguien trate de engañar a la aseguradora, tiene que haber una tabla de primas preestablecidas.

Las personas de menores recursos, en el corto y mediano plazo, estarán adscritas a SC de atención cerrada que recibirán subsidios del estado. El listado de SC de atención cerrada será licitado periódicamente.

Aquí hay un problema difícil de resolver para la gente que es muy pobre, esta gente ve agotar el seguro muy rápido, acabo de decirles que el seguro es todo gratuito y también les dije que todo gratuito es malo; hay que generar algún sistema de incentivo, que puede

ser la salud administrada u otro, que no haga que la persona, una vez que pasó el umbral, gaste el máximo posible.

El sistema de SC, puede ser combinado con una Cuenta de Ahorro para Salud (CAPS) para financiar una porción del deducible del SC.

La CAPS es compleja de diseñar. Sin embargo tengo una propuesta concreta (ver Hædd y Sapelli, Estudios Públicos, 1999). Su existencia podría ser innecesaria si existen seguros complementarios (pero no es conveniente que sean obligatorios).

Este deducible grande a la persona la puede incomodar, a veces se combina con una cuenta de ahorro para salud que es obligatoria y esta cuenta de ahorro va para financiar el deducible.

Yo después de mucho reflexionar he terminado por aceptar que es demasiado compleja de diseñar, en verdad no la recomiendo pero es una alternativa que se puede utilizar, aunque yo tengo una propuesta concreta que realicé con un colaborador. Además, puede ser innecesaria si existen seguros complementarios, pero no es conveniente que sean obligatorias.

### **El problema de la Provisión.**

Los hospitales públicos deben reformarse ya que pierden el financiamiento asegurado y deben competir por clientes. Aparecerían dos entidades nuevas: una aseguradora pública de salud y una administradora de servicios hospitalarios.

El personal cambiará al régimen privado. La administradora de servicios hospitalarios licitará la administración de los hospitales, y los activos se dejarán a disposición de las empresas administradoras (España, Israel).

Finalmente tenemos el problema de la provisión. Para que los hospitales públicos efectivamente dejen de ser financiados por un presupuesto y sean financiados por la gente que atienden, y por tanto tengan incentivo para atender a la clientela en forma adecuada, hay que cambiar su estructura. Yo aquí tengo una sugerencia que me parece atractiva, que significa la licitación de la administración de los hospitales, que es un sistema que ya se ha utilizado tanto en España como en Israel.

También se puede pensar en la aparición de una aseguradora pública de salud que se considera necesaria y para administrar y licitar los servicios tendría que aparecer una administradora de servicios hospitalarios.

### **CONCLUSIÓN.**

Necesario dar opciones a todo el mundo, y no un sistema en que sólo los ricos o sanos tienen opciones. Necesario que los precios sean iguales a los costos, independientemente de quienes financien los costos. El rol del sector público es predominantemente financiero y no de producción.

Para terminar, tenemos que darle opciones a todo el mundo y para ello es necesario tener un sistema único, no hay otra manera. Además, los seguros tienen que recibir más

dinero por las personas caras que por las personas baratas, si no, todo el mundo va a tratar de evitarlos, van a ser discriminados y eso es justamente lo que se debe ~~ser~~.

Finalmente, en este sistema para mí el rol del sector público es predominantemente financiero y regulatorio y no de producción. Esa es la propuesta con que los dejo. Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Ec. Daniel Olesker



La salud en Uruguay es un sector de actividad que presenta un complejo entramado de relaciones económicas sociales y de poder, en las cuales la característica distintiva es la heterogeneidad de situaciones que conduce a una *fragmentación de la calidad y cantidad de la atención*.

De una parte, una salud pública con escasos recursos, con creciente peso en la atención de los sectores de menores recursos y los salarios más bajos del sector y del conjunto de la administración pública.

En segundo lugar, un sector privado mutual (IAMC) con situaciones diferenciadas pero con tendencias críticas en la mayoría de sus Instituciones, con claras excepciones tanto a nivel institucional, como de ciertos recursos dentro de las Instituciones.

Finalmente, un sector privado capitalista con fines de lucro, en que se mezclan seguros parciales, emergencias móviles, atención privada tradicional, empresas prestadoras de servicios de alta tecnología, laboratorios de medicamentos, cuya situación es expansiva y representan el sector más dinámico de la salud. Este empresariado capitalista ha desplazado en parte al sector social del mutualismo e introducido la noción de lucro en un sistema que por esencia no lo tiene y que históricamente ha carecido de él.

En el sistema mutual, la porción de lucro que no debería existir y por ende debería redistribuirse en el sistema, es del orden del 25 al 30% como tasa de ganancia, lo que implica un orden de 300 millones de dólares.

Pero en ese conjunto de situaciones, la mayor crisis es la de la justicia del sistema mutual, que había sido hasta no hace mucho una de sus características fundamentales. Ello ligado a un desfinanciamiento del sistema por razones que ahora exponemos y que, a nuestro juicio, pueden resolverse al mismo tiempo que las de pérdida de la justicia.

### **¿Cuáles han sido las razones del desfinanciamiento del sistema?**

En primer lugar, el sistema gasta aproximadamente 120 dólares por afiliado en medicamentos, gasto muy alto si tenemos en cuenta el costo promedio del medicamento. Es cierto que una parte lo paga el usuario, pero perfectamente podría ser una actividad de mucho menor costo si no existiera el gran poder oligopólico que históricamente han detentado los laboratorios productores de las drogas.

En segundo lugar, el uso irracional, sobreutilizado y no planificado de técnicas de diagnóstico. Ello está vinculado al ingreso –en el seno del sector mutual– de un sector empresarial que lucra con la compra-venta de tecnología e induce a su consumo excesivo en aras de su rentabilidad. Y en ese sentido, la implementación de un modelo curativo, que rentabilizará las inversiones de los capitalistas del sector, tiró por la borda cualquier estrategia de atención primaria que, además de ser una verdadera estrategia de salud, reduce sustancialmente los costos de la atención.

En tercer lugar, la existencia de altas remuneraciones tanto en una pequeña parte del sector médico, como en relación a asesores y gerentes (adicionado ahora con el “imprescindible” costo de las consultoras) que implica un nivel de egresos por remuneraciones que amplifica sin sentido dichos pagos. No debe haber casi ninguna Institución en que no encontremos un 5% de funcionarios (que cobren salarios u honorarios) que reciban no menos del 20 al 25% de la masa salarial.

En cuarto lugar, un cambio en la composición del gasto mutual derivado del cambio en la composición sanitaria de la población y un cierto envejecimiento de ella.

En quinto lugar, lo anterior se agrava por la política desreguladora de los ministerios hasta hoy, que han dejado operar libremente y sin control salarial ni de otro tipo a los seguros privados, que han comenzado a crecer captando sectores de mayores recursos y sectores de menor riesgo sanitario, dejando en el sector mutual un problema de desequilibrio poblacional mayor al que hubiérase generado por el envejecimiento natural de la población.

En sexto lugar, factores de la política pública de los últimos gobiernos que han tolerado una competencia “libre” y salvaje que ha sido la base para el enriquecimiento de un sector comprador de socios que, a pesar de estar prohibido, ha trabajado a sus anchas con el aval de muchas de las Instituciones, y que se apropia de una cuota parte creciente del excedente del sistema.

### **¿Qué ha pasado con la equidad en el sistema de salud?**

El sistema ha ido tendencialmente perdiendo la equidad y ha aumentado el grado de injusticia que se expresa al menos en tres niveles de análisis.

Entre el sector público y el privado, que lleva a una diferencia de 2,5 a 1 en el monto asignado por usuario en ambos sectores. Menos de 250 dólares en el sector público y más de 600 per cápita en sector privado.

Entre los trabajadores, existiendo para la misma función diferencias sustanciales según se trabaje en el sector público o privado, en Montevideo o en el Interior y otras diferenciaciones.

En el propio sistema mutual. La cuota única es ya de por sí un factor de inequidad, ya que para un ingreso de 20 mil pesos significa un aporte de 3% y para un salario de 5.000 un 12%. Recordemos que el origen del sistema mutual era de un jornal por trabajador, por lo cual pagaba más quien ganaba más.

Pero esta inequidad original se agrava desde 1993 cuando se liberan tiques y órdenes y entonces un enfermo puede llegar a pagar el doble que un sano y por ende la solidaridad intergeneracional y entre sanos y enfermos desaparece.

### **¿Cómo debería pensarse un sistema de financiamiento de la salud?**

Cuatro principios deben regir la estructura del financiamiento de un Seguro Nacional de Salud:

- El monto a asignar al sector salud y su distribución debe establecerse a partir de las necesidades asistenciales de la población y por ende la variable de ajuste debe ser el monto a financiar y no al revés como es hoy. En la actualidad se define cuánto dinero hay, y a partir de allí se delinea la estrategia asistencial hasta que alcance. El más claro ejemplo fue en la última comisión multisectorial en la cual, ante la propuesta de aumentar el pago por DISSE del BPS, (es decir pasar del 85% de la cuota que paga a hoy a 90%) el argumento para decir que no de parte del Ministerio de Economía y Finanzas no fue de orden sanitario, sino económico: no hay plata.

- Los usuarios deben aportar al sistema en función de su ingreso familiar y ello les da derecho a la cobertura total de servicios de salud.

- Las empresas deben mantener un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados.

- Las Instituciones (los llamados efectores de salud) deben recibir ingresos que les posibilite un adecuado equilibrio entre ellos y los costos de su atención.

Apartir del desfinanciamiento del sistema los liberales que predominan en el gobierno del país, insistieron durante los últimos años del gobierno anterior con un sistema que atendiera exclusivamente el último punto, es decir, que las instituciones equilibren sus ingresos con sus futuros costos, por lo cual plantean seguros privados al estilo ISAPRES chilenas en las que cada uno paga de acuerdo a los riesgos que tiene su atención. Ello en buen romance significa que una persona enferma tendrá una cuota más alta por tener más riesgo, lo mismo una persona de tercera edad, etc.

El resultado es: la atención en salud es una función proporcional a lo que se paga y

por ende los más ricos tendrán mejor y más amplia cobertura y los más pobres menos.

Por lo tanto, si ya la cuota única es injusta, la cuota proporcional al nivel de riesgo de las personas es la consolidación de las relaciones capitalistas de producción y el lucro en el sistema mutual y por lo tanto el alejamiento definitivo del carácter solidario y universal del sistema mutual.

### **¿Cuál es la propuesta de seguro nacional de salud?**

Estamos convencidos que es posible diseñar un modelo de financiamiento que cumpla con todas las condiciones expuestas más arriba. Proponemos un *seguro nacional de salud único y universal*. Dicho seguro presentaría las siguientes características:

- Los ciudadanos aportan al Seguro Nacional de Salud un porcentaje de sus ingresos familiares, con un mínimo no imponible (aunque no por ello deja de tener derecho a la cobertura) y tasas progresionales según ingreso y tamaño de las familias. Recordemos que el promedio de gasto en salud de las familias uruguayas ronda hoy el 10% y ello podría ser la tasa promedio, mientras que las tasas podrían ir de 5 a 20%, salvo la población exonerada de pago.

- Dicho aporte daría lugar a una cobertura integral del núcleo familiar en la Institución efectora de salud que la familia decidiera. La decisión de las personas se basará en pautas de calidad del servicio y no como hoy en los precios, en si se cobran o no órdenes, etc.

- Las empresas mantendrán su aporte como hasta ahora, es decir un 5% sobre la nómina de salarios.

- El Estado complementará dichos ingresos con un aporte presupuestal para llegar a la cifra requerida. Si tomáramos como base el gasto actual de 2.200 millones de dólares, el aporte del fisco debería ser de 800 millones, levemente superior al gasto actual de todo el sector público.

- Las Instituciones cobrarán al seguro el valor equivalente a las afiliaciones que capten con cuotas diferenciadas por prima de riesgo, siendo más caras según sexo, edad, etc. La clave del sistema es que la prima de riesgo la paga el Fondo, o sea solidariamente los sanos, para los de mayor enfermedad, los jóvenes para los viejos y así sucesivamente. Con ello compatibilizamos los puntos 2 y 3 de nuestros principios, es decir la justicia en el pago y el equilibrio de las Instituciones.

- Además se cobrarán copagos por tiques y órdenes iguales para todos con el único objetivo de officiar como moderador del gasto.

- El seguro elaborará una paramétrica para determinar la cuota mutual, teniendo en cuenta los costos asociados a cada tipo de afiliado (edad, sexo) sobre la base de la estrategia sanitaria definida y por ende los mayores costos por "abusos tecnológicos",

etc., serán pérdidas para las Instituciones.

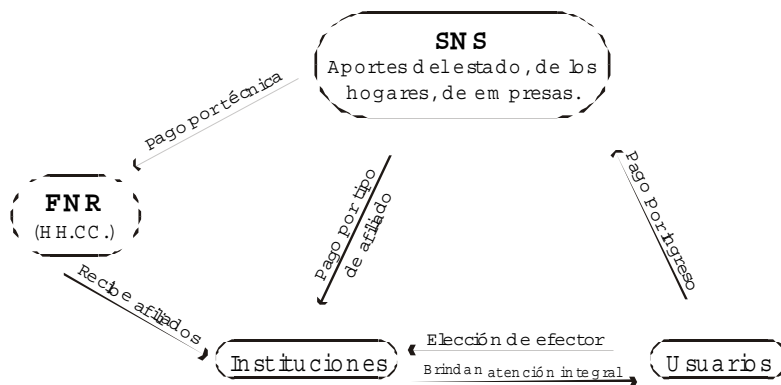
•Se definirán sobrecuotas que el Fondo le pagará a las Instituciones en función del cumplimiento de ciertos objetivos de la política de salud, como por ejemplo un plus por estrategias de atención primaria u otras compatibles con la estrategia sanitaria definida.

•Los efectores de salud entonces podrán ser públicos o privados, podrán constituir redes de atención o alianzas estratégicas para mejorar la calidad de sus servicios y obtener una mayor afluencia de afiliados. Pero lo que ya no cabrá será la competencia por precios, liberación de pagos de tiques u otras formas de competencia que no hacen a la calidad del servicio sino al manejo financiero.

•El seguro será administrado por una Superintendencia de Salud con participación del MSP, los usuarios, las Instituciones y los trabajadores. El tema del control financiero, pero sobre todo de la calidad de los servicios, es una clave central de esta propuesta.

•Por último es necesario la regulación en monto, precio y calidad de la tecnología, rol que -junto al de la formación de recursos humanos-, debe corresponder al Hospital Universitario, quien debe progresivamente ir asumiendo la prestación global de dicho servicio.

El sistema gráficamente funcionaría de la siguiente manera:



### ¿Qué otros elementos adicionales es necesario ver?

Este proyecto debe seguir profundizándose, pero creemos que éste es el único camino para fortalecer el sistema de salud desde la perspectiva social. A su definición podrían agregarse elementos tales como los siguientes.

•El Estado sumirá la tarea de regulación del precio de los medicamentos, sea a través de estrategias de ente testigo, sea a través de coordinar centrales de compras para las instituciones, con el agregado de la definición (ya establecida en la comisión multisectorial) del vademecum único de genéricos.

•El sistema debe ser gradual en su aplicación. Se requiere de Instituciones en igualdad de condiciones para competir y por ende son necesarias fuertes inversiones en los hospitales públicos para transformarlos en empresas públicas (o en una sola empresa diversificada) que formen parte del entramado institucional del nuevo sistema de salud, incluyendo en esa misma lógica los servicios de salud municipales.

•Por ello proponemos un plan de financiamiento en inversiones y gastos de funcionamiento en estos hospitales extra al presupuesto (ya que éste va al Seguro) del orden de 50 millones de dólares anuales.

•Al mismo tiempo, mientras se consolida el rol del Hospital Universitario, es posible que las técnicas altamente especializadas sigan desarrollándose en los IMAEs privados contratados por el Hospital Universitario, con precios y parámetros definidos por el seguro.

•Al mismo tiempo, se requieren procesos de fortalecimiento en el sector privado.

•Finalmente también es necesario un rol regulador y ordenador del Ministerio de Salud Pública en línea con esta visión del sistema y del seguro de salud, cuestión sobre la que, al menos, se ven avances en esta Administración, respecto a tres administraciones anteriores, cuyo objetivo claro era destruir el sistema colectivo y abrir camino a un sistema de seguros privados.

•Para que el dinero resultante del Fondo no se distribuya inequitativamente dentro del sistema, es necesario un laudo salarial único para todo el sistema, independientemente del lugar de trabajo y un tope de remuneraciones cuya instrumentación debe estudiarse para que opere como un factor de redistribución de ingresos, sin operar como desestimulador de trabajo.

•Es imprescindible una integración universal de todas las instituciones a este sistema con la obligación de prestar todos los servicios, impidiendo que como hoy los seguros parciales de empresas con fines de lucro distorsionen el funcionamiento. Mientras dure el período de transición (ya que luego dejan de tener sentido) debe irse a un sistema de fuertes imposiciones tributarias a dicho sector, con un gravamen sobre la salud privada no mutual en términos de IVA y su inclusión en el impuesto a la renta de las empresas de industria y comercio.

•Se trata de superar la sola atención a demanda, implementando desde los efectores de salud y otras instituciones educativas, sociales, culturales, etc, programas de prevención, educación y promoción de la población sana con énfasis en los grupos

de riesgo.

- Será un principio general en el proceso hacia la conformación de un sistema nacional de salud, la participación de los usuarios y de la comunidad en la consideración de los problemas de salud, en las decisiones y la gestión de los factores.

- La descoordinación, superposición y fragmentación de la actual atención de salud será enfrentada por una promoción de mecanismos de coordinación y uso racional de los recursos, desde la conformación de sistemas locales a la de redes asistenciales a nivel nacional.

### **¿Cuáles son los aportes del seguro a la resolución de los problemas del sistema?**

- Su aporte a la equidad es obvio: cada uno pagará de acuerdo a sus ingresos y recibirá atención de acuerdo a sus necesidades.

- Su aporte a la reducción del costo de los medicamentos se sustenta en la estrategia concertada de compras y vademecum.

- Su aporte a la reducción de gastos superfluos de marketing se basa en la eliminación (no solo por ley sino por la vía de los hechos) de los compradores de socios y de otras estrategias asociadas a competencia desleal.

- Su aporte al problema del envejecimiento se basa en las cuotas diferenciales pagadas por el seguro y no por la gente, con lo cual se supera el problema sin quebrar la equidad intergeneracional.

- Su aporte al despilfarro tecnológico se basa en la regulación tecnológica del Estado y la Universidad y a su ubicación como costo en función de las verdaderas necesidades asistenciales en la nueva parámetro.

- Su aporte al desfinanciamiento y la inequidad salarial se sustenta en el laudo único y los toques salariales.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

MESA REDONDA

## LA VISIÓN POLÍTICA

Dr. Jorge Bermúdez



Primero quiero agradecer en nombre de la FUS por esta invitación que sin duda es para nosotros un gran placer y una responsabilidad. Digo que es una responsabilidad porque nos parece que lo que estamos debatiendo no solo aquí sino en el conjunto de la sociedad uruguaya, no es solo el futuro de las IAMC, sino del sistema, del mutualismo, que es una actividad fuertemente establecida a lo largo de los años y que paulatinamente ha venido siendo jaqueada por distintos problemas, distintas dificultades donde hay muchas responsabilidades compartidas.

No voy a repetir datos que ya se dieron aquí, estadísticas, números sobre cuál es la realidad de hoy y cómo la podemos ilustrar.

Una cuestión fundamental para nosotros, para la FUS, es que la discusión sobre la salud no es una discusión de números, es una discusión sobre personas y el proyecto de país y salud al que apuntamos los trabajadores, es un país en el cual todos tengan la posibilidad de acceder a la salud en forma igualitaria. Creemos que la salud, al igual que la educación, es una inversión de las políticas sociales de los países, no puede ser una carga, no puede ser mirada solamente como recursos materiales que se pueden malgastar o no.

Esa es una diferencia sustancial que creemos debemos hacer ante diversos planteos que se levantan, a los que hemos asistido en los últimos años de los fundamentalismos más ortodoxos del liberalismo que planteaban que la asignación de recursos al Sector de la Salud, pasa básica y exclusivamente por el mercado.

Aquí encontramos unas características para nosotros principales de la crisis estructural que atraviesa el sistema de la salud en su conjunto y en particular el Sector de la Salud privada.

Una crisis estructural cuyos primeros responsables son las sucesivas administraciones en materia de Salud Pública, la ausencia de políticas de salud y las orientaciones en las políticas sociales que han tenido los distintos gobiernos desde 1985 hasta la fecha.

Creemos que la máxima "menos estado, más mercado", nos ha llevado entre otras cosas al deterioro constante del Sector.

Podemos identificar algunas causas y cuáles son las consecuencias que ellas han generado, entre ellas el rol del Estado, la creación de políticas en materia de salud y la ausencia de ellas, eso ha llevado a la irracionalidad del Sector, a la competencia permanente entre las Instituciones por un mercado que cada día es más pequeño.

Esta falta de racionalización en el uso de los recursos ha llevado a la superposición de servicios, a la introducción de tecnología en el sector sin medir las consecuencias, sin saber a qué mercados apunta, sin tener claro cuáles son las reales necesidades de la población, porque muchas veces esta tecnología se ha introducido basados exclusivamente en servir al mercado y con fines de lucro, en un sector que claramente establece que es sin fines de lucro.

Ahora bien, también están los corporativismos de grupo que justamente están interesados en aumentar sus ganancias en el sector basándose en la ausencia de políticas de tecnología del sector.

### **El sector privado hay que diferenciarlo en dos áreas:**

Un área conocida como mutual, donde la máxima en su momento fue que la atención de los enfermos era financiada por los sanos y la del viejo por el joven, donde tenemos a las IAMC: las mutualistas, de las que quedan pocas, y las cooperativas médicas, que son la mayoría.

Por otro lado tenemos un sector sin ningún tipo de regulación que sí tiene fines de lucro y compite directamente con el mutualismo. Estos son los seguros parciales: seguros quirúrgicos, emergencias móviles y últimamente la introducción en el país de grandes grupos económicos multinacionales que en una de sus ramas, compiten directamente en el área de la salud.

Nosotros estamos convencidos que debemos trabajar para fortalecer el Sector de la Salud privada y a las IAMC, en detrimento de un sector que sí claramente tiene fines de lucro.

Algunas cifras que nosotros podemos manejar son: una deuda global de U\$S 300 millones del conjunto de las Instituciones del Sector; un déficit operativo del 8% mensual; en los últimos cuatro años cerraron 5 Instituciones; la pérdida de 4.000 puestos de trabajo

en 5 años y la desafiliación de 85.000 usuarios en los últimos dos años, de los cuales 35.000 son de Instituciones del interior del país.

La visión que tiene la FUS es que el sector mutual va camino a la concentración en pocas grandes Instituciones que justamente detentan la mayoría de los recursos técnicos económicos y humanos en el sector.

Esto se da justamente porque la competencia entre las propias Instituciones, la falta de racionalización nos lleva a que las Instituciones más fuertes sobrevivan.

La FUS, que además de reclamar durante todos estos años soluciones a la crisis, ha tenido la capacidad de generar propuestas alternativas -y eso lo decimos con cierto orgullo, convencidos además que ha sido la misión histórica del movimiento sindical en el momento de mayor crisis del país-, siempre ha levantado planteos alternativos para salir de la misma.

Durante muchos años reclamamos la creación de una instancia de discusión con la participación de todos los actores del sector privado para buscar entre todos las soluciones. Esos esfuerzos fructificaron cuando por primera vez, y hay que reconocérselo a esta Administración de Gobierno, se concretó en enero del presente año, una comisión llamada multisectorial, que tuvo un antecedente en marzo del 2000, y que elaboró una serie de propuestas de soluciones a la crisis.

Básicamente la FUS planteó en ese documento -y así fue recogido y acordado por los actores privados allí presentes-, cambios en el modelo asistencial apuntando a un cambio en el modelo de salud acentuando la atención primaria en salud, cambios en el modelo de gestión de las propias Instituciones (hay que reconocer que la mala gestión de muchas de ellas ha sido responsable de las situaciones que viven), racionalizar la incorporación de tecnología y definir cuáles son las necesidades de la población y en función de una política adecuada ir hacia lo que hace a la creación de una política nacional de medicamentos, la creación de un vademecum único, como forma de limitar también a las ganancias de las multinacionales de medicamentos con respecto a la situación del sector. Además, hoy están en discusión los préstamos del BID. Para la FUS estos U\$S 75 millones -que empezarían a llegar a partir de diciembre- deben estar básicamente asociados a algunos elementos, lo que podemos resumir en una idea: no plata para más de lo mismo, no plata para seguir manteniendo situaciones que han llevado a este momento tan crítico. El Sector necesita imperiosamente cambiar para fortalecerse.

Nosotros entendemos que existe una desigualdad en la distribución de los recursos del Sector. Ahí el tema del corporativismo. Tenemos un Sector en crisis con esta deuda global, sin embargo existen pequeños núcleos que perciben promedialmente salarios de hasta U\$S 25.000 mensuales: el 3,5% del total del personal ocupado del sector privado de la salud con ingresos más altos percibe el 18% del total de la masa salarial.

Este grupo está formado por cirujanos, anestesistas, gerentes y administradores. Creamos que esos recursos se deben racionalizar y también, como una forma de comenzar en forma inmediata a superar la crisis, topear en forma transitoria los salarios del sector en dos canastas básicas familiares por todo concepto. Podemos discutir de qué manera lo hacemos, podemos discutir el peso y la forma de la distribución del salario médico, pero lo que es indudable es que en un sector con esta deuda, con esta situación, nadie debería ganar U\$S 25.000 por mes.

Ahora bien, la propuesta de la FUS además pasa por medidas de impacto inmediato

y en ello por ejemplo el aumento a las IAMC de la cuota DISSE. Aumentando solamente un 5% en el pago de la cuota DISSE tendríamos U\$S 12 millones más al año para el Sector. Además planteamos medidas de carácter inmediato que pasan por ejemplo por el rechazo a la aplicación del IVA en la salud y en eso el conjunto de los actores han tenido una opinión unánime, cosa que nos congratula, porque aplicar el 19% de IVA a la salud significa una aumento de cuota de un 10% en forma casi automática, con lo que estamos aumentando la desafiliación del Sector.

Proponemos además que la cuota mutual tenga un carácter distinto, que se pague la cuota mutual de acuerdo a los ingresos del núcleo familiar, porque debemos respetar los niveles de ingresos tomando en cuenta que el gasto promedio en salud de los hogares uruguayos es del 12 % y sin duda tiene un peso sustancialmente distinto en los hogares de menores ingresos que en los hogares de mayor ingreso en la cuota única.

Esto además debe ir de la mano de la coordinación y complementación de servicios entre las Instituciones de tamaño medio. Una forma de enfrentar la concentración en las grandes Instituciones, es que las de menor tamaño se complementen. Aquellas que tienen capacidad ociosa en cuanto a la internación y venta de servicios con aquellas que compran dicho servicio.

Busquemos la manera, planteemos estrategias de coordinación y complementación. Lo que sí es claro es que no puede seguir habiendo una competencia por momentos feroz entre Instituciones que tienen un tamaño determinado por un segmento del mercado al cual es muy difícil acceder. Tengamos en cuenta que las empresas de punta del Sector gastan U\$S 1,5 millones en publicidad y marketing mientras que las empresas de menor tamaño, jamás podrían llegar a una cifra similar.

En definitiva, nuestro objetivo es evitar el cierre de Instituciones y fortalecer el Sector.

Creemos además que hay que apuntar a la creación de un sistema nacional de salud, característica que ya marcó el economista Daniel Olesker, que además es asesor de nuestra Federación y del PIT-CNT, y creemos que hay que apuntar al fortalecimiento del Sector.

Para finalizar en el día de hoy nuestro gramio hizo llegar al Presidente de la República una carta donde el final define la concepción de la FUS en esta materia, y me permito leerlo:

"La FUS considera que la falta de aplicación de los acuerdos firmados en la comisión multisectorial ponen en riesgo la asistencia de los pacientes, las fuentes de trabajo y la propia estabilidad del sector. Los trabajadores proponemos cambios que favorezcan a la población y permitan mantener el empleo. Proponemos transformar el mutualismo preservando las mejores tradiciones sanitarias del país hacia un sistema único nacional de salud."

Creemos que cada uno manteniendo su lugar, los funcionarios el que les corresponde, los administradores de Instituciones el que tienen que tomar, una participación directa del Gobierno y el sistema político en general, gran ausente de esta discusión sea del lana partidario que sea, no ha operado en forma profunda la transformación que el sector

necesita, pero igual creemos que hay espacios para avanzar. Pero debemos hacerlo en tono de igualdad, de equidad y de respeto para que no sea sólo una parte la que termine pagando los costos de esta crisis.

Es un compromiso fundamental en este Uruguay del siglo XXI, transformar el Sector para fortalecerlo, para mejorar la atención de la gente y no transformarlo para terminar en que cada día los uruguayos tengan menos salud y que sea más cara. Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Dr. Barret Díaz



Muchas gracias a los organizadores del evento por la oportunidad de participar en un intercambio de ideas que hace a la esencia metodológica de lo que aquí necesitamos, que es el intercambio, la comprensión, la complementación para apuntar a soluciones.

El tema en debate apunta a las posibilidades futuras de la medicina colectiva en nuestro país y en cierto modo da por supuesto algo que compartimos, que es la necesidad de una medicina colectiva. Los problemas del proceso económico de la salud excluyen otras modalidades de financiación, de administración y plantean el tema de la escala que tan importante es en países como el nuestro, de tamaño reducido y bajas tasas poblacionales, de tal manera que la absorción de altos costos fijos y la búsqueda de la eficiencia presuponen trabajar el tema de la escala en la base de los sistemas organizativos de la atención de la salud. Yo debo limitarme por una cuestión de tiempo y voy a señalar los títulos de los temas que considero que hacen al diagnóstico y a las soluciones de este problema de la medicina colectiva y su futuro en nuestro país, de modo que el éxito estará en seleccionar aquellos títulos que sean más importantes y desarrollarlos está en la base de lo que hacemos cotidianamente y que no es posible en el marco de este debate de hoy.

Todos somos responsables de los problemas que se están viviendo, es obvio señalarlo

pero hay que adjudicarle a cada uno, en escala de títulos, las responsabilidades principales que le caben.

Mucha responsabilidad, es obvio en una sociedad como la nuestra con tanta influencia del sector estatal, proviene de las políticas oficiales o de la política oficial a lo largo de los muchos gobiernos que la han encarnado en una continuidad formidable desde el punto de vista de los sectores sociales a los que se responde, y no parecen haber tenido especial simpatía hacia un sistema colectivo que le ha solucionado con el aporte participativo de vastos sectores de trabajadores médicos y no médicos, el problema de la asistencia de la mitad del país.

Fue a principios de la década del 90 que el Estado distorsionó la esencia solidaria del financiamiento del sistema denominado mutual, a través de una distorsión del rol de los co-pagos convirtiéndolos netamente en recaudadores excediendo ampliamente sus necesarios fines de mínima regulación.

Fue también el Estado el que ha señalado un sistema de hiper-regulación de las IAMC, para colmo, errático, como ha sucedido con el IVA a la salud, primero con un 20%, luego sustituido por un impuesto específico, ahora en otros valores y que contrasta con la extrema liberalidad con que se habilita la competencia de los sectores de los seguros parciales. Es también de la esfera estatal que proviene la distorsión de la ecuación entre el costo y el precio a través de parámetros tradicionalistas, tozudamente mantenidas, en tanto la realidad no se compadece con ella y ha tenido que absorber tecnologías y costos imprescindibles para una atención decorosa de la salud.

Pero decía como todos coparticipamos en las responsabilidades, en el tema de la escala ejemplo, múltiples pequeñas Instituciones vivieron una larga etapa de presunta autosuficiencia en la que no se advertía que el tema de la escala iba a llevar a un mal desenlace, pero ayudó y ayuda el Estado a no solucionar el tema, no cumpliendo la promesa vertida por todos en la etapa pre-electoral de extender los mecanismos de financiación de la Seguridad Social a través de nuestro Banco de Previsión Social o manejando la posibilidad del IVA a los diversos sectores de la salud, dificultando por lo tanto la venta recíproca de servicios que haría al mecanismo de la complementación interinstitucional que tan necesaria parece.

De modo que allí, públicos y privados compartimos responsabilidades y sin duda hay que asignarle al rubro específico de los particulares, de las Instituciones, el tipo de competencia apuntando a la alta tecnología, a costos desmedidos en propaganda y promotores, buscando a veces formas de competencia por los sectores etarios más convenientes, no siempre leales, y también atribuirles exclusivamente a los sectores privados el tipo de gestión administrativa artesanal e ineficiente, no siempre cristalina, que se ha manejado en nuestro medio. Yo puedo remitirme simplemente a lo que la prensa informa a través de las comparecencias en estrados judiciales, de muchos connotados participantes en la dirección de algunas Instituciones.

Decía, seleccionando títulos para apuntar a la salida, que un problema tan complejo que se viene arrastrando desde hace tanto tiempo no se compadece con ninguna salida simplista, todos cuantos miramos la gravedad del problema tenemos la tentación de apuntar a la masa de las remuneraciones personales. Es tentador porque allí está y se presta a la acción de las tijeras, que las empuñen unos u otros, no hace diferente el resultado, el simplismo no sirve.

Sirve sí que las remuneraciones respondan a bases racionales de composición que premien la calificación, la especialización, la antigüedad, el ascenso escalafonario, que no destruyan las jerarquías escalafonarias mediante corsés incompatibles con una racionalización de la función que apunta a futuros logros en productividad.

De modo que los diversos afanes restriccionistas sobre la masa salarial provengan de uno u otro signo, son muy peligrosos y pueden apuntar a la reducción de la calidad de este sector que si llega a ser visto como de calidad secundaria, arriesga la permanencia de los casi 200 mil abonados particulares que aún tiene, que podrían desertar hacia la competencia de seguros parciales que desde el exterior podrían instalarse con mucha competitividad ante instituciones privadas que perderían lo mejor de sus recursos humanos por vía de recortes remunerativos no racionales. Así que cuidado, seamos prudentes y démosle una base racional a las estructuras remunerativas.

Creo que todos estamos profundamente preocupados y buscando soluciones. El SMU hace dos años formuló su denominado Documento de Solís, que sienta las bases conceptuales para la reforma del Sector Salud, de propuestas muy concretas, algunas de las cuales han sido reflejadas en la prensa como de interposición de una Superintendencia que recaude el aporte solidario, equitativo de los usuarios, y luego lo redistribuya entre los sectores asistenciales según el tipo de población cubierta y el costo que le implica a cada Institución, como una manera de sanear la competencia quitándole la búsqueda de los sectores de menores costos por razones de edad o lo que fuere y por lo tanto ambientando la competencia basada sí en la calidad.

También otras propuestas como la política nacional de tecnología, de medicamentos y mejoras en las diversas modalidades de gestión tanto administrativa como asistencial.

Para terminar lo que diría es que dejemos la tentación de una solución mágica, porque la mejora de este sector va a pasar por sucesivos escalones de perfeccionamiento. Un modelo "macro" global de la salud óptimo, poco impacto práctico puede tener en realidad si no se complementa con una mejora "micro" de la gestión, o sea, aquellos que son los microgestores cotidianos, los trabajadores médicos y no médicos, los administradores, todos los que cada día participan en el proceso de la salud, por lo tanto participan en generar el proceso económico implícito que tanto problema nos ha creado, tengan conciencia del rol que están jugando en un proceso social como el de la salud tan caro, tan sensible para toda la comunidad y que por lo tanto el alcanzar a los micro gestores con la conciencia de ello, debe ser concebido como un largo proceso donde cada día tenemos algo para hacer.

Nosotros apuntamos a que nuestro Documento de Solís pase a ser traducido en proyectos alternativos concretos. Este viernes 7 de diciembre vamos a realizar una jornada al respecto, preparatoria de otra con mayores aportes técnicos que se realizará a principio del año próximo. Para ello hemos invitado ya a diversos sectores y lo hacemos aquí extensivo para todos, a participar de dicha jornada en el local de nuestro Sindicato Médico.

Como les decía, todos los días hay algo para hacer y hoy ha sido estar acá con Uds. y participar en esta jornada de debate que realmente nos ha resultado muy productiva. Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Dr. Natalio Blankleider



Como Presidente del Plenario de IAMC fui designado para emitir una visión política y quiero muy brevemente por razones de tiempo, contarles cómo y por qué nos imaginamos, con los compañeros del Comité Ejecutivo del Plenario, la realización de este evento.

Primero que nada queremos manifestar que estamos profundamente preocupados, como Cámara, por la evolución de los acontecimientos que tienen que ver con la Salud de nuestro país. Entendíamos que alguien tenía que hacer una contribución o iniciar una contribución en un camino que seguramente es más complejo que un solo evento, pero para que empezáramos a pensar todos juntos, no unos por un lado y otros por el otro, como si siempre tuviéramos que oponer visiones de una determinada realidad, como si siempre fuera obligatorio tener antagonismos en esas visiones.

Se nos ocurrió entonces plantear un evento en el cual pudiéramos escuchar a distintas personas que de alguna manera son protagonistas o marcan, aquí y en otros lugares, la visión sobre la reforma de los Sistemas de Salud.

Nosotros estamos convencidos que estamos transitando por un proceso de reforma que recién se inicia activamente, pero esto no es una simple reestructura del Sector Salud, creemos que esto va a profundizarse progresivamente y nos parecía importante que en la

profundización de la discusión participáramos todos juntos.

Por eso es que de alguna manera quisimos invitar al Poder Ejecutivo, a los legisladores, a los dirigentes del Sector IAMC, a los dirigentes del sector no IAMC y a los trabajadores también, es decir, a todos aquellos que tuvieran algo que proponer.

Decidimos entonces, como habrán visto, hacer esto en tres etapas: una primera etapa que fue un bloque con invitados del extranjero, en el cual nos contaron acerca de la reforma en algunos países de Latinoamérica, un segundo bloque nacional donde gente del país nos contó acerca de la crisis, de los orígenes y algunas de las expectativas sobre puntos que aún generan mucha fricción y un tercer bloque técnico donde distinguidos economistas nos dieron su visión acerca de cómo solucionarían, hacia un futuro más mediano, los problemas del sector.

Sin embargo tenemos problemas inmediatos, y en esos problemas inmediatos es que estamos trabajando todos, y justamente en esos problemas inmediatos es donde hemos tenido antagonismos.

Nosotros entendemos que no han sido favorecedores los antagonismos, entendemos que el no haber discutido ha permitido que se impusieran determinadas políticas circunstanciales que fueron perjudiciales para el Sector, de las cuales algunas ya fueron mencionadas hoy como el IVA, pero el que se votó primero del 14% en la Ley de presupuesto sustituido luego por el impuesto específico a los servicios de salud (IMESSA), luego la implantación del COFIS que afecta al Sector Salud. Esos dos impuestos que sustituyeron al 14% del IVA significaron, ni más ni menos, 4 puntos que pasan de los afiliados del sector a las arcas del erario público, que seguramente los precisa, pero los saca de un sector que también los precisa para su proceso de reestructura y de reforma.

Nos preocupaba también la eventual incorporación del IVA del 19% como fue mencionado por quienes me antecedieron y que nosotros hemos trabajado junto con la agrupación de Cámaras de la salud, todos los componentes del sector salud del país, tratando de influir en quienes tenían que legislar sobre este tema -creemos que exitosamente-, y aquí felicito a los compañeros de la Cámara que han trabajado tan duramente.

Realmente no es mi intención generar polémica con estos recuerdos que traigo acerca de las cosas que nos preocupan, sino sólo decirles que el Plenario del IAMC desde el año 1998 ha venido trabajando muy fuerte en la producción de documentos que han sido esclarecedores y que han colaborado en la toma de posición de todos los integrantes del Sector Salud. Hoy mencionaba el Ec. Ramos el documento de febrero de 1999, del cual fue coautor, y que realmente creo que marcó un hito, un documento en el cual participamos fuertemente con FEMI y con UMU, aunque UMU finalmente no lo hubiera firmado.

Por último, para mí más que definir posiciones políticas desde el Plenario hoy, me parece que lo que ha sido más importante es que 350 personas vinculadas al Sector han pasado hoy por aquí en uno u otro momento, prestando atención a lo que estaba diciendo gente que sabe más que uno mismo de todos estos temas y que probablemente hayan llevado algún matiz en sus visiones que pueda permitirnos avanzar juntos en la búsqueda de soluciones para el Sector IAMC y para todo el Sector Salud del país, para bajar el gasto en salud, de ser posible, y si no por lo menos no aumentarlo, para pensar en cómo se puede seguir trabajando en un país que tiene menos Instituciones de asistencia pero

que mantiene el mismo número de puestos de trabajo para los médicos, en un país donde se reciben aproximadamente 400 médicos por año, un país que carece de otros trabajadores del sector salud en cantidad suficiente y va a seguir careciendo seguramente en un futuro próximo, en un país en el cual todavía, en lo personal no he escuchado a nadie que visualice la salida de los problemas de la salud, con un sector público y un sector privado que finalmente coincidan en una única línea de trabajo definiendo no solamente niveles de asistencia equivalentes, sino estándares equivalentes, para evaluar estándares de calidad, para evaluar los servicios que definan niveles salariales equivalentes, en fin, una serie de preguntas que nos quedan para trabajar en conjunto y no con medidas que surjan de un sector y merezcan respuestas de otro sector.

Nosotros creemos que el sector privado ha dado muestras de madurez y de capacidad de iniciativa como para compartir con el sector público las definiciones que estamos obligados a tener en el futuro. Agradezco al Sr. Coordinador.

Sr. Hércules Mazzucchelli



En primer lugar, agradezco al Plenario por haberme incluido en este panel.

Sinceramente quiero expresar mis felicitaciones al Plenario por la iniciativa de reunimos y creo que este es un hecho compartido por todo el Sector, de lo contrario no tendríamos en este momento la concurrencia que todavía se mantiene.

Además mi agradecimiento a las autoridades del MSP, porque no han venido sólo a hacer acto de presencia, sino que han seguido todo el debate desde la primera hora de la mañana hasta ahora.

Yo quería hacer una reflexión, porque hemos oído el tema crisis, la palabra crisis en repetidas oportunidades y yo me pregunto, ¿crisis en lo asistencial? Definitivamente no, lo demuestra el hecho de que hay varios sectores de la población que quieren ingresar a la medicina colectiva, y en las encuestas que se realizan, los entrevistados manifiestan una opinión positiva para las Instituciones.

Debemos reconocer que la medicina de punta en el Uruguay la tienen las Instituciones Médicas Colectivas, entonces yo no veo demasiada urgencia en introducir modificaciones en los aspectos asistenciales, el problema es en lo financiero, es decir la comparación de los ingresos y los egresos, no cierra.

Entonces, ante la pregunta de qué pasa con los ingresos, la respuesta es que los ingresos no se pueden aumentar porque la capacidad adquisitiva de la población no permite aumentar el precio de las cuotas, porque si no va a producirse una disminución de la cobertura, con lo cual lo que se podría ganar por un lado se pierde por el otro.

Entonces tenemos que mirar qué pasa con los egresos, tenemos que ser eficientes en materia de egresos; entonces empezamos a mirar qué pasa con el gasto en materia de retribuciones personales, y resulta que tenemos un problema de superpoblación médica. Pero lo que pasa es que este problema nace en la década del 50 cuando el exceso de médicos que no conseguían una auténtica fuente de trabajo en las Instituciones mutuales ni en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico, empiezan a crear cooperativas médicas o centros de asistencia gremiales (la fórmula era la misma), y ese problema que tiene 46-47 años todavía no es abordado y hace 3 años, me parece, un decano saliente de la Facultad de Medicina afirmó en una entrevista periodística que no era excesivo el número de médicos que tenía Montevideo. ¡Porque este es un problema específico que tiene Montevideo!

Hay que medir las consecuencias que tiene el problema de la superpoblación médica en la inducción de la demanda, en la aparición de subespecialidades muy particulares, etc.

Cuando uno dice a un extranjero que el régimen de trabajo es un sueldo base, ridículo, de \$4.000 por 6 horas semanales, es una hora por día, o tres consultas de dos horas o dos consultas de tres horas, es algo difícil de aceptar. Esa realidad tiene mucho tiempo de vigencia en el país y no siento que haya una opinión formada, expresa, que quiera cambiar eso, por lo menos empezar a ponerle un freno hacia el futuro porque nadie quiere dañar las situaciones ya creadas.

Otro tema son los horarios de trabajo de los funcionarios no médicos. Yo no digo que vayamos a agredir a los que ahora están trabajando 6 horas, pero esas 6 horas de trabajo fueron creadas por una decisión gubernamental del año 1971 cuando la congelación de precios y salarios. Esta resolución fue tomada porque había una demanda gremial de un 60% de aumento y el Poder Ejecutivo quería dar nada más que el 15%, porque había congelación de precios. Entonces se hizo una transacción y el Poder Ejecutivo otorgó 6 horas a todos el personal, salvo el administrativo que siguió haciendo 7 horas. En el futuro esto va a tener que cambiar, la gente que ingrese al sistema no puede seguir con este tipo de privilegio.

El costo de la cobranza en las Instituciones se ha visto sobredimensionado porque en un momento determinado el Poder Ejecutivo, también en aquella época de congelación de precios y salarios, quiso darle a las Instituciones un aumento de cuota para inversiones, pero si decía aumento de cuota entraba en la canasta y en el aumento de costo de vida, pero si decimos sobre-cuota, queda bárbaro. Pero entonces, de acuerdo con el laudo de 1965, los cobradores reclamaron un 5% por la cobranza de la sobre cuota (que era el régimen que tenían las Instituciones para equilibrar sus déficit anuales, que emitían una sobre cuota una vez por año). En ese momento las Instituciones dijeron que eso en realidad no era una sobre cuota, sino que integraba el valor de la cuota, los cobradores reclamaron judicialmente y como resultado, todos perdimos los pleitos y la cobranza se ha visto agrandada por este motivo.

En el año 1993, la Unión de la Mutualidad del Uruguay tuvo que soportar la huelga de los anestésico-quirúrgicos, en aquel momento estaba integrada por 3 instituciones:

Hospital Evangélico, Casa de Galicia y la Asociación Española. Después de aguantar durante 3 meses el conflicto, la solución fue aceptar los salariales exigidos y a cambio quedaron liberados los tiques para financiar el aumento correspondiente, creando una diferenciación dentro de la actividad médica que ha generado enormes resistencias.

Por otra parte, nunca han habido disposiciones que reglamenten el ingreso de personal ni normas que regulen o que limiten las necesidades de amistades o parentescos que ya se han mencionado antes, y esto en lo que se refiere a los aspectos de recursos humanos, pero también está el tema de los servicios.

Aquí me gustaría poner de relevancia algo que, tal vez por los años que tengo o por haber conocido el desarrollo de la medicina desde el año 1958 en que empecé a trabajar en actividades honorarias, yo me pregunto, no ya desde 1958, sino desde el '70 hasta acá, en estos últimos 30 años, ¿qué había en materia de imágenes? Sólo la radiografía, la placa radiográfica, mientras que ahora tenemos la tomografía, la ecografía, el ecodoppler color, la fibroscopía, la tomografía computada y la resonancia nuclear magnética. Parece que se multiplicaron las imágenes y algunas no son de uso de alta tecnología, como por ejemplo las ecografías, al principio era una por embarazo pero ahora es algo muy común.

En cuanto a los procedimientos de laboratorio, en 30 años se multiplicaron por 16, sin considerar la biología molecular que es lo que se viene ahora.

En cuanto a los hospitales, antes eran camas convencionales, ahora en cambio tenemos cuidado progresivo, CII, cuidado intermedio, cuidado convencional y además los CII se van sumando porque uno es polivalente, el otro es pediátrico, el otro es para determinada cirugía, etc.

Las medidas posibles que habría que encarar para poder regular y obtener el equilibrio entre ingresos y egresos son:

- En primer lugar, hay que regular la producción de profesionales médicos, hay que decirlo claramente, no pueden seguir egresando los cientos de médicos que se están recibiendo por año.

- En segundo lugar, hay que procurar modificar los regímenes de trabajo para poder, en un proceso paulatino, desgravar los costos que significan algunas excepciones.

- En tercer lugar, hay que definir una canasta básica de prestaciones, porque si en 30 años hubo una multiplicación de técnicas de imágenes y de laboratorio como se ha descrito, qué nos espera en los próximos 30 años. Dicen que en 50 años el conocimiento científico se multiplica por 100, si eso es así, las aplicaciones tecnológicas también, entonces, si no definimos una canasta básica por lo que es una cuota mutual, el problema va a seguir aumentando y el desconcierto va a ser total.

Muchas gracias.

Dr. Ítalo Mogni



Primero quiero agradecer a la Comisión Organizadora y al Plenario por la invitación para estar hoy acá rodeado de amigos y aportar a los compañeros, a los presentes, una visión del Interior, sobre un tema apasionante como es la medicina que ni siquiera es un tema fácilmente medible.

Esa visión del médico y de las empresas en manos de médicos, es en sí mismo un hecho que existe en el país, nos guste o no nos guste. Con nuestros amigos los economistas, a quienes escuchamos con atención y de quien tanto aprendemos, a veces tenemos ciertos desencuentros.

La visión economicista, la fuerza con que debe manejarse este costo, la forma de solventarlo, de financiarlo, es un hecho que a nosotros no nos enseñan y a los economistas sí. Eso nos permite algunas locuras que nos tomamos, que implica por ejemplo que en el Interior del país donde vive más de la mitad de la población uruguaya, existe un sistema asistencial que fue copia de la Capital, nacimos en una realidad muy especial, sin trascendencias académicas, con una catalogación a veces fácil del médico de campaña

aquello de "burro y rico". Pero tuvimos que insertarnos en esta realidad, fruto de eso, aquí estoy yo, un médico rural jugando a estar en las grandes ligas.

Ese Interior aprendió cosas y con ciertas habilidades también evitó cometer los errores que la Capital todos los días nos mostraba. Ese Interior donde los ingresos económicos son la mitad por cada casa de familia, que tiene muy baja cantidad de afiliados individuales, no llega al 20%; un Interior donde los médicos forman una parte importante de la sociedad donde están insertados, con Instituciones que están muy visibles a las sociedades donde nosotros vivimos, donde el médico es alguien con nombre y apellido y con una relación público-privado que es mucho más rica que acá, en el Interior el médico vive en tal casa, los domingos va a tal lado y además va al Hospital, lo que crea una menor sensación de orfandad asistencial, con lo que hay menos incentivo para la afiliación al sistema.

Como consecuencia de esto, en el Interior solo 500.000 personas se afilian al sistema por diferentes mecanismos, recordemos que Montevideo, con menos población, tiene 1.000.000 de afiliados.

Eso nos fue llevando a que esos recursos, dividido entre las 23 Instituciones que nosotros tenemos que manejar, hace que tengamos que ser muy prolijos en su manejo en su administración.

Nosotros somos ineficientes por naturaleza, estamos divididos en 20 puertas de emergencia, pequeñas poblaciones de afiliados, muchos pueblos que atender, cantidad de emergencias, cantidad de guardias por encima de la relación.

Esa ineficiencia natural y lógica obligada, además por la legislación vigente, nos puso de cara al manejo de los recursos y fue así que nos dimos cuenta de que somos un grupo de seres humanos y los seres humanos tenemos algunas pretensiones, y también nos dimos cuenta de que, si queríamos sobrevivir, teníamos que poner por encima de los intereses de las Instituciones y de las personas, los intereses de la organización. Fue así que un día la FEMI decidió que los bienes de producción serían de las cooperativas y no de los médicos. Eso fue una historia que hubo que cumplirla y llevarla adelante.

Decidimos un día también que nosotros no podíamos pagar los mismos sueldos que la Capital y fue así que en el año 1993 nosotros tuvimos que crear nuestro propio laudo, con la base de la Capital, pero respetando la realidad del Interior, asimismo no pudimos tener en cuenta a los anestésicos-quirúrgicos que tenían sus pretensiones.

Estamos en un Interior que además está en crisis, una crisis que se transmitió a nuestra organización, nosotros somos hijos de esa crisis. No es un sistema en crisis sino que es un Interior en crisis y nosotros somos reflejo de esa realidad ya que perdimos 30.000 afiliados, perdimos la posibilidad de afiliar individuales y además seguimos radicando médicos ineficientemente, hay que llevar médicos al Interior a que se radiquen más allá del mercado, tenemos sueldos que no son los del mercado, por lo tanto, tuvimos un paralelo que fue muy fuerte porque esos médicos que se radicaron pasaron también a trabajar en Salud Pública y por eso hay una relación muy interesante, muy potente entre el sistema público y el privado en el Interior, muy diferente al de la Capital. La crisis del sector privado en el Interior se va a transmitir largamente en la calidad asistencial del sector público.

En segundo lugar, en esa realidad convivimos todos los días con Salud Pública, una Salud Pública que todos aprendimos a quererla, nos formamos en ella, los médicos tenemos

una deformación natural que es el amor a una Salud Pública que más allá de lo que el sector privado pague, siempre nos va a tener como soldados, es un orgullo para los de mi generación decir que uno trabaja en Salud Pública y si trabaja gratis, más orgullo.

Eso implicó que el sistema privado tuvo que hacerse mucho más eficiente, más presente y no solo eso, sino que además tuvo que crecer y darle servicios, arrendarle servicios a Salud Pública, al revés de lo que era antes. Recuerden que en las décadas del 50 y del 60, la cúspide tecnológica del Interior eran los hospitales de Salud Pública, el desarrollo de la Federación nace hace sólo 30 años.

La crisis en el Interior a nuestro criterio, por supuesto que pasa por muchos parámetros que los economistas ya lo dijeron, pero en tanto se trata de servicios médicos, es claro que el gasto en salario es el mayor, uno quisiera que fuera menos, pero puedo decir que a esta altura por lo menos en el Interior los funcionarios y los médicos no son la causa esencial de la crisis, no es el salario médico desmesurado e irracional lo que nos acosa, no es ahí donde está el tema.

En la organización del sistema asistencial podemos hacer una cantidad de propuestas, de desafíos, pero hay algo que sabemos que no vamos a poder eludir que es el cuerpo médico y el cuerpo funcional. En el sistema asistencial del país el médico es el elemento ineludible con su formación, con su ideología, con su historia, con sus tradiciones que lo hace fuertemente incidente en el sistema. A pesar de ser mal pagos, este es un país en el que no tenemos todavía migración médica, el sistema mutual como se le llama, ha tenido la posibilidad de dar salario a 12.000 médicos en este país.

Queremos decir lo siguiente: que esta crisis en el Interior estamos pretendiendo que en lugar de desunirnos, como pasa en Montevideo, nos una. Montevideo paga un precio por la crisis que es la fragmentación, y parte de esa fragmentación la está pagando el sistema. Nosotros en el Interior somos como las grandes familias que se juntan en los casamientos o en los velorios; no hay luchas, porque no tenemos un mercado común sino fragmentado y se nos hace más viable la convivencia. Tenemos que aprovechar esa circunstancia y estamos haciendo lo posible para que se logre una unificación en pos de objetivos mayores.

Sabemos que estamos llenos de errores, porque los médicos somos seres humanos y sabemos también que la irracionalidad a veces nos toma de la camiseta, pero en la organización en su conjunto ha habido mecanismos que a nosotros nos han permitido, a los colegas y funcionarios, convivir sin sobresaltos, y hoy estamos pagando mensualmente en forma adecuada a todo el personal.

Además estamos asistiendo a 500.000 personas y a todos los enfermos de Salud Pública que se asisten en el sector privado, en un mecanismo que está funcionando, es eficiente y que esperamos que sobreviva a esta situación.

Las amenazas externas e internas, los conceptos que a veces se tiran sobre la mesa, muchas veces nos afectan, nos dificultan, como también el hecho de no tener a veces, desde los sectores jerárquicos, un camino claro y preciso.

La cantidad de horas que como dirigentes pasamos enfrentando amenazas que se continúan persistentemente, el hecho de no tener la tranquilidad para planificar fácilmente, somos apagadores de incendios, eso hace que a veces lo coyuntural nos saque de lo vital e importante.

Pero en ese sentido estamos apegados al sistema solidario de asistencia, más allá también de la parte económica que no manejo, pero creo que este país, es esta región, sin los conceptos que heredamos de nuestros mayores y que hace posible que hoy tengamos lo que tengamos, sin esos conceptos básicamente solidarios, esto que tenemos hoy no hubiera sido posible y no hubiéramos tenido la chance de atender con igualdad a todos nuestros congéneres.

En pos de esto, bregamos para que el Plenario siga haciendo estas reuniones y nosotros podamos seguir adelante. Muchas gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Dr. Alejandro Gherardi



En primer lugar quiero agradecer en nombre del representante de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. José Fiusa Lima, la invitación que el Plenario y en especial el Dr. Blankleider y el Dr. Sica, nos han realizado.

Asimismo, quiero felicitar a las autoridades nacionales, al Sr. Ministro de Salud, al Sr. Subsecretario y a todo el personal del Ministerio por su presencia permanente durante la Jornada, lo que demuestra la relevancia del tema.

Desearía señalar simplemente la cuestión de las responsabilidades compartidas que existen en el mejoramiento de un sistema de salud.

Por un lado, las empresas de salud, cualquiera de ellas, cualquiera sea su tipo de propiedad, cumple una función social.

Por el otro lado, el papel rector del Estado, el papel rector de la autoridad sanitaria nacional, en este caso el Ministerio, que ya en el año 1997 el Comité Ejecutivo de la OPS, recomendó la promoción del desarrollo conceptual de lo que se llamó las funciones esenciales de la Salud Pública, o sea, cuáles debían ser las funciones que las autoridades sanitarias deben cumplir. Luego de un trabajo intenso el año pasado se definieron once funciones, y el Consejo Directivo del año pasado, los Ministros de salud, recomendaron la evaluación

del desempeño de dichas funciones. De esas once, una de ellas, la Nº 7, es la que se refiere a la promoción y evaluación del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios y la Nº 9 se refiere a que el Estado debe garantizar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

Uno de los ejemplos que me surgió, reciente, de la integración en acciones tanto pública como privada, es la actual reducción en el precio de compra de los medicamentos antiretrovirales que se puede lograr una reducción de más del 40%.

La salud de las poblaciones es una responsabilidad compartida, la cual está basada en la ética, en la justicia social y en la solidaridad. No habría que perder las esperanzas.

Gracias.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

## ACTO DE CLAUSURA

Dr. Daniel Sica



Queremos decir, como reflexión final, que el Plenario de las IAMC se siente orgulloso de haber cumplido un objetivo que se había marcado al inicio de este evento, que fue tomar la iniciativa y marcar la discusión acerca del futuro de las IAMC en el Uruguay.

Creo que hemos sido objetivos y críticos de nuestro sistema, y de los sistemas de reforma en América Latina tal cual había sido la propuesta original.

Agradecemos nuevamente la presencia de las Autoridades a quienes le solicitamos unas breves palabras como cierre oficial de este Seminario.

Prohibida su reproducción total o parcial sin la autorización escrita del Plenario de IAMC.

Cr. Eduardo Zaidenztat



En primer lugar, corresponde felicitar a las personas del Plenario que han tomado la iniciativa de este Seminario, porque demuestra una gran madurez del sistema.

En este día hemos compartido casi todos los agentes que estamos de alguna manera involucrados en el Sistema de Salud del país y hemos escuchado distintas exposiciones muy interesantes que nos van a hacer reflexionar a cada uno de nosotros sin lugar a dudas.

Nuestro país destina más del 10% de su riqueza, de toda su producción, en lo que es el Sector Salud, que es mucho dinero, pero antes vamos a compararlo con el gasto que se hace en países más desarrollados que el nuestro como puede ser Chile, como es Canadá, como es Francia, como es España, como es Italia, en los cuales la proporción del gasto referida al sistema de salud es inferior al de Uruguay.

Si bien los niveles y los datos desde el punto de vista asistencial en lo que es mortalidad infantil, expectativa de vida, tenemos niveles muy buenos, el sistema nuestro no es eficiente, no es eficaz.

El gasto per cápita en salud es de U\$S 700 y comparado con lo que es el ingreso de los uruguayos es mucho dinero.

A mí me resulta realmente muy simpático cuando oigo a los distintos agentes dar sus opiniones y depende con el escribano que tengan puesto, cuál es su opinión y quién es el culpable.

Cuando escucho a los médicos, le echan la culpa a la empresa, cuando escucho a la empresa, le echan la culpa a los salarios y al sistema, le echan la culpa a la administración y a la FUS, y yo pienso que todos tienen razón y la primera autocrítica es la que tenemos que hacer cada uno de nosotros.

Históricamente, la sociedad uruguaya solucionó sus problemas de deficiencia del Sistema aumentando la cuota, personalmente entiendo que no es la salida correcta, que los bolsillos de la gente ya están bastante afectados y por lo tanto es imperioso para nosotros mejorar la eficiencia del Sistema.

Este Seminario es un avance muy importante, cada una de las exposiciones son de gran valor y yo estoy convencido que la sociedad uruguaya se merece y necesita entrar en un replanteo y una valorización del sistema de salud.

Para nosotros tiene total vigencia el Sistema Mutual uruguayo, pero al igual que Uds., somos conscientes de sus defectos.

Para mejorar la calidad de vida y la eficiencia del Sistema es que necesitamos el aporte de cada uno de nosotros y en ese camino es que tenemos que seguir todos trabajando. Gracias.

Cr. Alberto Bensión



Es un honor para mí estar entre Uds. por todo lo que significan en términos de Instituciones de una larga tradición en la sociedad uruguaya fuertemente asentadas y vinculadas al funcionamiento de esta sociedad y a muchos de sus mejores valores. Además, con una profesión como es la de los médicos, con los que he tenido pocas oportunidades de dialogar.

La primera reflexión es la que hago siempre en estos casos -para quienes estamos en el ejercicio de un cargo público-, pasar por estas instancias de reflexión y diálogo es como un baño refrescante. Uno está realmente sumergido en sus tareas diarias, en la atención de urgencias que se suceden, las unas peores que las otras, y sin duda, asistir a una instancia de reflexión como la que Uds. han tenido hoy es estimulante. Y no sólo por el cambio de ambiente, sino que me da la oportunidad de ratificar algo que siempre pensé a lo largo de mi vida profesional y que ahora estoy repitiendo en el ejercicio de este cargo político que ocupo, y es que obviamente los hombres de acción como se supone que somos quienes ocupamos cargos públicos -parafraseando a un famoso economista-, en el fondo somos esclavos de las ideas que se generan en ámbitos como éste. Es decir que, de una

forma u otra, Uds. están haciendo el acervo intelectual de donde más tarde o más temprano nos vamos a nutrir quienes tenemos que tomar decisiones, o por lo menos nos vamos a enriquecer en la medida que eso sea posible, o sea que éste es otro motivo de regocijo para estar entre Uds.

Quiero compartir ahora con Uds. algunas reflexiones de tipo personal, quizá no del todo gratas en la relación entre Uds. y nosotros, pero en aras de la franqueza con que tenemos que movernos y en aras de la conciencia que todos tenemos de nuestras responsabilidades en nuestros respectivos ámbitos de actuación, pero sobre todo en un momento tan singular de la sociedad uruguaya en el que muchos aspectos de su vida económica y social necesitan una actualización, una modernización, un cambio y creo que este es uno de ellos.

Es este uno de los sectores que necesariamente tiene que proyectarse hacia el futuro sobre las bases de un cambio fundamental, importante en sus bases tradicionales de funcionamiento.

Yo recordé la frase de un antecesor nuestro en el cargo que decía que la salud lo iba a matar, y a mí me pasa un poco lo mismo en el Ministerio de Economía. La salud me pone en permanente riesgo físico, cada vez que tengo que analizar problemas de la Salud, cada vez que tengo que tomar decisiones relacionadas con el Sector Salud no me siento nada saludable.

Pero lo que ocurre es que, en primer lugar, un economista está preparado para enfrentar problemas económicos, pero claramente y por lo menos en mi caso, no estaba preparado para enfrentar de golpe decisiones que hacen a la vida de un Sector tan complejo como la Salud.

En este año y medio largo que llevo en el cargo, está claro que mis aproximaciones y mis relaciones con el Sector de la Salud no son las más fáciles, por decirlo de alguna manera.

Voy a intentar un breve repaso.

1) En términos de política económica, es un Sector al que hay que fijarle precios y esto para mí es y siempre ha sido un motivo de discrepancia con formas de políticas económicas que fijan precios en el sector privado, así que cada vez que me acerco a la fijación de un precio en el Sector de la Salud estoy de alguna forma violentando mis convicciones. Como en otras cosas, mucho más en economía y mucho más en política, uno sabe que los principios no son de aplicación universal y que tienen que adaptarse a las distintas circunstancias, pero no por eso me dejo de sentir incómodo cada vez que tengo que dictar una resolución que fija un precio en el Sector de la Salud.

2) Mi segunda reacción, que he tenido siempre con este Sector, es que no paga impuestos y cuando un Sector no paga impuestos, es un Sector que no me gusta porque creo que es el resto de la sociedad que está pagando por él. En el caso de la Salud, tengo la sospecha, casi certeza, de que esa exoneración tributaria de que ha gozado el Sector de la Salud en el Uruguay tradicionalmente no se ha trasladado en

beneficio del consumidor, sino que ha ido a nutrir los niveles de ingresos en términos generales del Sector o ha alimentado un nivel mayor de ineficiencia del que el Sector debiera tolerar. Es un tema polémico, no pretendo recoger adhesiones en esto que estoy diciendo, pero es otra de mis formas de pensar, de acercarme a la economía, que no puedo dejar de decirles en esta ocasión.

3) En términos de salud, tenemos un MSP felizmente dirigido por dos prestigiosos profesionales, que obviamente están haciendo mucho por la mejora de los niveles de eficiencias del Gasto Público en Salud, pero todos sabemos que ahí hay un desafío muy fuerte en el que tenemos que trabajar en forma también muy importante. Afortunadamente se están logrando progresos visibles en este Sector y es posible que podamos dar buenas nuevas noticias en el transcurso de los próximos tiempos.

4) En el sector de las mutualistas está claro que también hay cosas, que desde el punto de vista estrictamente económico, son formas de perturbación que son difíciles de explicar. Los precios del sector mutualismo han crecido largamente por encima de todos los otros precios de toda la economía uruguaya. Por supuesto que alguna idea tengo de que los precios de la Salud en el mundo crecen por encima del resto de los precios por razones de tecnología y en el caso de la sociedad uruguaya también por razones de estructura de edad. Pero creo que aún descontando esos factores es claro que los precios en el mutualismo uruguayo han sobrepasado largamente cualquier forma razonable de relación con el resto de los precios. Lo que es peor, es que eso no ha evitado el desfinanciamiento tan importante del Sector en el que están sumidas la mayoría de las Instituciones mutuales del país, lo que habla a las claras de que debe haber sido un problema, por lo menos entre varios, de una administración que no es del todo eficiente.

Con esto hoy no vengo aquí a plantear una especie de desafío ni un reto, no es mi estilo, pero aquí hay hechos objetivos que todos tenemos que tener presentes.

La sociedad uruguaya establece una cierta forma de exoneración tributaria a favor de este Sector, la sociedad uruguaya asiste a una evolución de los precios del mutualismo muy por encima del resto de los precios y asiste también a una forma de desfinanciamiento tremendamente importante en la mayoría de las instituciones mutuales.

Hay también algunos principios del mutualismo que sin duda son muy respetables, que muchos de Uds. creen con pasión y que defienden como uno de los rasgos distintivos más favorables de la sociedad uruguaya y yo tengo gran respeto por esas consideraciones, creo que justamente el dinamismo, la riqueza de una sociedad en términos amplios de una sociedad civil se nutre justamente de estas convicciones tan firmes como las que estoy seguro que predomina en este ámbito sobre los ideales del mutualismo, pero también creo que hay algunos de ellos que creo que hay que empezar a cuestionar. Hoy intercambiando ideas sobre los temas de Salud, en el Uruguay hay un falso concepto de solidaridad intergeneracional que está significando que también en este Sector, como es en el de las pasividades, que Uruguay haya privilegiado a los sectores de mayor edad en detrimento de los de edad más joven.

Son cosas que hay que empezar a cambiar, no son fáciles de cambiar, pero creo que no sería leal con Uds. si en este momento en que me invitan a participar de un acto en el que están haciendo una reflexión sobre el sistema mutual, yo no compartiera todas estas inquietudes.

Creo también, en el mismo sentido, que hay motivos para tener esperanza y confianza en el futuro.

Recordaba también el perfeccionamiento notorio que se está dando en el ámbito del MSP, estamos en vísperas de iniciar un programa de fortalecimiento institucional financiero del mutualismo a través del préstamo internacional del BID y las obligaciones correspondientes que de ahí se van a desprender.

En los diálogos muchas veces tensos que tenemos con representantes del mutualismo creo que algunas de estas verdades las estamos reconociendo mutuamente y eso nos da confianza en que podremos caminar juntos en la instrumentación de alguno de estos procesos de cambio y modernización a los que hacía referencia.

En todo caso, este es uno de los sectores más ricos de la vida económica y social del país, todos tenemos un grado de compromiso muy fuerte con su existencia y su viabilidad hacia el futuro, y todos tenemos que dar lo mejor de todos nosotros desde nuestros respectivos ámbitos de acción para que sea una realidad en un futuro inmediato. Muchas gracias.