

Con los asesores del SMU Luis Lazarov y Julio Lorente

Financiamiento con equidad: la naturaleza del sistema IAMC

El economista Luis Lazarov y el escribano Julio Lorente, asesores del SMU, explicaron a *Noticias* lo esencial de la propuesta de un Seguro Nacional de Salud que se discutió entre el 19 y el 21 de abril en Solís.

¿Cómo fue el proceso mediante el cual se llegó a la propuesta de crear un Seguro Nacional de Salud que se discutió en Solís II?

L.L. Se origina en una solicitud que nos realizara el Comité Ejecutivo del SMU para que estudiáramos la problemática de carácter estructural que enfrenta el sector del mutualismo (más precisamente, de las IAMC) y sobre esa base elaboráramos una propuesta de solución con una perspectiva de mediano y largo plazo que pudiera articularse con medidas de corto plazo. Con base en una investigación realizada hace unos años por un equipo multidisciplinario del que formamos parte, se estructuró una propuesta que contempla los principios básicos sobre los cuales se ha apoyado tradicionalmente el sector y que de hecho existe consenso de la necesidad de su profundización.

En el esquema actual se constatan importantes diferencias en la calidad asistencial que se brinda a los distintos segmentos de la población. Quienes cuentan con un menor nivel de ingresos tienen una asistencia basada en un gasto per cápita muy inferior a la de los sectores de ingresos medios o altos. Un factor adicional es el problema del acceso. Se puede tener la cobertura, estar incluido en un programa, contar con todos los derechos, pagar una cuota, pero por distintos factores como ser la existencia de barreras económicas (el ticket de medicamento, una orden a consultorio) al pretender hacer uso de los servicios resultan inaccesibles.

Se trata entonces de garantizar la equidad basada en el acceso efectivo de la población a un paquete de servicios integral y de calidad con base en un financiamiento que tenga en cuenta el ingreso de las familias a los efectos de determinar las sumas que se vuelcan al sistema.

El enfoque institucional de la propuesta gira en torno al relacionamiento de un conjunto de pilares básicos del sistema: los usuarios, un fondo público a crear, las instituciones IAMC de naturaleza aseguradora y prestadora de servicios, y la constitución de unidades de regulación del funcionamiento del sistema y de acreditación del área asistencial.

En los talleres realizados en Solís provocó rechazo el término canasta de servicios. ¿Qué se entiende por integralidad? ¿Qué es universalidad?

L.L. La cobertura universal se puede enfocar desde dos puntos de vista que podrían expresarse como coberturas horizontal y vertical. La primera consiste en el alcance poblacional, vale decir, el grado de cobertura de servicios asistenciales que otorga el sistema a los pobladores. El segundo enfoque tiene relación con el alcance de las prestaciones que brinda el programa de cobertura: promoción, prevención, asistencia, y rehabilitación, todas las etapas que implican el proceso de cuidado de la salud. Tiene relación con el grado de integralidad de las prestaciones que se ha definido incluir por el precio de una cuota. Por ejemplo, puede dejarse afuera determinado tipo de confort, hotelería, cuestiones que se entienda no deben ser de cobertura obligatoria. Esto trae aparejada la necesidad de analizar el método a través del cual se han de incorporar las nuevas técnicas y procedimientos, porque una misma patología puede dar lugar a distintas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

En este punto es muy importante hacer énfasis en la necesidad real –no discursiva– de introducir cambios al modelo asistencial, haciendo especial hincapié en el desarrollo de la actividad preventiva, modificando progresivamente en esa dirección la actual organización de los servicios a través de mecanismos que incidan efectivamente en el primer nivel de atención. Se trata de encontrar una mayor relación entre los servicios asistenciales y las necesidades que surgen del perfil demográfico epidemiológico de la población, lo que permitirá mejorar su calidad de vida y simultáneamente alcanzar mejores niveles de eficiencia y eficacia en la producción de los servicios.

Entonces, ¿a qué está obligada la institución en la actualidad? Esto se ha ido definiendo por superposición, pero no existe una metodología que claramente determine las reglas a través de las cuales se incorporen las nuevas técnicas y el financiamiento respectivo.

El funcionamiento de la propuesta presupo-

ne que las familias vuelcan los recursos a un fondo público único, y que las entidades IAMC cobran las cuotas de sus afiliados de este fondo. Los usuarios podrán elegir entre las entidades que ofrezcan sus servicios, las cuales habrán sido habilitadas y acreditadas en función de estándares mínimos de calidad.

En cuanto a la forma en que las familias volcarían los recursos al fondo, en el peor de los casos se podría mantener el esquema actual. Un mecanismo de contribución familiar proporcional a los ingresos se podría ver obstaculizado por la inexistencia de una infraestructura básica con información suficiente que diera viabilidad al modelo. Sin embargo, surge del debate de Solís II un amplio nivel de acuerdo con relación a la necesidad de que el financiamiento se realice en función al ingreso familiar, de acuerdo a la capacidad de pago de la gente.

Las instituciones cobrarían de acuerdo a su lógica de aseguradoras y prestadoras de servicios. La transferencia de recursos se haría sobre la base de cuotas ajustadas según el riesgo de la población cubierta. En la actualidad, las variables a tener en cuenta dada la información disponible serían la edad y el sexo, si bien debería tenderse a incorporar otras variables representativas de ese riesgo como la morbilidad, el nivel de ingresos, etc. Por ejemplo, quienes tengan más niños cobrarán un poco menos y quienes tengan más adultos mayores un poco más, dado que se incluye en el precio a cobrar por las entidades los costos esperados asociados al tipo de población cubierta.

Se desprende de lo anterior el papel crítico que juega este fondo al permitir que se contemple el rol asegurador de las IAMC cobrando sus cuotas en función al riesgo de sus asegurados pero evitando que ello ocurra directamente a través del mercado, situación que llevaría inevitablemente a la exclusión de quienes presentarían mayor propensión a enfermar (en general, población más envejecida y de menores ingresos), generando procesos de fuerte inequidad.

Teniendo en cuenta que la competencia en precios en los mercados de servicios de salud no genera soluciones de eficiencia como puede

ocurrir en otros sectores de actividad, se trata de generar una competencia sana, basada en la mejora de la calidad asistencial y una tendencia a la caída de los costos, evitando retacear servicios. Este proceso requeriría de una intervención pública que brindara información al usuario para que este pudiera reconocer la calidad, incluso a través de la educación formal. Asimismo, debería publicar indicadores básicos que los usuarios tomaran en cuenta para la elección de su afiliación, relegando a un segundo plano aspectos como la hotelería o el mármol que no resultarían críticos en los resultados sanitarios.

Como cierre del funcionamiento del sistema, se plantea la creación de una superintendencia que regule –entre otras, variables de precios, de competencia, etcétera–, fije las reglas de juego y las haga cumplir. La gestión del fondo le otorgaría una herramienta crucial para hacer cumplir las normas, aspecto que en diversas áreas –como la incorporación y evaluación de tecnología– le resulta difícil incluso al propio MSP. Finalmente, se propone la creación de una unidad que podría funcionar en la órbita del Ministerio, que se ocupara de las cuestiones vinculadas a la calidad, teniendo como funciones las de habilitar, acreditar, auditar y hasta eventualmente clausurar servicios en el caso en que no se cumpliera con los mínimos de calidad establecidos.

¿Ustedes manejan otras opciones para mejorar el sistema de Salud?

J.L. En el plano del diseño institucional, se han planteado opciones complementarias que incluyeran en la solución no sólo al sector privado IAMC sino también al sector público. En tal sentido, incluso en las actividades preparatorias del Encuentro de Solís se propuso por ejemplo la instrumentación de procesos de descentralización basados en una mayor autonomía de gestión institucional, lo que supondría la acción de uniformizar esquemas laborales y retributivos del conjunto de los recursos humanos que operan en el sector entre otros grandes cambios. Las opciones pueden ser múltiples, y los modelos pueden incluir diferentes grados de autonomía, distintos niveles de competencia, etc.

A ello deberían agregarse propuestas sobre políticas en diferentes áreas como la de medicamentos, la de incorporación y evaluación de tecnologías, la del cambio del modelo de atención y la gestión institucional predominante en el sector, etc.

¿Cuál sería la opción más ventajosa o menos riesgosa?

J.L. En cada una de las opciones institucionales de cambio existen riesgos, ventajas y desventajas. Si las soluciones implicaran un escalón de mayor gasto –particularmente en ASSE– para tender a equiparar la calidad de un modo uniforme en todo el país, debería simultáneamente definirse los mecanismos de mayor eficiencia a

través de los cuales la racionalización del gasto presionara en sentido inverso, amortiguando el impacto en las finanzas del Estado. Pero el gran objetivo es tender a uniformizar en el escalón más alto posible la calidad asistencial y el acceso de la población, con un financiamiento equitativo y un gasto racional, lo que presupone un mercado de trabajo estable con retribuciones que se correspondan con la responsabilidad y el rol en la producción de los servicios.

¿Cuál es el camino para llevar a la práctica estos proyectos?

J.L. La percepción del mundo político es compleja: tiene una gran preocupación por el sistema de salud que se cae a pedazos pero, no sé si por falta de ideas o por falta de voluntad política, nadie se empeñó en hacer una reforma del sistema como por ejemplo se hizo en otras áreas. El hecho de presentar una reforma de este tipo es muy novedosa, tiene mucho “gancho” y por sobre todas las cosas es absolutamente necesaria, pero hay tiempos políticos y electorales que vuelven difícil la puesta en práctica del proyecto en esta legislatura. Con esto no quiero decir que sea imposible, simplemente pongo los pies sobre la tierra y veo las dificultades que existen.

J.L. No debería perderse de vista el hecho de que difícilmente se pueda materializar una reforma profunda en el sector salud sin contar con la aprobación del gremio médico.

En Solís II se pudo observar una preocupación general por la aplicación de medidas de emergencia...

J.L. Son dos niveles distintos. Creo que en lo inmediato hay preocupación por los que no cobran salario, sufren rebajas de sueldo o ven incertidumbre en su futuro laboral. Hay otra preocupación de parte de quienes tienen responsabilidad en la dirección de instituciones: los que están peleándola día a día y que pueden pensar: ‘el proyecto está muy lindo, saldrá dentro de dos años, pero yo tengo que saber si el año que viene sigo existiendo, sino no me sirve de nada una reforma a largo plazo’. Esto lleva a la necesidad de buscar soluciones para lo inmediato. Las dos instancias deben ser consideradas de forma separada pero en paralelo. Para salir de una crisis histórica, debe abrirse un período de transición hasta que haya ajustes en todo el sistema que permitan saber cuáles son las instituciones que pueden mantener un esquema de equilibrio y calidad en las prestaciones. Mientras ese gran cambio sucede, es necesario un lapso en el que se arbitren medidas para que estas instituciones puedan adecuarse. Simultáneamente debe pensarse en soluciones de fondo que pongan fin a los problemas estructurales del sector.

¿Cuál sería, en su opinión, la situación del Estado frente a estos procesos?

J.L. Si el sistema cae en su totalidad –cuestión

que no creo suceda–, el Estado no tiene forma de responder a la atención de salud de toda la población. Una de las debilidades que tiene el Estado –como dijo un asesor español que estuvo hace poco tiempo en Uruguay– es que derivó su atención de salud al sector privado. Por eso, queda de alguna manera dependiente con este sistema y de ahí debe partir su preocupación para salvarlo.

El Estado destina el 10% del Producto Bruto Interno (PBI) a la Salud. ¿Es suficiente? ¿Hay problemas de distribución?

J.L. En comparación con otros países, en proporción del esfuerzo productivo del país, es un porcentaje alto. Pero la cuestión central es que está mal asignado. Esta es una de las razones fundamentales para realizar de una vez una reforma que permita redistribuir los recursos y definir, desde un punto de vista económico, un sistema de circulación de los fondos que incluya mecanismos de incentivos que fortalezcan los principios a los que se hacía referencia en el inicio de la entrevista.

En Solís II se insistió hasta el cansancio en la necesidad de obtener préstamos puente, para afrontar la situación antes de recibir el crédito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). ¿Cómo se debe movilizar el SMU por ese tema?

J.L. Ya lo ha hecho. En la primera entrevista que tuvimos con el nuevo ministro (de Salud Pública, Alfonso Varela), el primer tema que se le planteó fue éste. El ministro dijo que ya había iniciado gestiones para obtener tales créditos. Se debe insistir.

También se solicitó pesificar los pasivos en dólares, pedir que el Banco Central del Uruguay (BCU) cambiara de categoría de riesgo (para la obtención de créditos) al sector Salud, y que se bregara por la devolución impositiva.

J.L. Estos son temas de muy larga data como reclamos del sector. El reintegro de impuestos es un tema que se plantea desde el regreso de la democracia y la pesificación en forma más reciente. En situaciones de mayor equilibrio fiscal se ha insistido mucho con la devolución de impuestos y no se ha logrado. En materia de política tributaria el Estado no tiene reglas de juego claras. En esta Administración se habló primero de aplicar el IVA (Impuesto al Valor Agregado) a los servicios de salud, luego se sustituyó por otro impuesto con una tasa del 3% y recientemente se retoma el tema de gravar con IVA al sector. Esto genera incertidumbres que hace imposible planificar la gestión de las instituciones, no ya en el mediano plazo sino que también en el cortísimo plazo. Por eso el SMU apuesta a trabajar en paralelo soluciones para un período de transición sin descuidar la búsqueda de soluciones que supongan una reforma más de fondo del sector. ☺