

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

Diciembre 2012

**Victoria Arbulo
Juan Pablo Pagano
Gustavo Rak
Laura Rivas**

1	INTRODUCCIÓN	5
2	MARCO CONCEPTUAL	7
2.1	Cobertura universal y la salud como derecho.....	7
2.2	Las dimensiones del concepto de cobertura universal y la equidad.....	7
2.3	¿Cuál es el camino a transitar para avanzar hacia la cobertura universal?.....	8
2.4	El financiamiento en los sistemas de salud y la cobertura universal.....	10
3	CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE AVANCE HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE COBERTURA UNIVERSAL EN URUGUAY	12
3.1	Breve reseña histórica del esquema de cobertura en salud en el Uruguay.....	12
3.2	La atención a la salud y la seguridad social.....	13
3.3	Los prestadores públicos de servicios de salud.....	14
3.4	Particularidades del proceso uruguayo hacia la construcción de un nuevo Sistema de Salud	15
3.5	El SNIS fruto de este proceso.....	17
3.6	Los prestadores en el Sistema de Salud post Reforma.....	18
4	EL PROCESO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN DATOS	21
4.1	Evolución histórica de la cobertura en salud.....	21
4.2	El nuevo escenario: SNIS y FONASA.	23
4.3	Ingreso de colectivos al FONASA: intereses encontrados.....	25
4.4	Perfil de población incluida dentro del FONASA: datos administrativos.....	27
4.5	Perfil de población incluida dentro del FONASA: estimaciones según ECH 2011.....	28
4.6	Diferencias observadas entre la población con cobertura del FONASA y la de la antigua DISSE	30
4.7	Características sociodemográficas que determinan el acceso a los servicios de salud: cambios observados con la implementación del SNIS.....	31
4.8	Población que declara no poseer cobertura de salud alguna.....	34
4.9	Cobertura y acceso a los servicios de salud.....	35

4.10	Profundidad de la cobertura : Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).....	37
5	UN ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL CAMINO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL.....	40
5.1	Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: Sanidad Policial y Militar 40	
5.2	Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: rentistas.....	41
5.3	Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: trabajadores de intendencias.....	42
5.4	Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: hogares sin vinculación con el sector formal de la economía.....	43
6	CONSIDERACIONES FINALES.....	45
	BIBLIOGRAFÍA.....	47

SIGLAS

ANCAP	Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPC	Base de Prestaciones y Contribuciones
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
DISSE	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ENGIH	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares
FEMI	Federación Médica del Interior
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
INE	Instituto Nacional de Estadística
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIAS	Programa Integral de Asistencia a la Salud
PIT-CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional Trabajadores
PNET	Población no en edad de trabajar
SINADI	Sistema Nacional de Información
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud

1 INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como objetivo realizar una sistematización y evaluación del proceso de avance de la cobertura poblacional en el Sistema de Salud de Uruguay. Este proceso, que es fundamental en el camino hacia la consolidación de la Cobertura Universal, tiene como marco la Reforma del Sistema de Salud que comenzara en 2005 dando lugar a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), al Seguro Nacional de Salud (SNS) y al Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 2008.

Un adecuado análisis del proceso transitado hasta el momento, que contemple los avances tanto en materia de cobertura poblacional como en el plano del financiamiento, facilitará todo proceso orientado a internalizar las lecciones aprendidas, de modo de traducirlas en mayores avances hacia la cobertura universal, sin descuidar, a su vez, los logros hasta ahora alcanzados.

Para lograr comprender el escenario actual es necesario tener presente cuál es el camino que ha transitado el país a lo largo de su historia en términos de cobertura sanitaria. Por otro lado, no puede entenderse cabalmente la realidad del sistema de salud si se analiza únicamente el plano poblacional. Las distintas etapas de la reforma de la salud en Uruguay se caracterizan por cambios en la cobertura poblacional acompañados de respectivas modificaciones en el esquema de financiamiento. Es por ello que este documento se acompaña de otro cuyo objetivo es el análisis de esta misma trayectoria pero desde el punto de vista del financiamiento del Sistema de Salud. Si bien para que el análisis del sistema fuese completo sería necesario abordar además una tercera dimensión: la cobertura prestacional, en ambos documentos se hará únicamente una breve exposición ya que un análisis exhaustivo escapa a los objetivos aquí planteados.

En el segundo capítulo se presenta el marco conceptual que orienta el documento, el que se divide en un primer apartado referido al concepto de cobertura universal y su vinculación a la definición de la salud como derecho, un segundo apartado que retoma las dimensiones del concepto de cobertura universal planteadas por la OMS en su Informe sobre la salud en el mundo del año 2010 y las vincula al concepto de equidad. Una tercera parte plantea como interrogante cuál es el camino a transitar para avanzar hacia la cobertura universal, para concluir en un cuarto apartado que esboza la relación entre el financiamiento en los sistemas de salud y la cobertura universal, tema que por su importancia da motivo al documento “Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo.”

El tercer capítulo trata sobre las características del proceso de avance transitado por el Uruguay hacia la construcción de un sistema de cobertura universal. En un primer apartado se intenta plasmar, a modo de breve reseña histórica, la evolución del modelo atención a la salud, seguido de un segundo punto que refiere a la vinculación entre la atención a la salud y la seguridad social. Una tercera parte trata, en particular, sobre los prestadores públicos de servicios de salud, luego se exponen las particularidades del proceso uruguayo hacia la construcción del nuevo Sistema de Salud, siguiendo con el apartado denominado “El SNIS fruto de este proceso”, para finalizar con la presentación del Sistema de Salud post Reforma.

En un cuarto capítulo, se intenta describir el proceso hacia la cobertura universal a través de la información cuantitativa y se presenta brevemente la dimensión de la cobertura prestacional. Comienza con la evolución histórica de la cobertura en salud hasta el año 2006, siguiendo con el planteo del nuevo escenario que da comienzo en 2007 con la creación del SNIS y el FONASA, luego se presenta un punto que pretende dar cuenta sobre algunas dificultades encontradas en el

proceso de ingreso de los colectivos al FONASA. El cuarto y quinto apartado presentan el perfil de la población incluida en el FONASA a partir de datos administrativos del Ministerio de Salud Pública y de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2011, respectivamente; luego se describen las principales diferencias entre la población cubierta por el FONASA y la que estaba en 2006 en la antigua DISSE y en séptimo lugar se analizan las características sociodemográficas que determinan el acceso a los cuidados médicos, prestando especial atención a los cambios observados a través de la implementación del SNIS. En el octavo apartado se realiza específicamente el análisis de la población que declara en la ECH no poseer cobertura de salud, luego se realiza una breve aproximación a la cobertura y el acceso a los servicios de salud y por último se aborda brevemente la dimensión de la cobertura prestacional, que en el caso uruguayo implica presentar el Plan integral de Atención a la Salud.

Habiendo analizado en capítulos anteriores el pasado y el presente, en el quinto se realiza un análisis prospectivo del camino hacia la cobertura universal. En particular, se problematiza sobre la incorporación al Fondo Nacional de Salud de colectivos cuyo ingreso no se encuentra definido aún: Sanidad Policial y Militar, rentistas, trabajadores de las intendencias departamentales y los hogares que no tienen un vínculo con el sector formal de la economía.

Por último, en el sexto capítulo de consideraciones finales se realiza un breve resumen de los avances hacia la cobertura universal que ha permitido la Reforma que se encuentra en proceso, en particular, los observados en cuanto a la cobertura poblacional.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 Cobertura universal y la salud como derecho

Reconocer la salud como un derecho universal es un pilar fundamental para la construcción del concepto de cobertura universal. Desde el punto de vista individual, el derecho a la salud implica el derecho de cada ciudadano a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con un buen estado de salud. En lo colectivo, implica el derecho a que la organización de la sociedad responda a las necesidades de salud de todos los ciudadanos. En este sentido los derechos pueden ser vistos como obligaciones del Estado. Esto implica entender el derecho a la salud como un asunto de “ética social”, en donde los derechos humanos en general, y el derecho a la salud en particular, son los que motivan y dan origen a las estructuras legales. Este enfoque reconoce de manera intrínseca que hay una serie de elementos extrasectoriales que influyen de manera determinante en la salud de la población.

En su discurso de aceptación al cargo de Directora General de la Organización Mundial de la Salud, pronunciado ante la 65.a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2012, la Dra. Margaret Chan expresó: “...La cobertura universal es el rasgo distintivo del compromiso de los gobiernos, de su deber de cuidar de todos sus ciudadanos; constituye por lo tanto la expresión capital de la equidad.” Unos años antes, en 2005, los estados miembros de la OMS se habían comprometido a “desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos” y definieron ese objetivo como cobertura universal.

2.2 Las dimensiones del concepto de cobertura universal y la equidad

En 2010, en su informe “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”, la OMS, destacaba la necesidad de considerar tres dimensiones al hablar de cobertura universal:

- Cobertura horizontal o poblacional: refiere a la proporción de la población que está cubierta.
- Cobertura vertical o protección financiera: implica el acceso equitativo a la atención en salud independientemente de la capacidad de pago de la persona (proporción de gastos cubiertos).
- Profundidad de la cobertura o cobertura prestacional: hace referencia a las prestaciones o servicios a los que la población cubierta tiene acceso.

Por lo tanto, para abordar el análisis de la cobertura universal en salud, es necesario tener en cuenta no sólo la cobertura poblacional sino también las prestaciones o servicios a los cuales los individuos, que tienen derechos de atención a su salud tienen acceso.

La atención en salud será equitativa siempre y cuando el individuo reciba atención según sus necesidades -lo que implica equidad en cobertura, acceso y uso- y contribuya al financiamiento de esa atención según su capacidad de pago.

Es por esto que el análisis de las dos dimensiones mencionadas deberá complementarse con el estudio del financiamiento, ya que la existencia misma de los servicios, así como el acceso que tengan los individuos, se verán determinados por las modalidades de financiamiento definidas en cada sistema sanitario. Es decir, será incorporando la dimensión de la cobertura universal relativa a la protección financiera, que se podrá lograr una aproximación más integral, que dé cuenta de la población cubierta por el sistema, las prestaciones a las que esta población tiene derecho, y las facilidades o dificultades al acceso a los servicios desde el punto de vista financiero.

Esta última dimensión del análisis de la cobertura universal será estudiada de forma más cabal en el documento “Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo.”

Además del avance en estos tres ejes, debe tenerse en cuenta que el acceso universal a la atención en salud, de forma oportuna y equitativa, implica no sólo brindar calidades homogéneas, sino también la eliminación de las barreras económicas, geográficas y culturales que pudieran existir.

2.3 ¿Cuál es el camino a transitar para avanzar hacia la cobertura universal?

Como ha expresado la OMS, si bien en todos los países existe la posibilidad de “hacer algo” para acelerar o sostener el avance hacia la cobertura universal, no hay fórmulas mágicas preestablecidas.

Los países tomarán distintos caminos dependiendo de dónde y cómo empiecen, y tomarán diferentes decisiones a medida que avancen a lo largo de los tres ejes principales: cobertura poblacional, cobertura de prestaciones y protección financiera.

Las respuestas que se den a los retos que surjan en ese camino dependerán de la historia de cada país, de los diseños de sus sistemas de financiamiento, así como también de las preferencias sociales y políticas, y de las complejas presiones provenientes de los distintos actores del sistema.

Esas soluciones no pasarán únicamente por contar con el financiamiento necesario para brindar cobertura poblacional, ya que la existencia de ciertos desembolsos de magnitud importante al momento de hacer uso de los servicios podrán configurar barreras al acceso, con lo cual será muy difícil acercarse a una cobertura de carácter universal.

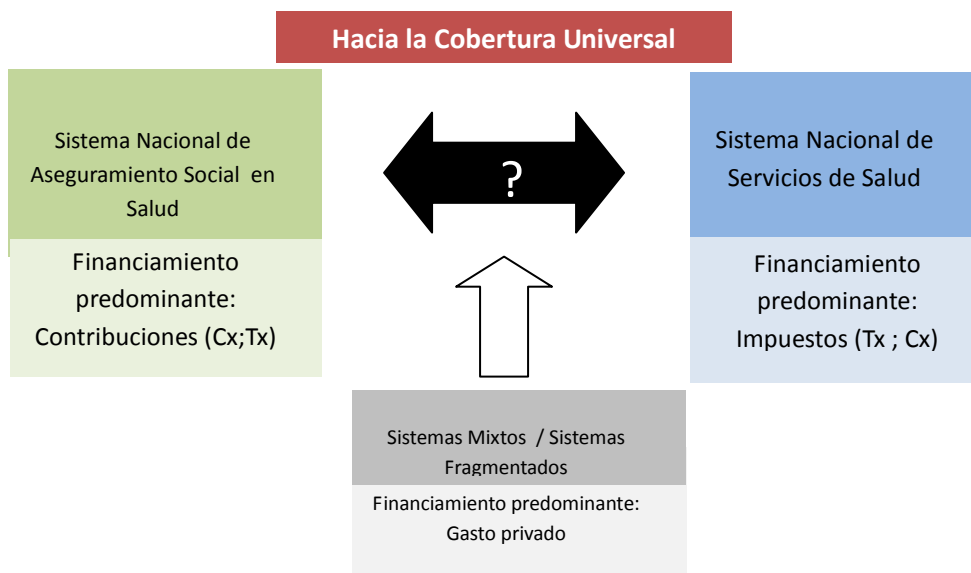
Sin embargo, existen algunos hechos estilizados que recoge la OMS:

- Los sistemas nacionales de salud de cobertura universal son predominantemente públicos, es decir, sistemas en los que el gobierno organiza y regula la financiación y la provisión de un conjunto de servicios de salud a los cuales tiene derecho toda la población (universal). Son casos en los que el financiamiento del sistema es resultado de una política del Estado (obligatoriedad de las contribuciones y/o de los impuestos), pero no necesariamente implica que la gestión de esos recursos tenga que ser realizada por instituciones del gobierno.
- Ningún país del mundo ha conseguido la cobertura universal con un gasto público en salud menor al 6 por ciento del PIB. Es decir, un nivel de gasto público de al menos 6% del PIB aparece como una condición necesaria pero no suficiente para el logro de la cobertura universal.

- En la mayoría de los países con cobertura universal el gasto de bolsillo¹ es, en promedio, alrededor del 20 por ciento del gasto nacional total.

En general, según plantea la OPS, los países que han logrado tener sistemas de salud de cobertura universal lo han hecho transformando sistemas mixtos y fragmentados a uno con características predominantes de alguna de las dos formas de organización de sistemas de salud que se presentan en el siguiente diagrama².

Diagrama 1: Formas de organización e instrumentos de financiamiento de sistemas de salud de cobertura universal



Fuente: El Financiamiento de Sistemas de Salud: el camino hacia la cobertura Universal, OPS, 2010. (Exposición Rubén Suárez)

La financiación y provisión de los servicios puede hacerse a través de Sistemas Nacionales de Servicios de Salud –SNSS (modelo de Beveridge), o a través de un Sistema Nacional de Aseguramiento en Salud, en el que el gobierno crea mecanismos para asegurar que toda la población (universal) tenga acceso a servicios de salud (modelo de Bismarck). Los instrumentos de financiamiento o de recaudación de ingresos en los SNSS son básicamente los impuestos (Tx) y en el caso de los SNASS las contribuciones (Cx).

¹ Incluye todos los pagos realizados por el hogar en el momento de consumir los bienes o servicios de salud.

² Los Sistemas de salud inglés y cubano en los que el gobierno organiza y financia la prestación del servicio de salud y da acceso universal a toda la población, como un derecho ciudadano son ejemplo de SNSS. En Alemania, Francia y Aruba, en tanto, la cobertura universal se da a través de sistemas de aseguramiento en salud obligatorios, la recaudación y administración de los fondos es hecha por instituciones públicas o instituciones privadas sin fines de lucro y la prestación de servicios es hecha por proveedores públicos o privados sin fines de lucro. (ejemplos de SNASS). Islas Bermudas, es el único país en el cual existe un sistema mixto de aseguramiento público- privado que da cobertura al 100% de la población (OPS, 2010).

2.4 El financiamiento en los sistemas de salud y la cobertura universal

Si bien se reconoce que no hay una única forma de promover y preservar la salud y que algunas se encuentran por fuera de los límites del sector salud, el acceso oportuno a los servicios sanitarios juega un papel decisivo. En él recaen las funciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que serán imposibles de asegurar, excepto para una mínima proporción de la sociedad, si se carece de un adecuado sistema de financiamiento.

Éste determinará si las personas pueden acceder a los servicios sanitarios al momento de necesitarlos, a la vez de determinar la propia existencia de los servicios. Fue reconociendo esta realidad que los estados miembros de la OMS se comprometieron a desarrollar sus sistemas de financiamiento con el objetivo de que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y sin sufrir dificultades financieras asociadas al pago por ellos, como se mencionaba anteriormente. (OMS, 2010)

Una adecuada aproximación a la cobertura poblacional de los sistemas de salud deberá estar acompañada de un estudio de las distintas modalidades de financiamiento y es a la hora de abordar el estudio del financiamiento de la salud que se deberá contemplar la necesidad de promover la propia salud del sistema de financiamiento.

Dado que la principal función de un sistema sanitario es la provisión de servicios de salud a la población, el objetivo del financiamiento de un sistema de salud es el de obtener fondos y administrarlos eficazmente de modo que la población reciba la atención sanitaria necesaria, en tiempo y forma, sin que su situación socioeconómica sea un impedimento y evitando cualquier deterioro de sus condiciones de vida asociado al pago de estos servicios.

El financiamiento de los sistemas de salud involucra básicamente tres funciones: recaudación de ingresos, unificación de los recursos y compra de servicios de salud (OMS, 2000).

La recaudación es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero de distintos agentes para financiarse. Los sistemas pueden financiarse a través de: impuestos generales, contribuciones obligatorias a seguros de salud de carácter social (seguridad social), contribuciones voluntarias a seguros de salud privados, pagos de bolsillo del usuario y donaciones. (OMS 2000)

El gasto privado de los hogares suele dividirse en gastos de prepago y gasto de bolsillo. El gasto de prepago de los hogares es el que se realiza con independencia del momento de recibir la atención. El gasto de bolsillo incluye todos los pagos realizados por el hogar en el momento de consumir los bienes o servicios de salud.

Los gastos de bolsillo constituyen una fuente de financiamiento regresiva, dado que el monto a pagar es un valor fijo, independientemente del nivel de ingresos del individuo u hogar al que pertenezca. Esto implica que aquellos hogares más pobres sean quienes destinan una mayor proporción de sus ingresos al gasto en servicios sanitarios. A su vez, las mayores necesidades de utilización se concentran en ciertos grupos poblacionales con vulnerabilidades preexistentes, como ser por ejemplo los adultos mayores, los enfermos crónicos y aquellos individuos de menores recursos, lo cual torna aún más precaria su situación.

Enmarcando el análisis en términos de la justicia en el financiamiento, se visualiza como deseable una alternativa basada en maximizar la separación entre contribución y utilización de los servicios de salud. Esto se logrará incrementando la participación del componente de prepago en la recaudación, en detrimento del pago de bolsillo.

La función de unificación de recursos (también denominada aseguramiento o mancomunación de fondos), refiere a la acumulación y administración de los recursos en un fondo común, a partir del cual el riesgo de tener que pagar una intervención sanitaria la comparten todos los miembros del fondo, en vez de hacerlo cada contribuyente de manera individual (OMS, 2000).

El objetivo de este mecanismo es, entonces, compartir el riesgo financiero de eventos sanitarios inciertos entre los participantes de un mismo fondo. De esta forma se transita hacia un sistema de salud que no sólo administra riesgos, generando subsidios desde los individuos de bajo riesgo hacia aquellos de alto riesgo, sino que también asegura un financiamiento equitativo de los servicios de salud a través de subsidios de los individuos de altos ingresos hacia aquellos de bajos ingresos, aumentando de esta forma la protección financiera de los integrantes del fondo.

La función de compra suele asociarse a la asignación de recursos, entendiéndose como tal al mecanismo mediante el cual aquellos que disponen de recursos financieros los destinan o asignan a aquellos que producen servicios de salud. La OPS plantea una definición más amplia, cuyas implicancias resultan en un modelo de compra que debe evolucionar desde un rol de “comprador pasivo” hacia uno que privilegie la compra estratégica, es decir, aquella que busque el máximo rendimiento del sistema sanitario a través de decisiones completas e informadas en cuanto a qué comprar, a quién comprar y cómo hacerlo.

3 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE AVANCE HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE COBERTURA UNIVERSAL EN URUGUAY

3.1 Breve reseña histórica del esquema de cobertura en salud en el Uruguay

La presente subsección y las dos siguientes pretenden proporcionar un panorama muy general de la conformación del escenario de cobertura de salud de la población del país y no pretende proveer un análisis exhaustivo y sistematizado del proceso histórico e institucional que excede los objetivos de este trabajo.

Para poder analizar el camino que está recorriendo el Uruguay en el proceso hacia un sistema universal es necesario tomar en cuenta el desarrollo histórico de conformación del Sistema de Salud uruguayo, que determina el escenario en el cuál se enmarca el proceso de reforma iniciado en el año 2005. Las particularidades de dicho sistema surgen como determinantes fundamentales de la morfología del proceso mismo y resulta necesario entenderlas en un contexto histórico que se presenta de manera esquemática a continuación.

En el proceso de configuración de dicho sistema se observan ciertas peculiaridades que lo diferencian del resto del continente. Un primer fenómeno que comienza a gestarse sobre la segunda mitad del siglo XIX aparece con una importancia fundamental para comprender las características que hasta el día de hoy conserva el esquema de salud del país: la creación de las primeras organizaciones mutuales, actualmente llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Basadas en un sistema de prepago y sin fines de lucro, dichas instituciones se constituyeron bajo los principios de la solidaridad y la ayuda mutua.

En un principio reunían a grupos de personas que compartían ciertas características, siendo el Uruguay un país de inmigrantes básicamente europeos, muchas tenían como enlace la procedencia común (Asociación Española Primera de Socorros Mutuos o Casa de Galicia por ejemplo), en otros casos se vinculaban a algún sindicato. No obstante, sus padrones de afiliados fueron creciendo rápidamente hasta convertirse en instituciones que nuclean a personas de diferentes sectores de la población sin compartir necesariamente características comunes.

La lógica de funcionamiento de las IAMC, que tiene una raigambre claramente europea, se da a través de un régimen de aseguramiento mediante un prepago. Quienes no necesitan recibir atención en salud financian colectivamente la atención de aquellas personas que sí la necesitan. De esta manera, se busca evitar que las personas tengan que incurrir en un gasto de bolsillo al momento de necesitar atención.

Sin embargo, debido a la disparidad de la capacidad económica de la población, la cobertura de este tipo de instituciones era relativamente limitada, por lo que a principios del siglo XX el Estado comienza a asumir un rol preponderante con la creación de alrededor de 40 centros de salud públicos destinados a la atención de la salud de la población carente de recursos³ (MSP, 2009). A su vez, en el año 1933 se crea el Ministerio de Salud Pública, pero manteniendo un enfoque asistencialista, que incluso predominaba sobre las funciones de rectoría.

Desde su inicio, la atención pública a la salud contrasta fuertemente con el tipo de atención brindada por aquellas instituciones de origen y organización mutual. El fenómeno de atención

³ La creación por ley de la Asistencia Pública Nacional (1910), marcaría el fin de la asistencia por caridad.

para pobres (MSP, 2009) se refleja claramente en la diferencia en la calidad de los servicios prestados así como también en los diferentes niveles y modalidades de remuneración para los profesionales de la salud, según prestaran servicios en uno y otro sector.

El acceso de la población a los diferentes sub-sistemas que brindan paquetes de atención integral a la salud (entendiéndose por esto aquel que integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) estaba determinado por la capacidad de pago de una cuota mutual por parte de las personas individualmente.

3.2 La atención a la salud y la seguridad social

Recién a mediados del siglo XX comienzan a incorporarse a la Seguridad Social mecanismos financieros y de prestación de servicios de salud (Casares, 2004), en busca de un alejamiento del modelo vigente, que hasta el momento se basaba principalmente en la protección de riesgos de invalidez, vejez y sobrevivencia.⁴

En el año 1973 se inicia un proceso de unificación⁵ y universalización de los diferentes seguros de enfermedad que hasta el momento se venían organizando bajo la forma de convenios obrero-patronales, que culmina con la creación en el año 1979 de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS)⁶. Previamente la cobertura de la salud de los trabajadores privados dependía de la capacidad de los sindicatos de negociar los planes de atención (Fuentes, 2010).

DISSE en un principio brinda cobertura de salud a los trabajadores de la actividad privada, a partir de 1996, y en el marco de la llamada Reforma de la Seguridad Social, se comenzó a cubrir a aquellos jubilados de actividades amparadas por el seguro, que percibieran una jubilación baja y optasen por dicha cobertura. Finalmente, en 2002, se incorporaron a la cobertura los maestros y luego, en 2004, los trabajadores judiciales.

El seguro se financiaba a partir del 3 por ciento de los salarios nominales de los trabajadores amparados y de las prestaciones de los jubilados cubiertos (aportes personales), y del 5 por ciento de los salarios nominales aportado en este caso por los patrones. En el caso de que la suma del aporte patronal y personal no llegara a cubrir el monto de la cuota mutual que DISSE debía pagar al prestador, los patrones debían realizar una aportación complementaria hasta la concurrencia con el valor de dicha cuota mutual. Por otro lado, la ley de reforma de la seguridad social estableció que aquellos jubilados que no obtuvieran cobertura, o bien porque no cumplían con las condiciones impuestas por la norma, o bien porque, cumpliéndolas, optaban por no ampararse en ese derecho, debían aportar el 1 por ciento de sus prestaciones nominales al financiamiento

⁴ El fuerte vínculo de la elite militar con los gobiernos y la fuerte tradición hispánica de nuestra cultura, implicó que el Uruguay tuviera una temprana legislación sobre pensiones y retiros que atribuían al Estado la responsabilidad de cubrir las necesidades de esos grupos sociales. En 1829 una ley concedía derechos jubilatorios a quienes habiendo pertenecido a divisiones militares hubieran resultado inválidos, y a las madres viudas el cobro de dos terceras partes del sueldo del fallecido. Los beneficios continuaron expandiéndose con sucesivas leyes de forma tal que, a mediados del siglo XX se había alcanzado una cobertura casi universal de los riesgos de vejez, invalidez y muerte.

⁵ En 1975 se crea la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE) que se diferencia de la actual concepción de ASSE mencionada más adelante.

⁶ En 1967 se crea el Banco de Previsión Social integrado por la Caja de Jubilaciones y Pensiones Civiles y Escolares, la de Industria y Comercio, la de Trabajadores Rurales y Servicio Doméstico y por las Pensiones a la Vejez.

solidario del fondo. Finalmente, el financiamiento de los egresos se cerraba con las contribuciones de Rentas Generales que se financian a través de la recaudación de impuestos.

Los beneficiarios obtenían como derecho la afiliación a una IAMC⁷, en la que accedían a una prestación integral, si bien no estaban exentos de pagar tickets y órdenes al momento de acceder a dichas prestaciones.

Por otro lado, entre los trabajadores del sector público, existía una gran heterogeneidad en la provisión de cobertura de salud que redundaba en situaciones de gran inequidad. Algunos no percibían ningún tipo de cobertura por parte del organismo en el que desempeñaban funciones, mientras que otros no sólo cubrían servicios integrales de salud sino que ofrecían servicios adicionales (lentes, emergencia, servicio odontológico) a funcionarios, ex funcionarios y sus familias. También diferían las modalidades de pago; en algunos casos el pago de la cuota o servicio de salud se realizaba directamente al beneficiario y éste elegía el prestador que deseaba, y en otros, el organismo realizaba uno o varios convenios con determinadas instituciones. En general, se cumplía que a medida que aumentaba el ingreso promedio de los trabajadores públicos, aumentaban las prestaciones cubiertas y los beneficios obtenidos.

3.3 Los prestadores públicos de servicios de salud

Durante la casi totalidad del siglo XX la atención pública a la salud de la mayoría de la población estuvo en la órbita del Ministerio de Salud Pública que históricamente aparece cumpliendo funciones de asistencia directa y de promoción y prevención de la salud. De hecho la ley orgánica de salud pública⁸ del año 1934, que da creación a la figura de Ministro de Salud Pública convalida este enfoque. Las dificultades derivadas de un esquema en el que un mismo organismo concentre las funciones típicas de la autoridad sanitaria y, a su vez, la de prestación de servicios se incrementan si tomamos en cuenta que al año 2006 el propio MSP se encontraba a cargo de la atención de más del 40 por ciento de la población del país (1.250.000 personas según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) para dicho año).

Atendiendo a estas dificultades, en el año 1987⁹ se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (nueva ASSE) como un organismo desconcentrado del MSP. Pese a su denominación, por tratarse de una dependencia del MSP, sus competencias alcanzaban sólo la administración de los establecimientos asistenciales del MSP. Los demás servicios de atención del Estado, deberían coordinar sus actividades con ASSE a fin de evitar la superposición y la subutilización de recursos. Esto representa un primer avance en el intento de separar las funciones de rectoría del sistema y de prestación de servicios por parte del MSP, aunque, de todos modos, la figura de organismo desconcentrado implica una ASSE dependiente del MSP.

Además del MSP-ASSE, aparecen desde principios del siglo XX la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial como prestadores públicos integrales, dependientes del Ministerio de Defensa y del Interior respectivamente, que ofrecen cobertura a los funcionarios, familiares directos y ex funcionarios de cada uno de los ministerios.

⁷ Las IAMC recibían del BPS por cada trabajador amparado por la Seguridad Social (DISSE), entre el 85% y 90% de una cuota calculada como el valor promedio de las cuotas individuales, montos que las instituciones informaban obligatoriamente al MEF bajo la forma de declaración jurada mensual.

⁸ Ley 9202 promulgada el 12 de enero de 1934

⁹ Artículo 267, Ley 15.903 de noviembre de 1987

En 1943 el Banco de Previsión Social incorpora dentro de sus servicios las Asignaciones Familiares. Este servicio consiste en prestaciones económicas (transferencias monetarias) al trabajador por tenencia de hijo menor¹⁰. Luego, a partir del año 1950, se suma la prestación de servicios de atención médica materno-infantil, principalmente de carácter preventivo, pero que comprende también la atención hospitalaria del parto para las trabajadoras y las cónyuges que no estén amparadas por otro sistema de salud. El Sanatorio del Banco de Seguros del Estado (BSE), en tanto, brinda atención a todos los trabajadores formales a través del seguro contra accidentes laborales.

Por otro lado, en el año 1953 se inaugura el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela¹¹, que forma parte de la Universidad de la República y funciona como un hospital general, para episodios de alta complejidad y nosocomio de referencia nacional. En su calidad de hospital universitario es un ámbito de formación de técnicos y profesionales de los sectores directamente vinculados a la salud, cumpliendo a la vez roles sanitarios y educativos.

Además de los prestadores públicos de carácter integral antes mencionados existen, en la mayoría de los departamentos del país, policlínicas financiadas por los gobiernos departamentales, que brindan servicios en el primer nivel de atención. Cualquier persona puede recibir atención en estas policlínicas aunque sólo reciben medicamentos de forma gratuita aquellos beneficiarios de ASSE.

Por último, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) creado en 1979 financia la provisión a toda la población de prestaciones de medicina altamente especializada, no cubiertas por los prestadores integrales¹². En la normativa de creación del FNR también se establecen las condiciones para la creación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), públicos o privados, donde el Fondo contrata las prestaciones. El financiamiento del FNR proviene de aportes del Estado para cubrir las prestaciones de los usuarios cubiertos por ASSE; de la Seguridad Social por sus beneficiarios; de las IAMC por sus afiliados individuales; de aquellos individuos que quisieran contratar individualmente la cobertura y del aporte del 5 por ciento del producido de ciertos juegos de azar.

3.4 Particularidades del proceso uruguayo hacia la construcción de un nuevo Sistema de Salud

Reformar un sistema de salud no es un proceso de fácil concreción, involucra intereses, procesos de negociación, resistencias, acuerdos y desacuerdos, pero además cada proceso es único y los resultados estarán determinados por las particularidades de las organizaciones y estructuras preexistentes.

No se puede crear un nuevo sistema de salud que deshaga todo lo anterior. Ciertas particularidades del Sistema de Salud uruguayo previo a la Reforma ayudarán a comprender, por un lado, algunas definiciones tomadas en cuanto al diseño del nuevo esquema -en particular, el

¹⁰ A partir de la Ley 18.227 del año 2008 las Asignaciones Familiares (AFAM) se amplían a menores que integren hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Esta prestación tiene como fin que los beneficiarios cumplan con determinadas condiciones: cursar la enseñanza formal y atender su salud.

¹¹ Su creación había sido aprobada por el Parlamento en el año 1926 y la piedra fundamental fue colocada en el año 1930.

¹² A partir de 2005 se incorporaron a las prestaciones la cobertura de tratamientos con medicamentos de alto costo, siempre y cuando estos se encuentren dentro de los protocolos existentes.

vínculo del seguro con los prestadores privados-, y por otro, la gradualidad en el ingreso de los diferentes colectivos.

Es importante tener en cuenta, además, que el diagnóstico que realizaban los principales actores sobre la situación en que se encontraba el sistema era ampliamente compartido, y entre otras cosas reconocía las fuertes disparidades en la infraestructura y las importantes inequidades salariales entre profesionales de los subsistemas del sector público y el privado, el multiempleo casi generalizado, los altos precios de tickets, órdenes y cuotas mutuales, los elevados tiempos de espera para ser atendido por especialistas, y una atención demasiado centrada en la hospitalización y no en la atención primaria (Fuentes, 2010), así como las importantes inequidades en cuanto a cobertura y financiamiento entre trabajadores. Otro punto de acuerdo era la necesidad de que el MSP no fuera a la vez rector del sistema y proveedor de servicios.

En ese escenario la propuesta de reforma del Sistema de Salud presentada por el Frente Amplio¹³ en su programa de gobierno aparece como un producto concebido a partir de ideas compartidas e insumos vertidos por importantes actores del sistema: en particular el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la central de trabajadores PIT-CNT, y la Federación Médica del Interior (FEMI), por lo que la convergencia respecto a los principios generales es notoria y es un punto imprescindible a la hora de entender el por qué del éxito de la implantación de la Reforma.

Una característica particular del sector en el Uruguay es el fuerte rol jugado por las IAMC. Como se mencionó anteriormente, el BPS contrataba, con los ingresos obtenidos del aporte de los trabajadores y de los empleadores, a estos prestadores para dar cobertura de salud a los trabajadores del sector privado. Este vínculo entre las IAMC y la Seguridad Social (DISSE), daba lugar a que en el año 2006 cerca del 34 por ciento de los ingresos operativos de las IAMC se generaran a partir de las cuotas que percibían por los afiliados DISSE.

A esto debe agregarse, que si bien en todo el mundo los sindicatos de profesionales de la salud poseen un considerable poder de presión, en el caso uruguayo eso se complejiza ya que la mayoría de los centros de atención no son sólo dirigidos y gestionados por médicos, sino que además también son propiedad, en muchos casos, de dichos profesionales.

Fuentes (2010) plantea que el apoyo que la Reforma logra de los diferentes actores, aunque en forma particular de los médicos y las IAMC, encuentra explicación principalmente en dos motivos. En primer lugar, todos se vieron beneficiados por el aumento de recursos monetarios que implicaba la Reforma y por el importante crecimiento de los afiliados al sistema, permitiendo sanear sus cuentas y tener cierto margen de sustentabilidad financiera; y en segundo lugar, en esta primera etapa de la Reforma, “no se tocaron cuestiones más sensibles para algunos de estos actores”.

En este sentido, en el esquema instaurado por la reforma, las IAMC continúan ocupando un papel central ya que siguen siendo, como se verá en próximos apartados, el principal prestador para quienes reciben atención a través de la Seguridad Social. Luego de la Reforma perciben del FONASA una cuota salud (cápita ajustada por edad y sexo y meta asistencial) por cada usuario amparado por el SNS (trabajadores públicos y privados y menores a cargo, cónyuges y jubilados).

¹³ Partido político uruguayo fundado en 1971 fruto de la coalición de varios partidos de izquierda. En el año 2005 alcanza por primera vez el gobierno nacional y repite en 2010. Actualmente, diciembre de 2012, está cursando el segundo período de gobierno.

Es así que, si bien ASSE aparece como un prestador por el que los usuarios pueden optar en el marco del FONASA, el SNS descansa casi exclusivamente sobre el sistema IAMC preexistente.

En cuanto al vínculo MSP- ASSE, otro de los puntos donde existía acuerdo en cuanto a la necesidad de cambios, la solución que se manejó casi como única opción viable fue la separación de funciones, que fundamentalmente implicaba la concentración del MSP en las funciones de rectoría y regulación, y la descentralización de ASSE para que este organismo realizara la coordinación del subsistema público de atención. La Ley 18.161 crea ASSE como un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del MSP.

Por otro lado, en un escenario de gran heterogeneidad en cuanto a la cobertura de salud, algunos colectivos de trabajadores privados e incluso públicos, estaban cubiertos a través de seguros propios de salud, denominados Cajas de auxilio o Seguros convencionales, que implicaban situaciones muy ventajosas respecto al resto de los trabajadores en cuanto a las prestaciones de salud, los aportes realizados y al subsidio que percibían en caso de enfermedad. En el avance hacia un esquema de financiamiento con un mayor componente de solidaridad, estos grupos aparecen como conflictivos en tanto se muestran reticentes a cambios que puedan implicar modificaciones en su situación.

La estrategia desarrollada por el gobierno para la implementación de la Reforma fue, y sigue siendo, desarrollar un proceso secuencial, en donde “cada paso estaría marcado por diferentes hitos, definidos por el proceso de consulta y negociación” (MSP, 2010). Esto es válido tanto para el proceso de construcción del marco normativo de la reforma como para el proceso de incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud. Esta opción política le ha brindado, hasta ahora, sustentabilidad a la reforma pero no implica que en otros momentos no puedan generarse, de todos modos, conflictos de relevancia.

3.5 El SNIS fruto de este proceso

Como producto de toda la trama que se ha venido presentando en los apartados anteriores es que surge a partir de 2005 un nuevo sistema de salud. La reforma, a grandes rasgos, buscó lograr cambios en tres niveles: el modelo de financiamiento, el modelo de gestión, y el modelo de atención y dos herramientas imprescindibles para implementar y sostener esas transformaciones como lo son el Sistema Nacional Integrado de Salud, como expresión organizativa y funcional de los servicios que lo conforman y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como instrumento de financiamiento del Seguro Nacional de Salud (seguro único, público y obligatorio).

El principal cambio, o el más radical, se dio a nivel del modelo de financiamiento. El FONASA mancomuna los aportes que realizan los trabajadores formales, dependientes e independientes y los jubilados, según sus ingresos y la cobertura familiar a la que acceden. Las tasas de aporte son del 3% para aquellos cuyos ingresos nominales mensuales fueran inferiores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC)¹⁴ independientemente de que dicho aporte atribuya la cobertura a otros beneficiarios. Para los aportantes con ingresos superiores a las 2,5 BPC se estableció un aporte del 4,5%, en caso de no atribuir cobertura a otro beneficiario, de 6% en caso de tener a cargo menores de 18 años, o mayores de 18 con discapacidad y de 2% adicional en caso

¹⁴ La BPC es una unidad de referencia, cuyo valor se actualiza anualmente, que se utiliza entre otras cosas, para establecer las franjas de tasas marginales de imposición del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. En 2012 una BPC vale 2.416 pesos, es decir, aproximadamente 120 dólares americanos.

de atribuir cobertura a su cónyuge¹⁵. Por otro lado, los aportes patronales se mantuvieron en el 5% de los salarios nominales.

Se puede decir que los avances en términos de protección social en salud se dieron por dos vías: se pasó a cubrir el núcleo familiar del trabajador y el beneficio continúa luego de que el trabajador se jubila.

Los cambios en cuanto a la función de compra del seguro de salud también fueron importantes, en particular en lo que refiere al mecanismo de pago a los prestadores. El FONASA paga al prestador una “cuota salud” que se compone de una “cápita” ajustada al riesgo de la persona a partir de su edad y sexo y un “componente meta” que busca premiar el cumplimiento de ciertos objetivos prestacionales establecidos por el regulador.¹⁶

El beneficiario puede optar por atenderse en ASSE, que fue fuertemente fortalecido desde el punto de vista presupuestal, en una IAMC o en un Seguro Privado Integral¹⁷ y en todos los casos tendrá derecho a recibir el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), catálogo de prestaciones obligatorias para todos los prestadores del SNIS.

A nivel del modelo de gestión, es importante destacar la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado dependiente del MSP integrado por representantes de los Ministerios de Salud y Economía, el Banco de Previsión Social y representantes de las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios asistenciales, de los trabajadores, y de los usuarios. Es de destacar que la Reforma propició variados espacios para que la sociedad pudiese participar generando nuevas oportunidades y responsabilidades. En otro orden, la JUNASA suscribe contratos de gestión con cada uno de los prestadores del SNIS, y regula y controla el cumplimiento de los derechos de los beneficiarios del SNIS.

El modelo de atención que se plantea se basa en la estrategia de Atención Primaria en Salud, y en el fortalecimiento del primer nivel de atención. Es en este plano donde la reforma de la salud tiene al día de hoy el mayor debe.

3.6 Los prestadores en el Sistema de Salud post Reforma

El subsector público

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE): a partir de la ley 18.161 del año 2007 es un servicio descentralizado vinculado al MSP. Es el prestador público por excelencia, con hospitales generales y especializados, policlínicas y centros de salud y con presencia territorial en todos los departamentos del país. Según lo establece la ley debe ser además quien realice la coordinación del sistema público de atención. Las personas que reciben atención en ASSE pueden hacerlo de tres formas: poseer un carnet de atención, gratuito para los de más bajos ingresos o con

¹⁵ Según se establece en el Decreto 2008 y en la Cláusula 17 del Contrato de Gestión firmado en el año 2008, los hijos recién nacidos de un beneficiario hijo de un aportante al SNS, tendrán derecho a asistencia por los dos meses posteriores al parto. Vencido este plazo y si sus padres deciden mantenerlo afiliado a esa institución como socio individual, no podrán ser rechazados por la misma. Aplica para IAMC y ASSE.

¹⁶ En particular se han planteado como metas asistenciales el cumplimiento de ciertos objetivos en materia de atención materno – infantil (controles), capacitación de recursos humanos, médico de referencia y controles de salud de los afiliados mayores de 65 años (carné del adulto mayor).

¹⁷ En este caso el FONASA paga al Seguro Privado el menor valor entre la cuota salud más la cuota del Fondo Nacional de Recursos y la suma de aportes personal y patronal.

bonificaciones en los aranceles establecidos para las diferentes prestaciones¹⁸; mediante el pago de una cuota individual, colectiva o familiar¹⁹; o a través del FONASA. Luego de la Reforma de la salud ASSE es el único prestador integral público elegible para quienes se encuentran amparados por la Seguridad Social. Por lo tanto, desde el año 2008 recibe una cuota salud por cada beneficiario que haya optado por este prestador y esto implica que al financiamiento casi exclusivo a través de rentas generales que existía hasta entonces, se sumen los fondos provenientes del FONASA. Desde el punto de vista del usuario una característica positiva de ASSE es que no se cobran tasas moderadoras como sí sucede en los prestadores privados.

Sanidad Militar y Sanidad Policial: brindan cobertura a los funcionarios, ex funcionarios y familiares de los ministerios de Defensa e Interior, respectivamente. En ambos casos, la mayor parte del financiamiento proviene de Rentas Generales y se complementa con los aportes realizados por los funcionarios y ex funcionarios. Estos dos prestadores integrales todavía no se encuentran vinculados al Seguro Nacional de Salud.

Área de Salud del BPS: este servicio financiado con presupuesto del BPS brinda atención médica materno-infantil a los hijos y cónyuges de los trabajadores que no estén amparadas por otro sistema de salud. Incluye prestaciones de carácter preventivo, atención hospitalaria del parto y la atención de un conjunto de enfermedades congénitas. Cuenta con varios Centros Materno Infantiles, el Sanatorio Canzani y el Departamento Médico Quirúrgico (DEMEQUI) que es el único centro de malformaciones congénitas del Uruguay.

El sector público se complementa con el **Hospital de Clínicas** cuyo cometido fundamental es la investigación y la formación de recursos humanos en salud; el sanatorio del **Banco de Seguros del Estado**, que atiende a todos los trabajadores formales en el marco del seguro obligatorio contra accidentes laborales que estos poseen, la **Policlínicas de las intendencias**; algunos **Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)** públicos, y servicios de salud de algunas empresas públicas y entes del Estado que brindan prestaciones, específicamente, a trabajadores de estas empresas y, en algunos casos a familiares de dichos trabajadores.

El subsector privado

Las IAMC: son instituciones privadas sin fines de lucro que brindan prestaciones en salud a través de un régimen de aseguramiento en el que se adquieren los derechos a cambio de una cuota de prepago. Por lo tanto, y haciendo la salvedad de que existía y existe heterogeneidad al interior del sector, el rasgo fundamental es que este tipo de institución integra la función de aseguramiento y la de prestación de servicios de salud.

En el año 2012 existen 38 instituciones, 10 de ellas en la capital del país y 28 distribuidas en los 18 departamentos del interior.

Ya se mencionó previamente el importante papel de las IAMC en el sistema en el momento previo a la Reforma de la salud, en particular porque la Seguridad Social contrataba allí la atención para los trabajadores asegurados. Con la Reforma de la salud las IAMC son uno de los tres prestadores

¹⁸ La normativa establecía que, para acceder a la atención gratuita, se debían tener ingresos inferiores a las 25 Unidades Reajustables mensuales a los que se agregarían 2,5 UR por cada integrante del núcleo familiar. A vía de ejemplo, un hogar de 3 personas debería tener ingresos inferiores a las 30 UR mensuales, unos \$U8.600 para el año 2006. Como referencia, en 2006 el ingreso medio de los hogares, de acuerdo con el INE se ubicaba alrededor de los \$U17.000 y el límite superior del 20% de hogares más pobres en cerca de \$U6.500 de acuerdo con la ECH 2006.

¹⁹ Según lo estableció el Decreto 267/009 de junio de 2009.

elegibles para beneficiarios del FONASA y en 2012 dan cobertura a más del 84 por ciento de la población FONASA²⁰.

Otra particularidad de estas instituciones es que la mayor parte de sus ingresos se encuentran regulados por el Poder Ejecutivo. Las cuotas que pueden cobrar a los afiliados individuales y colectivos, las cápitas y metas que reciben del FONASA y las tasas moderadoras (tickets y órdenes)²¹ que se deben pagar al momento de hacer uso de las prestaciones son reguladas por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas.²²

Seguros Privados Integrales (de cobertura total): este tipo de institución privada con fines de lucro ofrece una canasta integral de prestaciones a cambio del pago de una cuota superior a la que se cobraría en una IAMC. Sus servicios están fundamentalmente dirigidos a sectores de ingresos altos. Los beneficiarios FONASA también pueden optar por estos prestadores pero el régimen, en cuanto al pago que les realiza el FONASA y a lo que el usuario debe abonar, es diferente al de los demás prestadores integrales. Reciben del FONASA el menor valor entre la cuota salud más la cuota del Fondo Nacional de Recursos y la suma de aportes personal y patronal y el usuario paga la diferencia entre el valor mencionado anteriormente y la cuota de mercado que establece el seguro para esa persona. Otra diferencia importante con la IAMC es que las cuotas individuales y colectivas y las tasas moderadoras no se encuentran reguladas.

El sector privado se complementa con **los Seguros Privados de cobertura parcial que** brindan cobertura, básicamente, del primer nivel de atención a cambio de cuotas inferiores a las de una IAMC; **emergencias móviles** que comenzaron brindando servicios asociados a su naturaleza (cobertura complementaria a los prestadores integrales) pero se han ampliado al primer nivel de atención, lo que llevó a algunos usuarios a apelar a estas como sustitutos de un prestador integral; y los **IMAE** de carácter privado, muchos de los cuales son propiedad de algunas IAMC.

Por último, el **Fondo Nacional de Recursos**, luego de la Reforma sigue financiando la provisión a toda la población de prestaciones de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo no cubiertos por los prestadores integrales, por lo general vinculados a procedimientos de alto costo y baja prevalencia o a tratamientos de enfermedades crónicas. De esta manera se busca minimizar la probabilidad de que los hogares se enfrenten a situaciones de catástrofe financiera y empobrecimiento.

²⁰ La fuente son los Censos de Usuarios de setiembre 2012 del Sistema Nacional de Información (SINADI) de la División Economía de la Salud, Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, Ministerio de Salud Pública.

²¹ Los ingresos por tasas moderadoras tienen desde hace ya varios años un papel muy relevante en el esquema de financiamiento de las IAMC, en el ejercicio 2011-2012 representan cerca del 9% de los ingresos operativos del sector.

²² En enero y julio de cada año el Poder Ejecutivo decreta los aumentos máximos que las IAMC pueden realizar en los precios mencionados.

4 EL PROCESO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN DATOS

4.1 Evolución histórica de la cobertura en salud

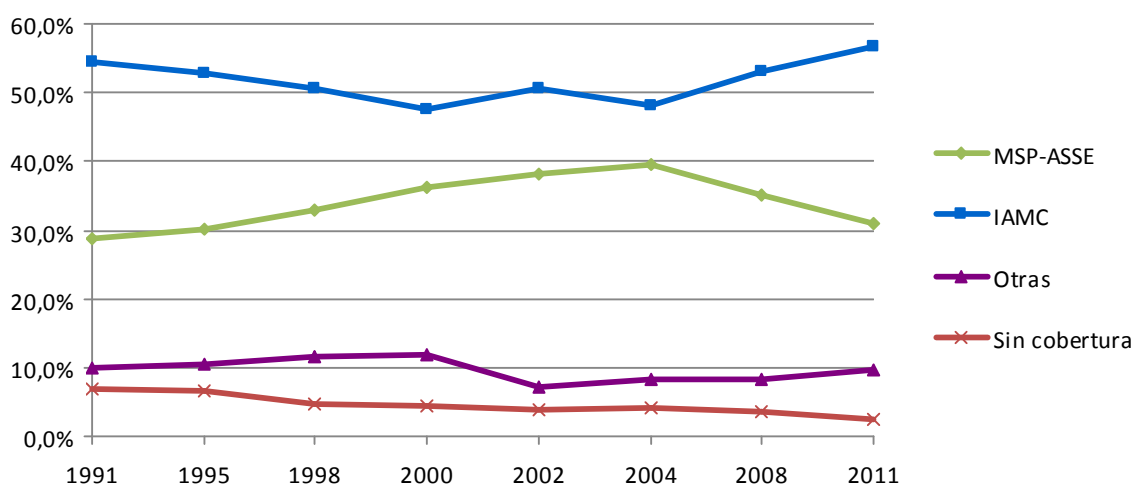
En la presente sección se analiza la evolución de la cobertura de la salud de la población uruguaya de los últimos 30 años, según tipo de institución, a partir de datos de la ECH del INE. En la Tabla 1 y el Gráfico 1 se presentan los datos correspondientes.

Tabla 1: Cobertura de salud de la población total por tipo de prestador años seleccionados entre 1982-2011

	1991	1995	1998	2000	2002	2004	2008	2011
MSP-ASSE	28,8%	30,2%	33,0%	36,1%	38,2%	39,6%	35,0%	31,1%
IAMC	54,5%	52,7%	50,7%	47,5%	50,6%	48,0%	53,2%	56,6%
Otras	9,9%	10,6%	11,6%	11,9%	7,3%	8,2%	8,2%	9,7%
Sin cobertura	6,8%	6,5%	4,7%	4,5%	3,9%	4,2%	3,6%	2,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ECH del INE

Gráfico 1: Cobertura de salud de la población total por tipo de prestador



Fuente: en base a Tabla 1

Para que el total de la población según tipo de cobertura de salud sume 100 por ciento y no más, se excluye la posibilidad de poseer doble cobertura. La doble cobertura más común se da para aquellas personas que declaran tener derechos de atención en Sanidad Militar/Policial así como también en MSP-ASSE. A las personas que se encontraran en esa condición al momento de la encuesta, se las agrupa dentro del conjunto de la población con cobertura de Sanidad Militar o Policial (es decir, "otras") y no dentro del conjunto de personas con derechos en MSP-ASSE. Con esto se busca tener dentro de ASSE-MSP solo a aquellas personas que tienen derechos exclusivamente en ese prestador.

Para el caso de la cobertura IAMC se incluye en esa categoría a todas las personas que declaren poseer derechos de atención en ese tipo de instituciones sin perjuicio de que posean derechos en otro tipo de prestadores.

Observando los datos de la tabla, lo que más se destaca es una continua caída de la cantidad de personas que declaran no tener derecho de atención a la salud en ningún tipo de institución. En total, entre 1991 y el presente, dicho guarismo se reduce a menos de la mitad (pasa del 6,8 al 2,6 por ciento de la población) y muestra una tendencia monótona decreciente a lo largo de todo el período.

Con respecto a las instituciones mutuales (IAMC) y el principal prestador público (MSP-ASSE) se observa que la evolución de la cobertura de la población a través de ambos tipos de instituciones se comporta de manera inversa. En los períodos en los que la cobertura IAMC disminuye, se observa, como contrapartida, un aumento de la proporción de personas que poseen cobertura a través del principal prestador público. Este comportamiento se observa básicamente en toda la década de 1990 y hasta el año 2004. A partir de este año, se observa un aumento de la cobertura IAMC, en detrimento de la cobertura del sector público.

La caída de la proporción de la población afiliada a una IAMC durante la década de 1990 ha sido estudiada, entre otros trabajos, por Olesker, Bergolo y Leites (2002). En el mismo, se aborda la correlación notoria entre la caída de usuarios de estas instituciones y la situación económica del país en el momento. En general, es esperable que al procesarse una caída del nivel de actividad la cantidad de usuarios de IAMC se vea disminuida, mientras aumenta la población usuaria de salud pública.

Dentro de la categoría agrupada como “otras” se incluye la cobertura por intermedio de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, del Hospital Policial, de policlínicas de las intendencias, de los planes de asignaciones familiares del Banco de Previsión Social, seguros privados de salud y otro tipo de cobertura de salud que brindan algunas instituciones como pueden ser cooperativas de ahorro y crédito, etc. En conjunto, la cobertura a través de este tipo heterogéneo de instituciones muestra un desempeño estable a lo largo del período, cubriendo a un porcentaje de la población en torno al 10 por ciento, con una tendencia levemente decreciente.

En resumen, lo que arrojan los datos de los últimos treinta años es que una abrumadora mayoría de la población posee derechos de atención a la salud en el sector mutual o en el principal prestador público. En conjunto, ambos tipos de instituciones representan entre el 80 y el 90 por ciento de la cobertura de salud de la población. Lo que ha variado en el período es el comportamiento individual de estos prestadores, aumentando la cobertura de MSP-ASSE en los períodos en los que la cobertura a través de las IAMC se ve disminuida y viceversa.

También se dispone de información sobre la cobertura de salud de la población total para el año 1982 y para la población de Montevideo del año 1971. En el primer caso, los datos de la Encuesta Familiar de Salud realizada por el MSP arroja que la distribución de la población según tipo de cobertura era la siguiente: el 42,8 por ciento en IAMC, 24,3 por ciento en el MSP, 13,0 por ciento en otro tipo de instituciones y un 19,9 por ciento declaraba no encontrarse cubierto por ningún tipo de institución. En el segundo caso, los datos del trabajo “Encuesta de hogares: demanda de asistencia médica, Montevideo, mayo-octubre 1971” arrojaban el siguiente panorama (sólo Montevideo): 58,7 por ciento declaraba poseer derechos de atención en una IAMC, 13,6 por ciento en el MSP, 10,7 por ciento en otras instituciones, 16,5 por ciento no cubiertos y un 0,5 por ciento sin datos.

Estos datos no son presentados en conjunto con los datos provenientes de las Encuestas Continuas de Hogares del INE debido a que, al provenir de fuentes de información diferentes, podría conducir a algunas conclusiones erróneas debido a la diferencia de criterios que pudieran existir en términos metodológicos en los diferentes trabajos.

4.2 El nuevo escenario: SNIS y FONASA.

Con la ley 18.131, aprobada en Mayo de 2007, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este fondo reúne todos los diferentes aportes a la seguridad social, iniciando el proceso de incorporación de todos los trabajadores a los mecanismos centrales de la seguridad social. Se incorporan, además, más de 25 mil funcionarios del Estado, que carecían del derecho que tienen los trabajadores de la atención en salud por vía de la seguridad social. Las cuotas salud que paga el Fondo se ajustan por riesgo, según sexo y edad. Además, los beneficiarios ahora pueden elegir ASSE como una opción asistencial, facilitando el acceso a la atención a los trabajadores de bajos ingresos ya que en los prestadores privados se deben pagar tasas moderadoras por la mayor parte de las prestaciones recibidas.

La incorporación de la población a la protección social en salud se da en tres etapas diferenciadas. Como punto de partida, en el año 2005, se encontraban incorporadas al sistema de protección social en salud (DISSE) unas 586.000 personas que representaban a los siguientes colectivos: trabajadores privados, trabajadores de escuelas primarias (maestros), trabajadores del Poder Judicial y pasivos dependientes cuyos ingresos no superaran los \$U 4.200 mensuales²³.

El ingreso al FONASA de las personas pasivas siguió un criterio de gradualidad basado en la imposibilidad de procesar el ingreso de todas las pasivos simultáneamente, por motivos principalmente relacionados con el alto costo fiscal asociado. Por esto, la ley 18.731 establece dos regímenes de ingreso al FONASA diferentes para dos tipos de pasivos: a) los que al 31 de diciembre de 2010 se encontraban afiliados a un prestador integral privado del SNIS (por simplicidad, pasivos IAMC) y b) los que no cumplieran esa condición (y que se supone que están básicamente en ASSE). Se excluye a los jubilados policiales y militares y los jubilados de menores ingresos que ya de antes tenían la opción de incorporarse al FONASA. Por más información al respecto ver **Anexo 1**.

En la primera etapa comenzada en julio del año 2007 se suman a quienes ya estaban dentro del sistema de protección social todos los trabajadores públicos que no poseyeran cobertura de salud. Al finalizar esta primera etapa (fin del año 2007), se encontraban dentro del FONASA unas 725.000 personas. En una segunda fase iniciada en enero de 2008 se produce el ingreso gradual de todos los trabajadores formales y los menores de 18 años de edad que tuvieran a cargo (o mayores con discapacidad)²⁴; todos los jubilados con ingresos menores a 2,6 BPC y las personas que se jubilaran a partir de ese año. A julio del 2008 las personas incluidas en el FONASA totalizaban 1.400.000 aproximadamente. Es importante remarcar que el ingreso de los trabajadores públicos al FONASA se dio de una manera gradual. Al momento de procesarse su ingreso, existía una importante heterogeneidad al interior de este colectivo con respecto a las tasas de aporte y los beneficios que obtenían, en materia de cobertura de salud. Esto generó que para algunos colectivos el ingreso al seguro general significara una pérdida de beneficios con respecto a su situación previa, que

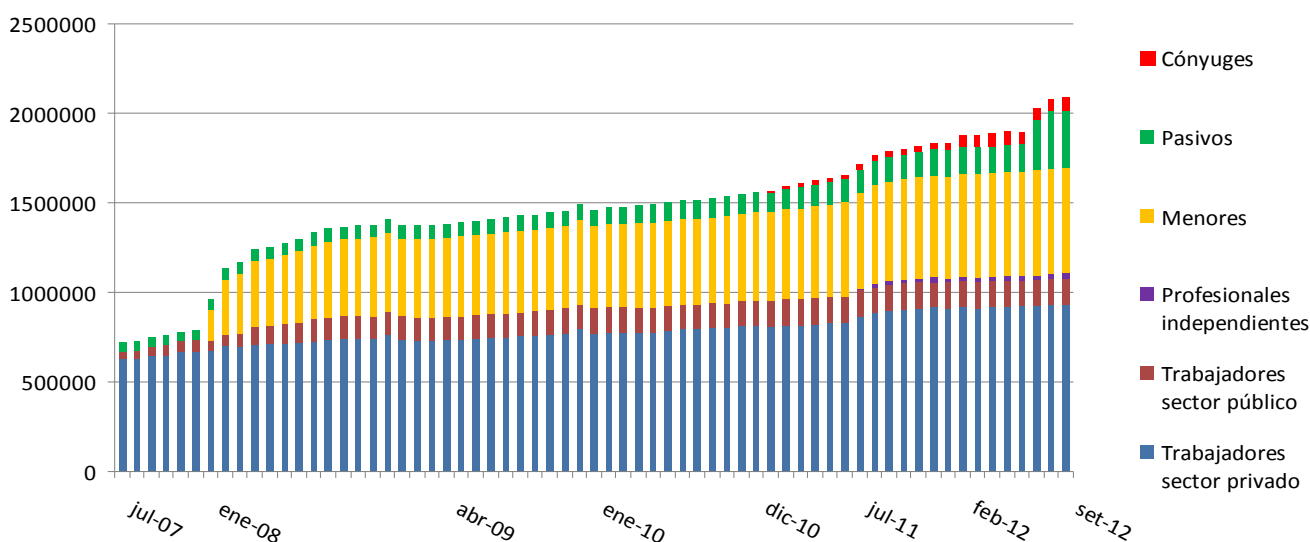
²³ Corresponde a aproximadamente USD 170 de ese momento.

²⁴ Los menores a cargo de entre 18 y 21 años de edad también pueden ser incorporados a pedido del beneficiario pagando una cuota diferencial a parte del aporte al FONASA.

generó resistencias. De esta manera por ejemplo el ingreso de los maestros y de los trabajadores del Poder Judicial se dio efectivamente en 2007, mientras que los trabajadores de la banca pública iniciaron un proceso de ingreso a partir de marzo de 2008. Otro colectivo de trabajadores públicos cuyo ingreso se vio postergado debido a los procesos de negociación fueron los de ANCAP, cuyo ingreso se efectivizó recién en julio de 2008 pero en un modo transicional que aún en 2012 continúa vigente.

En el **Gráfico 2** puede apreciarse globalmente la evolución del número de personas adscriptas al FONASA y la composición de ese total según la condición que genera el ingreso al fondo. En este sentido aparecen desagregados en: trabajadores del sector privado, trabajadores del sector público, profesionales independientes (incluye caja notarial), menores de 18 años (y mayores con discapacidad a cargo de un trabajador o cónyuge), pasivos y cónyuges de trabajadores.

Gráfico 2: Evolución de afiliados FONASA



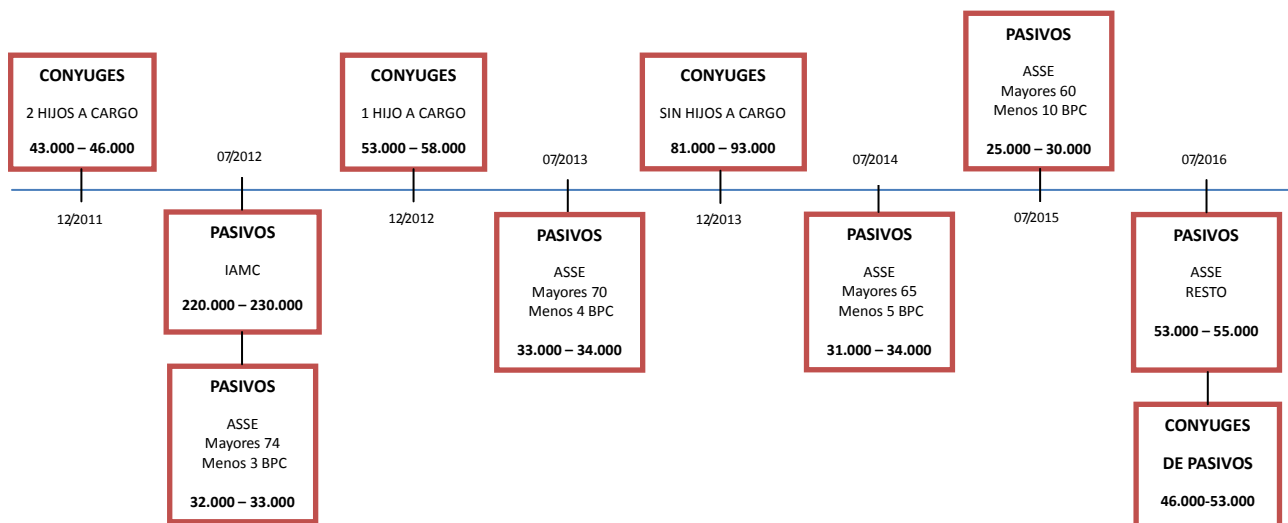
Fuente: elaboración propia en base a datos FONASA del BPS.

En 2012 podemos afirmar que nos encontramos transitando una tercera etapa en el proceso de ingreso de la población al FONASA, que incluye el ingreso de los profesionales independientes (julio 2011), los cónyuges de trabajadores (con y sin hijos a cargo) y el resto de los pasivos según la cadencia que se observa en el siguiente cuadro.

En el **Cuadro 1** se presenta un esquema de la evolución de las incorporaciones de la población al FONASA de lo que hemos llamado la “tercera etapa” como está prevista en la ley 18.731 de enero de 2011. Esta ley prevé las incorporaciones de los colectivos restantes hasta el año 2016.

A setiembre del año 2012 se encontraban adscriptas al FONASA un total de 2.086.477 personas; 1.108.140 son trabajadores activos, 590.731 son menores de 18 años (hijos de trabajadores), 316.807 son pasivos y 70.799 cónyuges o concubinos de trabajadores cotizantes.

Cuadro 1: Esquema de evolución de incorporaciones al FONASA 2011-2016



Fuente: elaboración propia en base a ley 18.731 y estimaciones propias.

En el cuadro se presentan las fechas previstas de incorporación de cónyuges y pasivos según diferentes condiciones. Los cónyuges de trabajadores se van incorporando según la cantidad de hijos a cargo (de más hijos a cargo a menos) y los pasivos según se encontraran en diciembre 2010 en un prestador privado integral o ASSE y según su edad y nivel de ingresos (desde los de mayor edad y con menores ingresos hasta los de menor edad y de mayores ingresos).

A su vez, se presenta una estimación de la cantidad de personas que representa cada uno de los ingresos, de acuerdo a los datos de la ECH y de las estimaciones realizadas en el MSP. En total, se estima que a finales del año 2016, la cantidad de personas incluidas en el FONASA alcance a 2.500.000 personas.

4.3 Ingreso de colectivos al FONASA: intereses encontrados

La universalidad y el aumento de la solidaridad en la financiación del nuevo Sistema de Salud aparecen como características deseables de cualquier reforma de un sistema de salud. El camino implica avanzar hacia la mancomunación de fondos siguiendo las recomendaciones de la OMS (ver Sección 2), que establece que “El avance hacia la cobertura universal depende de la recaudación de fondos adecuados que procedan de un conjunto de personas suficientemente amplio.” (OMS, 2010).

Sin embargo, el avance en esa dirección puede contraponerse a los intereses de algunos grupos de trabajadores que no encuentran incentivos para modificar su situación (aportes, paquete de beneficios, cobertura de salud en general) al momento de iniciarse el proceso de reforma. En este sentido, la incorporación de los diferentes colectivos al FONASA en el Uruguay no se vio exenta de situaciones de conflicto en los ámbitos de negociación con algunos de estos colectivos.

Uno de los principales grupos que se han mostrado reacios a su incorporación al FONASA fueron los trabajadores comprendidos en el régimen denominado Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales. La ley 14.407 que crea como servicio descentralizado la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad, que luego se convertirá en DISSE, habilita la creación de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad. Se trata de organismos bipartitos que se crean por convenio colectivo entre empresas o conjunto de empresas.

Su financiación se basaba en aportes patronales y personales de esos colectivos específicos y tenían una administración independiente del seguro de enfermedad administrado por el BPS, teniendo que verter a éste el 0,5 por ciento de su recaudación mensual. Las prestaciones en salud brindadas por las Cajas de Auxilio no podían ser inferiores a las brindadas a través de DISSE y el aporte de los trabajadores no podía superar el 3 por ciento establecido en el régimen general.

De esta forma la ley convalidó la existencia de seguros ya existentes y habilitó la creación de nuevos. El promedio de ingresos de los trabajadores amparados por las Cajas de Auxilio era muy superior al del resto de los trabajadores amparados por DISSE, lo cual les permitía obtener mejores prestaciones de salud para sí mismos e incluso financiar la cobertura en salud de sus familiares. A su vez el subsidio por enfermedad que en promedio brindaban, superaba el tope establecido por ley de 3 BPC (unos \$U 6.183 a 2010²⁵).

A enero del año 2010 existían en el país alrededor de 70 Cajas de Auxilio, conformadas por aproximadamente 50.000 trabajadores aportantes y que beneficiaban a unas 200.000 personas (considerando a familiares directos de los aportantes). En el año 2004 el BPS estimó una pérdida neta de ingresos de 8 millones de dólares anuales por la no pertenencia de estos trabajadores a DISSE. (BPS, 2004)

Además, se encontraban en un régimen similar aquellos afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social y los amparados en la Comisión Honoraria Administradora del Fondo de Seguro de Salud para los funcionarios de Obras Sanitarias del Estado (OSE).

Estos motivos principalmente explicaban la oposición de estos colectivos a su incorporación al FONASA, lo cual a su vez iba en contra del espíritu mismo de la Reforma ya mencionado, sobre todo en lo que refiere a la mancomunación de fondos para el financiamiento del sistema general. Esto representó un escollo muy importante en el avance hacia un sistema de cobertura universal, que no se ve reflejado directamente en la sub-sección anterior y que implicó la toma de algunas decisiones estratégicas de parte del gobierno para poder efectivizar el ingreso de estos colectivos con la necesaria flexibilización del mecanismo de incorporaciones de manera de hacerlo viable políticamente.

Con el escenario planteado se inició una ronda de negociaciones entre estos colectivos (cuya incorporación al FONASA estaba prevista originalmente para enero de 2010) y el gobierno para poder efectivizar el ingreso de los mismos al sistema general. La solución del conflicto implicó el mantenimiento de la figura de las Cajas de Auxilio, con el objetivo de continuar brindando aquellas prestaciones no incluidas en el catálogo obligatorio para los prestadores integrales²⁶.

²⁵ Corresponde a aproximadamente USD309 de ese momento.

²⁶ La Ley 18.731 de febrero de 2011 habilita que las Cajas de Auxilio tengan la posibilidad de mantener su vigencia, pero para ello deben adecuar sus estatutos y presentar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social un estudio técnico que demuestre su viabilidad financiera.

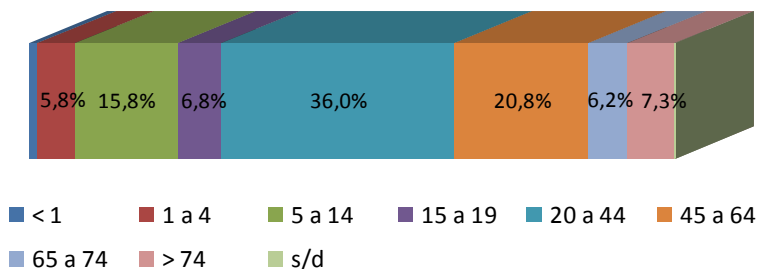
A su vez, la Ley 18.731 establece una suerte de ingeniería de gradualidad en el traspaso de aportes de los afiliados desde las Cajas de Auxilio hacia el FONASA, que se dará paulatinamente en el período comprendido entre el 1° de julio de 2011 y el 1° de enero de 2015.²⁷ De esta manera se logró sortear el obstáculo planteado y en el presente se está procesando el ingreso definitivo de estos colectivos al FONASA.

Adicionalmente, la mencionada ley estableció un régimen de devolución de aportes “excedentarios”²⁸ que, si bien es de alcance general, al beneficiar a trabajadores de ingresos altos, como los aquí referidos, también contribuyó a viabilizar su ingreso.

4.4 Perfil de población incluida dentro del FONASA: datos administrativos

A continuación se presenta un breve análisis de las características de la población que a setiembre de 2012 se encontraba incluida dentro del FONASA, según datos de los censos que las instituciones envían mensualmente al Sistema Nacional de Información (SINADI) del MSP.

Gráfico 3: población incluida dentro del FONASA según grupos de edades seleccionados



Fuente: elaboración propia en base a censos del SINADI.

En el **Gráfico 3** se presenta la población incluida en el FONASA agrupada por edades. El grupo de personas menores de 15 años de edad representa algo más del 20 por ciento del total. Los mayores de 65 años representan algo más del 13 por ciento del total. El grupo mayoritario lo constituye el que agrupa a las personas de entre 20 y 44 años de edad (36 por ciento) seguido de la franja de 45 a 64 años (21%). A su vez, mujeres y hombres tienen aproximadamente la misma representación en el total (dato no presentado).

Si analizamos el tipo de institución en la que se atiende la población incluida en el FONASA encontramos que la gran mayoría elige como prestador una IAMC.

²⁷ A partir del 1° de julio de 2011, se volcará íntegramente al FONASA tanto el aporte patronal (5%) por los afiliados a las Cajas de Auxilio, como el aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo (2%) y el aporte personal adicional por hijos a cargo (1,5%). En lo que refiere al aporte personal restante (4,5% como máximo), se irá vertiendo gradualmente al FONASA.

²⁸ Se estableció un tope a los aportes al FONASA, por encima del cual lo aportado se devuelve al aportante.

Tabla 2: Institución de cobertura de las personas incluidas dentro del FONASA

Institución	Porcentaje
ASSE	13,5%
IAMC	84,2%
Seguro Privado	2,3%
Total	100%

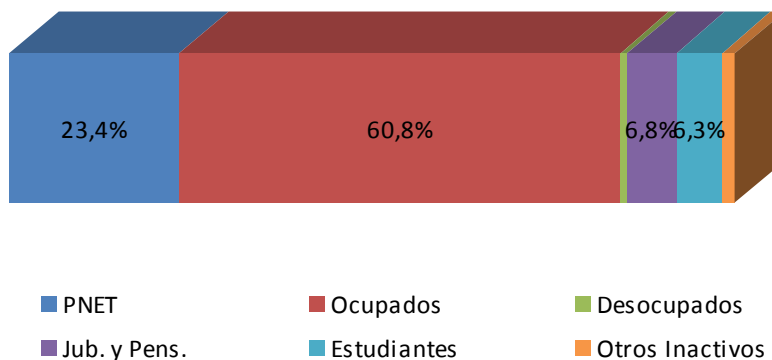
Fuente: elaboración propia en base a censos del SINADI.

Dentro de la población incluida en el FONASA a diciembre de 2011 casi un 85 por ciento elige atender su salud en el sector mutual. Sin embargo, un porcentaje no menor de la población (14 por ciento), aun teniendo la posibilidad de elegir, posee cobertura de salud a través de ASSE. Cabe mencionar que un 50 por ciento de los afiliados FONASA que optaron por ASSE lo son de oficio, es decir que se encuentran con cobertura allí porque venció el plazo que establece la normativa para que el beneficiario haga la elección de prestador y automáticamente se los adscribe a ASSE.

4.5 Perfil de población incluida dentro del FONASA: estimaciones según ECH 2011

Para obtener más información acerca de las características de la población incluida en el FONASA se hace necesario recurrir nuevamente a los datos que brinda la ECH del INE.

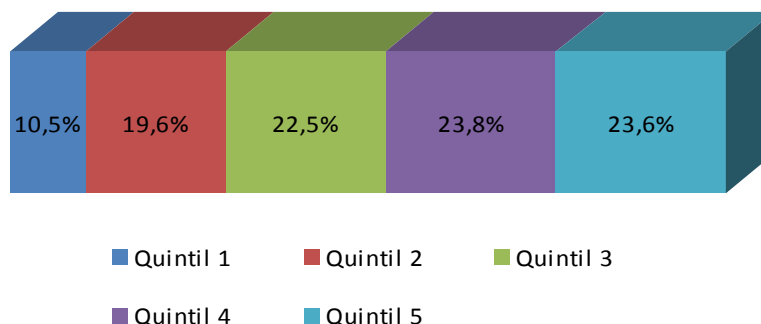
Gráfico 4: población incluida dentro del FONASA según condición de actividad económica



Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

Con respecto a la clasificación según condición de actividad económica (**Gráfico 4**), la gran mayoría de las personas incluidas en el FONASA a la fecha, declararon estar ocupadas. Sin embargo, el contingente de personas que no se encuentran en edad de trabajar (dicho límite se sitúa en los 14 años en el Uruguay) representa cerca de un 25 por ciento del total. El grupo que le sigue en importancia es el de los jubilados y pensionistas que representan en conjunto un 6,8 por ciento del total, así como los estudiantes (inactivos) que representan un 6,3 por ciento. Por último, los desocupados y el resto de los inactivos representan un 0,9 y un 1,8 por ciento del total, respectivamente.

Grafico 5: población incluida dentro del FONASA según quintiles de ingreso



Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

En el **Gráfico 5** se presenta la población FONASA según quintiles de ingreso encontrándose que las personas pertenecientes al primer quintil de la distribución del ingreso aparecen sub-representadas en el total (menos del 10 por ciento) mientras que existe una representación relativamente uniforme del resto de los quintiles, aunque con un leve sesgo en favor de los más altos.

Tabla 3: Institución de cobertura de las personas no incluidas dentro del FONASA

Institución	N° personas	%
ASSE	881.841	55.73
IAMC	377.228	23.84
Seguro Privado	32.925	2.08
Policial / Militar	185.696	11.74
Policlínica Intendencia	2.885	0.18
BPS	1.616	0.10
Otro	11.439	0.72
Sin cobertura	88.621	5.60
Total	1.582.251	100.00

Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

Dentro de la población no incluida en el FONASA al momento de la ECH 2011, un 55 por ciento declara poseer derechos de atención en ASSE, mientras que casi un cuarto del total declara poseer derechos de atención en el sector privado (en una mutualista o en un seguro privado). Aquí puede notarse una notoria diferencia con respecto a lo visto en la sección 4.4 en la cual se mostraba que la gran mayoría de las personas al poder optar (gracias a su inclusión en el FONASA) elegían atenderse en una IAMC.

Un 5 por ciento de este grupo declara no poseer derechos de atención a la salud en ningún tipo de institución (recordar que representan un 2,6 por ciento del total de la población).

En este sentido, analizando los datos de este grupo particular, se encuentra que todos los quintiles de la distribución del ingreso aparecen representados de manera relativamente equitativa, por lo que no se trataría de personas de menores ingresos. A su vez, analizando dicho contingente de acuerdo a otras variables demográficas y socioeconómicas, no se encuentra una característica especial que distinga a este grupo del resto de la población.

Este grupo de la población que declara no poseer cobertura de salud será motivo de análisis de la sección 4.6.

4.6 Diferencias observadas entre la población con cobertura del FONASA y la de la antigua DISSE

En la presente sección se pretende abordar resumidamente las principales diferencias que surgen de analizar la población que actualmente tiene cobertura por el FONASA y la que antes del inicio del proceso de Reforma del Sistema de Salud recibía atención a través de DISSE, como único esquema de protección social en salud hasta ese momento.

La primera gran diferencia que se presenta es la cantidad total de personas a las que brindaba cobertura DISSE y a las que brinda actualmente el FONASA. Como ya fuera mencionado, a diciembre del año 2005 la cantidad de personas adscriptas a DISSE no alcanzaba a las 600.000, lo cual representaba aproximadamente 20 por ciento del total de la población del país. Esto se debe a que dicho esquema amparaba básicamente a los trabajadores formales del sector privado. Por el contrario, actualmente el FONASA da cobertura a más del 60% de la población total del país.

Tabla 4: Distribución de la cobertura DISSE (2006) y FONASA (2011) según tramos de edades

Tramos etarios	DISSE (2006)	FONASA (2011)
Menores de 18 años	0,4%	30,9%
18-65 años	90,9%	62,6%
Mayores de 65 años	8,7%	6,4%
Total	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base ECH 2011 del INE y MSP (2008).

Más allá del alcance total de ambos esquemas, es importante analizar las diferencias al interior de cada uno de los sistemas con respecto a los tipos de grupos de población a los que cubría DISSE y cubre el FONASA actualmente. Por ejemplo, en la **Tabla 4** se presenta la distribución de la cobertura de los dos esquemas según tres tramos etarios seleccionados. La notoria diferencia se explica por el hecho de que el sistema anterior basaba su cobertura en la población activa, por lo que los menores de 18 años representaban menos de medio punto porcentual del total de las personas adscriptas a DISSE. En el presente, este grupo representa casi un tercio de la población incluida en el FONASA.

Tabla 5: Proporción de usuarios con cobertura DISSE (2006) y FONASA (2011) sobre el total de personas de cada decil de ingreso.

Decil de ingreso	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
% beneficiarios DISSE	3%	8%	12%	16%	21%	25%	27%	30%	31%	29%
% beneficiarios FONASA	16%	40%	50%	54%	58%	61%	63%	64%	65%	61%

Fuente: elaboración propia en base ECH 2011 del INE y MSP (2008).

Otra diferencia importante entre el esquema del pasado y el actual se refleja claramente en la **Tabla 5**, que nos muestra el alcance de la cobertura según la posición del hogar al que pertenece la persona en la escala de distribución del ingreso. Si bien en todos los casos la proporción de cada grupo que se encuentra cubierta aumenta considerablemente (lo cual se desprende del aumento global de la cantidad de personas incluidas en el FONASA con respecto a DISSE) dicho aumento es aún más marcado en los primeros deciles, es decir, en las personas pertenecientes a los hogares más pobres. En el caso del primer decil, la proporción de personas que se encontraban cubiertas por la ex DISSE representaba un 3 por ciento mientras que en el año 2011 pasó a representar un 16% (más que se quintuplica). Algo similar ocurre con el grupo de personas pertenecientes al segundo decil: en el año 2011 un 40 por ciento de este grupo de personas posee cobertura FONASA, mientras que en el pasado apenas un 8 por ciento accedía a la cobertura DISSE.

De todo lo anterior se desprende que, además del importante aumento en la cobertura que brinda el actual FONASA con respecto a la ex DISSE, dicho aumento se produce con un importante sesgo en favor de la población más joven y de menores niveles de ingreso²⁹.

4.7 Características sociodemográficas que determinan el acceso a los servicios de salud: cambios observados con la implementación del SNIS

En esta sección también se recurre a datos de la ECH. Se eligen los microdatos de los años 2006 y 2011 para analizar el impacto de la Reforma del Sistema debido a que el año 2006 representa el momento inmediatamente anterior al comienzo de la Reforma y el año 2011 representa el último dato disponible hasta el momento.

El principal objetivo consiste en analizar las diferencias existentes en cuanto al acceso a servicios de salud por parte de diferentes grupos de la población, agrupados por variables demográficas y socioeconómicas y estudiar si dichas diferencias muestran cambios significativos tras la introducción de la Reforma del Sistema de Salud.

²⁹ Seguir analizando las diferencias entre DISSE y FONASA excede los objetivos del presente documento.

Tabla 6: Cobertura de salud de la población total por tipo de prestador 2006-2011

Año 2006			Año 2011		
Institución	Personas	% del total	Institución	Personas	% del total
ASSE (MSP)	1.253.256	40,9	ASSE	1.046.158	31,1
IAMC	1.335.131	43,6	IAMC	1.905.592	56,6
Seguro Privado	28.764	0,9	Seguro Privado	70.511	2,1
Policial y Militar	206.260	6,7	Policial y Militar	241.579	7,2
BPS	25.425	0,8	BPS	1.616	0,05
Policlínica Mpal.	70.044	2,3	Policlínica Mpal.	2.906	0,09
Otro	63.438	2,1	Otro	11.677	0,3
No cubierto	82.889	2,7	No cubierto	88.621	2,6
Total	3.065.207	100	Total	3.368.660	100

Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

El principal cambio observado en el año 2011 lo constituye el sensible aumento de la cobertura a través del sistema mutual, que implica un incremento de más del 20 por ciento en la proporción de la población total que atienden este tipo de prestadores (de 43,6 a 56,6 por ciento). Como contrapartida se evidencia una disminución del porcentaje de la población que se atiende en el principal prestador público (ASSE). Otro cambio significativo es un aumento, de más del 100%, de la población que se encuentra cubierta por un seguro privado. De todos modos continua representando un grupo muy minoritario de la población total y seguramente una parte muy importante de ese crecimiento obedezca a que a partir de la Reforma son prestadores elegibles para quienes están cubiertos por la Seguridad Social.

A su vez, si observamos la cobertura de la población por grupos de edades en 2006 y 2010 se aprecian cambios importantes. El principal de ellos se refiere a la cobertura de salud de los más jóvenes.

Tabla 7: Estructura de usuarios por grupos de edades y tipo de prestadores 2006 - 2011

2006				
	ASSE	IAMC	Pol/Mil	Seg. Priv.
Menores de 18	501.237	196.172	62.405	9.069
18-65 años	623.866	888.427	121.923	17.805
Mayores de 65	128.153	250.532	21.932	1.890
Total	1.253.256	1.335.131	206.260	28.764
2011				
	ASSE	IAMC	Pol/Mil	Seg. Priv.
Menores de 18	318.567	472.111	62.753	17.388
18-65 años	593.044	1.174.062	144.482	48.871
Mayores de 65	134547	259.419	34.344	4.252
Total	1.046.158	1.905.592	241.579	70.511

Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

La implementación del SNIS permitió el ingreso de aproximadamente 300 mil menores de 18 años de edad al sistema privado mutual, duplicándose la proporción de la población total de esta franja

etaria que se atiende en una IAMC (en el año 2006 un 22 por ciento de los jóvenes de este grupo se atendía en una IAMC, mientras que a finales de 2011 más del 50 por ciento accedía a este tipo de instituciones). Si bien el aumento de la población que se atiende en una IAMC se observa para los tres grupos de edades seleccionados, es el grupo de menores de 18 años el que presenta un aumento mayor en términos relativos.

Si agrupamos a la población de acuerdo a la condición de actividad económica, el cambio más notorio que puede observarse es el aumento de la proporción de personas que declaran ser estudiantes (inactivos) que tienen cobertura en una IAMC.

Tabla 8: Cobertura de la población según condición de actividad económica

Año 2006				
Institución	Ocupados	Desocupados	Jub./pen.	Estudiantes
ASSE	28%	60%	33%	46%
IAMC	58%	20%	55%	37%
Resto	13%	20%	13%	18%
Total	100%	100%	100%	100%

Año 2011				
Institución	Ocupados	Desocupados	Jub./pen.	Estudiantes
ASSE	24%	52%	33%	30%
IAMC	64%	27%	55%	56%
Resto	12%	20%	12%	14%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base ECH del INE.

Mientras que en el año 2006 el 37 por ciento de los estudiantes accedían a atenderse en una IAMC, en el año 2011 son más de la mitad de los estudiantes los que acceden a este tipo de prestador (56 por ciento).

A su vez, se observa un incremento de un 35 por ciento en la proporción de personas desocupadas que acceden a una IAMC (la cifra pasa de 20 a 27 por ciento). Esto seguramente obedece a la inclusión de los cónyuges de trabajadores formales al FONASA, ya que la presencia de un trabajador formal en el hogar brinda cobertura a los integrantes de la familia.

Agrupando a la población por quintiles de ingreso, el cambio más notorio es el acceso de los hogares de bajos recursos al sector IAMC. La contrapartida de esto es un aumento en la proporción de personas de los hogares de mayores ingresos que optan por atender su salud en un seguro privado.

Tabla 9: Cobertura de salud de la población según quintiles de ingreso años 2006-2011

Año 2006					
	1º	2º	3º	4º	5º
ASSE	79,1%	60,5%	40,4%	19,7%	4,8%
IAMC	6,3%	20,8%	41,5%	65,9%	83,2%
Seg.priv.	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	4,2%
Pol/Mil	5,1%	8,9%	8,5%	7,0%	4,2%
BPS	1,2%	1,7%	0,9%	0,4%	0,0%
Polic. Mpal.	5,2%	3,1%	1,9%	1,0%	0,2%
Otro	0,8%	2,0%	2,9%	2,7%	1,9%
Sin cob.	2,4%	2,9%	3,8%	3,0%	1,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Año 2011					
	1º	2º	3º	4º	5º
ASSE	70,9%	41,8%	25,7%	13,3%	3,6%
IAMC	21,4%	46,3%	61,8%	74,1%	79,3%
Seg.priv.	0,1%	0,1%	0,4%	1,1%	8,8%
Pol/Mil	3,6%	8,1%	8,6%	8,6%	6,9%
BPS	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Polic. Mpal.	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Otro	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Sin cob.	3,4%	3,1%	3,1%	2,4%	1,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a ECH del INE.

En la tabla 4 se presenta la cobertura de salud de la población por quintiles de ingreso y según el tipo de institución en la que posee derechos vigentes. Se destaca el notable incremento de la proporción de personas del primer y segundo quintil de la distribución del ingreso (los de menores ingresos) que logran acceder a atenderse en una IAMC. Para el primer quintil dicha proporción más que se triplica (de 6 a 21 por ciento), mientras que para el segundo más que se duplica (de 20 a 46 por ciento). Esto representa la incorporación de más de 220.000 personas de ambos quintiles al sistema mutual.

4.8 Población que declara no poseer cobertura de salud alguna

En la **Tabla 9**, al presentarse el total de la población del país agrupada según tipo de cobertura de salud, se observa que algo más del 2 por ciento declara no tener derechos vigentes de atención en ningún tipo de institución. Este colectivo, que representa un aproximado de 89.000 personas, merece un análisis específico ya que en un principio aparece inconsistente con un Sistema de Salud como el uruguayo en el que en teoría no existen personas que no posean derechos de atención a la salud.

Si tomamos, por ejemplo, la distribución de este grupo de la población según quintil de ingreso encontramos que aproximadamente 24.000 personas se encuentran en el 4to y 5to quintil de la

distribución lo cual significa que pertenecen al 40 por ciento de la población de mayores ingresos. Esto podría dar cuenta de grupos de personas que presenten una menor aversión al riesgo que el promedio de la población, ya que debido a su situación económica tendrían los medios económicos para pagar una cuota de afiliación individual en caso de necesitarlo.

Al analizar a este grupo por edades se observa que la mayoría (casi el 40 por ciento) se encuentra en el rango etario comprendido entre los 26 y 45 años de edad. A su vez, el grupo de 18 a 25 años representa algo más del 20 por ciento del total. Como era esperable de acuerdo a los grupos incorporados actualmente al FONASA, los menores de 18 años y los mayores de 65 sumados representan menos del 14 por ciento de este grupo.

Al estar principalmente ante un grupo de personas comprendidas dentro de lo que se podría considerar los años de vida laboral del ciclo de vida, aparece importante observar a estas personas según condición de actividad económica. Este análisis arroja que un 55 por ciento declara estar ocupado al momento de la encuesta, seguido de un 14 por ciento que declaran estar desocupados. A su vez, del total de personas que declaran no tener cobertura casi un 25 por ciento de los mismos declara ser asalariado privado como categoría de ocupación.

De la conformación misma del sistema de protección social en salud en el Uruguay se desprende la relación directa existente entre formalidad en el mercado de trabajo y cobertura de la salud por intermedio del FONASA. En este sentido, analizando los datos se puede establecer que una parte importante de las personas que declaran no poseer derechos de atención en ningún tipo de prestador se encuentran en una situación de informalidad en el mercado de trabajo, además de las personas que se encuentran desocupadas.

De todos modos, al analizar aún más en profundidad, se encuentran algunas inconsistencias en los datos referidos a este grupo en particular. Por ejemplo, un 6 por ciento del total declaraba realizar aportes a algún régimen jubilatorio al momento de la encuesta (el 95 por ciento de estos declara aportar al BPS o al BPS y una AFAP), lo cual necesariamente implica un error de medida de la encuesta, ya que en el año 2011 (más precisamente hasta julio) todos los trabajadores que cotizaban a la seguridad social se encontraban incluidos en el FONASA.

De todo lo anterior se desprende que si bien las situaciones declaradas de carencia de cobertura de salud alguna en su mayoría debieran de responder a casos de informalidad en el mercado de trabajo, existe un porcentaje no menor de este grupo que representa algún tipo de error de medida de la encuesta. Es decir, que un grupo de la población que declara no poseer cobertura de hecho sí pudiera tenerla y desconocer este derecho o directamente responder erróneamente a la pregunta por otros motivos.

4.9 Cobertura y acceso a los servicios de salud

A partir de la Encuesta Continua de Hogares del año 2011, por iniciativa del MSP se incluye dentro del módulo de salud, en la sección de derechos vigentes de atención, una pregunta referida a si más allá de poseer derechos en determinada institución las personas efectivamente accedían a la atención .

En este sentido, se pretende abordar la problemática de las barreras de acceso a los cuidados médicos, en las diferentes instituciones.

Tabla 10: Más allá de tener derechos en la institución, ¿se atiende regularmente en ella?

	ASSE	IAMC	Seg. Priv.	Pol./Mil.
SI	98,10%	98,10%	97,30%	76,30%
No, por no poder pagar tickets, etc.	0,00%	0,70%	1,70%	2,60%
No, por demoras excesivas	0,70%	0,20%	0,00%	0,80%
No, por distancia del lugar	0,10%	0,10%	0,40%	8,90%
No, otros	1,10%	0,80%	0,50%	11,30%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a ECH del INE.

En la Tabla 10 se presentan las respuestas a dicha pregunta. En caso de no atenderse regularmente en el mencionado servicio se presentan 4 posibles motivos: por el alto costo de los tickets, órdenes, etc., por excesivas demoras, por encontrarse muy lejos geográficamente de dicha institución y por otros motivos.

Para ASSE, IAMC y los seguros privados encontramos tasas de atención regular superiores en todos los casos al 97 por ciento. Quizás es notable el hecho de que casi un 2 por ciento de la población con derecho en un seguro privado considere excesivo el precio de los copagos o tasas moderadoras (1.7 por ciento).

Para el caso de ASSE la causa más común por la cual las personas con derechos vigentes suelen no concurrir a dichos centros es la categoría “otros”, pero indagando sobre las posibles opciones dentro de esta categoría no se encuentra una tendencia marcada, más allá de un peso importante de respuestas del estilo “no precisa atenderse”. Algo similar sucede con la cobertura IAMC. Quizás la forma de realizar la pregunta haya llevado a algunos errores de medida ya que puede haberse interpretado de una manera diferente a lo que era el objetivo.

Sin embargo, aparece interesante el caso de la cobertura a través de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Hospital Policial, en el cual se encuentra un porcentaje de personas que declaran no atenderse regularmente que es significativamente mayor a los casos de ASSE, IAMC y seguros privados.

Un 8 por ciento de los potenciales usuarios declaran no atenderse por distancias excesivas con la institución, mientras que un 11 por ciento declara no atenderse por “otros”. En ambos casos se encuentra que la abrumadora mayoría de las personas que declaran este tipo de inconvenientes posee derechos de atención también en ASSE o en una IAMC³⁰ (incluso en la sección posterior donde se presentan las características de la población incluida dentro del FONASA se menciona que una cantidad significativa de personas que actualmente están incluidas en el fondo tienen derechos de atención en Sanidad de las Fuerzas Armadas y Hospital Policial, lo cual implica una doble cobertura ya que dichos colectivos no se encuentran incluidos actualmente en el SNS).

En definitiva, no parece encontrarse evidencia a favor de la existencia de fuertes barreras de acceso a los servicios de salud por parte de la población, cuestión que al momento del ingreso de grandes colectivos al FONASA (con su consiguiente posibilidad de elección de atención en una institución diferente a la que accedían anteriormente) despertó ciertas preocupaciones.

De todos modos el alcance de la pregunta de la ECH es limitado: simplemente indaga acerca de una primera barrera de acceso, en el sentido de analizar si la persona entrevistada en caso de

³⁰ No se presentan los cuadros específicos para dichas categorías por exceder los límites del presente trabajo.

necesitar atención concurre a la institución en la que declara poseer derechos de atención. Sin embargo, no pregunta acerca de las condiciones del acceso a esa atención médica necesaria, por ejemplo si en caso de ser recetados estudios, medicamentos, etc. por parte del médico, la persona en cuestión efectivamente pudo acceder a todos los tratamientos indicados. Tampoco aporta información cualitativa acerca de tiempos de espera u otras dificultades con las que se pudiera encontrar el usuario al momento de acceder al sistema, más allá de que efectivamente ese acceso se hubiera efectivizado.

4.10 Profundidad de la cobertura : Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)

En el contexto del presente documento, la importancia que tiene el concepto de cobertura prestacional, es decir, la dimensión representada por la profundidad de la cobertura, y que hace referencia a los servicios a los que tiene acceso la población, amerita dedicarle un capítulo aparte, cuyo objetivo no es tanto un análisis profundo como una aproximación del lector a la realidad actual en el país.

El punto de inflexión en cuanto a la cobertura prestacional en el Uruguay se puede identificar en el 2008, año en el que se aprobó el Programa Integral de Asistencia a la Salud (PIAS)³¹. Éste consiste en un catálogo de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales y para toda la población del país.

Cabe mencionar que existen ciertas patologías de baja frecuencia, que ameritan tratamientos de alta complejidad -y elevado costo- que no son cubiertos por las IAMC, sino provistos por los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAES) -públicos o privados- y financiadas a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Estos tratamientos bajo la órbita del FNR también se encuentran incorporados en el PIAS pero de manera diferenciada respecto a las prestaciones obligatorias para los prestadores integrales.

El catálogo quedó definido de forma tal que se pueden distinguir tres tipos de prestaciones: las incluidas en el catálogo (no precisan del proceso de normatización), aquellas prestaciones incluidas pero con el compromiso de normatizarse o protocolizarse a la mayor brevedad posible (técnicas de diagnóstico y tratamiento que conforman la práctica médica habitual, por ejemplo la cirugía laparoscópica de vías biliares) y, por último, las prestaciones no incluidas en el PIAS (para algunas existe prioridad respecto a su inclusión, por ejemplo el tratamiento endovascular de aneurismas -aorta, intracraneano-, y respecto a otras existen dudas en función de su efectividad, costo-efectividad, etc, que ameritan mayor evidencia o estudios más profundos, por ejemplo la terapia gravitacional para esclerodermia y otras enfermedades del mesénquima).

Las prestaciones incluidas pero que se encuentran por normatizar tienen cobertura obligatoria a partir del momento en que el MSP emite sus respectivas guías o protocolos.

En instancias posteriores, ciertas prestaciones específicas ingresaron al catálogo³². Si bien se registraron avances en cuanto a la actualización del PIAS, en la situación actual en la que se

³¹ El PIAS fue aprobado por el Decreto N° 465/008 del Poder Ejecutivo en el mes de octubre de 2008.

³² Por ejemplo: la embolización de arterias bronquicas en octubre de 2010, la vasectomía y la ligadura tubaria por vía laparoscópica en diciembre de 2010 y las prestaciones de Salud Mental en agosto de 2011 según los decretos N° 307/010, N° 383/2010 y N° 305/011 respectivamente.

encuentra el catálogo, desde el equipo de trabajo del MSP se plantea una serie de actividades pendientes de realizar.

En cuanto a las prestaciones incluidas pero con el compromiso de normatizarse, se definió una metodología de trabajo que prioriza, en cuanto al orden para su normatización, aquellas prestaciones para las que se registra una alta frecuencia de consultas por parte de los usuarios en el MSP y para las que se presentan una heterogeneidad de situaciones entre las distintas instituciones. A este respecto, cabe mencionar que toda prestación que no haya sido aun incluida (y normatizada) en el PIAS no se verá afectada por las políticas de regulación de tasas moderadoras definidas por el Poder Ejecutivo, por ende, queda a criterio del prestador la provisión del servicio, y en caso de hacerlo, quedará también a su criterio la fijación del precio a cobrar a los usuarios.

Se plantea la necesidad definir si la incorporación, o re-incorporación, a la cobertura obligatoria se hará con o sin financiación específica, y en caso de optarse por el segundo escenario, se deberán estimar los costos asociados a cada una de estas prestaciones en la estructura global de costos de las instituciones para realizarse la correspondiente modificación de las cápitas.

Asimismo, dado que existen ciertas prestaciones que actualmente se encuentran bajo cobertura del Banco de Previsión Social, se reconoce su importancia y se encuentra en proceso de evaluación la posibilidad de que en un futuro sea incorporado como prestador de ciertos servicios vinculados a trastornos congénitos.

En cuanto a la definición de nuevas incorporaciones al PIAS, se reconoce la conveniencia de una única puerta de entrada, mediante la cual se puedan canalizar las solicitudes de inclusión que surjan desde diferentes actores (decisores políticos, la academia, proveedores de tecnología, usuarios, etc).

El proceso de construcción del catálogo enfrentó diversas dificultades y presenta una serie de limitaciones que hacen necesario continuar avanzando hacia su consolidación. Por una parte, el ritmo al cual es posible modificar el catálogo -con todos los procesos de estudio, consulta con expertos, discusión, y validación que hacen al proceso- conduce a pensar que su mecanismo de revisión y actualización no acompaña al dinamismo característico de los cambios en las prácticas médicas en la actualidad.

Por otra parte, cabe mencionar la presencia de dificultades adicionales que acotan la profundización de la cobertura universal. En este sentido, se identifican, por un lado, las barreras económicas al acceso, ya que si bien las prestaciones incluidas en el catálogo están cubiertas por el seguro y provistas por los prestadores integrales del sistema, los usuarios -en la amplia mayoría de los casos- soportan parte del costo de dichos servicios³³. Por otro lado, es necesario recordar que el acceso real a los servicios también se encuentra comprometido por las “colas” o tiempos de espera; el tiempo transcurrido entre la solicitud y el acceso mismo a las prestaciones por parte del usuario, de ser extenso, compromete una accesibilidad de forma oportuna a los servicios, a la vez

³³ Las tasas moderadoras o copagos a pagar por los usuarios son considerados regresivos, en tanto implican un monto fijo a pagar por el usuario, con independencia del nivel de ingresos que éste tenga y las vulnerabilidades que puedan devenir del hacer frente al pago de los servicios sanitarios. Por su parte, las distintas instituciones tienen listados de precios muy diferentes unas de otras, lo cual terminó por configurar una verdadera heterogeneidad de situaciones al interior del sistema, realidad heredada de un pasado en el que los precios eran fijados libremente (liberalizados durante la década de los 90) para pasar a ser congelados, en 2005, y aumentados, con posterioridad, únicamente en ocasión de decretos gubernamentales, y en las proporciones por ellos definidas.

de configurar un desincentivo hacia las prácticas de prevención sanitaria, con su correlativa ineficiencia en la utilización de los recursos al interior del sistema de salud.

Dadas las limitaciones inherentes a los sistemas de información con los que actualmente cuenta la autoridad sanitaria -y la mayoría de las instituciones-, no es posible obtener actualmente una medición confiable de los tiempos de espera. Sin embargo, se está empezando a implementar un nuevo sistema de agenda de consulta externa³⁴ que, por un lado, implica el acceso a las citas de consulta médica en un período mayor al que rige actualmente -que depende de los criterios de cada institución y varía para cada especialidad-, y por el otro permitirá una aproximación más certera, y comparable entre instituciones, del tiempo de espera de las consultas médicas.

³⁴ Ordenanza N° 603, del 17 de octubre de 2012.

5 UN ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL CAMINO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL

5.1 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: Sanidad Policial y Militar

En la actualidad no existe un plan de acción con respecto al futuro de la cobertura de salud que brindan la Sanidad de las Fuerzas Armadas ni el Hospital Policial.

En el caso de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, dicha institución da cobertura a dos grupos de beneficiarios directos: por un lado, a aquellos funcionarios de las FFAA y sus familiares (cónyuges, hijos legítimos o naturales solteros menores de 21 años, hijos con discapacidad, menores legitimados, adoptados o en situaciones análogas aceptadas y padre y/o madre sin recursos propios). Por otro lado, existe otro grupo cuya cobertura no es extensiva a sus familiares, estos son los alumnos de las escuelas o institutos de formación Militar, los funcionarios civiles no equiparados al Ministerio de Defensa Nacional y de los organismos que lo integran en actividad o jubilación, los reservistas en situación de instrucción militar del propio Ministerio, siempre que la enfermedad se haya originado en actos de servicios o con motivo del mismo, y los pensionistas del servicio de retiros y pensiones de las Fuerzas Armadas.

Con respecto al sistema de financiamiento, la Sanidad Militar se mantiene por fuera del Seguro Nacional de Salud. Cuenta con un seguro de salud propio, que es financiado mediante los aportes de los militares en actividad, de los retirados y a través de transferencias del Gobierno Central (Rentas Generales). Este financiamiento se complementa con el pago de tickets y órdenes por parte de los usuarios. Las contribuciones de los beneficiarios del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, se calcula sobre la retribución básica de soldado de 2da pero el porcentaje de aporte varía según el rango militar de los beneficiarios. (MSP, 2010. CNS 2005-2008).

Por otro lado, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, cuyo proveedor es el Hospital Policial, brinda cobertura a policías en actividad, retirados, cónyuges e hijos de hasta 21 años de edad y con discapacidades sin límite de edad, y padres de policías cuyos ingresos sean inferiores a 2 salarios mínimos.

Al igual que en el caso de Sanidad Militar, el financiamiento se basa en las contribuciones de policías en actividad y retirados (pasivos), transferencias desde el gobierno central, el pago directo de los hogares a través de copagos y otro financiamiento como la venta de servicios (alquiler del CTI pediátrico).

En ambos casos, la atención a los usuarios del interior se basa en la existencia de acuerdos de complementación con otras instituciones, ya que tanto el Hospital Militar como el Hospital Policial tienen una única sede, localizada en Montevideo. En el caso de las FFAA existe un acuerdo de complementación con ASSE, mientras que en el caso del Hospital Policial dicho acuerdo es con la Federación Médica del Interior que se hace operativo a través de las diferentes IAMC³⁵. En total, ambas instituciones brindan cobertura a unas 242.000 personas en todo el país.

A pesar de la importancia de este colectivo, en ninguna de las leyes que regulan los ingresos al FONASA se encuentra prevista su incorporación. En este sentido, su eventual no inclusión dentro

³⁵ En el Interior del país se realiza la atención a través de contrataciones con las IAMC pero estos convenios solo abarcan a policías y retirados. Los familiares se asisten en ASSE a través de un convenio con la Dirección Nacional de Sanidad Policial.

del esquema general de protección social en salud estaría en contra del principio de mancomunación de fondos de la mayor cantidad de personas posible, dejando la posibilidad de que continúen coexistiendo dos subsistemas de salud para dos grupos determinados de la población.

Inicialmente, una de las ideas que manejaba el gobierno era que en un horizonte mediano de tiempo ambos colectivos ingresaran al FONASA para colocarlos dentro de las previsiones del Presupuesto Nacional y centralizar la atención. Sin embargo, los usuarios de ambos aparecen reacios a incorporarse al FONASA por considerar que la atención a militares, policías y sus familiares podría deteriorarse.

5.2 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: rentistas.

Según los datos de la última ECH del INE, existían en Uruguay en el año 2011 unas 12.000 personas que declaraban como condición de actividad económica ser exclusivamente perceptores de rentas. Representa un colectivo de personas de 14 y más años de edad que sin tener una ocupación en la que vierten su esfuerzo productivo a la sociedad, ni buscarla activamente durante el período de referencia elegido para la encuesta, cobran o perciben algún tipo de renta. Estos ingresos pueden provenir de rentas asociadas al capital físico, capital financiero, o algún otro tipo de inversión.

Si analizamos a este grupo de personas, los datos de la ECH 2011 muestran que casi un 30 por ciento pertenece a hogares del décimo decil de la distribución del ingreso, es decir, de los hogares con mayores ingresos. Si le sumamos el 9° y 8° decil, llegamos a más del 60 por ciento de este colectivo. Por lo tanto, se trata de un grupo que *a priori* no presenta una gran importancia para el Sistema de Salud general en términos de la cantidad de personas que representa, pero que muestra la peculiaridad de englobar personas pertenecientes a hogares de altos ingresos y que por lo tanto, en términos de la financiación del SNS, sí podrían representar un colectivo de una importancia relativa.

A su vez, si bien sería un estimado de 12.000 personas las que en el país obtienen ingresos exclusivamente provenientes de algún tipo de renta, es necesario tomar en cuenta que existe un número importante de personas que estando ocupadas o teniendo alguna otra fuente de ingresos, también perciben rentas como una fuente de ingresos adicional y no exclusiva.

En la ECH se toman en cuenta los siguientes tipos de rentas: alquiler de viviendas propiedad de algún miembro del hogar; arrendamiento de chacras o campos propiedad de algún miembro del hogar; ingresos por medianería sin haber trabajado; ingresos por pastoreo sin haber trabajado; ingresos por propiedad de ganado a capitalización por algún miembro del hogar; ingresos por intereses por depósitos, letras, bonos, préstamos a terceros, etc. y utilidades y dividendos en negocios en los que no se trabajó. En todos los casos dicha variable se releva a nivel del hogar y no de la persona y arroja que en unos 94.000 hogares (8 por ciento del total) algún miembro del hogar percibe algún ingreso por rentas.

En ambos casos, rentistas “exclusivos” o quienes cobran rentas entre otras fuentes de ingresos, las rentas no se encuentran entre las fuentes de ingreso que cotizan al FONASA. Hacer una estimación del monto global de ingresos que representan ambos colectivos sumados resulta demasiado arriesgado ya que las encuestas de hogares suelen ser una fuente de información bastante precaria para estimar los ingresos por rentas debido a la tendencia a la sub-declaración por parte de las personas. No obstante, en términos de la cantidad de personas u hogares que representan, los datos de la ECH muestran que el caso de lo que hemos llamado rentistas exclusivos no aparece

como un colectivo muy importante en número. El panorama cambia radicalmente cuando tomamos a los diferentes tipos de renta como una fuente de ingreso más al interior de los hogares, llegando a un 8 por ciento de los ingresos y unas 237.000 personas.

La inclusión en el FONASA de este grupo de personas (inactivos rentistas) o tipo de ingresos (rentas como fuente de ingresos de algunos hogares) no se encuentra previsto en ninguna de las leyes que regula el funcionamiento del SNIS. Sin embargo, es importante tomar en cuenta, desde el punto de vista del financiamiento, que la Reforma del Sistema de Salud uruguayo se enmarca en un proceso de reformas más generales del país que dieron comienzo en el año 2005 con la asunción del primer gobierno de un partido de izquierda en la historia del Uruguay. Otro de los pilares de dicho proceso, al que se le dio el nombre de “Plan de Equidad”, fue la profunda reforma del sistema impositivo. Sobre la base de un aumento del peso de los impuestos directos en la recaudación impositiva global, la mayoría de los diferentes tipos de rentas como fuente de ingresos sí se encuentran gravadas en la actualidad. En este sentido, analizar su exclusión como fuente de aportes al FONASA aisladamente resultaría incorrecto tomando en cuenta que los impuestos generales también representan una de las fuentes de financiamiento del SNS.

5.3 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: trabajadores de intendencias.

Otro colectivo para el cual no se avizora un ingreso al FONASA en el corto plazo lo constituyen los trabajadores de las 19 intendencias que existen en el país y sus familiares. En total, según estimaciones del MSP provenientes de la nómina de trabajadores que informa el BPS, serían unos 33.500 potenciales beneficiarios directos, lo que representa a algo más del 85 por ciento de los trabajadores municipales totales. A su vez, es necesario estimar la cantidad potencial de menores a cargo y cónyuges que quedarían adscriptos al FONASA al ingresar este colectivo.

Al no contarse con información administrativa respecto a cuántos menores se encuentran a cargo de cada funcionario municipal y si, a su vez, cuentan o no con cobertura del FONASA³⁶, así como tampoco de la cantidad de cónyuges que tampoco se encuentren incluidos actualmente en el FONASA, la estimación acerca del total de personas que potencialmente podrían pasar a cotizar al fondo se torna bastante complicada. Desde el MSP se optó por intentar estimar la cantidad de menores a cargo y no así de cónyuges. Esta estimación se realiza a partir de la ECH del INE y presenta además dos dificultades adicionales: primero, la ECH permite determinar la cantidad de menores en el hogar del trabajador municipal y no estrictamente la cantidad de menores “a cargo”. Segundo, no es posible establecer con claridad si estos menores cuentan o no con cobertura FONASA. Esto se debe a que la forma en que está diseñada la pregunta en la encuesta no permite discriminar correctamente la cobertura FONASA de otras que estén asociadas al empleo de los padres. Dichas estimaciones arrojan una cantidad de entre 17.700 y 32.000 potenciales menores, los cuales sumados a los trabajadores activos completaría un total de entre 51.000 y 65.000 personas aproximadamente.

A su vez, al interior de este gran colectivo existen importantes diferencias acerca de los beneficios y aportes que actualmente reciben los trabajadores y sus familiares con respecto a cobertura de salud. Esto genera un panorama heterogéneo sobre la voluntad de las diferentes agrupaciones de trabajadores de las 19 intendencias de incorporarse como cotizantes al FONASA. En la intendencia

³⁶ Téngase en cuenta que los menores hijos de trabajadores municipales podrían ya contar con el beneficio en virtud, o bien de que el funcionario municipal en cuestión posee cobertura FONASA a partir de otro empleo, o bien por ser su otro padre o encargado beneficiario.

de Montevideo, que nuclea aproximadamente al 20 por ciento del total de trabajadores, existe un convenio que data del año 1994 con una IAMC en particular. Dicho convenio otorga cobertura de salud a todos los funcionarios municipales, de la Junta Departamental, a sus cónyuges e hijos y a jubilados y pensionistas de la comuna, con un sistema de aportes netamente beneficioso con respecto a los aportes que les corresponderían realizar a dichos beneficiarios si fueran incluidos en el FONASA con las respectivas tasas de aportes vigentes. Además, dichos beneficiarios acceden a un paquete de prestaciones diferencial por suscribir dicho convenio. Sin embargo, la situación no es igual en el resto de las Intendencias, ya que existe una variedad de sistemas de cobertura de la salud de los trabajadores, según el departamento.

Resumir los diferentes sistemas de aportaciones y tipo de cobertura de salud que reciben los trabajadores de las 19 intendencias excede los objetivos de este trabajo, pero sí se pretende dar una idea de la magnitud del colectivo de trabajadores municipales y sus familiares y del complejo panorama que plantea su eventual incorporación al FONASA. En este sentido, no se vislumbra aun una propuesta concreta acerca del camino a seguir en términos de la incorporación de este colectivo al seguro.

5.4 Colectivos cuyo ingreso al FONASA no se encuentra definido: hogares sin vinculación con el sector formal de la economía.

Otro tema que reviste una gran importancia es el análisis de los hogares que no cuentan con ningún miembro que posea un empleo formal por el cual cotice al sistema de protección social en salud del FONASA.

La consecución del objetivo de cobertura universal en salud en el Uruguay se basa a grandes rasgos³⁷ en un contingente grande de hogares y personas que contribuyen a un fondo común y que pueden elegir el prestador en el que deseen atenderse (se pretende llegar a alrededor de un 75 por ciento del total de la población adscripta al FONASA en 2016) y otro contingente de hogares y personas que no contribuye a este fondo pero cuya cobertura de salud se encuentra garantizada por el principal prestador público y su amplia red de atención en todo el país: ASSE, o una minoría al interior de este grupo que paga directamente una cuota de afiliación individual a alguna institución privada.

Los datos de la ECH muestran que existían en el año 2011 un total estimado de 217.000 hogares cuyo jefe de hogar declara no realizar aportes a una caja de jubilaciones en su empleo principal, de los cuales un 25 por ciento aproximadamente son considerados hogares pobres según la línea de pobreza 2006³⁸. El hecho de que existan hogares que no poseen una vinculación directa con el sector formal de la economía plantea la disyuntiva acerca de la deseabilidad de su inclusión en el FONASA, con la consiguiente libertad de elección con respecto al prestador de salud en el cuál deseen atenderse los miembros de dichos hogares o el mantenimiento de la situación actual. Sin abordar detalladamente los aspectos financieros, podemos mencionar algunos aspectos positivos y algunos aspectos negativos de ambos caminos posibles.

³⁷ Para simplificar se omiten los colectivos anteriormente mencionados cuyo ingreso al FONASA tampoco se encuentra previsto ya que de todos modos en la actualidad se encuentran contribuyendo a algún sistema de cobertura de la salud.

³⁸ Esto representa una primera aproximación al concepto de informalidad del hogar ya que otro miembro puede ser cotizante de la seguridad social más allá del jefe/a. Además, el propio jefe/a puede cotizar a la seguridad social por otro empleo que no sea el principal.

Una eventual adscripción al FONASA de las personas que no están incluidas y que se atienden en ASSE podría generar un importante incentivo a la mejora de la gestión de las diferentes unidades ejecutoras de la red de dicho prestador en todo el país. Esto podría ser el resultado de pasar a recibir una modalidad de ingresos ajustados por riesgo del perfil de usuarios que atiende (mecanismo de *cápit*) y competir con el resto de los prestadores en la captación de usuarios. Sin embargo, seguir este camino implicaría necesariamente un proceso gradual que entre otras cosas no permita la movilidad inmediata de los eventuales usuarios de ASSE que ingresaran al FONASA hacia otras instituciones debido al perjuicio (por ejemplo financiero para ASSE) que podría generar un movimiento masivo de usuarios desde ASSE hacia las IAMC. De todos modos, tampoco es posible prever de antemano si este tipo de movimiento se daría en la práctica, ya que ASSE provee un conjunto de prestaciones dirigidas especialmente a los sectores más vulnerables de la población que exceden aquellas que obligatoriamente deben brindar el resto de las instituciones.

El mantenimiento de la situación actual requiere de un fortalecimiento institucional de ASSE que genere una mejora en la atención brindada a la población por dicho prestador, situándolo en un plano de igualdad con el sector IAMC para disminuir inequidades. Existe evidencia en favor de que este proceso de fortalecimiento de ASSE se está procesando en el presente. Su presupuesto se ha visto incrementado sostenidamente en términos reales desde el año 2005, así como también la proporción que se destina a inversiones (nuevas inversiones, fortalecimiento del primer nivel de atención, descentralización, aumento de la planilla de funcionarios, etc.). Si a esto sumamos la sostenida disminución en la cantidad de usuarios de ASSE que se procesó en el mismo período (ver sección 4), el resultado es un importante aumento de los recursos por usuario. Sin dudas esto representa un avance en términos de equidad que se ve reflejado en la caída de la relación entre el gasto *per cápita* en el sector privado y en el sector público. Según las Cuentas Nacionales de Salud, en el año 2005 el gasto *per cápita* de las IAMC era 3,5 veces el de ASSE, mientras que estimaciones preliminares realizadas por el MSP muestran que para el año 2011 esa relación cayó a 1,3³⁹.

Sin embargo, el papel de ASSE en todo el proceso de Reforma del Sistema de Salud uruguayo no parece claro, y tampoco resulta claro a primera vista que el aumento de los recursos por usuario disponibles en dicho prestador necesariamente hayan redundado en una sensible mejora de la atención percibida por la población usuaria.

³⁹ Este dato corresponde a una estimación preliminar realizada por la División Economía de la Salud del MSP para las Cuentas Nacionales de Salud 2011 que aún no han sido publicadas.

6 CONSIDERACIONES FINALES

En Uruguay, la normativa anterior a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) promovía la noción de salud individual, donde la responsabilidad de contar con un buen estado de salud recaía en el individuo.

La ley de creación del SNIS establece, en su artículo 1º, “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país” y luego define dentro de las competencias del MSP el aseguramiento del “acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país”. Por lo tanto, puede marcarse como punto de inicio del camino de nuestro país hacia la cobertura universal la creación del SNIS y del Seguro Nacional de Salud el 1º de enero de 2008.

La segmentación y la fragmentación, problemas estructurales a los que se enfrentaron la mayoría de los sistemas de salud de América Latina, y que fueron profundizados por las reformas neoliberales de la década del 90, configuraban parte del marco preexistente al que la Reforma se enfrentó en el Uruguay.

La segmentación de la cobertura encontraba su expresión en la co existencia de: un sistema de seguridad social que brindaba cobertura a los trabajadores privados; trabajadores públicos y algunos privados (los de mayores ingresos) con sus propios seguros de salud todos con diferentes tipos y niveles de cobertura; un subsistema privado al que accedían los individuos con ingresos suficientes como para hacer frente al pago de una cuota de prepago; la Sanidad Militar y Policial, con cobertura para militares y policías y sus familias; y un sistema público “pobre y para pobres”. Es decir, los individuos de menores ingresos y/o sin vínculo formal con el mercado de trabajo debían atender su salud en un sistema público debilitado y diezmado en sus recursos.

Esta realidad daba lugar a la existencia de importantes inequidades, no sólo en el plano de las prestaciones a las que se accedía, sino también inequidades en cuanto al financiamiento y el acceso a los servicios.

La fragmentación de la atención, en tanto, era otra de las características que se desprendía de un modelo que se presentaba como hospitalocéntrico, asistencialista y curativo, lo cual daba lugar, también por este lado, a dificultades en el acceso a los servicios en el momento oportuno.

La Reforma sanitaria, que se encuentra en proceso en el Uruguay desde el inicio del primer gobierno de un partido de izquierda en 2005, ha llevado adelante diferentes acciones que han implicado claros avances para el país en el camino hacia la cobertura universal en salud. El primer mojón, y el fundamental, fue la creación del Seguro Nacional de Salud, financiado por un fondo único, público y obligatorio: el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Junto a esta importante acción se llevó adelante otra que fue la del fortalecimiento de los fondos públicos destinados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal prestador público.

Estos cambios en el modelo de financiamiento del sistema han llevado a que exista al día de hoy una mayor protección financiera de la población; se ha logrado disminuir las inequidades existentes mediante la caída del gasto privado de prepago y de bolsillo y el aumento de los recursos públicos.

En cuanto a la cobertura prestacional, es decir la dimensión que refiere a los servicios a los que se accede, se aprobó en el año 2008 el Programa Integral de Asistencia a la Salud (PIAS). Este consiste en un catálogo de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales. Cabe mencionar que en el camino de construcción del catálogo, que aún se encuentra en proceso de modificación, surgieron ciertas limitaciones: por un lado, existen un conjunto de prestaciones que si bien están aprobadas los prestadores no tienen la obligación de brindarlas porque no han sido normatizadas, y por otro lado, el ritmo de revisión del catálogo no se acompasa con el dinamismo propio de los cambios en las prácticas médicas.

En lo que refiere a los avances en materia de cobertura poblacional en el Uruguay, a lo largo del trabajo se presenta el camino que se ha recorrido hasta el momento así como lo que queda por recorrer y las necesarias definiciones que deben tomarse a nivel del gobierno para continuar con este proceso.

A nivel agregado, podemos decir que la cantidad de personas incluidas en la matriz de protección social en salud más que se triplicó, pasando de un poco más de 600.000 amparadas por la ex DISSE a más de 2 millones incluidas en el FONASA en la actualidad. Además, este aumento presenta al menos dos características salientes.

Primero, afectó a los menores de 18 años de edad más que a ningún grupo etario. Mientras que en el año 2006 este grupo representaba menos del 1 por ciento de la población amparada por DISSE en el presente representan a algo más del 30 por ciento de la población FONASA. Segundo, el conjunto de hogares de menores ingresos es el que más beneficiado se vio con este aumento de la cobertura de salud a través de la seguridad social. Con el antiguo régimen apenas un 3 por ciento de las personas pertenecientes a hogares del primer decil de la distribución del ingreso accedían a la cobertura de DISSE. Según los datos de la ECH de 2011, este porcentaje más que se quintuplica pasando a más del 16 por ciento. Un fenómeno similar se observa al analizar los cambios al interior del 2° y 3^{er} decil. De lo anterior se concluye que el aumento de la cobertura de salud a través de la seguridad social, si bien fue generalizado, se centró básicamente en las personas más jóvenes y pertenecientes a los hogares de menores ingresos.

A las personas actualmente incluidas en el FONASA se debe sumar el contingente de pasivos y cónyuges cuyo ingreso se encuentra previsto en los años venideros y hasta el 2016. Para ese momento, se plantea llegar a un total de 2,5 millones de personas que representa a algo más del 75 por ciento de la población total del país. A partir de ahí, se hace necesaria la definición del escenario futuro. Por un lado, se debe terminar de delinear el ingreso de algunos colectivos de trabajadores aún excluidos, como los de las intendencias departamentales; así como también el de aquellas personas inactivas que perciben alguna forma de renta como ingreso o que, aun trabajando activamente, también perciben rentas. Por otro lado, resta definir si el avance en el aseguramiento a través del FONASA avanza hacia los hogares que no poseen ninguna vinculación con el sector formal de la economía y que por lo tanto no aparecen como posibles cotizantes a la seguridad social. Una posibilidad para continuar en esta dirección, con sus ventajas y desventajas, es la incorporación de todos los usuarios de ASSE al FONASA. Sobre estas cuestiones no existen definiciones del camino a seguir al momento de la realización del presente documento.

BIBLIOGRAFÍA

- BPS (2004) Seguros convencionales de enfermedad su incidencia en las finanzas del BPS. Comentarios de Seguridad Social Nº 5, Octubre-Diciembre 2004.
- Casares, Luis (2004) Prestaciones de Salud del Banco de Previsión Social Un análisis de su financiamiento, equidad y eficiencia. Banco Mundial.
- Fuentes, Guillermo (2010) El Sistema de Salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 19 N°1 , ICP Montevideo.
- MSP (2006) Cuentas de Salud en Uruguay 2004. División Economía de la Salud.
- MSP (2006) Inequidades en el Sistema de Salud uruguayo, División Economía de la Salud.
- MSP (2009) La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009.
- MSP (2010) Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud, División Economía de la Salud.
- MSP (2010) Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, División Economía de la Salud. OPS.
- MSP (2010) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Laurell, Cristina (2011) Seminario taller “Sistematizando Lecciones y Experiencias en la Construcción de Sistemas Únicos de Salud” realizado en La Paz, Bolivia.
- Olesker, D, Bérangolo, M y Leites, M (2002) Los uruguayos pagamos más pero el Sistema Mutual esta en emergencia. Un informe científico sobre una década perdida 1990-2000. Federación Uruguaya de la Salud - Instituto Cuesta Duarte PIT-CNT.
- OMS (2010) Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la Cobertura Universal.
- OPS (2010) Contribuyendo al financiamiento sostenible de Sistemas de salud de Cobertura Universal, Memorias de la I Conferencia Internacional de Aseguramiento Universal en Salud.
- Sienra Mariana (2007) La evolución del Sistema de seguridad Social en Uruguay 1829-1986. Instituto de Economía, Serie de Documentos de Trabajo DT 07/07.

Anexo 1

Ingreso de Pasivos al FONASA

Pasivos IAMC

- Para los pasivos que al 31/12/2010 estaban afiliados a un prestador privado, se optó que ingresaran todos al mismo tiempo el 1/7/2012. En vez de establecer una cadencia de ingresos al FONASA, la forma que se encontró de superar las limitaciones fiscales fue generar un mecanismo transicional en el que la cadencia se encuentra en el esquema de aportes.
- Para determinar los aportes, se estableció a través de la reglamentación, el valor de la Cuota Promedio del Sistema.
- Entre 1/7/2012 y 1/7/2013
 - a) Se calcula el aporte Fonasa correspondiente (3%, 4,5% o 6%)
 - b) Si este monto es superior a la CUOTA PROMEDIO, ese es el monto del aporte a realizar y la situación no es distinta a la de cualquier otro aportante al FONASA
 - c) Si el monto del APORTE FONASA es inferior, a esta cifra deberá sumarse el 80 % de la diferencia entre la CUOTA PROMEDIO Y APORTE FONASA
- Para el segundo año, el porcentaje anterior se reduce a 60%, en el tercero a 40%, en el cuarto a 20% y, finalmente, en el quinto año converge al aporte FONASA común y silvestre (julio de 2016).
- Se supone que, para la mayoría, si bien durante cuatro años implica que pagarán aportes mayores a los aportes FONASA que corresponderían de las tasas que paga todo el mundo, terminarían pagando menos que lo que pagan actualmente por la cuota de prepago.
- Para los que no se cumpliera el supuesto anterior, la ley les permite suspender el derecho a ingresar al FONASA hasta 1/7/2016 en el que tienen que ingresar todos.
- Finalmente, también se estableció una cadencia creciente de pagos, desde el FONASA hacia las IAMC: En el primer año se le paga a la institución la CUOTA PROMEDIO más el 20% de la diferencia entre esta cuota y la cápita correspondiente. A esto se suma el 100% de la meta. El porcentaje anterior va subiendo de a 20% hasta que, a partir de 1/7/2016 se paga la cápita íntegra.

Pasivos ASSE

- En este caso, la cadencia es en la incorporación. A partir de 1/7/2012 entraron los que, al 31/12/2012 tuvieran más de 74 años y, al momento de ingresar, sus pasividades fueran inferiores a 3 BPC
- En el segundo año, los que al 31/12/2012 tuvieran más de 70 años y, al momento de ingresar, sus pasividades fueran inferiores a 4 BPC
- En el tercer año los que al 31/12/2012 tuvieran más de 65 años y, al momento de ingresar, sus pasividades fueran inferiores a 5 BPC
- En el cuarto año los que al 31/12/2012 tuvieran más de 60 años y, al momento de ingresar, sus pasividades fueran inferiores a 10 BPC
- A partir de 1/7/2016, el resto.

- Por los estos pasivos que vayan ingresando, el FONASA pagará en el primer año de incorporación el 80% de la cápita y la totalidad de las metas, en el segundo año el 90% y en el tercero la totalidad.

Por último, la ley estableció que los jubilados por discapacidad que tuvieran ingresos inferiores a las 4 BPC entraran el 1/7/2011 en régimen normal de aportación.