

**PRINCIPALES CAMBIOS EN EL
SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY.
Avances hacia la universalidad del
aseguramiento.**

**Soc. María Alejandra Gallo
Soc. Santiago Sosa**

PRINCIPALES CAMBIOS EN EL SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY. Avances hacia la universalidad del aseguramiento.

Soc. María Alejandra Gallo

Soc. Santiago Sosa

Asesoría en Políticas de Seguridad Social

Febrero 2015

En el presente artículo se recorren las principales modificaciones instrumentadas en el Sistema de Salud del Uruguay a partir del año 2005. El trabajo intenta ofrecer una aproximación al funcionamiento estructural del nuevo sistema y a los cambios más significativos en materia de cobertura de aseguramiento para la población. Con ese objetivo, se realiza al inicio una lectura diagnóstica de los problemas existentes en el antiguo sistema de salud. Seguidamente, se exponen las principales transformaciones que supuso la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Salud. Finalmente, se muestra la evolución en la cobertura del Seguro de Salud a partir de datos del Banco de Previsión Social (BPS) y de la Encuesta de Hogares (ECH).

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud se enmarca en el proceso de reforma social llevado adelante en Uruguay a partir del año 2005, que supuso un cambio en la matriz de protección social en la que se articulan políticas universales, focalizadas y de acción afirmativa.

En lo que respecta al componente de políticas sectoriales universales, de las que la reforma de salud forma parte, el proceso se orientó hacia el aumento de la cobertura y la puesta en marcha de instrumentos para facilitar el acceso y la mejora de la calidad de las prestaciones.

La estructura de este nuevo Sistema de Salud se puede rastrear en varias leyes y decretos. El decreto 133/005 (2005), que crea el Consejo Consultivo para la implementación del SNIS; la Ley 17.930 (2005) de Presupuesto Quinquenal, que establece que el Sistema se articulará sobre la base de complementación público-privada y orientará su estrategia a privilegiar el primer nivel; la Ley 18131 (2007), que crea el Fondo Nacional de Salud; la Ley 18161 (2007), que descentraliza los servicios de salud del estado (ASSE); y la Ley 18211 (2007), que plasma principios rectores y objetivos, reglamenta el derecho a la salud y la modalidad de acceso, crea la Junta Nacional de Salud y los lineamientos para el financiamiento del Sistema.

1. Principales dificultades del sistema de salud previo a la reforma

Desde sus orígenes, los servicios de salud en el Uruguay han tenido un importante desarrollo histórico, tanto desde los primeros movimientos asociativos (mutuales y cooperativos) como de los sucesivos impulsos modernizadores por parte del Estado. La profesión médica logró alcanzar tempranamente el monopolio del conocimiento y de la práctica sobre la atención en salud, unido a la presencia de una sociedad civil dinámica expresada en diferentes formas institucionales asociativas que desarrollaron una importante cobertura en los servicios de salud. Estas instituciones se vieron impulsadas por la incorporación de mecanismos financieros a través de los seguros de salud, cuya integración se consolidó en los años sesenta con la creación del BPS¹. El sistema contaba así con un pilar privado extendido, financiado en buena parte por los fondos del seguro de salud que el BPS volcaba de manera uniforme a las mutualistas (es decir, sin considerar cápitas de riesgos asociados). Los fondos del seguro provenían de aportes de trabajadores y empleadores, beneficiando a los trabajadores privados contribuyentes (no a sus familias) y a los jubilados de menores ingresos² (Lagomarsino, 2009, p. 90).

Además de la cobertura mutual, el sistema presentaba una gran heterogeneidad de formas de acceso a las prestaciones de salud. En el sector privado, junto a las mutualistas coexistían los seguros privados con fines de lucro, brindando cobertura parcial o integral a una pequeña franja poblacional de ingresos altos. Éstos contaban con mayor flexibilidad de actuación y de selección de riesgos en el mercado. En relación a la cobertura parcial cabe mencionar los servicios de emergencia móvil, de gran impulso en la década de los

¹ Luego, en dictadura, la administración del seguro unificado de salud pasó a manos de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), para volver al BPS con su reinstitucionalización en 1986, en el periodo de la reapertura democrática.

² Los trabajadores aportaban el 3% del salario y los empleadores el 5%. En algunos casos el empleador también debía abonar un "complemento de cuota mutual" cuando existía una diferencia entre el total de contribuciones y el total del valor de cuota mutual respecto a los dependientes a cargo. Los jubilados de menores recursos cubiertos aportaban el 3% de su jubilación, mientras que los jubilados que no accedían al seguro aportaban al sistema el 1%. Finalmente, el Estado financiaba el déficit del Seguro de Enfermedad a través de transferencias de Rentas Generales (MSP, 2009, p. 26).

noventa. Con su expansión se extendió también el tipo de prestaciones que ofrecían, cubriendo parte de los servicios de policlínica, atención domiciliaria (no necesariamente de emergencia) y de primeros diagnósticos no especializados. Con ello el servicio se alejaba de su función de atención de emergencias y emergían problemas de superposición y de descoordinación³. Otro caso particular son los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) que brindan prestaciones de alta complejidad. Se trata de instituciones públicas o privadas, a veces propiedad de las mutualistas, que son contratadas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR), con el cual se financian procedimientos que demandan una alta concentración de recursos humanos y materiales.

Respecto a los trabajadores públicos, se presentaba una multiplicidad de situaciones en tanto dependían de la cobertura y forma de pago que cada organismo regulara. Se producían configuraciones de gran inequidad en tanto las coberturas iban desde paquetes integrales con beneficios adicionales hasta situaciones de desprotección (Arbulo et al, 2012, p. 14). Por otra parte, algunos colectivos de trabajadores privados y públicos contaban con las llamadas Cajas de Auxilio que implicaban situaciones muy ventajosas para dichos colectivos en relación a las prestaciones, los aportes y los subsidios en caso de enfermedad (Arbulo et al, 2012, p. 17).

Por otra parte los servicios estatales, si bien extendidos, contrastaban fuertemente con los servicios privados y mutuales, concentrando a las personas de menores ingresos que no cotizaban a la seguridad social. En el sector público también existía una gran heterogeneidad institucional y de tipos de cobertura. La mayor parte de ella estaba a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP), y desde 1987 a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). La misma se creó como organismo desconcentrado⁴, con el cual los otros prestadores públicos de salud deberían coordinar sus actividades “a fin de evitar la superposición y la subutilización de recursos” (Arbulo et al, 2012, p. 14).

Estos otros prestadores tenían una naturaleza variada. El Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad de la República, funcionó como hospital general tanto como un ámbito referente de formación de profesionales de la salud. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial eran prestadores públicos integrales que ofrecían cobertura a los funcionarios del Ministerio de Defensa y del Interior respectivamente, así como a sus familiares y a los funcionarios retirados de dichos organismos. También funcionaban las Policlínicas Municipales brindando servicios del primer nivel de atención a lo largo del país, financiadas por las propias intendencias. También cabe mencionar al Sanatorio del Banco de Seguros del Estado (BSE), que brindaba atención a los trabajadores formales a través del seguro contra accidentes laborales. Finalmente, el BPS, además de la gestión de los fondos del seguro de salud (ex DISSE), también participaba de la prestación de servicios de salud a través del servicio de asignaciones familiares, brindando atención médica materno-infantil.

La marcada fragmentación del sistema y segmentación de la cobertura señaladas, así como otras dificultades, se fueron acumulando en las últimas décadas del siglo XX, llevando a la crisis del sistema de salud en los años noventa, tanto de los aspectos asistenciales como del financiamiento. Si bien estos y otros problemas estructurales del sistema de salud fueron numerosos diagnosticados por un amplio abanico de actores políticos y sociales vinculados a la salud, hubo dificultades para alinear las condicionantes

³ Esto además de distorsionar su función original y de tener como consecuencia una superposición de tareas, presentaba el problema adicional de la poca continuidad en la atención (MSP, 2009, p. 24)

⁴ Tal figura representó un paso en la separación de funciones de asistencia de salud y de rectoría, aunque aún implicaba la dependencia de ASSE respecto al MSP (Arbulo et al, 2012, p. 14).

político-institucionales que impulsaran cambios profundos que atacaran las problemáticas más críticas del sistema (Fuentes, 2010, p. 120).

Resumidamente, el “consenso diagnóstico”⁵ expresaba:

- El predominio de un enfoque curativo y asistencialista.
- Un estancamiento y pérdida de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a profundos cambios demográficos y de la estructura epidemiológica de riesgos
- Debilidades en las capacidades rectoras del Ministerio de Salud Pública (MSP), confusión de funciones de regulación y gestión que llevaron a dificultades de liderazgo sectorial para la producción de políticas de largo plazo.
- Inequidades salariales y multiempleo generalizado de los trabajadores de la salud.
- Una fragmentación institucional del campo de la salud y de la oferta de servicios, sin una adecuada coordinación de agentes y tipos de cobertura, con problemas de superposición y de segmentación socioeconómica y territorial.
- Una estratificación del acceso a servicios, fuertemente marcada por la distinción público/privado. En la provisión pública existía una importante infraestructura pero con carencias en términos de recursos presupuestales.
- Si bien existía una alta inversión en salud (casi 9% del PBI) y el financiamiento se daba en proporciones prácticamente iguales entre el público y el privado, los proveedores privados utilizaban un 75% de ese financiamiento, mientras que los públicos utilizaban el 25 % restante, por lo que el gasto por afiliado era mucho mayor en el sector privado.
- Carencias en el marco regulatorio de la provisión privada de servicios, tanto en la especificación normativa de los niveles adecuados de servicios como de la canasta de prestaciones incluidas en el seguro. Asimismo, la regulación de los precios de las tasas moderadoras sirvieron a veces más como un instrumento de regulación macroeconómica o de financiamiento de las IAMC que como el producto de una política sectorial.
- Carencias de objetivos sanitarios o de eficiencia en el mecanismo de pago del seguro a los prestadores de salud; no consideraba ninguna forma de pago ajustada a riesgo o a desempeño, sino que se calculaba en base a la información entregada por las IAMC en relación con los diversos costos de afiliación privada.

⁵ Basado en (MSP, 2009), (Fuentes, 2010) y (Lagomarsino, 2008).

2. La Reforma como respuesta. Cambios en el modelo de gestión, de atención y de financiamiento.

Las transformaciones en la política de salud intentaron dar respuesta a los problemas detallados anteriormente a través de la transformación del Modelo de Gestión, el Modelo de Atención y el Modelo de Financiamiento, bajo los principios de Justicia Contributiva, Universalidad en el acceso, Participación Social y Conducción del Estado.

En lo que tiene que ver con el Modelo de Gestión, las modificaciones centrales apuntan a mejorar la eficiencia y aumentar los niveles de transparencia, principalmente a través del fortalecimiento de los mecanismos de coordinación interinstitucional y la participación social en los órganos de dirección del SNIS. Además, la creación de ASSE por ley como servicio descentralizado y de la JUNASA como herramienta institucional, supusieron un fortalecimiento del rol de conducción y rectoría del MSP.

Las transformaciones principales en el Modelo de Atención se orientan al fortalecimiento de una estrategia de asistencia que privilegia el primer nivel, la prevención, la promoción y la rehabilitación en salud. Esta orientación se sustenta sobre la puesta en marcha de herramientas específicas, como el Plan Integral de Prestaciones, las Cuotas de Salud y la fijación de Metas Asistenciales, y los contratos de gestión.

El cambio en el Modelo de Financiamiento supuso la instauración del Seguro Nacional de Salud (SNS), administrado por la JUNASA. El SNS está financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que recibe los recursos de trabajadores/as y jubilados/as, organismos estatales y empresas, y aportes estatales.

Tasas de aporte al SNS		Remuneración					
		Hasta 2,5 BPC			Mayor 2,5 BPC		
		Aporte Básico	Aporte Adicional	TOTAL	Aporte Básico	Aporte Adicional	TOTAL
Sin cónyuge o concubino	Sin hijos	3%	0%	3%	3%	1,5%	4,5%
	Con hijos	3%	0%	3%	3%	3%	6%
Con cónyuge o concubino (*)	Sin hijos	3%	2%	5%	3%	3,5%	6,5%
	Con hijos	3%	2%	5%	3%	5%	8%

Fuente: BPS (Web)⁶

Los aportes personales se realizan por tasas porcentuales progresivas, según niveles de ingreso y composición del grupo familiar, en concordancia con el principio aportación diferencial de acuerdo a posibilidades contributivas⁷. Se establece un 3% como aporte básico para trabajadores cuyos ingresos no superen las 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC⁸). Si el ingreso es mayor, el porcentaje es 4,5%, y si además tiene hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad a su cargo, la contribución es 6%. En los casos en que se cubre al cónyuge o concubina, se le agrega un descuento adicional de 2%. Los empleadores aportan adicionalmente el 5% referido al trabajador asegurado.

⁶ Más información sobre tasas en: http://www.bps.gub.uy/835/regimen_general.html y en: http://www.bps.gub.uy/3476/afiliacion_mutual.html

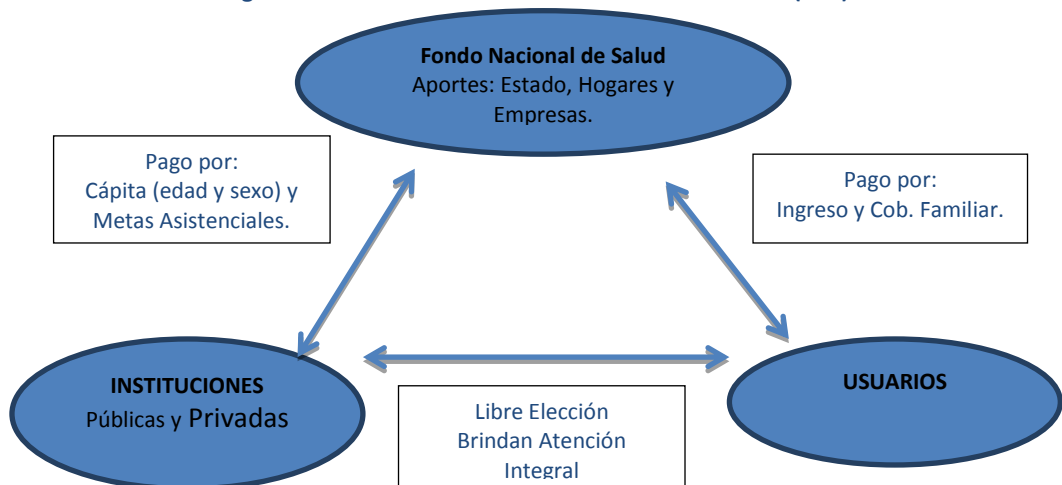
⁷ Con lo cual se instituyeron mayores niveles de solidaridad en el financiamiento del sistema (Antía et al, 2013).

⁸ La BPC se actualiza anualmente, al 01/01/2015 tiene un valor de \$3.052.

Por otra parte, los jubilados que han ido ingresando al sistema, lo hacen con una aportación similar; el 3% a los jubilados con ingresos menores a 2,5 BPC, 4,5% a los jubilados con ingresos mayores a 2,5 BPC sin hijos a cargo y 6% los que sí tengan a cargo hijos menores a 18 años o mayores con discapacidad. El aporte asciende a 8% cuando además de superar las 2,5 BPC de ingresos, se cubre al cónyuge o concubino/a. Los jubilados que no queden cubiertos por el seguro, aportan un 1%.

Además de las modificaciones en los aportes, la Reforma incorporó dos nuevas formas de pago por servicios de salud a los prestadores: el pago capitolativo ajustado por riesgo y el pago por meta asistencial. En lo que respecta al primero, consiste en la asignación de un pago diferente por grupos poblacionales de acuerdo a sexo y edad. En este sentido, se optó por estimar el gasto esperado de los usuarios a partir de un estudio del gasto en salud retrospectivo según sexo y edad. El pago por meta asistencial, se trata de un pago por desempeño en función de resultados obtenidos en el cumplimiento de metas asistenciales fijadas. Constituyen un instrumento para orientar la atención de los prestadores hacia los objetivos trazados por el SNIS y las políticas delineadas por el MSP. De acuerdo con Buglioli et al (2010, p 20), *“son quizás las herramientas más potentes para contribuir, desde el financiamiento, al cambio del modelo de atención.”*

Diagrama 1. DISEÑO DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD (SNS)



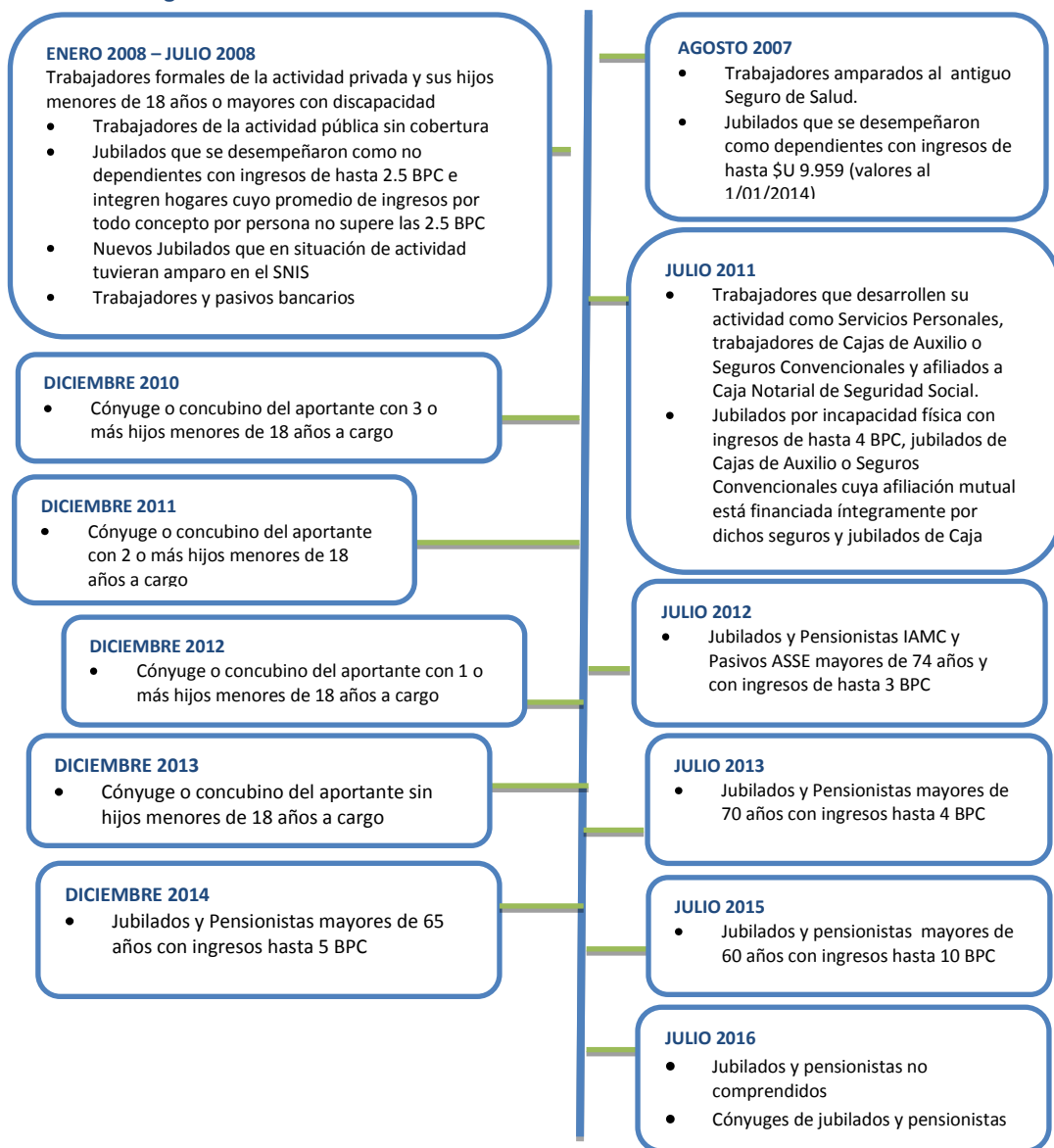
En base a OPS (2009)

3. Incorporación gradual de colectivos hacia la universalidad de aseguramiento

Como se mencionó anteriormente la universalidad en el acceso es uno de los principios claves detrás de estas transformaciones. En este sentido, la Reforma apuntó a alcanzar la universalización de cobertura del Seguro Nacional de Salud a partir de una integración progresiva de colectivos y la mejora en el acceso de las prestaciones. (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2014). Este proceso, que buscó disminuir la brecha entre la cobertura formalmente consagrada y el ejercicio efectivo del derecho, implicó una ampliación del aseguramiento. Esto supuso, por un lado, que el Seguro Nacional de Salud integrara - en etapas - a toda la población y no sólo a las personas amparadas a la seguridad social de la actividad privada. En este sentido se dispuso un formato de

cobertura social, que diera acceso al beneficio por parte de la familia de las personas aseguradas (cónyuges, concubinos e hijos). Asimismo, la prestación se amplió más allá de la condición de actividad, incluyendo (progresivamente) a personas jubiladas y pensionistas. Por otro lado, se intentó romper con la segmentación en el acceso, a partir de la complementariedad de servicios público-privados.

Diagrama 2. INCORPORACIÓN GRADUAL DE COLECTIVOS AL SNIS – FONASA



En base a MSP (2009), CNPS (2014), BPS (Web) y normativa vigente

4. Principales Resultados

El tránsito hacia la universalidad en la cobertura de aseguramiento a la salud, puede ilustrarse a partir de información del BPS sobre la cantidad de afiliados y a través de procesamientos específicos de la Encuesta Continua de Hogares.

**Cuadro 1 -
EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE AFILIADOS ACTIVOS y PASIVOS DEL BPS 1/ CON CUOTA MUTUAL,
AÑOS 1998 - 2007**

Año	Afiliados Activos	Variación Acumulada	Afiliados Pasivos	Variación Acumulada
1998	594.514	*	45.751	*
1999	580.070	-2,4%	47.978	4,9%
2000	559.231	-5,9%	46.859	2,4%
2001	519.434	-12,6%	47.046	2,8%
2002	468.618	-21,2%	46.789	2,3%
2003	472.155	-20,6%	46.836	2,4%
2004	519.239	-12,7%	48.657	6,4%
2005	570.661	-4,0%	49.154	7,4%
2006	615.010	3,4%	50.051	9,4%
2007	696.305	17,1%	52.560	14,9%

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

El cuadro 1 muestra el número de afiliados del BPS con cuota mutual del antiguo seguro de salud hasta la puesta en marcha del SNIS. La cantidad de afiliados activos es bastante constante hasta el año 1998, para luego descender considerablemente hasta el 2003. Esto es así porque el antiguo seguro de salud, estrechamente vinculado a la condición de actividad amparada a la seguridad social, acompañó el devenir de la crisis del país, que empezó a manifestarse en 1999 y se desató con mayor fuerza en el año 2002. En ese año, como resultado de la crisis financiera y económica, la cantidad de cotizantes a la seguridad social se vio disminuida significativamente por el aumento del desempleo y de la informalidad. En el 2003, cuando esta situación comienza a revertirse, los afiliados activos al seguro acompañan esa tendencia, que en el año 2007 alcanza a cerca de 700.000 personas. Por otro lado, se observa que la evolución de la cantidad de afiliados pasivos, cuyo aseguramiento no depende de su participación en el mercado de empleo, no se ve afectada por la crisis. En relación a esto, es posible afirmar que desde el punto de vista formal, el nuevo seguro de salud -que separa el acceso al beneficio de la condición de actividad amparada a la seguridad social- es un paraguas de protección social más abarcativo en al menos, dos sentidos. Por un lado, otorga aseguramiento a más colectivos de personas; por otro, en principio, parecería menos vulnerable a los vaivenes de la economía y el mercado de empleo.

Cuadro 2ª -

CANTIDAD DE AFILIADOS CON CUOTA MUTUAL SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN 1/, AÑOS 2008 - 2013

Año	Activos privados	Activos públicos	Pasivos	Menores	Paraestatales	Cónyuges y concubinos	Total
2008	741.691	120.610	72.033	435.664	7.745	**	1.377.743
2009	766.448	129.683	87.891	462.762	12.689	**	1.459.473
2010	805.646	132.810	109.972	488.042	18.727	629	1.555.826
2011	904.679	138.890	140.955	567.964	45.366	30.027	1.827.881
2012	933.734	141.906	317.497	593.926	48.243	72.972	2.108.278
2013	955.786	146.153	353.728	611.418	50.888	133.389	2.251.362

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

Los primeros resultados de la reforma pueden verse en el cuadro 2a, que resume la información acerca de la cantidad de afiliados con cuota mutual por tipo de afiliación. Para Diciembre del año 2008, la cantidad total de afiliados era casi el doble que el año anterior, y en el año 2013 alcanzaba a 2.251.362 un valor cercano al 70% del total de la población del país. La evolución de las distintas formas de afiliación se puede apreciar en el cuadro 2b, donde se constata su crecimiento en los distintos colectivos, particularmente en los momentos de su progresiva inclusión en el seguro.

Cuadro 2b -

Evolución del índice de afiliados con cuota mutual según tipo de afiliación, años 2008 - 2013 (base 2008=100)

Año	Activos privados	Activos públicos	Pasivos	Menores	Paraestatales	Cónyuges y concubinos (*)	Total
2008	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0
2009	103,3	107,5	122,0	106,2	163,8		105,9
2010	108,6	110,1	152,7	112,0	241,8		112,9
2011	122,0	115,2	195,7	130,4	585,7	100,0	132,7
2012	125,9	117,7	440,8	136,3	622,9	243,0	153,0
2013	128,9	121,2	491,1	140,3	657,0	444,2	163,4

Fuente: Elaboración propia en base a AEA-AGSS Boletín estadístico
(*) Base año 2011

Un ejercicio interesante es analizar la composición por género de las distintas formas de afiliación, a partir de la observación de los recibos pagados a IAMC y ASSE. Especialmente, resulta valioso detenerse en el caso de la afiliación correspondiente a la actividad privada y la afiliación de cónyuges y concubinos.

Cuadro 3-
CANTIDAD DE RECIBOS PAGADOS A I.A.M.C. Y ASSE DE AFILIACIÓN DE ACTIVIDAD PRIVADA 1/ POR SEXO, AÑOS 2008 - 2013

Año	Sexo Femenino	(%)	Sexo Masculino	(%)
2008	305.385	40,5	449.012	59,5
2009	318.964	40,9	460.271	59,1
2010	336.544	41,2	480.958	58,8
2011	383.369	42,0	530.191	58,0
2012	399.089	42,3	544.171	57,7
2013	410.444	42,6	553.202	57,4

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

En lo que corresponde al primer grupo (Cuadro 3), se observa que la proporción de personas activas de la afiliación privada de sexo masculino es superior a la femenina durante todo el periodo analizado, aunque con tendencia a la disminución de la brecha entre unas y otros. Esto es concordante con la relación de mujeres y varones en el total de cotizantes, explicado por las mayores tasas de actividad y empleo masculina y posiblemente, por las condiciones laborales. Esta situación deja en evidencia que cuando el acceso a derechos de protección social se circunscribe a la condición de actividad, éste tiende a reproducir las desigualdades de género existente en el mercado de trabajo. En ese sentido, la puesta en marcha de un seguro de salud que en buena medida, se distancia del mercado de trabajo, supone una ampliación en el acceso al derecho que amortigua esas desigualdades.

Cuadro 4 -
CANTIDAD DE RECIBOS PAGADOS A I.A.M.C. Y ASSE DE AFILIACIÓN DE CÓNYUGES Y CONCUBINOS 1/, AÑOS 2010 - 2014

Año	Sexo Femenino	(%)	Sexo Masculino	(%)
2011	25.255	81,7	5.643	18,3
2012	57.781	78,0	16.316	22,0
2013	102.636	74,8	34.625	25,2
2014	135.981	73,0	50.313	27,0

Fuente: AEA-AGSS Boletín estadístico
1/ A diciembre de cada año

En lo tiene que ver con la afiliación de cónyuges y concubinos (Cuadro 4), su observación puede funcionar como contracara del análisis de las personas activas de afiliación privada. En tal sentido, se destaca que la proporción de mujeres que acceden al seguro de salud en calidad de cónyuges y/o concubinos, supera durante todo el periodo considerado en más de 50 puntos a la afiliación masculina. Como puede verse la distancia entre ambos grupos, tiende a acortarse poco a poco, posiblemente por las características de inclusión gradual de los cónyuges y concubinos. A partir de la integración del último grupo en el 2013 podemos esperar que la brecha se establezca al desaparecer los sesgos de la inclusión por etapas. En cualquier caso, el formato de ampliación de cobertura a la familia del/a trabajador/a asegurado/a supone un avance hacia la universalidad del seguro que beneficia especialmente, a las mujeres.

**Cuadro 5 -
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL SEGÚN LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE ATIENDEN,
2006 – 2013, TOTAL PAÍS**

Año	MSP/ASSE	Sanidad Policial o Militar	Policlínica Municipales	Área de Salud del BPS	IAMC	Seguros Privados y Otros	No atienden su salud
2006	40,9	6,7	2,3	0,8	43,5	3,0	2,7
2007	39,7	6,6	2,0	1,0	44,0	4,7	2,1
2008	33,1	6,7	1,7	0,3	52,0	4,5	1,9
2009	33,4	6,1	1,1	0,1	54,8	2,9	1,7
2010	34,9	5,8	0,9	0,1	54,4	2,6	1,4
2011	32,4	5,3	1,1	0,1	57,9	3,0	0,2
2012	31,3	5,4	1,2	0,1	59,1	2,7	0,2
2013	31,2	5,3	0,7	0,0	60,0	2,6	0,1

Fuente: APSS - SISS en base a ECH

Las transformaciones iniciadas con la instauración del SNIS, particularmente la inclusión de nuevos colectivos al seguro, implicó cambios en la redistribución de la cobertura entre los diferentes prestadores. El cuadro 5 muestra que la proporción de personas que se atendían en instituciones públicas descendió alrededor de 10%, mientras que la proporción de personas que se atiende en alguna mutualista aumentó de un 43,5% en el 2006 a un 60,0% en el 2013. Por otra parte se observa que la proporción de personas que señalan no atender su salud disminuyó casi totalmente en el mismo período. Ello parece indicar que la puesta en marcha del nuevo sistema condujo a la disminución la brecha entre el acceso formal al beneficio y el pleno ejercicio del derecho, esto es: entre la posibilidad de atención y la atención efectiva. También se observa una reducción en la proporción de atención en los otros prestadores considerados, posiblemente por la efectivización de nuevos derechos a través de las sucesivas inclusiones de subpoblaciones en el FONASA que anteriormente estaban cubiertas por otros servicios (Sanidad Policial, Militar, Policlínicas Municipales, Área de Salud del BPS y otros seguros privados).

**Cuadro 6 -
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL DE HASTA 13 AÑOS, POR INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE ATIENDE, AÑOS 2006 – 2013, TOTAL DE PAÍS**

Año	MSP/ASSE	Sanidad Policial o Militar	Policlínica Municipales	Área de Salud del BPS	IAMC	Seguros Privados y Otros	No atienden su salud
2006	57,9	7,0	4,2	3,5	22,1	3,6	1,5
2007	57,1	7,0	3,8	4,0	21,4	5,8	0,9
2008	39,2	6,8	2,8	1,2	45,3	4,2	0,6
2009	37,6	6,0	1,5	0,4	51,1	2,7	0,8
2010	39,4	5,5	1,3	0,2	50,6	2,4	0,6
2011	35,1	4,6	1,5	0,4	55,7	2,6	0,1
2012	34,0	4,7	1,7	0,3	56,9	2,4	0,0
2013	33,3	4,8	1,2	0,2	58,2	2,4	0,0

Fuente: APSS - SISS en base a ECH

Estos cambios se perciben más claramente si se observa esta distribución en la población de menores de 14 años (Cuadro 6). En el 2006 un 57,9% de estos menores se atendían a través del MSP/ASSE, mientras que al final del período examinado este porcentaje se redujo a 33,3%. Casi en la misma proporción, pero inversamente, se observa la evolución de la cobertura de la misma población en las IAMC, desde el 22,1% hasta el 58,2%.

Otro rasgo importante para el análisis de la redistribución de la cobertura, tiene que ver con los cambios en el perfil de ingreso de las personas que se atienden en cada prestador. Como se comentó previamente, existía una marcada segmentación de la atención de la salud pública o privada según niveles de ingreso. En el cuadro 7 se observa que esta estructura comienza a cambiar a partir del 2008, con un descenso de la proporción de cobertura por ASSE de las personas con hasta 3 BPC de ingreso per cápita y un aumento importante de la cobertura de las IAMC.

Cuadro 7 -

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL CON HASTA 3 BPC DE INGRESO PER CÁPITA. DEL HOGAR POR TIPO DE INST. DE SALUD, AÑOS 2006 – 2013, TOTAL PAÍS

Año	MSP/ASSE	Sanidad Policial o Militar	Policlínica Municipales	Área de Salud del BPS	IAMC	Seguros Privados y Otros	No atienden su salud
2006	57,9	7,3	3,3	1,2	25,3	2,0	3,0
2007	58,0	7,2	3,0	1,4	25,1	3,0	2,3
2008	50,3	7,3	2,8	0,5	34,8	2,1	2,3
2009	51,8	6,3	1,7	0,2	36,9	1,3	1,9
2010	52,2	6,0	1,4	0,1	37,8	1,0	1,6
2011	53,1	5,2	1,8	0,2	38,3	1,1	0,3
2012	52,6	5,3	2,1	0,1	38,8	0,9	0,2
2013	52,7	5,3	1,3	0,1	39,8	0,7	0,1

Fuente APSS - SISS en base a ECH

5. Conclusiones

En este artículo se exponen los principales cambios en el Sistema de Salud del Uruguay a partir de la Reforma iniciada en el año 2007. Ésta se basó en el diagnóstico de una serie de problemas que acumulaba el anterior sistema, entre los que se destacan: la fragmentación institucional, la segmentación de la cobertura, la estratificación del acceso a los servicios y ciertas carencias en los marcos regulatorios, que se expresaban en dificultades de gestión y de rectoría del sistema, así como de racionalidad de los mecanismos de financiamiento.

A partir de esa lectura, los cambios llevados adelante supusieron modificaciones en tres ejes: Atención, Financiamiento y Gestión, orientados a alcanzar la universalidad de aseguramiento. En concordancia con la Reforma Social, estas transformaciones se alinearon a los principios de conducción del estado, gobernanza participativa, equidad contributiva y universalidad en el acceso.

El análisis sobre afiliación FONASA en base a datos del BPS, muestra que la estructuración de un Seguro de Salud amplio, no limitado a la participación en el mercado de trabajo, supone una cobertura más abarcativa en tanto incorpora a más colectivos que antes solo podían atenderse en el sistema público o a través del pago de bolsillo de atención privada. Además, podría redundar en una cobertura más estable, en la medida en que se distancia de los ciclos económicos a los que el mercado de empleo se encuentra sujeto.

La observación de la evolución de los afiliados al FONASA, considerando ciertas subpoblaciones relevantes, muestra una reducción en la segmentación de la cobertura público/privada, particularmente en relación a los niños, a las mujeres y a las personas de menores ingresos. También se observó la reducción progresiva de las personas que señalan no atender su salud en ningún prestador de servicios.

En suma, los cambios llevados adelante indican una reducción de la segmentación de la atención de la salud tendiente a superar algunas de las desigualdades en las condiciones de acceso al sistema, especialmente aquellas que tienen que ver con ingresos, género, y generaciones.

6. Bibliografía Consultada

Antía, F. Castillo, M. Fuentes, G. Midaglia, C. (2013) “La renovación del sistema de protección social uruguayo: el desafío de superar la dualización” en Revista Uruguaya de Ciencia Política V°22 N°2, Instituto de Ciencia Política.

Arbulo, V. (coord.) (2010) Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay.

Arbulo, V, Pagano, J, Rak, G, Rivas, L. (2012) El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud.

Buglioli, M. Dean, A. Esponda, F. Raffaele E. (2010) “El pago de los servicios del SNIS por parte del SNS” en MSP, Transformar el Futuro. Metas Cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Consejo Nacional de Políticas Sociales (2014) De la equidad hacia la igualdad. Las políticas sociales del gobierno nacional en el período 2010 - 2014.

Fuentes, G. (2010) “El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: Análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible” en Revista Uruguaya de Ciencia Política V°19 N°1, Instituto de Ciencia Política.

Kluser, C. (2010) “Cambios en la Atención de Salud de la Población: una aproximación a los efectos de la Reforma de la Salud”, en *Comentarios de Seguridad Social N°27*, APSS - AGSS - BPS.

Lagomarsino, G. (2009) “Uruguay: Hacia una nueva matriz de protección social” en *Comentarios de Seguridad Social N°23*, AGSS - BPS.

Ministerio de Salud Pública (2009) La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005 - 2009.

Nuñez, I. (2014) “Atención de salud en la población de jubilados del Banco de Previsión Social (Actualización)”, en *Comentarios de Seguridad Social N°45*, APSS - AGSS - BPS.

Olesker, D. (2007) “Sistema Nacional Integrado de Salud. Cada cual aporta según su ingreso y recibe de acuerdo a sus necesidades”, en Revista Transformación, Estado y Democracia, N° 33, Año 2.

Organización Panamericana de la Salud (2009) Perfil de los Sistemas de Salud República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.

