

POLÍTICAS PÚBLICAS

**POLÍTICA
MONETARIA
E INFLACIÓN**

**POLÍTICAS
PÚBLICAS EN
SALUD**

Junio 2008

**Equipo de Investigación del Instituto
Cuesta Duarte / PIT-CNT**

INDICE

Política monetaria e inflación

Presentación.....	5
1. ¿Qué entendemos habitualmente por inflación?	5
2. Consecuencias de la inflación	5
3. Clasificación de la inflación	6
i. Inflación reptante	6
ii. Inflación abierta	6
iii. Alta inflación	7
iv. Hiperinflación	7
v. Deflación	7
4. Causas de la inflación	7
i. Inflación de costos	7
ii. Inflación de demanda	8
iii. Inflación inercial	8
iv. Inflación estructural	8
5. Estrategias de política para combatir la inflación	8
6. Inflación y política monetaria en Uruguay	11
a) La evolución de la inflación en el primer semestre de 2007	13
b) El vínculo entre la inflación y los salarios en el contexto uruguayo en el primer semestre de 2007	14
c) Impacto de la inflación sobre los pagos de deuda pública uruguaya	16
d) La evolución de la inflación en el segundo semestre de 2007	17
¿Qué factores estaban impulsando en alza los precios?	18
i. Shocks de demanda	18
ii. Shocks de oferta	20
iii. Debilidad del dólar en los mercados globales	20

Otros factores	21
e) El cambio en la política monetaria en setiembre de 2007	22
f) El impacto de una inflación mayor a la prevista sobre los salarios	23

Políticas públicas en salud

1. Introducción	29
2. El sistema de salud previo a la reforma	30
3. La reforma del sistema de salud	35
3.1. El Seguro Nacional de Salud	38
3.2. Usuarios y aportes al SNS.....	38
Jubilados	39
Trabajadores.....	40
3.3. Cambio en el modelo de pago.....	43
4. Consideraciones finales	46

**POLÍTICA
MONETARIA
E INFLACIÓN**

Presentación

Pocos temas económicos se encuentran en la discusión pública tan frecuentemente como la inflación. Uruguay ha convivido con altos niveles de inflación en varios períodos en los últimos años y recientemente el tema ha vuelto a cobrar notoriedad en la agenda de los distintos agentes políticos y sociales de nuestro país.

El objetivo de este trabajo por lo tanto es contribuir al debate, aportando algunos elementos teóricos que hacen a la definición de la inflación, sus consecuencias y las políticas tradicionales para combatirla; así como también las características distintivas que este proceso ha adoptado en Uruguay recientemente y las políticas que ha implementado el gobierno para hacerle frente.

1. ¿Qué entendemos habitualmente por inflación?

La **inflación** es un *proceso de incremento sostenido y generalizado del nivel de precios de los bienes y servicios que se comercializan en una economía en un período determinado*. Esto significa que no cualquier aumento de precios que se verifique supone la existencia de un proceso inflacionario porque para que esto suceda, este aumento debe ser sostenido en el tiempo y no puede ser un aumento de una única vez causado por ejemplo por el incremento en los impuestos de ese bien o servicio.

A su vez, el aumento de precios asociado a la inflación suele caracterizarse por su desigualdad, en el sentido de que no todos los precios evolucionan de la misma manera o crecen en la misma magnitud. Esto conduce a que los procesos inflacionarios generalmente modifiquen la relación entre los precios de los distintos bienes que se transan en la economía, fenómeno al que se denomina cambio en los precios relativos y que es una de las consecuencias que tiene la inflación en la economía.

2. Consecuencias de la inflación

La consecuencia más notoria de la inflación es la *pérdida continua del valor de la moneda nacional*, la cual se evidencia a través de la pérdida de poder adquisitivo de los ingresos. La inflación provoca que la moneda nacional se desvalorice en términos reales en el sentido de que un mismo monto de dinero (nominado en moneda nacional) permite acceder a una canasta de bienes y servicios cada vez menor.

Esto conduce a una segunda consecuencia de la inflación que es que *la moneda nacional deja de cumplir la función de reserva de valor*. La inflación provoca que se sustituya la moneda nacional por otras monedas u otros activos como reserva

de valor ya que la moneda nacional se desvaloriza en términos reales de manera más rápida. En economías de libre circulación de moneda extranjera como es el caso de la economía uruguaya, esto conduce al proceso llamado dolarización, que implica que la mayoría de las grandes transacciones y el ahorro se realizan en moneda extranjera (en este caso en dólares).

A su vez, la pérdida de poder adquisitivo de los ingresos afecta en mayor medida a los hogares de menores ingresos, de manera que la inflación *deteriora la distribución del ingreso de una economía*. Esto se explica por el hecho de que los hogares de menores ingresos son los que destinan una proporción mayor de su ingreso al consumo y por lo tanto se ven más afectados por la inflación que los hogares de mayores ingresos, donde por lo general se destina una proporción mucho menor del ingreso al consumo.

Otra de las consecuencias que puede tener la inflación en la medida que el crecimiento de los precios sea desordenado, es la de *cambiar los precios relativos de una economía*. Una relación de precios relevante para la economía uruguaya es por ejemplo la que existe entre los precios de los bienes transables (éstos son aquellos bienes que son comercializables internacionalmente) y los bienes no transables (bienes que no se comercializan a nivel internacional; un ejemplo típico son los servicios personales).

En casos en que la inflación alcance niveles muy altos, también puede darse un abandono de la moneda local como medio de pago, pero esto sucede únicamente en casos excepcionales.

3. Clasificación de la inflación

Los procesos inflacionarios suelen clasificarse según la velocidad de los cambios en el nivel de precios. En este sentido se pueden distinguir *cinco tipos distintos de inflación*:

i. Inflación reptante

La inflación reptante se caracteriza por aumentos en el nivel general de precios que se ubican por debajo del 10% anual. Este tipo de inflación es la que experimentan en general los países desarrollados y caracteriza al proceso en el que han ingresado la mayoría de los países latinoamericanos en los últimos años, aunque persisten dudas acerca de la estabilidad de esta situación.

ii. Inflación abierta

La inflación abierta caracteriza a procesos inflacionarios de dos dígitos, aunque relativamente moderados (inflaciones del orden de 10% a 20% anual).

iii. Alta inflación

La alta inflación corresponde a incrementos importantes en el nivel general de precios (de hasta 200% anual), pero que pueden prolongarse en el tiempo sin detectarse necesariamente tendencias explosivas. Buena parte de los países latinoamericanos –entre ellos Uruguay– estuvieron sometidos a este régimen inflacionario en los años 80, luego de la crisis financiera de comienzos de dicha década.

iv. Hiperinflación

Se considera que una economía tiene hiperinflación cuando el aumento en el nivel general de precios supera el 50% mensual durante varios meses. La característica más saliente de los procesos hiperinflacionarios es el progresivo abandono por parte de los consumidores de la moneda nacional como medio de pago, lo que se explica por la rápida pérdida de poder de compra de la moneda local. Un ejemplo paradigmático de hiperinflación es el caso de Alemania luego de la Primera Guerra Mundial. Argentina, por diferentes razones, entre 1989 y 1990 también vivió una situación de esta naturaleza.

v. Deflación

La deflación implica una disminución en el nivel general de precios de una economía. Es importante no confundir la deflación con una disminución en la tasa de crecimiento de los precios, que implica que los precios crecen a una tasa menor a la que venían exhibiendo, pero sin caer.

La deflación es una situación un poco más difícil de detectar en los países latinoamericanos, pero se pueden observar algunos casos como el de Japón en los últimos dos años.

La deflación tampoco es una situación saludable para una economía ya que implica una desvalorización de los activos de la misma, a la vez que estaría ocultando los problemas de la economía que condujeron al proceso deflacionario como pueden ser por ejemplo, excesos de oferta en relación a la demanda.

4. Causas de la inflación

De acuerdo a la teoría económica se pueden identificar cuatro causas que pueden afectar el alza los precios en una economía:

i. Inflación de costos

Se considera que hay inflación de costos cuando se dan incrementos en los costos de producción que son trasladados a precios. La inflación de costos supone

implícitamente que los empresarios tienen cierta capacidad para fijar precios, de manera que trasladan los aumentos de costos de producción a éstos.

Los aumentos de costos pueden provenir de distintas fuentes como pueden ser:

- Aumentos en los costos de las materias primas de producción
- Aumentos en los costos laborales, ya sea por incrementos en los salarios como por subas en los costos asociados al salario (aportes patronales, beneficios salariales, etc.).
- Aumentos en el margen de intermediación

ii. Inflación de demanda

La inflación de demanda ocurre cuando la demanda agregada crece por encima de la capacidad productiva de la economía.

Según la teoría keynesiana, la demanda de bienes y servicios en una economía se expande debido a uno o más de los componentes de la demanda global, a saber: consumo privado, inversión, gasto público y exportaciones.

Según la teoría monetarista la inflación es un fenómeno monetario y por lo tanto los aumentos en la demanda de bienes provendrían de incrementos en la cantidad de dinero mayores al crecimiento de la producción.

iii. Inflación inercial

La inflación inercial es la que resulta de la indexación de la economía, producto de las expectativas de los agentes. Si los agentes esperan que la inflación sea mayor a la anunciada por el gobierno, van a ajustar los precios de acuerdo a sus expectativas, lo que provoca que la inflación crezca en función a estas expectativas de aumentos de precios.

iv. Inflación estructural

Según la teoría de la inflación estructural existiría por detrás de la inflación una explicación más global en relación con la estructura económica y social de los países. Por ejemplo, desajustes entre distintos sectores o mercados en una determinada economía que conllevarían procesos inflacionarios.

5. Estrategias de política para combatir la inflación

Básicamente el gobierno puede intentar combatir la inflación por dos caminos: a través de la política monetaria –manejando el tipo de cambio, los agregados monetarios o la tasa de interés-, o con medidas fiscales como pueden ser la baja

de precios administrados, la reducción de impuestos o la instalación de subsidios en algunos precios. En el presente Informe se hará referencia exclusivamente a la política monetaria.

El objetivo de la política monetaria es mantener el equilibrio entre la creación (oferta) y la demanda de dinero, con el fin de contribuir a la estabilidad de la moneda nacional.

Básicamente, la política monetaria puede realizarse mediante el control de una de las siguientes tres variables: el tipo de cambio, la cantidad de dinero o la tasa de interés. El Banco Central puede elegir manejar alguna de estas tres variables, y por esa vía controlar a las otras dos. Cuando se controla una variable (por ejemplo la tasa de interés), las otras dos (cantidad de dinero y tipo de cambio) se mueven libremente. No es posible controlar la evolución de las tres al mismo tiempo.

La elección de un determinado régimen de política monetaria depende de las características de la inflación y de las particularidades de la economía. No existe un régimen óptimo para todos los países en todos los momentos del tiempo. Lo más importante es no ceñirse a rajatabla a una u otra alternativa, y elegir la mejor política para cada país en cada momento.

Realizar una política basada en el control del **tipo de cambio** (también llamada política monetaria con ancla cambiaria) implica que la autoridad monetaria se compromete a mantener el tipo de cambio en un valor o un rango de valores. Para ello, utiliza las reservas internacionales con el objetivo de comprar dólares cuando existe presión vendedora; de la misma forma, si se constata una fuerte presencia de compradores, el Banco Central sale a vender reservas internacionales con el objetivo de satisfacer dicha demanda.

Esta política apunta a mantener estabilizada la inflación controlando un precio fundamental de la economía como es el tipo de cambio.

La política monetaria con ancla cambiaria fue muy utilizada sobre todo en América Latina en la década de los '90, constituyendo el eje de los planes de estabilización con los cuales se combatieron los altísimos registros inflacionarios de fines de los '80.

No obstante, en los años posteriores la confianza en esta política se fue debilitando, sobre todo ante la constatación de que el ancla cambiaria generaba desequilibrios en la economía y tendía a desembocar en grandes devaluaciones. Eso fue lo que sucedió en Uruguay en el año 2002: la política de control del tipo de cambio se volvió insostenible, y el abandono de este régimen desembocó en una importante devaluación.

Otro tipo de política que puede utilizar un Banco Central para contener la inflación es el control de los **agregados monetarios**.

Esta política descansa en el hecho de que la cantidad de dinero es una variable determinante sobre el nivel general de precios. Las familias y las empresas ejercen cierta demanda de dinero, y eso es un “dato” para el Banco Central. Por ejemplo, en tiempos en que la economía y los ingresos de los hogares están

creciendo, la demanda por dinero es mayor, ya que se realizan más transacciones económicas; entonces el Banco Central adecua la cantidad (oferta) de dinero a esa demanda de dinero, porque si no habría presiones al alza sobre los precios.

El manejo de los agregados monetarios es una política adecuada para estabilizar el mercado de dinero después de un episodio o una trayectoria de inflación alta, ya que a través de esta política se logra comenzar a reconstruir la confianza de los agentes en la moneda nacional.

Sin embargo, esta política presenta el problema de que generalmente la demanda de dinero es baja e inestable. Adicionalmente, es difícil controlar los agregados monetarios en economías altamente dolarizadas como la uruguaya, y donde los mercados financieros y los instrumentos monetarios tienen escaso desarrollo. En Uruguay, tras la crisis de 2002 y el fracaso de la política monetaria de control del tipo de cambio, se pasó a controlar los agregados monetarios, política que se mantuvo hasta mediados de 2007.

Una tercera opción de política monetaria es manejar la **tasa de interés**. Esta política descansa en el hecho de que el nivel de la tasa de interés es determinante para la demanda de dinero que efectúen los agentes; de esta manera, al controlar el tipo de interés se estará actuando también sobre la demanda de dinero, y por ende sobre el nivel general de precios.

La mecánica de esta herramienta es que cuando se produce un “pico inflacionario”, la autoridad monetaria eleva la tasa de interés de forma de reducir la demanda y controlar la inflación. Esto sucede porque cuando la tasa de interés aumenta, el crédito se encarece, y por esta vía se reduce la propensión de los hogares a consumir.

Si, por el contrario, el Banco Central observa que la demanda interna es muy débil y quiere llevar adelante una política monetaria expansiva, lo que hace es reducir la tasa de interés, con lo cual el crédito se abarata y de esta forma se incrementa el dinero en circulación, presionando al alza sobre la demanda doméstica.

La política monetaria basada en el manejo de la tasa de interés es efectiva en contextos de inflación baja, donde contribuye a mantener controlada la variación de los precios; por el contrario, no es un mecanismo eficiente para reducir la inflación.

Esta política es utilizada en la mayoría de las economías más avanzadas, donde la inflación es menor al 10% anual. A su vez, viene siendo el mecanismo elegido por varios países de América Latina –entre ellos Uruguay- para mantener la inflación bajo control.

No obstante, la efectividad del control de la tasa de interés está sujeta a varios factores

Sin embargo, la efectividad de esta política descansa en un supuesto que no siempre se cumple: la fortaleza de la moneda nacional como medio de pago y reserva de valor.

Si la moneda nacional no es fuerte, puede suceder que las modificaciones de la tasa de interés no provoquen prácticamente ningún efecto en la demanda de dinero. Adicionalmente, si la dolarización de la economía es elevada y los mercados crediticios en moneda nacional no están muy desarrollados, el efecto se puede diluir más aún.

Asimismo, aun cuando la política monetaria se dirija hacia el control de la inflación, es importante tener en cuenta la conflictividad de objetivos; es decir, una política monetaria muy contractiva puede ser exitosa en el control de la inflación, pero puede enfriar la economía, ya que la reducción de la demanda de dinero puede ser tal que amenace con reducir la demanda interna, afectando así el crecimiento económico. También es importante señalar que en el corto plazo, el control de la política monetaria a través de la tasa de interés opera fundamentalmente a través del tipo de cambio, apreciando la moneda nacional. De esta manera, se vuelven a plantear objetivos contradictorios, en la medida que la reducción de la inflación implica pérdida de competitividad debido a la baja del precio del dólar.

En el caso de Uruguay, los supuestos que garantizan la efectividad de esta política –moneda fuerte, baja dolarización, alto desarrollo del mercado de crédito en moneda nacional– no se cumplen plenamente. Uruguay es un país dolarizado; la mayoría de los créditos se otorgan en moneda extranjera; muchas transacciones –en particular las que involucran valores importantes– se realizan en dólares; la mayor parte de la deuda pública se encuentra nominada en moneda extranjera, y los hogares que tienen capacidad de ahorro (aún aquellos de menor nivel económico) son poco propensos a concretar sus ahorros en pesos. Este contexto hace que el canal de transmisión de la tasa de interés se debilite, quitando efectividad a la política monetaria.

6. Inflación y política monetaria en Uruguay

Uruguay convivió con altos niveles inflacionarios en buena parte de su historia reciente. Sin embargo, luego del plan de estabilización de principios de los 90 (donde se utilizó el manejo del tipo de cambio como variable para controlar la inflación), el crecimiento de los precios se estabilizó en niveles inferiores al 10% anual. La crisis de principios del año 2000, acompañada por una importante devaluación en 2002, no produjo un cambio en este aspecto, y aun cuando la inflación en 2002 se ubicó cercana al 26%, en los años posteriores se retomó la senda de inflaciones bajas.

Durante la década de los noventa y hasta la crisis de 2002 la política monetaria uruguaya giró sobre el tipo de cambio: las autoridades fijaban el valor máximo y mínimo que podía alcanzar el dólar en términos de pesos uruguayos. Si bien la política monetaria y cambiaria (que son inseparables) tenía como objetivo reducir la inflación, el BCU no anunciaba un rango específico de inflación proyectada, sino que se comprometía a mantener el tipo de cambio dentro de

ciertos rangos. Al controlar el tipo de cambio, era posible controlar la evolución de los precios.

El resultado de esta política fue que se logró controlar la inflación, pero se generó el fenómeno que se denominó *atraso cambiario*, con una pérdida importante de la capacidad de competencia de la economía uruguaya. Por cierto, este resultado no es producto exclusivamente de la política del BCU durante ese período, sino que también influyen otras medidas de políticas (o su ausencia) que no viene al caso analizar en este documento. Adicionalmente, la crisis del 2002 mostró que este tipo de política puede no resultar sustentable ante grandes golpes que puede sufrir la economía –devaluación brasileña en 1998, crisis argentina, aftosa– y culminan en eventos de crisis profundas que provocan fuertes caídas de los salarios reales, aumento del desempleo, pobreza, etc.

A mediados del año 2002 se abandonó el régimen de bandas cambiarias, que ya no se podía sostener a raíz de la escasez de reservas internacionales del Banco Central, y el dólar pasó a flotar libremente. Luego de algunos meses de incertidumbre, a principios de 2003 se implementó una política basada en que la Base Monetaria (BM) –la cantidad de dinero controlada por el Banco Central¹– se ubicara en determinados valores, que se ajustaban cada trimestre.

La idea de esta política era que el Comité de Política Monetaria (COPOM) –ámbito de coordinación conformado por el Banco Central del Uruguay (BCU) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)– determinaba una meta de inflación para los siguientes 18 meses; luego el BCU, que es el organismo encargado de ejecutar la política monetaria, determinaba una “meta indicativa” para la base monetaria, acorde con el objetivo de inflación definido, y con la evolución prevista de la demanda de dinero.

En 2004 el BCU empezó a fijar un rango, en vez de un valor, para la BM, y en 2005 volvió a flexibilizar su política estableciendo que en vez de fijar un objetivo para la cantidad de dinero, determinaría una meta proyectada de inflación.

La asunción al gobierno del Frente Amplio-Encuentro Progresista en marzo de 2005, planteó algunos cambios en cuanto a la política monetaria vigente. En primer lugar, el COPOM comenzó a reunirse ordinariamente cada seis meses, para analizar la evolución de los precios y de la política monetaria; y se comenzó a anunciar el rango objetivo de inflación planteado por el gobierno. En sus inicios, se anunciaba la inflación anual esperada para el año entrante y para los próximos doce meses, a partir del mes de reunión. Adicionalmente, la inflación pasó a ser una variable de mayor relevancia en la economía nacional, en cuanto los convenios colectivos del sector privado acordados en la órbita de los Consejos de Salarios comenzaron a ajustar los salarios por la inflación futura o esperada.

(1) La base monetaria es la cantidad de dinero para transacciones que existe en la economía; incluye a los billetes y monedas que están en circulación, y a los depósitos de encaje en moneda nacional de los bancos en el Banco Central.

Con la firma de convenios a 18 meses, el COPOM comenzó a anunciar también el rango de inflación para los próximos 18 meses.

De esta manera, para 2005 el COPOM anunció un rango de inflación de entre 5% y 7%, y la inflación efectiva de ese año se ubicó levemente por debajo del rango previsto (4,9%). Dado que el objetivo de la política monetaria era reducir la inflación, de manera de llegar al final del período de gobierno con una inflación anual de 3%, para 2006 el COPOM redujo el rango de inflación a 4,5%-6,5%, manteniéndolo en 2007 y llevándolo en 2008 a un rango de entre 4% y 6%.

En 2006, la inflación efectiva anual se ubicó en el techo del rango esperado por el gobierno (6,4%), a la vez que se comenzaron a observar presiones sobre los precios que, ya a fines de 2006, hacían a los principales analistas económicos cuestionar el logro de la meta inflación para 2007. En efecto, en enero de 2007, la inflación mensual se ubicó en 1,77% (bastante por encima de la registrada en igual mes del año anterior), alcanzando en los doce meses móviles a 6,8% y ubicándose por ende por encima del rango esperado por el gobierno.

A fines de 2006 el COPOM fijó el rango objetivo de la inflación en 4%-6% anual para los 18 meses cerrados en junio de 2008. Según las estimaciones del MEF y el BCU, esta meta de inflación sería compatible con un crecimiento de la cantidad de dinero de 15% en el mismo período. Sin embargo, en marzo de 2007, y tras observar que la inflación de los últimos doce meses a febrero había sido de 6,75% (por encima de la meta planteada), el BCU decidió reducir de 15% a 9% el ritmo de crecimiento de la cantidad de dinero. En otras palabras, los medios de pago de la economía seguirían creciendo y continuaría habiendo expansión de la cantidad de dinero, pero su ritmo de aumento sería más lento que el que se había previsto originalmente.

a) La evolución de la inflación en el primer semestre de 2007

En el primer semestre de 2007, la inflación acumulada alcanzó al 6,38%, ubicándose casi en el techo del rango esperado por el COPOM para el año (6,5%).

Este alejamiento de la meta inflacionaria, por primera vez en varios meses, mereció un análisis pormenorizado de los analistas.

En general, existen múltiples factores que influyen sobre los precios en una economía; la oferta de dinero es uno de ellos, no el único, pero sí uno de los más importantes, y con una incidencia más permanente.

En Uruguay, los costos de producción de la economía, son un factor que tiene incidencia directa sobre el nivel de precios. Un aumento de los precios de las materias primas se traslada de forma casi inmediata sobre los precios de los productos que se fabrican a partir de dichos insumos. En este sentido, el país puede estar “importando” inflación proveniente del exterior ya que por ejemplo, el aumento del precio del petróleo –uno de los insumos más importantes de la

producción uruguaya- provoca aumento de precios en todos los sectores que utilizan combustible de este origen como insumo.

Hay, a su vez, otros factores más volátiles que pueden influir sobre los precios, como por ejemplo fenómenos climáticos que afecten cosechas y hagan escasear algunos productos, haciendo subir sus precios. Estos fenómenos pueden ser muy puntuales, pero tener efectos significativos, como sucedió en marzo y lo que va de abril con los precios de varias frutas y verduras, que subieron de forma considerable luego de las copiosas lluvias de principios de marzo.

En particular, la inflación que se observó en Uruguay durante los primeros meses de 2007 se asociaba a algunos precios, a saber:

- *Frutas y verduras.* Son productos volátiles, y las inclemencias climáticas recientes generaron una escalada de precios importante. Si se optara por decretar su precio, la consecuencia sería el desabastecimiento: la demanda sería mayor que la oferta y simplemente no se podría acceder a su consumo. No obstante, el problema más serio que tendría esto sería perjudicar a uno de los sectores de productores de menor porte, en particular la hortifruticultura, donde la presencia de actividades de corte familiar es muy importante. Con una producción menguada por las inclemencias, la fijación del precio provocaría una reducción muy importante de los ingresos.
- *Combustibles (y durante el año 2006, energía en general).* Se trata de “inflación importada”. Si se opta por fijar su precio, la consecuencia se expresaría en pérdidas para Ancap (Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y pórtland). No obstante, esta es una política posible, y de hecho se realizó durante 2006 cuando UTE –la empresa pública suministradora de energía eléctrica– no trasladó completamente el aumento de costos a los precios (aumento de costos que se explicó por la importación de energía eléctrica).
- *Algunos precios administrados.* Este es el caso en Uruguay de la cuota mutual, por ejemplo. La cuota mutual es un precio administrado y de control del gobierno; no obstante, si se optara por “fijar” su precio evitando su aumento, la situación crítica de algunas instituciones de salud podría poner en tela de juicio los aumentos salariales acordados en este sector.

b) El vínculo entre la inflación y los salarios en el contexto uruguayo en el primer semestre de 2007

La inflación impacta sobre el poder de compra de todos aquellos que perciben ingresos fijos –en particular de los asalariados– de forma negativa, y el impacto es mayor cuánto menos capacidad de recuperar la inflación pasada estos tengan.

No obstante, es importante analizar con claridad cuál es el impacto sobre los salarios reales del leve aumento en la tendencia inflacionaria que se vivió en los

primeros meses del año 2007. Para ello, es necesario tener en cuenta dos dispositivos de política que interactúan mutuamente:

- 1) La política monetaria del BCU, comprometiéndose a mantener los precios en cierto rango.
- 2) Los acuerdos firmados en los Consejos de Salarios.

A diferencia de lo que sucedió durante toda la década de los noventa, la articulación entre ambas políticas asegura que el efecto del un aumento moderado de la inflación tenga un impacto de menor cuantía sobre los salarios reales.

Veamos cómo operan estos mecanismos. El aumento de los precios provoca una reducción del salario real en los meses donde no existen ajustes salariales. Pero la existencia de los Consejos de Salarios asegura que esta tendencia se revierta necesariamente en un lapso de tiempo (6 meses para la actividad privada, 1 año para la actividad pública). Por un lado porque el ajuste incorpora la inflación esperada que se revisa periódicamente, es decir que estas estimaciones incorporarán los defasajes que puedan ocurrir y por otro porque los convenios incluyen un correctivo que asegura que al fin del convenio (o en el medio) si hubiera pérdida del salario real por diferencias en la inflación la misma se recuperará en el ajuste siguiente. Este mecanismo estaba ausente totalmente en el pasado reciente: en los noventa cualquier aumento de precios (salvo en los sectores donde siguieron operando consejos de salarios) generaba una reducción del salario real que no se tenía ninguna certeza que pudiera revertirse en el corto plazo.

A su vez, el compromiso del BCU de mantener la meta inflacionaria en un rango determinado y bajo, asegura que la pérdida de salario real asociado a un pico inflacionario se verá amortiguada a lo largo del año, desde que los precios tenderán a aumentar mucho menos en lo que queda del año o incluso pueden llegar a darse episodios puntuales de caída del IPC. Si bien la inflación fue más alta de lo esperado en los primeros tres meses del año, el hecho de considerar que la inflación no superaría el 6,5% al cabo de 2007 permitiría esperar con relativa certeza que durante los restantes meses de 2007, la evolución de los precios resultará necesariamente menor. Dado el nivel de inflación acumulado hasta marzo de 2007 (3,31%) la inflación mensual en lo que resta del año no debería superar promedialmente el 0,33%. Por lo tanto, no es de esperar (dada la combinación de política monetaria vigente y los Acuerdos firmados en los Consejos de Salarios) que en lo que resta del año se observe un deterioro significativo en los salarios reales, sino más bien una recuperación relativamente importante, impulsada por los ajustes salariales de mediados de año para el sector privado dada las recuperaciones reales previstas. El sector público registrará cierta caída hasta el nuevo ajuste de enero, pero de todas maneras al cabo del año se observará una recuperación del salario real en de los trabajadores estatales, desde que el ajuste de enero de 2007 resultaría mayor que toda la inflación acumulada durante este año.

Lo anterior no implica que no sea relevante monitorear la evolución de la inflación por parte del movimiento obrero. La inflación durante los meses que no hay ajuste salarial deteriora el poder adquisitivo de los trabajadores. Esto

implica que si bien los convenios en el sector privado incluyen un correctivo por el cual al término de cada semestre se recupera la inflación pasada en caso de que ésta haya sido superior a la prevista, hay también un efecto negativo si la inflación es alta, ya que el trabajador se “perdió” la oportunidad de comprar más bienes en el momento en que los precios subieron. No obstante, el bajo nivel inflacionario actual hace que la pérdida salarial asociada a este fenómeno resulte de escasa importancia.

Este efecto o “costo de oportunidad” es mayor cuanto más largo sea el período de ajuste de los salarios, como es el caso de los funcionarios públicos, para quienes el ajuste es anual. Sin embargo, en lo que va del año los salarios del sector público son los que más han crecido (en promedio, el salario privado creció 4,09% -ya que resta otro aumento salarial para este sector a mediados de año-, mientras que el salario público creció 10,94%) por lo que si se considera lo que sucederá durante el año 2007, en la comparación “punta a punta”, el salario real de los públicos aumentaría a un ritmo similar que el de los privados, ya que en este último caso si bien su salario ha aumentado menos tienen por delante el ajuste de mitad de año.

En ese sentido, a pesar de que los salarios públicos tienen un único ajuste durante el año, se encuentran actualmente en mejores condiciones que los privados, puesto que durante todos estos meses “disfrutan” del aumento del salario real que corresponde a todo el año, por lo que tienen una situación más beneficiosa para afrontar un aumento puntual de la inflación, mientras que los privados verán aumentar sus salarios nuevamente en julio. Al cabo del año, la evolución del salario real no mostraría diferencias importantes entre ambos sectores.

En conclusión, si bien corresponde monitorear la evolución de los precios, no parecen existir señales de alarma, ni tampoco está en cuestión el incremento previsto de los salarios reales, en función de lo alcanzado en los acuerdos enmarcados en el proceso de negociación colectiva.

c) Impacto de la inflación sobre los pagos de deuda pública uruguaya

A fines de 2004, sólo el 10% de la deuda pública estaba nominada en moneda nacional. Eso fue cambiando entre 2005 y 2006, al punto que en el último trimestre de 2006, el 18% del endeudamiento del sector público estuvo nominado en pesos y la expectativa del gobierno es que este porcentaje continúe aumentando en el período de gobierno. De este modo, moderadamente, se ha avanzado en la desdolarización de la deuda pública.

Esto se explicó, fundamentalmente, por el mayor uso por parte del sector público de títulos de deuda nominados en Unidades Indexadas (UI). Entre estos títulos se destacan: los bonos del Tesoro en UI emitidos por el sector público no financiero y las Letras de Regulación Monetaria (LRM) emitidas por el BCU.

En este contexto, un aumento de la inflación provoca un incremento de los intereses que se tienen que pagar por el segmento de la deuda nominada en Unidades Indexadas, haciendo más “caro” para el Estado pedir prestado en moneda nacional y de esa manera atentando contra el proceso de desdolarización. Una razón más para tener controlada la inflación es que sólo a través de ese control es razonable pensar en profundizar la desdolarización de la economía, uno de los objetivos estratégicos para ubicar al país en una senda de crecimiento sostenible y menos expuesta a los vaivenes de la economía internacional o a la política monetaria de turno vigente en EEUU.

d) La evolución de la inflación en el segundo semestre de 2007

Dado que la inflación es un fenómeno de corto plazo, debe analizarse en el corto plazo, aun cuando pueda ser relevante estudiar la tendencia que pueda registrar el crecimiento de los precios en el mediano plazo.

A comienzos del segundo semestre de 2007, la inflación volvió a ser el tema más destacado de análisis de la coyuntura nacional. Esto se explica porque en el primer semestre del año, los precios minoristas acumularon un crecimiento de 6,38% (casi el máximo del rango establecido por el gobierno para la inflación anual) y en agosto, lejos de ceder, los precios volvieron a crecer de manera significativa, superando definitivamente el rango-meta inflación planteado por el gobierno para los doce meses de 2007.

Los precios al consumo aumentaron 1,73% en agosto de 2007, acumulando un alza de 8,22% desde el comienzo del año y de 9,03% en los 12 meses a agosto.

Aún cuando la inflación acumulada en esos ocho meses superó el rango esperado por el gobierno para el año, la misma todavía se situó en niveles bajos en comparación con los promedios históricos. Uruguay es un país con un pasado de alta inflación; por ejemplo, la inflación promedio anual de los últimos 25 años fue de 40%.

Es necesario analizar por separado los factores que hicieron que la inflación de agosto fuera la más alta en los últimos siete meses, superando los pronósticos de los analistas.

El rubro con más incidencia en la suba del IPC fue el de Alimentos y Bebidas, donde se destacaron las alzas de los precios de Panes y Cereales, Carnes y Derivados, Lácteos y Huevos, Aceites y Grasas, Verduras, legumbres y tubérculos, y Comidas fuera del hogar.

Las subas de precios de los alimentos en agosto no constituyeron fenómenos puntuales que estuvieran relacionados con un único factor, sino que tuvieron una serie de causas que se explican de forma detallada más adelante en el presente documento.

Otro rubro con una incidencia importante en la suba del IPC en agosto fue el de Vivienda, debido al ajuste de los combustibles vigente desde el 3 de agosto de 2007, que encareció el supergás y el kerosene, artículos que forman parte del subrubro “Combustible, alumbrado y agua corriente” dentro del rubro Vivienda. También influyeron los aumentos de gastos comunes, leña y alquiler de vivienda.

Por otra parte, el rubro Cuidados Médicos aumentó debido a que varias empresas hicieron efectivo en agosto el aumento de las cuotas. Además de las cuotas mutuales se encarecieron las emergencias móviles, los tickets de medicamentos y las órdenes.

En cuanto al Transporte, el aumento se explicó por el ajuste de los combustibles, así como por la suba de las tarifas de los taxímetros.

En agosto también se dio un ajuste al alza de las cuotas de la Enseñanza, el cual no parece tener una relación directa con ningún hecho en especial.

¿Qué factores estaban impulsando en alza los precios?

En nuestra opinión, existían tres factores fundamentales que estaban impulsando en alza los precios al consumo.

- i. Shocks de demanda
- ii. Shocks de oferta
- iii. Debilidad del dólar en los mercados globales

i) Shocks de demanda

Se pueden distinguir dos tipos de shocks de demanda: externos e internos.

a) *Shocks de demanda externos*: relacionados con la fortaleza que estaban mostrando los mercados internacionales de *commodities*. La firmeza de estos mercados es determinante para Uruguay en dos aspectos:

- muchos de los rubros cuyos precios estaban altos son productos que Uruguay exporta, tales como la carne, los lácteos, el maíz, el trigo y los oleaginosos
- una de las materias primas fundamentales tanto para la actividad productiva como para el consumo interno, el petróleo, se encontraba también en niveles sostenida e históricamente altos

b) *Shocks de demanda internos*: vinculados con el aumento del consumo interno gracias a la mejora de los ingresos de los hogares explicada por las mejoras en el empleo, los salarios y las jubilaciones.

Los shocks de demanda externos influyen en la evolución del IPC ya que como Uruguay es una economía abierta y pequeña, no puede influir sobre los mercados globales, y la evolución de los precios externos se traslada de forma in-

mediata a los precios internos. Por su parte, la mayor demanda interna –vinculada al crecimiento del empleo, los salarios y las jubilaciones– convalida estos mayores precios que se reciben del exterior. De esta forma, ambos shocks se complementan entre sí.

Veamos algunos ejemplos de cómo el precio internacional de ciertos productos se trasladaba a los precios internos.

Un ejemplo claro es el caso del trigo. Los precios internacionales del trigo mostraron un fuerte impulso alcista en los últimos tiempos, debido a que las cosechas venían siendo inferiores al consumo mundial de esta materia prima.

Dado que la última cosecha de trigo en Uruguay resultó muy superior a la demanda interna, ya desde fines del año pasado se generó una corriente importante de exportaciones, lo que determinó que los precios domésticos se ubicaran en niveles muy superiores a los de las zafras previas. En este marco, los precios internos tendieron a crecer, en paralelo con la evolución externa. En el mes de junio de 2007 en especial, las exportaciones de trigo fueron casi equivalentes a la totalidad del excedente interno, lo que hizo subir aún más los precios.

El incremento del precio de la harina tiene un correlato inmediato en el precio de los fideos y el pan, ya que la harina constituye la principal materia prima para su producción.

Entre enero y agosto de 2007 los precios al consumo de Panes y Cereales se incrementaron 12,7%. Dentro de este total, el rubro que más creció fue el de las pastas (+15,4%).

En el caso de uno de los principales productos de exportación de Uruguay, la carne vacuna, los precios internacionales se encontraban en niveles récord, debido a la firmeza de la demanda, en particular de los países asiáticos. A nivel interno, las faenas de 2005 y 2006 fueron excesivamente altas, ante lo cual en 2007 se constató una disminución de la faena hacia niveles más normales. La conjunción de ambos factores –altos precios externos, normalización de la oferta interna– implicó que los precios internos se mantuvieran muy firmes.

Resulta relevante analizar también qué ocurrió en el mercado lácteo, ya que los precios de los artículos no tarifados (los derivados de la leche) también registraron subas significativas en los primeros meses de 2007. Esto estaba relacionado con los altísimos precios que se estaban consignando en los mercados lácteos internacionales, a raíz de las dificultades de abastecimiento de algunos proveedores clave como Australia. A su vez, esto constituyó un incentivo a la industria láctea para destinar proporciones muy elevadas de su producción a los mercados externos, obteniendo por ello precios muy elevados, y haciendo peligrar el abastecimiento interno de la leche común. En una disposición del primer semestre de 2007, el Ministerio de Ganadería decidió favorecer el precio de la “leche cuota” (la que se destina al consumo interno como leche fluida) en relación al de la “leche industria”, justamente para tratar de evitar que se presentaran problemas de abastecimiento de leche común.

En el caso del aceite, el precio internacional alcanzó en junio de 2007 el nivel más alto de los últimos 20 años, debido a la escasa oferta mundial de este producto. Los precios domésticos acompañaron la evolución favorable externa, exhibiendo fuertes aumentos en el primer semestre del año 2007. El alza de los precios fue aprovechada por las colocaciones de la oferta exportable uruguaya, lo que también se trasladó al mercado interno. Los aceites para consumo doméstico se encarecieron 10,7% entre enero y agosto de ese año.

Resulta también interesante analizar lo sucedido con el precio del pollo, a la luz de lo que aconteció en el mercado externo de maíz, que es el principal insumo de la producción aviar.

La producción de carne de pollo descendió en los primeros meses del año 2007, debido a la caída de la faena. Uno de los factores que influyó en esta baja fue el incremento del precio del maíz. La demanda internacional de maíz ha venido creciendo fuertemente en los últimos años, impulsada tanto por el aumento de la demanda de consumo como por la demanda para la producción de biocombustibles, fundamentalmente por parte de Estados Unidos. En Uruguay, la zafra 2005-2006 marcó una cosecha récord de maíz, y esto hizo que se generaran exportaciones de este rubro al inicio de la zafra comercial. De esta forma, el precio interno del maíz estuvo muy alto a fines del año 2006 y durante el primer trimestre de 2007, lo que influyó en el proceso de producción de la carne avícola.

Con estos elementos lo que se pretende mostrar es cómo la dinámica de los mercados externos de *commodities* relevantes para Uruguay se traslada a los mercados internos de estos rubros, presionando al alza sus precios.

ii) Shocks de oferta

En los primeros meses del año 2007 se produjeron una serie de fenómenos climáticos que afectaron negativamente la disponibilidad de algunos rubros de consumo hortifrutícolas (principalmente verduras).

Los excesos de lluvias caídas en los meses de marzo y abril de ese año redujeron la oferta de algunos rubros como los cultivos de hoja, la zanahoria, el tomate, el morrón, el zapallito y la papa.

La escasez de oferta de estos rubros, sin que la demanda disminuyera –ya que son artículos de gran importancia dentro de la canasta de consumo de los hogares–, constituyó un factor fundamental para que sus precios aumentaran de forma significativa en el segundo y el tercer trimestre del año 2007.

iii) Debilidad del dólar en los mercados globales

Si bien en Uruguay el dólar evolucionó a la baja en la mayor parte de 2007 –entre enero y agosto cayó 3%–, en otros mercados de gran relevancia comercial para Uruguay, como el europeo y el asiático, la caída de la divisa estadounidense fue

aún mayor. Por ejemplo, el tipo de cambio del dólar frente al euro bajó alrededor de 5% en igual período del año 2007.

El hecho de que el dólar cayera menos en Uruguay que en otras partes del mundo amortiguó el impacto de la inflación y la apreciación cambiaria, sobre la capacidad de competencia del país, y le permitió seguir teniendo precios relativamente más competitivos que los de otros países. Esto constituyó un elemento de incentivo a las exportaciones uruguayas e influyó sobre la disponibilidad interna de algunos productos, por lo cual terminó siendo también un factor que incidió sobre la formación de los precios domésticos.

Otros factores

Otros factores que se han manejado localmente como explicaciones sobre la suba de los precios al consumo son: los aumentos salariales impulsados en los Consejos de Salarios y la Reforma Tributaria.

En nuestra opinión, la Reforma Tributaria implementada a partir del 1° de julio de 2007 pudo haber ejercido alguna presión sobre algunos precios antes de ser implementada, por ejemplo en rubros como la Vivienda, donde los propietarios en algunos casos aumentaron los alquileres antes del 1° de julio, anticipando la Reforma, y trasladando el pago de impuestos que deberían hacer sobre su ingreso a los inquilinos. Sin embargo, estos aumentos son cambios o saltos en algunos precios puntuales, que se dan por una sola vez; es decir, no constituyen incrementos generalizados y persistentes de los precios, como es la inflación.

En cuanto a los Consejos de Salarios, dado que los salarios son un costo para los empresarios, en muchos casos sus incrementos pueden trasladarse enteramente a precios, incrementándolos. Sin embargo, es esperable que si esto sucede, los precios que más suban en términos relativos sean los de los rubros no transables (no comercializables internacionalmente, como por ejemplo los servicios), donde los salarios son un componente relativamente más importante en los costos. Sin embargo, dado que los precios que más incidieron en la suba del Índice de Precios al Consumo (a través del cual se releva la inflación) en el transcurso del año 2007 son los alimentos y bebidas, que son eminentemente transables, la explicación para su aumento no parecería estar dada por las subas de los salarios.

Asimismo, el aumento del IPC ocurrido como consecuencia de la suba de los precios de los alimentos (en particular en el mes de agosto) no fue un hecho aislado en la región sino que se repitió en otros países cuyos patrones de consumo y exportaciones son similares al uruguayo como son el caso de Argentina, Chile, Venezuela, Bolivia y otros.

e) El cambio en la política monetaria en setiembre de 2007

Como se planteó anteriormente, un elemento que tiene una fuerte influencia sobre la inflación es la política monetaria, ya que la cantidad de dinero que circula en la economía está directamente relacionada con la formación de los precios.

Durante el año 2006 el BCU realizó una política monetaria expansiva –la cual se explicó más detalladamente en los párrafos anteriores–, de forma que la evolución de la cantidad de dinero convalidara la tasa de crecimiento de la economía. En marzo de 2007, sin embargo, comenzó a reducir el ritmo de aumento de la cantidad de dinero, iniciando una etapa de carácter contractivo de la política monetaria, con el objetivo de evitar presiones sobre los precios.

No obstante, a pesar de ese cambio de sesgo de la política monetaria, la inflación siguió evolucionando al alza, situándose sistemáticamente durante el primer semestre de 2007 (en su medición interanual), por encima de la meta anunciada por el BCU para ese año, de 4,5%-6,5%. El gobierno, aún cuando no cambió la meta para el año, admitió que la misma no se cumpliría, y que la inflación se ubicaría más cercana al 8%.

El 4 de setiembre de 2007, el BCU anunció un cambio de la política monetaria. Hasta ese momento, la política monetaria había estado basada en el manejo de la cantidad de dinero; a partir de setiembre, lo que se controlaría sería el precio del dinero, es decir la tasa de interés.

El Banco Central justificó ese cambio en el hecho de que la política basada en el control de la cantidad de dinero, como la que se venía utilizando, resulta un mecanismo “inadecuado para estabilizar la inflación cuando ésta se encuentra en bajos niveles”.

En el marco de la nueva política basada en el manejo de la tasa de interés, el Banco Central debía fijar cada mes un valor de la tasa de interés de referencia², permitiendo que ésta fluctúe dentro de un rango o “corredor”.

En ese contexto, si el BCU quiere aplicar una política monetaria contractiva para controlar el avance de los precios, lo que deberá hacer es elevar la tasa de interés de referencia, de forma de reducir la demanda de dinero (ya que aumentaría el costo del crédito) y por esta vía controlaría la inflación.

Por el contrario, si el Banco Central quisiera hacer una política monetaria expansiva, lo que debería hacer es reducir la tasa de interés de referencia, con lo cual el crédito se abarataría y de esta forma se incrementaría el dinero en circulación.

En la coyuntura particular que estaba viviendo en Uruguay a comienzos del segundo semestre de 2007, con una tendencia alcista de los precios al consumo,

(2) La tasa de interés que fijará cada mes el BCU es la denominada “call money”, que se utiliza en las operaciones interbancarias a un día de plazo.

el Banco Central aplicó una política de sesgo contractivo. En efecto, para el mes de setiembre, el BCU decidió fijar la tasa de referencia en 5% (con un corredor entre 4% y 6%), por encima del promedio de 4,5% al que se encontraba la tasa *call money* en el mercado interbancario, aunque la misma todavía fuera negativa en términos reales.

Como señaláramos anteriormente, en nuestra opinión la política monetaria basada en el manejo de las tasas de interés presenta algunas debilidades, ya que su aplicabilidad descansa en un supuesto que no se cumple en Uruguay: la fortaleza de la moneda nacional como medio de pago y reserva de valor.

Dado este alto grado de dolarización de la economía, los mecanismos de transmisión desde el control de la tasa de referencia en moneda nacional hacia la economía real y los precios al consumo parecen ser más bien débiles.

f) El impacto de una inflación mayor a la prevista sobre los salarios

Pese a que, como se mencionó anteriormente, los niveles de inflación de 2007 eran aún bajos si se los comparaba con los promedios históricos uruguayos, la inflación erosiona los ingresos reales de quienes perciben remuneraciones fijas, como son los salarios y las jubilaciones.

En el caso de los salarios, los Consejos de Salarios reinstalados en julio de 2005 plantearon ajustes semestrales para los trabajadores privados y anuales para los públicos.

En el caso de los trabajadores privados, los convenios firmados en el marco de la segunda ronda de los Consejos de Salarios (que arrancó el 1° de julio de 2006 y donde la mayoría de los convenios se firmaron con una duración de 18 meses) establecieron ajustes semestrales por un monto equivalente a la inflación esperada para el semestre (estimada según las expectativas privadas que releva mensualmente el BCU) más un monto de recuperación que ha variado dependiendo de la negociación llevada adelante en los Consejos, pero que en la mayoría de los casos se ha ajustado a las pautas presentadas por el Ministerio de Trabajo.

Además, la mayoría de los convenios incluyeron un correctivo, de manera de subsanar las diferencias que pudieran existir entre la inflación estimada y la efectiva. Algunos convenios incorporaron los correctivos a cada uno de los ajustes; es decir, que cada uno de los ajustes además de componerse de la inflación esperada y la recuperación incorporó un correctivo entre el monto pactado de inflación esperada en el semestre anterior y la inflación efectiva. Otros convenios, en cambio, establecieron correctivos solamente al final del convenio, de manera que corregirán las diferencias entre inflación esperada y efectiva recién al finalizar los mismos.

Dado que las expectativas de inflación en los primeros meses de 2007 se encontraron sistemáticamente por debajo de la inflación efectiva, los correctivos

incorporados en los convenios funcionarían al alza. Así, el 1° de enero de 2007 por ejemplo, en el primer ajuste de esta ronda de los Consejos de Salarios, los trabajadores percibieron un aumento de 2,93% por concepto de inflación esperada en el semestre entrante. La inflación efectiva en ese período fue de 5,5%, de manera que aquellos convenios que incluían correctivo en el ajuste del 1° de julio, percibieron en esa fecha un aumento de 2,5% por concepto de correctivo. En ese momento la proyección de inflación esperada para el segundo semestre del año fue de 2,86%. Entre julio y agosto los precios al consumo crecieron 2,57% por lo que seguramente entre julio y diciembre, la inflación supere nuevamente las expectativas, y aquellos convenios que incorporaron correctivos, los mismos funcionen al alza.

En un contexto de ajustes salariales semestrales, donde se incorpora como variable de ajuste la inflación esperada y el crecimiento de los precios es moderado, el efecto negativo de que la inflación supere las expectativas es reducido. Cuanto más rezagados en el tiempo sean los ajustes, más tardará en recuperarse lo perdido, aun cuando esta pérdida sea pequeña.

En el caso de los trabajadores públicos, donde los ajustes son anuales y por inflación pasada, la situación se torna más desfavorable, y empeoraría en la medida en que la inflación continuara exhibiendo una trayectoria creciente. En este caso, se deberían considerar ajustes salariales menos distantes en el tiempo. En enero de 2007 los trabajadores de la Administración Central percibieron un aumento de casi 11,33%, el cual se componía de 6,4% por inflación pasada más 4,66% por concepto de recuperación. Esto significa que a partir de julio de 2007, cuando los precios al consumo acumularon un crecimiento de 6,4% los trabajadores públicos comenzaron a “perder” parte de la recuperación otorgada, ya que los precios crecieron por encima de lo “adelantado” por concepto de inflación.

**POLÍTICAS
PÚBLICAS EN
SALUD**

1. Introducción

El objetivo central de este documento es analizar la coyuntura actual que vive el sector de la salud en el Uruguay. Luego de varios años caracterizados por una profunda crisis que afectó significativamente a usuarios y trabajadores, las actuales autoridades de gobierno han impulsado, a lo largo de sus primeros tres años de gestión, cambios en el marco legal del sistema de salud que intentan modificar sus estructuras. Estos cambios en el marco legal se sustentan fundamentalmente en tres leyes que serán el objeto de análisis de este trabajo.

Entre los aspectos más críticos del sistema previo a la reforma, se pueden mencionar el ahogo presupuestal sufrido por la prestadora estatal ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) que determinó un creciente deterioro de su infraestructura y de la calidad de las prestaciones brindadas. Dentro del subsector privado, los últimos años estuvieron signados por el cierre de varias instituciones, dificultades económico-financieras con un crecimiento del endeudamiento y serias restricciones de liquidez.

Este complejo proceso ha derivado en notorias inequidades entre las que se destaca la inexistencia de una cobertura de calidad aceptable para importantes sectores de la población, particularmente aquellos que se encuentran en situación más vulnerable. Además, en relación a la situación de los trabajadores del sector, la crisis vivida en las esferas pública y privada ocasionó una fuerte pérdida de salario real así como pérdida de puestos de trabajo para aquellos que desempeñan sus tareas en el subsector privado.

A medida que se profundizaba la crisis, el movimiento obrero organizado y, particularmente, aquellos sindicatos más directamente involucrados con el área de la salud, alertaron sobre la situación crítica que se vivía y paralelamente promovieron instancias y debates participativos con el objetivo de diseñar, al menos en sus aspectos generales, un proyecto de reforma que brindara soluciones de fondo. Parte de ese trabajo, que fue articulado con otros actores sociales y políticos, sirvió de base para el proyecto de reforma de salud que presentó el Frente Amplio en su programa de gobierno. Una vez que esta fuerza política alcanzó el poder, quedó claramente explícito que uno de los principales compromisos del gobierno era el de encarar una reforma estructural del sistema de salud que, en líneas generales, permitiera universalizar una cobertura integral de calidad homogénea para toda la ciudadanía, dotando de sustentabilidad económico financiera al sistema.

Actualmente, la reforma se encuentra en pleno proceso de consolidación, con las tres leyes que han oficiado de punto de partida ya vigentes. Sin embargo, como toda reforma impulsada en un área tan sensible como lo es el de la salud, los cambios se van procesando paulatinamente y existen varios temas pendientes de definición que, sobre las reglas de juego ya trazadas, intentarán progresar hacia el logro de los objetivos planteados por el gobierno.

Como todo cambio estructural, la reforma de la salud no ha estado exenta de duros cuestionamientos por parte de diversos actores. Entre ellos, los partidos tradicionales han hecho explícito su rechazo a los cambios propuestos y los sectores médico-empresariales se han opuesto a algunos aspectos, particularmente aquellos que afectan de una forma u otra sus múltiples intereses. Mientras tanto, los trabajadores han apoyado sistemáticamente los lineamientos generales que guían la reforma y durante el debate parlamentario, han exigido mayor celeridad al gobierno en cuanto a la instrumentación de los cambios.

Dado lo vertiginoso en el ritmo de los cambios, este documento pretende describir las principales características del nuevo sistema de salud y los principales resultados que se pretende alcanzar. Para comprender su lógica, será necesario repasar brevemente los aspectos más críticos del sistema anterior y de qué forma se irían revirtiendo con la reforma. Dado que los cambios afectarán directamente a los trabajadores, se abordarán con mayor detenimiento los cambios en el financiamiento y los nuevos derechos adquiridos por los usuarios en materia de cobertura. Adicionalmente, se analizarán algunas críticas dirigidas al proyecto y algunos aspectos que, por su carácter polémico, merecen un debate profundo entre los trabajadores.

2. El sistema de salud previo a la reforma

El sistema de salud uruguayo se caracteriza por la coexistencia de dos subsectores, el público y el privado. Desde el punto de vista de la provisión de servicios, el primero está conformado por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Servicio de Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas, el Banco de Previsión Social (BPS), el Banco de Seguros del Estado (BSE), las policlínicas municipales, algunos servicios brindados por los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados y algunos Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE) de carácter públicos. La gran mayoría de prestaciones brindadas por el sector público están focalizadas en la atención de la población de menores ingresos. Esta red pública de atención ha sufrido una restricción presupuestal importante en los últimos años del gobierno anterior, al tiempo que los usuarios se incrementaron significativamente como consecuencia de la crisis económica vivida por el país. Esta combinación fue repercutiendo inequívocamente sobre la calidad de la atención brindada, generando importantes niveles de disconformidad en la población usuaria.

CUADRO I: Proveedores de servicios de salud

Público	Administración de Servicios de Salud del Estado Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas Servicio de Sanidad Policial Hospital de Clínicas Banco de Previsión Social Entes Autónomos y Servicios Descentralizados Sanco de Seguros del Estado Intendencias Municipales Institutos de Medicina Altamente Especializados
Privado	Institutos de Medicina Altamente Especializados Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Seguros Integrales Seguros Parciales Institutos de Medicina Altamente Especializados Residencias de ancianos y casas de salud

Fuente: elaboración propia.

Además de su rol como proveedor de servicios, el BPS desempeñó un importante papel como agente de financiamiento a través del seguro de enfermedad que administra. Este seguro –comúnmente llamado ex DISSE– fue creado a partir de la ley 14.407 del 22 de julio de 1975 y fue modificado en varias oportunidades para extender la cobertura en una institución privada sin fines de lucro a elección del beneficiario desde los asalariados privados hasta las empresas unipersonales que cumplen determinados requisitos y jubilados de bajos ingresos.

Hasta agosto de 2007 –fecha en que comienza a funcionar el actual Fondo Nacional de Salud (FONASA)–, los beneficiarios de la ex DISSE eran:

- Asalariados dependientes del sector privado (industria y comercio, rural, construcción y servicio doméstico).
- Trabajadores de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Transporte y Obras Públicas.
- Titulares de empresas unipersonales hasta con un dependiente, sin cónyuge colaborador y al día con sus aportes
- Titulares de empresas unipersonales rurales y sus cónyuges colaboradores, hasta con un dependiente.
- Titulares de empresas monotributistas y sus cónyuges colaboradores, hasta con un dependiente.
- Jubilados de actividades dependientes con ingresos menores a 4.804, 28 pesos, a noviembre de 2007.

Para los últimos tres tipos de beneficiarios, el derecho a la cobertura mutual era optativo y de esa opción dependía el régimen de aportes que se resume a continuación. Para el caso de los asalariados dependientes, el aporte obrero era de un 3% sobre los salarios nominales y el aporte patronal era de 5%. Adicionalmente, desde 1993, el empleador debe complementar la aportación al

seguro por enfermedad hasta el importe equivalente al valor de la cuota mutual para cada trabajador beneficiario, en caso de que sea necesario. En el caso de las empresas unipersonales, el aporte era por un 100% del valor de la cuota mutual fijado periódicamente por el Poder Ejecutivo, con la excepción de aquellas empresas unipersonales rurales con predios menores a las 500 hectáreas para las que el aporte opcional era de 30% sobre el valor de esa cuota mutual. En el caso de los jubilados como trabajadores dependientes de menores ingresos que ejercían la opción de afiliación mutual, el aporte total era de 3% de la pasividad mientras que el resto de los jubilados debía aportar obligatoriamente el 1%.

Para los trabajadores del sector público, excluidos del seguro de enfermedad del BPS con excepción de los trabajadores de la Dirección de Arquitectura del MTOP, la situación sobre derechos a cobertura mutual era muy diversa. En muchos casos, los organismos o las empresas cubrían por sí mismas la cuota del trabajadores y, en varios casos, ofrecían beneficios adicionales como tiques, órdenes, otras prestaciones e incluso, en muchos casos, beneficios para otros integrantes del núcleo familiar. En otros casos, no existían derechos en lo que refiere a la asistencia en salud. Entre estos últimos, se destaca la mayor parte de la Administración Central con excepción del Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior y parcialmente el Ministerio de Salud Pública. Por otra parte los trabajadores de la Enseñanza Primaria y del Poder Judicial durante el primer lustro de esta década, lograron que el BPS cubra la cuota por fuera del seguro de enfermedad.

Toda esta red de protección social permitió que la gran mayoría de los asalariados formales del país quedaran cubiertos en materia de asistencia en salud. Dado que la elección se circunscribía a efectores del ámbito privado, esto también supuso una importante inyección de nuevos ingresos y afiliados al sector mutual que, al 31 de diciembre del año 2006, contaba con 701.667 beneficiarios del seguro de enfermedad del BPS entre sus más de 1.450.000 afiliados totales.

Además del sector mutual, integrado por las llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), el sector privado está conformado por los seguros integrales, los seguros parciales (con una fuerte presencia de las emergencias móviles), los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE) privados y las casas de salud y de ancianos.

Pese al importante subsidio que recibieron a través de la creación y la extensión de beneficiarios de la ex DISSE, las IAMC han atravesado un proceso de desfinanciamiento progresivo que tuvo su punto más álgido en el año 2000, con el cierre de 8 instituciones. Estos desequilibrios son explicados en buena medida por los problemas que caracterizan al sector de la salud como la “selección adversa”, pero además existieron importantes déficits en materia de gestión.

La selección adversa se asocia a las asimetrías de información que existen entre los que prestan los servicios de salud y aquellos que los demandan. Pero el sistema de financiamiento de las instituciones prestadoras puede menguar o, como ocurrió en Uruguay, acrecentar la relevancia del problema. El sistema de pago para las instituciones del sector privado, caracterizado por una cuota

única, genera que aquellos usuarios que consideran que la utilización que podrían realizar de los servicios no compensa el pago de esa cuota, prefieran –en caso de que les sea posible– no afiliarse a estas Instituciones. Por otra parte, las personas que tienden a realizar una gran utilización de los servicios preferirán pagar esa cuota única, por los que serán ellos a quienes las Instituciones deberán prestar servicios.

Este comportamiento fue el que, a lo largo de los años, determinó que el sector mutual en su conjunto tendiera a captar promedialmente afiliados de mayor costo relativo, lo que acentuó los problemas financieros de las instituciones, a la vez que éstas establecieron criterios discriminatorios con la intención de controlar esta situación.

Es así que también predominó en el subsector privado una estrategia de selección de riesgos por parte de las instituciones, que generó problemas de acceso a algunos colectivos (mayores de 65 años, individuos con afecciones crónicas, etc.). Esta estrategia se combinó con una competencia por parte de las IAMC para captar las poblaciones de menores riesgos, como los jóvenes, que tienden a realizar un uso escaso de los servicios y que, de no percibir mayores beneficios, preferirían (dado el comportamiento que se explicó previamente) permanecer fuera del sistema. Las estrategias se basaron en ofrecer beneficios en relación a los copagos¹, y en algunos casos (de legalidad al menos dudosa) cuotas diferenciales².

Aquellas instituciones que no siguieron estas estrategias y que, en consecuencia, tienen una estructura de afiliados donde predominan los más riesgosos, son las que presentan los mayores problemas en cuanto al desfase entre sus ingresos y sus costos.

Por su parte, los problemas de gestión se relacionan tanto con problemas de administración como con situaciones vinculadas al modelo de atención que se impulsó. Los grandes desembolsos en tecnologías de punta asociado a la falta de coordinación y complementación entre los distintos agentes del sistema, provocaron diversas ineficiencias y significativos niveles de endeudamiento.

Esta lógica operativa del sistema, y el debilitamiento financiero de las instituciones, derivaron en importantes perjuicios para los usuarios. En materia de cobertura se deterioró la calidad asistencial, y en lo que refiere al acceso a los servicios,

(1) Copago refiere a que tanto el usuario como el proveedor participan en el pago de un determinado servicio. La mayoría de los copagos son tasas moderadoras, es decir, intentan controlar la utilización excesiva de ciertas prestaciones asistenciales por parte del usuario. Mayoritariamente, implican desembolsos que deben efectuarse al momento de hacer uso del servicio. Los ejemplos más claros son los tickets de medicamentos y las órdenes.

(2) Las cuotas diferenciales pueden ofrecerse a través de un convenio a determinado colectivo de personas que deben estar nucleados en una organización con personería jurídica, por ejemplo, un sindicato. Estos son los casos que la reglamentación permite establecer cuotas diferenciales. En algunas ocasiones, las instituciones han ofrecido cuotas diferenciales a grupos de personas (jóvenes por ejemplo) que difícilmente se encuentren todos agrupados en una organización con las características exigidas.

el rol fundamentalmente recaudador de los copagos ofició como barrera para que amplios sectores pudieran hacer efectivo el derecho a la atención.

Por lo tanto, desde el punto de vista de los efectores del subsector público y privado, esta situación generó diversos problemas que sumergieron al sistema en una profunda crisis.

Resulta de sumo interés analizar, a nivel agregado, cómo se financió este sistema fraccionado y de esa forma constatar las inequidades a las que se hace referencia al principio. Para eso se presenta en el cuadro II y III información correspondiente al año 2004 (último para el que se cuenta con información sistematizada) sobre las fuentes del financiamiento del sistema, o sea de dónde provienen los recursos, y sobre la distribución del gasto en salud.

Como se observa en el cuadro II, el financiamiento del sistema de salud se reparte en partes prácticamente iguales entre fuentes públicas y fuentes privadas³. Dentro de las fuentes públicas se consideran las provenientes del Rentas Generales y las Contribuciones al Seguro Social de Salud (seguro de enfermedad del BPS, ex-DIS-SE) y dentro de las privadas, el gasto en seguros privados y el pago de bolsillo. Esta última es considerada la más regresiva en cuanto a la distribución del ingreso, ya que supone erogaciones (en tickets, órdenes, gasto en farmacias, etc.) en el mismo momento en que surge la necesidad de utilización de los servicios.

Sin embargo, el destino de estos recursos es sustancialmente diferente a la forma en que éstos se generan. Tan solo una cuarta parte del gasto total se destina al subsector público, y en consecuencia el gasto global se concentra dentro del subsector privado. La relevancia de estas cifras es mayor sise tiene en cuenta que la población asistida por cada subsector es prácticamente igual.

CUADRO II: Fuentes de financiamiento

GASTO EN SALUD CON FINANCIAMIENTO PUBLICO

Fuente	Millones \$	%
Impuestos	7.456	21,9
Impuestos Generales y Contribuciones	6.863	20,2
Impuestos Locales	593	1,7
Seguridad Social	8.636	25,4
Contribuciones del empleador	4.047	11,9
Contribuciones del empleado	1.737	5,1
Contribuciones de pasivos	249	0,7
Transf. del Gobierno a la Seg. Soc.	2 603	7,7
Precios*	787	2,3
Total Público	16.879	49,6

(3) En el caso de las fuentes de financiamiento, el carácter de público o privado se relaciona con el carácter voluntario u obligatorio del aporte o gasto.

GASTO EN SALUD CON FINANCIAMIENTO PRIVADO

Fuente	Millones \$	%
Hogares	16.848	49,6
Endeudamiento	257	0,8
Total Privado	17.105	50,4
TOTAL DEL GASTO	33.984	100,0

(*) Incluye pamestatales y corp. públicas

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud, 2004. MSP.

CUADRO III: Recursos utilizados por proveedor

Proveedores Públicos	Millones \$	%	Proveedores Privados	Millones \$	%
ASSE	4.734	13,93	IAMC	14.682	43,2
MSP	303	0,89	Seguros Privados Integrales	1.170	3,44
Sanidad Militar	826	2,43	Emergencias Móviles	1.649	4,85
Sanidad Policial	371	1,09	IMAE privados	1.183	3,48
Hospital de Clínicas	520	1,53	IMAE en el exterior	40	0,12
BPS - sanatorio	664	1,96	Casas de Salud	687	2,02
BSE - sanatorio	539	1,59	Caja Notarial	91	0,27
Otros	662	1,94	Consultorios y Farmacias	5.863	17,25
Total públicos	8.619	25,36	Total privados	25.365	74,64

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud, 2004. MSP.

3. La reforma del sistema de salud

Como se señaló en la introducción, la reforma de la salud ya cuenta con sus tres principales leyes vigentes desde enero de 2008. En la ley 18.211, aprobada el 5 de diciembre de 2007, se define la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con los siguientes principios rectores:

- La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- La cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los serv. de salud.
- La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

- El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- La participación social de trabajadores y usuarios.
- La solidaridad en el financiamiento general.
- La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

A partir de estos ejes sobre los que se apoya la reforma, se pueden deducir cambios en los tres niveles que definen cualquier sistema de salud: el modelo de gestión, el modelo de atención, y el modelo de financiamiento. Los cambios en el modelo de gestión se vinculan con los aspectos políticos de la reforma y consisten en definir el rol del Estado en cuanto a la regulación y el control del sistema y la provisión de servicios, así como también establecer el papel que deben jugar otros actores como usuarios y trabajadores. En relación a estos últimos, la reforma plantea incrementar el control social sobre la gestión de los prestadores de servicios. Adicionalmente, el nuevo sistema tiene como meta establecer un régimen de complementación y de racionalización de los servicios.

En este sentido, un pilar fundamental del nuevo modelo de gestión es la creación de la Junta Nacional de Salud (JNS), que tiene como cometidos administrar el Seguro Nacional de Salud creado también en la ley 18.211 y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. Jurídicamente, la Junta tendrá la forma de un organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), y estará presidida por un directorio integrado por representantes del Poder Ejecutivo, de los usuarios, de los prestadores y de los trabajadores de la salud⁴.

Entre otras competencias, la Junta estará encargada de suscribir los contratos de gestión con los distintos prestadores que integren el SNIS, aplicar y fiscalizar los mecanismos de financiamiento del sistema que se detallan más adelante, disponer los pagos a los prestadores en función del cumplimiento de las obligaciones establecidas en la ley y controlar las relaciones entre los prestadores integrantes del sistema y de éstos con terceros.

Relacionado también con el cambio en el modelo de gestión, la reforma exigió la aprobación de la ley 18.161 que refiere a la descentralización de ASSE del Ministerio de Salud Pública. Con esta normativa, se logra separar claramente las funciones de regulación y prestación de servicios de salud por parte del sector público, colocando a ASSE como una institución más que, junto con las privadas que in-

(4) El directorio de la JNS tendrá dos miembros del MSP, uno del Ministerio de Economía, uno del BPS y un representante por cada uno de los otros tres colectivos mencionados.

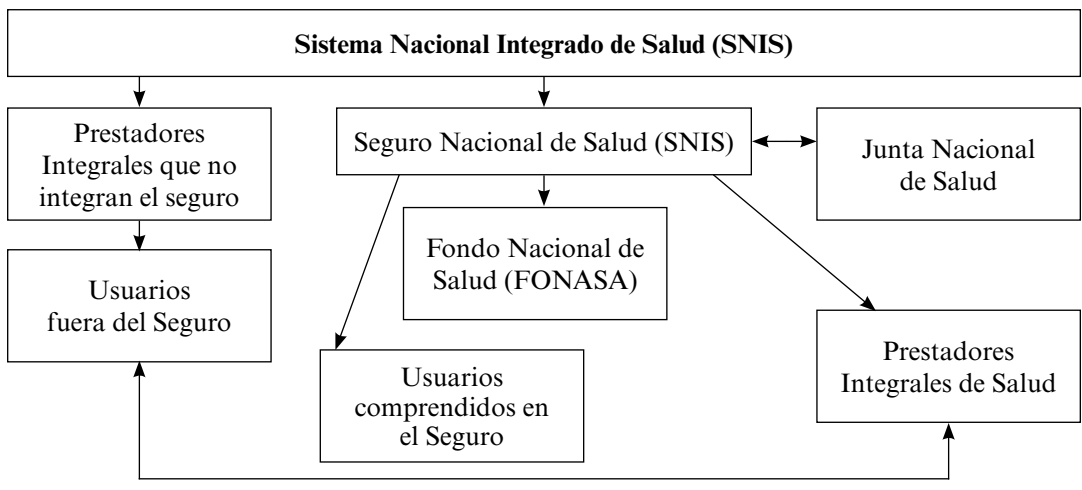
tegren el SNIS, compita por la captación de beneficiarios que progresivamente se incorporen al Seguro Nacional de Salud.

Los cambios en el modelo de atención implican fundamentalmente el pasaje hacia un modelo preventivo, de atención primaria con jerarquización del primer nivel de atención. Tal como se define en el artículo 36 de la ley 18.211 que crea el SNIS, en el primer nivel de atención estarán comprendidas “...el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social⁵”. Se establece además que el SNIS debe estar organizado en redes tanto territoriales como de niveles de atención de la salud.

En estrecha relación con los cambios reseñados, se plantea el cambio del modelo de financiamiento cuyo primer paso se dio a partir de la entrada en vigencia en agosto de 2007 de la ley 18.131 (“ley chica”) a través de la cual se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se estableció un cambio en el modelo de pago a los prestadores de servicios. La creación del Fondo implicó la constitución de uno de los componentes neurálgicos del Seguro Nacional de Salud, que se consolidó unos meses más tarde con la aprobación de la denominada “ley grande”, creadora del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Es preciso diferenciar aquí el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) del Seguro Nacional de Salud (SNS). El primero de ellos es una institucionalidad superior, de mayor amplitud, y tal como se establece en la ley, el SNIS deberá asegurar el acceso a servicios de salud integrales a todos los habitantes del país. Por lo tanto, serán usuarios del sistema todos los ciudadanos que estén registrados debidamente en un prestador integral de Salud, mientras que sólo una parte de ellos serán inicialmente integrantes del Seguro.

FIGURA 1: Componentes principales del Sistema Nacional Integrado de Salud.



(5) Artículo 34 de la ley 18.211.

3.1. El Seguro Nacional de Salud

El Seguro de Salud se sustenta sobre un sistema contributivo con solidaridad de ingresos y aportes fiscales que se centralizarán en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), uno de sus componentes fundamentales. Los otros dos componentes son los usuarios y los efectores de los servicios de salud. Dentro de los efectores, la ley establece que podrá haber prestadores integrales tanto públicos como privados. Además de las condiciones de calidad de las prestaciones, que serán evaluadas por el MSP, la Junta Nacional de Salud establecerá determinados requisitos para estos prestadores en relación a la cantidad de usuarios, recursos humanos, planta física, situación Económica financiera, etc., los que se determinarán en la reglamentación de la ley.

Si bien en la propuesta original se consideraba dentro de los prestadores privados básicamente al subsector compuesto por las IAMC, la redacción final de la ley establece que los seguros privados integrales también son prestadores del Seguro, con ciertas condiciones y un tratamiento diferente a del resto que se explican más adelante. En sintonía con el espíritu de ampliar los espacios de participación y control social, se plantea que todos estos prestadores que integren el Seguro deben tener órganos asesores y consultivos integrados, entre otros, por usuarios y trabajadores.

Cabe resaltar que a partir de la aprobación de la ley 18.131, ASSE es considerado un prestador integral elegible por los usuarios a través del seguro en iguales condiciones que el resto de los prestadores privados. Esto implica una modificación importante al seguro de enfermedad del BPS en el que, como se explicó, los únicos prestadores elegibles pertenecían al subsector privado IAMC. En relación a este cambio y a los efectos de promover una justa competencia, la ley 18.211 en su artículo 56 plantea que ASSE “adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009”.

Como se describirá más adelante, este Seguro Nacional de Salud incluye a una parte de la población. De acuerdo con el objetivo de cobertura universal que persigue la reforma, la meta es ir avanzando progresivamente en la incorporación de nuevos colectivos al Seguro, de forma que vaya abarcando cada vez más espacio dentro del sistema.

3.2. Usuarios y aportes al SNS

Un aspecto de la reforma sumamente relevante para los trabajadores, está relacionado con el nuevo régimen de aportes y los derechos adquiridos a partir de los mismos. Para ello, es preciso describir claramente quienes son los beneficiarios de Seguro y cual es el calendario planteado en la ley para el ingreso de futuros colectivos.

Como se señaló anteriormente, uno de los pilares fundamentales del Seguro será el Fondo Nacional de Salud, cuyos recursos, entre otras fuentes, provendrán de:

- Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- Aportes obligatorios de pasivos.
- Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.

Jubilados

Al igual que ocurría con anterioridad a la reforma de la salud, todos los jubilados deben aportar obligatoriamente el 1% de sus pasividades. Para el caso de los jubilados como dependientes, la normativa no introduce mayores modificaciones respecto a lo que regía para la ex DISSE ya que tendrán la opción de integrarse al nuevo Seguro aquellos pasivos que, aportando un 2% adicional, perciban menos de 4.804, 28 pesos, a noviembre de 2007. Lo que sí introdujo la reforma fueron nuevos contratos entre el Seguro y los prestadores que permitieron algunos beneficios como órdenes y tiques gratuitos para estos jubilados, que muchas veces se veían impedidos de acceder a la mutualista por los elevados copagos vigentes. Estos contratos permitieron que, desde agosto de 2007, más de 5.000 jubilados se integraran al Seguro.

Además de esto, la reforma permitió extender el derecho a los jubilados como no dependientes⁶ de menores ingresos. En este caso, el tope de ingresos se estableció en 2,5 Bases de Prestaciones y contribuciones y, además, se exigió que integren hogares donde el promedio de ingresos por persona tampoco supere ese monto. Al igual que en el caso de los jubilados como dependientes, el ingreso al Seguro Nacional de Salud es optativo y requiere de un aporte adicional de 2% de la jubilación.

El último cambio relevante vinculado a los jubilados está relacionado con la posibilidad que los activos aportantes al FONASA que se jubilen a partir de enero de 2008 continúen en el seguro con independencia del monto que perciban por su jubilación. Esto significa, con el correr de los años, la posibilidad de ir universalizando progresivamente el derecho a todos los jubilados, con independencia del monto de la transferencia que reciban.

(6) Por jubilados no dependientes se considera aquellos que, como el caso de los patrones, no trabajaban en relación de dependencia.

Trabajadores

Al igual que con la Ex DISSE, la inclusión de los trabajadores al Seguro Nacional de Salud exige aportes obreros y patronales. En el caso de los empleadores públicos y privados, el aporte continuará siendo el 5% de la masa salarial de sus trabajadores sujeta a montepío⁷. Para los trabajadores, el sistema de aportes es algo más complejo ya que contiene una tasa de aportes general y obligatoria para todos y algunas tasas adicionales que se corresponden con la situación individual.

El aporte general será de 3%, igual al que realizaban los trabajadores privados con anterioridad a la reforma. Existe una excepción de carácter temporal para los trabajadores del sector público que no tenían cobertura de salud antes de agosto y se incorporaron al FONASA con la “ley chica”. Para este colectivo, que nuclea a unos 25.000 funcionarios públicos⁸, el régimen es diferente ya que, inicialmente, el aporte de 3% estará a cargo de Rentas Generales y a partir de enero de 2008 irán aportando un 1% acumulativo anual hasta alcanzar el 3%.

Otros trabajadores del sector público, que en su mayoría tenían algún tipo de cobertura de salud y fueron incorporados al Seguro con la ley 18.211, son los funcionarios del Poder Judicial, la ANEP, la Universidad de la República, ASSE, el Poder Legislativo, los legisladores y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, funcionarios del Ministerio de Salud Pública, y todos los de las Empresas Públicas. Quedan fuera del Seguro los trabajadores de los ministerios del Interior y de Defensa. Por su parte los trabajadores de OSE, que tienen una caja de auxilio, quedan incluidos en este régimen de incorporación, que como se verá más adelante culmina en el 2011.

El aporte personal de estos trabajadores así como los que se adicionan serán los mismos que para los que desempeñan sus tareas en el sector privado. Lo único que la ley plantea para esto funcionarios, que ya poseían cobertura, es que no podrán dejar de recibir prestaciones que el SNS no les ofrezca. Por otra parte, la reglamentación difirió en el tiempo a algunos colectivos de los mencionados, que se irán incorporando paulatinamente hasta mitad del 2008.

Además de este aporte general, se estableció para todos los trabajadores un aporte adicional a partir del 1° de enero de 2008 que permitió el ingreso al Seguro de los hijos menores de 18 años o los mayores de esa edad con discapacidad (incluyendo los del cónyuge o concubino).

Los trabajadores que perciban un salario nominal mensual inferior a las 2,5 BPC (actualmente \$ 4.437,5) estarán exentos del aporte adicional. Los trabajadores

(7) En los casos en que corresponda, a este aporte debe adicionarse el complemento de cuota correspondiente.

(8) Este colectivo está integrado por los trabajadores público de la Administración Central (excluyendo los ministerios de Defensa, Interior y Salud Pública), Tribunal de Cuentas, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, los cuidadores del INAU y los funcionarios con contratos a término en la función pública.

que estén por encima de este mínimo no imponible tendrán un aporte adicional que originalmente iba a ser de 3% pero que la discusión parlamentaria llevó a diferenciar según si tienen o no menores a cargo. Para aquellos trabajadores que no tengan menores que incorporar al Seguro, el aporte adicional será de un 1,5%, mientras que para el resto el aporte adicional será de un 3%.

CUADRO IV: Régimen de aportes de los trabajadores dependientes

Nivel de Remuneración	Aporte básico	Aporte adicional		Aporte total	
		Sin dep.	Con dep.	Sin dep.	Con dep.
Hasta 2,5 B.P.C.	3%	0%	0%	3%	3%
Mas de 2,5 B.P.C.	3%	1,5%	3%	4,5%	6%

Fuente: elaboración propia

Por su parte, existe un nuevo régimen de aportes para las empresas unipersonales que eran beneficiarias de la EX DISSE y permanecen como beneficiarias del actual seguro. En el caso de las unipersonales sin cónyuge colaborador y hasta con un dependiente, el esquema actual plantea que realicen los aportes obreros y patronales sobre un ficto de 6,5 BPC. Por lo tanto, aquellos sin menores a cargo aportarán un 9,5% y quienes tengan menores a incluir en el FONASA, lo harán por un 11%. En el caso de los titulares de empresas monotributistas hasta con un dependiente y sus cónyuges colaboradores, el derecho a la cuota mutual continúa siendo optativo y en caso de ejercer la opción, el régimen de aportes es similar al que rige para el resto de las empresas unipersonales recientemente descripto. Por último, está la situación de los titulares de empresas unipersonales rurales y sus cónyuges colaboradores para los que la inclusión al Seguro también sigue siendo optativa. En caso de ingresar, los aportes serán de 45% del valor de la cuota mutual fijada por el Poder Ejecutivo para aquellos beneficiarios sin menores a cargo y de 60% para el resto.

Se estima que este régimen permitirá que, una vez concluida la afiliación de los menores, queden integrados entre 400.000 y 500.000 niños al seguro. Dado que el nuevo régimen de aportes es insuficiente para cubrir el costo de este colectivo, fue necesario un aporte fiscal adicional⁹.

Existe otro conjunto de trabajadores formales que tienen cobertura a través de un seguro convencional o caja de auxilio. Estos seguros -en muchos casos producto de conquistas sindicales- permiten volcar los aportes obligatorios a un fondo propio a partir del que se financian prestaciones que por lo general superan lo que

(9) El monto anual adicional para cubrir la incorporación de los 25.000 funcionarios públicos sin cobertura y a los menores fue de aproximadamente US\$ 72 millones.

ofrecía la ex DISSE. Para estos casos, la ley establece un plazo hasta 2011 durante el cual sus beneficiarios deberán ir incorporándose al Seguro Nacional de Salud.

Por otro lado, los profesionales independientes así como otros trabajadores independientes que no tenían derecho a cobertura, deberán incorporarse al Seguro en 2011 y con un régimen de aportación que será definido oportunamente.

Por último, se faculta al Poder Ejecutivo a incorporar a los funcionarios de las Intendencias Municipales, cada una de las cuales presenta una situación diferente en relación a la cobertura de salud de sus trabajadores.

La ley que crea el SNIS establece que la ampliación del Seguro hacia otros miembros del hogar estará sujeta a las posibilidades fiscales e implicará un aporte adicional por parte de los trabajadores. Es así que se establece como segundo colectivo a incorporar el de los cónyuges o concubinos dependientes. Para este colectivo, se plantea un cronograma que estable una prioridad para los hogares con mayor número de hijos:

- Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.
- Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.
- Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.
- Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

De acuerdo al artículo 66 de la ley 18.211, la incorporación de los cónyuges supondrá un aporte adicional de un 2% de las retribuciones.

Como se mencionó antes, la ley incluyó, dentro de los prestadores integrales del Seguro, a los seguros privados integrales. Se estableció que los beneficiarios del Seguro pueden elegir como prestador a uno de estos seguros existentes¹⁰, pero tendrán un tratamiento diferencial respecto al de las IAMC que se detallará más adelante, en ocasión de describir el pago a los prestadores.

Si bien uno de los principales objetivos de la reforma de la salud es ir incorporando cada vez más beneficiarios al Seguro, se espera que a través de mecanismos indirectos se beneficien los colectivos “excluidos del Seguro”, que continuarán siendo usuarios de la red de asistencia pública como hasta el momento. En este sentido, los recientes incrementos presupuestales han posibilitado una suba en el gasto promedio que realiza ASSE por cada usuario. Mientras que en 2004 el gasto promedio de ASSE alcanzaba apenas al 42% del gasto promedio que realizaban por usuario las Instituciones del subsector privado de las IAMC, en

(10) Siempre que los mismos brinden las mismas prestaciones del plan integral que apruebe el MSP y otorguen, tanto al MSP como a la Junta Nacional de Salud, toda la información que se les solicite.

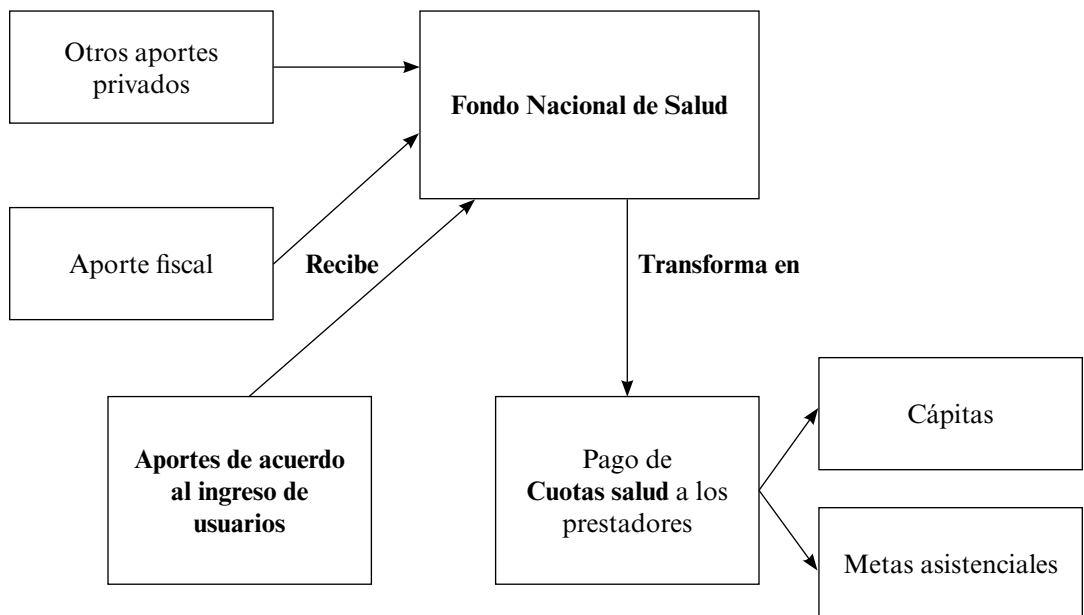
2007 esta relación mejoró ascendiendo a un 55%. La reforma permitiría seguir reduciendo esta brecha ya que como muchos usuarios actuales de ASSE van a ingresar al Seguro, se espera que un porcentaje de los mismos elija cambiar y pasar a ser usuario de un prestador privado, lo que posibilitará que se siga incrementando el gasto promedio por usuario de ASSE.

Otro mecanismo se vincula a los nuevos ingresos que ASSE recibirá del FONASA por haberse convertido en un prestador integral del Seguro. En la medida que las cuotas salud que reciba sean superiores al gasto promedio por usuario del período, entonces también se incrementará su presupuesto y se podrá seguir mejorando el gasto por usuario.

3.3. Cambio en el modelo de pago

El FONASA, creado a partir de la “ley chica”, nuclea todos los aportes y los distribuye hacia los efectores en función de los parámetros que se detallan a continuación. Por lo tanto, el Fondo transforma contribuciones asociadas al ingreso de los usuarios en pagos de cuotas salud hacia los prestadores de los servicios. Esta cuota salud tiene dos componentes: un pago por cápita y un pago por cumplimiento de metas asistenciales.

FIGURA 2: Aportes al FONASA y mecanismo de pago a los prestadores



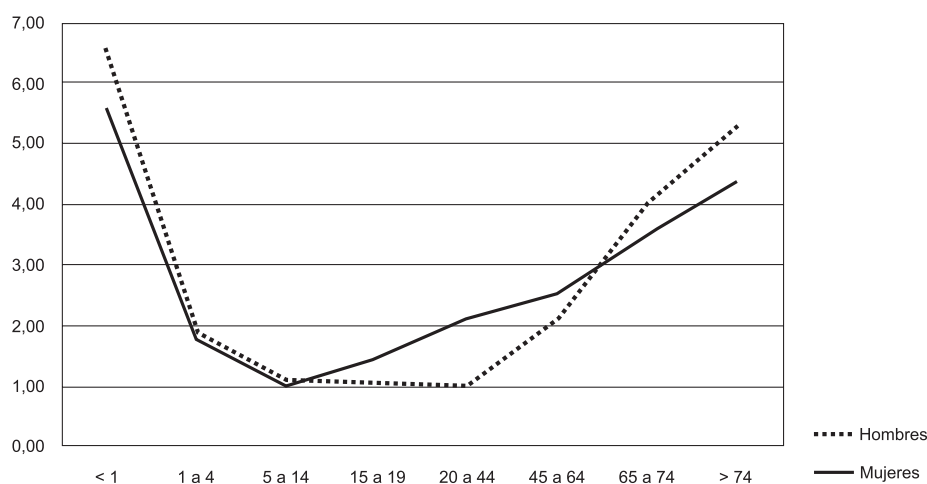
La forma de pago a los prestadores de servicios es una de las innovaciones más importantes planteadas en la reforma. En concordancia con los principales objetivos en relación al modelo de financiamiento, es decir, la búsqueda de una mayor equidad, sustentabilidad y solidaridad, se establece que el modelo de pago a los efectores será el caputivo con tarifa diferenciada. Estas cápitas se diferen-

ciarán en relación con las características de la población, utilizándose el sexo y la edad como variables aproximadas del riesgo sanitario¹¹.

De esta manera, se logra separar el aporte que los individuos deben realizar al Fondo -el que, como se explicó, se realiza en función del ingreso salarial-, del riesgo que los mismos presentan para los efectores en función de los costos esperados. Secuencialmente, los individuos aportan un porcentaje de sus ingresos, el Fondo los centraliza y los distribuye entre los efectores integrales ajustando los pagos por individuo en función de su edad y sexo. Este pago prospectivo, que se diferencia en función de las dos variables señaladas, es lo que se denomina cápita y, como se explicó antes, es uno de los dos componentes de la cuota salud que percibirán los prestadores. De forma sintética, se elaboraron 16 subgrupos de afiliados en función del sexo y la edad, encontrándose la relación entre los costos esperados que se aprecia en el Gráfico 1.

GRÁFICO 1: Relación entre las cápitás según tramos etarios y por sexo.

Base 1 = Hombres entre 20 y 44 años



El costo esperado tanto para hombres como para mujeres toma la forma de una U, reflejando cómo los costos disminuyen desde el comienzo de la vida hasta la juventud, incrementándose de allí en adelante. Al considerar el tramo etario comprendido entre los 14 y los 44 años se observa siempre un costo esperado mayor para las mujeres, claramente explicado por los controles necesarios asociados a su función reproductiva.

El segundo componente de la cuota salud es el pago por cumplimiento de metas asistenciales. El mismo se definió a partir de la implementación de un Plan de Prestaciones. En función de los componentes de este Plan es que se establecerán

(11) El pago capitolativo es uno de los sistemas de pago de mayor agregación en cuanto a la prestación asistencial por la que se paga (atención integral). La cápita puede ser uniforme para todos los usuarios, es decir, un pago fijo, o puede variar de acuerdo al tipo de usuario. Esto es lo que se conoce como una tarifa diferenciada.

determinadas metas que serán evaluadas considerando el cumplimiento de las mismas y la calidad y eficiencia con la que se realizan¹².

El decreto del 8 de enero de 2008 que reglamenta la ley 18.211 estableció que el valor monetario de la cápita base correspondiente al tramo de hombres entre 20 y 44 años es de \$ 419. Por otro lado, el mismo decreto establece que el valor del componente metas será de \$ 45. Posteriormente, un Decreto del 16 de enero de 2008 estableció que el valor de la cápita base se incrementaría en 2% y el valor del componente metas crecería un 2,66% lo que significó que los valores de las cuotas salud que reciben las instituciones por cada beneficiario del FONASA se ubicara en las cifras contenidas en el cuadro V.

Cuadro V: Valores de las cuotas salud (en pesos)

Edad	Hombres	Mujeres
< 1	2832,71	2426,70
1 a 4	858,22	811,21
5 a 14	520,59	473,58
15 a 19	507,77	657,35
20 a 44	473,58	952,24
45 a 64	930,87	1127,47
65 a 74	1751,44	1529,21
> 74	2294,22	1901,03

Fuente: Elaboración propia

Otro aspecto importante que determinará si el cambio en el modelo de financiamiento podrá o no lograr sus objetivos, viene dado por el mecanismo que a partir de la reforma se utiliza para ajustar el valor de la cuota salud. Anteriormente, el precio de la cuota mutual era un precio regulado, cuya variación se determinaba en función de la variación de una paramétrica que incluye los costos operativos más importantes de las IAMC (salarios, medicamentos, gasto de funcionamiento, etc). Por otra parte, la llamada cuota DISSE que el antiguo seguro de salud del BPS pagaba a las instituciones médicas se determinaba como un porcentaje, diferente según activos o pasivos, de la cuota promedio individual de cada IAMC.

(12) Un ejemplo en base al que se establecieron metas asistenciales es la salud del niño. Incorporando dos dimensiones fundamentales del cambio en el modelo de gestión como son la complementación y la incorporación de la dimensión territorial al concepto asistencial, se planteó una de las metas asistenciales relacionada con el seguimiento de los niños recién nacidos. En líneas generales, se estableció que debe existir cierta responsabilidad del efector donde el niño nace en relación a su posterior tratamiento asistencial ya sea que éste se realice en la misma institución o en otra. De realizarse en otra institución, la responsabilidad del efector primario será el derivarlo a esa nueva institución y sistematizar la información que será solicitada por el MSP.

A partir de la redacción de la ley 18.211, se plantea que la actualización de la cuota salud será una facultad del “Poder Ejecutivo con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud”. Se señala que la cuota salud variará en función de los costos asociados a las cápitras y también en la medida en que se incorporen nuevos programas de atención de salud por el componente cumplimiento de metas. En líneas generales (excluyendo el componente metas), esto no presenta cambios significativos en relación al sistema previo. Lo nuevo y de mayor interés que incorpora la ley es que establece que también podrán realizarse ajustes en función de mejoras en la eficiencia del sistema y de acuerdo al logro de economías de escala generadas a partir de la incorporación de nuevos colectivos al sistema.

El pago mediante cuota salud tiene asociados varios objetivos. Por un lado, se intenta dar mayor sustentabilidad al sistema, disminuyendo el riesgo que enfrentan las Instituciones y acercando la cuantía de sus ingresos con el costo esperado de sus afiliados. Por otra parte, este acercamiento de ingresos y costos esperados de los distintos grupos de afiliados debería disminuir los incentivos de los diferentes efectores a seleccionar riesgos. A su vez, al incorporarle el componente de pago por cumplimiento de metas, se espera que los incentivos que se generen para incrementar los ingresos por parte de las instituciones sean el incremento de afiliados y que esto se base en la competencia en función de la calidad de la atención que brinden.

Por último, resta describir el financiamiento de los seguros privados integrales y su relación con el FONASA. Una vez que los usuarios elijan a estos seguros como sus prestadores, deberán abonar, además del aporte al FONASA, la diferencia cobrada por esta clase de empresas. Además, de acuerdo al texto de la ley, en ningún caso el FONASA pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero patronal del contribuyente. La reglamentación estableció que, en el caso de aquellos beneficiarios sin menores a cargo, el Fondo vuelca al seguro el menor valor entre la cuota salud (más el aporte al FNR) y la suma del aporte patronal y personal. Si el beneficiario tiene hijos amparados en el Seguro y la suma de aportes patronal y personal es mayor o igual que la totalidad de las cuotas salud, el seguro integral recibirá este último monto. Si los aportes son menores, el seguro integral recibirá el saldo de los mismos que resulte luego de deducir la suma de cuotas salud y del Fondo Nacional de Recursos que correspondan por los beneficiarios que no contrataron con dicho seguro. Además, otro elemento diferencial está relacionado a que los recursos que el FONASA volcará a los seguros integrales tienen un descuento de 6% por concepto de gastos de administración.

4. Consideraciones finales

De acuerdo a la descripción que se realizó, la reforma de la salud implica un cambio estructural del sistema con objetivos no solo compartidos sino en muchos casos impulsados por el conjunto de los trabajadores organizados.

Entre los aspectos claramente positivos, se puede señalar la ampliación de una cobertura integral en salud para una gran parte de la población, que de acuerdo a las metas trazadas en materia de universalización de la cobertura, continuará de forma auspiciosa durante los próximos años. Naturalmente, la creación del Seguro Nacional de Salud supone cuantiosos esfuerzos económicos tanto de quienes aportan como a nivel de las finanzas públicas, lo que restringe las posibilidades de alcanzar la universalización rápidamente y exige avanzar a un ritmo acorde con las posibilidades del país.

Sobre el mecanismo de aporte y la lógica del Seguro, la reforma quiebra con la concepción anterior en la que el acceso a la salud se asociaba con las posibilidades económicas del hogar. Bajo la premisa de que cada uno aporte de acuerdo a sus posibilidades y reciba de acuerdo a sus necesidades, el nuevo sistema promueve que cada hogar aporte un porcentaje de su ingreso -incluso menor para los hogares más pobres- y reciba atención para todo su núcleo familiar con independencia del número de integrantes o las condiciones sanitarias.

Por su parte, la modificación en los mecanismos de financiamiento de los prestadores dotan de mayor sustentabilidad económico financiera al sistema, intentando disminuir la selección de riesgos por parte de las instituciones. De acuerdo a la lógica del pago relacionado a diferentes cápitales, cada prestador tiene similares incentivos para afiliar a un adulto mayor, a un joven o a un recién nacido. Esto permite suponer que la competencia entre las instituciones públicas y privadas ya no se centrará en la captación de afiliados más baratos sino en mejorar los niveles de calidad en la atención, lo que derivará en beneficios directos para los usuarios.

Otro de los aciertos está vinculado a las mejoras que se proyectan para el castigado subsector público, con un significativo incremento del gasto por usuario. Sobre este punto, será necesario que ese aumento del gasto se traduzca efectivamente en una mejora en la calidad de las prestaciones.

La reforma de la salud también avanza en materia de incrementar la regulación por parte del sector público. Considerando las peculiares características que presenta la prestación de servicios de salud (servicio de primera necesidad, asimetrías de información, externalidades, riesgo de abuso, selección de riesgos, alto costo en la necesaria incorporación de nueva tecnología y otras), resulta absolutamente imprescindible la presencia del Estado. Los diferentes niveles de calidad asistencial entre prestadores y la ineficiente superposición de esfuerzos y recursos en diversos planos son, en buena medida, resultado de la ausencia del Estado en su función reguladora. En este sentido, la nueva normativa referente a la definición de las prestaciones obligatorias, los requisitos para integrar el Seguro, las condiciones para la adquisición de nueva tecnología, las restricciones sobre los contenidos de la publicidad y la penalización de la intermediación lucrativa -junto con la creación de la Junta Nacional de Salud y sus potestades-, son elementos imprescindibles para avanzar hacia un sistema en el que los intereses privados estén supeditados a los intereses de la sociedad.

Además, el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud promueve la participación de trabajadores y usuarios, a nivel central y por institución, lo que permite el involucramiento de estos actores en los diversos temas fundamentales para el funcionamiento del sistema. Sin embargo, los niveles de participación son acotados aún y deberían profundizarse en etapas posteriores.

Entre los aspectos más polémicos, se ubica el de las tasas de aportes para aquellos trabajadores que no tienen hijos menores de 18 años. La reducción de la tasa de 6% a 4,5% negociada entre los legisladores, no parece alineada con los criterios de solidaridad que deberían guiar la reforma, ya que los aportes deberían ser independientes de las características de los aportantes tales como sexo, edad, historia clínica, núcleo familiar y otras. Tal vez, la reducción de tasas sólo sería justificable para hogares con un reducido ingreso en los que este aporte adicional, sin un beneficio presente, tuviera un impacto indeseado desde el punto de vista social, pese a su contenido solidario

Otro aspecto polémico está relacionado a la exclusión inicial de sectores con ingresos relativamente altos como profesionales independientes, empresarios, rentistas y otros. Si bien mayoritariamente poseen seguros integrales por fuera de la seguridad social, su inclusión presente permitiría financiar el ingreso de otros sectores ya que son agentes superavitarios en el sentido que sus contribuciones al FONASA superan los costos esperados y, por lo tanto, sus aportes superan a las cuotas salud que se pagarán por ellos. Esto significa que su exclusión actual acota la solidaridad de ingresos vigente y la incorporación de los sectores más vulnerables se torna altamente dependiente de los aportes fiscales. Indudablemente, los superávits que se generarían por la inclusión de sectores con altos ingresos al FONASA posibilitaría acelerar la universalización de la cobertura.

En esta línea de razonamiento, aparece la situación de los seguros convencionales cuya fecha de ingreso se efectivizará a inicios de 2011. Estos han permitido que más de 50.000 trabajadores obtengan beneficios superiores a los ofrecidos por el sistema de seguridad social convencional. Si bien la legitimidad de estos seguros es incuestionable y son el resultado de luchas gremiales, estos beneficios adicionales son posibles gracias a que, al tratarse de trabajadores con salarios por encima de la media, el 8% del aporte obrero y patronal permite financiarlos. Por lo tanto, también son agentes superavitarios y su inclusión en el FONASA permitiría financiar el ingreso de otros sectores. Indudablemente, es un tema delicado que amerita un debate profundo entre los trabajadores pero, de acuerdo al principio de solidaridad que debe guiar la reforma, es necesario acrecentar la cantidad y calidad de prestaciones y beneficios para los ciudadanos de menores ingresos aunque ese proceso de socialización de una cobertura integral adecuada pueda implicar, en algunos casos, ceder algunos beneficios individuales.

Otro de los puntos críticos que ameritan un riguroso monitoreo por parte de los trabajadores es el costo de los tickets, las órdenes y otros copagos en el subsistema privado. El desplazamiento de su función reguladora por cometidos de carácter recaudador originan notorias barreras que impiden que importantes contingentes poblacionales accedan efectivamente a la atención. Esta situación

implica que el derecho adquirido no se hace efectivo y configura un serio problema ya que los sectores de menores ingresos pasan a carecer de cobertura. Si bien la competencia por captar los nuevos beneficiarios del FONASA genera ciertos incentivos para que las instituciones reduzcan el costo de los copagos, es necesario que la regulación complemente ese mecanismo de mercado de forma que se eliminen los problemas de acceso. La “ley grande” otorga ciertas facultades a la Junta Nacional de Salud y al Poder Ejecutivo para que se promueva la progresiva reducción del monto de dichas tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia

en la población. Esta regulación debe ser efectiva y monitoreada por usuarios y trabajadores ya que la experiencia ha demostrado que los copagos han operado como elemento financiador de las instituciones generando enormes problemas de acceso para los más pobres. Estas consideraciones no significan que los copagos deban dejar de existir, ya que cumplen un rol relevante consistente en evitar el abuso innecesario en el uso de servicios y consumo de medicamentos.

Por último, no queda claro el relacionamiento de los seguros privados integrales (no mutuales) con el SNS. Como se mencionó anteriormente, estas instituciones serán elegibles por los usuarios del Seguro pero no están obligadas a dar por la cuota salud que reciban una prestación integral, pudiendo exigir la diferencia entre esta cuota y la suya a los usuarios del SNS. Esta situación podría atentar contra la homogeneización de la calidad de la atención que impulsa la reforma, por lo que debe ser monitoreada cuidadosamente.

