

**Extendiendo la Protección Social por el SNIS:
cambios en la Cobertura de Salud a Niños y
Jóvenes en Hogares de Menores Ingresos**

Psic. Cristina Klüver

Extendiendo la Protección Social por el SNIS: cambios en la cobertura de salud a niños y jóvenes en hogares de menores ingresos

Introducción

La protección social como componente fundamental de la cohesión social¹, es una característica que aspira a extenderse a toda la ciudadanía con el acceso adecuado a prestaciones que disminuyan su vulnerabilidad y mejoren su calidad de vida. Es también una característica que identifica a nuestro país, pionero en la región en sistemas de protección social desde fines del Siglo XIX, cuya mirada puesta en la transformación de los modelos vigentes se propone adecuarlos a los nuevos contextos y estructura demográfica articulando políticas públicas sociales.

Cuanto mayor es el acceso y mejor la calidad de los servicios y de las prestaciones, más se fortalece la percepción de pertenencia a la sociedad, siendo uno de los factores esenciales para la cohesión social la solidaridad en el financiamiento de los sistemas de protección. Riesgos tales como la pobreza, el desempleo, subempleo, enfermedad, pérdida o radical disminución de ingresos entre otros, determinan el bienestar presente y futuro de los individuos. Sentirse protegido, es al mismo tiempo, experimentar que la sociedad responde a las contingencias que afectan a las personas, que ellas no pueden controlar.

La capacidad de integrar a los individuos en un marco normativo común depende en buena medida de que ellos perciban que efectivamente pertenecen a un sistema conjunto de interacción, cooperación, negociación y conflicto que, al menos parcialmente, los protege de ciertos riesgos fundamentales mediante sistemas de protección social.

En este informe interesa destacar la significación que adopta ampliar el acceso a un sistema de salud integral a colectivos vulnerables como son los niños y jóvenes de hogares de menores ingresos. Esta accesibilidad permite dar cuenta por un lado, de la mayor articulación de los principios de universalidad, equidad y solidaridad de la seguridad social, y de la integración de políticas públicas sociales – seguridad social y salud - generando posibilidades de reducción de las brechas de aislamiento social.

Son desafíos que junto a otras transformaciones estructurales², impulsan un proceso hacia la construcción de una nueva matriz de bienestar en la sociedad uruguaya, tratando de eludir el riesgo de la segmentación social, en la medida que el propósito

¹ Entendida como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan. CEPAL: Cohesión Social

² En los últimos decenios la sociedad uruguaya ha experimentado un conjunto de profundas transformaciones: cambios en las prácticas reproductivas, emergencia de nuevos arreglos familiares, flexibilizaciones jubilatorias, de leyes laborales, procesos de estratificación socio-territorial y desagregación residencial que van configurando un nuevo "paisaje social".

es que todos los miembros de la sociedad se sientan parte activa de ella, como aportantes al progreso y como beneficiarios de este.

El SNIS y en particular el SNS, se orienta a corregir inequidades en el acceso y la calidad de las prestaciones a los sectores de población menos contemplados en el sistema anterior. En particular a los niños, los adolescentes y mujeres embarazadas.

Con datos extraídos de las ECH años 2007 y 2008 sobre la atención de salud de la población, se identifica en primer lugar la fragmentación de la atención de salud de la población en los sub-sectores público - privado según su nivel de ingresos³ y en segundo lugar observar las características de la población que se desplaza desde el sub-sector público al privado⁴ - de MSP a Hospital de Clínicas a las IAMC - una cobertura de salud integral.⁵

1. Distribución de la población según utilización servicio salud. Ingreso per cápita del hogar

En nuestro país la cobertura integral de salud se hace efectiva con la adscripción de las personas a un prestador integral público o privado. La información desagregada que se presenta a continuación, permite observar cómo se distribuye la población entre los diferentes prestadores de salud públicos o privados y los servicios que utiliza según su nivel de ingresos per cápita del hogar, expresados en Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC⁶).

Población con ingreso per cápita del hogar menor a 3BPC

En primer lugar, en el cuadro siguiente con la distribución de la población con ingresos del hogar menores a 3 BPC, es posible observar la situación previa y posterior a las dos leyes de la reforma que dieron lugar al ingreso de nuevos colectivos al SNS.

³ Antes de la reforma de la salud, la población de menores ingresos atienden su salud en el sub-sector público: a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal red de atención a nivel nacional, y otras instituciones públicas que brindan asistencia total o parcial a cierto grupo de población identificándose básicamente dos grupos: 1) aquellos que ofrecen un paquete de asistencia integral: Sanidad Policial o Militar, Hospital de Clínicas (UDELAR) 2) aquellos que brindan un paquete de prestaciones parciales o que atienden riesgos específicos: Banco de Seguros del Estado, (BSE) Servicios de Salud de las Intendencias Municipales (SSIM) Banco de Previsión Social (BPS), Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). La población de mayores ingresos atienden su salud en el sub-sector privado en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) que actúan como seguros de prepago y cuentan con una red de prestadores propios de servicios de salud integrados y en las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP). Estas instituciones pueden garantizar todo un continuo asistencial: Fuente La Construcción del SNIS 2005-2009:20-22

⁴ En la Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009:69

⁵ Los prestadores de salud privada serían quienes garantizarían en este momento todo el continuo asistencial: la promoción, prevención, protección específica, recuperación, rehabilitación y los cuidados paliativos.

⁶ BPC: El valor en pesos de la BPC en 2007 y 2008 fue: \$1.636 y \$1.775.

Cuadro 1. Población con ingreso Per cápita del hogar menor a 3 BPC según utilización de servicios de salud. Total país. INE

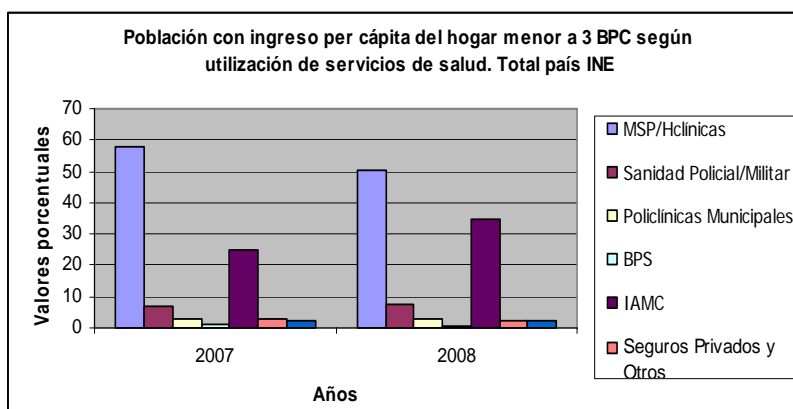
Año	MSP/ Hosp. de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Polic. Municip.	Salud BPS	IAMC	Seguro Privado.	No se atiende	Total
2007	58,02	7,17	3,00	1,42	25,05	3,04	2,30	100,0
2008	50,34	7,26	2,76	0,53	34,77	2,10	2,26	100,0

Sistema de Indicadores de Seguridad Social Asesoría en Políticas de Seguridad Social

En 2007 la mayoría de la población de menores ingresos (cerca del 70%) se atendía en el sub-sector público, principalmente en el MSP-Hospital de Clínicas (58%). Un segmento menor de ésta población (28%) lo hace en el sub-sector privado (25% en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva - 3% Seguros Privados) y el 2,3% no se atiende su salud.

En 2008, se observa un desplazamiento desde el sub-sector público de salud al privado, disminuyendo las brechas entre ambos sub-sectores.

En el subsector público disminuye 8,7% la población que atiende su salud principalmente en el MSP/Hospital de Clínicas, (58% a 50%) seguido del BPS (1,4% a 0,5%) y aumenta en el subsector privado en valores porcentuales similares (9%) específicamente en las IAMC.



Los tiempos de espera prolongados para las consultas y mayores tiempos de estadía en internación en el caso del MSP/Hospital de Clínicas y la cobertura parcial en el caso del BPS, serían el estímulo para que la población de menores recursos busque una mejor opción⁷ para atender su salud. Desplazamiento que podría explicarse por implementación de la reforma de la salud a través de la aplicación de sus dos leyes.⁸

⁷ En La Construcción del SNIS 2005-2009: 20.

⁸ Ley 18.121 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

1.2 Población con ingreso per cápita del hogar de 4 a 6 BPC

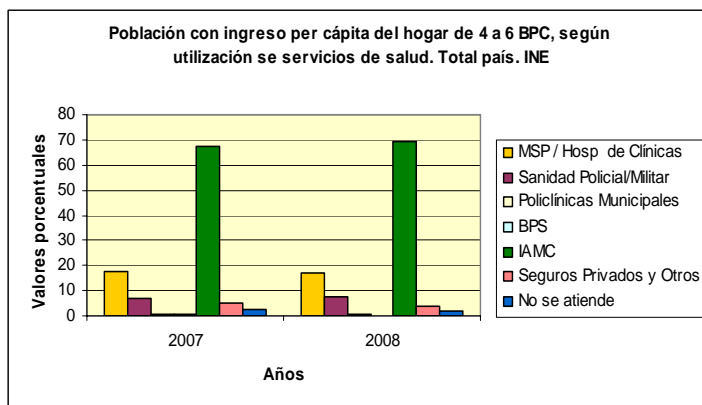
A medida que aumenta el ingreso ocurre una situación diferente. El comportamiento que presenta la población con ingresos que se ubican de 4 a 6 BPC, es de optar por un proveedor de salud privado para atender su salud, con valores similares en ambos períodos.

Cuadro 2. Población con ingreso per cápita del hogar de 4 a 6 BPC, según utilización de servicios de salud. Total país. INE

Año	MSP/Hosp. de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policl. Municip.	Salud BPS	IAMC	Seguro Privado	No se atiende	Total
2007	17,45	6,86	0,57	0,37	67,19	5,34	2,22	100,0
2008	17,15	7,26	0,51	0,11	69,08	3,96	1,93	100,0

Sistema Indicadores de Seguridad Social Asesoría en Políticas de Seguridad Social

En ambos períodos 2007 y 2008 sólo una cuarta parte de la población con estos ingresos atiende su salud en sub-sector público.



El principal prestador es el MSP/Hospital de Clínicas, (17,4%), seguido en menor medida por Sanidad Policial/Militar con (6,9% y 7,3%), finalmente Policlínicas Municipales y BPS con valores menores a un punto porcentual.

Mientras que las tres cuartas partes de la población (72,5% y 75%) con estos ingresos se atiende en el sub-sector privado. Las IAMC son los principales prestadores de salud. El aumento en tres puntos, es posible que sea del Seguro Privado a las IAMC.

Población con ingresos per cápita del hogar de 6 a 9 BPC y 9 BPC más

mecanismos centrales de la seguridad social. La ley 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponibles en www.parlamento.gub.uy.

El mismo comportamiento, - más acentuado aún - se observa en la población con ingresos per cápita del hogar que se ubican de 6 a 9 BPC y quienes superan los 9 BPC.

Cuadro 3. Población con ingreso Per cápita del hogar de 6 a 9 BPC, según utilización de servicios de salud. Total país INE

Año	MSP/ Hosp. de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Policl. Municip.	Salud BPS	IAMC	Seguro Privado	No se atiende	Total
2007	4,76	4,74	0,11	0,09	82,59	6,42	1,29	100,0
2008	5,24	4,68	0,11	0,07	80,84	7,55	1,52	100,0

Sistema Indicadores de Seguridad Social
Asesoría en Políticas de Seguridad Social

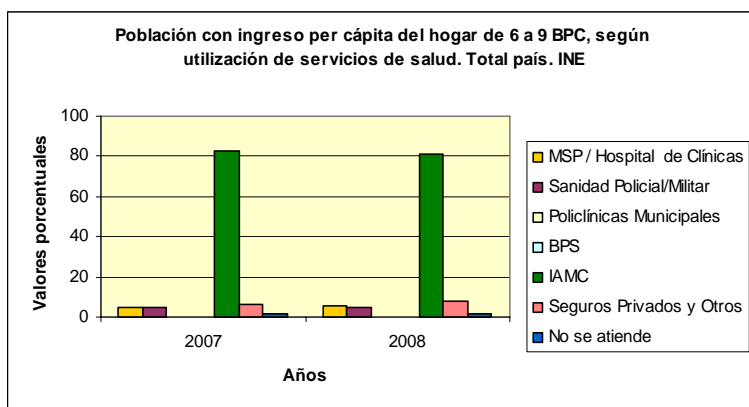
En estos tramos de ingreso per cápita la presencia de la cobertura pública es poco significativa y declinante a medida que aumenta el ingreso per cápita del hogar. En ambos períodos es el sector privado quien atiende la salud en casi el 90% de la población.

Cuadro 4. Población con ingreso per cápita del hogar mayor a 9 BPC, según utilización de servicios de salud. Total país INE

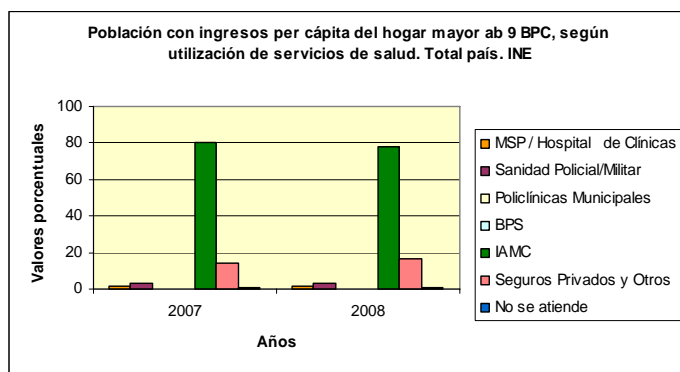
Año	MSP/Hosp. de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Polic. Municip.	Salud BPS	IAMC	Seguros Privados	No se atiende	Total
2007	1,65	3,13	0,04	0,03	80,3	13,91	0,95	100,0
2008	1,56	2,99	0,05	0,02	77,9	16,81	0,68	100,0

Sistema Indicadores de Seguridad Social
Asesoría en Políticas de Seguridad Social

La movilidad – a partir de la reforma de la salud - que puede verse en la población en estos tramos de ingresos, es entre los mismos prestadores de salud privados. Desde y hacia las IAMC o desde y hacia los Seguros Privados. En ambos tramos de ingreso se observa - entre 2007 y 2008 una baja de la cobertura en las IAMC y un incremento en los Seguros Privados. En el tramo de ingresos per cápita más alto, la participación de los Seguros Privados alcanza en 2008 un 17% del total de personas cubiertas.



En un informe anterior⁹ se observó que al implementarse la reforma de la salud, la extensión de la cobertura a hijos menores de dieciocho años y la opción de elegibilidad¹⁰, incentivaron el desplazamiento de la población en general y específicamente la más joven desde el sub-sector público al privado.



2. Distribución de la población según utilización servicio salud. Ingreso y tramo de edad

Si nos detenemos en la apertura por tramos de edad, es posible observar que la movilidad se focaliza en la población más joven, de hasta 17 años. Población más joven - de niños y adolescentes -, que accede a un prestador de salud integral privado, y que proviene de los hogares de menores ingresos, de hasta 3 BPC y de 4 a 6 BPC.

Cuadro 5. Población con ingresos per cápita hasta 3 BPC por tramos de edad. () 2007 INE

Tramos de edad	MSP/Hosp. de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Polic. Municip.	Salud BPS	IAMC	Seg. Priv.	No se atiende	Total
hasta 13	68,9	7,4	4,6	4,6	9,8	3,8	1,0	100,0
de 14 a 17	72,8	8,3	3,9	0,4	9,1	3,8	1,8	100,0
de 18 a 21	60,9	6,6	2,7	0,5	23,2	3,0	3,0	100,0
de 22 a 59	49,3	7,3	2,3	0,1	35,4	2,3	3,3	100,0
de 60 a 65	53,8	7,7	1,7	0,0	30,8	3,1	2,9	100,0
66 y más	53,0	5,3	1,4	0,0	35,6	3,3	1,4	100,0
Total	58,1	7,2	3,0	1,4	25,0	3,0	2,3	100,0

⁹ Cambios en la Atención de Salud de la Población: una aproximación a los efectos de la Reforma de la Salud. En Comentarios de Seguridad Social de la AGSS y APSS N°27 Abril-Junio 2010 P:87-102

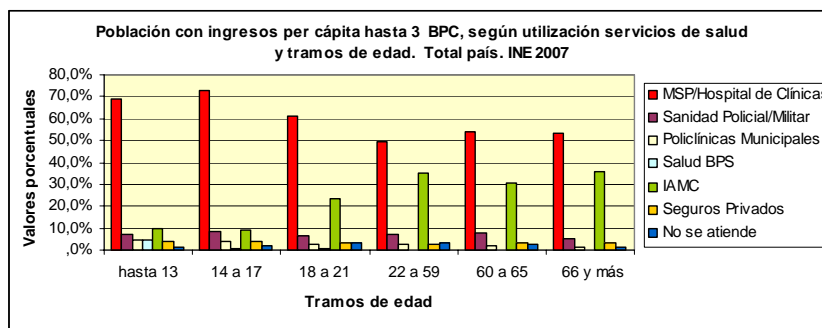
¹⁰ Opción que a modo de transición se observa en el período de ajuste de la implementación de la propia Reforma de salud.

Cuadro 6. Población con ingresos per cápita hasta 3 BPC por tramos de edad. (%) 2008 INE

Tramos de edad	MSP/Hosp. de Clínicas	Sanidad Policial/Militar	Polic. Municip.	Salud BPS	IAMC	Seg. Priv.	No se atiende	Total
hasta 13	50,2	7,4	3,6	1,5	34,9	1,7	0,7	100,0
de 14 a 17	53,9	8,4	3,5	0,3	31,1	1,6	1,1	100,0
de 18 a 21	58,8	7,6	2,9	0,3	24,4	2,5	3,5	100,0
de 22 a 59	48,0	7,3	2,3	0,1	36,8	2,2	3,2	100,0
de 60 a 65	52,7	7,9	2,5	0,0	32,0	2,8	2,2	100,0
66 y más	51,4	5,1	1,6	0,0	36,5	4,2	1,2	100,0
Total	50,3	7,3	2,8	0,5	34,8	2,3	2,1	100,0

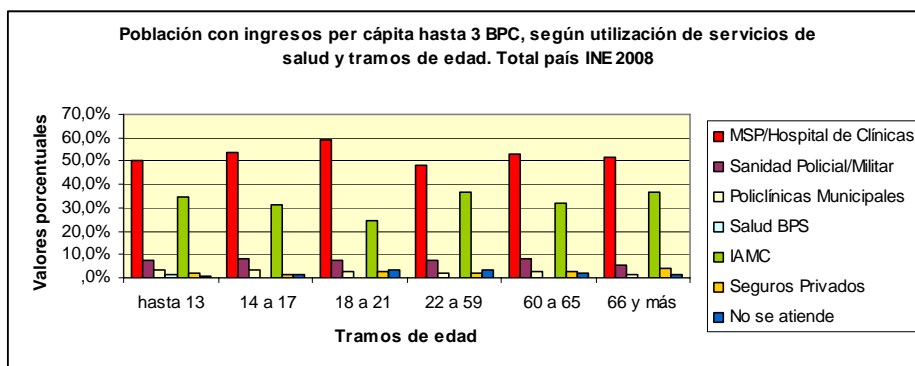
Son las IAMC quienes en 2008 atraen a ésta población más joven de hogares de menores ingresos. Aumentan un 25% en el tramo hasta 13 años y 22% en el tramo de 14 a 17 años. Niños y adolescentes - que si bien provienen de todos los proveedores de salud, principalmente lo hacen del MSP/Hospital de Clínicas (19%), del BPS (3% niños) un 2% de los Seguros Privados, 1% de las Policlínicas Municipales.

En ese año, los niños de “hasta 13 años” que proceden de MSP/Hospital de Clínicas-Policlínicas Municipales alcanzan el 20%, quienes lo hacen de BPS es el 3% de Seguros Privados el 2%.



En el tramos de edad “ de 14 a 17 años” el aumento de la población en las IAMC, se daría por la afluencia de un 20% desde MSP / Hospital de Clínicas – Policlínicas Municipales, y el 2% de Seguros Privados.

Comparando ambos gráficos es posible visualizar el movimiento entre prestadores de salud público y privados de la población de ingresos per capita de hasta 3 BPC- en los menores tramos de edad.



Las condiciones de la propia reforma del sistema de salud permiten dar cuenta de este desplazamiento. Interesa atraer la atención sobre lo que significa que esta población, con estas características - niños y jóvenes de menores ingresos – comparta la posibilidad de mejorar sus condiciones sanitarias e integrarse a un colectivo

Síntesis

Son los niños y jóvenes de hogares de menores ingresos, la población que se desplaza desde los prestadores de salud públicos a los prestadores privados, accediendo de esta manera a una atención de salud integral. Ello significa un continuo asistencial al incluir la promoción y prevención, protección, rehabilitación y los cuidados paliativos que aún cuando estaría planteado tanto para los prestadores de salud públicos como privados, en esta primera instancia serían los privados quienes estarían en condiciones de ofrecerlo.

En principio se pone de manifiesto la concepción de salud que la población demanda, y estaría dando cuenta de la necesidad de transformar y adecuar el modelo vigente de protección social en salud. Al mismo tiempo, el acceso de esta población, con estas características - hogares de menores ingresos con niños y adolescentes – a la cobertura de salud integral, significaría proporcionarles la probabilidad de ampliar su capital social individual y colectivo, y experimentar la inclusión, rescatándoles de los riesgos de la segmentación social.

Puede plantearse, - siguiendo a Kaztman - que al generarse un ámbito de sociabilidad informal entre las clases sociales a que da lugar el uso de espacios y servicios comunes, se estarían ampliando las probabilidades de contar con redes de información, facilitando conocer y ejercer sus derechos en salud, de ser partícipe en la prevención y abordaje de las situaciones de salud-enfermedad en primer lugar. Luego al compartir un servicio de salud con estratos de mayores ingresos, se estarían ampliando sus probabilidades de contar con prestaciones de salud de calidad. Recrear y garantizar el sentido de pertenencia y de inclusiones, es en sí mismo, un fin de la protección social.

Bibliografía

Bourdieu, Pierre (2000) “Efectos de Lugar”, La miseria del mundo, Pierre Bourdieu y otros, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica

Calvo, Juan José ENIA Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia 2010-2030 Sustentabilidad Demográfica.

CEPAL / AECI (2007) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) / (Agencia Española de Cooperación Internacional)
Cohesión social: Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe.

INE - (Instituto Nacional de Estadísticas) Encuestas Continuas de Hogares (ECH) 2008 y 2009

Katzman, Ruben (2001) Seducidos y Abandonados: el aislamiento social de los pobres Urbanos. Revista de la CEPAL 75 – Diciembre 2001

Mesa-Lago, Carmelo (2000) Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. Doc. Proyectos

SNIS 2005-2009. La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Uruguay: tu país. 2008, Número 3 Más equidad, justicia e igualdad social. P.3 a 6

ANEXO I. Modulo Salud - ECH 2007- 2008

¿Tiene derechos vigentes en alguna de las Instituciones de Asistencia de Salud?

Objetivo: Se pretende conocer en que instituciones de asistencia el entrevistado puede atender su salud, es decir en cual tiene derechos vigentes. Se marcará siempre para cada una de las opciones SI o NO según corresponda. En el caso en que el entrevistado declare no tener derechos vigentes en ninguna institución de asistencia, se marcará NO en todas las opciones.

El entrevistado responde a:
Derechos Vigentes de Salud

M. S. P.
Hospital de Clínicas
Sanidad Policial
Sanidad Militar
Policlínica Municipal
Area de la salud BPS (Asignaciones Familiares)
I. A. M. C.
Seguro privado de salud parcial médico
Seguro de salud parcial quirúrgico
Seguro privado de salud total
Otro
No se atiende

Atención de Salud

M. S. P.
Hospital de Clínicas
Sanidad Policial
Sanidad Militar
Policlínica Municipal
Area de la salud BPS (Asignaciones Familiares)
I. A. M. C.
Seguro privado de salud parcial médico
Seguro de salud parcial quirúrgico
Seguro privado de salud total
Otro
No se atiende

En la ECH 2009 la pregunta tiene modificaciones que dificultan u comparabilidad estricta.

¿Tiene derechos vigentes en alguna de las Instituciones de Asistencia de Salud?

Objetivo conocer en que institución/es de asistencia puede efectivamente atender su salud el entrevistado, es decir, se trata de derechos vigentes, tener en cuenta si realizó el trámite. Se marcará siempre para cada una de las opciones SI o NO. En el caso que el entrevistado no tenga derechos vigentes en ninguna institución de asistencia, se marcará NO en todas las opciones.

El entrevistado responde a:

M.S.P. (Incluye Hospital de Clínicas)
A través de FONASA
Por bajos recursos
I.A.M.C.
A través de FONASA
Atención de salud Paga un miembro de este hogar
Paga un miembro de otro hogar
Seguro Privado Médico
A través de FONASA, pagando complemento
Paga un miembro de este hogar
Paga un miembro de otro hogar
Hospital Policial / Hospital Militar
A través de un miembro de este hogar
A través de un miembro de otro hogar
Area de la salud BPS (Asignaciones Familiares)
Policlínica Municipal
Otro