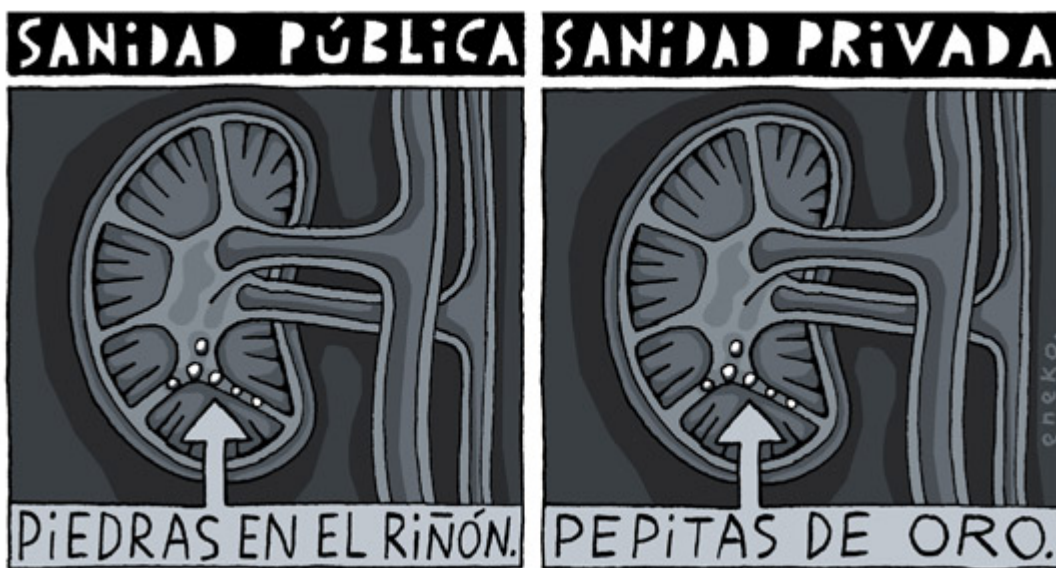


En el mundo en que vivimos el acceso a una adecuada atención a la salud no es algo que esté garantizado, este derecho se ha convertido en tema de debate y discusión política. A la hora de discutir el sistema de salud de un país, existen dos concepciones. Por un lado está la Cobertura Universal en Salud, que se basa en un seguro que cubre un paquete acotado de servicios y por otro lado la de sistema único, público y gratuito de salud para garantizar igual acceso a todos ante la misma necesidad conocido como el Sistema Único de Salud.¹



Los modelos de aseguramiento en salud, conocidos como Cobertura Universal en Salud, impulsados en muchos países de América Latina, surgen siguiendo los lineamientos del Banco Mundial a través de su documento “Invertir en Salud”², y se fundan en una perspectiva mercantilizadora, que se contrapone a los Sistemas Únicos Públicos de Salud que la enmarcan en un derecho humano fundamental.

En su base conceptual pretenden imponer la idea de que la falta de acceso es esencialmente un problema financiero: la gente no recibe los servicios de salud requeridos porque no puede pagarlos y el estado no los proporciona por falta de recursos. A fin de resolverlo se propone un mecanismo para lograrlo: el aseguramiento, público y/o privado para pagar la prestación de servicios, privada o pública.

Esta separación de funciones entre administración de fondos, compra de servicios y la prestación de tales servicios donde el Estado sólo tiene un papel regulador no es casual, es la base misma de la apertura del mercado en salud. Esta separación es la condición necesaria para convertir los servicios de salud en una mercancía y la administración de fondos en una actividad financiero-comercial.³

URUGUAY Y SU SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es financiado por un Seguro Nacional de Salud y cuenta con un Fondo nacional de salud (FONASA), constituido por los aportes del Estado, las empresas y los trabajadores. Este fondo es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo que suscribe contratos con los prestadores de salud, dispone el pago de la cuota a los prestadores y controla las relaciones entre los mismos.

El financiamiento del SNIS está dado por el aporte obligatorio de los trabajadores (6%, 4,5% o 3% en función del salario y si tienen menores a cargo), las empresas (5%) y los aportes obligatorios de los pasivos. Además, se suman los fondos públicos provenientes de rentas generales y los aportes a la seguridad social destinados a salud.

A los prestadores se les paga en función de la cantidad de usuarios una “cápita” ajustada por edad y sexo y por metas asistenciales. El prestador público de salud, ASSE, es un actor más del “mercado” de prestadores, que además de recibir presupuesto por cápita según su cantidad de usuarios FONASA, recibe presupuesto de Rentas Generales por la población que atiende que no está cubierta por el FONASA.

La cobertura en salud está dada por una “canasta” que establece todas las prestaciones obligatorias que deben brindar las instituciones. Por otro lado, incluye todos los procedimientos y tratamientos de alto costo financiados por el FNR, así como todos los medicamentos autorizados por el MSP incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos y los programas de salud.

En el sistema conviven múltiples proveedores de salud, públicos y privados. Estos se disputan los posibles “clientes” o usuarios del sistema. ya que por cada usuario el prestador recibe un monto de dinero por parte del FONASA. Esto ha generado una competencia por captar usuarios entre los prestadores privados, que invierten muchos de sus recursos en “captar clientes”, en vez de utilizarlos en mejorar la atención que brindan. Este pluralismo de los proveedores de los servicios es un principio básico del mercado y la competencia.

El trasfondo es que se da por válida la premisa de que el mercado estimula la competencia y de esta forma mejora el servicio. El Estado, representado en el MSP, cumple un rol meramente regulador. Esto evidencia que no se considera a la salud como un derecho que debe ser garantizado por el estado mismo.

Sin embargo la realidad muestra otra cosa, a diciembre de 2016 la población cubierta por el SNS representaba al 73% de la población. Y esta cobertura “universal” está reducida a la canasta de prestaciones quedando por fuera todos los servicios no incluidos en la misma, por lo que existen también

limitaciones económicas al acceso debido a los copagos (tickets y órdenes).

A su vez, a pesar del pago que recibe cada mutualista por usuario, sumado a los ingresos por pago de tickets en órdenes y estudios, la atención a nivel mutual no ha mejorado. Las demoras en obtener una consulta con un especialista son cada vez más largas, y algunas mutualistas están superpobladas. Por lo tanto este sistema no ha redundado en una mejor atención de los uruguayos.

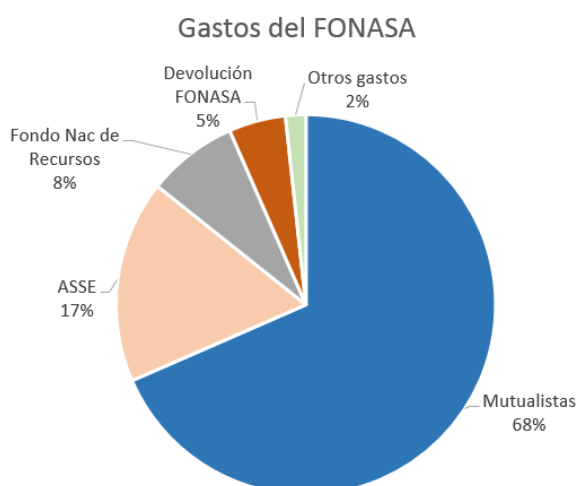
Esto evidencia que las mutualistas (como cualquier otra empresa) reducen los costos, generando una disminución en la calidad de los servicios que prestan, para obtener una mayor ganancia.

Si bien las mutualistas son organizaciones “sin fines de lucro”, la realidad muestra que el lucro ha sido realmente lo que ha guiado el funcionamiento del sistema y la forma en que se administran las mutualistas, generando reales empresarios de la salud, que aparecen como gerentes de las mutualistas.

De acuerdo a la información del Ministerio de Salud Pública⁴, en el año 2016, en cargos dentro de las mutualistas, más de 60 personas cobraron más de medio millón de pesos por mes, y seis de ellas cobraron salarios superiores al millón de pesos mensuales.

El 75% de los egresos de FONASA es destinado a las mutualistas, menos del 20% se destina a ASSE y 7-8% al FNR.

¿QUIÉN PAGA Y QUIÉN SE LLEVA EL DINERO?



El FONASA recauda en total un monto de 56 mil millones de pesos, pero cada año tiene un déficit, ya que sus gastos ascienden a cerca de 72 mil millones de pesos, esa diferencia negativa de 16 mil millones de pesos (560 millones de dólares) la aporta el estado, con dinero de rentas generales, que pagamos todos

los uruguayos con nuestros impuestos, aunque ya estemos aportando al sistema de salud a través de lo que se descuenta por FONASA de nuestros sueldos.

Tal como se ve en la gráfica, el 68% del dinero del FONASA se destina a las mutualistas privadas, mientras que a al prestador público (ASSE) solo recibe el 17%.

Gastos del FONASA		
Mutualistas	49.847.535.472	68%
ASSE	12.556.828.278	17%
Fondo Nac de Recursos	5.617.566.568	8%
Devolución FONASA	3.531.013.892	5%
Otros gastos	1.258.298.016	2%
TOTAL	72.811.242.226	100%

Como ya se mencionó, ASSE recibe a su vez dinero por los usuarios que atiende y están fuera del FONASA, que equivale a 18 mil millones de pesos, lo que hace que el presupuesto total de ASSE sea de 30 mil millones de pesos.

ASSE es el principal prestador de salud del sistema. En la actualidad atiende a 1,25 millones de usuarios de los cuales el 40% son usuarios FONASA (que lo eligen como su prestador).

Si bien, entre 2010 y 2015 los gastos operativos de ASSE crecieron 34%, el rubro que más creció fueron los servicios asistenciales contratados a privados, que crecieron a un a tasa promedio anual de 10,8% y cerraron el periodo con un aumento total de 66,3%. Los servicios contratados fueron principalmente camas de CTI, estudios de laboratorio e imagenológicos y ambulancias. Es decir que una parte del presupuesto de ASSE termina en pagos al sistema privado.

Cabe agregar, que una cantidad importante de los usuarios de ASSE se atienden en el Hospital de Clínicas, perteneciente a la Universidad de la República, cuyos dineros provienen mayormente del presupuesto universitario, ya que el hospital universitario no es considerado parte del sistema de salud y no recibe cápitas en función de la asistencia que realiza.

Esto ha provocado un desfinanciamiento estructural del Clínicas que lo ha dejado en críticas condiciones edilicias, situación que el gobierno quiso resolver mediante la implementación de la Participación Pública Privada, que implicaba privatizar servicios del hospital y daba extraordinarias ganancias al inversor privado, algo a lo que finalmente la Universidad se opuso gracias a lucha frontal que dieron estudiantes y trabajadores.

Cuando se pasa raya se observa que más de dos terceras partes del dinero que el país dedica a la salud va hacia el sistema privado, el cual a su vez no ha mejorado el nivel de atención y servicio que brinda a los

usuarios. Esto es consecuencia de la lógica de mercado en que se funda el sistema, donde maximizar ganancias a través de la mayor captación de usuarios posibles y la reducción de costos traducidos en la calidad de la atención son la ley natural de la lógica mercantil.

El acceso a la salud no es universal y el sistema no es eficiente, si en vez de invertir la mayor parte del dinero en acrecentar los bolsillos de los empresarios de la salud, invirtieramos toda esos recursos en un Sistema único y público, el acceso a la salud sería un derecho por igual para todos los uruguayos.

Sin embargo, desde el gobierno se pretende dar solución fomentando aún más la lógica de mercado. En el marco de la “Segunda reforma de Salud”, se plantea que el rol de ASSE sea en calidad de empresa de salud inserta en el FONASA, compita y se complemente con los demás prestadores de Salud privados y agregan que para esto es necesario una “profunda modernización de las normas de administración a las que está supeditada.”

En Compromiso Socialista rechazamos que la salud sea tratada como una mercancía y defendemos el acceso a la atención digna e igualitaria para todos a través de un único Sistema Nacional Público de Salud.

REFERENCIAS:

1 [Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. Asa Cristina Laurell](#)

2 <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/259121468340250256/Informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-invertir-en-salud-resumen>

3 [¿Cobertura universal en salud en América Latina? Asa Cristina Laurell.](#)

4 <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/bases-scarh-2012-2016>