

Con Guillermo Fuentes

### **“La reforma no está terminada”**

Guillermo Fuentes, Doctor en Gobierno y Administración Pública, participó en el libro “Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay, y, a su vez, su tesis de doctorado se refirió al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En entrevista con el Juicio Ciudadano, cuenta acerca de la reforma, de sus debilidades y de la pertinencia del Hospital de Clínicas (HC) para la misma.

*-¿Cómo funciona y se estructura el SNIS?*

-El primer rasgo fundamental para entender el sistema de salud uruguayo es que es un sistema mixto, en el cual conviven prestadores públicos y privados, prestadores privados con y sin fines de lucro y a su vez, es un sistema muy fragmentado, o sea, quiere ser un sistema, pero está muy fragmentado porque el interior de lo público es muy diverso, porque existen diversos hospitales: hospital militar, el policial, clínicas, etc.

Tiene, comparado con la región y a nivel mundial, un paquete de prestaciones obligatorio muy amplio y muy abarcativo, en lo que son enfermedades, tratamientos, estudios, etc. A partir de la reforma mejoró muchísimo el tema de la accesibilidad porque se redujeron los costos, se eliminaron algunos tickets, pero todavía es un tema muy importante.

Es un sistema que todavía se está reformando, la reforma no está terminada, los ejes que promovieron la reforma no están acabados, pero sí está en una situación de relativa estabilidad. Uno no ve mucho por donde puede profundizarse, los arreglos están muy atados, entonces cualquier cosa que toques puede afectar los equilibrios que ya tenés, entonces no veo voluntad política por profundizarlos. Pero es un sistema que si lo comparás con lo que era antes, claramente, implicó una mejora, de la parte distributiva, del ingreso de las personas, etc.

*-En el libro de Economía, Política y Economía Política para el Acceso y Cobertura Universal de Salud en Uruguay, se expresa que es un momento crucial, para el SNIS; ¿por qué?*

-Porque cuando uno evalúa cualquier política puede optar, por comparar qué pasaba antes y qué pasaba ahora con el SNIS, y bueno ahí ves que hubo una mejora, hay más gente cubierta, mucha gente paga menos, hay más estudios, bajaron los tickets, todo eso son cuestiones que están mejor. No hay mutualistas fundidas, ASSE está en una mejor situación. Ahora, si uno amplía el zoom y ve al sistema, lo que yo advierto es que no hay cambio estructural, hay problemas que te llevaron a la crisis del mutualismo en el siglo XX que perfectamente se pueden replicar en 5 o 10 años cuando cambie la situación económica o la situación de empleo. Esa gente que hoy se atiende en el mutualismo, el día de mañana queda desempleada y vuelve a ASSE, y volvemos a sobrecargar ASSE, a no tener presupuesto, a que nos falten médicos, las mutualistas pierden gente, pierden dinero y empieza la crisis. Hay como cuestiones de sostenibilidad del sistema que no están cubiertas. Y después hay otras cuestiones que, para que el sistema realmente sea integrado, sea universal, hay que dar pasos.

Esta fragmentación debería apuntarse a reducir, el tema de la devolución de aporte del FONASA a las rentas altas fue un golpe al impacto redistributivo, porque era una reforma que era muy progresiva, sin embargo con esa cláusula de devolución de aportes, las rentas más altas son las que se escapan, entre comillas, de que como se le saturó la mutualista, se lleva su cápita, y con eso que le devuelven se paga el seguro privado. La atención está muy fragmentada por los niveles de ingresos, hay una gráfica que no sé si la llegué a poner, pero en el reporte social del MIDES muestra la distribución de cobertura por niveles de

ingresos. Entonces uno ve que en los quintiles más bajos, el 80% o 90% se atiende en ASSE, eso va cayendo a medida que aumenta el empleo y va subiendo el mutualismo y en los quintiles más altos aparecen los seguros privados con un porcentaje relativamente menor pero va creciendo. Los seguros privados hoy, tienen el doble de gente que atendían antes de la reforma, y eso es una señal de que hay cosas que se rompen. Que haya una sanidad militar y policial no tiene sentido desde una óptica de un sistema integrado, que las policlínicas municipales no estén integradas de alguna u otra manera, tampoco tiene sentido. Que la gente que se atiende en ASSE no esté integrando el FONASA, tampoco. Y sin embargo lo que nosotros mostramos ahí al entrevistar, es que no se ve una voluntad política de decir: "bueno, estos temas hay que resolverlos". No, nos quedamos en lo cómodo, funciona más o menos bien, pero todos esos cambios implican meterse con intereses más fuertes, con el poder de algunas corporaciones, redistribuir más, cobrar más a otra gente, cambiar modelos de gestión, o sea, nadie puede desconocer los problemas de gestión de ASSE, y se ha hecho poco. Hay un punto de lo que había para avanzar sin hacer mucho ruido se hizo, el tema es que ahora vos podés elegir quedarte ahí, pero vas a tener, seguramente, problemas de sostenibilidad, o profundizás y bueno va a tener costos, vas a molestar a alguna gente.

*-¿Esa sería la segunda etapa de implementación que se nombra en el libro?*

-Claro, sí. La que se entiende por primera es la cuestión de estas primeras leyes. Cree el FONASA, descentralicé ASSE, incorporé cónyuges y personas a cargo a la cobertura del FONASA, amplié el Plan Integral de de Atención en Salud (PIAS), etc., etc. Pero ahora, ¿qué viene? Esa parte está bien, tenemos un calendario, pero cuando terminen de incorporarse los últimos jubilados que es este año, va a quedar un montón de gente afuera del FONASA. Todas esas preguntas son las que surgen en esta etapa.

*-Pero, ¿por ahora no hay voluntad?*

-Yo no veo. De hecho la salud como tema salió un poco de la agenda, aparece cuando hay algún caso específico. Si uno revisa los programas de los partidos en las últimas elecciones no había referencia específica a la salud reales, están los formulados de siempre. Concretamente no hay propuesta, desde la oposición no hay, y en la interna del FA hay muchos conflictos de la estrategia.

*-Lo que se buscaba con el SNIS era la universalidad de la cobertura médica, ¿se logró?*

-Hay una cuestión de definiciones. Si yo entiendo universalización por cobertura, sí se logró. Pero eso también creo que es importante, el sistema anterior también era universal, porque la gente tenía atención, no importaba en dónde pero la gente se atendía. Entonces, acá lo que hay que introducir que es la idea, que se manejó desde el Gobierno, que es la idea de universalización bastante más complejo, que no es solo cobertura, porque yo te puedo dar una cobertura pero si luego no podés pagar el ticket, esa cobertura es de mentira. La cobertura implica que yo tenga una institución de referencia, pero que yo reciba los servicios independientemente de mi capacidad de pago y que reciba la mayoría de los servicios posibles, son esos tres componentes. En Uruguay vos decís: la cobertura formal está, el acceso a ciertos servicios es muy amplio, la parte de financiamiento es un poco menos universal porque todavía hay tickets y tasas moderadoras que varían mucho entre

instituciones, hay estudios que no son gratuitos, hay cosas que no te cubren todo el sistema, y ahí es una falla en términos de universalidad.

Hay algo que es difícil de medir, pero que responde a cuestiones históricas, en Uruguay tenemos asociada, no solamente por un tema imaginario colectiva sino por cuestiones reales, que ASSE es salud para pobres, y ese estigma no se saca ni en dos años, ni en cinco ni en quince. Eso todavía no se lo sacó la gente, y se ve cuando se hace un análisis del corralito, ASSE pierde gente todo el tiempo, porque las personas cuando puede se va. Y mucha gente se va, hasta por una cuestión de ascenso social, pero después no se pueden pagar el ticket.

*-¿Y ahí vuelven a ASSE?*

-Y ahí o vuelven o permanecen ahí sin atender los problemas. Estas cuestiones no están todavía resueltas y yo creo que el gran problema, es que vos para tener un sistema integrado necesitás que haya mucha colaboración y cooperación entre los actores, pero vos tenés un sector privado que por más que en la etiqueta diga que es sin fines de lucro, en la vía de los hechos está compitiendo. Entonces con una lógica competitiva, es muy difícil que vos logres objetivos de colaboración y cooperación. Hay una tensión de los principios mismos del sistema que no son de fácil definición.

*-¿Por qué no se integró el HC legalmente en el SNIS?*

-Esa es la gran pregunta. No te puedo dar una respuesta muy clara, me parece que en esto te digo de avanzar en las cosas que menos resistencias generaran, la decisión de no incorporar al HC yo estimo que es muy similar a la del militar y el policial. Es decir, me estoy metiendo con la Universidad, tengo que rediscutir el tema de la autonomía, soy un gobierno de izquierda, mi aliado es el sector universitario, y dijeron vamos a dejarlo por acá y después vemos. Fue como patearlo para adelante, me parece.

Obviamente que hay gente que lo tiene en mente, que entiende que es necesario para la reforma un vínculo de este tipo, pero hay otros que no, esa cuestión no está saldada. Me parece que fue eso, políticamente se optó por las cosas conflictivas dejarlas para adelante, pero en algún momento aparecen.

*-Si bien no está integrado legalmente, está incluido en el sistema. ¿Es importante el HC para el SNIS?*

-En la parte asistencial sin duda, y tiene todo el componente de formación que, claro, ya no es, o parecería que va a ir dejando de ser el lugar de referencias, por esto de las residencias en el mutualismo, y tiene sentido, porque si yo quiero hacer un sistema integrado y que sea mixto, la formación no tiene que estar radicada solo en el sector público. Pero es un lugar que tiene un origen, una génesis muy particular por el rol de la Universidad y la forma en que se gestiona. Yo creo que ese es un rasgo, por la tradición de Uruguay y de la educación pública, que debería mantenerse, pero, obviamente, no con los arreglos que tiene ahora. Pero sí, que en la búsqueda de fórmulas, debería hacerse el esfuerzo de mantener el vínculo de esa parte de involucramiento de peso de la Universidad en la organización del HC. Pero claro, son otros contextos y la realidad es que un hospital que tiene muchas carencias en infraestructura, que no puede hacer frente a toda la gente que tiene, debería reducir funciones, o asociarse con otros centros públicos, ahí es cuando entra la otra parte. El sistema se plantea como integrado, y lo que más vemos es la parte de

complementariedad público y privado, y sobre todo , en el interior que por un tema de escala hay que compartir profesionales. Pero después está toda esta discusión, que es más discursiva que en hechos, que es la Red Integrada de Efectores Públicos en Salud (RIEPS). El HC, yo no tengo claro, pero mi sensación que no existe la RIEPS, y que no hay una red que funcione armónicamente. Pero si no podemos lograr que los actores públicos coordinen, mucho menos puedo pretender que coordinen con los privados. Y en esa red el planteo teórico es que ASSE es el coordinador, pero ASSE tiene unos problemas brutales de conducción. Si ASSE no puede resolver sus problemas internos, mucho menos le puedo pedir que coordine de manera eficiente una red más o menos compleja de efectores, aparte estoy metiendo a la Universidad, a los militares, a los policías. El HC debería ser parte de esa red, a partir de esa coordinación debería empezar a perfeccionarse en lo que mejor hace, y en las cosas que más le cuesta, trasladarla a otros efectores públicos, pero estamos a años luz de eso. Hay cuestiones estructurales que vos no estás atendiendo, entonces si vos no lográs que ASSE funcione en sí mismo bien, es difícil proyectar que pueda liderar un sistema.

Eso escapa a sí el HC es de la Universidad, no es de la Universidad, si lo arreglamos con una PPP o lo arreglamos con presupuesto, todo eso pasa a ser anecdótico, porque el problema de fondo no lo estás resolviendo y escapa al HC, me parece a mi. Pero yo no sé si se está planteando. Discutimos el HC, pero no está aislado, y no podés resolverlo aislado al sistema.

*-¿Podría, en un futuro, entrar en la discusión de integrarse o no al SNIS?*

-Puede haber margen, lo que pasa es que esos problemas te vuelven con toda la fuerza en estas discusiones. ¿Qué rol le podés dar al HC dentro del SNIS si vos dentro del sub sistema público tenés al 80% de la gente que atendés por fuera del FONASA? ¿Cómo lo financiás? Estas discusiones vienen todas muy atadas, si yo discuto la conducción de ASSE puedo empezar a pensar un sistema más coordinado de efectores públicos, y ahí veo cómo entra el HC en el rol. Si yo fonaseo a la población que está en ASSE y tengo una cápita asignada por persona, equiparo a los usuarios con el resto del SNIS, yo puedo encontrar esquemas de financiamiento y puedo financiar al HC por las cápitras que vengan de las personas, pero ahí el HC pasa a ser un centro de referencia y ahí hay que pensar en qué va a estar especializado. Pero esa parte asistencial no puede estar financiada por presupuesto de la Udelar, despejemos esa discusión, eso son recursos de salud. Y la discusión de la formación es en paralelo, sí financiado por la Udelar, sí conducido por la Udelar, pero no es todo lo mismo. Me parece hay que pensar en una estructura organizativa más bicéfala, que el componente asistencial va a estar involucrado con la investigación, pero capaz que las conducciones son distintas. Quizá tiene que haber una especie de directorio y dos gerencias, una asistencias y otra de investigación, obviamente, muy articuladas pero con competencias y estructuras de recursos distintos.

¿El HC tiene sentido en un sistema como el nuestro? Yo diría que sí, pero con una puesta concreta, no en estas condiciones.

*-El hecho de que el HC no esté en el sistema hace que no tenga recursos, o mínimos, por salud, ¿la decisión legal de no incluirlo afectó al HC?*

-Sin duda. Vos fijate que las mutualistas tiene un fideicomiso para infraestructura, y eso no lo tiene el sector público, obviamente que se canalizan por otro lado los recursos, pero ni

siquiera tiene eso el HC. Hay también disparidades grandes, la mutualistas tienen exonerados los aportes del BPS y ASSE no, entonces están en condiciones muy desiguales. Esa es otra de las grandes discusiones que no están saldadas, pero que tampoco parecen planteadas ahora, en su momento se plantearon pero ahora no.

¿Yo quiero que el sector público compita con el mutualismo? Si yo quiero que compita tengo que igualar condiciones, o empezar a cobrar aportes patronales a las mutualistas o exonerárselas a ASSE, pero eso me incrementa los costos. Tengo que hacer que todos los usuarios que sean del FONASA, porque si ASSE tiene que salir a competir, pero además tiene que recibir a la gente que no puede pagar, también estoy en desventaja. Hagamos que cada uno esté en el FONASA y que la gente elija, independientemente si está o no desempleado, pero todos esos movimientos tienen muchos riesgos, de que por ejemplo dejes un sector público muy chiquito porque no puede competir, vas a sobrecargar mucho al mutualismo, y te van a pedir más plata, etc. Necesita un montón de movimientos, pero tiene un montón de problemas asociados.

La otra que vos podés hacer es decir, no mira, yo no quiero que compitan porque las lógicas son distintas. Yo quiero un sector público distinto porque hay poblaciones concretas que el mercado por sí mismo no atendería, entonces yo quiero hacerme cargo, esas personas las quiero atender yo como Estado. Pero eso te lleva a quedar con un rol más residual, si vos te concentrás en esa población obviamente que no vas a ser el sector que lidere al sistema, vos vas a tapar agujeros, vas a cubrir la resaca que te dejen los otros, eso también es peligroso. Porque dejo a las clases medias altas, que las mutualistas y seguros privados se pelean por ellas, y a los pobres los dejo en ASSE. Si le doy a ASSE un rol residual estoy fomentando una separación, entonces no estoy construyendo solidaridad entre clases, no estoy construyendo coaliciones.

No es fácil la solución ahí, pero de nuevo, porque estás en un entorno que querés cooperar pero es un entorno competitivo, entonces, ¿dónde se para el sector público? No es fácil. Todo esto se puede aplicar al HC, si el HC estuviera pero en estas condiciones pasaría lo mismo, no serviría para nada. La inserción del HC tiene que estar, la existencia del HC, tiene que venir asociada a discusiones mucho más generales. La realidad es que es eso, si no lo otro que vas a hacer es un parche. Es eso, si no te planteas una discusión estratégica, me parece que no tiene sentido. Va a implicar un montón de esfuerzo para resultados muy escasos y de muy corto alcance.

*-Estos supuestos o vías posibles, ¿se discutieron?*

-Estuvo en discusión. Lo que sí está claro, para la gran mayoría del espectro político, es que el sistema tiene que ser mixto. La vía mercado, tipo E.E.U.U, a nadie se le pasa por la cabeza, es una locura para la sociedad uruguaya, somos una sociedad muy estatista. Pero a la otra opción, ir a un sistema estatal tipo Cuba, se llegó a plantear en el congreso del FA antes de las elecciones de 2004 y perdió por alta mayoría. Pero en la realidad nadie cuestiona el modelo mixto. Ese gran paraguas es indiscutible, el tema es después.

Hace algunos años participé en una escuela de gobierno que se daba funcionarios de ASSE, del ministerio, y del BPS, académicos, yo era tutor, y además fueron políticos, y también el subsecretario de salud que era Briozzo. Los de ASSE decían que tiene que ser la vanguardia de la reforma, si ASSE levanta va a captar gente y va a obligar a las mutualistas que usen mejor el dinero, etc., etc., tenían esa percepción. Vino Briozzo y dijo: "ASSE tiene que ser la retaguardia del SNIS, tiene que contener a los que se caigan". Son

cuestiones que en el Frente están muy latentes. Entonces ni en el interior del sector salud ni al interior de la fuerza política que gobierna, hay consenso en relación a estas cosas, pero eso no significa que no se puedan tomar decisiones. Lo peor que puede pasar, es esto que está pasando ahora que no haya discusión, que no haya nadie planteando estos temas, este es el peor de los escenarios.

Valentina Caredio