

Sistema Nacional Integrado de Salud: Una aproximación al cuidado de la salud en Uruguay

Ana Mariela Rodríguez Facal¹

Universidad de la República, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Av. Gonzalo Ramírez N° 1926, Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, Av. Italia N° 11600, Montevideo, Uruguay; ana.rodriguezfacal@fcea.edu.uy

ABSTRACT

Uruguay is a small country, with a population mostly composed of descendants of European immigrants that, throughout its history, has maintained a high concern for providing medical care to its entire population, regardless of their socioeconomic status. In 2005, after many years of discussion in the academic and political spheres, a reform was initiated in its health system. They wanted to move from a highly fragmented system to a more Bismarck-inspired model. In that sense, the changes were oriented to financing, health care and management. The funding was oriented to a system of payment per capita, adjusted for risk from a National Health Fund. This fund was constituted by contributions from workers, employers and the state. Health care was conceived from an approach focused on the concepts of primary care, of public-private complementation, in order to take advantage of regional economies of scale. In management, the body responsible for public attention was decentralized; thinking about the development of competition between providers focused on recruitment of users. It was understood that, with this view, all providers would offer more quality to attract users. The Ministry of Public Health focused on the functions of controllership, regulation and governance of the system. As for the evolution of these changes: the change in the form of financing and the decentralization of public attention, there were changes quickly implemented by two laws, they were top-down changes. The other changes, although they have made significant progress over the years, are still in process.

Key words: health care, management, financing, health systems

RESUMEN:

El objetivo del presente trabajo es realizar una descripción de los avances en la implantación de la reforma del sistema de salud uruguayo, a más de quince años de su implantación; mediante un análisis bibliográfico, considerando que las reformas de los sistemas de salud son constantes aproximaciones mediante ensayo y error. En el presente caso, se entiende que se debe seguir trabajando en la sostenibilidad económico-financiera del sistema, la complementación entre instituciones y en determinar cuál es la unidad básica de negocio para este mercado en Uruguay.

Palabras clave: atención de salud, gestión, financiamiento, sistemas de salud

INTRODUCCIÓN

Uruguay es un país pequeño, con una superficie de 176,215 km² y una población de 3 286 314 habitantes, según el último censo (2011); actualmente, se estima que la población es de 3 474 000 (Datos Macro, 2022). La población se distribuía, en ese momento, un 60% en el área metropolitana y 40% fuera de ella. En zonas rurales solo habita el 5% de la población. En cuanto a los sexos, 52% son mujeres.

El sistema de salud de Uruguay forma parte de las políticas del estado de bienestar desde hace más de 100 años. Uruguay estuvo a la vanguardia en el reconocimiento de los derechos de segunda generación que conforman lo que se ha denominado el estado batllista, influido por las políticas sociales promovidas por el dos veces presidente de la República José Batlle y Ordóñez, por las iniciativas llevadas adelante durante sus dos presidencias a principio del siglo XX. Todos los habitantes de la República Oriental del Uruguay tienen cobertura de salud; es decir, cuentan con asistencia para la recuperación de la salud, desde ese entonces.

La atención de salud en Uruguay, en el siglo XIX, estaba a cargo de los hospitales públicos, que eran gestionados por una Comisión de Caridad y Beneficencia Pública. En el primer gobierno batllista, a principios del siglo XX, comienzan a ser administrados por la “Asistencia Pública Nacional”.

Asimismo, los inmigrantes europeos -que representaban aproximadamente el 48% de la población- trajeron del viejo continente el concepto de “mutualismo”, surgido en los gremios medievales y las cofradías de artesanos; con base en ello, fundaron la primera mutua “Asociación Española Primera de Socorros Mutuos en Uruguay”, institución que aún perdura (2022). No fue la única, se crearon muchas más.

El objetivo de estas instituciones era ayudar a los inmigrantes cuando se enfermaban, o no podían trabajar. Para ello, cobraban una cuota mensual consistente en un patacón, moneda creada en 1839, la primera en llevar los signos patrios de Uruguay. Antes de esa fecha circulaban diversas monedas, generalmente de origen

europeo. Todos aportaban la cuota a un fondo común, a cambio de la cual recibían atención médica, odontológica y medicamentos, para ellos y sus familias. La solidaridad del fondo residía en el concepto de que los aportes de los sanos contribuían al sostenimiento de las necesidades de los enfermos.

Es en el siglo XX, cuando el Estado incorpora en la Constitución (1934), en el artículo 43, un segundo inciso: “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.” Esta norma sin modificaciones continuó a través de todas las reformas constitucionales hasta la actualidad (Constitución de la República Oriental del Uruguay 1967, art. 44).

En 1934, durante el gobierno del Dr. Gabriel Terra, se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP); y, en 1987, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que asume la administración de todos los centros de salud pública del país, bajo la tutela del MSP.

En pocas palabras, antes de la reforma del 2008, la cobertura médica de la población era total; la discusión se centraba en el desempeño del sistema, particularmente en tres puntos: a) la diferenciación entre el subsector público y privado en cuanto al gasto realizado por paciente; b) la fragmentación en la atención; y, c) el endeudamiento del sector privado concentrado en las empresas de la capital.

Este artículo presenta una síntesis del trabajo preliminar de un proyecto de investigación financiado en el ámbito de la Universidad de la República y de la Universidad de La Plata. El propósito inicial es mostrar algunas singularidades del modelo de atención de la salud en Uruguay, donde, históricamente, la intención ha sido la cobertura de toda la población.

Además del evidente objetivo didáctico de cualquier producción académica, los datos que se ofrecen podrían contribuir a realizar un estudio comparativo, sea a nivel regional, continental o mundial. El desafío queda planteado.

DESARROLLO

La diferenciación del sistema era una consecuencia directa de la convivencia de dos o más modelos de financiamiento con origen en el acceso a la asistencia: i) instituciones mutuales o similares; ii) un gran prestador público denominado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); iii) otros prestadores de colectivos específicos como los que atienden a las fuerzas de seguridad, gremios de trabajadores, convenios laborales colectivos.

A lo largo del siglo XX, el modelo de financiamiento se dividía en dos grandes áreas: i) los trabajadores privados eran atendidos en instituciones mutuales, o similares, mediante el prepago de una cuota mensual a cargo de la seguridad social; ii) el resto de las personas podían asistirse en el prestador público (ASSE), pagar de su cuenta la afiliación a una institución mutual o contratar los servicios médicos a necesidad.

En 1996, la población que se atendía en el subsector público era de, aproximadamente, un 38,5 %. En el sector privado se encontraban todos los trabajadores privados, que eran cubiertos por la seguridad social. El cuadro 1 muestra un comportamiento diferente entre la capital y el resto del país. En Montevideo, la mayor parte de la población se atendía en el sector privado (72%); en el interior, se distribuía prácticamente en partes iguales.

CUADRO 1 Distribución de la población por tipo de prestador 1996			
	Total País	Montevideo	Resto País
Total	100,0	100,0	100,00
MSP/ASSE	32,3	20,8	43,8
IAMC	48,7	60,1	37,3
Sanidad Militar	4,3	4,7	3,9
Sanidad Policial	1,9	2,1	1,6
Otros	12,9	12,3	13,4

Fuente: Instituto

Nacional de Estadística (INE) - Censo de

Población y Viviendas de 1996. **Nota: Las siglas MSP se indican por Ministerio de Salud Pública; ASSE, por Administración de los Servicios de Salud del Estado; IAMC por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.**

En cuanto al gasto por usuario y tipo de prestador, Grau y Lazarov (2000, pág. 37) realizan una aproximación con datos suministrados por los efectores en el ejercicio económico 1995; los que comparan con el número de usuarios reportado por el SINADI (Sistema Nacional de Información), esto se puede apreciar en el cuadro 2. Este análisis, inicia el debate sobre la disparidad o brecha existente entre los dos grandes modelos: el público y privado. Los autores plantean que, dentro de los costos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), se incluyen los costos de la venta de servicios a terceros; pero, en el caso de ASSE, no se consideraron los costos incurridos por el Hospital Universitario al atender parte de población de ASSE. Lo importante del cuadro fue que las autoridades políticas del momento lo tomaron como una consigna, convirtiéndose en una de las principales motivaciones de la reforma: reducir la inequidad existente en la atención de los pacientes del sector público y privado.

CUADRO 2 Gasto por beneficiario según prestador			
	Personas	Gasto total en miles de U\$S	Gasto por beneficiario en U\$S
DNSFFAA	210.000	33.269	158,42
DNSP	110.000	22.743	206,75
MSP-ASSE	1.026.100	266.726	259,94
IAMC	1.556.200	883.915	568,00,

Fuente: Grau & Lazarov, El sistema de salud en Uruguay: una visión integrada, 2000, pág. 37. **Nota: Las siglas MSP se indican por Ministerio de Salud Pública; ASSE, por Administración de los Servicios de Salud del Estado; IAMC, por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva; DNSFFAA, por Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas; DNSP, por Dirección Nacional de Sanidad Policial.**

En cuanto a la fragmentación de la atención, era por la cantidad de instituciones públicas y privadas que daban cobertura formal a la población. Los pacientes del sector público se atendían indistintamente en el Hospital Universitario o en ASSE. A su vez, dentro de ASSE, podían acudir a diferentes centros, por ejemplo, en la zona metropolitana eran trece hospitales. Las historias clínicas no estaban centralizadas, por lo que en todos los lugares el paciente contaba con una historia clínica. Otra forma de fragmentación era el Banco de Previsión Social (BPS), que contaba con un centro materno infantil, donde las esposas de los trabajadores podían controlar su embarazo y realizar la atención del parto, sin importar que ellas contaran con otra cobertura, ya fuera privada o pública.

En la última década del siglo pasado, la situación financiera de los prestadores privados indujo estudios financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ya que la deuda de los prestadores alcanzaba U\$S 350 000 000 (1,2% del PBI a valores de 1999). En las consultorías que se realizaron al final de la década, quedó en evidencia un cuestionamiento a la forma en que se gestionaban las instituciones de salud en general, ya fueran prestadores privados o ASSE. Grau y Lazarov (2000, pág. 44) afirman que el 90% del endeudamiento del sector se concentraba en la capital; de las cuatro IAMC más endeudadas, dos eran las que tenían el mayor número de usuarios del sistema privado.

CUADRO 3		
Evolución de los resultados del sistema IAMC (privado)		
Año	Resultado sobre ingresos	Resultado operativo sobre ingresos
1991	-1,40 %	-1,40 %
1992	-5,70 %	-6,40 %
1993	-4,90 %	-4,90 %
1994	-9,10 %	-8,80 %
1995	-9,10 %	-6,90 %
1996	-3,20 %	-2,40 %
1997	-3,20 %	-2,60 %
1998	-3,60 %	-2,60 %

Fuente: Sistema Nacional de Información (SINADI). **Nota: La sigla IAMC se indica por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva**

En el año 2005, se da comienzo a la reforma del sistema de salud a través de cambios en tres direcciones o modelos: financiamiento, atención y gestión. Las normas remitidas al parlamento, y convertidas en ley, tenían como objetivo: fortalecer el sistema de financiamiento para alcanzar a toda la población trabajadora y/o jubilada y sus familiares a partir del sistema de seguridad social, promover la competencia entre los prestadores de servicios de salud y, por último, implantar la atención primaria.

El modelo de financiamiento fue el primer cambio. Si bien se discutió en la instancia parlamentaria, con la concurrencia a las Comisiones de ambas Cámaras de todos los representantes de los *stakeholders* (usuarios, trabajadores, empresarios, proveedores), fue un cambio que se implementó rápidamente y, prácticamente, sin resistencias. Los usuarios del sistema privado se incrementaron al incorporar a las familias al mismo tipo de afiliación que tenían los trabajadores. Todos los usuarios debían seleccionar el prestador sanitario donde se

querían atender, pudiendo elegir entre todos los privados o el público (ASSE). Asimismo, se pasó de una cuota de seguro igual para todos a una cápita ajustada por riesgo.

En una primera etapa, la reglamentación determinó que los factores de riesgo se centralizaran en sexo y edad, para lo cual se fijaron ocho tramos etarios; a saber: menores de un año, entre 1 y 4 años, menores de 14, entre 14 y 19, menores de 44, entre 44 y 64, menores de 74 y mayores de 74 años.

Las cápitass se financian a partir del Fondo Nacional de Salud (FONASA); el que se conforma a partir de los aportes de todos los trabajadores, jubilados, pensionistas, empresarios y, en caso de ser necesario, del erario. Cada trabajador aporta dependiendo de su salario, desde un 4,5% de su remuneración nominal hasta alcanzar un tope del 8%, en caso de tener esposa e hijos, a cargo.

Otro de los cambios fue el ajuste a la baja de los copagos, dado que no estaban cumpliendo con su cometido técnico de regular la demanda de los usuarios, sino que se habían convertido en una barrera para el acceso a una asistencia adecuada. En este caso, se establecieron tratamientos exonerados de tasas moderadoras y topes al monto que podían alcanzar.

En el caso del modelo de atención, se estableció que el sistema de salud debería contemplar “la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal” (ROU, 2005, pág. art. 264).

En cuanto a la gestión, en el mismo artículo se establece como estrategia la complementación público – privada y “la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación”. Otra de las estrategias es promover la competencia entre los prestadores, con la mira en mejorar la calidad de atención.

A más de diez años de implantada la reforma, el número de prestadores de salud privados se redujo en un 25%, pasando de 54 a 41. La reducción se debió, fundamentalmente, a problemas financieros y de sostenibilidad. En el año 2020, el informe de rendición de cuentas de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) (2020, pág. 4) plantea que un tercio de las instituciones del sistema se encuentran con problemas de endeudamiento: una de ellas en situación crítica, otras tres con un endeudamiento importante; las restantes tienen problemas que podrían afectar su desarrollo. Las primeras cuatro tenían afiliado el 25% de los usuarios del sistema.

Las transferencias de rentas generales al sostenimiento del sistema representaron en 2020 el 25% del total de los egresos, este porcentaje se ha mantenido estable durante tres años consecutivos.

En la última década del siglo XX el componente privado del sistema de salud tenía deudas acumuladas como consecuencia de un índice de sostenibilidad negativo año tras año. En 1999 era de -9,10%. A pesar de los cambios introducidos en el SNIS, para 2019 el índice de sostenibilidad era de -1,31%.

El cambio en las cápitras provocó que la solidaridad, que hasta la reforma residía dentro de cada empresa entre jóvenes y viejos, saludables y enfermos, pasara a una solidaridad generacional ampliada, es decir, los sanos de un grupo de edad financian a los enfermos de ese mismo grupo.

Todas las medidas relacionadas con la atención y gestión se centraron en reducir el fraccionamiento de la atención: disminuyendo el número de proveedores de servicios de salud, complementando servicios, o fusionando, a efectos de llegar a la unidad de negocios sostenible.

Una de las medidas, procurando la complementación, fue la denominada Ley de Urgencia y Emergencia, según la cual, en caso de necesidad, un habitante puede concurrir al prestador sanitario más cercano, quien “podrá saldar los montos emergentes de la facturación producto de la atención de urgencia o emergencia, a través de la Junta Nacional de Salud mediante compensaciones del Fondo Nacional de Salud”. En los primeros años, no se hacía uso de la norma; en el año 2020, un solo prestador no hizo uso de esta. Los pagadores netos son siempre los prestadores públicos: ASSE, Sanidad Militar y Policial.

CONCLUSIÓN

La reforma de 2008, que introdujo el denominado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), incorporó medidas cuya piedra angular sería la sostenibilidad del sistema. Una de las decisiones fundacionales fue sanear las deudas de los prestadores más comprometidos, sea transfiriendo la deuda o creando fideicomisos con garantía del estado. Podría decirse, usando la expresión popular, que fue una especie de borrón y cuenta nueva.

La relación entre el resultado del ejercicio y los ingresos operativos puede ser afectada por múltiples variables; de modo que, esa diversidad de factores, inducen el tipo de cambios que, en conjunto, tienen el carácter de reforma.

Cuando la sostenibilidad dependía de las dimensiones del prestador, se promovieron fusiones y absorciones.

REFERENCIAS

Asociación Española Primera en Salud. (2016). *La Española cumple 163 años atendiendo, cuidando y acompañando a sus socios*. Recuperado de <https://www.asesp.com.uy/Novidades/La-Espanola-cumple-163-anos-atendiendo-cuidando-y-acompanando-a-sus-socios-uc814>

Datos Macro. (2022). *Uruguay: Economía y demografía*. Recuperado de <https://datosmacro.expansion.com/paises/uruguay>

- Grau, C. & Lazarov, L. (2000a). *El sistema de salud en Uruguay: una visión integrada*. Montevideo: CINVE. Recuperado de <https://cinve.org.uy/el-sistema-de-salud-en-el-uruguay-una-vision-integrada/>
- Grau, C. & Lazarov, L. (2000b). *Las instituciones de asistencia médica colectiva*. Montevideo: CINVE. Recuperado de <https://cinve.org.uy/las-instituciones-de-asistencia-medica-colectiva/>
- Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. (2011). *Censo 2011*. Recuperado de <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
- Ministerio de Salud Pública - Junta Nacional de Salud. (2020). *Rendición de Cuentas 2020*. Montevideo. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/rendiciones-cuentas-junasa>
- Parlamento de la República Oriental del Uruguay. (1967). *Constitución de la República Oriental del Uruguay 1967*. Montevideo. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>
- Parlamento Uruguayo. (1934). *Constitución de la República Oriental del Uruguay 1934*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/8/HTML>
- Parlamento Uruguayo. (2005). Ley N° 17.930. *Ley de presupuesto*. Montevideo, Uruguay.