

# FALTA EL RESTO

No había recetas mágicas para curar a la salud uruguaya. Pero hoy, más de ocho años después de que comenzara la reforma en ese sector, persisten algunos síntomas previos y las inequidades se pueden diagnosticar sin necesidad de un ateneo médico.

**BETANIA NÚÑEZ**

LAS DIFERENCIAS EN la atención, según el lugar que se ocupa en el mapa o lo abultada que se tiene la billetera, afloran en experiencias concretas que cuestionan tanto las definiciones políticas de la reforma como su aplicación en la realidad. Nadie discute que la reforma mejoró la cobertura sanitaria, pero de ahí para adelante hay diferentes visiones.

Hay quienes hacen historia y subrayan que se venía de un escenario de profundas inequidades, por lo que sería necesario esperar un poco más para percibir algunos resultados. Están también los que apuntan que hay determinantes sociales que pasan por otro lado y que restringen el acceso efectivo a la atención sanitaria, por lo que no hay especialistas en ASSE o en las mutualistas que, solos, puedan hacerles frente. Pero otros aseguran lisa y llanamente que la reforma no atacó las inequidades, que lo que hubo fue un cambio del modelo de financiamiento. Sin embargo, las desigualdades son producidas por el modelo de atención y

la calidad de la asistencia, aspectos que la reforma quiso cambiar sin demasiado éxito.

*"Hay que hacer el relato de cómo estaba el sistema de salud antes y cómo está hoy, no para justificar las brechas que todavía sigue habiendo, sino para saber que los hospitales de ASSE eran lugares donde se hacía una medicina pobre para pobres", dice Miguel Fernández Galeano, subsecretario de Salud Pública en la época que se implementó la reforma y actual consultor de la Organización Panamericana de la Salud. "La reforma no pudo transformar o eliminar mágicamente distorsiones que tenía el mercado de cobertura de salud, pero esas son huellas que se irán transformando", agrega.*

El psicólogo Luis Giménez, docente del Instituto de Psicología de la Salud, de la Facultad de Psicología, introduce otro elemento de análisis: *"Lo que va mostrando la reforma es la dificultad para lograr uno de los tres cambios que se proponía. En el modelo de financiamiento y en el de gestión —aunque en éste en menor medida— es donde se verifican las mayores modifi-*

*caciones. Pero en la medida en que no se producen todavía los cambios necesarios del modelo asistencial, la efectividad de la reforma se detiene, se plantea obstáculos y renguea".*

Sin embargo, Álvaro Díaz Berenguer, un médico que ha reflexionado largamente sobre su profesión, es más descarnado y sostiene que *"la reforma de la salud no significó un cambio importante en cuanto a las inequidades".* Y como argumento pone un ejemplo concreto: *"En el hospital Pasteur, realidad que yo conozco, los tiempos de estadía son muy prolongados; hay salas de internación generales donde al lado tenés un moribundo, del otro lado alguien que se hace caca en la cama y hay un olor espantoso. A veces no hay enfermería. Conseguir un estudio te lleva una semana, mientras que en una mutualista tarda 24 horas".* Además señala que *"los médicos de ASSE están vinculados directamente con la docencia y la Facultad de Medicina",* por lo que no se trata de un problema de conocimiento de los profesionales —que además son los mismos que atien-

den a los usuarios del mutualismo y los seguros privados—, sino de *"la administración de los recursos, que es muy mala. El hospital Maciel cambió, pero de todas maneras la población de alto nivel adquisitivo ni en joda se atiende en el Pasteur o en el Maciel, y por algo es. La inequidad en el momento actual es patente".*

Si Fernández Galeano encuentra parte de las inequidades de hoy en el escenario previo a la reforma, Giménez se retrotrae a un artículo de la Constitución introducido durante la dictadura de Gabriel Terra. De esos tiempos data, dice el psicólogo, el origen de una salud para pobres, diferenciada de otra para aquellos que pueden pagar. El espíritu del artículo 44 es claro: *"Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".* Así fue cómo se *"matrizó a la sociedad uruguaya —afirma Giménez—, con la idea de que hay dos gran-*

*des sectores, los que van a los hospitales públicos, a los que en una época se les exigía el carné de pobres, y los que concurrimos a las mutualistas. Más sobre los noventa, y asociado a un proceso de mercantilización de la salud, surge una nueva diferenciación con los seguros privados".*

De vuelta en el siglo XXI, la mayoría de los pobres se atienden en el sector público y los que tienen mayores ingresos en el privado. No hay datos frescos, pero los más nuevos a los que tuvo acceso Brecha, de 2013, dan cuenta de eso. En una publicación del Msr que incluye la distribución de los usuarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) según el lugar donde se atienden (ASSE, mutualismo, seguros privados) y según su quintil de ingresos, se concluye que *"casi el 60 por ciento del quinto más pobre de la población declara que atiende su salud en ASSE",* proporción que *"disminuye a medida que se avanza hacia los tramos de ingreso superior".* Como podría esperarse, el movimiento inverso se percibe en el mutualismo, con una clientela que *"crece a medida que se*

## INFORME MUTUALISMO

avanza hacia la población de mayores ingresos y llega a constituir el 80,4 por ciento del quinto más rico". Un mundo aparte son los usuarios que se atienden en los seguros privados, donde "se concentra el 20 por ciento que percibe mayores ingresos".<sup>1</sup>

**DISTINTOS Y DISTANTES.** "Hay una diferencia entre la calidad asistencial que ofrece ASSE, la de las mutualistas y la de los seguros privados", dice Díaz Berenguer. En cada uno de los subsectores hay formas "de destrato, de trato y de muy buen trato", respectivamente. "Si en el seguro privado un funcionario destrata a alguien, lo echan, pero el destrato en ASSE es permanente", dice, y asegura que los usuarios del sector público pueden esperar horas por una atención que no recibirán porque nadie les comunicó que el médico ya había informado que no iría ese día. "Eso es frecuente en ASSE, muy poco frecuente en el mutualismo y no ocurre nunca en los seguros privados", aseguró. Además "la velocidad de atención es otra: la gente que se atiende en ASSE va a las 7 de la mañana a hacer cola durante dos o tres horas para que le den un número de policlínica para dentro de 15 días. Eso no ocurre en el mutualismo y es impensable en los seguros privados. Las asimetrías son brutales".

En la misma línea se expresa el politólogo Guillermo Fuentes, estudioso de los procesos de reforma sanitaria. "La



Rocha un mes antes de dar a luz para tener un parto natural, porque de lo contrario van seguro a una cesárea", relata a manera de ejemplo Elisa Sánchez, presidenta del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP) y usuaria de ASSE en Maldonado. Y, otra vez, lo que relata no responde sólo a experiencias particulares, hay indicadores que apuntan en el mismo sentido: considerando a las instituciones de todo el país, las que demoraron más en atender a sus usuarios en medicina general, pediatría, cirugía general y ginecología durante 2015 fueron mutualistas del Interior (ASSE directamente no entra en la ecuación porque, al igual que otros años, no aportó al Msp los datos sobre tiempos de espera).<sup>4</sup>

**MEMORIAS Y FUTUROS.** Según Fernández Galeano hay dos herramientas que no han sido suficientemente explotadas y que son fundamentales para lograr equidad en el sistema. Una de ellas es el fortalecimiento de la capacidad de rectoría y fiscalización del ministerio, una función que antes de la reforma "se había abandonado", pues en esos tiempos "había un montón de normas pero no se vigilaba su cumplimiento". Con la llegada del Frente Amplio (FA) al gobierno "se avanzó en muchos aspectos pero no se desarrolló la capacidad necesaria", y en la última ley de presupuesto se asignaron recursos, "no sé decir si son suficientes o no, pero el

segmentación es patente. Quien tiene un peso más se va de ASSE al mutualismo o del mutualismo al seguro privado. Eso muestra que la cosa no es tan equitativa como podría pensarse”, sostiene Fuentes, y lo que dice tiene un correlato cuantitativo. En lo que va de la reforma, de 2007 a 2015, el mutualismo pasó de atender 723.773 usuarios del FONASA a brindar atención a 1.932.409, y los seguros privados, pese a que tienen una presencia marginal, duplicaron su cantidad de socios: tenían 24.452 en 2008, cuando se sumaron al FONASA, y en 2015 ya tenían 56.993.<sup>2</sup>

Pero también existen inequidades en el sentido inverso. Por ejemplo, en ASSE no se cobran tiques ni órdenes, algo que en los privados se configura, según Fernández Galeano, como “un efecto limitante, de barrera, sean altos, bajos o medios. Creo que el sistema debería avanzar hacia eliminar ese diferenciador en el acceso”, quitando el “efecto recaudador” que tiene para las empresas y, a lo sumo, “devolviéndole el carácter de tasa moderadora de la demanda. Uruguay ha tenido avances importantes en la primera etapa de la reforma pero sobre ese tema hay verdaderamente una necesidad de seguir y creo que está dentro de los planes de desarrollo del Msp”.

En la misma línea, la economista especializada en temas de salud Paula Carrasco sostiene en el artículo “Costos compartidos en salud: gastos de bolsillo

y protección financiera” que “es claro que las tasas moderadoras existentes, que no discriminan según la capacidad de pago de los usuarios, se constituyen en una fuente de inequidad, y en todo caso sólo actuarían como moderadoras de la demanda para las personas de menores recursos económicos”.<sup>3</sup> Es que si bien los precios de tiques y órdenes están regulados por el Msp (mediante máximos permitidos y decretos que habilitan aumentos específicos cada determinado tiempo), la disparidad entre una institución y otra es notoria. Como publicó el diario *El Observador*, una ecografía puede salir 12 veces más si se compara el precio de la mutualista que la cobra más cara (956 pesos) con la que la cobra más barata (76 pesos). Pero pese a la gratuidad de la atención en ASSE en cuanto a medicamentos, estudios y consultas con médicos y especialistas, Carrasco asegura que “muchos hogares y/o individuos optaron, sin embargo, por trasladarse a una IAMC (institución de asistencia médica colectiva, más conocida

como mutualista), lo cual indica que valoraron que ese cambio les implicaría algún tipo de mejora en el acceso, abatiendo quizás otro tipo de barreras que no necesariamente eran económicas”.

Sin embargo, el pasaje al sistema mutual no necesariamente configura “una mejora en la capacidad de ejercer el derecho a la salud; en algunos casos implica un deterioro”, opina Giménez. Eso porque “las mutualistas no están preparadas para atender a un tipo de población que concurre a la consulta con otro conjunto de problemas. El sistema público tiene una trayectoria y una experiencia con la población de menores recursos, además de una capacidad de trabajo en el territorio, que el sistema mutual no suele tener. En muchas de las policlínicas de ASSE, no en todas, se viene trabajando en red: cuando surge un problema de salud que resulta estar vinculado con otros factores, por ejemplo violencia doméstica o consumo de drogas, ASSE coordina con otros actores;

para el sistema mutual eso es un abordaje nunca desarrollado”, asegura el psicólogo.

Las diferencias en la atención tampoco son todas entre el sector público y el privado. Las hay, también y pronunciadas, en la interna de cada uno de ellos. De hecho, la inequidad sanitaria más importante que existe, según señalan los consultados, atraviesa a públicos y privados, y es la geográfica. “Cuando uno se aleja de Montevideo el indicador empieza a debilitarse. Hay temas de inequidad geográfica, y ASSE es la única que llega a todo el país”, recuerda Fernández Galeano.

“Montevideo tiene toda la tecnología, que no se ha des-parramado en el resto del país. Lo mismo con los especialistas. La gente que se atiende en ASSE y vive, por ejemplo, en la costa este, tiene que ir a buscar tratamiento oncológico a la capital y es trasladada en camionetas que no son adecuadas, y ni siquiera se le permite bajar por el camino para ir a un baño. Hay mujeres de Maldonado que se instalan en

tema ahora es gestionarlos rápidamente. Hay que ir ayudando a los prestadores para que cumplan las normas, tiene que haber una retroalimentación en los controles para permitir una mejora continua. Eso lo tenemos todavía en el debe”.

La segunda herramienta, “que es inexcusable, es el fortalecimiento del prestador público. Si ASSE no está fortalecida en la gestión, la equidad no viene. Resulta absolutamente imprescindible romper con una memoria institucional que tiene el sector público, con ciertas formas de hacer o rémoras en los modelos de gestión. Para eso hay que trabajar con los recursos humanos, deberíamos ponerlo como primera prioridad”, sostiene Fernández Galeano.

Sin embargo, según Fuentes es tiempo de que la reforma toque intereses y se meta con lo que realmente duele, porque aquel momento en el que “todo el mundo podía ganar algo ya pasó”. Al comienzo “el mutualismo estaba fundido y la reforma le inyectó recursos. Un montón de gente que no tenía cobertura adecuada empezó a tenerla y pudo acceder a ciertas prestaciones. Se bajaron algunos precios de tiques y órdenes, se volvieron gratuitos algunos estudios”. Así, “el que perdía por un lado recuperaba por el otro”. Pero en un contexto de austeridad fiscal y recesión, combinado con una etapa en la que se señala que, finalmente, se



Pasillos del hospital Maciel / FOTO: LEÓNIDAS MARTÍNEZ - ARCHIVO



## INFORME MUTUALISMO

reformulará el modelo de trabajo de los recursos humanos y se implementará el cambio de modelo de atención, “ya no se puede dejar contento a todo el mundo”, sostiene Fuentes, y agrega: “Hay una retórica que es proniversalización, proderechos, proequidad”, pero el sistema se basa en “prestadores orientados a la competencia, al lucro y a obtener rentas del Estado, y que, ante cada política que se quiere implementar, piden más dinero. El FA perdió una oportunidad preciosa para hacer una reforma estructural. En vez de construir un sistema nuevo, recicló el anterior, que es el mutualismo”.

Preguntado acerca de si el futuro inmediato, de concretarse los cambios anunciados, estaría caracterizado por los conflictos, este politólogo va un poco más allá y plantea que “el sistema no está en condiciones de resistir una crisis”. “Hay un montón de gente que hoy está en el mutualismo y que si queda desempleada va a terminar en ASSE. Se va a volver a sobrecargar a un sector público que no está fortalecido, que sigue teniendo muy mala prensa y que aun teniendo menos usuarios y más recursos no logró mejorar su gestión. Y si el mutualismo pierde usuarios, pierde recursos, porque hoy cobra por usuario. No estamos curados de una nueva crisis similar a la de 15 años atrás. Si uno se

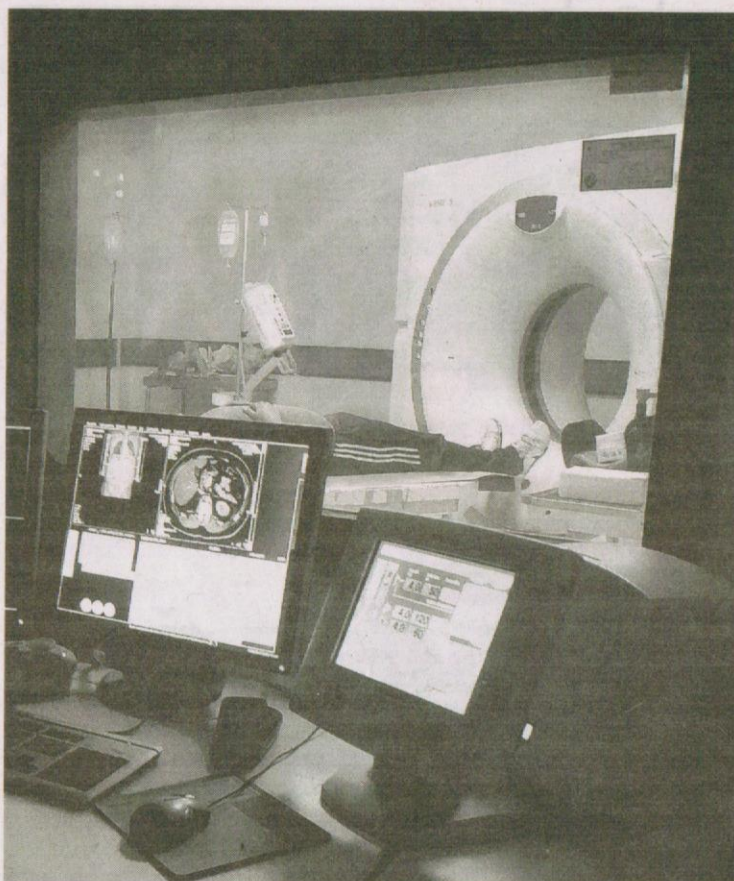


FOTO: LEÓNIDAS MARTÍNEZ

pone cínico cabría preguntarse si la reforma reformó algo o si lo que hizo fue gestionar mejor un sistema que no tocó.” ■

1. Los datos y citas fueron extraídos del documento “Desempeño de los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud 2010-2014”, elaborado por el Área de Economía de la Salud, del Ministerio de Salud Pública.

2. Elaboración propia con base en publicaciones del Msp.
3. El artículo se encuentra en **Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay**, publicado por la Ops en 2015.
4. Tiempos de espera, precio de tiques y órdenes, cumplimiento de metas asistenciales, entre otros datos, están disponibles en el sitio [atuservicio.uy](http://atuservicio.uy), proyecto del Msp y la organización Data que busca facilitar una elección informada de los usuarios ante la apertura del corralito mutual.

¿PARA CUÁNDO EL FIN DEL CORRALITO MUTUAL?

## NO MÁS FEBREROS

“YO NO ESTOY de acuerdo con este corralito. Ya pasamos la etapa de prueba para ver cómo era la movilidad, y la cantidad de personas que se cambian de institución va en franco descenso”, dijo a Brecha Luis Gallo, diputado del Frente Amplio. Gallo ya lo había dicho antes, cuando todavía era presidente de la Junta Nacional de Salud: “Es el momento de ponerse a pensar en la desaparición del corralito mutual. Si la movilidad del próximo o los dos próximos años se mantiene tan baja, me parece que no tiene ningún sentido tener a los usuarios acorralados en una institución”, había anticipado a este semanario hace dos febreros. Según la rendición de cuentas de la Junta Nacional de Salud correspondiente a 2015, en 2009 se cambiaron 7,4 por ciento de los habilitados, en 2010 el 6,6, en 2011 el 6,4, en 2012 el 4,6, en 2013 el 4,4 y tanto en 2014 como en 2015 el 4,1 por ciento.

La precaución, según Gallo, pasaría por “mantener la exigencia de los tres años de antigüedad para que las mutualistas puedan programar la gestión en función de sus socios. Pero la movilidad tiene que poder hacerse durante todo el año y no durante un mes específico. El sistema ha demostrado que está sólido como para dar ese paso”. Según el diputado, eliminando el corralito mutual se ataca la “intermediación lucrativa”, ese procedimiento ilegal que algunas instituciones emplean para captar socios, ofreciéndoles dinero a cambio de su afiliación: “Si dispersás los cambios de institución a lo largo del año, se les hace mucho más costoso hacer la intermediación. Ellos se preparan para febrero”. ■