

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I PRESENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE URUGUAY	6
1.1 Organización del sector y legislación sanitaria	7
1.1.1 Presentación del MSP y otras instancias públicas	7
1.1.2 El subsector privado	10
1.2 Gastos y recursos	12
1.2.1 Ingresos y gastos sectoriales	12
1.2.2 Recursos Humanos	13
1.2.3 Recursos materiales: infraestructuras y equipos	14
1.2.4 Insumos en materia de salud	15
1.2.5 Programas de atención y investigación	16
1.3 Población uruguaya: problemas específicos de salud, atención y cobertura	18
1.3.1 Contexto demográfico y epidemiológico (cifras de FISS; MSP)	18
1.3.2 Cobertura	20
II ANÁLISIS DE LAS DEFICIENCIAS	22
2.1 Desigualdades en la prestación de servicios:	22
2.1.1 El principio de universalidad no cumplido	22
2.1.2 Una situación diferente entre Montevideo y el Interior	23
2.1.3 Desigualdades de aseguramiento entre el subsector público y el privado	24
2.2 Problemas de gestión: crecimiento de costos y falta de eficiencia	25
2.2.1 Ineficiencias en la prestación de servicios	25
2.2.2 Sistemas de información escasos:	25
2.2.3 Gestión, calidad y manejo de los Recursos Humanos	26
2.2.4 Gestión de los gastos:	27
2.3 La crisis del sistema mutual privado: un endeudamiento generalizado	28
2.3.1 Análisis de la gravedad de la crisis	28
2.3.2 Factores económicos	29
2.3.3 Consecuencias	30
2.4 Desafíos que enfrentaran las autoridades políticas:	31
2.4.1 Conservatismo poblacional en el ámbito social	31
2.4.2 Grupos de presión	32
2.4.3 Problemas de financiamiento.	32
2.4.5 Factores a definir	32
III BASES PARA UNA REFORMA Y PERSPECTIVAS DEL SECTOR	33
3.1 Actores que influyen en las tomas de decisión	34
3.1.1 Punto de vista liberal: mejora económica para mejorar la salud	34
3.1.2 Toma de conciencia del problema	35

3.1.3 Punto de vista de los agentes involucrados	35
3.1.4 Estándares del Mercosur	37
3.1.5 Modelos de sistemas sanitarios	37
3.2 Cambios ya realizados:	38
3.2.1 Antecedentes y orientaciones políticas	38
3.3.2 El Proyecto FISS (1995-2000)	39
3.2.3 Programas del MSP	40
3.2.4 Seguimiento del proceso reformador del periodo	40
3.3 Bases de la nueva reforma	41
3.3.1 Propuesta de reforma del sistema de salud	42
3.3.2 El proyecto Salud Uruguay 2010	43
3.3.3 Implementación de la reforma y programas desde 1999	43
3.4 Propuestas para la crisis del subsector privado	44
3.4.1 Propuesta de una superintendencia y el Fondo Único	44
3.4.2 Soluciones de gestión	44
3.4.3 Financiamiento de la deuda	45
CONCLUSIÓN	45
LISTA DE SIGLOS y ABREVIATURAS	47
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	4

3

- ANEXO I: Descripción general del país
- ANEXO II: Capítulo dos de la Constitución de 1967
- ANEXO III: Uruguay; Cifras 2000
- ANEXO IV: Principales indicadores económicos del sector social
- ANEXO V: Cuadro; Estructura de modalidades de financiamiento
- ANEXO VI: Financiamiento del sector
- ANEXO VII: Carencias críticas 1998
- ANEXO VIII: Endeudamiento del subsector privado
- ANEXO IX: Efectos de la inflación sobre los ingresos de las IAMC
- ANEXO X: Dilema del prisionero
- ANEXO XI: Esquema del Fondo Único
- ANEXO XII: Un esfuerzo en la búsqueda de la excelencia

INTRODUCCIÓN

La República Oriental de Uruguay (Anexo I; Descripción general del país) posee un sector social que durante muchos decenios ha constituido una referencia en América Latina. El sistema se ha desarrollado a principios del siglo XX bajo el impulso de José Batlle y Ordoñez (presidente entre 1903-1907 y 1911-1915) que desencadenó un proceso reformador inspirado en los modelos europeos¹. El sistema sanitario ha sido involucrado en este proceso con mucho éxito hasta los años setenta. El Hóspital de Clínicas, en función desde 1953, es considerado como la excelencia del sistema uruguayo por sus características técnicas, su polivalencia, su papel de centro docente, y su calidad de formador de la fuerza laboral del sector.

El país apoyó el desarrollo del sector social sobre una economía que ha sido impulsada desde finales del siglo XIX gracias a los caminos comerciales instalados a través de la región del Rio de la plata, que le permitieron hacer comercio con Europa. La democracia consensual de los años 1920 y el desarrollo del tejido industrial constituieron las bases de una forma institucional y orientaciones políticas implicadas en los Derechos Humanos y por tanto al acceso de la población a la dignidad y a la salud². Esa dirección fue concretada por la Constitución de 1967 (Capítulo II, Artículo 44, ver Anexo II), aún vigente, que anuncia lo siguiente:

"El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país (...). El Estado proporcionará

¹ LEMOINE Maurice; *"Les 100 portes de l'Amérique Latine"*; Les éditions de l'Atelier; Point d'appui; Lonrai 1997.

² DABENE Olivier; *"L'Amérique Latine au XX ème siècle"*; Editions Armand Colin; Cursus; Paris 1994

gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

Los resultados de un contexto económico y político poco comunes en América Latina fueron una situación demográfica y social excepcional con una tasa de crecimiento demográfico, nivel de educación, infraestructuras y cobertura sanitarias muy avanzadas, similar a la situación de los países industrializados. Mientras un estancamiento de la economía desde los años cincuenta, el país conservó

celosamente sus metas sociales, aumentando el empleo del sector público y involucrándose todavía más en todos los sectores de la economía. La situación se deterioró paulatinamente hasta llegar a la crisis política y un golpe de estado en 1973.

La crisis de los años sesenta seguida del periodo de dictadura agotaron el desarrollo de los sectores sociales. A partir de ese periodo se implementan reformas para incentivar las fuerzas de mercado. Las políticas monetarias de principios de los años ochenta, al no ser apoyadas por restricciones en el gasto público, resultaron poco fructíferas. En 1982, Uruguay estaba fuertemente endeudado y el país cayó en una fuerte recesión. La falta de institucionalización del régimen militar permitió al país volver a la democracia en 1985³.

El gobierno civil de Sanguinetti (1985-1990) tuvo que enfrentarse con los problemas de financiación de la Seguridad Social y de la dimensión del empleo público, ya que los programas de ajuste del Banco Mundial del FMI solían considerar el plazo breve y no tuvieron el impacto esperado (fuente: Maurice Lemoine; *"les 100 portes de l'Amérique Latine"*).

El Uruguay actual esta todavía bastante endeudado (ver anexo III) y su situación social se caracteriza por una clase poblacional importante de ingresos medios. El área social es todavía satisfactoria

³ Fuente: BANCO MUNDIAL; Project document; Uruguay; <http://www.worldbank.org>

si se compara con el resto de América Latina. Sin embargo, ha perdido posiciones ante países como Costa Rica, Chile y Cuba.

La forma de gobierno es democrática representativa, con renovación de las autoridades nacionales y municipales cada cinco años. El Poder Ejecutivo está constituido por un presidente y 12 ministros y el Legislativo recae en 30 senadores, el vice presidente de la República y 99 diputados. El Poder Judicial tiene su máxima instancia en la Suprema Corte de Justicia. El departamento más pequeño en extensión es el de Montevideo, que es también el de mayor número de habitantes. Al analizar datos departamentales suelen considerarse por una parte los de Montevideo y por otra, los del Interior, es decir los otros 18 departamentos⁴.

El proceso económico más destacable de los últimos años fue la creación del Mercosur a mediados de 1993, ya en el pleno ejercicio del convenio firmado entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. El Mercosur permite el libre tránsito de bienes y servicios entre los países y nivela los aranceles para terceros países en diversos productos. La participación de Uruguay en Mercosur presenta la mejor expectativa para el desarrollo comercial del país. Pero esa relación lo sitúa en una situación de dependencia muy peligrosa si recordamos las recientes crisis en Argentina.

El proceso reformador global del Estado, empezado en 1995, consiste en una serie de desafíos: modernizar al sistema de Seguros Sociales, el sistema educativo y alejar el peso de la financiación de los sectores públicos (Anexo IV). El segundo gobierno Sanguinetti elaboró una reforma de la Seguridad Social que permite la actuación de empresas privadas en el mercado de pensiones y jubilaciones (las AFAP).

Enmarcado en la estrategia de reforma del Estado, el Sector Salud no está en las miras del Poder Legislativo, ya que no se tiene

planificado proponer modificaciones a la Constitución o a la legislación básica del sector. El sector está dividido en dos subsectores, uno privado y otro público y es sobre todo el último el que está implicado en el proceso reformador. En el siguiente estudio vamos a analizar la organización del sistema sanitario uruguayo, la legislación que se refiere a él, las estructuras y los dos subsectores que lo constituyen. Parece imprescindible analizar el sistema mediante la asistencia que provee a la población y, en consecuencia, la situación sanitaria de la población uruguaya. Para dar una imagen realista del sector, vamos a estudiar con el apoyo de fuentes diversas como artículos de prensa, informes y periódicos internos de los agentes involucrados y internacionales y informes de las instituciones públicas uruguayas, sus principales deficiencias y las consecuencias que resultan de ello. El asunto de la salud está en el núcleo de las preocupaciones del Poder Ejecutivo, y a partir de sus fallos, vamos a intentar tener una visión del futuro probable del sistema sanitario uruguayo, a la vez a partir de los programas del Poder Ejecutivo, de los deseos de los agentes del sector, y de los varios modelos de referencia.

I PRESENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE URUGUAY

El Sector de Salud uruguayo está constituido por dos subsectores, uno público y otro privado. Ambos están regulados y controlados por el Ministerio de Salud Pública (MSP). El MSP es uno de los componentes del Área Social del Poder Ejecutivo, junto a los Ministerios de Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Deportes, Turismo, y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. En el ámbito estricto de la salud de los ciudadanos uruguayos, se supone que existe un quehacer intersectorial ya que los factores económicos,

⁴ Fuente: "La Salud en las Américas"; volumen II; publicaciones del SMU; <http://www.smu.org.uy>

sociales, culturales y medioambientales pueden intervenir en favor o en contra de la salud. Por otro lado, la salud está relacionado con los factores económicos y sociales del país ya que son los que constituyen los recursos financieros del sistema y acondicionan los modos de vida saludables.

1.1 Organización del sector y legislación sanitaria

El Ministerio de Salud Pública (MSP), fue creado por la Ley Orgánica de Salud Pública de 1934. Esta Ley estableció sus cometidos en las áreas de competencia de la instancia, es decir, las de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas. El MSP es responsable de velar por el estado de salud de la población y de recuperarla en caso de enfermedad. El ministerio brinda sus servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Banco de Previsión Social (BPS), la Universidad de la República, los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior, las Intendencias Municipales y otras entidades públicas. El subsistema privado está constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que brindan una atención integral tras un seguro de pre-pago, las empresas que proveen seguros parciales de salud, los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), las empresas públicas o privadas que realizan procedimientos de alta tecnología y/o de alto costo, los sanatorios y clínicas privadas, y las residencias para ancianos.

1.1.1 Presentación del MSP y otras instancias públicas

El *MSP* formula las políticas y las estrategias de salud a nivel nacional y garantiza un nivel adecuado de asistencia a la población dentro del marco de la Constitución de la República.

El MSP brinda sus servicios a través de la ASSE, creada en 1987 como organismo descentralizado, encargado de administrar los

establecimientos hospitalarios pertenecientes al MSP y vinculado al mismo. La ASSE es el mayor proveedor público de servicios de salud del país y el segundo mayor proveedor de servicios después de las IAMC. Se separa la función normativa de la asistencial del MSP, de manera tal que el sistema entra en el marco del proceso de descentralización, iniciado por el proceso reformador desencadenado en 1987 y que fue acelerando posteriormente. Sin embargo, la ASSE sigue fuertemente centralizada. ASSE central posee una estructura organizativa diseñada para un manejo central de la red asistencial. En efecto, los servicios de atención de ASSE se materializan tras un conjunto de sesenta y dos Unidades Ejecutoras (UUEE)⁵ de tipo asistencial, a través de las cuales se ponen servicios asistenciales a disposición de la población de bajos recursos. La principal fuente de financiamiento del MSP son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno.

La *Universidad de la República*, donde se ubica la Facultad de Medicina, está regulada por un estatuto de autonomía universitaria y es el único centro universitario de formación de profesionales de salud en el país. Lleva las funciones de centro de docencia e investigación y, a través del Hospital de Clínicas (HC), provee atención médica de tercer nivel (nivel curativo). El HC nació de la voluntad del Dr Elías Regules, que planteó la necesidad de tener un hospital donde se pudiera realizar la docencia sin los inconvenientes y limitaciones presentes en los hospitales de la época. La primera piedra se colocó en 1930 y en septiembre de 1953 el llamado Hospital de Clínicas pasa definitivamente a la órbita de la Universidad de la República. Era pionero en la incorporación tecnológica y allí se realizaron el primer trasplante renal, la primera hemodiálisis y la primera Cirugía Cardíaca del país⁶. El HC queda hoy como modelo de referencia después de los retrasos provocados en su desarrollo por parte de la Universidad en los años 70 y 80 y por una política de

⁵ Fuente: PRESIDENCIA DE URUGUAY, MSP, www.presidencia.uy.gub

⁶ Fuente: G.UBACH; "Segundo nacimiento de un joven de 47 años"; www.escenario2.org.uy/

recursos humanos arbitraria. Se plantea hoy la necesidad de cambios profundos, se requiere una profundización de la relación del "Clínicas" con el sector público para una complementación de los recursos. Hoy el HC brinda atención en casi todas las especialidades médicas. Es un servicio público y general para pacientes agudos, pero por falta de recursos financieros. está en profunda crisis y ha debido suspender algunos de sus servicios.

El *Banco de Previsión Social* (BPS) es una entidad autónoma incluida en la Constitución de 1967, cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la Seguridad Social. Está sujeto a un proceso reformador de su forma de financiación desde 1995 y con la desaparición de la Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), sus funciones han sido recuperadas por el BPS. El Banco actúa como un intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y empleadores y contratando a las IAMC (sobre todo en el Interior). De igual manera, es un prestador directo de algunos servicios de salud, tales como la atención al embarazo, a la infancia, y atención sin límite de edad para aquellos con malformaciones congénitas. Posee un hospital propio y seis centros materno-infantiles en Montevideo, pero la actual proceso reformador prevé que se cierren paulatinamente estos servicios.

Las *otras instancias* proveedoras de servicios de salud son la Sanidad de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, que depende del Ministerio de Interior. Las dos poseen sus propios hospitales. Ambas instituciones son consideradas como privilegiadas ya que cubren al personal en actividad y en retiro, a los pensionistas y sus familiares, lo que no es siempre el caso en las otras instituciones públicas y privadas. En último lugar, las Intendencias Municipales de todo el país brindan servicios de atención ambulatoria de primer nivel de complejidad a la población general. Su existencia entra en el marco del proyecto de descentralización de la Reforma ya que se están desarrollando con el

fin de mejorar la proximidad de los servicios con las poblaciones del Interior y de descongestionar los hospitales tradicionales. Las Intendencias Municipales actúan como policía sanitaria sin perjuicio de las funciones del MSP.

El *Fondo Nacional de Recursos (FNR)*, creado en 1979, es una persona de derecho público, no estatal. Sus fines son recolectar los recursos necesarios para pagar los servicios de los llamados Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Los procedimientos que paga son de alta complejidad y está cubierta toda la población del país. La lista de intervenciones cubiertas por el FNR puede ampliarse, reducirse o modificarse por resolución de la Comisión Honoraria Administradora. Las fuentes de financiamiento del FNR son diversas, pero las esenciales son el aporte del Estado y el aporte de las IAMC, para cubrir la atención de sus afiliados, en general personas de ingreso medio o alto.

1.1.2 El subsector privado

El subsector privado está integrado por cincuenta y tres instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), y es el mayor proveedor de servicios de salud en cuanto al número de afiliados (46% de la población afiliada⁷), sesenta y ocho seguros parciales de salud, varios institutos de medicina altamente especializada, los consultorios médicos particulares de pago por acto, sanatorios privados y algunas compañías de seguros extranjeras.

Las *IAMC* son organizaciones privadas, sin fines de lucro, que ofrecen servicios a través de un seguro de salud pre-pago. Brindan atención a través de sus propios establecimientos o de terceros. Las IAMC tienen que competir entre sí por la preferencia de los consumidores. Muchas utilizan un sistema de gestión de la atención basada sobre procesos predefinidos como las listas básicas de procedimientos, simplificación de servicios, auditoría de exámenes,

⁷ Fuente: BPS. Ubicación: http://www.redsegsoc.org.uy/2_V4-Anexo-Salud

medicamentos y tratamientos, etc...buscando una combinación entre costos, calidad y satisfacción de los usuarios. Según la ley 15.181 del 21 de agosto de 1981, las IAMC pueden ser de tres tipos: asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que mediante seguros mutuos otorgan a sus afiliados asistencia médica; cooperativas profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social es aportado por los profesionales correspondientes; y la última forma es la de los servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar servicios al personal de dicha empresa. En 1983 se determinó por decreto que ninguna podía tener menos de 10 000 afiliados. De las cincuenta IAMC que hay en el país, siete son mutualistas y muy pocas son las

instituciones creadas con anterioridad a la ley de 1981 que no realizaron su transformación jurídica. El conjunto de las IAMC es representado por asociaciones de segundo grado: Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU), las IAMC del Interior están agrupadas en la llamada Federación Médica del Interior (FEMI), el Plenario de IAMC representa la casi totalidad de las instituciones para cumplir con la necesidad de poder sobre fuerzas externas (sobre todo los laboratorios farmacéuticos, los sindicatos del personal médico y también el MSP). Las IAMC se relacionan con el subsector público sobre todo a través de la compra y venta de servicios. En efecto, la ley de creación de la ASSE previó el uso parcial de sus establecimientos por parte de estas instituciones. El Estado a través del MSP, del Ministerio de Finanzas, y del Ministerio de Trabajo (en el ámbito de los Recursos Humanos) ejerce control jurídico sobre ellas, control fuertemente contrarrestado por las propias IAMC que desean más libertad para el juego de los mercados, pero éstas tienen un alto grado de autonomía.

Las principales fuentes de financiamiento⁸ de las IAMC son las cuotas prepagadas por las familias, a través del BPS (75% del total), luego vienen las ventas de servicios y otros (14%), y los co-pagos para la utilización de servicios de los afiliados. El valor de las cuotas y de los co-pagos son definidos y fiscalizados por el Ministerio de Economía.

El modelo predominante en Uruguay sigue siendo las IAMC aunque hay una tendencia creciente a la aparición de instituciones de asistencia de tipo comercial que constituyen un problema para el futuro de las IAMC ya que atraen a una población de alto ingreso y entonces constituyen competidores peligrosos para su financiación.

1.2 Gastos y recursos

En 1998, el gasto en salud fue de 2.292 millones de dólares lo que constituyó el 10,26% del PIB de ese año. Se confirma la tendencia al crecimiento: como porcentaje del PIB, el gasto sanitario total fue de 6,2% en 1982, de 8,3% en 1992 y de 9,22% en 1995 (fuente OPS⁹). Dicho incremento no fue acompañado de una mejora de la calidad de la atención.

1.2.1 Ingresos y gastos sectoriales

No existe un proceso de información único ni sistemático sobre el financiamiento del gasto en salud en Uruguay. Existen tres mecanismos principales de financiamiento del gasto del Sector Salud (ver anexo V: Estructura de modalidades de financiamiento): pre-pago voluntario de cuotas (42,1%); precios (que incluye medicamentos,

⁸ Fuente: BPS; http://www.redsegsoc.org.uy/2_V4-Anexo-Salud

órdenes y tickets para las IAMC, 31,8%); y impuestos (25,2%)¹⁰. Estas fuentes de financiamiento se superponen. Para el subsector público, predomina el financiamiento mediante impuestos, entonces hay una baja recuperación de los gastos en este subsector ya que para las IAMC las ventas de servicios adicionales y a terceros constituyen una fuente de ingresos consecuente.

El gasto del sector público se reparte entre el Ministerio de Salud Pública y su brazo asistencial (ASSE), los servicios de sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, el FNR, el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, el Banco de Seguro del Estado (para los accidentes de trabajo), el Banco de Previsión Social (atención materno-infantil) y servicios especiales de empresas públicas. Los gastos privados incluyen los efectuados por las entidades de prepago IAMC (más de la mitad del gasto en salud del país), los gastos en medicamentos comprados en farmacias externas y los contratos directos de proveedores de salud con empresas y familias (anexo VI; Estructura de Financiamiento del Sector).

1.2.2 Recursos Humanos

En la época anterior a los años 40, en todos los países, existía el profesional médico que atendía a toda la familia. Pero a partir de esa época, el vigoroso desarrollo de la medicina y de la tecnología impulsieron la necesidad de especialización. Actualmente se está tratando de evaluar criterios de funcionalidad y satisfacción de los usuarios ya que la especialización tiene un costo consecuente para un país.

Uruguay cuenta con 12.357¹¹ médicos (1999) y la relación habitante/médico es la más alta del Mercosur: 271 habitantes por

⁹ Fuente: OPS; <http://www.americas.healthsectorreform.org/spanish/urupres.pdf>

¹⁰ Fuente: OPS

¹¹ Fuente: FISS (MSP). Ubicación: <http://www.msp.gub.uy>

médico comparada con 906 (Chile), 737 (Brasil) y 372 (Argentina)¹². Hay una excesiva concentración de médicos, sobre todo en Montevideo, pero eso no guarda relación con los niveles de salud ni las necesidades de la población. Se cuenta también con 4.024 odontólogos y 1.041 químicos de farmacia (cifras FISS). Por otra parte, faltan enfermeras, de las que había solo 9,1 por habitante en 2001 (FISS). El conjunto del personal del sector salud se caracteriza por una fuerte feminización en todas las categorías de puestos con 1.089 mujeres licenciadas en la Facultad de Medicina en 1998 contra 382 hombres y por una mayor tendencia a la especialización y multiespecialización (cifras FISS).

1.2.3 Recursos materiales: infraestructuras y equipos

El subsector público en su conjunto dispone de una red de 68 establecimientos de salud entre policlínicas y hospitales, con unas 8.500 camas hospitalarias (55% de las camas del país y 85% de las públicas), 6.200 camas de agudos y 2.300 de crónicos. Para cada uno de los hospitales del Interior hay un Hospital Departamental que sirve de referencia para los demás establecimientos del Departamento. Se estima que el subsector privado, formado por las IAMC y los sanatorios privados, tiene unas 3.500 camas de internación de agudo en todo el país. Las IAMC administran un total de 2.800 camas, de las cuales 1.800 están en Montevideo. En el Interior, la población está cubierta por la ASSE más que por las IAMC, que están en mayor parte presentes en Montevideo¹³.

En lo fundamental, la *infraestructura física*, tanto en el subsector privado como en el público, no ha tenido variaciones importantes en las últimas décadas. Sin embargo, ha habido remodelaciones y ampliaciones de las instalaciones desde 1987 a causa de las medidas que corresponden a la voluntad del Estado para bajar los costos y mejorar la eficiencia del Sector Salud. Se están

¹² Fuente: "El sistema sanitario uruguayo". Ubicación: <http://www.serpaj.org.uy/inf96/infsalud.htm>

efectuando clausuras de algunos establecimientos o su reconversión para eliminar gastos que el Estado considera como desproporcionados en relación con su utilidad. En efecto, se considera que algunos establecimientos representan un costo demasiado importante relativamente a la utilidad que tiene la infraestructura.

No hay un inventario nacional sobre el *equipamiento o tecnologías* existentes. En mayo de 2001 se creó la Unidad de Evaluación de Tecnología Médica dependiente del MSP que se encarga de asesorar a la Dirección General de Salud en los temas de la introducción, control y regulación de equipos y tecnología, alimentos modificados, reactivos diagnósticos y medicamentos. El subsector privado requiere autorización del Ministerio de Salud Pública para la construcción de nuevos hospitales y la importación de equipos de más de US \$ 20.000. Pero en el subsector público no existe ningún sistema de acreditación.

1.2.4 Insumos en materia de salud

El subsector público produce y consume parte de los medicamentos necesarios para la prestación de servicios de salud, pero la mayor parte de este consumo procede de laboratorios farmacéuticos que son multinacionales. Desde 1971 el MSP publica periódicamente una Lista de Medicamentos Esenciales (LIME), con su denominación genérica internacional. El LIME es una respuesta de los requerimientos de la Organización Mundial de la Salud. Existe una comisión del LIME que actúa de manera permanente y que decide la inclusión o exclusión de un medicamento. La última revisión fue realizada en 2001.

Se estima que debe haber unas 4.000 presentaciones de medicamentos que se comercializan en el país. Las adquisiciones se

¹³ Fuente: OPS; <http://www.americas.healthsectorreform.org/spanish/urupres.pdf>

realizan mediante licitación pública o negociación con los laboratorios. Desde 1992 se iniciaron experiencias del sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias. En realidad su aplicación existe en el subsector privado pero no se ha generalizado. El volumen de ventas de fármacos fue de US\$ 348,548.510 (cifras de la OPS, 1998) de los cuales el 36% se destinaron a particulares, el 31% a las IAMC y 15% a gastos del subsector público.

1.2.5 Programas de atención y investigación

La investigación y los programas de atención tienen en común el hecho de que elaboran un saber hacer con el fin de mejorar las técnicas y la eficiencia del trabajo que se hace en la práctica. El fruto de sus esfuerzos está dirigido hacia la prestación de métodos y medidas a seguir para una mejor utilización de los recursos y los avances del sector.

Los programas de atención y de control son normalmente establecidos por el MSP (en colaboración con otras instancias) ya que cada establecimiento puede tener sus propios programas al tener un grado de autonomía teórico por el que se les permite elaborarlos. Pero, en la realidad, se constata que el MSP es la institución que elabora más programas, o por lo menos crea los que tienen más impacto a nivel nacional, mientras se aprueba generalmente la idea de que este papel que tiene el MSP debería ser más amplio.

Los principales programas son los *programas de prevención y de control de las enfermedades* en ámbitos considerados como prioritarios: la morbilidad y mortalidad generadas por los accidentes de tráfico; las enfermedades cardiovasculares; los hábitos tóxicos y adicciones; la mortalidad infantil y el embarazo y parto mal controlados; el sida; el cáncer de mama y del pulmón; la salud oral; el aislamiento social de los ancianos y sobre todo de las mujeres solas; la enfermedad de Chagas; la hidatidosis; la violencia, en especial la doméstica; y finalmente las discapacidades por enfermedad ocular o

auditiva. En 1995 el MSP creó la Dirección de Promoción de la Salud, en la que se incluyó el Departamento de Educación de la salud. Existe también la Junta Nacional de Drogas integrada por varios organismos públicos. El Comité Nacional de Emergencia se encarga de los problemas consecutivos a un desastre natural de relevancia. En el ámbito propiamente dicho de la salud existe también un Programa de Salud Mental que fue elaborado en 1986 pero que tuvo poco impacto. La sociedad de Psiquiatría de Uruguay es uno de los agentes que reclamen su implementación ya que el país no tiene otro verdadero programa nacional en materia de salud mental.

En Uruguay existe un sistema único de vigilancia epidemiológica dirigido por el *Departamento de Vigilancia Epidemiológica* del MSP. Se encarga de recomendar oportunamente a las autoridades medidas eficaces a corto, medio y largo plazo para prevenir o controlar las enfermedades sujetas a vigilancia o las situaciones de salud epidémicas. Las enfermedades observadas incluyen las transmitidas por los alimentos. El Banco Nacional de Sangre, dependiente del Ministerio, regula, supervisa y controla todos los bancos de sangre. El Comité de Ética evalúa el comportamiento profesional en los establecimientos de salud, pero no existe otro programa que evalúe la calidad de los servicios.

Del MSP proceden también servicios y programas cuya implementación se extiende a otras instituciones del Estado como el Servicio de agua potable, los Servicios de manejo de residuos sólidos, los Servicios de prevención y control de la calidad atmosférica, los Servicios de protección y control de los alimentos, y los Programas de ayuda alimentaria. En 1997 se institucionalizó la sección de Salud Ambiental del Ministerio que depende del Departamento de Protección de la Salud del MSP (fuente: OPS).

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) así como la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Banco Mundial (BM)

tienen comités que analizan las deficiencias del sistema de salud y proponen medidas para solucionarlas. El BID organiza periódicamente talleres que tienen como objetivo investigar sobre el tema de la salud y presentar diagnósticos y remedios.

La *investigación* en Uruguay es bastante escasa. La investigación científica procede en mayor parte del Hospital de Clínicas donde se realizan casi todas las investigaciones y los trabajos de docencia del país, pero una falta de recursos financieros así como de políticas firmes impide el desarrollo de la actividad. Los aportes de conocimientos se hacen gracias a las relaciones privilegiada que tienen la comunidad científica uruguaya con la comunidad científica europea (Francia, Alemania, España) y algunos servicios de investigación bastante eficaces tales como la investigación epidemiológica. En otras áreas solo existe conciencia del problema e investigaciones puntuales sobre algunos temas. En el área tecnológico no se hacen investigaciones previas a la incorporación de tecnología ni evaluación posterior de los resultados de las mismas. Así se puede concluir que en este ámbito Uruguay depende del exterior, tanto en el abastecimiento de nuevas tecnologías como en la introducción de conocimientos innovadores.

1.3 Población uruguaya: problemas específicos de salud, atención y cobertura

La población de Uruguay es de 3 322 141 habitantes (cifras de FISS; 2000). Se caracteriza por una fuerte similitud con la de los países industrializados mientras una fragilidad económica y una persistencia de algunos problemas típicos de los países pobres tales como la informalidad laboral y la ausencia de cobertura, una falta de informaciones completas que afecta al diagnóstico de la situación sanitaria (etc...).

1.3.1 Contexto demográfico y epidemiológico (cifras de FISS; MSP)

Se estima que dentro de las características que influyen en la situación de la salud se destacan las etapas avanzadas de la transición demográfica y epidemiológica de la población uruguaya. Entre los primeros aspectos resalta el envejecimiento progresivo de la población y el predominio de enfermedades crónicas en las primeras causas de mortalidad.

En Uruguay se registra el 100% de las muertes y la casi totalidad de los nacimientos (98%) ya que la legislación prevé que estos hechos tienen que ser certificados por un médico. En 2000 el porcentaje de defunciones por síntomas y causas mal definidas fue del 7,4%. La *esperanza de vida* al nacer para el año 2000 fue de 75,13 años para la población, lo que es muy similar a las cifras de los países industrializados. En el período intercensal de 1985 a 1996, la *tasa promedio de crecimiento* fue del 0,6% anual. La *tasa bruta de natalidad* fue del 15,9 por mil en 2000 con un promedio de 52.700 nacimiento al año. La tasa de fecundidad es algo más elevada en la población rural (2,50 hijos por mujer) que en la urbana (1,93 hijos) y la Tasa Global de Fecundidad (TGF) es de 2,19 hijos por mujer. La *tasa de Mortalidad Infantil* ha descendido en forma lenta y progresiva luego del importante descenso registrado en la década de los cincuenta, pasando de 18,9 en 1994 a 14,1 por mil en el año 2000.

Existen unas pequeñas *diferencias entre mujeres y hombres* en la situación demográfica, ya que la mujeres son más numerosas (1,912.742 mujeres contra 1 609 199 hombres en 2000) y su esperanza de vida al nacer, tanto como a los 65, son superiores a la de los hombres: la esperanza de vida al nacer era en 2000 de 79,20 y a los 65 de 19,51 años para las mujeres, y de 71,12 al nacer y de 14,82 a los 65 años para los hombres (cifras FISS-MSP).

La *estructura por edad* muestra una población claramente envejecida, con una gran proporción en el grupo de edades avanzadas y con tendencia decreciente de población infantil y juvenil.

El Censo de 1996 muestra que el 25,1 de la población estaba compuesta por menores de 15 años de edad, el 62,1 por adultos de 15 a 64 años y 12,8% por personas de 65 y más años. La tasa anual de crecimiento del grupo de personas de 65 y más años es cuatro veces mayor que la del promedio del país (cifras del BPS¹⁴).

Las principales *causas de muertes* son, por 100.000 habitantes, los accidentes del aparato circulatorio con 2.008 defunciones en 2000, entre las cuales destacan los fallos por enfermedad encéfalo vascular y cardiovascular. La segunda causa de muerte son los tumores malignos con 1.424 muertes en 2000, y una prevalencia para las mujeres del cáncer de mama (106 fallos) y para los hombres del aparato respiratorio (221 fallos). Luego como causas de fallos, vienen las enfermedades del sistema respiratorio con 477 fallos, los trastornos mentales con 143 fallos, y las causas externas (accidentes) con 123 fallos en 2000. Las enfermedades inmunoprevenibles (Polio, Difteria, Sarampión, tos ferina, Tetanos) no causaron fallos en 2000. En el país no se han presentado casos de Malaria, Cólera, fiebre Amarilla. En cuanto al VIH-SIDA se calcula una prevalencia de 0,2% en todo el país: el número de muertos desde 1983 hasta agosto 2002 fue de 807 individuos (cifras de FISS).

1.3.2 Cobertura

En 1996 (Censo Nacional, fuente BPS) el 33,7% de la población esta cubierta por los servicios del MSP; el 46,6% por las IAMC, el 4,2% por la Sanidad Militar; el 1,8% por la Sanidad Policial y un 1,2% por otros agentes. Existe un 11,7% de la población sin cobertura formal y se ignora la situación de los 0,9% restante.

El Carnet de Salud, válido por dos años, es obligatorio para los trabajadores y estudiantes después del bachillerato. El Carnet puede ser obtenido por los que no tienen recursos financieros según la Constitución, que responsabiliza el Estado de proporcionar servicios

¹⁴ Fuente: BPS. Ubicación: http://redsegsoc.org.uy/2_V4-Anexo-Salud

de salud a la totalidad de la población uruguaya. Pero el Informe del Banco Mundial del 17 de julio 2001 (BM; "*Poverty in Uruguay*"¹⁵) señala que el 6% de los pobres no tienen el Carnet de Salud y no se sabe cómo estas personas acceden a servicios médicos. La cobertura en Uruguay se caracteriza, por unas superposiciones de coberturas ya que el sistema de recolección de los datos y de información sobre los afiliados no es completo, y existen afiliados que tienen derecho a una cobertura gratuita en el subsector público que también se afilian a una mutua o una empresa de seguros privados. Las autoridades del MSP denunciaron en reiteradas ocasiones que hacen uso de los servicios públicos personas afiliadas a las IAMC y entonces están computerizando la matrícula integral de las instituciones de todo tipo. Según el Sindicato Médico del Uruguay (SMU)¹⁶, aumentan las desafiliaciones del sistema mutual privado debido a los costos de las cuotas y los tickets y entonces se retiran de su afiliación los que no pueden pagar, pasando a optar por seguros parciales.

La cobertura de las IAMC se concentra en el segmento de 15 a 65 años¹⁷. En el caso de los segmentos más jóvenes se observa la poca disponibilidad, incluso financiera, de los jefes de familia para afiliar a sus hijos, puesto que pagan mucho para un grupo de pequeño riesgo. De la misma forma, a las IAMC les cuesta afiliar a personas de mucha edad porque reciben proporcionalmente poco por un grupo de alto riesgo y alta tasa de utilización de servicios.

¹⁵ Ubicación: <http://www.worldbank.org>

¹⁶ MACHADO Melisa; "Antes de Solís II"; Noticias del SMU n 116; Mayo 2002. Ubicación: <http://www.smu.org.uy>

¹⁷ Fuente: "Derecho a la salud: el sistema sanitario uruguayo. Ubicación: <http://www.serpaj.org.uy/inf96/infsalud.htm>

II ANÁLISIS DE LAS DEFICIENCIAS

El Sector Salud uruguayo está sujeto a los intereses de varios agentes, como son el de la población tras el Poder Legislativo y sobre todo el MSP y otras instancias públicas en materia de respeto de los Derechos Humanos. A través de esto, el Derecho a la Salud, e indirectamente para la población, en cuanto a las fuentes de financiamiento de un sistema que hoy cuesta mucho a esta misma población, está tras los gastos del Estado. Otros grupos de presión son las Comunidades de médicos (sobre todo los sindicatos) en materia de remuneraciones, cantidad y calidad del empleo y ética, y los agentes privados tales como las mutuas, cuyas futuro está en peligro y necesitan un cambio en su estructura de financiamiento, o sea una ayuda del Estado (pagas de la deudas y emisión de bonos) y ayudas externas (préstamos de organizaciones asistenciales internacionales).

2.1 Desigualdades en la prestación de servicios:

2.1.1 El principio de universalidad no cumplido

Los factores económicos y sociales influyen en el retroceso de las desigualdades y en la pobreza, que son causa de marginalización, y en el aporte financiero en cuanto al financiamiento del sistema. El desempleo (13,4% en 2000¹⁸) y la emigración, junto con el creciente grado de informalización de la economía, afectan profundamente a los sistemas que se estructuran a través de los seguros parciales con base en la cobertura de poblaciones pertenecientes a los mercados

¹⁸ INSTITUT DES HAUTES ETUDES DE L'AMERIQUE LATINE, Université Paris III, Sorbonne Nouvelle; sous la direction de Georges Couffignal, "*Amérique Latine 2002*"; Paris 2002, La Documentation Française, colección Observatoire des changements en Amérique Latine.

formales de trabajo. Así, gran cantidad de jubilados, amas de casa, niños y adultos que no trabajan están fuera de cualquier cobertura de atención médica y, en consecuencia, de los programas de prevención (ver Anexo VII; Carencias críticas 1998).

En su artículo "*Desafíos actuales de la Seguridad Social en América Latina*", el autor Carmelo Mesa Largo, explica que la relación entre los factores económico-sociales y el sector de la salud se define por el carácter recesivo del actual Sistema. Explica que el sistema de Seguridad Social y de Salud cubre a los grupos de ingresos promedios que proceden de un sector urbano y estructurado. Los que tienen pocos ingresos están excluidos del sistema ya que Uruguay no ha logrado un nivel de cobertura asistencial universal y los programas asistenciales destinados a una minoría cuestan mucho. Además, el carácter recesivo consiste en la repercusión del costo de la asistencia a los pobres sobre las remuneraciones de los empleados y los precios al consumo ya que los empleadores tienen que asumir el financiamiento de las instituciones proveedoras de cobertura y de asistencia médica¹⁹.

Sin embargo, el sistema también disimula otras desigualdades porque existen clases privilegiadas de la población que están aseguradas de manera más eficaz, tales como las Fuerzas Armadas y los funcionarios en general. Las autoridades consideran también que estos servicios constituyen una *forma de apropiación privada*²⁰ de los recursos públicos que serían mejor utilizados en el perfeccionamiento de los sistemas sanitarios abiertos.

2.1.2 Una situación diferente entre Montevideo y el Interior

En cuanto a la situación socio-económica de los individuos y la relación con el acceso a la salud, parece imprescindible analizar las

¹⁹ MESA LARGO, CARMELO; "Les défis actuels de la sécurité sociale en Amérique Latine"; título original "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina" del periódico Contribuciones n° 1 enero-marzo de 1997; *Problèmes économiques*; n° 2540 10/1997; La Documentation Française.

²⁰ "Derechos a la salud"; www.serpaj.or.uy

diferencias entre Montevideo y el Interior. En efecto, se distinguen dos situaciones diferentes en cada zona: una población rural y más pobre en el Interior, e ingresos intermediarios en Montevideo, con una fuerte urbanización. En cuanto a los servicios estrictamente sanitarios, la situación del Interior es diferente ya que se nota una mayor presencia del Subsector Privado y en consecuencia, de los problemas que le caracterizan. El informe de las IAMC de octubre de 2001, señala que las deficiencias presentan consecuencias y diferencias relevantes si se las analiza en un contexto Interior-Montevideo, y que las finalidades de cualquier reforma no tendrían los objetivos deseados si no se tomaran en cuenta estos particularismos. En resumen, la principal diferencia entre los sistemas del Interior y de Montevideo es la tendencia al desarrollo de las mutuas en el Interior y la concentración de las deudas de las IAMC en Montevideo (55%)²¹. Existen también diferencias de actuación entre el FEMI y las IAMC de Montevideo ya que el FEMI busca un modelo de administración de los servicios más autónomo y flexible.

2.1.3 Desigualdades de aseguramiento entre el subsector público y el privado

Los dos sistemas se diferencian por su funcionamiento y forma de gestión pero las diferencias que causan desigualdades entre afiliados de uno o otro sector, subrayadas por las autoridades del MSP y los analistas de las IAMC, son principalmente la *falta de cualquier programa de prevención* en lo privado y la *baja calidad asistencial y técnica* de las IAMC. La diferencia en la atención a los que pueden pagar las cuotas y tickets y los afiliados del subsector público, genera una *tendencia a la cobertura vertical*²² que no permite a toda la población gozar de la misma calidad asistencial. Además los dos

²¹ SMU; "El sector salud: conyuntura y futuro del subsector IAMC; (Informe de las IAMC). Ubicación: <http://smu.org.uy/gremiales/documento/Solís2/BORRAD.pdf>

²² La *cobertura vertical*, según la definición de Carmelo Mesa Largo ("Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina"), aumenta en calidad. Se opone a la *cobertura horizontal* que cuando se extiende aumenta el número de afiliados.

subsectores sufren de una falta de articulación entre ellos, duplicándose esfuerzos y cobertura, y desperdiciando recursos.

2.2 Problemas de gestión: crecimiento de costos y falta de eficiencia

2.2.1 Ineficiencias en la prestación de servicios

El sistema de atención sanitaria en Uruguay ha sido criticado por su *carácter curativo* y la falta de programas de prevención y atención de primer nivel, además de un programa de vacunación eficaz. Los programas de ayuda a los pobres existen, apoyados por algunas ONG norte americanas y europeas, pero cuestan mucho para asistir a una minoría de individuos. El fenómeno es consecuencia directa de las características demográficas y sociales de una población envejecida que necesita atención más cara y de una creciente población con ingresos intermediarios que constituyen una demanda en servicios todavía más sofisticados. El último factor de importancia notable es la súper especialización de la comunidad médica y la falta de médicos familiares o generales, que incentiva los clientes a dirigirse hacia los servicios de atención de segundo y tercer niveles (curativos).

La *falta de integración* entre las diferencias instituciones del Poder Ejecutivo impide la eficacia óptima de los esfuerzos realizados por los comités e instancias encargadas de elaborar programas sanitarios. El papel de las intendencias

municipales y de las escuelas queda escaso, aunque podría proveer un servicio de proximidad en materia de salud y de promoción de la misma. El Banco mundial explica en su informe n°21262 ("*Poverty in Uruguay*") que el número de adolescentes embarazadas podría bajar si existieran programas de información sobre el tema en los centros de educación.

2.2.2 Sistemas de información escasos:

La falta de información en cuanto a los programas de calidad técnica desarrollados en los servicios, impide cualquier análisis de fondo sobre los usuarios de servicios y la calidad y eficacia de la atención. Los sistemas de recolección de datos como SINADI (subsector privado) y PRORECCO (ASSE) no se utiliza o son mal utilizados. Las únicas informaciones oportunas y fiables sobre el subsector privado proceden de la IAMC. En cuanto al MSP, existe una aproximación a la cobertura y al uso de servicios basada en el número de carnets de salud otorgados. En las otras instituciones no existe información fiable sobre los afiliados.

2.2.3 Gestión, calidad y manejo de los Recursos Humanos

Las deficiencias en la gestión de los RRHH proceden de la falta de verdadera política nacional en este ámbito, pero también de los programas de educación implementados por la Universidad de la República. En virtud de su autonomía, la Universidad sigue formando más médicos que los requeridos para racionalizar la oferta de servicios. Las consecuencias son la distorsión profunda en el mercado laboral de la salud, acompañada de un deterioro en la calidad de atención. Las presiones ocupacionales y salariales dieron lugar al multiempleo.

Los problemas de gestión de los Recursos Humanos influyen fuertemente en la eficiencia de la atención y en los costos relacionados con el Sector Salud. La mano de obra representa, según el informe de la IAMC²³, más del 60% de los gastos del sector. La expansión tecnológica que se produce en el área de la salud se caracteriza por no sustituir mano de obra, así el sector está todavía más sujeto a la presión que ejercen las remuneraciones. Se añade el problema de desigualdades en las remuneraciones entre los médicos del subsector público y los del privado: el 50% de los primeros perciben únicamente una paga fija sin incentivo de ningún tipo y los

²³ Fuente: <http://www.smu.org.uy/gremiales/documentos/solis2/BORRAD.pdf>

segundos son víctimas de la crisis del subsector y a los despedidos por razones económicas²⁴ .

2.2.4 Gestión de los gastos:

La totalidad del sector está confrontado, según la OPS, a una falta de información en cuanto al uso de medicamentos. Desde 1992 se iniciaron experiencias del sistema de dispensación en dosis unitarias, pero en la actualidad su aplicación se ha extendido pero no generalizado. Las IAMC critican el hecho de que el sector estaría mal reglamentado, dejando pocas fuerzas de presión por parte de las IAMC, frente a los grandes laboratorios multinacionales. La OPS constató que *"no hay una política explícita de regulación de medicamentos"*, ya que la cobertura integral de la IAMC incluye un derecho a los medicamentos en atención reguladora mediante un "ticket moderador" de valor único en referencia al costo del medicamento. Las IAMC, que requieren *"la intervención del Estado en el sector de regulación de precios"*, lo justifican explicando *que existen en el mercado líneas de fármacos que constituyen segmentos monopólicos - o bien oligopólicos con gran poder de mercado (...). Quienes poseen ciertas escalas se encuentran en mejores condiciones de negociar precios"*, y es cierto que en este dominio las IAMC admiten que tienen poco poder de negociación frente a grandes multinacionales, sino quizás en el Interior donde la FEMI depende de ellas para adquirir medicamentos de forma independiente, gracias a su centro de compra. De allí, se refuerza la necesidad, según las IAMC, de que el Estado intervenga regulando los mercados donde exista *competencia imperfecta*²⁵.

²⁴ BUTAZZONI, Fernando; "La salud: panorama de conflictos"; Noticias n 115; Marzo 2002; Ubicación: <http://www.smu.org.uy>

²⁵ OPS, "Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay"; edición 2002; Ubicación: <http://www.americas.healthsectorreform.org/spanish/urupres.pdf>

2.3 La crisis del sistema mutual privado: un endeudamiento generalizado

En un artículo publicado en el sitio web del SMU²⁶, el presidente de la institución, Dr. Barret Díaz Pose ha señalado la gravedad del panorama:

"La real situación de importantes instituciones mutuales no admite ya ninguna espera: incapacitadas para pagar a la vez impuestos, proveedores y salarios, cuyos créditos han llegado a un tope inextensible. Ilustrando esto hay laboratorios que ya no proveerán medicamentos a alguna institución y prefieren pasar a pérdida la deuda porque esta cifra es comparativamente menor que la que se generaría al extender al resto de las instituciones iguales condiciones del crédito."

El Dr. Barret Díaz resume así el alcance de la crisis del subsector privado, que tendrá que pasar por cortes en los gastos y cierres de establecimientos y admitir la antigüedad o ineficacia de las formas de financiamiento del subsistema privado en el Sector Salud, o transferir las deudas hacia el Estado y entonces encargarlo de reparar los errores del subsector.

2.3.1 Análisis de la gravedad de la crisis

Cabe recordar que la crisis del subsector privado tiene una importancia de alto nivel ya que el subsector cubre casi la mitad de la población uruguaya. Recordar pues, la frase de W.D.Davedoff, *"perder la cobertura del seguro privado en un país con medidas de protección pública es muy diferente a perderlas en un país donde no hay en absoluto"*²⁷, ya que el subsector privado en Uruguay tiene mucha importancia y el sector público por sí solo no puede prestar servicio al conjunto de la población. El endeudamiento que está padeciendo el subsector es un fenómeno reciente que toca a las más

²⁶ BUTAZZONI Fernando; "La salud: panorama de conflictos".

²⁷ DAVEDOFF, W.D; "Alguien está escuchando: una nota sobre salud"; Washington; Octubre de 2000; ubicación en páginas web del BID:
<http://www.iqdb.org/sds/doc/AlguienEstaEscuchando.pdf>

grandes IAMC del sector y también a las más pequeñas y a continuación veremos porqué.

En el año 2000 comienza el diagnóstico de la situación de las IAMC²⁸ de Montevideo, con un plazo de tres meses. En este momento se señala el monto del endeudamiento del subsector, sobre todo a corto plazo, que alcanza más de 427 millones de dólares en setiembre de 2000 (ver anexo VIII). Además del abultado nivel de endeudamiento (representa un 43% de los ingresos del sector a nivel nacional), su concentración en la Capital (79% del total de la deuda) caracteriza lo pasivo del sistema de las IAMC en el ejercicio 10/99-09/00. Además el endeudamiento se caracteriza por una fuerte institucionalización, con el 55% concentrado en tres IAMC de la capital. El endeudamiento se compone de deudas con comerciales (proveedores, y sobre todo laboratorios farmacéuticos, 38% del total), el personal (18% del total del pasivo de Montevideo) y deudas financieras con el Banco de Previsión Social y bancos privados. En el caso de las posibilidades de refinanciamiento por créditos, el BPS ahora no ofrece las mismas posibilidades de negociación del plazo y de la tasa de interés y con los bancos se han agotado las posibilidades de extender el crédito. Estos nuevos problemas ponen de manifiesto la gravedad de la situación por la escasez de fuentes de financiación alternativas.

2.3.2 Factores económicos

Además de las deficiencias en la gestión, los RRHH y los factores demográficos de los cuales hemos hablado antes, la crisis del subsector privado se puede explicar, según el informe de las IAMC, por factores económicos y financieros.

La mecánica de análisis forma parte de un diagnóstico sobre la nueva coyuntura con que se está enfrentando el país. Entre los primeros factores de los nombrados, la baja inflación, el ciclo recesivo que se ha venido materializando en la actividad económica, y entre los

segundos el creciente nivel de desempleo y el fenómeno de la emigración (sobre todo de los jóvenes).

En lo relativo a la *inflación*, cuando era elevada se podían atemperar las dificultades económicas con medidas financieras. Eso quiere decir que el mecanismo de ingresos y de pagos permitía compensar los fallos tras un proceso simple: las deudas con los proveedores, tales como medicamentos o equipos, pasan a ser menos importantes en el tiempo (plazos de 60 a 90 días), cuando la inflación a hecho bajar el valor de los bienes. En caso de inflación baja, este instrumento no puede ser utilizado con eficacia (ver Anexo IX).

El *desempleo y la emigración*, junto con el alto grado de *informalización de la economía*, afectan también a los sistemas que se estructuran a través de los seguros sociales con base en la cobertura de poblaciones pertenecientes a los mercados formales de trabajo.

Las *restricciones de crédito* han agudizado el problema. La apertura del sector a los seguros privados constituye un peligro a causa del tipo de clientela que atraen: los que representan pocos riesgos y tienen ingresos altos.

Las *entidades de menor tamaño* padecen, por su parte, de un problema de falta de poder de negociación y de escasas posibilidades de hacer economías de escala. A modo de ejemplo, hablaremos de rentabilidad de los equipos. La regla de competencia obliga a los establecimientos a comprar para dar un servicio moderno, y también por el problema de costos fijos, por ejemplo el número de puestos no médicos, que son necesarios para el buen funcionamiento. Infortunadamente, para un pequeño establecimiento, los costos fijos constituyen una carga.

2.3.3 Consecuencias

²⁸ SMU; "El Sector Salud: conyuntura y futuro del subsector IAMC"

Las decisiones de rebajas salariales no forman parte de ningún programa del Estado pero, según los representantes del subsector privado, parecen ser una medida necesaria para mejorar la situación. Según un directivo del SMU presente en una reunión previa al Encuentro de Solis II (Encuentro de Sólis; ver III.3.1), para implementar el último proceso reformador del Sector Salud, las autoridades públicas se deberían comprometer a la conservación de todos los puestos de trabajo en el mutualismo. Pero ya los programas de rebajas salariales han sido desencadenados con, como ejemplo, la reciente decisión de la Casa de Galicia, una de las más importantes instituciones de Montevideo, de hacer una reducción salarial general de un 15%²⁹. Ya las negociaciones con los sindicatos y las autoridades públicas no pueden impedir el deterioro de las condiciones de trabajo y de remuneración de los asalariados. La promesa del Estado de integrar a los empleados de las instituciones cerradas en el subsector privado, y la creación de un seguro de paro para los empleados del Sector, no parecen hoy suficientes. La crisis del subsector causó la decisión por parte del MSP de clausurar dos mutualistas (la COMAEC y la MIDU) porque según las instituciones no eran viables.

A modo de conclusión, se revela aquí la problemática de la necesidad de integrar los sistemas públicos y privados. El Sistema sanitario comporta demasiados elementos paradójicos, tales como las diferencias de regulación entre los subsectores, las diferencias de calidad asistencial, de remuneración laboral o las diferencias entre modos retributivos, que son problemas que hoy en día el Estado no puede eludir.

2.4 Desafíos que enfrentaran las autoridades políticas:

2.4.1 Conservatismo poblacional en el ámbito social

La población uruguaya se caracteriza por un fuerte conservatismo en el ámbito social. El referéndum de 1989 sobre el

²⁹ BUTAZZONI, F.; Noticias n 115 del SMU; "La salud: panorama de conflictos"; <http://www.smu.org.uy>

ajuste del monto de las pensiones al costo de la vida reforzó la dirección conservadora de los deseos de pueblo uruguayo. El país no suele confiar en los actores privados, pero desde el gobierno Sanguinetti (1995-2000), el Poder Ejecutivo intenta privatizar paulatinamente la economía mediante medidas liberales. El descontento de la población fue notable ya que los partidos blanco y colorado tienen ahora que juntarse para luchar contra el izquierdista Frente Amplio.

2.4.2 Grupos de presión

El Poder Ejecutivo deseoso de modernizar el sistema sanitario se enfrenta con los grupos de interés médicos, empresariales y laboratorios de productos farmacéuticos implicados en el sistema.

2.4.3 Problemas de financiamiento.

Además de los problemas económicos del país, el Banco Mundial señaló en su informe sobre la pobreza (*"Poverty in Uruguay"*) el problema de la carga del sistema social del país, comparada con su potencialidad en recursos.

2.4.5 Factores a definir

La actual reforma debe estar basada sobre los problemas de inexistencia de política de recursos humanos, correlacionándole la capacidad de formación de las instituciones educativas; las distorsiones generadas por la diversidad de regímenes retributivos tanto en el sector público como en el privado, mediante un cambio de modelo de atención. Se debe tender al empleo único, con concentración en lo público y en lo privado y creando un marco regulatorio que permita cumplir con las funciones asistenciales, de investigación y de educación médica, asegurando la estabilidad laboral y la remuneración adecuada. Otro objetivo a definir de manera prioritaria son las medidas a tomar para promover el auto cuidado de la salud y los hábitos de vida saludables.

III BASES PARA UNA REFORMA Y PERSPECTIVAS DEL SECTOR

La salud suele definirse como *"un bien preferente, respondiendo a una decisión social que tiende a proteger su consumo"*

*desvinculándolo de la capacidad d pago individual*⁶⁰. La Constitución prevé la cobertura gratuita de la población carente de recursos con financiamiento público. Teniendo como referencia este marco teórico, y con raíces históricas, el desarrollo del sistema de salud a derivado, como hemos visto en el capítulo anterior, en una profunda fragmentación en lo que refiere a la organización de sus servicios apoyada en una desigual distribución de recursos en la relación público-privada (en favor de esta última) y presentando en consecuencia, una diferente calidad de atención para diversos segmentos de la población. Se critica la falta de acción del Estado en este sector, pero lo que veremos en este capítulo es el alcance de la toma de conciencia de los problemas por parte las autoridades y de los agentes involucrados en Sistema. Se presentarán los programas y intentos de reforma ya implementados y su impacto sobre el sector así como las bases del proceso reformador en vigor. Analizaremos las potencialidades del Sector y las perspectivas para su futuro.

3.1 Actores que influyen en las tomas de decisión

Existen instancias internacionales que proporcionan consejos o directivas a las autoridades uruguayas en cambio de préstamos o asistencia a la población en el ámbito social. Los programas del Poder Ejecutivo se inspiran también de sistemas sanitario que son conocidos por su eficacia y considerados como buenos modelos, que los países de América Latina intentan seguir para obtener semejantes resultados.

3.1.1 Punto de vista liberal: mejora económica para mejorar la salud

Algunas instituciones con alto poder de negociación internacional proporcionan directivas y consejos de tipo liberalista porque miran la situación en sus aspectos económicos. Según estas

30 LAZAROV, LUIS; "una reforma necesaria, sin vivezas";
http://www.escenario2.org.uy/numero2/grau_lazarov.html

instancias, el país debería en primer lugar solucionar sus problemas económicos a fin de mejorar la vida de sus habitantes, alejar el peso de la fiscalización tras la privatización y en consecuencia, el retraso del Estado en varios ámbitos. Estas ideologías consideran la economía de un país como la clave de todo equilibrio social y bienestar colectivo o individual.

3.1.2 Toma de conciencia del problema³¹

El Banco Mundial solía no preocuparse por las consecuencias sociales de los cambios de modelo económico que aconsejaba a los países con dificultades socio-económicas, pero en los años 90 inició una serie de estudios sobre el tema y otorgó algunos préstamos en el Área Social. Igual para el BID, que hoy es el mayor proveedor de préstamos de Uruguay. Estos préstamos se deben a una verdadera toma de conciencia de la apuesta de las condiciones sociales en países con problemas relacionados con la economía. Estas ayudas financieras están acompañadas de estudios y de directivas a tomar para mejorar el modelo asistencial. Se puede concluir de este cambio de comportamiento por parte de organismos que solían confiar en las reglas del liberalismo para arreglar los problemas sociales que hoy área social no esta más considerado como un detalle pero como un verdadero tema de preocupaciones que tiene una influencia sobre la economía también.

3.1.3 Punto de vista de los agentes involucrados

Las IAMC tienen una ciertas proposiciones para solucionar el problema de la crisis que están enfrentando en la actualidad. Según economistas del sector se debería regular el sector para que puedan funcionar las *reglas de juego* (competencia). Las propuestas del sector³² proceden de cuatro enfoques teóricos que son la necesidad

³¹ MESA LARGO, Carmelo; "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina"

³² Luis LAZAROV describe estas bases teóricas que se pueden encontrar en el informe de las IAMC en su artículo "*Una reforma necesaria, sin vivezas*".

de coherencia de las decisiones políticas, la de equilibrios cooperativos, la de análisis de los efectos de la búsqueda de renta, y los problemas de agencia.

Según el autor, las decisiones políticas se caracterizan por una *coherencia temporal*, o sea, que las autoridades toman decisiones que son vigentes solamente a corto plazo. Esto se explica por los cambios frecuentes de Ministerios de la Salud (cinco entre 1995 y 2000), así se necesitan programas que consideran el largo plazo, sin olvidar el corto y mediano plazo, o sea un programa de transición eficaz.

Según la teoría, los agentes deberían *cooperar*, como lo preconiza la teoría del *dilema del prisionero* (Anexo X), a fin de eliminar la inestabilidad de los comportamientos individuales y que todos los agentes puedan tener éxito. Concretamente esta teoría incentiva a los agentes del sector salud (sindicatos y IAMC) a encontrar un terreno común para que se emprendan las reformas.

Son *buscadores de renta* los empresariados que intentan beneficiarse con créditos a tasas preferenciales (definición adaptada al sector salud, por Lazarov). Para obtener estas tasas tienen que responder a algunos criterios de baja de costos y de eficacia. Así el conjunto del sistema privado suele aumentar el monto de las cuotas para financiar los criterios de calidad y sanear sus finanzas. Se preconiza entonces una regulación del sector para que no haya barreras al comercio y que se tomen decisiones para asegurar la viabilidad del sistema (disminución del capital humano, por ejemplo).

El problema de agencias surge en la relación entre el médico y el paciente. Si el médico actúa con criterios de eficiencia con relación al gasto, no se constata una fuerte implicación en el trabajo. Se preconiza aquí que se hagan incentivos de tipo remunerativo y así se pudieran estructurar nuevos modelos de gestión.

3.1.4 Estándares del Mercosur

Uruguay tiene una relación privilegiada con los países del Mercosur (Chile, Paraguay, Brasil, Argentina) cuyos ámbitos de competencia se están extendiendo a áreas que salen del ámbito estrictamente económico. Al desear una institucionalización y en consecuencia un reforzamiento del Mercosur, el Gobierno Battle (elegido en diciembre de 1999) hace una prioridad de responder a los estándares del Mercosur. Estos estándares son definidos por los talleres y comités que se ejecutan periódicamente sobre temas particulares.

3.1.5 Modelos de sistemas sanitarios

Los sistemas sanitarios latino americanos están, en su mayor parte, inspirados en los modelos europeos. Existen tres tipos de modelos de sistemas de salud: La *Salud fiscalizada* (Gran Bretaña), donde los usuarios no pagan nada y financiada mediante los impuestos; la *Salud socializada* (Alemania, Francia) que consiste en la existencia de seguros de enfermedad financiados por los salarios. El sistema con *financiamiento privatizado* no existe en Europa³³.

Los sistemas latino-americanos tratan de copiar los sistemas externos, es decir alcanzar una cobertura universal, pero estos sistemas son válidos para países cuya economía se lo permite. Esa es la razón por la cual la mayoría de los países de América latina eligieron sistemas mixtos, donde existe un subsistema público que puede encargarse de los pobres y un subsistema privado para los que están en edad de trabajar y con salarios adecuados para pagar sus propias primas. El sistema chileno reformado estaba muy criticado por su forma excesivamente privatizada, parece un sistema que promovía la inequidad. Pero al final las personas siguen pagando impuestos proporcionalmente a sus recursos, y es parecido a un sistema europeo: no hay relación entre los ingresos y su utilización si

³³ MESA LARGO, Carmelo; "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina"

consideramos visitas médicas y días de hospitalización. Eso es justamente lo que se critica en Uruguay: tiene un sistema mixto donde existe un problema de inequidad por la existencia de desigualdades entre los dos subsistemas, entre otros problemas. Aquí no se trata de discutir sobre las virtudes de la privatización del sistema de salud, sino simplemente de ver que cual ha de ser el modelo elegido, ya que la equidad depende también de las regulaciones con las cuales funciona, que determinan la manera de compartir los gastos entre los usuarios.

3.2 Cambios ya realizados:

El sistema sanitario uruguayo es mixto, y eso desde los años cuarenta, cuando se desarrollaron las IAMC. Uruguay es, como Argentina, un país que supó mantener la calidad de su sistema, hasta comprometer el propio equilibrio económico del país.

3.2.1 Antecedentes y orientaciones políticas³⁴

En 1985 el Gobierno civil de Sanguinetti tuvo que enfrentar los problemas causados por los programas de estabilización del FMI y recuperar las infraestructuras del sistema sanitario abandonadas durante la dictadura militar de los años setenta. Se inició una serie de propuestas para modernizar al Sector Salud. Entre ellos, el hecho más relevante de los últimos quince años en el subsector público fue la separación de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en una administración aparte: la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), como parte de un programa de descentralización del sistema público. Si bien ASSE continúa bajo la dependencia del MSP, la ley de su creación (ASSE; artículo 275 de la Ley 15903 del 10 de noviembre de 1987) otorga la potestad de transferir sus servicios a las municipalidades, realizar convenios con las instituciones privadas

³⁴ Fuentes: BPS, "Documento sobre salud"; OPS "Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay; páginas web del BANCO MUNDIAL.

e incluso la gestión de determinadas cantidades de presupuestos de los establecimientos llamados "Grupos de Apoyo". La creación de ASSE puede señalarse como el comienzo de una reforma del sector público que no se ha profundizado.

A finales de los años ochenta, hubo un cambio que profundizó la crisis de financiamiento de los sectores sociales, con la extensión de las obligaciones de la Seguridad Social. Los esfuerzos para bajar el nivel de inflación y la oposición de la población frente a cualquier programa de privatización o de reforma del sector, así que la falta de decisión política impidieron cualquier impulso en el sector. Entonces, el Gobierno Lacalle no se pudo reestructurar los sectores públicos y el segundo Gobierno Sanguinetti tendría que basar su política sobre el financiamiento del sistema de Seguridad Social (Sector Salud incluido) y la Educación.

3.3.2 El Proyecto FISS (1995-2000)³⁵

En Uruguay no existe un proceso que intente reformar al Sector Salud en su totalidad. Hay, en cambio, un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer al MSP, tanto en su capacidad de gerencia como en la prestación de los servicios que brinda. El Proyecto FISS (Fortalecimiento Institucional del Sector Salud) forma parte de una política global del Estado tendiente a modernizar el Estado y al refuerzo de las áreas

sociales, financiados en su casi totalidad por préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. El Proyecto FISS es un programa que apunta a

la modernización del MSP, financiado con veintiocho millones de dólares del Banco Mundial y del gobierno uruguayo.

En marcha desde septiembre de 1996, el plan tiene, en lo fundamental, los objetivos de proporcionar a la población un acceso

³⁵ Fuente: <http://www.serpaj.org.uy/inf96/infsalud.htm>

universal a un nivel básico de atención; establecer normas de salud más equitativas y eficaces; racionalizar el gasto público y crear incentivos para perfeccionar y tornar más eficiente el gasto privado en salud; y por último, fortalecer la capacidad administrativa y de gestión de los subsectores públicos y privados.

En concreto, el plan comenzó con la autonomía de nueve centros hospitalarios, esta experiencia, por el momento, no se extendió todavía a los cincuenta y siete hospitales que preveía el proyecto. Esta también en marcha el proceso de computerización de los servicios de información, pero no todos los objetivos han sido logrados en 2000.

3.2.3 Programas del MSP

En el ámbito privado, el Programa de Modernización de los Servicios de Salud (PROMOSS), realiza la recolección y procesamiento de los datos asistenciales y económico-financieros que permiten el conocimiento de la situación a este nivel. De acuerdo a este diagnóstico, se le plantea a las distintas IAMC los problemas más relevantes de su estructura y funcionamiento.

Dentro de la estrategia de reforma del Sector Salud se halla el llamado Proyecto Centro Médico. Dicho proyecto concierne al Hospital de Clínicas y su modernización constituye una referencia nacional, para los otros establecimientos del subsector público, para hacer cambios de tipo gerencial.

3.2.4 Seguimiento del proceso reformador del periodo

Cabe notar que el MSP tuvo un papel relevante a la hora de impulsar la reforma. Los impulsos se han dado de diferente manera y con diferente desarrollo en cada uno de los subsectores público y privado.

No se creó *ninguna institución responsable* para la formulación de políticas, financiamiento, cobertura y provisión de servicios. Aunque por lo menos se crearon algunas *Comisiones de Apoyo* dentro de los hospitales de ASSE para apoyar a los centros de salud de las Intendencias Municipales. En 1996 y 1999 el MSP publicó las primeras *cuentas nacionales* de salud. En el año 2000 realizó las cuentas nacionales referentes al VIH-SIDA. En 2000, todavía no se están introduciendo medidas que modifiquen la estructura ni composición del gasto en salud y su financiamiento (fuente OPS).

En el ámbito de los *Recursos Humanos* se han introducidos cambios para priorizar la atención de primer nivel. El ejemplo más notable es el proyecto de desarrollo de la medicina familiar³⁶ que parece ser una alternativa a la súper especialización de la atención. Aunque todavía se encuentran solamente 125 médicos de familia parece que el principio es muy adecuado para proporcionar una atención a primer nivel, participar en actividades de docencia, desarrollar una relación médico-paciente más humanizada, y cubrir a todas las generaciones.

En definitiva, las instancias internacionales critican la falta de programa global de reforma del sector. No sería injusto afirmar que pocas cosas cambiaron durante el periodo, pero ya parece que hubo esfuerzos para analizar las deficiencias y aumentar las fuentes de información, elemento imprescindible si se quiere tener una visión objetiva de la situación para solucionar los problemas.

3.3 Bases de la nueva reforma

Existe por lo menos una toma de conciencia de todos los agentes involucrados así como un diagnóstico cada vez más preciso de los problemas. Parece realista avanzar la idea de que la gran reforma del sector necesita para su implementación un gran esfuerzo por parte de todos los actores y un periodo bastante largo para lograr

llegar a los cambios esperados. Es el desafío del nuevo proyecto *Salud Uruguay 2010*³⁷, un proyecto que propone solucionar los problemas del país en materia de salud para 2010. Lo importante en cualquier programa es pensar en el corto y medio plazo. Los cambios frecuentes de gobierno (cinco cambios en MSP desde 1995 a marzo del 2002) y la coherencia temporal que procede de esta inestabilidad deben ser compensadas por un proyecto de largo plazo como el de Salud Uruguay y el corto y mediano plazo están previstos tras proyectos sobre temas particulares que están integrados en los objetivos de la reforma. A partir de aquí se necesitara una articulación entre todos los subsectores para aportar una coherencia perpetua.

3.3.1 Propuesta de reforma del sistema de salud

Se elaboró una primera reunión llamada Encuentro de Solís³⁸ de agosto de 1999, con los sindicatos médicos uruguayos, y representantes del MSP. El Encuentro definió las grandes líneas a seguir para reformar el sistema, que son: afirmar el rol del MSP como autoridad sanitaria; implementar un modelo con cobertura universal; redimensionar el subsector público para que haya un mismo nivel de calidad con el privado; humanizar la jornada laboral y la relación médico-paciente; reorientar el actual gasto en salud para hacerlo más eficaz; crear una instancia descentralizada con integración múltiple en su dirección y administración (representación de usuarios, instituciones privadas y públicas...) y tener un programa de extensión de cobertura de las IAMC, a través de un sistema equitativo de financiamiento del tipo de la seguridad social. El encuentro de Solís I será seguido por el Encuentro de Solís II (mayo 2002), que establece las bases para la implementación de la reforma.

³⁶ SMU; "Medicina familiar". Ubicación: <http://www.smu.org.uy/gremiales/documentos>

³⁷ Salud Uruguay 2010. Ubicación: <http://www.presidencia.gub.uy/salud-uruguay/>

³⁸ SINDICATO MÉDICO DE URUGUAY; "Solís I: Encuentro Balneario Solís"; Agosto 1999; Conclusiones Generales del Encuentro. Ubicación: <http://www.smu.org.uy>

3.3.2 El proyecto Salud Uruguay 2010

Salud Uruguay 2010 se inspira del programa *Healthy People 2010* de los EE-UU, y procede de una iniciativa de la Dirección General de la Salud (del MSP) con préstamos del BID y de la OPS (Organización Panamericana para la Salud). En octubre de 2001 el Presidente Jorge Battle anunció el lanzamiento del proyecto. Por primera vez se organizó un comité intersectorial para involucrar a las diferentes instancias públicas en el sector salud: Ministerio del Interior, Ministerio de Deporte, Ministerio de Salud Pública y Consejo de Educación Primaria. La iniciativa reconoce los factores económicos y sociales como determinantes de salud. Reconoce también la prevención y la promoción como factores relevantes de modos de vida saludables.

3.3.3 Implementación de la reforma y programas desde 1999

En el ámbito de los *Recursos Humanos*, la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Universidad de la República) esta implementando (desde el Acuerdo Marco del 29 de diciembre 1999) la Educación Médica Continua (EMC) para luchar contra la super especialización y enseñar los métodos de trabajo más eficaces. La Escuela de Graduado acredita institutos de formación que cumplan normas específicas. Pero el sistema está en peligro ya que queda librada a los cambios políticos y se reclama la creación de un Sistema Nacional con una ley especial³⁹. En cuanto a la *calidad y evaluación de tecnologías* en salud no existe un mecanismo de acreditación de la calidad pero se creó en 2002 una unidad que tendrá en su cargo la evaluación de la incorporación de tecnologías en salud.

En cuanto a la descentralización mientras el rechazo de las propuestas de ley siguen activos los programas en este sentido. Se esta implementando la separación de las Unidades Ejecutoras con la

³⁹ PURUCELLI-ROMERO, DANIEL; "Escuela de graduados"; Noticias n 115; Marzo 2002; ubicación <http://www.smu.org.uy>

instancia de financiación de los establecimientos (ASSE) para dar más autonomía a los hospitales y centrar en la ASSE las instancias de reflexión sobre la gestión del subsector público y su integración con otros sectores y el privado.

3.4 Propuestas para la crisis del subsector privado

El problema del subsector privado puede ser analizado aparte porque, excepto en el marco del proyecto PROMOSS, su gestión no esta incluida en los programas del MSP.

3.4.1 Propuesta de una superintendencia y el Fondo Único

De los analistas y economistas de las IAMC viene una propuesta para solucionar los problemas de financiamiento de las IAMC y la falta de integración con subsector público (fuente: SMU; "*Conyuntura y futuro del subsector IAMC*"). Esta propuesta de las IAMC parece coincidir con lo propuesto durante en el Encuentro Solís I y entonces cabe importante mencionarla (Esquema ubicado al Anexo XI).

El sistema se basa sobre una unificación de los recursos en un *fondo de financiamiento único* entre los subsectores privado y público. Con este sistema se produce un relacionamiento no monetario entre los usuarios y los aseguradores-prestadores. Permite también una cobertura más equitativa porque no se haría por selección de riesgo ya que el fondo remunera a los prestadores de servicios por afiliado por riesgo. La creación de una *superintendencia* parece imprescindible para coordinar el sector y unificar los mecanismos de regulación en sus diferentes áreas.

3.4.2 Soluciones de gestión

A propósito de los *Recursos Humanos*, se está implementando el programa de "grupos de trabajo" sobre temas particulares, para involucrar los profesionales en el servicio, aumentar la productividad

del trabajo y estimular la captación de talentos. Se prevén también hacer algunos ajustes de la masa salarial y estímulos al retiro médico (propuesta del SMU) que deberán ser aceptados por los sindicatos y el Ministerio de Trabajo.

El sistema de *calculo de la primas, cuotas y tickets* es nuevo y todavía no ha sido cumplido en todos los establecimientos. La idea es hacer pagar cuotas diferenciales a los usuarios, según sus ingresos. Este sistema parece coincidir con los principios de equidad entre usuarios y podría impedir las desafiliaciones por razones económicas.

3.4.3 Financiamiento de la deuda

El Banco Interamericano de Desarrollo otorgó al Estado un *préstamo* de 75 millones de dólares para pagar la deuda del subsector. El programa es un préstamo sectorial reembolsable en un plazo de cinco años. Las IAMC tuvieron que presentar un informe completar el financiamiento de las deudas, las empresas privadas tienen la **S** posibilidad de *emitir bonos* reembolsables en un plazo de 13 años.

CONCLUSIÓN

CONCLUSIÓN

La sociedad uruguaya tiene muchos aspectos positivos que pueden darle las bases de una vida saludable para su población. Entre los primeros, los niveles de educación, el sistema de seguridad social que continua siendo importante para la población que no tiene otro tipo de ingresos u otros medios para tener asistencia sanitaria. En la

actualidad, su papel es más importante que nunca si consideramos la creciente tasa de desempleo. Es verdad que el Sector en su conjunto tiene que ser modernizado, en primer lugar para eliminar los factores de ineficiencia, pero cabe no olvidar que entre los deseos del Poder Ejecutivo existen los de la liberalización de los mercados y de la disminución del peso del sector social en su conjunto. Se espera que las restricciones y las remodelaciones emprendidas no agotarán los resultados de muchos decenios de adquisiciones sociales y de construcción de un sector sanitario que, como lo hemos visto, tiene bastantes potencialidades. Para desarrollarlas se espera mucho de las ayudas financieras del BID y del Banco Mundial (Uruguay renunció a las ayudas dedicadas a los país en vía de desarrollo), y mejor que intentar copiar los modelos exteriores, debería centrar sus objetivos sobre un nuevo modelo adaptado a las posibilidades que le corresponden. Así, lo hizo Chile, con su sistema privado que tiene resultados inesperados en término de equidad entre los usuarios de los servicios de salud. Podría también basar sus estrategias sobre ejemplos de funcionamientos eficaces que tuvieron resultados sorprendentes (Anexo XII; *"un esfuerzo en la búsqueda de la excelencia"*) y hacer de ellos una referencia en lugar de insistir en contemplar al Hóspital de Clínicas como el modelo nacional en casi todos los temas de la salud. De hecho, se habla hoy de proveer una atención de tipo nuevo, equitativa, con extensión de la cobertura, y un aumento agudizado de la esperanza de vida y de su calidad, y así respetar la promesa de los legisladores que elaboraron la Constitución de 1967.

LISTA DE SIGLOS Y ABREVIATURAS

AFAP: Administradoras de Fondos de Asistencia Provisional
ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado
BM: Banco Mundial
BPS: Banco de Previsión Social
DISSE: Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad
EMC: Educación Médica Continua
FA: Frente Amplio
FEMI: Federación Médica del Interior
FISS: Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud
FM: Facultad de Medicina
FMI: Fondo Monetario Internacional
FNR: Fondo Nacional de Recursos
HC: Hospital de Clínicas
IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMAE: Institutos de Medicina Altamente Especializada
LIME: Listado de Medicamentos Esenciales
Mercosur: Mercado del Cono Sur
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
PC: Partido Colorado
PIB: Producto Interior Bruto
PROMOSS: Programa de Modernización de los Servicios de Salud
PRORECCO: Sistema sobre la producción, Rendimiento y Costos del sector privado
RRHH: Recursos Humanos
SINADI: Sistema Nacional de Información del subsistema público
SMU: Sindicato Médico de Uruguay
UE: Unión Europea
UMU: Unión de la Mutualidad del Uruguay
UUEE: Unidades Ejecutoras del ASSE

BIBLIOGRAFIA

Obras monográficas:

- ✓ DABENE OLIVIER; *L'Amérique Latine au XX ème siècle*; Paris 1994; Editions Armand Colin; Collection Cursus.
- ✓ INSTITUT DES HAUTES ETUDES DE L'AMERIQUE LATINE, Université Paris III, Sorbonne Nouvelle; sous la direction de Georges Couffignal, *Amérique Latine 2002*, Paris 2002, La Documentation Française, colección Observatoire des changements en Amérique Latine.
- ✓ LEMOINE MAURICE; *Les 100 Portes de l'Amérique Latine*; Lonrai 1997; Les Editions de l'Atelier; colección Point d'appui.
- ✓ MAGISTERE DE RELATIONS INTERNATIONALES, DESS DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT, Séminaire Amérique Latine; *L'Amérique Latine: Etat des lieux et entretiens*; Condé-sur-Noireau 1996; L'Harmattan; colección Horizons Amériques Latines.

Estudios y artículos aparecidos en publicaciones periódicas

- ✓ DEMENET PHILIPPE; "Contre l'apartheid médical: Stratégies mondiales pour la santé populaire"; *Le Monde Diplomatique*; n°564 Marzo de 2001; pp26 y 27.
- ✓ MESA LARGO, CARMELO; "Les défis actuels de la sécurité sociale en Amérique Latine"; título original "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina" del periodico Contribuciones n° 1 enero-marzo de 1997; *Problèmes économiques*; n° 2540 10/1997; La Documentation Française.
- ✓ MOCI y URUGUAY II "L'Uruguay est-il toujours la *Suisse de l'Amérique du Sud*"; artículo original "Investissez en Uruguay"; *Problèmes économiques*; n°2610 11/03/1999; la Documentation Française.

Fuentes

- ✓ <http://www.iqdb.org/sds/doc/informetaller.pdf>
CENTRO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD; "Vida sana es más vida"; Santiago (Chile); Febrero de 2001.
- ✓ <http://www.wwww.iqdb.org/sds/doc/AlguienEstaEscuchando.pdf>

DAVEDOFF W. D.; "Alguien esta escuchando: Una nota sobre la salud"; Washington DC; Octubre de 2000.

BID; "El Sector Salud en los proyectos del BID"; Washington D.C.; Febrero de 2002.

✓ <http://www.msp.gub.uy>

DIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL DE LOS MINISTERIOS DE SALUD; "información general".

PROYECTO FISS; "la salud en uruguay en cifras".

✓ <http://www.smu.org.uy/gremiales/documento/solis2/>

SINDICATO MEDICO DE URUGUAY; "El Sector Salud: Conyuntura y futuro del subsector IAMC".

SMU; "Medicina familiar".

✓ <http://www.smu.org.uy>

BUTAZZONI, FERNANDO; "La salud: Panorama de conflictos"; Noticias n 115, Marzo 2002.

DÍAZ POSE, BARRET; "Esperamos coherencia, necesitamos participación"; Noticias n 115, marzo 2002.

MACHADO, MELISA; "Antes de Solís II"; Noticias n 116; Mayo 2002.

PURUCCELLI-ROMERO, DANIEL; "Escuela de graduados"; Noticias n 115, Marzo 2002.

SINDICATO MÉDICO DE URUGUAY; "Solís I; Encuentro Balneario Solís"; 13-15 de agosto 1999; Conclusiones Generales del Encuentro.

VELOSO DE FRANCA G. ; "Socialización del riesgo médico"; Noticias n°115, Marzo 2002.

✓ <http://www.isalud.org/investigacion/documento.asp>

"La salud en las Américas, edición de 1998; volumen II"; Uruguay.

✓ <http://www.americas.healthsectorreform.org/spanish/urupres.pdf>
OPS; "Perfil del sistema de salud de Uruguay"; 2nda edición mayo de 2002.

✓ <http://www.presidencia.gub.uy/salud-uruguay>

PRESIDENCIA DE URUGUAY;"Salud Uruguay 2010".

✓ <http://www.serpaj.org.uy/inf96/infsalud.htm>

"Derecho a la salud: el sistema sanitario uruguayo".

✓ <http://www.worldbank.org>

WORLD BANK; "Poverty in Uruguay"; Report n 21262; 17 de Julio 2001.

WORLD BANK; Project document; Uruguay; Heath Nutrition and Population. Julio de 2002.

✓ http://www.redsegsoc.org.uy/2_V4-Anexo-Salud

EQUIPO DE REPRESENTACIONES DE LOS TRABAJADORES EN EL

BPS; "Documentos de primera etapa de la repuesta alternativa de los

**trabajadores sobre seguridad social: Documento sobre salud";
setiembre 1999.**

✓ *<http://www.escenario2.org.uy/numero2/>*

LAZAROV, LUIS; "Una reforma necesaria sin vivezas".

UBACH, GRAZIELA; "Segundo nacimiento de un joven de 47 años".