



Academia Nacional de Economía

Conferencia Ec. Daniel Olesker y Dr. Alfredo Solari

**EFICACIA Y EFICIENCIA EN LAS POLÍTICAS SOCIALES:
SALUD**

20 de julio de 2011

Ec. María Dolores Benavente

Señoras y señores, muchas gracias por estar acá.

El ciclo lectivo de la Academia Nacional de Economía este año es sobre “Eficiencia y eficacia de las políticas sociales”. Sabemos que mucho se está haciendo en la materia pero es interesante detenernos acá, en un ámbito académico, a evaluar la eficiencia y la eficacia de las políticas que se están llevando adelante.

No solamente el ciclo va a ser sobre esto sino también este año el Premio Academia Nacional de Economía va a ser sobre el mismo tema. Les invitamos a que en su ámbito de influencia le comenten a los jóvenes recién recibidos o próximos a recibirse en las carreras de economía, ciencias económicas, relaciones internacionales, a que aborden algunos de los temas.

¿Por qué le pusimos “eficiencia y eficacia de las políticas sociales” a este ciclo?

Porque abarca todo, las políticas relacionadas con la distribución del ingreso, las políticas de salud, las propias políticas de educación, las políticas asistencialistas en sí misma.

Así que hay mucho tema para investigar y le dejamos a los chicos que se presentan al Premio la paleta bastante amplia para que pudieran dedicarse al tema que quisieran.

Es un honor para nosotros inaugurar este ciclo con el tema Salud, un tema de que los uruguayos nos sentimos muy orgullosos porque es un tema que nos distingue. A veces cuando uno ve películas como “Las invasiones bárbaras” donde se habla del sistema canadiense, con un ojo tan crítico, valora más el sistema uruguayo.

En Uruguay hemos logrado un sistema, que a su manera es bastante universal, que está tratando de llegar a nuevas capas, el tema es si lo está haciendo con eficiencia y eficacia y para eso hoy tenemos dos panelistas de lujo: el ex Ministro de Salud Pública, actual Ministro de Desarrollo Social Daniel Olesker, a quien le agradecemos especialmente porque sabemos que no es fácil, haber asumido hoy, estar en plena transición de cartera e igual mantener la presencia en la Academia, así que le agradecemos especialmente. Y un ex Ministro de Salud también, Alfredo Solari. Nos honra tenerlos aquí: son panelistas de primer nivel. Muchas gracias. Comenzamos por orden alfabético.

Ec. Daniel Olesker

Bueno muchas gracias por la invitación; la inquietud por incorporar el concepto de eficacia y de eficiencia en el acceso y en el uso de los recursos para las políticas sociales, es una inquietud muy importante. El nivel de gasto social en estos últimos años ha incrementado de una manera muy considerable, sobre todo en educación y en salud, y por lo tanto el análisis de si está cumpliendo los objetivos que se tuvo planteados es muy importante.

En el caso de salud el nuevo diseño del sistema nacional integrado de salud tiene impacto sobre el gasto social de dos maneras: tiene impacto asociado al costo fiscal de la reforma en sí misma, (seguro nacional de salud) y tiene un impacto derivado a, tal como se previó, el diseño del sistema nacional integrado de salud. El Estado sigue siendo además de el regulador de la política pública, y ese va a ser uno de los puntos al que yo me voy a introducir con más eficiencia, sigue siendo al mismo tiempo también prestador, más allá que eso requirió una ley que descentralizo la prestación, en realidad mirado del punto de vista de la eficiencia pública hay que analizarlo desde las dos perspectivas, en las dos hay recursos públicos asignados y en las dos hay objetivos de la política pública asignados.

Voy a empezar primero por la función regulatoria y luego me voy a detener un poco en los servicios de salud social del Estado, básicamente en ASSE aunque ASSE no es lo único donde el Estado interviene en materia de salud, sino también sanidad militar, sanidad policial, el área de salud del B.P.S., el Banco de Seguros y hasta los gastos de los gobiernos municipales. Pero como ASSE representa el 80% del gasto público en salud para no hacerlo muy extenso me abstengo de comentar el resto.

Tenemos pues, un sistema nacional integrado de salud financiado por un seguro nacional de salud. Es importante remarcar la diferencia: el sistema es el conjunto de prestadores y de usuarios de salud; el seguro es la forma de financiar, todos los uruguayos integran el sistema bajo diferentes calidades y modalidades, no todos los uruguayos integran el seguro, solo la mitad de la población integra el seguro: un millón seiscientos mil personas, aproximadamente, llegaríamos a dos millones cuatrocientos mil aproximadamente con el ingreso gradual de los pasivos hasta el 2016 y quedaría una población que todavía seguiría siendo financiada con Rentas Generales a través del sistema de prestador publico cuyo ingreso no está definido, por lo menos a esta altura. **Desde el punto de la regulación**, ¿cuáles son los principales desafíos a la eficiencia y a la eficacia?.

○ **El primer desafío importante es la credibilidad del regulador.** Yo creo que un sistema que tiene su sustento en ser un sistema único con un fondo único de financiamiento, (ahora vemos a la abstracción de que el seguro por lo menos para este punto, el seguro no financia a todos los miembros del sistema y vayamos a un análisis de eficiencia en su etapa final), tienen un problema muy importante de legitimidad del regulador, de credibilidad del regulador porque es a partir de esa legitimidad del regulador en este caso la Junta Nacional de Salud, en otros países las súper intendencias, en otros países los propios Ministerios ejercen, en otros países como Costa Rica las cajas de seguridad social. Hay diferentes organismos que bajo distintas configuraciones adoptan el rol de ser el regulador. ¿Por qué es clave? Porque un sistema se plantea determinados objetivos y esos objetivos no los cumple la elección del sistema, sino los cumplen los prestadores asociados a ese sistema. Por lo tanto para lograr eficiencia en el sistema los prestadores tienen que cumplir los objetivos y ahí es clave el papel del regulador. Para eso el regulador tiene tres instrumentos:

1. Tiene en primer lugar el pago. Una buena parte de la eficiencia del sistema es un buen cálculo de lo que nosotros llamamos “la cápita”, pero en otro sistema se puede llamar distinto. ¿Por qué? Porque el pago, en un sistema como el que nosotros tenemos refleja la probabilidad de riesgo, de ocurrencia de eventos sanitarios, para las instituciones de asistencia médica y por lo tanto en la medida que refleja eso si no está bien calculado los prestadores no van a poder cumplir las prestaciones que le son asignadas en el plan de salud que generalmente está asociado a un sistema de estas características, y por lo tanto van a entrar en

déficit rápidamente y no van a poder realizar las prestaciones . Entonces en primer lugar es una correcta determinación del costo en salud, como la probabilidad de riesgo, de ocurrencia de un evento sanitario.

2. El segundo elemento que tiene el regulador es algo, que yo por lo menos no he visto demasiado en otros sistemas parecidos al nuestro, que es el pago por metas asistenciales, es decir el pago por el cumplimiento de rendimientos mas allá de las obligaciones del plan de atendimento en salud, que es el piso obligatorio que hay que cumplir. Se paga un plus para que se cumplan determinadas metas, que están asociadas a determinados objetivos, por ejemplo en nuestro caso el control de embarazo, el control del niño hasta los dos años, el médico de referencia obligatoria para toda la población. El pago por meta tiende a ser un incentivo de comportamiento, que tiende a modificar actitudes empresariales, ya sea de empresas públicas o empresas privadas, a través en general de un pago de dinero que está asociado al cumplimiento de un determinado objetivo medible y cuantificable a través de un indicador. A diferencia al primer elemento cuyo riesgo es el mal cálculo y eso puede provocar la ineficiencia en la asignación de recursos, éste el riesgo que tiene en realidad es que del lado del regulador los objetivos que se definan como metas asistenciales no estén asociados al modelo de atención que se quiere impulsar y del lado de las empresas que el armado de la información para que el cumplimiento sea formal.
3. El tercer componente que tiene el regulador para esto en un sistema de salud donde tiene que ver con asignación y distribución de recursos humanos: la aplicación de estándares de recursos humanos, médicos enfermeros, médicos por especialidad y demás que cada determinada población, en número y en calidad, es decir mil afiliados de edad y sexo determinado tiene que tener muchas veces también, (hay casos, que no se hace así) un pago adicional por el cumplimiento de esos estándares de recursos humanos.

Entonces este es el primer punto que yo quería plantear: el sistema es eficiente en la medida que el regulador logra transferir los recursos en condiciones de cápitas que reflejan la probabilidad de riesgo, metas adecuadas a los objetivos y estándares de recursos humanos adecuados al perfil de población que las instituciones tienen.

Se supone que a partir de estos tres componentes el sistema genera, (la cápita está asociada al plan de salud, las metas a los objetivos adicionales y los estándares de

recursos humanos a la mano de obra); un sistema de premios y castigos que de alguna manera están asociados a la eficiencia y cumplimiento de los objetivos.

Este es un primer componente. Este componente además se nutre para su financiamiento de contribuciones personales, contribuciones patronales y contribuciones fiscales.

Hoy en el Uruguay la contribución fiscal es muy pequeña, no pasa del 5% del total, un 45% son contribuciones personales y un 50% patronales. Pero esta ecuación en el 2016, va a cambiar sustantivamente, porque el ingreso de los jubilados y de los cónyuges que ingresan en este período son de altísimo costo fiscal: los cónyuges unos 150 millones de dólares, los pasivos unos 220 millones de dólares y eso va a ser, no tengo ese cálculo exacto, pero se puede llegar a una proporción de 20, 22% del costo fiscal, lo cual está relativamente alineado con la realidad internacional: en Israel es un 15%, en Holanda es un poco menos, bueno en Francia es muy bajo el costo fiscal pero la contribución 14% obrero y 8 % patronal , o sea una contribución enorme digamos, por eso se autofinancia. Pero, por lo general, países con contribuciones razonables como las que tenemos nosotros 5 % patronal y 4.5, 6 % obrero, 20% de costo fiscal es una cifra razonable en términos de un fondo tripartito, de contribuciones obrero, patronal y fiscal.

Me parece que es un componente que a nosotros al menos nos llevo a discutir mucho, cuál era el organismo regulador en el programa de gobierno: se hablaba de una superintendencia separada del Ministerio, al estilo de la superintendencia chilena. Nosotros optamos por una junta de salud como una superintendencia pero dentro del Ministerio, o sea que está sometida a la jerarquía de la Ministra en su momento, en 2007 y mía hasta ahora, en el entendido que las experiencias que nosotros conocíamos que las superintendencias de salud fuera de la vinculación jerárquica con los Ministros de salud adquiriría una independencia que luego terminaba transformándose en un poder paralelo y atentaba contra los objetivos sanitarios de la reforma. Esa visión en el caso de Chile nos parece una experiencia razonablemente afirmativa, de esto último. Y por eso optamos en su momento por dejarla dentro del Ministerio sometido a la jerarquía de la política sanitaria.

Este es como el primer capítulo al que quería referir al tema de la eficiencia y la eficacia el diseño institucional regulatorio de un sistema.

- **El segundo elemento vinculado a la eficiencia y la eficacia, es la manera que se aborda en el mediano y largo plazo los costos en salud.** Los costos en salud son por definición crecientes, porque la investigación es permanente y por lo tanto

permanentemente hay innovaciones que incorporan mejoras para la calidad de la atención, en medicación, en tecnología y en tratamiento, por lo tanto si uno no tiene una visión regulatoria sobre el costo de salud es insustentable, no hay costo fiscal ni contribución obrera patronal que lo pueda financiar y por lo tanto ahí hay una función regulatoria muy importante respecto a los costos en salud. En Uruguay los costos en salud están divididos en tres grandes componentes: los costos salariales los que se regulan por consejos de salario, los costos de los insumos básicamente son de precio libre y básicamente a largo plazo tienen mucho vínculo con el tipo de cambio o sea con el fuerte componente importado y la innovación que introdujimos ya en 1980 para las tecnologías de alto costo y a partir de 2006 también para los medicamentos es que los medicamentos de alto costo y las prestaciones de alto costo y baja prevalencia que requieren costos tecnológicos muy altos, son abastecidos por un organismo centralizado, el Fondo Nacional de Recursos, financiado de la misma manera que hoy está financiado el Fonasa, contribuciones fiscales en el caso de los usuarios públicos y de las mutuales en el caso de los usuarios privados, transferidas al Fonasa o al socio individual en el caso del socio individual, y ese mecanismo de alguna manera de contralor centralizado de los medicamentos y de las tecnologías de alto costo, ha reducido el riesgo de la insustentabilidad económico financiera. Y al mismo tiempo abre otro riesgo, que es el riesgo inverso, el riesgo de que la sustentabilidad económico financiera restrinja la capacidad de atención, esto ya sea porque las prestaciones no se den o porque se sustituya medicamentos en función de precios, eso pasa no solo en alto costo sino en general en la compra de medicamentos dado que en Uruguay también se ha introducido la compra centralizada de medicamentos a través de la UCA. Mi opinión , no es mi opinión ministerial pero la opinión mía, creo que en salud las compras centralizadas basadas en precio pueden generar riesgos de calidad medicinal importada. Eso no quiere decir que haya que hacer un sistema en el cual precio no importe, pero muchas veces son sistemas relativamente perversos, sobre todo, para un país como Uruguay donde a pesar de haber un decreto de intercambiabilidad donde un medicamento genérico debe obligatoriamente demostrar su bioequivalencia y bioidentidad con un medicamento original, los costos de eso para la escala del mercado uruguayo, hacen prácticamente imposible realizarlo, y hasta hoy salvo para los antirretrovirales, prácticamente no se exige en la práctica. O sea, de hecho el decreto de intercambiabilidad se reglamentó solo para algunas especialidades, por lo tanto

todavía no está claro que original genérico u original copia tengan efectivamente el mismo efecto aunque tengan el mismo principio activo, que no es lo mismo por lo que decía de bioequivalencia y la biodisponibilidad.

- **Bueno y al tercero voy al tema de ASSE**, a la eficiencia de la política de salud, de la política pública en el gasto en el prestador público. El análisis de la eficiencia en los recursos que gasta el prestador público no sólo tiene importancia porque es un prestador público por lo tanto ya de por sí eso solo le daría importancia, sino porque en la distribución poblacional que existe en el sistema de salud más o menos un millón novecientas mil personas en el mutualismo, un millón doscientas mil en ASSE y doscientos cincuenta mil en entre sanidad militar y policial, (eso es un poco en números muy redondos la distribución), las características socio poblacionales y demográficas del millón doscientos presentan tres características que hacen especialmente importante a esa población:

1. El 80 % es Interior del país donde además la relación de gasto promedio publico privado, no hay últimos cálculos pero habían unos que hablaban de 2.3 a 1 de diferencia de gasto promedio per cápita. Hace años que no conozco estudios que hayan actualizado eso pero si los hay, lo harán en ese entorno. Cuando en realidad como los salarios (más allá de que algunas instituciones de Montevideo pagan por encima del laudo) son mayores que los del Interior, la diferencia central no está en la base salarial donde - Consejos de Salario mediante - son relativamente similares. Y esto no es un problema del 2005 en adelante. Los Consejo de Salarios en salud privada nunca se cortaron desde 1985, es decir fueron los sectores que mantuvieron durante todo el período la negociación, por lo tanto no está ahí la diferencia en el gasto promedio. Seguramente está o en insumos o en medicamentos, en costo de la tecnología y eso genera un equidad importante por eso importa, ya que ASSE tiene la mayor parte de la población.
2. Es la población de los deciles más bajos de ingresos. Primero porque todavía conserva población que es financiada por Rentas Generales; pero aún cuando, ahora nosotros decimos, “fonaseáramos” a todo ASSE, o sea transformáramos a través de un mecanismo no contributivo la inserción en Fonasa de ASSE. es muy probable que la mayoría de la población siguiera atendiéndose en ASSE, a diferencia de lo que pasó cuando se dio a la

oportunidad a los hijos de los trabajadores formales de ingresar al sistema y el 90% acompañó a sus padres y sus madres insertándose en el mutualismo, como seguramente está pasando con los cónyuges, no sé que va pasar con los pasivos la verdad que no tengo noción. Pero sí creo que con esta población, sobre todo la población más informal, más pobre, seguramente no tomaría esa decisión por el mutualismo.

3. Y la tercera característica es que tiene una importante dotación de primera y segunda infancia o sea de 0 a 6 años; a pesar de la migración de los hijos de los trabajadores formales al mutualismo, igual sigue teniendo una parte importante de la población infantil.

Entonces el uso eficiente de esos recursos es muy claro, ustedes saben que el presupuesto de ASSE se elevó de unos 4600 millones de pesos a precios corrientes del 2004, unos 6700 millones de pesos a precios constantes del 2010 a 13 mil millones de pesos aproximadamente a precios constante del 2010. O sea fue el doble aproximadamente en términos reales con una población que se redujo de 1.550.000 a 1.200.000. Por lo tanto en términos de capita promedio se elevó a dos veces y media, dos veces por el presupuesto más lo que se elevó por el cambio del denominador de la población atendida.

Nosotros ahí no tenemos todavía indicadores. Tenemos indicadores de la mejora de mortalidad infantil: en ASSE nacen dos tercios de los niños que nacen. Bajó dos puntos sobre mil la mortalidad infantil luego de 5 en el correr del quinquenio.

Nosotros somos críticos en la gestión del gasto en ASSE respecto a la utilización de estos recursos, sobre todo los de gasto en funcionamiento porque los de inversión si bien aumentaron no lo hicieron en el mismo ritmo. Por lo tanto este tercer componente que dicho desde el punto de vista de gasto es el más importante porque el incremento de gasto público en salud para el seguro ha sido importante: el gasto pasó de 4600 a 13 mil millones de pesos es en ASSE. Allí recién en este presupuesto quinquenal, al haber cambiado y al ser un presupuesto por programas y no por incisos, permitió a ASSE definir una serie de indicadores de gestión y compromisos de gestión con sus directores, con las unidades ejecutoras.

En resumen, creemos y esto vale para el conjunto de gasto social que Uruguay hizo en estos 5 años, 6 y medio ya de gobierno, un esfuerzo muy importante, en incremento del

gasto público a nuestro juicio en la medida que partíamos de la base muy baja y eso tuvo un primer impacto que fue mucho más de accesibilidad a las políticas. Creemos que hoy tenemos una base de accesibilidad relativamente universalizada, más allá que queda el núcleo más duro de la estructura y que hoy y de aquí en más el gasto social se va a incrementar marginalmente y no a grandes shocks como se incrementó entre 2005 y sobre todo en 2007 y 2009 y por lo tanto la tarea es de evaluación del gasto y como el Presidente lo ha declarado varias veces, lo estamos discutiendo constantemente, cómo evolucionará el gasto educativo y el gasto de vivienda.

Estas son mis primeras reflexiones sobre este punto.

Ec. María Dolores Benavente

Le damos la palabra al Dr. Alfredo Solari.

Dr. Alfredo Solari

En primer lugar quiero felicitar a la Academia Nacional de Economía por tomar este tema.. El tema de la efectividad y la eficiencia del gasto de las políticas públicas ciertamente que es un tema muy importante en el Uruguay. Siempre he sido crítico, desde hace muchísimos años que las políticas y los programas sociales en el Uruguay rara vez son evaluados y se superponen y a lo que ya había se suma algo más y así seguimos. Hasta donde yo sabía el INDA nunca había evaluado su política en términos de la situación nutricional de la población uruguaya, entonces varias decenas de años de gastar sin saber si se ha tenido el efecto que estamos buscando.

En segundo término hacer una advertencia: en cierta forma ustedes tienen un coraje muy especial porque tratar de evaluar la eficiencia de políticas en salud plantea la enorme dificultad de poder tener por un lado recursos, por otro resultados y vincular esos recursos con esos resultados para ver si esos resultados se están teniendo al menor costo posible.

Esto no es posible ni aún desde el punto de vista de diseño experimental cosa en la que yo tuve la oportunidad de participar en algún momento de detección de hipertensos con dos modelos distintos de detección y tratamiento. Aún en un modelo experimental es bastante difícil de lograr la eficiencia.

De manera que los felicito, les admiro el coraje, les deseo mucha suerte pero es un camino arduo de recorrer, tal vez la efectividad es un camino más fácil, los objetivos los logran o no los logran, se gastó más, o se gastó menos.

En tercer término con respecto a la reforma de salud aprobada por el Parlamento en el año 2007 y comenzada a implementar en el año 2008. Estamos recién en el año 2011 de manera que si es difícil hacer una medición en programas más acotados y específicos, tratar de medir efectividad y eficiencia en la reforma que se está efectuando en el Uruguay es prácticamente imposible. De manera que nada de lo que yo vaya a decir es una afirmación definitiva en relación a la efectividad o la eficiencia de la reforma que se está implementando en el Uruguay. Son simplemente algunas reflexiones.

Si en materia de salud tuviéramos una prueba Pisa sería fácil porque tendríamos un indicador estandarizado, etc.

Eficacia y Eficiencia

▶ Resultados buscados

▶ Resultados en (f) de Recursos Utilizados

Entiendo a la eficacia como logro de los resultados buscados y la eficiencia como logro en función de los recursos utilizados.

DIVERSOS TIPOS DE “RESULTADOS EN SALUD”

Situación de la Salud:

.Mortalidad Infantil.

.AVISA (Esperanza de Vida).

.Mortalidad Infantil.

.Enfermedades Prevalentes.

.Incidencia de Enfermedades.

Mejoramiento de la Calidad de Vida.

.Abatir limitaciones por discapacidades.

.Aliviar dolor en enfermedades incurables.

¿Qué son los resultados en salud?

En definitiva lo que se busca son dos tipos de cosas: por una lado mejorar la situación de salud y el Ministro Olesker ha hecho referencia a la mortalidad infantil, y la acción

de ASSE, los años de vida saludables a determinadas edades también es una manera de medir ese resultado en término de salud, las tasas de enfermedades, de distintas enfermedades que ocurren más frecuentemente o menos frecuentemente, pero también la salud no es todo el complejo de ausencia de enfermedad sino que tiene un componente muy importante de calidad de vida que aún es más difícil de medir.

El abatir las limitaciones por discapacidades, sorderas, dificultades motrices con la edad, etc.

El aliviar el dolor que también es un tema sumamente importante sobre todo cuando tenemos una población envejecida, si no se logra evitar la enfermedad ni curarla pero si se logra poder convivir con ella.

Y el tercer punto es la realización social y laboral de la persona que tiene una discapacidad o una enfermedad.

¿Qué es lo que pasó con la mortalidad infantil?

Mortalidad Infantil 1990 – 2008

Periodos	Mortalidad Infantil						
	Neonatal (0 - 28 días)	Post - neonatal (28 días a 1 año)	Infantil (0 - 1 año)	Infantil (1 - 4 años)	Infantil (1 - 5 años)	Hombre (0 - 1 año)	Mujer (0 - 1 año)
1990 - 1994	11,52	8,32	19,84	0,7	N/D	N/D	N/D
1995 - 1999	9,37	7,58	16,91	0,7	0,6	18,3	14,2
2000 - 2004	7,97	5,97	13,93	0,5	0,5	15,5	12,1
2005 - 2008	6,52	5,03	11,52	0,4	0,3	12,5	10,2

Estos son datos de una publicación de la Asociación Panamericana de la Salud de noviembre del 2009 sobre la base de datos aportados por el país.

En la tercera columna de resultados tenemos las tasas de mortalidad infantil entre los años 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 y 2005-2008, y se puede apreciar que es una tasa que viene bajando. Para los que no se acuerdan en el año 1985 cuando se hizo la restauración de la democracia la tasa de mortalidad infantil era de 30 por cada 1000 nacidos vivos o sea que es una tasa que viene bajando y obviamente que viene bajando por un lado porque disminuye la cantidad de nacimientos y relativamente disminuye

más en las poblaciones de mayor riesgo y por otro lado porque va mejorando la atención, tanto la atención de los embarazos como de los recién nacidos.

O sea que es bastante razonable creer que para el año 2010 – 2011 esa tasa va a estar en el entorno de 7 u 8 por 1000, es lo que es dable esperar de acuerdo con la evolución.

Esto no quiere decir que la reforma no haya influido. Pero quiere decir que uno debe tener cierta precaución en atribuir resultados a determinadas políticas porque a veces se puede estar equivocando y esos resultados se podrían haber obtenido sin que esas políticas se hubieran tomado.

Tabla 3: Morbilidad y factores de riesgo, Uruguay 1996–2008

Tabla 3: Morbilidad y factores de riesgo, Uruguay 1996-2008					
Indicadores	Periodos (valores promedios)				
	1996 - 1998	1999 - 2001	2002 - 2004	2005 - 2008	
Prevalencia de bajo peso al nacer	0,10*	0,12	0,12	0,1	
Tasa de fecundidad en adolescentes	73,4	64,5	59,7	n/d	
Porcentaje de partos con personal	98%	97%	98,80%	99,10%	
Número de casos confirmados de enfermedades evitables por vacunación	Varicela	3798	2092	1233	1459
	Rubéola	8,3	1,6	0	0
	Sarampion	2,6	11,3	0	0
	Paperas	54	13,6	0	0
	Tos convulsa	10	3,6	4,6	22,5
	Promedio Global las 5 enfermedades	775,6	452,4	247,5	696,3
Número anual de casos confirmados de dengue **	1	5	4,6	3,8	
Número anual de casos confirmados de malaria **	36	6,6	42,6	16	
Prevalencia de VIH/SIDA por mil habitantes	150	200	300	400	
Razón Hombre-Mujer VIH/SIDA	3,3	2,6	2,6	2,4	

Lo que es interesante acá es que las 4 columnas indican 4 quinquenios o grupos de años: 1996 a 1998, 1999 al 2001, 2002 al 2004 y 2005 al 2008.

Lo que me interesa señalar es los casos prevenibles por vacunación que son varicela, rubéola, sarampión, paperas y tos convulsa, que son enfermedades de vacunación obligatoria y en Uruguay se registran bastante bien, por lo tanto estos números lo que están reflejando es el éxito o el fracaso de las campañas de vacunación, de prevención de enfermedades.

A mí una de las cosas que me llena de orgullo como uruguayo es notar que entre el año 2002 y 2004, es decir en el pico de la crisis social, económica, cultural más importante, que hubiera hecho temblar a cualquier otra sociedad del mundo prácticamente no hubo casos de enfermedades prevenibles por inmunización.

Quiere decir que en este caso el Estado actuó porque hay una relación directa entre prevenir enfermedades y no tener casos.

Hay un cierto número de tos convulsa que puede ser un poquitito más alto de lo que había sido y en trienio anterior y eso se mantiene desde el año 2005 al 2008.

Los casos de dengue y los casos de malaria son todos importados. Son personal que estuvo fuera del país, contrajo la enfermedad y la trajo.

Si uno se fija en este aspecto de situación de salud, la situación de salud en el Uruguay ha ido mejorando pese a las dificultades económicas que tuvimos a principio de la década pasada.

Determinantes “Situación de la Salud”

- Utilización de Servicios de Salud
- Nivel socio-económico de la población
- Nivel educativo población
- Infraestructura física: vivienda, agua, saneamiento...
- Disponibilidad de alimentos
- Hábitos nutricionales
- Conductas perjudiciales
- Factores ambientales: contaminación, violencia
- Condiciones de crianza

Otro tema muy importante respecto a la situación de salud, ya sea que uno hable de mortalidad, de morbilidad o que hable de enfermedades prevenibles, es que la situación

de salud no depende prioritariamente de los servicios de salud. Uno puede tener excelentes servicios de salud pero si tiene muy malas situaciones económicas y no tiene agua potable, no tiene saneamiento, si no tiene educación y cultura, la situación no es buena. Basta con ir a algunos de los países de medio oriente que por su riqueza petrolera tienen todos los recursos disponibles, todos los recursos tecnológicos disponibles, todos los recursos humanos importados de las distintas partes del mundo y tienen indicadores de salud muy malos porque no tienen ninguna de esas infraestructuras que son necesarias para tener un buen hábito de salud.

Yo creo que la contribución más importante que hizo el gobierno anterior, el gobierno del Dr. Vázquez a la salud de los uruguayos es el haber prohibido fumar en los lugares cerrados. Eso es un salto cualitativo inmenso en la prevención de un gran número de enfermedades. Uno podrá estar de acuerdo o no con la limitación de la libertad individual, pero lo cierto es que es una contribución muy importante que no hace a los servicios de salud pero que sí hace al resultado de salud desde el punto de vista que yo vengo hablando.

FACTORES INTERMEDIOS HACIA “RESULTADOS EN SALUD”

Utilización de Servicios de Salud:

- .Tasa Inmunización (vacunas) por habitante año-año
- .Tasa Consultas ambulatorias por habitante-año.
- .Tasa de Consultas Urgencias por habitante-año.
- .Tasa de Hospitalización (internaciones) por 100 habitantes por año.
- .Días de Internación por 100 habitantes-año.
- .Tasas de Exámenes Diagnósticos por habitante-año
- .Recetas de medicamentos por habitante-año.

Obviamente uno de los factores intermedios en lograr los resultados de salud es la utilización de los servicios de salud.

Y ahí están las tasas de inmunización, de consultas, de consultas de urgencia, de hospitalización, exámenes diagnósticos, de consumo de medicamentos. Todas estas cosas administradas adecuadamente estas cosas influyen. Influyen en forma muy positiva, por lo tanto una reforma de salud que modifica la utilización de los servicios es un factor muy importante a tener en cuenta.

Condicionantes del uso de servicios de salud

- ▶ Organización y gestión de los proveedores y del sistema
- ▶ Superar barreras económicas
 - .Seguros o prepagos
 - .Controlar costos
- ▶ Superar barreras culturales
 - .Desconfianza
 - .Automedicación.
 - .Brecha del lenguaje.
 - .Desconocimiento.
- ▶ Superar barreras geográficas.

¿Qué es a su vez lo que condiciona el uso de los servicios de salud?

Creo que hay varios elementos.

Uno tiende a concentrarse casi naturalmente en las barreras económicas y ciertamente son importantes. No todos nosotros podemos ir a hacernos una operación a corazón abierto en Estados Unidos, porque no tenemos los recursos para poder hacerlo.

No los tenemos en el bolsillo y ni siquiera los tenemos en los seguros que la mayoría de nosotros tenemos. De manera que la barrera económica es un tema importante.

Pero no es la única barrera, también tenemos barreras de otro tipo ya sea geográficas, por distancia hacia donde están la provisión de servicios y ahí estamos hablando del Uruguay rural, en el cual el Ministro Olesker cuando estaba en Salud diseñó un programa que me parece bien interesante y bien importante para tratar de acercar los servicios a la población rural más dispersa.

También obviamente la organización y la gestión del sistema de servicios y de los propios prestadores. El Ministro se refirió al sistema de servicios creado por la reforma. Me parece una referencia muy importante. Pero no olvidemos que también hay una necesidad de mejoramiento para lograr efectividad y para lograr eficiencia, hay una necesidad de la gestión de los propios proveedores de servicios, porque es ahí donde se combinan los recursos humanos con los insumos, con los recursos, con los pacientes, con la tecnología, para decir: damos este servicios, lo damos en el momento oportuno,

lo damos con las mejores oportunidades de tener éxito, y ahí está el mejoramiento de la eficiencia gerencial de las instituciones de asistencia médica colectiva del Uruguay. Basta decir que en el año 1982 cuando empezamos a trabajar en ese tema, la segunda mutualista más grande del Uruguay, (básicamente una mutualista es una combinación de un seguro con un prestador de servicio, uno pone eso en una organización empresarial y eso es una asistencia médica colectiva, mutualista, cooperativa médica, etc.) no sabía la estructura de edad y sexo de sus afiliados, no sabía cuantos afiliados tenía. O sea, es la empresa aseguradora que no sabía qué riesgos cubría, es muy difícil manejarse eficientemente en ese medio y a partir de ahí fue que surgió la iniciativa de crear un sistema de información estandarizado que todavía hoy existe y que básicamente brinda información, no solamente alerta al regulador, en este caso es la JUNASA, sino fundamentalmente a los gerentes de las propias instituciones para saber qué poblaciones tienen que atender, qué riesgos tienen que atender, cuánto les está costando, qué utilización tiene su población afiliada, etc.

OFERTA Y DEMANDA DE SS.SS

Tasa Global de uso de SS.SS en el sector privado (IAMC), 2007

Tasa Global de Uso									
Niveles de Atención	Género		Zona Geográfica		Grupos de Edad				
	Hombres	Mujeres	Interior	Montevideo	< de 5 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años
Consultas por afiliado por año	5.0	8.0	7.0	6.1	11.6	5.5	2.7	4.9	18.3
Egresos por mil afiliados por año *	93.9	131.8	126.6	103.7	168.7	56.4	86.5	99.5	206.9

Si se mira las tasas, básicamente, es bastante complejo clasificar todos los tipos de salud pero hay dos grandes rubros: atención ambulatoria que se refleja en algún tipo de consulta médica y la internación hospitalaria que en definitiva se refleja en alguna tipo de hospitalización y la cantidad de días de internación por afiliado por año.

Y hay diferencias importantes entre las mujeres y los hombres, tanto en las consultas como en la cantidad de internación, y eso se mantiene para Montevideo en el término de consultas.

También son más altas las consultas y la internación en el interior que en Montevideo, estamos hablando del sector mutualista.

Y en los grupos de edad, los grupos de menor consumo, por lo tanto de menor gasto, son los grupos de la edad productiva. Es decir, cuando uno va desde los 15 hasta los 60 años, a partir de los 60 años para arriba y antes de los 5 años, son los grupos de edad de mayor consumo.

Sobre todo por encima de los 65 años y más aún cuando uno pasa a la cuarta edad es decir por encima de los 80 años.

Tasa Global de uso de SS.SS en el Sector Privado (Seguros Privados Integrales), 2007

Tasa Global de Uso							
Niveles de Atención	Género		Grupos de Edad				
	Hombres	Mujeres	< de 5 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años
Consultas por afiliado por año	5.1	7.1	8.7	4.7	5.1	6.7	10.8
Egresos por mil afiliados por año *	70.8	101.6	114.6	44.6	78.2	80.5	218.2

En los seguros privados integrales el panorama es muy similar.

No tengo datos para ASSE, pero las cifras globales están en el entorno de lo que son los prestadores de seguros privados, y de asistencia médica colectiva.

Organización y gestión: sistema – proveedores

▶Elementos positivos

Pautas prestacionales.

Priorización del nivel de menor complejidad.

▶Elementos negativos

Costo del personal aumento más que la productividad.

Rigidez y limitación de capacidad instalada.

ASSE desmanteló capacidad gerencial de sus UE.

Se mantiene dicotomía ASSE-IAMC por descoordinación.

Enfoque ineficiente hacia prestadores inviables (ej.: Hospital Italiano, GREMCA).

Multiplicidad de estructuras burocráticas (FONASA, JUNASA, directorio ASSE, Consejos Asesores).

Desconocimiento – enfrentamiento con cuerpo medico.

****Incluye instituciones formadoras de RRHH en salud públicas y privadas.

***Incluye UdelaR y UCUDAL.

**FUENTE(S) Perfil de Recursos Humanos del sector Salud del Uruguay. Instituto nacional de Estadísticas y Censo. Caja de Jubilaciones y Pensiones Universitarias.

No. de Universidades con Maestría en Salud Pública****	1	4	4
No. de Escuelas de Salud Pública***	1	1	2
Razón de enfermeras/os profesionales por cada 10.000 hab.**	8	11	12
Razón de médicos por cada 10.000 hab.*	37	41	42
Tipo de Recurso Humano	1999	2005	2009

Tabla 23: Recursos Humanos en Salud, Uruguay 1999, 2005 y 2009

Uruguay como la mayoría de los países de América Latina, no de los países del Caribe inglés, tiene una inversión en los recursos humanos en salud. Tiene muchos más médicos por enfermera, tiene alrededor de 4 médicos por cada enfermera, más alto que los países sajones, tanto del Caribe inglés como de norte América. Y eso condiciona el tipo de salud que se brinda y el tipo de atención que se puede brindar porque la

Tabla 23: Recursos Humanos en Salud, Uruguay 1999, 2005 y 2009

Tipo de Recurso Humano	1999	2005	2009
Razón de médicos por cada 10.000 hab.*	37	41	42
Razón de enfermeras/os profesionales por cada 10.000 hab.**	8	11	12
No. de Escuelas de Salud Pública***	1	1	2
No. de Universidades con Maestría en Salud Pública****	1	4	4

**FUENTE(S) Perfil de Recursos Humanos del sector Salud del Uruguay. Instituto nacional de Estadísticas y Censo. Caja de Jubilaciones y Pensiones Universitarias.

***Incluye UdelaR y UCUDAL.

****Incluye instituciones formadoras de RRHH en salud públicas y privadas.

Tenemos ahí dificultades muy importantes y además tenemos una dotación de médicos por cada 10 mil habitantes mucho más alta que en la mayoría de los países desarrollados, lo cual crea dificultades, porque desde el punto de vista económico es bastante fácil de entender, la relación médico – paciente no es la relación proveedor – cliente tradicional, el médico debería ser un agente del propio paciente que decide por él, en ausencia de un precio va a tender a maximizar la cantidad de servicios que utilice ese paciente para beneficio del paciente. Pero si además tiene un beneficio adicional en sí mismo en la prestación del servicio hay un incentivo muy importante a brindar más servicios de los que se necesitarían.

Y la sobre dotación de médicos agrava esa circunstancia particular de los servicios de salud.

Porcentaje de personas que tienen derecho a atenderse en cada uno de los sistemas

	Porcentaje
▶IAMC	55,4
▶MSP (incluye Hospital de Clínicas)	33,2
▶Hospital Policial u Hospital Militar	7,4
▶Seguro privado médico	2,1
▶Policlínica municipal	2,0
▶Área de Salud del BPS	0,4
▶Otros (Anda, otras asistencias parciales, etc.)	2,4

Nota: Los porcentajes de los distintos proveedores no suman 100, porque hay personas sin derecho declarado en ninguna institución, y hay otras que tienen derecho a atenderse en dos o más.

En el año 2006 la encuesta continua de hogares hizo un relevamiento de la cobertura de servicios de salud y de dónde la población obtenía su atención y ese mismo relevamiento se repitió en la encuesta de hogares del 2009.

Estos son los resultados del año 2009, o sea, el primer año completo luego de la implementación de la reforma. Las instituciones de asistencia médica o sea las mutualistas, las cooperativas médicas, cubren un 55,4% de la población y ASSE con el Hospital de Clínicas cubre un 33,2% de la población, el Hospital Militar es un 7.4%, las demás son todas coberturas parciales.

Estos mismos datos en el año 2006 indican que las mutualistas cubrían un 44,2% de la población, o sea que pasaron de 44,2 a 55,4% aumentaron 11,2% del total de la población, estamos hablando de alrededor de una 380 mil personas.

Y ASSE combinado con el Hospital de Clínicas en el año 2006 daba cobertura a un 44.9% de la población y en el año 2009 a un 33.2%. Hay prácticamente una reducción correlativa entre ambos.

Uno podría decir que la reforma de salud lo que consiguió en un año y medio y sin que la población se diera cuenta es de las privatizaciones más importantes que ocurrieron en el Uruguay, porque hubo más de un décimo de la población que pasó de proveedores públicos a proveedores privados. Ese es un efecto de la reforma por la manera en como está diseñada y por la manera en como fue interpretada por la población.

La población interpretó que en virtud de que pagaba una contribución que había aumentado y que esa contribución le daba un derecho a elegir un prestador que socialmente era mejor valorado, mutualista versus ASSE, ya que pagaba más se iba al mejor prestador: al mutualismo.

Personas según sus derechos a la atención de salud

%

Total	100,0
Sin derechos vigentes	3,3
IAMC	52,4

MSP (Incluye Hospital de Clínicas)	30,2
Hospitales Militar y Policial	5,4
Seguro médico privado	1,8
Policlínica municipal	0,2
Área de Salud del BPS	0,1
Otro (ANDA, otros seguros parciales, etc.)	0,5
MSP y Policlínica Municipal	1,6
IAMC y Hospitales Militar o Policial	1,5
Más de un lugar: otras combinaciones	3,0

Por lo tanto hay una transferencia, muy, muy importante, de población desde ASSE a instituciones de asistencia médica colectiva.

Con el incremento de gasto que eso significa, el gasto per capita del sistema mutual era y sigue siendo aún, pero era al inicio en el año 2007 mucho más alto per capita que el sistema ASSE.

	Total	Quintil				
		1°	2°	3°	4°	5°
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
▪Sin derechos vigentes	3,3	4,0	4,1	3,9	2,9	1,7
▪IAMC	52,4	16,3	40,8	55,4	71,4	78,4
▪MSP (Incluye Hospital de Clínicas)	30,2	68,9	40,5	26,0	12,6	3,2
▪Hospitales Militar y Policial	5,4	3,1	7,2	7,4	5,7	3,5
▪Seguro médico privado	1,8	0,0	0,1	0,3	1,0	7,5
▪Policlínica municipal	0,2	0,5	0,2	0,1	0,0	0,0
▪Área de Salud del BPS	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0
▪Otro	0,5	0,5	0,5	0,7	0,5	0,4
▪MSP y Policlínica Municipal	1,6	4,3	2,0	1,1	0,6	0,1
▪IAMC y H. Militar o Policial	1,5	0,1	0,8	1,4	2,1	2,9
▪Más de un lugar: otras	3,0	2,1	3,6	3,6	3,2	2,3

Si uno suma todos los porcentajes de cobertura de la encuesta continua de hogares del año 2009 me da una cobertura de 102,9%, es decir más del 100% de la población.

Pero no es un error de diseño ni un error de medición simplemente es que en ese 102.9% hay un 6.1% que tiene doble cobertura, por ejemplo tiene cobertura Policlínica Municipal y ASSE, o tiene cobertura por el área de salud de BPS y una mutualista.

Pero lo que sí es llamativo es que la cobertura del sistema en el año 2009 es de 96.7% de la población. O sea, que pese a la reforma hay un 3.3% que no tiene una cobertura formal de salud. Porcentaje que es muy similar al que se encontró en el año 2006.

Desde el punto de vista de la universalización de la cobertura, la reforma es un proceso en curso aún faltan incorporar jubilados, faltan incorporar algunos otros colectivos, y ciertamente van a seguir faltando cuando termine el actual gobierno, pero es un proceso en curso y lo que tenemos que tener cuidado es qué características tiene esta parte de la población que no tiene cobertura.

	Total %	Asentamiento irregular %	Tejido formal %
Total	100,0	100,0	100,0
▪ Sin derechos vigentes	3,3	4,5	3,3
▪ IAMC	52,4	27,5	53,7
▪ MSP (Incluye H. Clínicas)	30,2	48,2	29,2
▪ Hospitales Militar y Policial	5,4	6,9	5,3
▪ Seguro médico privado	1,8	0,0	1,9
▪ Policlínica municipal	0,2	0,8	0,2
▪ Área de Salud del BPS	0,1	0,3	0,1
▪ MSP y Policlínica Municipal	1,6	7,4	1,3
▪ IAMC y H. Militar o Policial	1,5	1,2	1,5
▪ Más de un lugar,	3,0	3,0	3,0
▪ Otro (ANDA, otros seguros)	0,5	0,2	0,5

Que la población no tiene cobertura formal, no quiere decir necesariamente que no tenga acceso a servicios de salud.

¿Qué características tiene esa población? Son el 3.3%, pero hay que agregarle además

aquellos que declaran el 0.2% que tiene una policlínica municipal donde se le puede dar determinados servicios pero no le va a dar internación cuando la necesite.

O una cobertura de salud del área del BPS le puede dar determinados servicios pero no le puede dar la totalidad de los mismos

¿Dónde esta esa población sin cobertura formal en los distintos quintiles de ingreso?

Están en el primer quintil de ingresos, donde la población sin cobertura formal o con coberturas muy limitadas es el 5.2%, en tanto que en el quinto quintil de ingresos la población sin cobertura formal o sin cobertura es del 2.1%.

Todavía tenemos un problema de protección y de utilización de servicios de salud por parte de las personas de menores ingresos.

Cuando uno lo mira por asentamientos irregulares el porcentaje de la población que no tiene cobertura formal que es 4.5% más aquellos que tienen coberturas muy incompletas se llega a un 6%

Anteriormente yo decía que la utilización de los servicios de salud tiene factores económicos, pero tiene también factores culturales y factores geográficos.

Acá tenemos un sistema que tiene un gasto público muy importante a través de proveedor público que tiene un gasto muy importante a través del Fonasa y a pesar de eso tenemos segmentos de la población que no tienen cobertura formal y probablemente no use los servicios de salud, cosa que se averiguó en la encuesta del año 2006 y que había una superposición bastante grande entre ambas cosas.

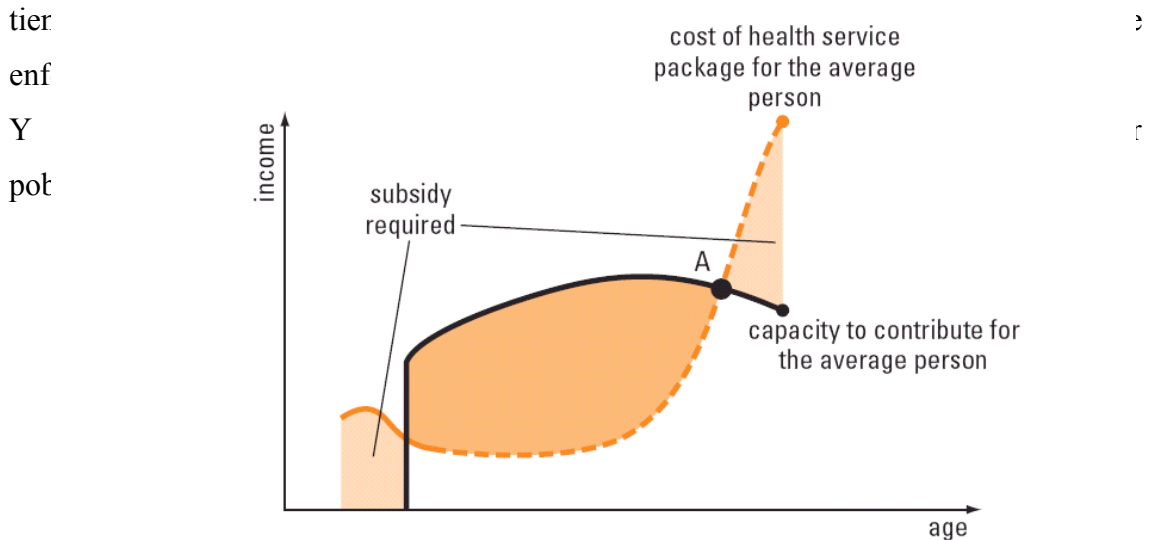
Personas sin ninguna cobertura de salud según sexo y edad

		%
Total	Total	2,8
	0 a 17 años	1,4
	18 a 30	5,2
	31 a 50	3,7
	51 a 70	2,3
	71 y más	0,6
Hombre	Total	3,5
	0 a 17 años	1,4
	18 a 30	6,4
	31 a 50	4,7
	51 a 70	3,0
	71 y más	1,0
Mujer	Total	2,2
	0 a 17 años	1,4
	18 a 30	4,0

Por sexo y edad: de 18 a 30 años es de 5,2%, de 31 a 50 es de 3,7% y de 51 a 70 es de 2,3% y ahí va bajando.

Es la misma distribución que tiene la población sin seguro en los Estados Unidos. Es

Acumulación y administración de los recursos en un fondo común: riesgo compartido
FIGURE 2.3 Cost of health services, capacity to pay, and need for subsidies over the lifetime of a typical individual



Source: ILO/STEP 2002.

La última gráfica que está tomada de un trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas, lo que está indicando es que en la edad activa que va desde la primera línea vertical hasta el punto A los costos por atención de salud son relativamente bajos y van subiendo a medida que se acerca la edad de retiro, la edad mayor, en tanto que la capacidad de generar ingresos para cubrir estos costos aumenta y luego se mantiene más o menos estabilizada.

Hay dos grupos que tienen que ser subsidiados. A punto de partida es ese grupo de los niños, sobre todo en el caso del Uruguay con el perfil demográfico que tenemos el grupo de las personas de más edad.

La reforma fue diseñada de tal manera de privilegiar la atención de salud y la cobertura de los más pequeños pero todavía nos queda el esfuerzo económico más importante, nos quedan los más costosos que además son los que van a dar un impacto.

Nadie, que tenga honestidad intelectual pueda decir que esta reforma sea o no sea efectiva, sea o no sea eficiente.

Pero hay algunas reflexiones que me gustaría hacer:

- El salto ideológico que significó esta reforma en tanto podemos ver a un Estado que si bien asume un rol bastante monopólico en el financiamiento, aunque no es estrictamente monopólico, lo hace en un mercado donde los beneficiarios pueden elegir entre distintos proveedores. Eso mismo trasladado al sistema de educación es prácticamente imposible y ese es un tema absolutamente ideológico, cultural. ¿cuántos adolescentes se beneficiarían de ir al liceo Jubilar? O a liceos como el Jubilar en lugar de estar cautivos en un liceo donde los profesores no concurren. Valoremos esta reforma como algo muy importante. Desde ese punto de vista, es la sociedad uruguaya admitiendo que para la solución de un problema social se puede combinar elementos regulatorios y elementos de competición de manera de tratar de lograr el mejor resultado posible.
- Tengo temor con esta reforma en cuanto a que no tiene techos presupuestales claros, y estamos ante una situación tecnológica donde el descubrimiento del genoma, el descubrimiento de nuevas enfermedades desde el punto de vista de las relaciones o de la modificación de los genes y de la manifestación de la enfermedad y donde el descubrimiento de nuevas tecnologías, de nuevos medicamentos basados en ese descubrimiento, nos puede enfrentar a costos muy distintos, de magnitudes enormemente distintas de las que estamos acostumbrados a ver. Hace poco se planteó el caso de una paciente de Tacuarembó que necesitaba un medicamento costaba U\$S 9 mil por mes, y la justicia falló a su favor, y si esa pasa a ser la situación de la mayoría de los pacientes que tenemos en el Uruguay, ¿dónde está el techo? ¿quién le pone techo presupuestal al gasto en salud?
- En el tema de los Consejos de Salarios en el caso de la salud es un mecanismo que hay que revisar porque empleados y empleadores se sientan de los dos lados de la mesa, y el Estado queda al descubierto y esto está vinculado al tema anterior. Habría que ver si el aumento del peso de las retribuciones personales dentro de la paramétrica de los proveedores de salud se acompaña de un aumento de productividad y de un aumento de los resultados. El caso de los anestésistas es bien claro. Los anestésistas multiplicaron sus ingresos y multiplicaron su precio por dar el mismo servicio de manera que ahí es pura inflación no es que haya habido un aumento de la productividad.

- Con esta o cualquier otra reforma vamos a tener que ir ajustando, ir puliendo, e ir aterrizando a través de estudios, a través de disposiciones, a través de normas, que manteniendo la concepción básica permitan ir enfrentando eficazmente y eficientemente esos desafíos que son muy importantes y que no están dispuestos en su diseño.

Muchas gracias.

Ec. María Dolores Benavente

Muchísimas gracias a los dos.

Primero quisiera hacer una reflexión, cuando el Dr. Solari mencionó lo de Tabaré Vázquez, Tabaré es Académico de Honor de la Academia y el año pasado cuando dio la charla al finalizar el ciclo 2010 de la Academia, el Emb. Lacarte le preguntó “si tuviera que resumir todo su mandato en un logro, ¿cuál sería?” y él mencionó la prohibición de fumar en espacios cerrados. O sea que él lo tiene como su logro más allá de otras cosas y que incluso cuando se encontraba con personas en la calle, éstas se lo mencionaban y lo felicitaban.

Y en segundo lugar quisiera hacer una pregunta para cada uno.

Solari usted mencionaba que había sido una buena cosa desde el punto de vista ideológico esa actitud del Estado de decir “bueno regulo esto pero luego abro el juego a privados y a públicos”. Desde el punto de vista institucional ¿no es peligroso que el regulador y el prestador estén en la misma cabeza? En definitiva nos pasa en una veintena de instituciones públicas que compiten con las privadas y a la vez tienen potestades regulatorias.

Y para Olesker ¿esos indicadores de eficiencia, que todos comprendemos que es muy pronto, comprendemos que hay tendencias que se iban a dar con reforma o sin reforma, pero de cualquier manera es bueno medir, esos indicadores van a ser públicos? Porque es bueno que la sociedad en su conjunto evalúe dónde se va su dinero, porque no olvidemos que la incorporación de los pasivos en el 2016 va a costar más de 400 millones de dólares de gasto, de manera que no es menor que la gente sepa o pueda ver indicadores.

Dr. Alfredo Solari

Regulador y prestador en una misma cabeza: en realidad no es exactamente la situación porque ASSE es un servicio descentralizado que se vincula con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública, pero es una empresa pública.

Y dentro del propio Ministerio la parte regulatoria que es la JUNASA de la Dirección Nacional de Salud es independiente de ASSE y para la JUNASA, ASSE es un prestador más como la Española, el CASMU o cualquiera de los otros. Se le exige a ASSE lo mismo que se le exige a los demás.

Pero además en Uruguay tenemos algunos ejemplos muy importantes en la medida que las prestaciones no sean monopólicas, por ejemplo el Banco de Seguros.

El Banco de Seguros mejoró con la competencia de los privados, entonces en la medida que ese prestador público no se ve privilegiado por el hecho de ser público y el marco regulador y las autoridades regulatorias lo toman como uno más, creo que no hay tal peligro.

El peligro se da cuando el regulador y el proveedor tienen efectivamente una misma cabeza y además desconocen el mandato, como es en el tema de generación de energía ahí es distinto, ahí lo que hay es un incumplimiento por parte del organismo acerca de cuál es su verdadero rol y qué está cambiando. Si bien UTE mantiene el monopolio, está haciendo licitaciones para poder comprar a privados, en fin no es como debería ser de acuerdo con la ley pero ...

Yo creo que la contestación es esa. Y menos aún en el caso de ASSE donde ASSE de este mercado se ha quedado con lo peor, se ha quedado con los que tienen más enfermedades y menor capacidad económica.

Ec. Daniel Olesker

Yo comparto esa opinión y comparto que no es lo mismo regulador y financiador público y mercado mixto en la salud que en la educación.

Comparto que desde el punto de vista del pensamiento general que la izquierda ha tenido de las políticas sociales, igual es una innovación que la discutimos y que seguimos teniendo en el seno de las organizaciones frenteamplistas una visión de que el sistema debe de ser estatal en su regulación, en su financiamiento y en su prestación pero nosotros defendemos la eficiencia.

Y creo que en el caso de la salud para el interior del país, es mutuo el movimiento porque desde el punto de vista mutual predominaba una institución por departamento y

además es lógico desde la escala mínima que un sistema como éste requiere, sería ilógico pensar en más de un prestador.

Más aún Montevideo es una cosa que no sostiene ningún análisis de viabilidad, que un millón y medio de personas, tengan si contáramos a ASSE, tenga doce prestadores de asistencia médica.

Con respecto a los indicadores ahí yo dividiría en dos la situación:

- Si nosotros vamos a un sistema por el cual ASSE deja de ser un prestador financiado por Rentas Generales (salvo en el componente que es inevitable que financie Rentas Generales porque no van a entrar nunca en el mercado del aseguramiento, hubo algunos servicios que ASSE presta como el servicio nacional de sangre que en mi opinión debieron haber quedado en el Ministerio y no en ASSE en su momento), si nosotros vamos al Fonasa, ASSE pasa a tener los mismos indicadores de gestión que cualquier mutualista. Ahí lo resolveríamos por la incorporación de ASSE y si eso no pasara en el corto plazo y yo creo que no va a pasar en el corto plazo ya que es demasiado riesgoso generar un sistema de “fonasiamiento” para no contributivos antes de que esté acabado el proceso de ingreso de los contributivos, estaríamos pensando que nos quedan 4, 5 años más. Los indicadores de gestión están contemplados en el Presupuesto.
- Claramente estos indicadores deberían ser más públicos de lo que son. En el período anterior y como era Director General tenía acceso, los indicadores venían de la tradición presupuestal histórica y eran débiles en su constitución y estaban más armado para llenarse formalmente que otra cosa. Creo que los de ahora no. Y antes era bastante fácil si uno veía que no llegaba sacaba un indicador y ponía otro. Reformulaba la rendición de cuentas, no solo en la plata, sino los programas y los malos indicadores.

Con este nuevo sistema no está pasando, el cambio del presupuesto por (16 años programáticos) es un cambio bien importante y por supuesto creo que van a ser públicos.

Cra. Elvira Domínguez

Me llamó la atención una de las últimas afirmaciones relacionada con el tema de los indicadores, en realidad a ASSE no se le está exigiendo presentar indicadores y creo que ahí hay una diferencia importante y no creo que importe si están o no financiados, si se

están cumpliendo o no con las metas o si se está cumpliendo con el indicador de gestión que se enmarca ...

Dr. Alfredo Solari

Concuerdo. Y se merece un comentario ese tema de los indicadores.

Es parte de la historia de este país. Desde el año 1981 hasta el 84, me tocó dirigir un proyecto de fortalecimiento de la gestión gerencial de las instituciones de asistencia médica colectiva, en aquel momento: final de la dictadura, convencimos al Poder Ejecutivo quienes actuábamos en el proyecto, para que dentro de un determinado marco nivelara las cuotas que las mutualistas le podían cobrar a sus afiliados.

Y la contracara de esa liberación era publicar trimestralmente en la prensa un cuadro que tenía información dirigida a los usuarios sobre el nombre de la mutualista, su dirección, si tenía hospital propio o no, cuánto era la cuota promedio cuánto era la cuota mínima y máxima, si cobraba ticket cuánto costaba el ticket menor, cuánto era el mayor, etc. etc. Es decir, una serie de información que transparentara ese mercado.

Lamentablemente cuando cambiaron las autoridades del Ministerio y entraron autoridades más afines a la tradición, es decir médicos, eso se suspendió inmediatamente.

Esto nos debería de enseñar una lección muy importante. La persona que movilice al consumidor para hacer uso de sus opciones no existe en el área de la salud, pero no existe en casi ninguna área. Y es muy importante, porque es parte de nuestro asumir que vivimos en una sociedad capitalista, que tiene elementos de social democracia y de seguridad social pero el funcionamiento del mercado requiere la trasmisión de información.

Y esa trasmisión de información es un deber que tiene el Estado, es una de las políticas públicas posibles, y el Fonasa y la Junasa haría muy bien en retomar esas prácticas de difundir información objetiva, verificable, de los distintos proveedores de manera que cuando la gente tiene oportunidad de elegir no se guíe solamente por la propaganda sino también por algún otro tipo de información que sea más objetiva y que permita tomar decisiones.

No me cabe ninguna duda que de esos 380 mil que pasaron de ASSE a las mutualistas, un grupo muy importante vuelve porque no puede pagar las órdenes o los tickets, y si hubiera tenido esa información previamente no hubiera tomado la decisión que tomó.

Este tema de los indicadores, de la difusión de los indicadores transparentaría más el mercado y es un tema de enorme importancia, no sólo en el área de la salud sino también en el área de la educación dónde tenemos un oscurantismo impresionante.

Ec. María Dolores Benavente

Muchas gracias a ambos panelistas y a todos los asistentes.

Los esperamos para la próxima mesa redonda que será sobre Eficacia y eficiencia de las políticas sociales - Distribución del ingreso.