

## **4 EL FINANCIAMIENTO DEL SNIS**

A partir de los elementos de diagnóstico subrayados en el capítulo anterior, así como de otros problemas visualizados en el sistema de salud uruguayo, es que se fue construyendo a nivel de la sociedad la conciencia sobre la necesidad de cambios profundos en el sistema. Dicha construcción fue gestándose sobre la base de un diagnóstico esencialmente compartido, más no implicó la existencia de una visión única acerca de cuáles eran los mecanismos adecuados para superar los problemas centrales del sistema sanitario. En resumen, puede decirse que existía amplio reconocimiento de los problemas y de la necesidad de superarlos, pero no había sido posible estructurar un paquete articulado de medidas para lograr dicho objetivo.

En los términos más generales posibles, la Reforma se propuso avanzar en tres dimensiones articuladas del sistema: la promoción de un nuevo modelo de atención de la salud, de un nuevo modelo de gestión y de un nuevo modelo de financiamiento.

Este capítulo tiene como objetivo central la descripción de este nuevo modelo de financiamiento en sus aspectos fundamentales y mostrar las grandes tendencias de cambio generadas a partir del análisis descriptivo de la información económica sobre el sistema de salud.

### **4.1 Descripción del modelo de financiamiento adoptado por la Reforma**

Como ha sido dicho antes en el documento y largamente explicado en diversos documentos elaborados durante el proceso de la Reforma, la creación del SNIS persiguió objetivos relacionados con distintas dimensiones de la atención a la salud que están fuertemente articulados entre sí y que no son fácilmente separables. Es decir, una misma política puede buscar, al mismo tiempo, objetivos vinculados a lo asistencial, así como a lo regulatorio o financiero. Para ser fieles a los fines de este trabajo, nos aproximaremos a los cambios realizados desde esta última perspectiva.

En relación a esto último entonces, identificamos tres grandes ejes de cambio en el esquema de financiamiento del sistema de salud uruguayo a partir de la Reforma, los que pasamos a desarrollar a continuación.

#### **4.1.1. Expansión de la cobertura poblacional a través de la Seguridad Social**

Uno de las líneas de acción que definen al nuevo régimen es la incorporación sucesiva y gradual de nuevos colectivos a la cobertura brindada por la Seguridad Social. Desde la perspectiva programática, la fuerza política en el gobierno ha colocado la imagen objetivo del proceso de reforma en la universalización de dicha cobertura.

A tales efectos, la Reforma creó un Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado a partir de un Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se alimenta de los aportes realizados por los trabajadores formales, sus patrones, los jubilados y pensionistas y Rentas Generales. Para la administración del FONASA y el desarrollo de otras tareas regulatorias, la normativa creó un órgano multipartito, la Junta Nacional de Salud (JUNASA), que se integra por delegados del Poder Ejecutivo, del BPS, de los prestadores del sistema, de las organizaciones de trabajadores médicos y no médicos y de los usuarios.

Desde una perspectiva práctica, el FONASA vino a sustituir a la vieja DISSE. De hecho, si bien la JUNASA administra el SNS, la función de recaudación de aportes y de pago por el

aseguramiento comprado a los prestadores integrales del sistema, continúa recayendo en el BPS.

Con la puesta en marcha de la Reforma, a aquellos que ya se encontraban cubiertos por DISSE se agregaron, rápidamente, los trabajadores públicos que no se encontraban amparados por éste tipo de régimen y los menores a cargo de los trabajadores beneficiarios del sistema. Asimismo, se estableció que aquellos trabajadores beneficiarios, al jubilarse, continuaban amparados por el SNS. Finalmente, se estableció un cronograma de incorporaciones sucesivas que incluyeron a los trabajadores de la banca pública y privada, a los cónyuges de trabajadores beneficiarios del seguro, a los profesionales en ejercicio libre de la profesión y a quienes tuvieran cobertura a partir de una Caja de Auxilio o Seguro Convencional. Adicionalmente, a partir de julio de 2011, se comenzaron a incorporar al FONASA el conjunto de los jubilados y pensionistas.

Desde la perspectiva de los fondos recaudados, la creación del FONASA se acompañó con un incremento en las tasas de aportes personales que, como se ha dicho, antes eran uniformes al nivel de 3% de los salarios o jubilaciones nominales, según correspondiera. El nuevo régimen estableció una tasa del 3% para aquellos cuyos ingresos nominales mensuales fueran inferiores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC)<sup>14</sup> independientemente de que dicho aporte atribuyera la cobertura a otros beneficiarios. Para los aportantes con ingresos superiores al umbral de las 2,5 BPC se estableció un aporte del 4,5%, en caso de no atribuir cobertura a otro beneficiario, de 6% en caso de atribuir cobertura a menores de 18 años a cargo, o a mayores de 18 con discapacidad y de 2% adicional en caso de atribuir cobertura a su cónyuge. Vale decir que los aportes patronales se mantuvieron en el 5% de los salarios nominales.

Con este panorama, podemos decir que la profundización de la cobertura a través de la seguridad social a partir de la Reforma permitió consolidar algunos principios básicos de la protección financiera para la cobertura universal:

- La separación temporal del momento en que se realizan las erogaciones y el momento en que se utilizan los servicios, un rasgo distintivo de los mecanismos de aseguramiento de este tipo.
- El establecimiento de los aportes al financiamiento en función de la capacidad contributiva y no de las necesidades de uso de los servicios de salud.
- El incremento de los recursos recaudados para el sistema. Por una parte, en vista de la expansión de la cobertura a nuevos colectivos, el alcance de las contribuciones se extendió a nuevos tipos de ingresos, tales como pasividades, utilidades de empresas unipersonales y sociedades de hecho, honorarios de profesionales, etc. Por otra parte, el aumento de las tasas de aportación también contribuyó al crecimiento de los recursos recaudados.
- Finalmente, la incorporación de colectivos que antiguamente estaban cubiertos por otros mecanismos de seguridad social, como en el caso de los Seguros Convencionales y Cajas de Auxilio, generó una corriente de centralización que permitió avanzar en la mancomunación de fondos, con los efectos positivos ya señalados que se le reconocen a este proceso.

---

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

#### **4.1.2 Cambio en el mecanismo de pago. Las cápitas ajustadas por riesgo.**

Como fue dicho anteriormente, previo a la Reforma, la seguridad social pagaba a la IAMC a la que estaba adscrito el beneficiario una cuota mutual. Dicha cuota mutual era, por un lado, uniforme dentro de una IAMC independientemente de las características del beneficiario y, por otra parte, diferente entre instituciones.

Una de las innovaciones fundamentales que la Reforma estableció respecto a la situación previa fue instrumentar un mecanismo de pago, a través del cual el SNS compra el aseguramiento a los prestadores integrales, basado en la fijación de una “cuota salud” cuyo componente principal, denominado “componente cápita”, se ajusta en función del riesgo asociado a cada beneficiario. Dicho riesgo está determinado a partir de la edad y el sexo del asegurado, lo que da como consecuencia la existencia de una serie de cápitas diferentes para distintos tramos de edad y sexo, con las que se pretende reflejar el gasto esperado promedio por persona en cada uno de ellos.

Con este mecanismo, uno de los objetivos buscados era dotar de mayor racionalidad al financiamiento de los prestadores, al vincular el pago al gasto esperado de cada usuario superando una carencia notoria del sistema anterior, así como evitar la selección de riesgos por parte de los prestadores.

Por otra parte, la modalidad de pago ajustado por riesgo complementa la naturaleza solidaria del aseguramiento que ya estaba presente en el hecho de que el monto de los aportes estaba vinculado a la capacidad contributiva de los beneficiarios. En efecto, con este esquema, los adultos jóvenes, que generalmente son los que tienen mayor capacidad contributiva y menor gasto esperado, financian a los mayores que, usualmente, se asocian a etapas del ciclo vital en las que se perciben menores ingresos y se requieren mayores servicios de atención de salud.

Por último, se asumía que al generar un único pago por tramo de riesgo, se incentiva a las instituciones a profundizar en la búsqueda de contener costos. Si, a su vez, dicha contención se asocia con un mayor grado de prácticas preventivas, se entendía que esta modalidad de pago estaba alineada con los objetivos en materia de un nuevo modelo de atención.

Concretamente, la construcción de las cápitas recorrió el siguiente proceso:

- Se recabó información histórica de las IAMC respecto a costos y a utilización en dos productos asistenciales: días cama ocupados en internación y atención ambulatoria. Asimismo, se contaba con los datos de población afiliada, tanto a nivel individual y colectivo como de afiliados provenientes de la seguridad social.
- Se ajustó la utilización de los afiliados por DISSE a partir de la estimación de un coeficiente de sub utilización. Esto debido a que existía evidencia de que los usuarios provenientes de la seguridad social hacían un uso inferior de los servicios, posiblemente por el resultado combinado de no poder enfrentar los costos de tickets y órdenes y de la obligación de mantenerse en el sistema IAMC.
- Se seleccionó un grupo de instituciones en función de la consistencia de la información y de sus niveles de eficiencia relativa.
- Se construyó un esquema de cápitas para ocho tramos de edad, tanto para mujeres como para varones (menores de 1 año, entre 1 y 4 años, entre 5 y 19, entre 20 y 44 años, entre 45 y 64 años, entre 65 y 74 años y mayores de 74). Se definió como cápita

base la correspondiente a hombres entre 20 y 44 años y se estableció el valor de la cápita base en 419 pesos<sup>15</sup>.

- Para el cálculo de las cápitas para cada tramo se siguió el siguiente procedimiento. En cada una de las instituciones seleccionadas se calculó, en primer término, un costo único para cada uno de los dos productos asistenciales, a partir del cociente entre el gasto total imputado a dicho producto y el total de la utilización registrada en el mismo. Luego, se distribuyó el costo de cada producto en los diferentes tramos de edad y sexo, multiplicando este costo unitario por la utilización correspondiente a cada tramo de riesgo. Posteriormente, el gasto total por tramo se dividió entre la población de cada uno de ellos, estableciendo así la cápita correspondiente a cada tramo de riesgo en cada una de las instituciones seleccionadas. Finalmente, las cápitas del sistema se determinaron como un promedio de las estimadas para las instituciones seleccionadas. El cálculo de las cápitas se sintetiza en la siguiente fórmula:

$$\sum_P \frac{G_P \left( \frac{Q_{Pij}}{\sum_{ij} Q_{Pij}} \right)}{B_{ij}} = Cápita_{ij}$$

Donde:

$G_P$  = Gasto por institución para la producción del servicio asistencial P.

$Q_{Pij}$  = Cantidad demandada del producto asistencial P por los usuarios del tramo de edad i y el sexo j.

$B_{ij}$  = Número de usuarios registrados en la institución, del tramo de edad i y el sexo j.

$Cápita_{ij}$  = Gasto esperado de los usuarios registrados en cada institución del tramo de edad i y el sexo j.

La estructura de cápitas relativas quedó establecida de tal como se refleja en el gráfico siguiente:

**Tabla 5:** Estructura de cápitas relativas a partir de enero de 2008

	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
Hombres	6.52	1.90	1.11	1.08	1.00	2.07	3.99	5.26
Mujeres	5.57	1.79	1.00	1.43	2.12	2.53	3.47	4.34

Fuente: Decreto N° 2/008 reglamentario de la Ley 18.211.

Esta estructura se mantuvo incambiada hasta setiembre de 2011, con motivo de la incorporación a las prestaciones integrales de la salud mental. Hasta ese momento, este mecanismo de pago solamente sufrió ajustes periódicos de nivel, modificándose concretamente el valor de la cápita base en función de la paramétrica de costos del sistema IAMC. La falta de un criterio único para la incorporación de nuevas prestaciones al valor de la cápita, así como de un criterio preestablecido para su ajuste estructural periódico son dos factores a los que haremos especial mención más adelante. A diciembre de 2012 la cápita base se ubica en 636,17<sup>16</sup> pesos y la estructura de cápitas relativas es la que se presenta en la **Tabla 6** y se ilustra en el **Gráfico 1**.

<sup>15</sup> Algo menos de 20 dólares americanos en enero de 2008, fecha de entrada en vigencia

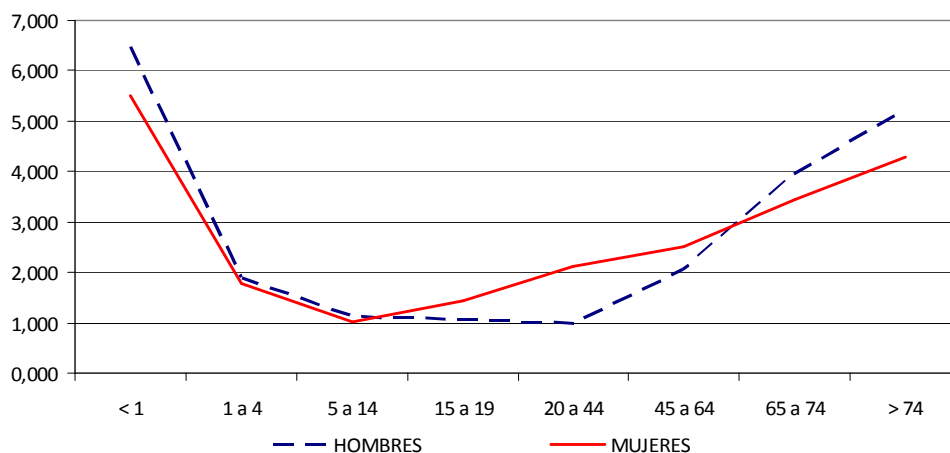
<sup>16</sup> Aproximadamente 33 dólares americanos.

**Tabla 6.** Estructura de cápitas relativas desde setiembre de 2011

	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
Hombres	6.456	1.890	1.120	1.086	1.000	2.058	3.955	5.208
Mujeres	5.515	1.781	1.011	1.433	2.113	2.516	3.440	4.297

Fuente: Decreto 430/011

**Gráfico 1.** Cápitas relativas vigentes



Fuente: Elaboración propia a partir de Decreto 430/011

Por último, la “cuota salud” que el FONASA paga a los prestadores por cada beneficiario, se complementa con un “componente metas” destinado, al menos desde una perspectiva conceptual, a premiar el cumplimiento de ciertos objetivos prestacionales establecidos por el regulador. El pago de dicho componente está asociado al grado de cumplimiento de las metas preestablecidas. En el origen del sistema se establecieron dos metas: una referida a objetivos asistenciales en materia de atención materno-infantil y otra a la capacitación de los recursos humanos. En la actualidad se mantiene la meta referida a atención materno - infantil y existen otras dos referidas a la elección de un médico de referencia por parte de cada beneficiario y a la cobertura de afiliados mayores de 65 años, respectivamente. Recientemente la JUNASA creó una cuarta meta (Meta 4) vinculada a la aplicación gradual de un nuevo régimen de trabajo médico que no ha sido implementada aun<sup>17</sup>.

#### 4.1.3 El fortalecimiento del Sector Público

El tercer eje fundamental del cambio en el modelo de financiamiento fue el fortalecimiento presupuestal del subsector público, esencialmente de ASSE, con el fin de modificar en forma sustancial la desigual e inequitativa distribución de los recursos previa a la Reforma.

Adicionalmente, se realizó un cambio institucional significativo al asignarle a ASSE, en julio 2007, el estatus de organismo descentralizado. En un sentido práctico, implicó quitar a ASSE de

<sup>17</sup> Es discutible que la Meta 4 opere estrictamente como tal si se tiene en cuenta, como se reconoce en el Acta de Preacuerdo entre médicos, instituciones y Gobierno, que su objetivo será “el financiamiento del costo incremental de los cargos de alta dedicación médica”.

la órbita del MSP, evitando así la superposición de los roles de prestador y regulador en éste último y darle a ASSE el rol de prestador integral público. Entre otros efectos, esto implicó que ASSE se transformó en un prestador elegible por parte de quienes accedieran a la cobertura a través del SNS.

El fortalecimiento presupuestal de ASSE implicó que, en menos de cinco años, se duplicara en términos reales la disponibilidad de recursos en el prestador público. Al mismo tiempo, la ampliación de la cobertura FONASA supuso un trasvase de usuarios desde el subsector público al privado, lo que, unido a lo anterior, contribuyó a reducir significativamente la brecha existente en el gasto por usuario entre el subsistema privado y el público.

#### **4.2 Elementos de economía política que incidieron en las opciones tomadas**

En esta sección intentaremos dar cuenta de algunos elementos de economía política que permiten explicar la adopción de un esquema como el descrito en la sección anterior sin pretender dar un análisis exhaustivo desde esta perspectiva, objetivo que excede largamente los fines de este trabajo.

Como ya hemos señalado, los componentes del diagnóstico en relación al sistema de salud eran grandemente compartidos por diferentes actores políticos y sociales desde hacía muchos años. Sin embargo, como señala Fuentes (2010), a diferencia de otros intentos de reforma, la promovida durante el primer gobierno del Frente Amplio no solamente contaba con las mayorías parlamentarias que permitían su aprobación, sino que también logró el respaldo de importantes actores con poder de veto, lo que dio sustentabilidad política y legitimidad social a la Reforma.

Uno de los aspectos que garantizó dicha sustentabilidad fue que, si bien la Reforma implicó importantes cambios institucionales, en especial tendientes a fortalecer el rol regulador del MSP y a separar sus funciones regulatorias de las asociadas a la prestación de servicios de salud, el mapa institucional previo no fue modificado sustancialmente. En específico, más allá de que se le diera a ASSE la potestad de ser un prestador elegible en el marco del FONASA, la construcción del SNS descansa casi exclusivamente sobre el sistema IAMC preexistente.

Esto último tiene un fuerte componente de economía política, al menos en dos aspectos sustantivos. En primer lugar, reconoce la importancia de las IAMC en la sociedad uruguaya en virtud de tratarse, muchas de ellas, de instituciones de larga data (algunas de ellas más que centenarias), con fuertes vínculos de adhesión por parte de buena parte de la sociedad. En segundo término, y como se verá claramente a partir de los datos, la ampliación de la cobertura y el cambio en la modalidad de pago supuso un incremento muy importante de los recursos volcados a través de la Seguridad Social, recursos mayormente captados por el sistema IAMC. Como subraya Fuentes (2010) este elemento es clave para alinear los intereses de este importante actor del sistema a los de la Reforma. Si a esto se agrega el hecho de que varias de estas instituciones son propiedad de organizaciones de médicos, un esquema como el descrito también colaboró en alinear los intereses de estos a los del nuevo régimen.

Por último, otro elemento de economía política que parece haber incidido fuertemente en las decisiones adoptadas tiene que ver con los mecanismos a través de los cuales se obtienen los recursos para el financiamiento del FONASA. Téngase en cuenta que, la propuesta original contenida en el programa de gobierno del Frente Amplio, implicaba el financiamiento del FONASA a través de una alícuota del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, que se pretendía poner en funcionamiento a partir de una Reforma Tributaria que también era parte de las propuestas programáticas. Desde una perspectiva teórica, un esquema de este tipo tenía

la ventaja de transmitir al régimen de aportación la propia progresividad inherente al sistema de tributación a la renta propuesto.

No obstante, se optó por mantener los aportes al FONASA como contribuciones a la Seguridad Social y, por ende, separados del sistema impositivo a la renta. En esta decisión parecen haber pesado cuestiones de sentido práctico, en el entendido de que el Estado uruguayo ya contaba con una institución como el BPS con gran experiencia en el manejo de un fondo de este tipo. Pero también es posible, como subraya Fuentes (2010) que haya pesado el hecho de que el BPS estuviera muy poco dispuesto a respaldar un proceso de transformación que hubiera supuesto una pérdida extremadamente importante de los recursos que maneja dicho instituto.

Finalmente, a estas razones probablemente debe agregarse el hecho de que la reforma fiscal y la de la salud fueron puestas en marcha muy cercanas en el tiempo una de otra. Es posible que haya pesado un elemento de prudencia, relacionado a que transformaciones del calado de las que se emprendieron en ese momento necesitan ir consolidando su legitimidad en la sociedad a fuerza de mostrar que operan consistentemente. Seguramente este haya sido un elemento que moviera a mantener separados ambos procesos de reforma.

#### 4.3 Estructura del financiamiento de la cobertura en salud consolidada la Reforma

En esta sección intentaremos dar un panorama comparativo entre la situaciones previa y posterior a la puesta en marcha de la Reforma en relación al financiamiento de la salud, en base a la información que proviene tanto de las Cuentas Nacionales en Salud, como de las Rendiciones de Cuentas del FONASA.

Un primer rasgo a señalar es que el gasto en salud medido en relación al PIB registra una caída en 2008, último dato disponible, respecto a 2006, año inmediato anterior a la puesta en marcha de la Reforma.

No obstante, este indicador resulta engañoso. En efecto, el gasto per cápita en salud, medido en términos reales, creció en forma sistemática en ese mismo período. Concretamente, en 2008 resultaba un 16 por ciento superior al registrado en 2006. La explicación se encuentra en el fuerte dinamismo que mostró la economía uruguayo en esos años, razón por la cual, a pesar del aumento del gasto real en salud cae como proporción del PIB.

**Tabla 7:** Gasto en salud como proporción del PIB y gasto *per cápita* anual a pesos constantes de 2008.

Año	Gasto / PIB	Gasto per cápita anual.
2004	8,5 %	12.418
2005	8,2 %	12.469
2006	8,1 %	13.049
2007	7,7 %	13.619
2008	7,5 %	15.144

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2005 – 2008. MSP

Los datos preliminares de las Cuentas Nacionales 2010 indicarían que la relación entre el gasto en salud y el PIB se ubicaría en 8,6 por ciento lo que sugiere que entre ese año y 2008, el gasto en salud ha crecido a mayor ritmo que el producto a pesar de las tasas de crecimiento no menores que ha registrado el PIB.

En relación a las fuentes de financiamiento, la gran tendencia que se instala con la Reforma es el incremento del peso del financiamiento público y la caída del peso del financiamiento privado.

**Tabla 8:** Gasto en salud por fuentes de financiamiento. Pesos constantes 2008

<b>Fuente</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Gasto en Salud financiado con fuentes públicas</b>				
Impuestos generales y departamentales	9.629	10.757	11.743	13.118
Precios	866	840	857	588
Seguridad Social	10.545	11.537	12.258	18.512
<b>Total Público</b>	<b>21.04</b>	<b>23.134</b>	<b>24.858</b>	<b>32.219</b>
<b>Gasto Publico / Total</b>	<b>51,04%</b>	<b>53,49%</b>	<b>54,91%</b>	<b>63,81%</b>
<b>Gasto en Salud financiado con fuentes privadas</b>				
Hogares	20.138	20.036	20.278	17.878
Otros	41	82	133	394
<b>Total Privado</b>	<b>20.180</b>	<b>20.117</b>	<b>20.411</b>	<b>18.273</b>
<b>Gasto Privado / Total</b>	<b>48,96%</b>	<b>46,51%</b>	<b>45,09%</b>	<b>36,19%</b>

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2005 – 2008. MSP

Como habíamos analizado previamente, las fuentes públicas y privadas explicaban por mitades el financiamiento previo a la Reforma, mientras que en 2008 las fuentes públicas pasaron a representar casi el 64 por ciento del total del gasto. Estimaciones preliminares del MSP muestran que en 2010 se ubicaría aproximadamente en el 70%.

Se desprende con claridad también que la fuente que más explica este incremento en el peso de las fuentes públicas es la Seguridad Social, lo que resulta totalmente consistente con la ampliación de la cobertura a través del FONASA. De hecho, entre 2008 y 2006 este rubro crece 60 por ciento en términos reales.

**Tabla 9:** Fuentes de la Seguridad Social. Pesos constantes 2008

<b>Fuente</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Var 06 - 08 (%)</b>
Contribuciones del empleador	5.219	5.876	6.429	7.498	28%
Contribuciones del empleado	1.893	2.149	2.459	6.640	209%
Contribuciones de pasivos	492	500	518	704	41%
Transferencias del Gobierno	2.941	3.012	2.852	3.671	22%
<b>Total</b>	<b>10.545</b>	<b>11.537</b>	<b>12.258</b>	<b>18.512</b>	<b>60%</b>

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2005 – 2008. MSP

Al interior de la Seguridad Social se observa con total claridad que el rubro que más crece es el de los aportes de los empleados, lo cual se asocia al aumento en la cobertura poblacional y a las mayores tasas de aporte que estableció la creación del FONASA.

Por otra parte, si se escruta la evolución de los diferentes destinos del gasto de los hogares, se observa que la reducción se produce especialmente en los recursos destinados al prepago, lo que resulta también plenamente consistente con la extensión de la cobertura a través de la Seguridad Social a colectivos no cubiertos anteriormente.



**Tabla 10:** Destino del gasto de los hogares. Pesos constantes 2008

<b>Destino</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Var 06 - 08 (%)</b>
Prepago	11.101	11.421	11.858	9.395	-18%
Tasas moderadoras y copagos	2.477	2.291	2.294	2.303	1%
Pago directo de los hogares	6.568	6.349	6.173	6.176	-3%
<b>Total</b>	<b>20.145</b>	<b>20.060</b>	<b>20.325</b>	<b>17.874</b>	<b>-11%</b>

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2005 – 2008. MSP

Adicionalmente, también los componentes que constituyen gasto de bolsillo muestran una tendencia decreciente en el período.

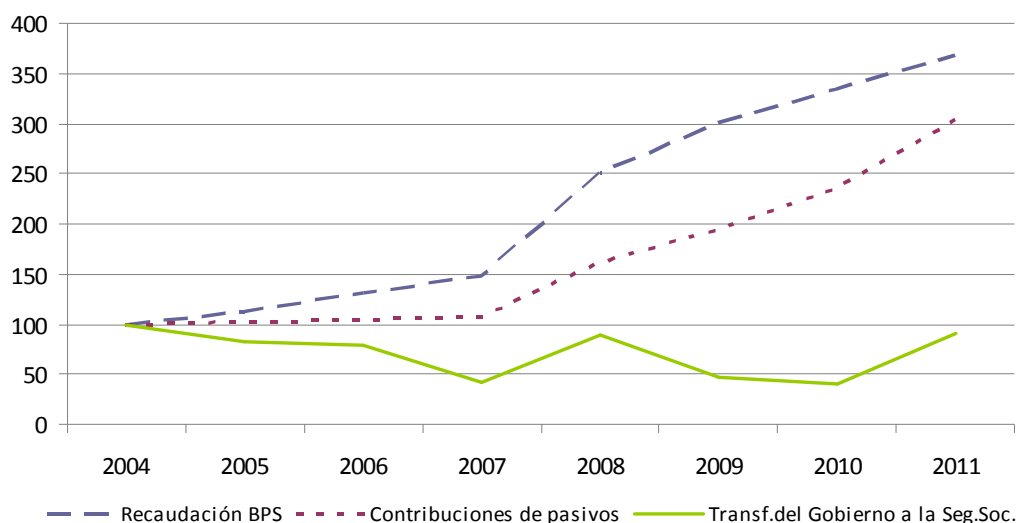
Por otra parte, una mirada a los agentes de financiamiento permite observar la evolución de los recursos que se canalizan a través de cada uno de ellos. Interesa especialmente observar en este caso, el crecimiento de los fondos, en términos reales que intermedian los agentes públicos, que pasan de la mitad al 64% del total. Muy especialmente, permite analizar el crecimiento sustancial de los fondos canalizados a través del BPS – FONASA en relación a la antigua DISSE, y el notorio crecimiento de los recursos disponibles por parte de ASSE, que entre 2006 y 2008 aumentaron 48% en términos reales.

En relación al financiamiento del FONASA, habíamos observado que en 2006, previo a la Reforma, la recaudación del BPS por concepto de aportes patronales, personales y de pasivos no alcanzaba al 90 por ciento de los fondos. Las transferencias por parte de Rentas Generales eran el 11,5 por ciento del total de gastos de DISSE.

El incremento de la recaudación que sobrevino como resultado de la ampliación de la cobertura, el aumento del empleo y los salarios y las mayores tasas de aporte permitió que, aun con más del doble de población asegurada, las contribuciones en general oscilaran, entre 2009 y 2011 alrededor del 95 por ciento de los fondos, representando las transferencias de Rentas Generales aproximadamente el 5 por ciento.

La evolución en el tiempo de cada uno de los componentes del financiamiento FONASA puede verse con mayor claridad en el Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Evolución financiamiento FONASA 2004 – 2011 a pesos constantes – 2004 = 100



Fuente: Rendiciones de Cuentas FONASA – MSP.

Entre 2004 y 2011 los ingresos del BPS por contribuciones crecen más de tres veces en términos reales, en tanto que las transferencias que debían realizarse para cerrar la brecha egresos – ingresos era menor en 2011, con una cobertura tres veces mayor, que lo que resultaba en 2004.

Más en detalle, entre 2008 y 2010 se observa una tendencia a la baja de las transferencias que se quiebra en 2011, cuando estas crecieron a más del doble de lo que representaban en 2010. Si bien no existen cuantificaciones precisas, dos razones serían las que estarían explicando este crecimiento.

Por un lado, a partir de diciembre de 2010 comenzaron a ingresar al FONASA los cónyuges de beneficiarios que tuvieran tres o más menores a cargo. Existe la noción de que este colectivo es fuertemente deficitario, en virtud de estar asociado a trabajadores de ingresos medios y medio bajos cuyo aporte para financiar la incorporación (2 por ciento de sus salarios nominales) no llegaría a financiar el costo de la cápita para el FONASA.

En segundo término, a partir de julio de 2011 ingresaron al FONASA los trabajadores que anteriormente estaban cubiertos por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, así como los escribanos que obtenían su cobertura a través de la Caja Notarial. Como parte de los acuerdos que viabilizaron la incorporación, se acordó un régimen de remisión creciente de los aportes personales. En concreto, se definió que los aportes adicionales de 1,5% por atribuir cobertura a menor a cargo o de 2% por atribuirle al cónyuge se verterían íntegramente al FONASA, al igual que los aportes patronales. No obstante, para el 4,5% que se asocia a la propia cobertura se estableció una cadencia creciente de remisión en la que, en el primer año, no se volcaría nada hacia el FONASA, aumentando año a año hasta que, a partir de 2015, la totalidad de los aportes personales serán recaudados por el FONASA. Esto implicó que, si bien por sus ingresos promedio este colectivo es superavitario, al momento de su ingreso contribuyera a incrementar el déficit del fondo.

Para 2012, si bien el problema antes descrito comenzaría a mitigarse, probablemente el déficit a cubrir a través de Rentas Generales continúe creciendo, fundamentalmente debido a la incorporación de nuevos cónyuges a partir de diciembre de 2011, de jubilados y pensionistas

en julio de 2012 y de los efectos de la medida de devolver aportes FONASA “excedentarios” que se explica con detalle más adelante en este documento.

En resumen, entonces, una revisión a los grandes componentes del financiamiento muestra que se cumplen las tendencias esperables con la puesta en marcha de la Reforma: gana peso el financiamiento público, especialmente el relacionado con la Seguridad Social, en detrimento del privado, fundamentalmente el gasto de los hogares dirigido al solventar las cuotas de prepago. Los recursos destinados al gran prestador público crecen y tienden a cerrar la brecha en el gasto por usuario entre subsistemas. En relación al FONASA, a pesar de más que triplicarse la cobertura, el incremento de la recaudación de aportes ha permitido reducir en términos reales las transferencias de Rentas Generales, si bien en los últimos años se observa una tendencia al crecimiento que deberá ser analizada al evaluar los elementos de sustentabilidad futura del actual régimen.

#### **4.4 Políticas de regulación de tasas moderadoras**

Para comprender los avances que se han logrado en el país en materia de cobertura universal se vuelve necesario entender los cambios que implicó la reforma en cuanto a la cobertura prestacional y al componente del financiamiento de los servicios mediante gasto de bolsillo, y en particular a través de las tasas moderadoras.

Los copagos y tasas moderadoras constituyen el pago por parte del usuario de tickets, órdenes y otros conceptos similares, al momento de acceder a servicios sanitarios tales como consultas médicas, medicamentos, técnicas diagnósticas o tratamientos, en la institución de salud en la que tienen derechos de atención integral. Todos los servicios incluidos en el catálogo de prestaciones obligatorias son provistos, en la gran mayoría de los casos, mediante el pago de una tasa moderadora. A su vez, en el subsector mutual, aquellas prestaciones incluidas en el PIAS operan en el marco de una lógica de regulación de precios, por cual las tasas moderadoras constituyen un componente del gasto de bolsillo sobre el cual el gobierno detenta el poder de incidir.

Si bien muchas veces a estos pagos se los denomina copagos, en el caso del sistema de salud uruguayo los precios a cobrar al usuario no se determinan como una proporción del costo del servicio<sup>18</sup>, por lo cual no los llamaremos copagos sino tasas moderadoras, dado que se pretende que su rol sea el de moderar la demanda de servicios y bienes de salud, con el objetivo de reducir tanto el consumo como los gastos innecesarios.

En los seguros privados, los precios pagados por los servicios son fijados libremente por cada prestador, para quien actuarán como copagos o tasas moderadoras según sus objetivos. En ASSE no se cobran tasas para la gran mayoría de los usuarios, pagan aranceles únicamente quienes no son afiliados de ese prestador y concurren a atenderse allí. En el resto de los prestadores integrales públicos las situaciones son diversas: en el Hospital de Clínicas (hospital universitario) no se cobran tasas; en Sanidad Policial y Militar se cobran precios para acceder a las prestaciones, también regulados pero con un esquema más simple (rige una escala de valores que se aplican a todas las prestaciones y cuyos montos dependen del nivel de ingresos, dado que se asocian a los rangos de jerarquía en la institución).

Las dificultades encontradas en el camino hacia profundizar la cobertura son explicadas en gran medida por la lógica en la que operaban –y en cierta medida aun operan– las instituciones

---

<sup>18</sup> Con excepción del caso de salud mental; ver capítulo 4.5.2.

prestadoras, en la cual el gran caudal de ingresos provenientes de este tipo de financiamiento configuraba un freno importante a cualquier política que pudiera implicar disminuirlos. El siguiente párrafo pretende reseñar brevemente el escenario en los años anteriores a la Reforma.

En la década del 80 se autorizaba únicamente el cobro de tasas moderadoras para un conjunto limitado de prestaciones (medicamentos, consultas médicas de urgencia y no urgencia en consultorios y domicilio) y los valores máximos estaban regulados, con montos fijados como proporciones de la cuota de prepago promedio de las instituciones (en 1986 el ticket de medicamento equivalía a un 12 por ciento de la cuota prepago promedio). Desde 1989 se decretan valores máximos predeterminados, pero en el año 1992 se liberalizan los precios de las tasas moderadoras, lo que provocó un importante y heterogéneo incremento (el valor real del ticket de medicamentos se duplicó entre 1991 y 1994). Además de liberar los precios, tácitamente quedó liberada la cantidad de tasas que cada institución podría cobrar por diferentes conceptos. En el año 1995 vuelven a decretarse incrementos máximos y en 2001 se establece una rebaja de los topes de precios para el acceso a las tres especialidades médicas básicas (medicina general, pediatría y ginecología para control del embarazo) con un valor máximo de \$30<sup>19</sup>.

Si bien eventualmente se retornó a la regulación de los aumentos máximos, los niveles hasta el momento alcanzados se consolidaron como barreras al acceso para gran parte de los afiliados de las IAMC. Esto configuraba un problema especialmente para los afiliados a través de la seguridad social (en ese entonces DISSE), ya que se encontraban en una situación tal que, al no poder cambiar de prestador sanitario, soportaban mayores tasas moderadoras que los afiliados particulares, a los que las IAMC ofrecían menores niveles de precios en su competencia por atraerlos.

La Reforma de la salud se plantea en un escenario en el que las tasas moderadoras eran un fuerte componente del financiamiento de las IAMC. Hacia el año 2004 los tickets y órdenes representaban el 12 por ciento de los ingresos operativos netos; el 13% para el promedio de las IAMC de Montevideo y el 10 por ciento para las instituciones del interior, con situaciones muy dispares entre instituciones, con valores oscilando entre un mínimo de 6% de los ingresos operativos y un máximo de 19 por ciento.

Según datos provenientes de la ENGIH 2005-2006, el gasto en salud representaba aproximadamente el 13 por ciento del gasto total realizado por los hogares y 12 por ciento de los ingresos percibidos. Por su parte, las Cuentas Nacionales muestran que el gasto de bolsillo significaba en 2004 el 22 por ciento del gasto sanitario en el total del país. Dado el carácter regresivo de este pago como mecanismo de financiamiento<sup>20</sup>, el gobierno se planteaba el interés de revertir el rol asignado a las tasas moderadoras como fuente de financiamiento de las IAMC y retomar su función de moderar la demanda.

A inicios del año 2005 la División Economía de la Salud del MSP comenzó a analizar la información disponible sobre tasas moderadoras y constató la existencia de un gran número y heterogeneidad de conceptos y precios (más de 500 conceptos y precios diferentes al interior de algunas IAMC). La primera medida tendiente al ordenamiento de las tasas es la prohibición de crear nuevos conceptos a partir del 1º de julio de 2005<sup>21</sup>, de modo de evitar que bajo nuevas denominaciones se cobraran valores mayores por prestaciones cuyos precios se

---

<sup>19</sup> Correspondiente a USD 2,4.

<sup>20</sup> Se define como regresivo dado que el monto a pagar es fijo independiente del nivel de ingresos del individuo, por lo que los hogares más pobres destinan mayores proporciones de sus ingresos en servicios sanitarios.

<sup>21</sup> Decreto 197/2005.

encontraban regulados en su aumento. Asimismo, ya en ese decreto se inicia el proceso tendiente a mejorar el acceso de la población a los servicios, en este caso mediante una rebaja del 20 por ciento para los tickets de medicamentos.

Debe tenerse en consideración que el costo asociado a cada reducción del valor del ticket de medicamento se trasladó al precio de la cuota de prepago (se aumentó 1 por ciento el precio de la cuota por cada disminución del 10 por ciento en el precio de las tasas), de modo de compensar a las instituciones frente a la disminución de sus ingresos.

En cuanto a la fijación de los valores a cobrar por las tasas moderadoras, cabe recordar que el propio MSP no contaba –y en cierta medida aun no cuenta – con la información necesaria como para llevar adelante estudios de demanda que permitan fijar el valor óptimo de dichos precios, para aquellos casos que se viera justificada su existencia<sup>22</sup>. Por esta razón las políticas impulsadas han ido en la línea de las reducciones y exoneraciones respecto a los valores vigentes y no en términos de fijación de nuevos esquemas de precios.

Las siguientes medidas tomadas por el MSP en relación a las tasas moderadoras fueron: una nueva rebaja de 10 por ciento en los tickets de medicamentos y la exoneración del cobro de tickets por los medicamentos reguladores de la glicemia y por los estudios paraclínicos correspondientes al control del embarazo de bajo riesgo, en enero de 2006; una nueva rebaja del 10% para los tickets de medicamentos y la exoneración del pago de tasas a los estudios de colpocitología oncológica y mamografía en julio de 2006. El **Anexo 1** provee un cuadro de resumen con información más detallada sobre la cronología de las medidas aplicadas.

La ley 18.211<sup>23</sup> de creación del SNIS, establece explícitamente que *“...El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población...”*

En enero de 2008, a partir del ingreso de nuevos colectivos al SNS, se acuerda con los prestadores la provisión de controles gratuitos para los menores de 18 años, la imposibilidad de eliminar cualquier beneficio preexistente a los usuarios de las instituciones, y se amplían los beneficios en lo relativo a tasas para los jubilados de menores ingresos. Asimismo, se decreta la exoneración del pago de ticket de ciertos neurolépticos y se aplica un tope de \$50 a una serie de medicamentos antihipertensivos.<sup>24</sup>

En el marco de este nuevo ingreso de colectivos de afiliados, varias IAMC rebajaron, por voluntad propia, el precio de sus tasas, con el objetivo de aumentar sus padrones de afiliados. En junio de 2008 un decreto del poder ejecutivo congela aquellas rebajas voluntarias en las tasas moderadoras que realicen las instituciones (se permiten disminuciones de precios en cualquier momento, pero los aumentos sólo se autorizan en las oportunidades y por las magnitudes decretadas por el Poder Ejecutivo). En octubre se firman entre la JUNASA y los prestadores integrales los Contratos de Gestión, a través de los cuales se extiende el beneficio

---

<sup>22</sup> Mes a mes las IAMC informan al MSP y al MEF, bajo la forma de una declaración jurada, los valores de tasas moderadoras a cobrar a sus afiliados el mes siguiente, que deben ser menores o iguales que el mes anterior excepto en los meses en los que el Poder Ejecutivo haya decretado aumentos de las tasas moderadoras. 45 días después de terminado el mes, las IAMC envían al MSP los datos de las cantidades de afiliados a los que se les cobra cada precio (existe variedad de precios al interior de cada IAMC) y la utilización de los servicios que realiza cada grupo, discriminándolos entre afiliados FONASA y no FONASA. Esta información, sin embargo, ha carecido históricamente, en el caso de muchas IAMC, de ciertos estándares mínimos de calidad que comprometen la profundidad de sus posibles análisis.

<sup>23</sup> Vigente a partir del 1º de enero de 2008.

<sup>24</sup> Tope de \$50 (timbre de la CJPPU incluido) los tickets para los siguientes antihipertensivos: Valsartán, Amlodipina, Hidroclorotiazida y Enalapril, valor correspondiente a USD 2,3 de la época.

de controles gratuitos para todos los usuarios del SNIS, ya sea que estén o no afiliados a través del FONASA, y nuevamente se amplían los beneficios para los jubilados.

A través de los Contratos de Gestión se determina la obligatoriedad para las instituciones de proporcionar, cada dos años, el carnet de salud, que será gratuito para quienes se les exija por razones laborales y que a su vez hayan realizado consultas con médico general y rutinas de control en el último año. En enero de 2009<sup>25</sup> se estableció un precio máximo de \$ 280<sup>26</sup> en el caso de no cumplir con las condiciones que aseguran la gratuidad.

En cuanto a los avances en materia de accesibilidad a las prestaciones de salud sexual y reproductiva, se destacan las siguientes medidas: en noviembre de 2010 se fija un precio tope de \$53<sup>27</sup> para las órdenes de consulta ginecológica (no sólo las de control de embarazo, que ya tenían ese valor desde 2005)<sup>28</sup>; en diciembre de 2010 se incorpora al PIAS, como prestación obligatoria para los prestadores del seguro, la vasectomía y la ligadura tubaria por vía laparoscópica, y se establece la gratuidad en el acceso a dichas prestaciones<sup>29</sup>; desde enero de 2011<sup>30</sup> los prestadores integrales deberán brindar a quien lo requiera, bajo indicación médica, una serie de métodos anticonceptivos<sup>31</sup> mediante el cobro de tasas moderadoras fijadas a niveles sustancialmente más reducidos que los vigentes en el mercado. Ya en setiembre de 2012 se incorpora el DIU como prestación obligatoria y sin pago de tasa moderadora (aparte del correspondiente a la consulta médica)<sup>32</sup>.

En el mes de julio de 2011 se congelan los valores superiores a \$1000<sup>33</sup> para las tasas moderadoras. Aquellas IAMC con precios mayores a \$1000 no podrán incrementarlos, y cuando las tasas, tras los sucesivos aumentos, alcancen ese valor, tampoco podrán continuar incrementándose<sup>34</sup>.

En octubre de 2011<sup>35</sup> se lleva adelante la introducción del "Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS", con la autorización a las IAMC para cobrar tasas que no podrán superar ciertos montos máximos (\$170<sup>36</sup> para el Modo 2 y \$55<sup>37</sup> para el Modo 3, Comité de Recepción y Entrevista con Coordinador; el Modo 1 será sin costo para el usuario), con un esquema de financiamiento con una lógica propia (ver capítulo 4.4.2).

En setiembre de 2012<sup>38</sup> se implementan aumentos diferenciales tasas moderadoras, esto es, se establece que el monto máximo autorizado para el aumento de tasas es 7,79 por ciento, pero

---

<sup>25</sup> Decreto 57/009 del 26 de enero de 2009.

<sup>26</sup> Correspondiente a USD 11,3.

<sup>27</sup> Correspondiente a USD 2,6.

<sup>28</sup> Decreto 336/010 del 10 de noviembre de 2010,

<sup>29</sup> Decreto 383/010 del 22 de diciembre de 2010.

<sup>30</sup> Decreto 009/011 del 14 de enero de 2011.

<sup>31</sup> Como mínimo deberán brindarse: anticonceptivo oral hormonal combinado monofásico, anticonceptivo oral combinado trifásico, anticonceptivo oral hormonal para uso durante la lactancia, anticonceptivo oral hormonal de emergencia. Deberán brindar, a los usuarios que lo requieran, condones masculinos bajo indicación médica. Cada usuario que lo requiera, tendrá derecho de recibir una cuponera con 13 vales de anticonceptivos orales hormonales, una cuponera con 12 vales por 15 condones masculinos, y otra con 3 órdenes por anticonceptivos orales de emergencia. Se podrá cobrar una tasa moderadora que no mayor de \$22 para los anticonceptivos orales y \$8 para los condones masculinos (valor sin timbres ni IVA).

<sup>32</sup> Decreto 292/012 del 29 de agosto de 2012.

<sup>33</sup> Correspondiente a USD 54.

<sup>34</sup> Decreto 245/011 del 14 de julio de 2011.

<sup>35</sup> Decreto 366/011 del 18 de octubre de 2011.

<sup>36</sup> Correspondiente a USD 8,2.

<sup>37</sup> Correspondiente a USD 2,7.

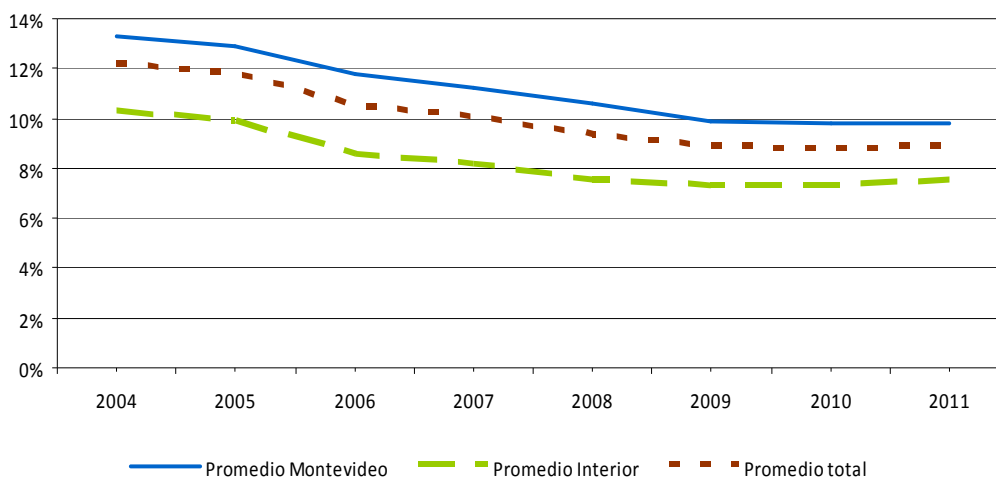
<sup>38</sup> Decreto 292/012 del 29 de agosto de 2012.

será de 5,84 por ciento para aquellas tasas entre \$600 y \$1000<sup>39</sup>, y no podrán aumentarse aquellas mayores de \$1000. A su vez, se fija en \$1.200<sup>40</sup> el valor máximo para todas las tasas moderadoras. También se autoriza a las IAMC a crear nuevas tasas siempre que se verifique su existencia en las demás instituciones del sector y con previa autorización del MSP<sup>41</sup>.

A modo de conclusión se puede decir que en el marco de la Reforma del sistema de salud iniciada en el 2005, se propuso recuperar el rol moderador de la demanda de las tasas moderadoras (abandonar su función financiadora para las IAMC) a la vez de disminuir las barreras económicas al acceso de la población a los servicios sanitarios.

Si bien los diversos ámbitos de negociación del sector en múltiples áreas configuraron una economía política del proceso de reforma que implicó que ciertas rebajas en los esquemas de tasas moderadoras debieran dilatarse en el tiempo, la batería de medidas aplicadas (exoneraciones, reducciones, congelamiento de precios) posibilitó una reducción de la participación de las tasas moderadoras como fuente de financiamiento de las IAMC; hacia 2011 los ingresos por tickets y órdenes representan el 9 por ciento en el promedio de las instituciones del país (10 por ciento en Montevideo y 8 por ciento en el interior), lo cual significó una disminución del orden del 27 por ciento respecto a los valores del año 2004.

**Gráfico 3:** Evolución de los ingresos por tickets y órdenes – porcentaje de los ingresos operativos netos.



Fuente: elaboración propia en base a Estados de Resultados, SINADI.

El gasto de bolsillo como proporción del gasto sanitario nacional, por su parte, presentó una tendencia decreciente; pasa de un 22 por ciento en el 2005 a 17 por ciento en el año 2008.

La discriminación de precios de tasas moderadoras entre afiliados FONASA y el resto de los usuarios, que mostraba antes de la Reforma una clara desventaja contra los primeros, llega a diluirse a lo largo del período. Esto sucede dado que ingresan nuevos colectivos de afiliados a través de la seguridad social, a los que se pretende atraer a través de una competencia, en gran

<sup>39</sup> Correspondiente a USD 27,8 y USD 46,4 respectivamente.

<sup>40</sup> Correspondiente a USD 55,7.

<sup>41</sup> El proceso de solicitud, evaluación y autorización se encuentra actualmente en curso.

medida, de precios. Por su parte, cada mes de febrero se abre un período de movilidad regulada, en la que determinados grupos de afiliados FONASA con cierta antigüedad en el seguro pueden cambiar de prestador integral, con lo cual las rebajas de precios se utilizan como estrategia, cada año, para la atracción de nuevos afiliados FONASA.

Como fuese reseñado en el marco conceptual, para conseguir que el rol de las tasas moderadoras sea justamente el de moderar la demanda -y no el de actuar como barrera al acceso- los montos a cobrar por las prestaciones deben estar fijados mediante un análisis previo de la demanda. No es posible, dadas las limitadas fuentes de información con las que cuenta el MSP, llevar adelante dichos análisis con el objetivo de determinar el valor óptimo de las tasas moderadoras.

Es razonable suponer que la batería de políticas aplicadas en los últimos años impactó positivamente en términos de la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Sin embargo, tampoco es posible realizar una aproximación al gasto privado que permita concluir cuál fue el impacto en la equidad de cada política de reducción o exoneración de tasas moderadoras. Tampoco es posible realizar, actualmente, estudios que permitan aproximarse a las necesidades insatisfechas en término de acceso a los servicios, así como tampoco al modo en el cuál el desembolso asociado a cada tipo de prestación impacta en el gasto de bolsillo. Estas dificultades limitan la planificación por parte de la autoridad sanitaria y acotan sus posibilidades de avanzar en función a un cronograma de políticas de tasas moderadoras que priorice ciertos grupos poblacionales más vulnerables.

Al momento se han logrado ciertos avances en cuanto a la información disponible, pero resta mucho por avanzar en lo que a sistemas de información de tasas moderadoras respecta.

## **4.5 Profundidad de la cobertura**

### **4.5.1 Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)**

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

El punto de inflexión en cuanto a la cobertura prestacional en el Uruguay se puede identificar en el 2008, año en el que se aprobó el Programa Integral de Asistencia a la Salud (PIAS)<sup>42</sup>. Éste consiste en un catálogo de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales y para toda la población del país.

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

---

<sup>42</sup> El PIAS fue aprobado por el Decreto N° 465/008 del Poder Ejecutivo en el mes de octubre de 2008.



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

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

En instancias posteriores, ciertas prestaciones específicas ingresaron al catálogo<sup>43</sup>. Si bien se registraron avances en cuanto a la actualización del PIAS, en la situación actual en la que se encuentra el catálogo, desde el equipo de trabajo del MSP se plantea una serie de actividades pendientes de realizar.

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

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

Asimismo, dado que existen ciertas prestaciones que actualmente se encuentran bajo cobertura del Banco de Previsión Social (BPS), se reconoce la importancia y se ha comenzado a trabajar en el sentido de incorporarlo como prestador de ciertos servicios vinculados a trastornos congénitos.

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

El proceso de construcción del catálogo enfrentó diversas dificultades y presenta una serie de limitaciones que hacen necesario continuar avanzando hacia su consolidación. Por una parte, el ritmo al cual es posible modificar el catálogo –con todos los procesos de estudio, consulta con expertos, discusión, y validación que hacen al proceso– conduce a pensar que su mecanismo

---

<sup>43</sup> Por ejemplo: la embolización de arterias brónquicas en octubre de 2010, la vasectomía y la ligadura tubaria por vía laparoscópica en diciembre de 2010 y las prestaciones de Salud Mental en agosto de 2011 según los decretos N° 307/010, N° 383/2010 y N° 305/011 respectivamente.

de revisión y actualización no acompaña al dinamismo característico de los cambios en las prácticas médicas en la actualidad.

Por otra parte, cabe mencionar la presencia de dificultades adicionales que acotan la profundización de la cobertura universal. En este sentido, se identifican, por un lado, las barreras económicas al acceso, ya que si bien las prestaciones incluidas en el catálogo están cubiertas por el seguro y provistas por los prestadores integrales del sistema, los usuarios, en algunos casos, deben afrontar el pago de tasas moderadoras por dichos servicios. Por otro lado, es necesario recordar que el acceso real a los servicios también se encuentra comprometido por las “colas” o tiempos de espera; e tiempo transcurrido entre la solicitud y el acceso mismo a las prestaciones por parte del usuario, de ser extenso, compromete una accesibilidad de forma oportuna a los servicios, a la vez de configurar un desincentivo hacia las prácticas de prevención sanitaria, con su correlativa ineficiencia en la utilización de los recursos al interior del sistema de salud.

Dadas las limitaciones inherentes a los sistemas de información con los que actualmente cuenta la autoridad sanitaria –y la mayoría de las instituciones–, no es posible obtener actualmente una medición confiable de los tiempos de espera. Sin embargo, se está empezando a implementar un nuevo sistema de agenda de consulta externa<sup>44</sup> que, por un lado, implica el acceso a las citas de consulta médica en un período mayor al que rige actualmente –que depende de los criterios de cada institución y varía para cada especialidad–, y por el otro permitirá una aproximación más certera, y comparable entre instituciones, del tiempo de espera de las consultas médicas.

#### **4.5.2 El financiamiento de nuevas prestaciones.**

En esta sección se describe la incorporación de nuevas prestaciones al PIAS, desde su implementación formal en 2008. El interés no radica en los aspectos asistenciales de estas decisiones, sino en dar cuenta de los mecanismos utilizados para el financiamiento de las mismas.

Las incorporaciones realizadas al PIAS desde 2008 hasta hoy han sido:

- En junio de 2009 se excluyeron una serie de prestaciones que se encontraban en el decreto de 2008 sin normatizar. Como sea ha dicho, las mismas recién serán obligatorias cuando la normatización o protocolización se haga efectiva. No se previó un financiamiento adicional para las mismas.
- En octubre de 2010 se incorporó el procedimiento de embolización de arterias brónquicas referido en el “Protocolo – Guía para el tratamiento de la Fibrosis Quística”. No se consideró financiamiento adicional.
- En diciembre de 2010 se incorporaron los procedimientos de ligadura tubaria y vasectomía. Para su financiamiento se estipuló un incremento del componente cápitas de la cuota salud y de las cuotas individuales y colectivas que cobran las IAMC de 0,04 puntos porcentuales adicionales a los correspondientes por paramétrica.
- En enero de 2011 se incorporó el derecho de cada usuario a recibir trece vales anuales por anticonceptivos orales hormonales, doce vales de quince condones masculinos y

---

<sup>44</sup> Ordenanza Nº 603, del 17 de octubre de 2012.

tres órdenes por anticonceptivos orales de emergencia. Para esta prestación solamente se crearon dos tasas moderadoras de \$22 (veintidós pesos) en el caso de los anticonceptivos orales y de \$8 (ocho pesos) en el caso de los condones masculinos<sup>45</sup>.

- En setiembre de 2011 se incorporaron prestaciones de Salud Mental. Para su financiamiento se estipuló un incremento de las cápitas, se modificó la estructura relativa de las mismas y se autorizó a las instituciones a aumentar las cuotas individuales y colectivas. Asimismo, se autorizó la creación de dos valores de tasas moderadoras que, en los hechos, operan como copagos para el financiamiento de las nuevas prestaciones
- En agosto de 2012 se incorporo la colocación del Dispositivo Intra Uterino, con el único costo para las usuarias del valor de un ticket de consulta ginecológica. A pesar de la distribución concentrada en un par de tramos de edad y sexo de las potenciales usuarias, para el financiamiento se optó por establecer un aumento del componente cápita de la cuota salud de 0,01 puntos porcentuales adicionales al que correspondería por paramétrica, sin modificar la estructura relativa. No se autorizaron aumentos adicionales en la cuota individual de los prestadores.
- En noviembre de 2012 se incorporó la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en determinadas condiciones. Si bien todavía no se ha estipulado la forma en que se financiará la nueva prestación, la JUNASA ha comunicado a las instituciones que no habrá creación de tasas moderadoras asociadas a esta prestación y todo parece indicar que se apelará a algún mecanismo de traslado de costos al componente cápita de la cuota salud.

Conviene detenerse algo más en el caso de la incorporación de prestaciones de Salud Mental, puesto que tiene algunas aristas interesantes desde el punto de vista del financiamiento del nuevo sistema de salud.

Brevemente, la incorporación implicó la inclusión al PIAS de intervenciones psicosociales y del abordaje psicoterapéutico de los usuarios con necesidades en el área de salud mental, a través de tres Modos de atención que incluyen la atención grupal de tipo fundamentalmente preventivo, la psicoterapia individual y la atención a pacientes con patologías psiquiátricas tales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar más allá de la atención en policlínica y el derecho a internación, que ya estaban incluidas en el paquete obligatorio.

Un primer elemento novedoso es que, en el caso de la atención grupal preventiva y la psicoterapia individual y grupal (Modos 1 y 2), la inclusión se realizó exclusivamente dirigida a segmentos de la población que se consideraron prioritarios: niños, adolescentes, trabajadores de la salud y de la educación, embarazadas y puérperas, familiares de usuarios de sustancias y de pacientes con trastornos psiquiátricos, entre otros. Por tal motivo, el gasto esperado en estas prestaciones no se distribuía uniformemente entre los tramos de riesgo: existía un fuerte sesgo hacia niños, adolescentes y adultos de mediana edad.

En virtud de la magnitud de los recursos necesarios para el financiamiento de la prestación, aproximadamente unos 9 millones de dólares anuales, y de lo reseñado en el párrafo anterior se optó, por una parte, por incrementar la cápita base (correspondiente a los hombres de 20 a 44 años) en unos \$7 (siete pesos), es decir, un 1,25 por ciento, al tiempo que se modificó por primera vez la estructura de cápitas relativas. De esta forma se financiarían, aproximadamente, dos terceras partes del gasto esperado.

---

<sup>45</sup> Aproximadamente 1,10 y 0,40 dólares americanos respectivamente.

Al mismo tiempo se autorizó un aumento de la cuota individual que cobran las IAMC de hasta \$5 (cinco pesos uruguayos) y se crearon dos categorías de tasas moderadoras: Una de \$170 (ciento setenta pesos) para las sesiones del Modo 2 y una de \$55 (cincuenta y cinco pesos) para el Modo 3. El Modo 1, preventivo y grupal, no implica el pago de tasas para el acceso. En relación a estas últimas, si bien la normativa regulatoria las define como tasas moderadoras<sup>46</sup> operan estrictamente como copagos. En las estimaciones iniciales, los ingresos por concepto de venta de tickets al nivel de la demanda esperada en el momento de plena aplicación del plan alcanzarían a financiar una cuarta parte de los costos del mismo. Estrictamente, la determinación del valor de la tasa correspondiente al Modo 2 se estableció buscando equilibrar su contribución al financiamiento de las prestaciones con su relación respecto al costo por sesión de psicoterapia que los usuarios enfrentan en el sector privado (superior a los 500 pesos por sesión).

Un segundo elemento novedoso viene dado por el hecho de que, a diferencia de las cápitas originales, que fueron construidas en base a información histórica de costos, en este caso se realizó una adición a las mismas a partir de proyecciones de costos relativas a una prestación que, hasta ese momento, no era brindada por las instituciones. Podría decirse entonces que las cápitas actuales surgen, en gran parte, de una evaluación de costos hacia el pasado y en una proporción menor, de evaluaciones prospectivas de costos de algunas nuevas prestaciones.

Del análisis de los diferentes casos, entonces, surge como conclusión que no ha existido un mecanismo definido para resolver la forma en que los costos de las nuevas prestaciones son incorporados al esquema de financiamiento de la cobertura integral. Por el contrario, se ha optado por soluciones *ad hoc* que van desde la no previsión de financiamiento adicional, hasta el cambio de nivel y estructura de las cápitas, aumento de cuotas y creación de copagos, como ocurrió en el caso de Salud Mental.

El criterio que parece subyacer en estas soluciones estaría vinculado al monto global de las prestaciones. En efecto, en aquellos casos en que los costos no parecen muy significativos, se ha optado por no crear financiamiento adicional, o bien por trasladar dichos costos a las cápitas sin modificar su estructura relativa, despreciando de este modo el hecho de que las prestaciones incorporadas estén concentradas en grupos de edad y sexo específicos. Por el contrario, cuando el monto fue significativo se optó por una solución más sofisticada y cercana a reflejar el impacto real de los nuevos costos sobre el gasto esperado de los diferentes grupos de riesgo.

#### **4.6 Cambios recientes en el financiamiento. La devolución de aportes FONASA**

El mecanismo de financiamiento del FONASA establecido a partir de la puesta en marcha de la Reforma sufrió una modificación significativa con la aprobación de la Ley 18.731 de diciembre de 2010. Esta norma, que fue la que consagró la incorporación a la cobertura del SNS de jubilados y pensionistas, de los profesionales que ejercen fuera de la relación de dependencia y de aquellos que hasta el momento se encontraban cubiertos por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, incorporó un capítulo modificativo del régimen de aportes personales al financiamiento del seguro.

---

<sup>46</sup> Decreto 366/011 del 18 de octubre de 2011.

## El nuevo régimen

El principio rector del nuevo régimen es que los aportes al FONASA están sujetos a un tope, es decir, que no deben sobrepasar un umbral máximo. En concreto, en el nuevo régimen, los aportes que los trabajadores dependientes realicen en base a sus ingresos salariales, los que los jubilados y pensionistas efectúen en base a sus ingresos por prestaciones de la seguridad social y los que los profesionales en ejercicio libre y otras empresas unipersonales realicen sobre su facturación de servicios, pasan a ser considerados como adelantos o retenciones a cuenta de una reliquidación, una vez finalizado el año calendario, en la que los aportes considerados “excesivos” les son devueltos al contribuyente.

Si bien más adelante explicitaremos los mecanismos concretos a través de los cuales se definen los topes máximos de aportes, interesa en primer lugar detenerse en la perspectiva más conceptual o teórica. De acuerdo con la visión del Poder Ejecutivo, el fundamento del cambio de régimen era *“...evitar que haya componentes impositivos en los aportes personales de los trabajadores y transferencias interpersonales e intergeneracionales en el sistema. La filosofía de esto es separar el sistema tributario del seguro de salud que financia el Fondo Nacional de Salud”*<sup>47</sup>. Esta frase sintetiza los dos elementos conceptuales más potentes que están implícitos en el nuevo esquema de aportes.

En primer lugar, cuando se refiere a la ausencia de “componentes impositivos” en los aportes, se está estableciendo que ningún contribuyente al FONASA debería aportar más allá del valor económico imputable al beneficio que obtiene del sistema, incluyéndose en ese monto el correspondiente a los beneficiarios a los que dicho aportante atribuye la cobertura (menores de 18 años a su cargo, hijos discapacitados a su cargo, cónyuges, etc.).

Esto supuso un cambio de concepción del papel de los aportes personales al FONASA respecto a la situación de origen. En efecto, en el esquema original, aquellos trabajadores de ingresos medio altos y altos, al realizar aportes que excedían el valor de su gasto esperado en salud y el de los beneficiarios a quienes atribuían la cobertura (representado por las cápitas correspondientes a los grupos de edad y sexo a los que dichos beneficiarios pertenecían), contribuían al financiamiento de la cobertura de aquellos trabajadores cuyos aportes eran deficitarios. Por lo tanto, entonces, en el esquema original existían transferencias entre beneficiarios que, al menos teóricamente, se eliminarían en este nuevo sistema<sup>48</sup>.

En segundo término, el régimen anterior implicaba cierto componente de transferencias intergeneracionales, si se tiene en cuenta que el valor de las cápitas guarda relación con la etapa del ciclo de vida en la que se encuentra el beneficiario. En términos esquemáticos podría decirse que la probabilidad de ser un contribuyente excedentario desde la perspectiva del FONASA era mayor para los beneficiarios más jóvenes (y por lo tanto pertenecientes a grupos de riesgo con menor gasto esperado) y, por el contrario, la probabilidad de ser deficitario era superior entre los de edad más avanzada.

Si bien este componente no desaparece del sistema en general, puesto que sigue implícito en el propio esquema de cápitas, si pierde pie desde la perspectiva de los aportes al definirse el

---

<sup>47</sup> Ministro de Economía y Finanzas, Dr. Fernando Lorenzo, durante su comparecencia, conjuntamente con el entonces Ministro de Salud Pública, Ec. Daniel Olesker y el Subsecretario de Trabajo y Seguridad Social, Dr. Nelson Loustaunau, en la Comisión de Hacienda de la Cámara de Senadores, en el marco del trámite parlamentario de la posteriormente aprobada Ley 18.731. La sesión se realizó el 21 de diciembre de 2010.

<sup>48</sup> Como se verá, el procedimiento establecido para la determinación de los topes, finalmente, mantuvo cierto componente de transferencia interpersonal.

valor del beneficio recibido del sistema de salud, y por tanto los topes de aportes, en base al cálculo de un costo de utilización promedio esperado relativo **al ciclo de vida de los beneficiarios**.

Concretamente, la normativa estableció como indicador del beneficio reportado a cada usuario del seguro, un único valor que fuese representativo del costo mensual esperado de la utilización de los servicios, determinado en el promedio de la vida de un beneficiario. Para su cálculo, por lo tanto, se tomó en cuenta los costos esperados de cada grupo de edad y sexo, la estructura de edad y sexo de la población asegurada y la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres. A ese valor se le agrega un componente de costos administrativos del sistema y la cuota correspondiente al Fondo Nacional de Recursos, dando lugar así al denominado “Costo Promedio Equivalente”.

El tope de aportación, para un contribuyente dado, se calcula multiplicando el Costo Promedio Equivalente por la cantidad de personas que reciben el beneficio a partir de dichos aportes (el beneficiario y aquellos a los que éste atribuye la cobertura) e incrementando el monto resultante en un 25 por ciento. Este incremento incorporado al costo promedio, es el que permite afirmar que no fue eliminado completamente el componente de transferencias interpersonales del esquema de aportación al FONASA.

En relación al incremento del 25 por ciento sobre el costo promedio debe decirse que el Gobierno lo justificó en factores de carácter actuarial. Concretamente se sostuvo que existía la necesidad de ajustar los valores debido a que, al momento de entrar en vigencia el sistema, los diferentes beneficiarios se encontraban en etapas distintas de su ciclo vital. Si bien el argumento es atendible, es más probable que la medida se deba a una compensación, en el contexto de un proceso de negociación a la interna del Poder Ejecutivo, a la posición de aquellos que defendían el mantenimiento de un mayor componente solidario en los aportes al FONASA.

Más allá de la justificación de tipo conceptual esgrimida para sostener este cambio en el esquema de financiación del FONASA, puede resultar interesante explorar algunos posibles argumentos desde la economía política que configuren la motivación real detrás de la propuesta. Máxime si se tiene en cuenta que, si bien el gobierno sostiene que la medida implica un mayor recurso a fondos de rentas generales y que, por ende, la justicia distributiva del financiamiento que cierra el equilibrio entre ingresos y egresos del sistema remite a la propia progresividad del sistema tributario en general, en los hechos el cambio en el régimen de aportes opera de forma asimilable a una renuncia fiscal, fundamentalmente en beneficio de hogares de ingresos altos.

Concretamente, a mediados de 2012, el Banco de Previsión Social devolvió por concepto de aportes “excedentarios” correspondientes al año 2011 un monto cercano a los 50 millones de dólares, de acuerdo a declaraciones públicas de sus autoridades. Para aspirar a la devolución, un contribuyente sin hijos debía ganar al menos el equivalente a \$36.000 (treinta y seis mil pesos) mensuales y, en caso de un hijo cuya cobertura fuera atribuida junto con el cónyuge más de \$ 40.400 (cuarenta mil cuatrocientos pesos)<sup>49</sup>. Estos umbrales van creciendo con la cantidad de beneficiarios a cargo.

Un primer elemento a considerar radica en el hecho de que la propuesta de cambio de régimen no provino de lo que podría denominarse el “núcleo duro”, dentro del gobierno, de la Reforma de la salud, esto es, del Ministerio de Salud Pública. Tampoco desde el Banco de Previsión

---

<sup>49</sup> Aproximadamente 1.840 y 2.070 dólares americanos respectivamente

Social. La propuesta provino del Ministerio de Economía y Finanzas. Esto abona a la hipótesis de que la verdadera motivación de la medida radicó en la preocupación de las autoridades económicas respecto a los efectos que el ingreso al FONASA de ciertos colectivos de ingresos altos, tales como profesionales y beneficiarios de algunas Cajas de Auxilio, pudieran tener sobre la carga tributaria que soportan dichos colectivos.

Concretamente, es posible que existiera en ciertos estamentos del gobierno la percepción de que, con la implementación de la Reforma Tributaria, específicamente con la creación del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, la carga fiscal sobre los sectores de ingresos medio altos y altos ya fuera suficientemente alta y que, el agregado de las contribuciones al FONASA generaran una situación de tensión políticamente inconveniente para la fuerza política en el gobierno.

Lo anterior se refuerza en el hecho de que, si bien la incorporación de estos colectivos ya estaba estipulada en la Ley 18.211 de 2008, a medida que se acercaba la fecha de concreción de la misma fueron creciendo las voces de resistencia que tuvieron diverso grado de repercusión en las diferentes bancadas parlamentarias de todos los partidos políticos, incluida la fuerza política gobernante.

En conclusión, es razonable pensar que quienes impulsaron esta medida la hayan concebido como un elemento de viabilidad política para concretar la incorporación de estos colectivos. Debe aclararse que lo desarrollado anteriormente queda en el terreno de la interpretación especulativa del proceso de aprobación de la Ley 18.731. Asimismo, debe decirse también que en caso de ser cierta esta visión, no será posible juzgar su necesidad dado que no podremos disponer de un contra factual que demuestre que la conclusión exitosa del proceso era políticamente viable aun sin incurrir en la renuncia fiscal finalmente estipulada.