

**Cambios en la Atención de Salud de
la Población: una aproximación a
los efectos de la Reforma de la
Salud.**

Psic. Cristina Kluver

Cambios en la atención de Salud de la Población: Una aproximación a los efectos de la Reforma de la Salud

Presentación

Según Mesa Lago las reformas de salud han tenido objetivos sociales y con igual o mayor peso, múltiples objetivos económicos. En nuestro país en el 2007 se inició el proceso de reforma del Sistema de Salud. Los tres grandes aspectos a los que la reforma del sector sanitario apunta refieren a: su inequidad, su sostenibilidad, y su calidad. Estos aspectos se traducen en *objetivos sociales*: 1) universalización de la atención integral de salud, 2) la mejora en la accesibilidad y 3) la mejora en la calidad de atención. Y en *objetivos económicos*: a) rol del Ministerio de Salud Pública (MSP) como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS. b) al cambio en el sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.

Varias preguntas cruciales, se plantea también Mesa Lago, en relación a si los nuevos objetivos funcionan realmente en la práctica, si *respetan los principios convencionales de la seguridad social* y han generado mejoras importantes en los sistemas de salud. Las respuestas se podrán visualizar en el transcurso del desarrollo de la implementación de la reforma y de la nueva atención de salud.

Este comentario tiene como finalidad, - a partir de algunos datos¹ que surgen de la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) de los años 2006 y 2008 relevada por el Instituto Nacional de Estadística - observar el comportamiento de la población en relación a la atención de su salud, a partir de la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS).

Principalmente en el sub-sector público los prestadores de salud Ministerio de Salud Pública (MSP), Hospital de Clínicas, Banco de Previsión Social (BPS) y en el sub-sector privado las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) por ser ellos - en esta oportunidad- entre quienes se observa la mayor variación y movilidad, segmentando la población por prestador y por edad.

¹ Y también información obtenida a través de la Gerencia de Prestaciones Económicas-Dpto. Prestaciones Económicas Complementarias y el Sector Afiliación Mutua a quien agradecemos sus valiosos aportes.

Introducción

Sistema Nacional Integrado de Salud

A partir de enero de 2008, entra en vigencia el Sistema Nacional Integrado de Salud por la Ley 18.211 del 05/12/2007 que regula el derecho a la protección de salud de todos los habitantes del país. Se crea el Seguro Nacional de Salud financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) quien capta aportes de diversas fuentes² y paga a los prestadores de salud en relación con el riesgo de cada afiliado en forma descentralizada. Estos pagos, denominados cuota salud son fijados por el Poder Ejecutivo, y se calculan a partir de dos componentes: 1) el sexo y la edad del beneficiario para dar cuenta de su riesgo y gasto esperado y 2) una parte fija vinculada al cumplimiento de metas asistenciales.

EL Banco de Previsión Social, organismo de referencia en la construcción del Seguro de Salud³ es identificado como *gestor integral* de los aportes del FONASA, siendo su competencia la recaudación, fiscalización, determinación y gestión de cobro de los mismos, y el intermediario como prestador de salud indirecto⁴ y prestador de salud directo⁵ de algunos servicios de salud.

Los prestadores integrales de salud *privados*, serían las instituciones - en esta primera etapa de implementación de la reforma - las que concentran mayoritariamente a la población en la atención de su salud.

Esta concentración sería la respuesta principalmente de varios factores, entre los que se destacan aquellos asociados al objetivo social de la reforma⁶: la cobertura

² Los recursos del Fondo Nacional de Salud (FONASA) serán: los aportes obligatorios personales y patronales de trabajadores y empleadores tanto del sector público como del privado, aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al SNS, los aportes de pasivos, y el aporte de los Seguros Integrales entre otros. Ver Ley 18.211 Artículo 60 :24.

³ “El Seguro de Enfermedad administrado por el Banco de Previsión Social (BPS), autoridad nacional en materia de Seguridad Social, contaba con una larga historia en el país, brindando cobertura a los trabajadores privados y en tiempos más recientes a los jubilados de menores ingresos. La capacidad y eficacia en la recaudación y administración de los fondos realizada por el BPS, no sólo de los aportes al seguro de enfermedad sino también de los aportes previsionales y la administración de otros fondos de asistencia social, es reconocida por todos los actores del sistema, brindando certezas para la construcción del Seguro Nacional de Salud.” en borrador de trabajo de MSP Marcelo Bergolo.

⁴ El BPS como prestador intermediario indirecto: recibe el aporte de los trabajadores y de los empleadores y paga a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) integradas el SNIS previamente habilitadas por el MSP. Como prestador directo de algunos servicios de salud brinda asistencia médica a madres durante el embarazo y parto y a los niños beneficiarios de Asignaciones Familiares Ley 15.084 (1980). La asistencia médica de nivel primario comprende diferentes niveles de asistencia por edades. Ver Boletín Estadístico de la AGSS Año XXIX N° 63 2008:192.

⁵ Los niños beneficiarios de Asignaciones Familiares de la Ley 15.084 (1980) cuya opción mutual sea Salud Pública tienen derecho a la asistencia médica de nivel primario que proporciona BPS en sus Centros Maternos Infantiles

⁶ Definidos como tres de los principios rectores de la reforma. Ver Ley 18.211 Art. 3° puntos C y H Pág.2.

universal⁷ y accesibilidad en primer lugar, y la elegibilidad e integralidad en segundo lugar.

La transición de la reforma y los aspectos emergentes

El proceso de integración de usuarios de salud al Fondo Nacional de Salud (FONASA), recorre un camino de transición que en principio amplía la cantidad de beneficiarios del seguro de enfermedad del BPS (ex DISSE), extendiendo el mismo a los trabajadores del sector público y sus familiares, a los familiares de los activos cotizantes, jubilados, trabajadores de otras cajas como los bancarios y otros. En este proceso la flexibilidad en la asignación de esos nuevos usuarios a diferentes prestadores de salud está presente atendiendo la protección integral.

Consecuentemente, la ampliación de beneficiarios⁸, permitió el acceso de un primer colectivo de la población a los servicios integrales de salud: hijos menores de 18 años de los trabajadores y los discapacitados sin límite de edad.

En segundo lugar, la afiliación obligatoria para todos los trabajadores está asociada a la posibilidad de **elegibilidad** para quienes: 1) ingresen por primera vez al mercado laboral, o 2) reingresen a la actividad en un plazo mayor a 120 días de producido el egreso. De esta manera tiene libertad y hasta cierta flexibilidad⁹ para optar por un prestador de salud de asistencia integral.

⁷ Principio entendido como “igualdad de oportunidades para todos los usuarios“. La Construcción del SNIS 2005-2010: 53. Mesa Lago cita a Beveridge (1946:155) quien lo introdujo como “comprensividad en la cobertura de las personas” y consideró como instrumento para abolir la pobreza.

⁸ Como beneficiarios se constituyen los trabajadores y sus hijos a cargo, menores de 18 años o mayores discapacitados de los: trabajadores dependientes del sector público y privado, los no dependientes titulares de empresas unipersonales, (hasta con un empleado y al día con sus aportes), unipersonales rurales y monotributistas - que mantienen su afiliación optativa – quienes a partir del 1° de enero de 2008 ya estuvieren incorporados como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud , los jubilados dependientes con menores ingresos – que mantienen la cobertura mutual – extendiéndose a los no dependientes con tope de ingresos. Ver boletín Estadístico BPS AGSS Pag. 349.

⁹ La flexibilidad en esta etapa de transición apunta a que la persona tenga asistencia y que ésta sea una asistencia integral de las entidades públicas y privadas que integran el SNIS. Ver Ley 18.211 Art. 45 Cap. V. En ese sentido como es esperable en esta transicionalidad van surgiendo diversas situaciones, entre las que se pueden citar: (1) *cambio de proveedor de salud*: 1.1: quien ingresa a la actividad, tiene un plazo de 30 días a partir de la comunicación del empleador al BPS para optar por una de las I.A.M.C. o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), cumplido el mismo y de no haber realizado la opción, queda afiliado de oficio a ASSE. 1.2 por cambio de domicilio Interior-Montevideo. 1.3 por dificultades para pagar órdenes. En cualquiera de estos casos el trabajador puede presentar una nota, fundamentando los motivos de solicitar cambiar su afiliación que BPS recepciona y eleva a la JUNASA. (2) *doble cobertura*: situación 2.1 por dos proveedores públicos ASSE y BPS. Si los niños o mujeres embarazadas tienen su opción por ASSE, y ésta no cuenta con los programas integrales de prestaciones para atenderles, pueden atenderse por BPS. situación 2.2 por uno privado y otro público: una IAMC y BPS es sólo en aquellos casos donde los niños o mujeres embarazadas necesitan un estudio que no realiza la IAMC, puede – fundamentación escrita previa de que la IAMC no lo hace - atenderse por BPS.

En tercer lugar, el **aumento de los cotizantes dependientes de BPS**, principalmente de la actividad privada.

Finalmente se pueden citar aquellos aspectos que definirían la concentración en la asistencia privada y que podrían ser los atribuibles a la concepción e imaginario social que en la población existe hoy de la asistencia pública. Posiblemente la integralidad jugaría también un papel importante en el momento de tener que optar.

Interesa destacar en este punto lo que podría considerar la concepción de los constructores de la reforma en relación a la universalidad de la cobertura integral: “en nuestro país, desde el punto de vista formal se podría decir que existe cobertura *universal*.”, “... sin embargo, lo que no existía es el acceso universal a la *cobertura integral*, regulada y programada, sostenida en el tiempo y con igual calidad para todos. (8:68)

Son los prestadores de salud integrales - públicos y privados - quienes pueden brindar este tipo de cobertura y garantizar todo el continuo asistencial: la promoción y prevención, protección específica, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en el acceso a una atención integral de salud. (8:68)

Cobertura y acceso diferencial a los servicios

Para tener una aproximación de la cobertura de salud de la población se presentan en los cuadros siguientes datos de la Encuesta Continua de Hogares de los años 2006 y 2008, cuando se indaga a las personas dónde se atienden.¹⁰

Una primera mirada nos permite observar que en 2006 la población se caracteriza por una doble segmentación en la cobertura en salud. Según sub-sector y según la edad.

Si bien el cuadro 1 muestra datos de la población estimada, es ilustrativo de los grandes cambios en los niveles observados entre el 2006 y 2008: el total que se atiende en el sector público desciende en cerca de 315.000 personas, los que se atienden en el sector privado aumentan aproximadamente en 250.000 personas y los que “no se atienden su salud” se reducen en 27.000 personas.

¹⁰ En los años 2006 y 2008 se indaga a través de la pregunta: *Con respecto al cuidado de la salud ¿dónde se atiende principalmente? Marque sólo una. Opciones: MSP, Hospital de Clínicas, Sanidad Policial, Sanidad Militar, Policlínica Municipal, Área de la Salud BPS (Asignaciones Familiares) IAMC, Seguro privado de salud parcial médico, Seguro privado de salud parcial quirúrgico, Seguro privado de salud total, Otro (especificar) , No se atiende.*

Cuadro 1. Población atendida en salud por Sector Público o Privado, según tramo de edad.**Años 2006 y 2008**

Edad	Sector Público(1)		Sector Privado(2)		No atienden su salud		TOTALES	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008	2006	2008
hasta 4	144.017	91.194	58.082	99.939	2.075	705	204.174	191.838
5 a 19	536.048	375.107	205.380	347.037	17.018	7.439	758.446	729.583
20 a 64	707.987	615.065	884.756	949.624	58.301	43.589	1.651.044	1.608.278
65 y más	167.144	159.046	279.965	280.818	5.511	4.052	452.620	443.916
Total	1.555.196	1.240.412	1.428.183	1.677.418	82.905	55.785	3.066.284	2.973.615(*)

Fuente: Elaborado a partir de la ECH del INE

(*) Datos expandidos de las ECH.

(1) MSP, Hospital de Clínicas (UDELAR), Sanidad Policial – Militar, Policlínicas Municipales y BPS
(2) Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y Seguros Privados

Si se observa el Cuadro 2 que muestra la distribución poblacional, en el año 2006, la primera segmentación público-privado, vemos que la atención de salud de la población se divide claramente entre uno y otro sector con el 50,7% en el primer sub-sector y el 46,6% en el sub-sector privado. Mientras el sector de la población que expresa no atender su salud presentaría valores porcentuales menores.

Si observamos por edad, nos encontramos con una segunda y clara segmentación entre dos grandes grupos de edad. Un segmento poblacional compuesto por niños y jóvenes – “hasta 4” y de “5 a 19 años” - los que en una amplia mayoría atiende su salud en el sub-sector público con valores porcentuales que llegan al 70% en ambas grupos de edades.

Cuadro 2. Distribución de la población atendida en salud por Sector Público o Privado, según tramo de edad. Años 2006 y 2008. (en%)

Edad	Sector Público(1)		Sector Privado(2)		No atienden su salud		TOTALES	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008	2006	2008
hasta 4	70,5	47,5	28,4	52,1	1,0	0,4	100,0	100,0
5 a 19	70,7	51,4	27,1	47,6	2,2	1,0	100,0	100,0
20 a 64	42,9	38,2	53,6	59,0	3,5	2,7	100,0	100,0
65 y más	36,9	35,8	61,9	63,3	1,2	0,9	100,0	100,0
Total	50,7	41,7	46,6	56,4	2,7	1,9	100,0	100,0

Fuente: Elaborado a partir de la ECH del INE.

(1) MSP, Hospital de Clínicas (UDELAR), Sanidad Policial – Militar, Policlínicas Municipales y BPS

(2) Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y Seguros Privados

El otro segmento poblacional compuesto por los grupos de edades de 20 a 64 años y de 65 años y más, con valores que superan el 50% en ambos grupos quienes atenderían su salud por el sub-sector privado

Al trasladarnos al año 2008, momento de la implementación de la reforma sanitaria la población mantiene su distribución focalizada en ambos prestadores de salud -

MSP y las IAMC - pero con un claro desplazamiento y concentración hacia las IAMC del sector privado, - principalmente de la población más joven - y un descenso de la asistencia por el sector público, tanto en el MSP como en la asistencia de atención primaria del BPS.

Al mirar al interior de cada sub-sector¹¹, público- privado, por prestador de salud - ver cuadros que se presentan en el Anexo I - en el primer caso la población se segmenta entre los dos principales prestadores de salud como lo son: el Ministerio de Salud Pública (MSP) del sector público y en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) del sector privado

Es en el segunda segmentación, en la estructura de la población amparada según la edad entre ambos prestadores de servicios tanto en hombres como en mujeres, - hasta los 19 años, la población más joven - se encuentran amparados principalmente por prestadores del sector público, con valores que superan el 50%. A partir de los 20 años y a medida que aumenta la edad, estos valores se trasladan a los prestadores de salud privados. Las IAMC concentran en los años estudiados a los adultos jóvenes y los adultos mayores.

En los restantes prestadores de salud, tanto públicos como privados, se observan valores muy bajos que no alcanzan el 15%. En los públicos, Policlínicas Municipales y BPS la cobertura se observa principalmente en ambos sexos y en las edades menores, mientras que en Sanidad Policial o Militar, se daría en cierta medida homogeneidad, - siempre con valores que no superan el 10% - en cuanto a sexo y edad. Estas instituciones prestadoras de salud tienen una población de usuarios definidos y captados por la ocupación del trabajador y la cobertura a familiares.

Esta es una “*situación que no debería sorprender*” plantean especialistas y responsables de la construcción de la reforma sanitaria. La población uruguaya accedía en 2006 a diferentes formas de cobertura de salud, en función de sus niveles de ingreso.¹² La de menores ingresos es amparada principalmente por prestadores integrales públicos (ASSE, Sanidad Militar y Policial y Hospital de Clínicas) y por aquellos de algún tipo de cobertura parcial (Banco de Previsión Social, Policlínicas Municipales, Seguros parciales médicos o quirúrgicos y otros prestadores). Por otra parte los prestadores integrales del sector privado, IAMC, y Seguros Privados se concentran en los estrados de ingresos superiores.

Resulta indudable que una explicación en el cambio de la distribución de la población atendida por tipo de institución ocurrida entre 2006 y 2008 es la intervención de dos elementos que se solapan como lo son: el proceso de aumento de trabajadores cotizantes y los efectos de la reforma de salud.

¹¹ En los cuadros 1A y 2A hombres – 3 A y 4 A mujeres se puede observar la *Distribución por sexo y tipo de institución de salud donde se atiende, según tramo de edad, 2006 y 2008.*

¹² Existe un conocimiento relativamente acabado en relación al perfil de la pobreza en Uruguay y es numerosa la literatura que ha señalado como una de las problemáticas más importantes que prevalece en Uruguay su estructura demográfica. La pobreza se concentra fundamentalmente en los tramos más bajos de edad, en hogares jóvenes que tienen hijos a cargo constituyéndose en uno de los factores de riesgo más importantes en nuestro país. Ver (7) Budin y otros, *Trampas de Pobreza.*

Estos nuevos afiliados cotizantes dependientes al BPS¹³ son en primer lugar quienes tienen la posibilidad de acceder a la cobertura de salud privada, la que se extiende - posteriormente como efecto de la reforma- a sus hijos menores de 18 años, e inicia también el ingreso progresivo a diferentes sectores de la población.

Esta concentración podría sustentarse también en otros aspectos, los cuales también derivados de la propia reforma, juegan en este escenario como son: a) la elegibilidad y b) la no admisión de la doble cobertura de asistencia médica, lo cual se traduciría en consecuencia en el *desplazamiento* de la población más joven hacia las IAMC, incluyendo los niños beneficiarios de Asignaciones Familiares. (Ley 15.084 que tienen derecho a la atención de salud por el servicio de salud el BPS).

Los cuadros siguientes con la distribución de la población por edades según institución donde se atiende, nos permiten observar cierto desplazamiento y concentración de la población desde el sector público MSP y BPS hacia el sector privado IAMC.

Si observamos el 2006, la mayor parte de la población de niños y jóvenes - hombres y mujeres - con edades comprendidas "hasta 4 años" (50,6% y 50,8%) y de "5 a 19 años" (58,6% y 58,9%) que atiende su salud en el sub-sector público, lo hace en el MSP. Esta institución es quien concentra la amplia mayoría de este colectivo más joven con valores que superan el 50%. No alcanzan los diez puntos porcentuales quienes se atienden en BPS, los que pertenecen principalmente al tramo etéreo de "hasta 4".

Cuadro 3. Distribución de la población "hasta 4 años" según institución donde se atiende (en %)

Prestadores de Salud	2006		2008	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
M.S.P y Hosp. Clínicas	50,6	50,8	36,3	35,6
Sanidad Policial	6,4	6,6	6,0	6,2
Policlínicas Municipales	4,7	4,1	2,8	3,2
B.P.S.	8,6	9,3	2,6	2,4
I.A.M.C.	24,6	24,1	47,2	47,5
Seguros Privados	4,2	4,0	4,7	4,8
No se atienden	0,8	1,2	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Mientras que una parte minoritaria de esta población (no alcanza el 25%) - con las mismas características - que atienden su salud en el sub-sector privado lo hacen en las diferentes instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC). "Hasta 4 años": 24,6% y 24,1% y de "5 a 19 años" un 24,1% y 23,1% hombres y mujeres respectivamente.

¹³ El total de puestos cotizantes dependientes del BPS a diciembre en los años analizados es de 931.922 en 2006 y alcanza a 1.089.939 en 2008.

Cuadro 4. Distribución de la población de 5 a 19 años según institución donde se atiende (en %)

Prestadores de Salud	2006		2008	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
M.S.P y Hosp. Clínicas	58,6	58,9	40,7	41,3
Sanidad Policial	7,4	7,6	7,5	7,1
Policlínicas Municipales	3,5	3,8	2,6	2,6
B.P.S.	0,7	0,8	0,6	0,5
I.A.M.C.	24,1	23,1	43,7	43,3
Seguros Privados	3,4	3,6	3,9	4,2
No se atienden	2,3	2,2	1,1	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

En el año 2008 se observa en estos grupos de edades, “hasta 4 años” y de “5 a 19 años” una situación inversa. Disminuye la atención de la salud en ambos grupos en todo el sector público, principalmente en el MSP y aumenta la atención en el sector privado en las IAMC con pequeñas diferencias entre hombres y mujeres.

En “hasta 4 años” disminuye en el MSP 15 puntos porcentuales (en hombres y mujeres) y aumenta 18 y 23 puntos (hombres y mujeres) en las IAMC. En “5 a 19 años”, la disminución en MSP alcanza los 17 puntos porcentuales en ambos sexos, y la atención de salud en las IAMC aumenta 20 puntos también en ambos sexos.

En la población de “20 a 64 años”, aún cuando sucede algo similar que la población de menor edad, - la atención de salud disminuye en el sub-sector público (MSP) y aumenta en el sub-sector privado (IAMC), pero lo hace con valores que no superan los 5 puntos porcentuales. En los años analizados 2006 y 2008, la atención de salud de estos colectivos es en las IAMC del sector privado.

Cuadro 5. Distribución de la población de 20 a 64 años según institución donde se atiende (en %)

	2006		2008	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
M.S.P y Hosp. Clínicas	29,1	38,9	24,4	35,1
Sanidad Policial	7,4	6,3	7,3	6,3
Policlínicas Municipales	1,2	2,2	0,8	1,8
B.P.S.	0,0	0,1	0,0	0,1
I.A.M.C.	55,4	46,9	59,5	50,1
Seguros Privados	2,5	2,8	4,3	4,7
No se atienden	4,3	2,8	3,7	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Finalmente, en el grupo de edad donde se observan menos desplazamientos es en la población de “65 años y más”. Mantienen su distribución concentrada en la atención privada, principalmente en las IAMC, con cerca del 60% y un leve incremento en 2008 de la atención en Servicios Privados (4,6%). Esto se explicaría porque la reforma de la salud alcanzó marginalmente a este grupo etáreo.

Cuadro 6. Distribución de la población de 65 y más años según institución donde se atiende (en %)

	2006		2008	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
M.S.P y Hosp. Clínicas	31,1	30,1	30,0	29,2
Sanidad Policial	5,9	4,9	6,2	5,0
Policlínicas Municipales	1,0	1,1	0,7	0,9
B.P.S.	0,0	0,0	0,0	0,0
I.A.M.C.	56,7	60,1	57,1	59,7
Seguros Privados	3,6	2,8	4,8	4,5
No se atienden	1,7	0,9	1,2	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

En el transcurso de los años analizados se observaría una progresividad inversa. Hay una progresiva disminución de la atención de salud por las instituciones de asistencia médica públicas como el MSP-Hospital de Clínicas y el BPS - principalmente de la población más joven - y en un progresivo aumento y concentración de la asistencia de salud en el sector privado: las IAMC, situación resultante y esperable de las acciones implementadas por la reforma de la salud. Es en el año 2008, donde esta progresividad inversa se despegó y alcanza la mayor diferencia en valores porcentuales, concentrando la población de todas las edades en el sector privado IAMC.

En el MSP, en las edades comprendidas entre “hasta 4 años” y de “5 a 19 años” se observa la mayor diferencia con veinte puntos porcentuales a favor de las IAMC en ambos sexos. En BPS es en el tramo de edad “hasta 4 años” que ubica la diferencia a favor de las IAMC.

Síntesis

La transformación demográfica, epidemiológica y social que el Uruguay ha experimentado, define un nuevo perfil de necesidades y el sistema de salud debía responder a esas nuevas necesidades.

Los cambios sustantivos introducidos en el sistema han permitido que la cobertura de salud se extienda en poco tiempo a un porcentaje muy amplio de la población, que se van desarrollando en forma paralela a la implementación de los organismos reguladores y controladores de la reforma. Sin duda que son tiempos que conllevan procesos y modalidades diferentes en aras de atender el fortalecimiento y mejora de las condiciones de atención en el sistema público, y al mismo tiempo evitar que se siga desmoronando el sistema mutual.

Inserto en el sector público, el BPS es un prestador directo de salud que brinda asistencia parcial a cierto grupo de la población. Lo hace a través de diferentes niveles de asistencia a los hijos y cónyuges embarazadas de trabajadores formales que cotizan a la seguridad social. Proporciona un paquete de prestaciones – parcial e integral - que atiende riesgos específicos y cuenta con el principal centro de tratamiento de malformaciones congénitas, Departamento de Especialidades

Medico Quirúrgicas (D.E.ME.QUI), el cual es pionero en America Latina en cuanto a la investigación y tratamiento de diversas malformaciones.

Según los datos observados, es posible que en este momento no sea un elegible al momento de decidir la opción como prestador de salud para atender a los hijos pequeños, sea por sus características de cobertura parcial o por la no admisión de doble cobertura que expulse de alguna manera a sus usuarios-beneficiarios al sector privado, en la medida que estos prestadores privados serían identificados por la población como garantía de una asistencia integral. Del 2006 al 2008 la población atendida por el BPS se habría reducido en cerca de 16.000 personas, según las estimaciones que surgen de las Encuestas de Hogares.

Una de las tantas preguntas cruciales que quedaría planteada para continuar investigando se asocia a que el sistema mutual privado ha aumentado la población que atiende su salud con una importante concentración de todas las edades, pero ¿ofrecen los prestadores privados un paquete básico de prestaciones universal e integral?.

Abreviaturas y Siglas

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
DEMEQUI	Departamento Médico Quirúrgico
ECH	Encuesta Continua de Hogares
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
INE	Instituto Nacional de Estadística
MSP	Ministerio de Salud Pública
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR	Universidad de la República

ANEXO I

Cuadro 1 A Distribución de hombres por tipo de institución de salud donde se atienden según tramo de edad. Año 2006 (en%)

Edad	MSP	Sanidad Policial o Militar	Policlínicas Municipales	BPS	IAMC	Seguros Privados	No se atienden	Total
hasta 1 año	43,8	5,7	4,5	12,8	27,8	4,8	0,6	100,0
1 a 4	52,1	6,6	4,7	7,7	23,9	4,1	0,9	100,0
5 a 14	61,1	7,1	3,9	1	21,7	3,5	1,7	100,0
15 a 19	53,6	7,9	2,7	0,2	29	3,2	3,5	100,0
20 a 44	30,4	6,3	1,3	0	55	2,2	4,8	100,0
45 a 64	27,1	9	1,2	0	56	3	3,7	100,0
65 a 74	32,9	6,3	1,2	0,1	54,4	3	2,2	100,0
75 y más	28,6	5,5	0,6	0	60	4,3	0,9	100,0
Total	38,7	7,1	2,1	0,8	45,1	3,0	3,2	100,0

Cuadro 2 A Distribución de hombres por tipo de institución de salud donde se atienden según tramo de edad. Año 2008 (en %)

Edad	MSP	Sanidad Policial o Militar	Policlínicas Municipales	BPS	IAMC	Seguros Privados	No se atienden	Total
hasta 1 año	35,8	5	3	4,3	47,1	4,5	0,3	100,0
1 a 4	36,4	6,2	2,8	2,2	47,2	4,7	0,4	100,0
5 a 14	40,7	7,2	2,8	0,7	44,2	3,7	0,6	100,0
15 a 19	40,7	8	2,1	0,2	42,7	4,3	2	100,0
20 a 44	25,2	6,3	0,8	0	59,6	4	4,1	100,0
45 a 64	23,3	8,8	0,8	0	59,2	4,7	3,1	100,0
65 a 74	31,6	6,9	0,8	0	54,6	4,7	1,4	100,0
75 y más	27,9	5,2	0,6	0	60,5	5,1	0,8	100,0
Total	30,3	7,1	1,4	0,3	54,1	4,3	2,4	100,0

Cuadro 3 A Distribución de mujeres por tipo de institución de salud donde se atienden según tramo de edad. Año 2006 (en %)

Edad	MSP	Sanidad Policial o Militar	Policlínicas Municipales	BPS	IAMC	Seguros Privados	No se atienden	Total
hasta 1 año	42,1	6,2	3,3	14	28,4	5,6	0,7	100,0
1 a 4	52,7	6,7	4,3	8,3	23,1	3,7	1,3	100,0
5 a 14	60,8	7,4	4,2	1	21	3,6	1,9	100,0
15 a 19	55,1	7,8	3,1	0,4	27,3	3,4	2,8	100,0
20 a 44	41,7	5,5	2,5	0,2	44,3	2,8	3,1	100,0
45 a 64	35	7,4	1,7	0	50,6	2,9	2,4	100,0
65 a 74	32,4	5,6	1,3	0	57	2,5	1,2	100,0
75 y más	27,6	4,1	0,9	0	63,5	3,2	0,6	100,0
Total	42,8	6,4	2,5	0,8	42,2	3,1	2,2	100,0

Cuadro 4 A Distribución de mujeres por tipo de institución de salud donde se atienden según tramo edad. Año 2008 (en%)

Edad	MSP	Sanidad Policial o Militar	Policlínicas Municipales	BPS	IAMC	Seguros Privados	No se atienden	Total
hasta 1 año	34,2	6	3,5	4,1	47,4	4,6	0,1	100,0
1 a 4	35,9	6,2	3,1	2	47,5	4,9	0,4	100,0
5 a 14	40,7	6,8	2,7	0,6	44,5	4	0,7	100,0
15 a 19	42,5	7,6	2,5	0,3	40,9	4,6	1,5	100,0
20 a 44	36,9	5,4	2,1	0,2	48,5	4,8	2,2	100,0
45 a 64	32,6	7,5	1,5	0	52,4	4,6	1,4	100,0
65 a 74	31,6	5,7	1,3	0	56,4	4,1	1	100,0
75 y más	26,7	4,2	0,6	0	63,1	4,9	0,5	100,0
Total	35,5	6,2	1,9	0,3	50,0	4,6	1,4	100,0

ANEXO II

Sistema de Salud antes de la reforma

El sistema de salud en Uruguay tiene una historia atípica en el continente. El Estado es un actor clave en la provisión de servicios de salud, junto a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) denominadas mutualistas las cuales se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX. Las mismas surgieron como una forma de dar respuesta de las colectividades de inmigrantes españoles e italianos ante las necesidades de atención de salud de sus comunidades en el país. Luego expandieron sus servicios al resto de la población, y se transformaron en actores clave del sistema de seguros de prepago. Como consecuencia, el sistema de salud uruguayo era una articulación compleja de instituciones públicas y privadas, integrado en un sistema mixto de atención.

Por Ley 18.211 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud que articula a los prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley 17.930, del 19 de diciembre de 2005

Servicios de Salud que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud

Mutualistas y Prestadoras de Servicio		
Mutualistas Montevideo	Mutualistas Interior	Prestadoras de Servicio
AMEU	A. Medica San José	Blue Cross
Asociación Española	A. Médica Maldonado	Hospital Británico
Casa de Galicia	AMEDRIN	Medicina Personalizada
CASMU	CAAMEPA	PRIMEDICA
Circulo Católico	CAAM	Seguro Americano
COSEM	CANCEL	SUMMUM
CUDAM	CAMDEL	MEDICARE(COPAMHI)
GREMCA	CAMEC	
IMPASA	CAMEDUR	
MUCAM	CAMOC	
SMI	CAMS	
Sociedad Universal	CAMY	
A.S.S.E*	COMERO	
	COMECA	
	COMECEL	
	COMEF	
	COMEFLO	
	COMEPA	
	COMERI	
	COMETT	
	COMTA	
	CRAME	
	CRAMI	
	ASSE	

* Atiende en todo el país en las policlínicas y hospitales de todo el país pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.

Bibliografía consultada

1. Abracinskas, L y López Gómez, A. (2001) Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Pags. 46-75 Sistema de Salud y Procesos de Reformas
2. Basso, J. La reforma del sistema de Salud en Uruguay.
3. BPS - Boletín Estadístico 2008 y 2009 Asesoría General en Seguridad Social. (AGSS), Asesoría Económica y Actuarial (AEA)
4. BPS - Indicadores de la Seguridad Social Boletín N°277 AGSS/AEA 2010
5. BPS - Indicadores de Salud elaborados a partir de la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) del Instituto Nacional de Estadística (INE).
6. Burdín,G., Ferrando,M. Leites,M y Salas,G – Trampas de la pobreza: conceptos y medición. Nueva evidencia sobre la dinámica de ingreso Uruguay. Instituto de Economía- UDELAR
7. Mesa-Lago, C Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. (2005) Publicación de las Naciones Unidas CEPAL Documentos de proyectos D
8. MSP - La Construcción del SNIS 2005-2009 <http://www.msp.gub.uy>
acceso y consulta: abril 2010
9. Leyes: Principales leyes en la construcción del Sistema Nacional de Salud
Ley 17.930 de Presupuesto Nacional, artículos 264 y 265
Ley 18.161 Creación del Descentralizado ASSE
Ley 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
Ley 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud
Ley 18.335 Derechos de Usuarios y Paciente de Servicios de Salud
10. INE Instituto de Estadística de Uruguay. Disponible en <http://www.ine.gub.uy>
acceso y consulta: abril -mayo 2010
11. OPS-OMS Perfil del Sistema del Servicio de Salud de Uruguay. 2da. Edición 2002 Elaborada por profesionales del MSP, ASSE, Facultad de Medicina, ONG y representantes de la OPS/OMS.
12. Consultas electrónicas
<http://www.presidencia.gub.uy/> Web/noticias 2008 Daniel Olesker: El Sistema de Salud es otro componente de las reformas sociales impulsadas. Consulta: marzo 2010
<http://www.presidencia.gub.uy> El Sistema Nacional Integrado de Salud
www.elpais.com.uy. El País digital Economía & Mercado Entrevista a los Ec. Carlos Grau y Luis Lazarov, coordinadores del área de economía y salud de Cinve y Soc. Javier Pereira. Disponible en Resumen entrevista consultado el 21.04.2010
13. Consultas internas en BPS: Gerencia de Prestaciones Económicas