

Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay

Principios, modelo de financiamiento,
gestión y atención


OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



El sistema de salud de Uruguay se fundamenta en la noción de salud como un derecho humano universal, un bien público y responsabilidad del Estado.

El gasto total en salud en el país representó un 10,5% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2019.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) fue creado por la Ley 18.211 (diciembre de 2007) e integra prestadores públicos y privados.

Su financiamiento es a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), un fondo único, público y obligatorio. Tiene constitución mixta, con un componente contributivo (hogares y empresas) y un componente de Rentas Generales del Estado.

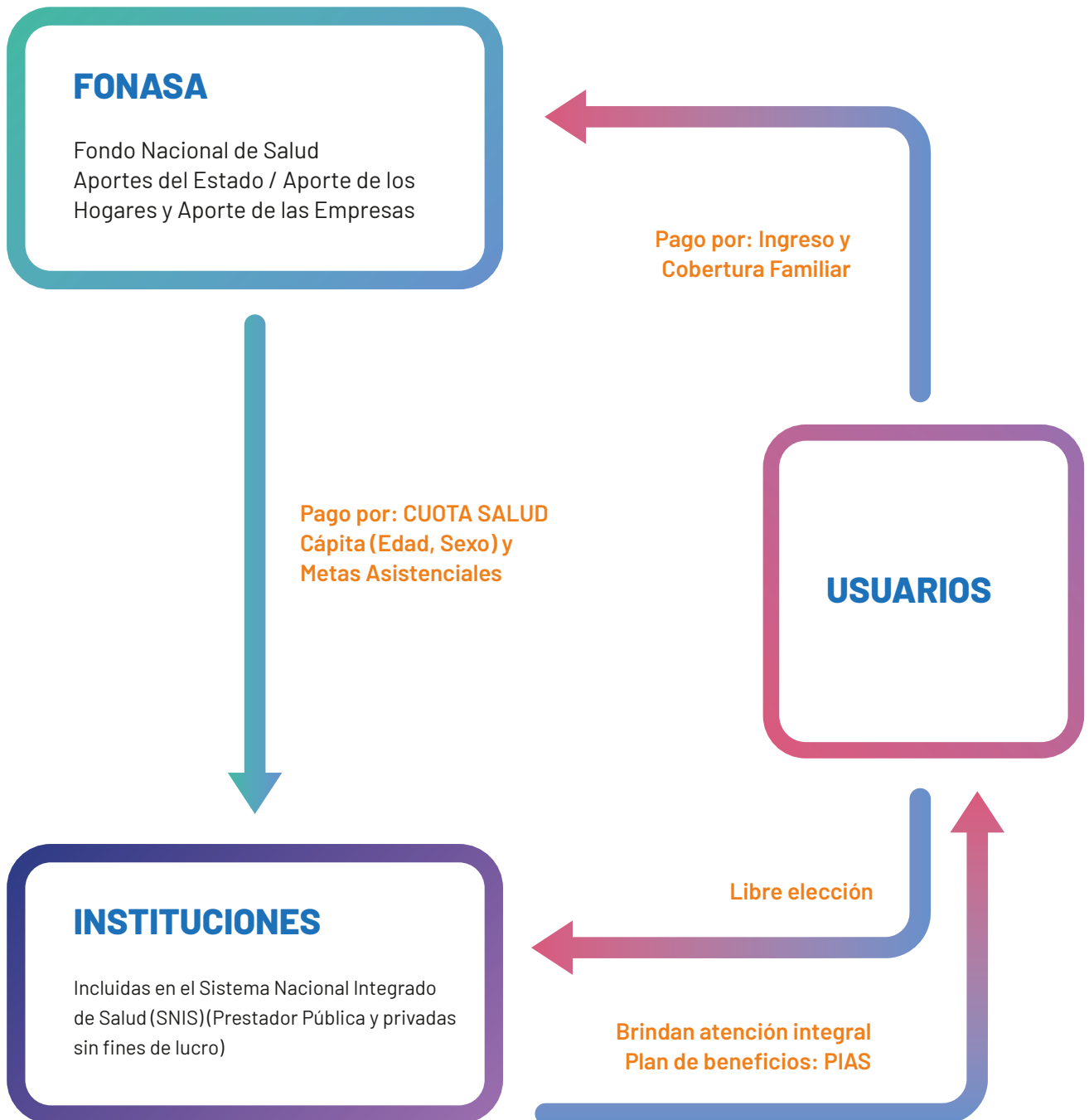
El SNIS asegura cobertura universal a través de 42 prestadores integrales de salud elegibles, que brindan un amplio conjunto de prestaciones -el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)- que es igual para todos.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es responsable por la conducción y rectoría del sistema, define las políticas sanitarias y regula la atención que dan los prestadores en función de prioridades determinadas por la situación demoepidemiológica.

En 2016 el MSP definió por primera vez Objetivos Sanitarios Nacionales, con un horizonte hacia 2020, como estrategia de priorización de los problemas de salud de la población a abordar y elemento articulador de la intersectorialidad, la asignación de recursos y la cooperación internacional.

En este momento las autoridades del MSP están ajustando los objetivos sanitarios y definirán nuevas metas hacia 2030.

Esquema de funcionamiento del sistema de salud



Personas usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud

3.500.000

personas residen en Uruguay

2.500.000

personas tienen derechos adquiridos por la seguridad social

1.000.000

personas tienen cobertura del prestador público sin estar amparadas por la seguridad social

> **Cerca de 2.545.680 personas tienen derechos adquiridos por la seguridad social (Seguro Nacional de Salud) y aportan al Fondo Nacional de Salud (FONASA).**

Este grupo comprende a:

- * **Los trabajadores formales** activos y las personas a las que pueden extenderle el derecho de cobertura:
 - hijos a cargo menores de 18 años y mayores de edad con discapacidad
 - cónyuge o concubino/a
- * **Personas jubiladas**

> **Cerca de 1.000.000 de personas que no aportan al FONASA se atienden en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).** Su cobertura es financiada por Rentas Generales y acceden al mismo plan de beneficios (PIAS).

* Datos aproximados a partir de estimación del Instituto Nacional de Estadística al 30 de junio de 2021 y del MSP de octubre de 2021.

¿Cómo se vinculan las instituciones de salud al SNIS?

Modelo de gestión

Cada una de las 42 instituciones prestadoras de salud suscribe un contrato de gestión con la Junta Nacional de Salud (JUNASA) que las obliga, en tanto prestadores integrales, a brindar el plan de beneficios completo (PIAS) y a someterse a los lineamientos del regulador. Este contrato puede revisarse periódicamente.

La Junta Nacional de Salud (JUNASA) administra el Seguro Nacional de Salud (SNS), que es financiado por el FONASA, y vela por el cumplimiento de los principios rectores del sistema de salud. Es un organismo de conducción colectiva compuesto por siete integrantes: cuatro en representación del Poder Ejecutivo –dos del MSP, uno del Ministerio de Economía y Finanzas y uno del Banco de Previsión Social (BPS)- uno por los prestadores de salud, uno por los trabajadores y otro por los usuarios del sistema de salud.

La gestión administrativa contable está a cargo del BPS, que recauda los aportes patronales y de los trabajadores y les paga a los prestadores de salud, si lo autoriza la JUNASA, que tiene la potencialidad de bloquear el pago si la institución no cumple con su contrato de gestión y la normativa vigente.

¿Cómo se vinculan las instituciones de salud y la población usuaria?

Libre elección

Las personas que aportan al FONASA pueden elegir el prestador integral de salud, afiliándose a alguno de los 41 prestadores integrales privados o al prestador público, que es la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Cerca de 500.000 personas que aportan al FONASA han elegido a ASSE, lo que la configura en el mayor prestador del SNIS. A diferencia de los privados, ASSE no bra

tasas moderadoras (órdenes y tickets). La libre elección de prestador de salud se da en un marco de movilidad regulada: al elegir una institución de salud los afiliados por FONASA deben permanecer dos años en ella, salvo algunas situaciones excepcionales. Eso facilita la continuidad de la atención y, a la vez, les permite a los prestadores prever los recursos con los que contarán para atender a la población que tiene a cargo.

La posibilidad de elegir entre prestadores privados y ASSE ha contribuido a disminuir la segmentación del sistema en función de la inserción socioeconómica de la población y su capacidad de pago.

Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)

Se trata de un plan de beneficios amplio e integral, que es igual y exigible para los usuarios de todos los prestadores del SNIS. Incluye desde la consulta ambulatoria en el primer nivel de atención hasta la internación en CTI, asegurando una amplia lista de estudios diagnósticos y tratamientos vinculados a las distintas especialidades médicas y quirúrgicas, prestaciones de salud mental, todos los medicamentos esenciales y algunos medicamentos de alto precio.

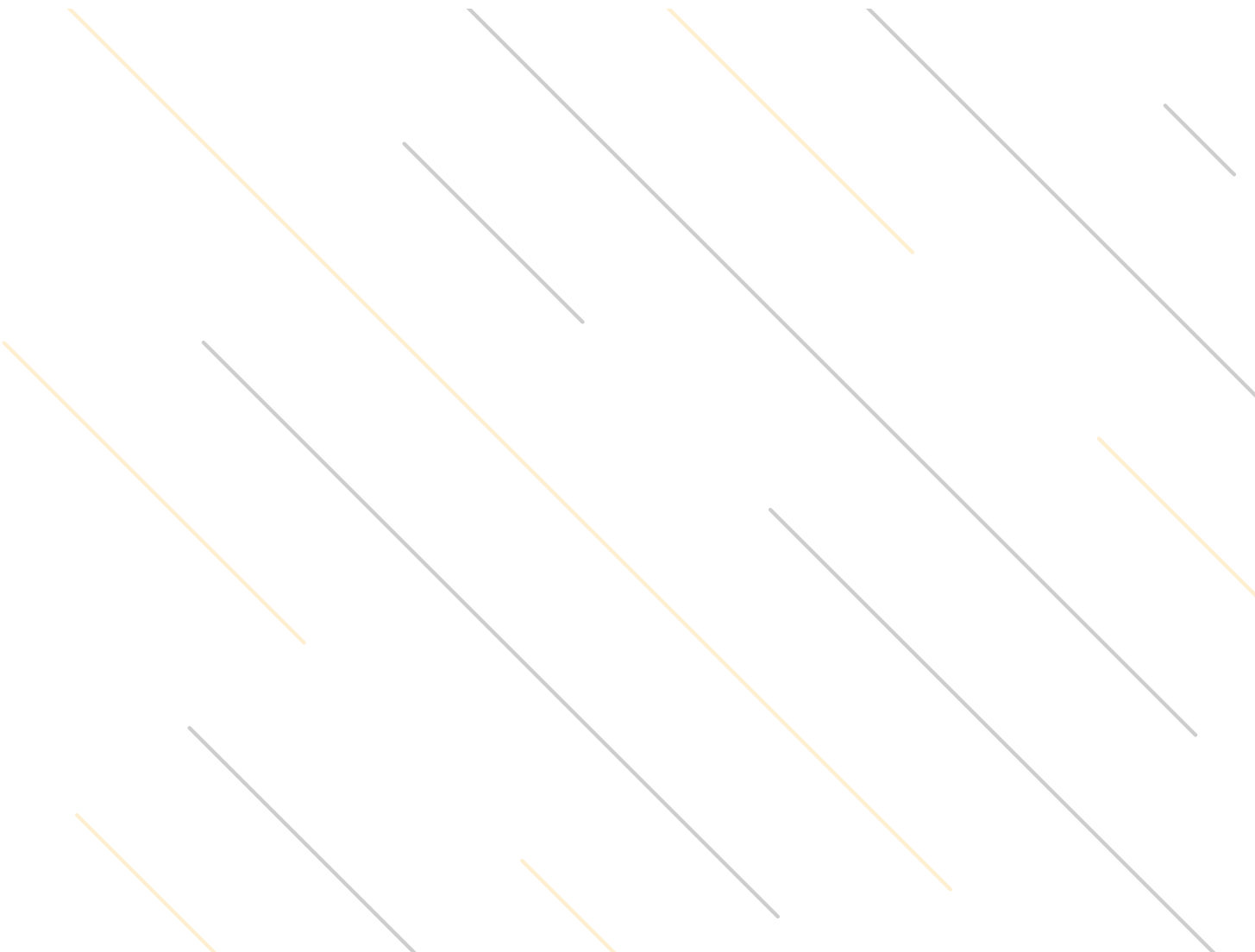
El PIAS es un listado taxativo que se actualiza periódicamente a través de mecanismos desarrollados por el organismo rector para discernir qué tecnologías deben integrarse en las diferentes etapas de la atención integral (promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos). Estas tecnologías comprenden medicamentos, procedimientos, dispositivos, programas y modalidades de atención.

La evaluación de las tecnologías sanitarias y la valoración de su incorporación al PIAS recaen, hasta el momento, en núcleos que funcionan en diferentes direcciones generales del MSP. Se aplican criterios de priorización y la evidencia científica disponible, de modo de asegurarse que las tecnologías a incorporar sean seguras,

más eficaces y más eficientes que las que ya están en el PIAS.

En 2020 se creó, por ley, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias -una persona jurídica del derecho público privado que se vincula con el Poder Ejecutivo a través del MSP- que asumirá alguna de estas funciones.

- Las prestaciones de los programas prioritarios, las modalidades de atención, procedimientos, medicamentos y dispositivos de baja y mediana complejidad, así como algunos de alta complejidad son brindados por los prestadores integrales de salud y financiados por el FONASA.
- Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de muy alta complejidad -proporcionados por Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)-, los medicamentos de alto precio y algunos programas especiales son financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR).



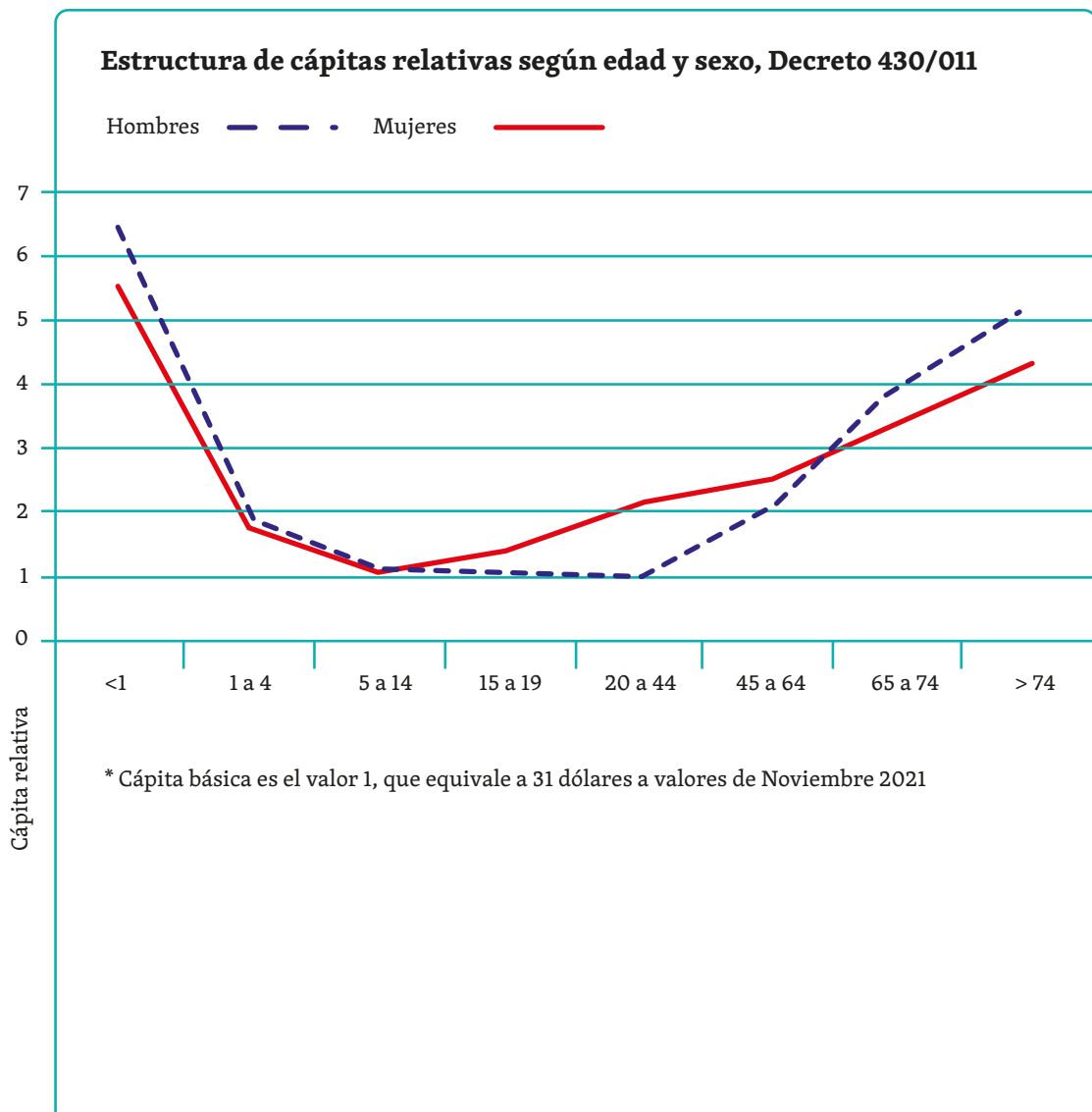
¿Cómo se financia el sistema de salud?

Mecanismo de pago a los prestadores de salud

Los prestadores integrales del SNIS reciben del FONASA una “cuota salud” por cada afiliado que les reintegra los costos esperados que se derivan de su atención.

La cuota salud tiene dos componentes: la cápita y la meta asistencial.

La cápita es el componente principal y se ajusta en función del riesgo asociado a cada beneficiario, que se determina a partir de la edad y el sexo. De esta forma, busca responder a las erogaciones que implican una mayor carga asistencial. Por ejemplo, la cápita es mayor durante el primer año, así como en etapas avanzadas de la vida, y es mayor en las mujeres en edad reproductiva respecto de los varones de similar franja etaria.



Este mecanismo de pago evita el riesgo de rechazo de las instituciones privadas a afiliar a personas que por sus patologías o por su edad significarían mayores erogaciones. Se brinda así protección financiera universal previniendo exclusiones y gastos de bolsillo empobrecedores.

El componente meta asistencial es de alrededor de un 8% de la cuota salud de cada afiliado y es un incentivo que la JUNASA le paga al prestador integral si cumple con determinados objetivos asistenciales definidos por el regulador. Por ejemplo, ha habido metas asistenciales vinculadas a la salud materno-infantil, a la contratación y capacitación de recursos humanos, al cumplimiento de objetivos sanitarios, así como a la recuperación de la atención presencial y la mitigación del atraso de cirugías programadas en la postpandemia.

El pago de la cuota salud, a través de los dos componentes, es una de las características sobresalientes del sistema de salud uruguayo, porque lo hace muy potente en cuanto a protección financiera de las personas, al tiempo que le da a la autoridad sanitaria una gran capacidad de rectoría.

El mecanismo del pago por cumplimiento de las metas asistenciales permite que el regulador involucre a los prestadores en temas críticos para la salud de la población; es una forma de facilitar el compromiso de las instituciones con las prioridades sanitarias.

¿Con qué recursos se integra el FONASA?



Aportes del Estado

Surge de Rentas Generales y completa el pago del monto total de cuotas salud que no se llega a cubrir con los aportes patronales y de los trabajadores; actualmente representa 24%¹

Aportes Patronales

Empresas públicas y privadas (5% de los salarios nominales)

Aportes de los trabajadores

Quienes reciben salarios inferiores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (alrededor de 270 dólares) aportan una tasa de 3% de su salario nominal para su afiliación y la de su núcleo familiar, si así lo requiere. Quienes cobran por encima de ese límite, aportan 4,5% por su cobertura; 6% si tienen hijos o personas a cargo, y 8% si extienden el beneficio a hijos y cónyuges.

1 - Gustavo Rak "11 años del Seguro Nacional de Salud", en *Avances en consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud*)

Fondos mancomunados

Los fondos con diversas vías de aporte les permiten a los sistemas de salud tener mayores posibilidades de soportar el estrés financiero contable que implica brindar atención de salud con un amplio plan de beneficios y enfrentar erogaciones “catastróficas” que pueden comprometer la sostenibilidad. Uruguay cuenta con dos fondos mancomunados: el FONASA y el Fondo Nacional de Recursos (FNR).

El FNR se creó en 1980 y cubre prestaciones de alta complejidad. Se financia mayoritariamente a partir de un porcentaje de lo que cada afiliado aporta al FONASA, en menor proporción por una fracción de las afiliaciones individuales a instituciones privadas y se completa con el aporte de Rentas Generales. En 2015 el FNR introdujo el cobro de copagos por los tratamientos de reproducción humana asistida (las/os beneficiarias/os aportan en función de su capacidad de pago y en relación al número de intentos); el cobro de copagos también se aplica en algunos servicios en el exterior, pero tiene una participación marginal, de 0,8% en 2019 .

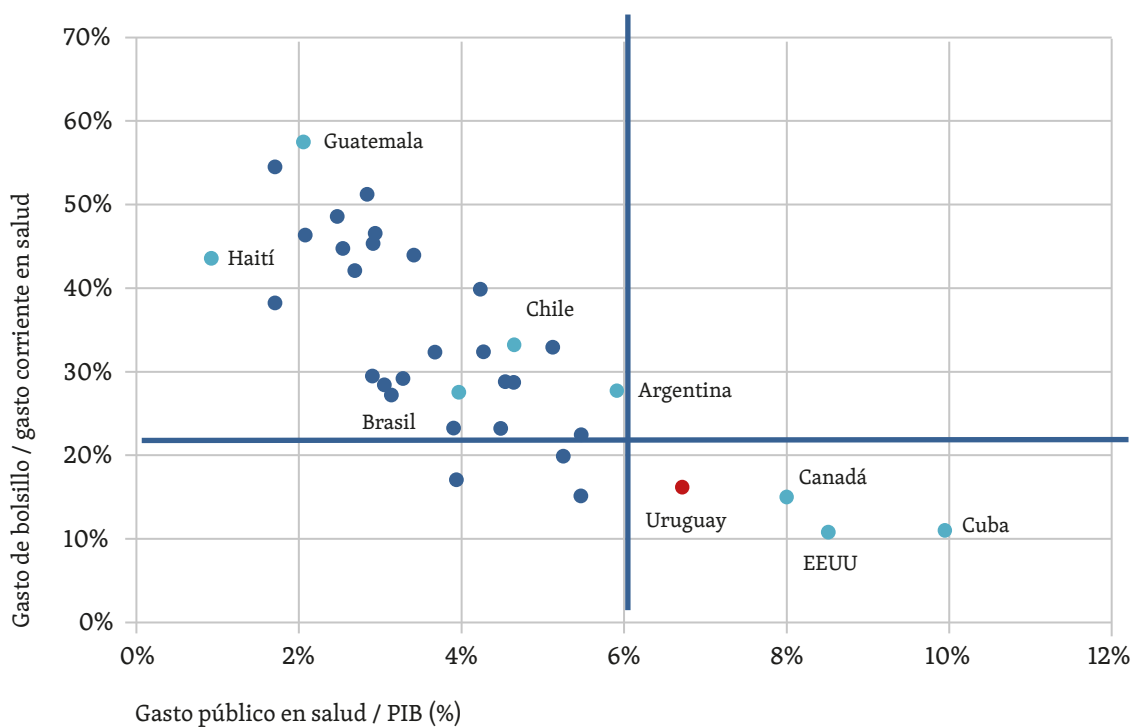
Gasto público en salud

La OPS impulsa como política de región que el gasto público en salud sea de al menos 6% del Producto Interno Bruto (PIB) para asegurar que el financiamiento del sistema se haga con gasto público y no dependa del aporte del gasto de bolsillo de las familias. En Uruguay el gasto público en salud representa 6,93% del PIB.

La OPS recomienda que el gasto de bolsillo no supere el 20%, porque estos desembolsos no están relacionados con la capacidad de pago de las personas y, como se hacen al momento de usar los servicios, pueden significar una barrera de acceso. En Uruguay el principal gasto incluye pagos directos (productos o consultas particulares) y tasas moderadoras (órdenes y tickets); desde el inicio de la reforma, el gasto de bolsillo bajó de 23% a 15%, según datos del MSP de 2019.

La combinación del elevado gasto público y el bajo pago de bolsillo coloca a Uruguay entre los pocos países de la región que presentan valores dentro de los umbrales recomendados por la OPS de 6% del PIB para gasto público en salud y de 20% de gasto de bolsillo dentro del gasto en salud

Gasto público en salud como porcentaje del PIB y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en las Américas 2018.



Fuente: Economía de la Salud, MSP, en base al Global Health Expenditure Database.

El sistema de salud es mixto y solidario

El financiamiento del SNIS es mixto, porque el FONASA tiene un componente contributivo muy relevante y un componente no contributivo, que aporta Rentas Generales.

Además, es mixto porque el Estado financia la atención de las personas que no aportan a la seguridad social (cerca de 1.000.000) que tienen cobertura de ASSE y que reciben, sin costo, el mismo plan de beneficio que los afiliados por FONASA.

El hecho de que los trabajadores aporten una proporción de su salario hace que el sistema sea solidario, porque quienes tienen mejores salarios hacen un aporte mayor que permite cubrir las prestaciones de trabajadores y jubilados que tienen ingresos más bajos.

El sistema de salud uruguayo sigue la lógica solidaria en tres planos:

1

Económico

Quienes tienen mayores ingresos cubren a los de menores ingresos.

2

Sanitario

Los sanos aportan para los enfermos.

3

Generacional

Los jóvenes cubren a las personas adultas mayores.



La provisión de la atención sanitaria también es mixta, porque es pública y privada. Además de ASSE y de los 41 privados, el sistema incluye otros efectores públicos integrales, como Sanidad Policial y Sanidad Militar que, aunque no formen parte del Seguro Nacional de Salud, brindan el mismo plan de beneficios que reciben los afiliados por FONASA y bajo las mismas pautas de atención. También tienen un financiamiento mixto, con aportes de funcionarios policiales y militares y un complemento de Rentas Generales.

El SNIS incluye otros prestadores no integrales que brindan determinados conjuntos de prestaciones a poblaciones específicas, que se financian con sus propios recursos, no vinculados al FONASA:

- Públicos: el Hospital del Banco de Seguros del Estado (que da cobertura por patologías y siniestros laborales), servicios del BPS (por ejemplo, el Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, CRENADECER), servicios de primer nivel de los gobiernos departamentales y el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República.
- Privados: servicios de emergencia médico móvil, prestadores parciales, laboratorios.

Desde 2007, la provisión de los servicios de salud está separada de la rectoría y regulación del sistema sanitario, tal como lo estableció la Ley N° 18.161, que descentralizó a ASSE del MSP. Permite que el organismo regulador esté habilitado a controlar a todos los prestadores en tanto no está involucrado en su gestión.



Modelo de atención

La Ley 18.211 dispuso que el SNIS se organice “en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones” y que implemente la estrategia de atención primaria en salud (APS), priorizando el primer nivel de atención (PNA).

El PNA comprende una red de unidades asistenciales que brinda la atención oportuna a la demanda y otras necesidades de salud de la población a través de equipos interdisciplinarios: “un conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el ambiente tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida” (Ley 18.211).

El PNA es la puerta de entrada al sistema y el escenario institucional privilegiado para desarrollar la estrategia de APS, que trabaja desde la intersectorialidad para incidir sobre los determinantes sociales en salud, como son el acceso al agua potable, a alimentación suficiente y saludable, la prevención de la violencia de género y de hábitos perjudiciales.

La OPS recientemente reafirmó la APS a través del documento de la Comisión de Alto Nivel conformada en 2018, a los 40 años de la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata. Se impulsa un PNA resolutivo que cuando no pueda solucionar, derive a las personas por redes integradas a servicios del segundo y tercer nivel de atención, con una adecuada referencia y contrarreferencia que permita la continuidad asistencial.

Uruguay ha desarrollado un modelo de atención que ofrece en el PNA, articulado en redes con otros niveles de complejidad, las prestaciones vinculadas a las áreas programáticas prioritarias del MSP, evitando programas verticales. Se responde así a una amplia gama de demandas asistenciales que incluye desde el control en salud, la salud reproductiva, el control del embarazo, el cáncer, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, hasta los cuidados paliativos.

La OPS plantea que los sistemas de salud funcionan mejor con una lógica de redes integradas de servicios de salud (RISS), que incluye un atributo crítico de contar con población y territorio definidos, a cargo de las unidades asistenciales.

Esta organización no se ha generalizado en el sistema de salud uruguayo. Los mayores avances los ha hecho ASSE, que cuenta con servicios en 19 redes de atención primaria con base territorial a nivel nacional, que coordinan con hospitales de nivel secundario y terciario, y centros especializados. El sector privado ha hecho esfuerzos dispares por fortalecer sus estructuras del PNA generando mayor presencia en territorio estimulado por el marco normativo de la reforma. Los avances en este sentido han generado atención más eficiente, oportuna y de mejor calidad.

Los desafíos persisten porque tener un “padrón de afiliados” no equivale a tener “población a cargo”; los prestadores de salud, y por tanto sus equipos de salud, aun no cuentan con una nómina conocida de personas vinculadas a cada una de sus unidades asistenciales.

Salud digital

Uruguay tiene un importante desarrollo de la salud digital y ha avanzado en una historia clínica electrónica de alcance nacional (HCEN) con el liderazgo de la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC).

En abril de 2020, durante la pandemia por COVID-19, se aprobó la Ley 19.869, que establece los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud, que está en proceso de reglamentación.

Esta ley promueve la telemedicina como un recurso que facilita un mejor acceso de toda la población al sistema de salud, al derribar barreras geográficas, permitiendo optimizar recursos asistenciales y aumentar la resolutivez, con una perspectiva de inclusión y de respeto por los derechos humanos.



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**