

cinve

Documentos de Trabajo

**Propuestas alternativas para solucionar los problemas
diagnosticados**

Carlos Grau Pérez
cinve

Luis Lazarov
cinve

Diciembre 2000

Estudio: proyecto Banco Interamericano de Desarrollo. Documento para discusión en régimen de taller. Coordinadores generales del proyecto: Ec. Carlos Grau Pérez, Ec. Luis Lazarov. Consultores: Dra. Marisa Buglioli, Dr. Gustavo Mieres, Dr. Félix Rígoli
diciembre 2000

cinve
Av. Uruguay 1242, C.P. 11.100
Montevideo, Uruguay

MODELO DE REFERENCIA PARA LA REFORMA

A. Principios, instrumentos y variables a tener en cuenta en el modelo¹

A. PRINCIPIOS

Los procesos de reforma del sector salud iniciados a partir de fines de la década de los 80 y principios de la de los 90 se han sustentado en casi todos los países en los que, o bien se ha dado la discusión o bien se ha iniciado este proceso, en algunos **principios básicos** que podrían denominarse paradigmáticos.

Esto se traduce en la definición de un modelo que asegure niveles adecuados de **calidad** técnica con **eficiencia** en la asignación de los recursos y en el proceso productivo, que minimice los problemas de **accesibilidad** y asegure la **equidad** tanto en su financiamiento como en el uso de los recursos para las prestaciones que ofrece y la **eficacia** de sus resultados, debiendo ser a la vez **sustentable** con base en una amplia **participación social** tanto en sus niveles de planificación como de gestión.

Ello implica por tanto la búsqueda de un sistema en cuya imagen objetivo resalte una cobertura **universal** en el acceso y la calidad de la atención, **integral** en cuanto al paquete de prestaciones a otorgar, **continua** en el tiempo, diversa en cuanto a las opciones de **elección** de los demandantes, y **solidaria** en la medida en que se trata de un “bien preferente” definido como tal por mandato constitucional.

De acuerdo a los principales elementos señalados en el capítulo precedente (capítulo Visión Integrada) surge con claridad la relativa vigencia de estos principios en el sistema uruguayo, particularmente las diferencias de intensidad con que cada uno de ellos rige actualmente en el sector salud.

B. OBJETIVOS, INSTRUMENTOS Y VARIABLES

Cualquier proceso de reforma que apunte a mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad del sistema debe tener como punto de partida una definición clara no sólo de los **instrumentos** necesarios para su implementación sino también de las **variables** en las que incide cada una de ellas. A su vez, deberá tenerse en cuenta que algunas de estas variables vienen asociadas directamente a los actores del sistema, por lo que resulta necesario evaluar su posible comportamiento en virtud de los **objetivos** e intereses particulares que persiguen con relación a las propuestas de cambio formuladas, y a su grado de concordancia o colisión con los fines de la reforma.

Dicho de otro modo, la utilización de **instrumentos** que incidan directa o indirectamente sobre las **variables** definidas, es decir, la implementación de medidas con miras a mejorar el grado de cumplimiento de los **principios** antes mencionados, requieren como condición previa la definición de **objetivos** de corto y mediano plazo hacia cuyo cumplimiento se oriente el sistema en su conjunto.

¹ Ver cuadro. Cabe acotar que en cada fila existe una vinculación importante con los ítem de las columnas (excepto para los principios). Sin embargo, puede ocurrir que, por ejemplo, instrumentos como los esquemas de financiamiento y gasto sirvan no sólo a los objetivos de readecuar el sistema de financiamiento y racionalizar el gasto, sino también al objetivo de neutralizar los efectos nocivos de la fragmentación del sistema, sin que exista en el Cuadro una vinculación directa entre estos ítems (corresponden a objetivos e instrumentos diferentes).

b.1. OBJETIVOS

Se trata de buscar esquemas de adecuación de la **oferta** de recursos y servicios por distintos medios, de modo de alcanzar un equilibrio sustentable y eficaz en la prestación de servicios asistenciales, tendiendo básicamente a combatir los efectos nocivos de la **fragmentación** del sistema.

Asimismo, consiste en fortalecer los mecanismos que promueven una **competencia “sana”** en los subsectores que así lo ameriten, configurando esquemas de **financiamiento** que prioricen el cumplimiento de aquellos principios del sistema que –a modo de ejemplo, la equidad- se encuentran asociados a las fuentes y canales por donde fluyen los recursos del sistema, sin perder de vista el vínculo que liga su impacto a la eficacia y racionalidad del **gasto**.

Finalmente, se requiere de la consecución de **modelos alternativos a nivel asistencial y de gestión** de los servicios, que tiendan a remover viejos esquemas imbuidos de incentivos que han terminado por conducir al sistema, si bien con resultados nada despreciables fundamentalmente en el plano sanitario, a una tendencia creciente de gastos sin la asociación de los resultados esperados a priori.

b.2. INSTRUMENTOS

Una reforma que apunte a la implementación de un modelo sustentado en los principios que se han definido como paradigmáticos, supone fundamentalmente actuar aplicando diversidad de instrumentos.

Por un lado el **marco regulatorio** del sector, tanto en lo que hace a la materia a regular como a las fuentes de donde se originan las normas que determinan las reglas de juego del sistema.

A su vez, se trata de constituir **esquemas de financiamiento y gasto** idóneos como mecanismos que operacionalicen el logro de los objetivos definidos en el punto anterior.

Finalmente, no puede obviarse la acción sobre el **modelo organizativo del sistema de servicios** (como contrapartida del modelo asistencial) y los **modelos de gestión**, teniendo en cuenta las opciones que en tal sentido se bifurcan con relación a lo que es posible redefinir en lo atinente al diseño institucional y lo que compete ejecutar al nivel micro empresarial, sobre cuyo comportamiento se puede influir o inducir, pero no sustituir.

b.3. VARIABLES

1. El cambio en el marco regulatorio afecta básicamente a la estructura de los mercados, tanto en lo que refiere a la producción de servicios, al mercado de trabajo –fundamentalmente el que tiene relación con el trabajo médico-, como en lo que tiene que ver con los mercados de equipos y de insumos (principalmente en referencia a la comercialización de medicamentos y demás materiales de relevancia, consumidos en el proceso de producción del servicio).

Todo esto supone la consideración tanto de los aspectos que hacen a la **oferta de servicios** como a la **demanda de atención** y de los **precios de transacción** en los mercados respectivos.

- Con relación al primer aspecto –la oferta de servicios- cobran relevancia las siguientes variables:

El **número de prestadores de servicios** de salud que operan en el mercado así como el **conjunto de prestaciones**, es decir, la diversidad de productos que las mismas ofrecen.

La disponibilidad, capacitación y adecuación de los **recursos humanos** a las necesidades, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo y con relación a las políticas de formación de los mismos.

Los criterios de incorporación y evaluación de **tecnología** y las políticas relativas a la provisión de insumos, principalmente de los **medicamentos**.

- En cuanto a los aspectos que hacen a la demanda de atención las variables de mayor significación se relacionan con:

Las **acciones de salud pública** a desarrollar, que pueden incidir en el comportamiento de los usuarios en cuanto a sus hábitos de vida con su correspondiente impacto en la intensidad de uso de los servicios.

El nivel de **información** con que cuenten los consumidores a la hora de elegir los servicios, que se correlaciona con la racionalidad de su comportamiento y con el grado de asimetría en su vínculo con la organización prestadora de servicios. Esto se vincula a su vez con el *sistema de información* que requiere el sector en su conjunto, articulado lógicamente en base a quienes son los destinatarios del servicio producido.

Las **políticas de comercialización** de las empresas -tanto sean éstas prestadoras como aseguradoras o ambas integradas-, que determinan la transparencia del sistema en cuanto a la adscripción de los usuarios, y las variables principales sobre las que promocionan sus servicios.

- Por último, dentro de los posibles cambios al marco regulatorio, deberá considerarse la política de precios del sector.

Aquí cobran relevancia los montos fundamentalmente de las **primas o cuotas de los seguros** y de las **tasas moderadoras**. La forma en que éstas se fijen -libres o controladas- y los criterios de actualización y ajuste de las mismas, deben ser consideradas factores críticos al analizar y evaluar las posibilidades de cambio del sistema.

A su vez, insumos y recursos humanos han sido mencionados en el apartado referido a la oferta de servicios. Sus **precios** (por ejemplo, los de medicamentos, o las retribuciones de médicos y demás recursos) adquieren una importancia crucial, pudiendo ubicarse en este punto como factores determinantes para la definición de reglas de juego compatibles con los esquemas de gestión a los que se hizo referencia en párrafos anteriores.

2. El siguiente instrumento a tener en cuenta lo constituye el esquema de financiamiento y gasto a introducir o a privilegiar en aras de una mayor eficiencia y equidad del sistema.

En este sentido las variables relevantes están dadas por las **fuentes de financiamiento** de los aseguradores y/o proveedores (pago directo del bolsillo o aporte tributario ya sea a través de mecanismos vinculados a la seguridad social o por vía impositiva), y las **modalidades de pago** a los prestadores de servicios tanto sean estos colectivos o individuales (pago pos acto o prestación, por cápita o por presupuesto global).

La elección de una u otra fuente de financiamiento condiciona en gran medida la eficiencia del sistema y la equidad asignativa.

A su vez los mecanismos de pago que se privilegien deberían tender a mantener una adecuada correspondencia con la modalidad de financiamiento a fin de evitar desequilibrios entre las empresas prestadoras y las formas de retribución. Por otra parte no debe perderse de vista que estos aspectos se vinculan además de forma íntima con el o los modelos de gestión que propicie la reforma al interior de las instituciones prestadoras tanto sean éstas públicas o privadas.

3. Por último, la *organización del sistema de servicios* dependerá principalmente de la forma en que se articulen los distintos **actores o agentes** del sistema, de la definición clara de los roles que cada uno de ellos desempeñe en el futuro escenario y de la dimensión e intensidad de los cambios de comportamientos de los mismos que puedan articularse en el corto y mediano plazo.

Deberá considerarse especialmente el papel que los servicios públicos jugarán en el futuro y la forma en que cada uno de los actores se posicione respecto a los cambios a introducir, que estará en gran medida influido por el modelo asistencial que privilegie el nuevo sistema. No cabe duda que las decisiones que se tomen con relación a la estructura del mercado y a las modalidades de financiamiento harán a la organización futura del sistema de servicios.

CUADRO: PRINCIPIOS, INSTRUMENTOS Y VARIABLES EN EL MODELO DE REFORMA

PRINCIPIOS BÁSE DE LA REFORMA	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	VARIABLES	
CALIDAD	RACIONALIZACIÓN DE OFERTA: SERVICIOS Y RECURSOS	REGULACION	OFERTA	Tipo y cantidad de los Prestadores
				Tipo y cantidad de las prestaciones
EFICIENCIA	NEUTRALIZAR EFECTOS FRAGMENTACIÓN SISTEMA	REGULACION	OFERTA	Recursos Humanos
				Incorporación y evaluación de Tecnología
ACCESO	FORTALECER COMPETENCIA	REGULACION	PRECIOS	Insumos: medicamentos y otros
EQUIDAD				Cuotas
EFICACIA	FORTALECER COMPETENCIA	REGULACION	PRECIOS	Primas
				Co - pagos
SUSTENTABILIDAD	FORTALECER COMPETENCIA	REGULACION	DEMANDA	Acciones de salud pública
				Información a usuarios
PARTICIPACIÓN	READECUAR SISTEMA DE FINANCIAMIENTO	ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO y GASTO	FUENTES	Estrategias de comercialización
				Cuotas y primas
UNIVERSALIDAD	READECUAR SISTEMA DE FINANCIAMIENTO	ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO y GASTO	FUENTES	Del Bolsillo
				Actos
INTEGRALIDAD	RACIONALIZACIÓN DEL GASTO	ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO y GASTO	FUENTES	Co - pagos
				Aportes a Seguridad Social
CONTINUIDAD	RACIONALIZACIÓN DEL GASTO	ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO y GASTO	MECANISMO DE PAGO	Tributario
LIBRE ELECCIÓN				Aportes a Rentas Generales
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Progresivo
				Suma Fija
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Por prestación o acto
				Simple
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Por cápita
				Ajustado
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Por presupuesto global
				Por caso
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Usuarios
				Prestadores
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Financiadores / Aseguradores
				Regulador / Acreditador
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Promotores
				Formadores de RRHH
SOLIDARIDAD	DESARROLLAR NUEVO MODELO ASISTENCIAL Y MODELOS DE GESTIÓN	MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE SERVICIOS	AGENTES	Proveedores de Insumos y Tecnología
				Gremiales / Corporaciones

B. Opciones de organización y gestión de los servicios de salud

La situación actual del sistema sanitario en el Uruguay parece indicar con claridad la necesidad de una reforma. Sin embargo también es claro que no existe consenso en cuanto a cuál es el modelo a implementar y por tanto tampoco existen elementos que permitan aseverar con firmeza cuál de los modelos posibles es el de mayor viabilidad y factibilidad política.

A su vez tampoco parece existir acuerdo en cuanto a la profundidad de la reforma. En razón de ello pero también con el objeto de facilitar la toma de decisiones, se hace necesario elaborar diferentes **modelos** con distintos **escenarios** asociados a cada modelo, que de alguna manera reflejen diferentes situaciones en cuanto a la profundidad de los cambios a introducir y sus efectos sobre el sistema en términos de equidad y eficiencia.

En este sentido puede pensarse en **dos modelos básicos**:

Uno que podría denominarse de no cambio o inercial, que no necesariamente supone un mantenimiento estricto del status – quo y que admite la introducción de mejoras parciales y puntuales al sistema

Y un segundo modelo de cambio en el que se introducen fuertes modificaciones, fundamentalmente en lo que refiere a la modalidad de financiamiento del sistema.

A su vez en estos modelos se hace necesario reconocer distintos **escenarios posibles**. Dado que éstos pueden ser múltiples, se acotará la propuesta a sólo dos o tres que en primera instancia pueden considerarse como los de mayor factibilidad, basados en diferentes niveles de jerarquización de los principios expuestos, los objetivos asociados, y la implementación de medidas fruto de la aplicación de uno u otro instrumento con sus variables respectivas.

Es de destacar que los escenarios planteados constituyen en gran medida un continuo de modificaciones al sistema actual cuya amplitud, profundidad e intensidad del cambio aumenta a medida que se progresa hacia el último escenario.

1 - Modelo Inercial

OBJETIVOS

Adecuación de la **oferta** de recursos y servicios por medio del ajuste del número de prestadores que componen cada sub-sector

Promover la **competencia** a partir de la libre elección informada de la población usuaria

Mantener el esquema actual de **financiamiento** con fortalecimiento de los mecanismos de la seguridad social .

Controlar el nivel de **gasto** para el sector.

Propiciar el desarrollo de **Modelos de gestión** alternativos más eficientes.

1.1 – Escenario de ajustes mínimos. Mantenimiento del status quo.

En este caso se asume el mantenimiento del sistema vigente con ajustes puntuales que le otorguen una mayor eficiencia. En este sentido entonces se mantiene la actual fragmentación con un subsistema público y un subsistema privado integrados básicamente por los servicios de ASSE y las IAMC respectivamente.

Como elemento marco de los escenarios correspondientes a este modelo, se plantea un fortalecimiento del rol del Ministerio de Salud Pública como agencia reguladora del sistema de servicios, fundamentalmente en lo concerniente al control de calidad y a los sistemas de información. Se prevé un escenario en que se instrumenten sistemas de acreditación de servicios que operen como incentivo al desarrollo de mejores niveles de calidad asistencial a la vez que mejoren el nivel de información de los usuarios. A su vez se espera una mejora en el control de la gestión de los servicios por parte del MSP, basado en un correcto sistema de información gerencial y en la realización de auditorías

Para el caso del escenario de ajustes mínimos al modelo actual, se plantea que ASSE siga adelante con el proceso de descentralización de sus unidades ejecutoras, con mejora de sus capacidades gerenciales de manera tal de gestionar presupuestos globales de carácter prospectivo.

Es de esperar dentro de este marco que los indicadores de desempeño de los centros asistenciales de ASSE mejoren, y reviertan la tendencia histórica de ineficiente utilización del recurso cama (tanto sea por baja utilización – caso del interior – como de largas estadías – caso de la capital-) y las dificultades de acceso a la consulta ambulatoria que aparentemente se verifica en el interior. Es probable en este sentido que deba realizarse un proceso de ajuste del número de camas disponibles en los hospitales del interior y de mejora de la capacidad resolutoria a nivel local mediante una adecuada coordinación regional que evite los traslados a la capital. Ello dependerá en gran medida del modelo de gestión que se aplique que necesariamente deberá apuntar a trasladar responsabilidades concretas por la gestión presupuestal de cada unidad ejecutora, a los equipos de dirección.

Por otra parte se redefine el rol de la Unidad de Medicina Familiar que pasa a integrar los servicios de ASSE como forma de adecuar su funcionamiento al de los restantes servicios del organismo y se delimitan sus competencias en complementación con los restantes niveles de complejidad del sistema.

En relación a los restantes servicios públicos, aquellos que están dirigidos a poblaciones claramente definidas, como el caso de Sanidad Militar y Sanidad Policial o de aquellos que desarrollan una función específica, caso de la Central de Servicios Médicos del BSE y del Área de

Salud del BPS, mantienen sus servicios como hasta ahora, al igual que las Intendencias Municipales.

No obstante para aquellos servicios de atención que funcionan en la órbita de otros organismos públicos, que están destinados exclusivamente a la cobertura asistencial de sus funcionarios, se plantea su eliminación como tales. Se ha visto ya que en estos casos el gasto por beneficiario supera ampliamente el gasto promedio del sector IAMC lo cual sumado a la amplitud del paquete de prestaciones que ofrecen, constituyen aspectos que contradicen la necesaria equidad del sistema. En definitiva se plantea que la cobertura asistencial de los funcionarios de estos entes, se realice a través del sistema de servicios de las IAMC, para lo cual se puede plantear como mecanismos posibles o bien la libre elección de cada uno de los beneficiarios o bien la contratación por parte del ente de los servicios de una IAMC en particular para la totalidad de sus funcionarios mediante mecanismos de licitación que aseguren la transparencia del proceso.

Respecto al Hospital de Clínicas, en este escenario se plantea que el mismo mantenga su status de hospital universitario de alta complejidad y de referencia nacional, pero con una mayor inserción en la red de hospitales públicos en condiciones de coordinación y complementación de servicios con los efectores de ASSE.

Debe tenerse presente que desde el año 1996 se procesa una discusión intensa respecto a la necesaria reconversión del Hospital, lo cual supone redefinir sus objetivos y sus características organizacionales. Por todo esto, el planteo se encuentra supeditado a la orientación que finalmente tome el proyecto de reconversión. Sin duda la discusión actual en torno a si es más conveniente la edificación de una nueva planta o si por el contrario lo es la readecuación del actual edificio, representa o podría representar dos perspectivas diferentes en cuanto al rol del Hospital en el sistema sanitario nacional. En términos algo simplificados, en el primer caso se trataría de un hospital exclusivamente de alta complejidad, el que además actuaría como centro evaluador de tecnología; en el segundo caso el hospital básicamente mantendría sus actuales cometidos a los que se agregaría una nueva función específica dado por su carácter de centro de evaluación de tecnología.

A nivel del sector privado este escenario prevé un ajuste de la oferta dado principalmente por una modificación de la estructura del mercado en términos del número de instituciones que lo componen.

Este ajuste se verificaría básicamente por medio de dos mecanismos: por cierre, fundamentalmente en Montevideo, de aquellas instituciones con mayor compromiso económico financiero, lo que supone un escenario de consolidación de la concentración de beneficiarios en un número menor de prestadores de gran tamaño en términos de afiliados; y/o por fusión de pequeñas empresas que les permita obtener economías de escala suficientes que aseguren su viabilidad de mediano plazo, lo cual también produciría una concentración de afiliados en un número menor de instituciones pero no en el sentido de consolidar esa concentración en las cuatro mayores empresas del sector a nivel de la capital.

Sin duda existen otras posibilidades en cuanto a este aspecto que dependerán de las estrategias que sigan las diferentes empresas y las instituciones de segundo grado. No debe dejarse de lado la probabilidad del desarrollo de procesos de especialización por empresa en un contexto de complementación e integración.

De todas formas cualquiera sea la estrategia que se adopte, todas ellas apuntan básicamente a obtener mejores escalas y a generar excedentes para el repago de sus pasivos.

No se prevén mayores cambios en la modalidad de financiamiento que se mantiene basada en el pago de cuotas directas por parte de los usuarios o a través de los mecanismos de la seguridad social. Existiría un leve aumento del número de beneficiarios derivado del cierre de los servicios de

atención de los organismos públicos, y un cambio en el sistema de determinación del valor de la cuota por redefinición de la fórmula paramétrica que se adecuaría mejor a los costos asistenciales.

Este último aspecto redundaría quizás en una mejor ecuación económica para las empresas que permitiría a las IAMC neutralizar al menos en parte, el ajuste a la baja de los precios de los co-pagos ya definido por el MSP a partir de enero del 2001.

El objetivo del ajuste de los co-pagos es disminuir su carácter de barrera de acceso económico y consecuentemente producir un descenso en la utilización de los servicios públicos de ASSE por parte de beneficiarios con derechos adquiridos en el sector privado. Sin duda esto último, - en caso que efectivamente se produjese el descenso en el precio de órdenes y tiques-, dependerá más de la conducta de los usuarios que de las normas en vigencia puesto que de no implementarse el registro único de usuarios no podrá identificarse adecuadamente a los beneficiarios de uno u otro sistema.

Debe tenerse presente que este proceso significa un ajuste en la oferta de servicios y consecuentemente en el mercado de trabajo de la salud. El cierre de instituciones o la fusión de empresas representa un número menor de puestos de trabajo tanto médicos como no médicos, lo cual se suma al efecto derivado del cierre de los servicios de atención de los entes públicos. No es un dato menor que en este último caso el nivel de remuneraciones médicas se encuentre ubicado dentro de los rangos más altos del conjunto del sistema.

En los restantes efectores privados, se mantienen las mismas condiciones de mercado que las actuales con escasa regulación y libre determinación de precios para los seguros parciales y los seguros comerciales.

Resulta claro que en este escenario no se afectan las distorsiones existentes en el sistema relacionadas con la equidad por cuanto se mantiene inalterada su fragmentación, o con las condiciones de mercado que afectan negativamente a las IAMC ya que su modalidad de financiamiento permanece incambiada al igual que el marco regulatorio que rige a los restantes efectores privados que compiten con ellas. Consecuentemente, no es posible prever que en este escenario la selección adversa que afecta a las IAMC, al menos en cuanto al perfil etario de sus afiliados, se modifique.

1.2 – Escenario de ajustes parciales

A este primer escenario de ajustes puntuales puede agregársele una serie de medidas que profundizan las tendencias señaladas, y que dan lugar a un escenario alternativo dentro de este modelo.

En este caso se plantea una mayor profundidad del proceso de descentralización de ASSE tanto en su alcance como en su velocidad de implementación.

Esto supone la instrumentación del registro único de cobertura formal como manera de identificar y categorizar los usuarios, destinado entre otras cosas, a la focalización de sus acciones en la franja de beneficiarios de menores ingresos, a la eliminación de la doble cobertura (expresada como la utilización de servicios públicos por parte de beneficiarios con derechos adquiridos en el sector privado), y eventualmente al cobro por parte de los servicios de ASSE, de tasas moderadoras diferenciales según la capacidad de pago de los usuarios, que habilite una recuperación de costos que a su vez otorgue una mayor autonomía de gestión a las unidades ejecutoras.

A efectos de estimar el impacto del cobro eventual de co-pagos se asume como hipótesis que de todos aquellos beneficiarios que declaran tener cobertura de asistencia a través de ASSE según la ECH, sólo le corresponde la atención gratuita a quienes efectivamente carecen de recursos suficientes. Estos últimos se pueden cuantificar de forma aproximada a través del número de personas que se encuentran en situación de pobreza según los criterios de línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas. Para los restantes usuarios se asume una cierta capacidad de pago y por ende la posibilidad de cobro de co-pagos. No parece razonable la aplicación de precios o aranceles por técnica o prestación por cuanto esto para el beneficiario puede ser extremadamente oneroso. Para el número de personas que no quedan comprendidas dentro del criterio de pobreza se asume la tasa de utilización de consultas del conjunto de los usuarios de ASSE para el año 1996. Por otra parte, se plantea, de forma arbitraria y a los únicos efectos de estimar los ingresos de ASSE por estos conceptos, un precio del co-pago por consulta ambulatoria equivalente al precio de un boleto de transporte urbano de la Capital. No se consideran los co-pagos por técnicas diagnósticas ni por medicamentos.

Bajo estos supuestos, ASSE recibiría un monto anual de casi U\$S 1.700.000, el que podría incrementarse de forma importante si se consideraran los co-pagos por medicamentos

Porcentaje de Población que declara cobertura por ASSE según ECH y porcentaje de pobres según línea de pobreza y NBI. 1996

	Población cubierta por ASSE según ECH	Población en situación de Pobreza y NBI
Montevideo	23.1%	17.6%
Interior	50.4%	20.3%
Total	37.3%	19.1%

Población que declara cobertura por ASSE según ECH, Población en situación de pobreza y población con capacidad de pago relativa . 1996

	Población cubierta por ASSE según ECH	Población en situación de pobreza y NBI	Población cubierta por ASSE con capacidad de pago
Montevideo	310658	236692	73966
Interior	916738	369242	547496
Total	1227396	605933	621463

Tasa de consultas según región, total de consultas esperadas

para la población cubierta por ASSE con capacidad de pago e ingresos estimados por concepto de copagos

	Tasa de consultas	Total de consultas	Valor del co-pago (U\$S)	Ingresos por co-pagos
Montevideo	4,4	325452	0.74	240087
Interior	2,1	1149742	0.74	848171
Total	3,7	2299412	0.74	1696288

La implementación del registro posibilitaría eliminar el subsidio “de hecho” del sector público al sector privado, pero no soluciona la dificultad - observada y señalada por los diferentes actores del sistema-, que se produce sobre todo en el interior del país, en relación a la laxitud de los mecanismos de otorgamiento de carné de asistencia de ASSE. Esto, como ya se mencionara, provoca que personas con capacidad de pago suficiente para su afiliación al sector de las IAMC, accedan al carné de asistencia de ASSE y consecuentemente utilice sus servicios.

Para que ello no ocurra es necesario que junto con la implementación del registro se determinen variables operativas que permitan categorizar a los usuarios de forma tal de determinar si corresponde su atención gratuita en los servicios de ASSE o por el contrario si corresponde el cobro de los servicios que se presten (ya sea mediante co-pagos o aranceles por prestación). Asimismo será necesario ajustar los mecanismos de contralor en la expedición de los carnés, - más allá de las definiciones operativas mencionadas anteriormente-, de manera de evitar su adjudicación en razón de relaciones de amistad u otras. Esto último se encuentra íntimamente relacionado con la capacidad de gestión de los equipos de dirección de los hospitales y con su nivel de profesionalización, y sin duda con los necesarios mecanismos de transparencia en la relación entre los efectores públicos y privados.

La Unidad de Medicina Familiar tal como se planteara anteriormente pasará a integrar la estructura de ASSE, previéndose la introducción de cambios en el sistema de remuneraciones el cual pasará a ser efectivamente un pago por capitación.

Con relación a los restantes efectores públicos es posible plantear la eliminación de aquellos servicios claramente ineficientes tales como la Central de Servicios Médicos del BSE con la consiguiente transferencia de la atención de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales al sub-sector privado.

Esto redundaría en una mayor eficiencia de la empresa aseguradora (que a lo largo de los años ha mostrado cierta incapacidad de gestión de sus servicios de atención médica a juzgar por los indicadores de desempeño), focalizando sus actividades en aquellas que le son propias en razón de sus funciones sustantivas.

Por otra parte, este escenario significaría la posibilidad de igualar el trato que por parte del BSE se da a las IAMC de Montevideo y del Interior del país ya que en la actualidad el BSE financia algunos eventos que se atienden a nivel local en las IAMC del interior, en tanto en Montevideo la totalidad de los casos se atienden en la Central de Servicios Médicos del BSE. No obstante debe tenerse presente que a juicio de los responsables de las IAMC existe una sub-prestación por parte del BSE (que posiblemente se deriva de su doble rol de asegurador y prestador) que determina que parte del proceso asistencial derivado de los accidentes de trabajo se traslade a las IAMC sin que exista un contrapartida del ente asegurador.

Sea cual fuere la verdadera situación, el escenario propuesto tiende a darle mayor transparencia al sistema ya que delimita con claridad las competencias de uno y otro actor. Sin duda en este sentido cobra enorme importancia la modalidad que el BSE adopte o acuerde como forma de pago a las IAMCs o a otros servicios privados, para la atención de sus asegurados. De ello depende en

gran medida la mayor eficiencia que se pueda obtener con la transferencia al sector privado de la atención médica de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.

Por último debe señalarse que este esquema representaría una fuente adicional de financiamiento para las IAMC.

El Hospital de Clínicas mantiene el rol asignado en el anterior escenario, con las salvedades ya expresadas.

En cuanto al Área de Salud del BPS, cabría plantear dos alternativas diferentes aunque ambas enmarcadas en un concepto de mayor eficiencia del sistema y de menor fragmentación del mismo. Las prestaciones asistenciales del BPS están básicamente dirigidas al binomio madre – hijo. En el caso de las madres las acciones están específicamente orientadas a atender las contingencias derivadas del embarazo, del parto y/o del puerperio y en el caso del niño a la atención integral desde su nacimiento hasta los seis años de vida. La población beneficiaria de los servicios de salud del BPS, está dada por las esposas de los trabajadores del sector formal, que carecen de cobertura a través del sistema IAMC, y sus respectivos hijos. Como ya se señalara en capítulos precedentes, se trata de una población que probablemente se asemeje en términos socio – económicos, a una franja importante de la población que atiende ASSE. Por esta razón, y dado que los servicios que prestan tanto el BPS como ASSE en relación a estos aspectos (atención materno infantil) son los mismos, cabría plantearse la integración de los servicios del BPS a los servicios de ASSE mediante un proceso progresivo que comience por una complementación y coordinación de los mismos. En este esquema los Centros Materno – Infantiles del BPS se integran a la red de Centros de Salud del Servicio de Salud de Asistencia Externa de ASSE, en tanto el Sanatorio Canzani del BPS, lo hace en el nivel de complejidad correspondiente, con el Hospital Pereyra Rossell.

La segunda alternativa, se basa en una perspectiva centrada no ya en las características de la población que atiende el BPS, sino en las modalidades de prestación de sus servicios. En este sentido se plantea que el BPS deje de prestar servicios de forma directa y asegure la cobertura de sus beneficiarios mediante la contratación de servicios a terceros, tal como lo hace hoy día en el interior del país. De esta forma, el BPS se encargaría de la supervisión del cumplimiento de sus programas los cuales se desarrollarían o bien en efectores del sector privado o bien con efectores del sector público (ASSE). Esta última eventualidad le significaría al MSP una fuente de ingresos adicionales.

En el caso del sector de las IAMC se prevé además de los ajustes ya mencionados en el escenario precedente, un incremento del número de beneficiarios por vía de la seguridad social derivado de la inclusión en ella de algunas categorías de trabajadores públicos.

Se propone que el mecanismo de cobertura a través del BPS se haga extensivo de forma progresiva a los trabajadores del sector público. Dentro de este marco, la eliminación de los servicios de salud de los entes, ya planteado en el primer escenario, se suplantaría por un mecanismo de cobertura a través de la seguridad social lo que supone la libre elección del beneficiario, con lo cual quedaría sin efecto la posibilidad de licitar el servicio tal como se planteaba como alternativa en el escenario precedente.

La extensión de este sistema a los restantes organismos públicos deberá efectivizarse progresivamente. Quizás sea necesario en una primera etapa que el Estado asuma el pago de la cuota parte correspondiente al trabajador para que éste no vea disminuido su ingreso y trasladar posteriormente ese aporte al trabajador. Se trata fundamentalmente de introducir un cambio en el modelo de financiamiento y de cobertura aún cuando en un inicio no redunde en un menor costo para el Estado y en una mayor cobertura, en el entendido que en el mediano plazo pueda sí operar en ese sentido. Una vez que el trabajador realice el aporte que le corresponde, es de esperar que el gasto total en que incurre el Estado actualmente por concepto de pago de cuotas de afiliación sea mayor que el que deberá aportar como patrón. Llegado este punto deberá evaluarse cuanto

esta dispuesto el trabajador a aportar por encima de su cuota parte para asegurar la cobertura de las personas a su cargo, y qué monto complementario puede cubrir el Estado mediante la transferencia al BPS de la diferencia entre lo que aporta por cuotas totales y lo que deberá aportar como patrón, como forma de financiar la cobertura de personas que actualmente quedan fuera del sistema IAMC.

1.3 – Escenario de ajustes alternativos

Existe un tercer escenario posible que supone la focalización de los servicios de ASSE en la población efectivamente carente de recursos que resulta relativamente independiente del nivel de descentralización o autogestión que alcancen sus unidades ejecutoras.

Como ya se mencionara existe una franja de población con cierta capacidad de pago que declara tener cobertura en los servicios de ASSE y que no pertenece a la categoría de indigente y que por diversas causas – entre las cuales puede mencionarse el no pertenecer al sector formal de trabajo -, no goza de los beneficios de la cobertura a través de la seguridad social. La implementación del registro único de cobertura formal en los términos planteados en el escenario precedente, permitiría su identificación y posterior inclusión en el sistema de cobertura privado de las IAMC mediante un subsidio de la cuota a través del BPS, lo cual representaría a su vez un incremento en el número de beneficiarios del sub-sector privado que posibilitaría una mejor ecuación económica de sus instituciones.

Este último escenario cabalga entre los dos modelos que se presentan ya que básicamente también es aplicable al modelo de cambio que a continuación se describe.

En todos los escenarios el modelo inercial supone un marco general de política de recursos humanos que no introduce cambios sustanciales. En este sentido se plantea que no existirán nuevas definiciones respecto a la política de ingreso a la Facultad de Medicina y que las tendencias registradas en los últimos años con relación al número de médicos se mantendrá incambiada. En este contexto, resulta claro que existirá una disminución del número de puestos de trabajo con un incremento constante de la oferta médica. Asimismo los niveles de especialización o sobre especialización se mantendrán tal como se los puede evidenciar en la actualidad, con regulaciones parciales que afectan a algunas especialidades en particular.

Dado que no existen en este modelo, alternativas al modelo asistencial actual, no parece razonable suponer la presencia de incentivos que fortalezcan el desarrollo de la medicina familiar y general.

2 - Modelo de Cambio

- OBJETIVOS

Adecuación de la **oferta** de recursos y servicios a situación socio económica y demo epidemiológica

Promover la **competencia** a partir de la libre elección informada de la población usuaria

Establecer un esquema de **financiamiento** que otorgue al sector una trayectoria sustentable de desarrollo futuro.

Alcanzar un esquema de **gasto** racional para el sector.

Modelo de gestión y modelo asistencial que contemplen los principios antes mencionados

2.1. ANÁLISIS CONCEPTUAL

El modelo de cambio implica una tendencia a la unificación del sistema tanto en sus aspectos organizativos como de financiamiento, como forma de minimizar las consecuencias de su fragmentación.

Este modelo tiende principalmente a una redefinición de la oferta de servicios (tanto en lo relacionado al sub-sector público como privado) articulada con una modalidad de financiamiento del sistema basada en la unificación de los recursos que en la actualidad se vuelcan a su financiación, tendiendo a la sistematización de un seguro nacional de salud con el fin de alcanzar una racionalización y monitoreo de la evolución del gasto que se produce en el sector.

Para ello se propone la conformación de un esquema que resulte viable del punto de vista de su diseño e implementación a partir de la realidad actual, propiciando un modelo asistencial y de gestión que tienda a priorizar la universalización del nivel de calidad asistencial para el conjunto de la población, con un sistema de incentivos que premie la eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

Planteado en forma simplificada, dicho esquema debería contar con al menos dos componentes que configuren cambios considerados críticos para un desarrollo futuro del sector, sustentable con las necesidades y desafíos demo epidemiológicos y económico – financieros.

Por un lado, una recomposición institucional y de flujos financieros que impliquen cambios mínimos del punto de vista del rediseño del sistema, tendiendo a su simplificación y armonización con los objetivos perseguidos, fundamentalmente en lo que tiene que ver con la oferta de servicios y los mecanismos de reembolso utilizados.

Por otro lado, un aspecto crucial para la efectividad de la reforma, más allá del diseño institucional del nuevo modelo, del análisis de las formas o de los costos de una eventual transición, tiene relación con la necesaria articulación del corto con el mediano y largo plazo. Y esta sólo es viable con alguna probabilidad de éxito si se producen *cambios en el comportamiento de los agentes*.

Se trata entonces de diseñar un sistema coherente de incentivos para promover dichos cambios, tendiendo a reducir los espacios propicios para el accionar de “buscadores de rentas”, minimizando el riesgo moral con el que tradicionalmente se han conducido diferentes actores del sistema, y propiciando esquemas que neutralicen los efectos nocivos de las “relaciones de agencia” de distinto orden que se desarrollan en los sistemas de salud, tanto en la relación médico paciente como en el nivel de gestión de las Instituciones.

2.2. BASES DEL MODELO PROPUESTO

En el modelo que se propone se jerarquiza el fortalecimiento de los *principios* de **equidad** con base en la **universalización** de la **calidad** asistencial y la **libre elección** de la población usuaria, y la **eficiencia** en el esquema asegurador, prestador, y la combinación de ambos.

Con relación a la equidad, se plantea como *objetivo* principal la neutralización de los efectos nocivos que trae aparejada la **fragmentación del sistema**. El *instrumento* que articula la propuesta consiste en un nuevo **esquema de financiamiento y gasto**, el cual requiere de una **regulación** consistente con el logro de los objetivos perseguidos. Para ello, las *variables* de **oferta** adquieren un papel preponderante, en la medida en que su readecuación deberá procesarse tendiendo progresivamente a la homogeneización en la **calidad** de la asistencia prestada a la población.

Con respecto a la eficiencia del sistema, se plantea el *objetivo* de **readecuar el sistema de financiamiento**, tendiendo a **racionalizar el gasto**. Para ello, se propone el uso del mismo *instrumento* que en el punto anterior, apoyado en *variables* que hagan posible alcanzar el objetivo propuesto. Para ello, se trata de instrumentar **mecanismos de pago o reembolso** a los prestadores–aseguradores, que busquen fortalecer las condiciones para que su modelo de gestión pueda readecuarse en función a la lógica económica del asegurador, teniendo en cuenta pools de riesgo asociados, ecuaciones actuariales combinadas con aspectos económico-financieros, etc.

Cabe resaltar que esta separación resulta útil con fines expositivos, teniendo en cuenta que sus efectos positivos se entrelazan y abarcan otros resultados, siempre consistentes con la formulación de los *principios* y *objetivos* contenidos en el cuadro precedente.

A modo de ejemplo, el principio de **integralidad** vinculado a la canasta de prestaciones se conserva como un ancla del modelo, con base en la misma estructura que existe en la actualidad. La propuesta no modifica el atributo que caracteriza al sistema actual.

A su vez, principios como el de **accesibilidad**, **eficacia** y **solidaridad**, pueden verse reforzados con el nuevo esquema, en la medida en que desaparecerían incentivos de selección de riesgos existentes en el modelo presente, al tiempo que se generarían las condiciones el cambio en el modelo asistencial y una mejor organización de los servicios, con los consiguientes efectos en los resultados alcanzados.

Un aspecto que no puede dejarse de lado es el fortalecimiento de la **libre elección** como condición necesaria para el funcionamiento del nuevo esquema y por tanto la tendencia a generar un marco de **competencia** “sana” entre los prestadores de servicios de salud.

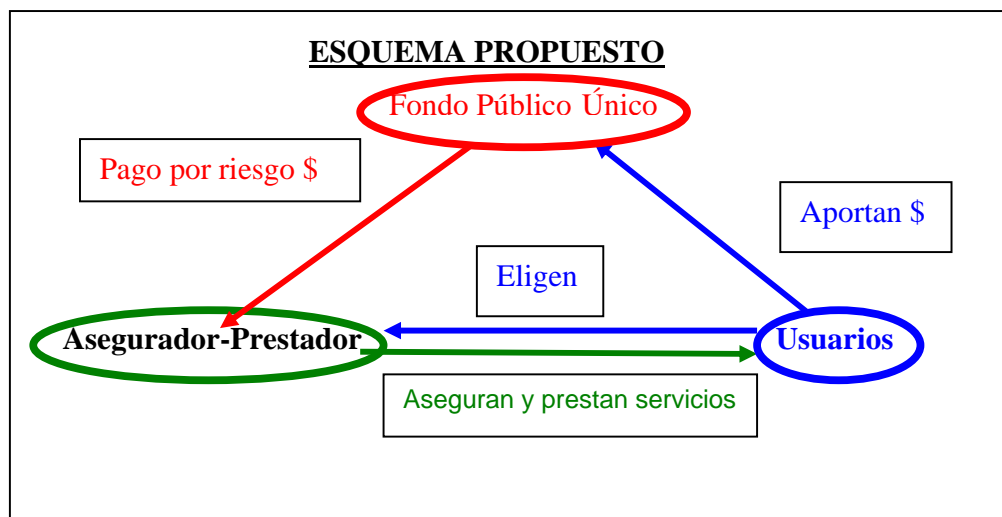
2.3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

Como fuera planteado en el ítem anterior, se trata de dotar de mayor **eficiencia** y **equidad** al sistema, tendiendo a alcanzar la **universalización** de la cobertura con niveles de **calidad** asistencial homogéneos.

Para ello se busca establecer un nuevo esquema de financiamiento y gasto. Este se articula sobre la unificación de los recursos que se vuelcan al financiamiento del sistema en un **fondo de financiamiento único**, separando de un lado el aporte *al fondo* para la cobertura sanitaria de parte de las familias (en particular: del Estado para el caso de los sectores de recursos insuficientes y de particulares para quienes posean capacidad de pago), y del otro la forma de pago *del fondo* a los aseguradores-prestadores de servicios privados o públicos, articulados en un nuevo modelo organizativo.

A su vez, se produce un relacionamiento no monetario entre los usuarios y los aseguradores-prestadores, donde los primeros deberían poder elegir libremente entre quienes aseguran y prestan servicios, recibiendo simultáneamente de éstos los servicios prestados. Cabe acotar que

los usuarios deberían recibir en forma progresiva una mayor y mejor información sobre la calidad y las características de los servicios e instituciones que los prestan, de modo tal de mejorar las condiciones que permitan optimizar la elección que deben realizar.



2.4. PILARES DEL MODELO

- El modelo se apoyaría en una serie de pilares que pueden resumirse del siguiente modo:
 1. *Cobertura* universal de la población, manteniendo un paquete asistencial de calidad uniforme –integral- como el que brindan las IAMC en la actualidad, con el establecimiento de reglas claras y bien definidas en cuanto a la incorporación de nuevas prestaciones.
 2. *Fondo financiador único* para el sistema, que permitiera materializar un proceso de transición hacia la extensión global del subsidio a la demanda. El esquema reconoce una financiación con aportes del Estado (por sectores indigentes o carentes de recursos), de los trabajadores vía seguridad social (aportes obrero patronales), y de los particulares (pagos de bolsillo, etc.), y el reembolso a las entidades aseguradoras-prestadoras en base al riesgo de la población asegurada (costo esperado de la cartera de afiliados). El manejo transparente de los recursos del fondo único se constituye en condición necesaria para el logro de los objetivos perseguidos.
 3. *Fuerte reestructura del lado de la oferta*, con instituciones cuya viabilidad futura se apoye en la calidad acreditada de sus servicios² y en su sustentabilidad económico-financiera y actuarial basada en nuevos modelos asistenciales y de gestión. Cabe tener en cuenta eventualmente una diferenciación del sistema en el ámbito territorial de aplicación, básicamente en lo que refiere a la organización de los servicios ofrecidos, dadas las diferencias que existen entre la Capital y el resto del país.
 4. *Mejores condiciones para el ejercicio de la libre elección de los demandantes*, con base en mejores sistemas de información sectorial y una variedad de opciones, tendiendo a reducir al mínimo las poblaciones con cobertura “cerrada”.
 5. *Creación de una superintendencia y un organismo acreditador*, de modo tal de unificar los mecanismos de regulación del sistema en sus diferentes áreas, estableciendo requerimientos básicos de calidad asistencial para el funcionamiento.

² Presupone la existencia de un organismo de acreditación hoy inexistente.

FACTORES CRÍTICOS PARA LA REFORMA

- De la descripción anterior surgen algunos factores que pueden considerarse “críticos” para la viabilidad técnica de un proceso de reforma del sistema de salud uruguayo, a saber:
 - a. Nivel de gasto del sistema
 - b. Reestructura de la oferta de servicios
 - c. Información para el reembolso ajustado según riesgo de la población asegurada
 - d. Costo de las primas o cuotas del paquete integral que cubre el seguro