

El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro

Luis Enrique Gallo¹

Resumen

Este artículo hace una descripción de la reforma de salud implementada en el Uruguay a partir del año 2005, desde sus bases jurídicas, los beneficiarios, el cambio de modelo de gestión y de atención, el papel de la Junta Nacional de Salud, así como los procesos adelantados en la participación social. Se concluye que la reforma de la salud en el Uruguay ha sido y viene siendo un proceso en constante perfeccionamiento y como todo proceso siempre estará en revisión y adecuación a los cambios que se presenten.

Palabras clave

Reforma de salud, Uruguay.

Introducción

En el año 2005 con la asunción de un nuevo gobierno, se pone en marcha en el Uruguay un proceso de reformas estructurales encaminadas a modernizar el Estado, el sistema tributario, la educación, el sistema laboral, la creación de redes integrales de protección social y la reforma del sistema de salud.

Cada uno de estos aspectos a reformar, persigue un objetivo común último, alcanzar un estado de bienestar con mayor justicia social y equidad para sus habitantes.

Con la mirada en estos objetivos, la reforma de la salud se apoya en el cambio de tres aspectos fundamentales: el cambio del modelo de financiamiento, el cambio del modelo de gestión y el cambio en el modelo de atención.

Hasta entonces, nuestro sistema de salud se conformaba de subsistemas fragmentados, inequitativos y sin vínculo de complementariedad, que otorgaban cobertura como prestación de seguridad social únicamente al trabajador privado el cual recibía la cobertura a través de prestadores privados de salud. Contábamos con un modelo de atención básicamente curativo, asistencialista y hospitalocéntrico, en el que no estaban claramente determinadas las prestaciones, ni los programas de salud obligatorios.

Con la reforma pensada se crea un sistema nacional integrado de salud, único, conformado por la articulación entre los prestadores privados y el prestador público. Con un seguro nacional de salud que financia la cobertura tanto del trabajador como de su familia, que no desampara al trabajador al fin de su etapa activa, sino que mantiene la cobertu-

ra hasta el fin de sus días. Asimismo, regula la cantidad y calidad de las prestaciones a través de la definición taxativa de un plan integral de atención de la salud (PIAS)^{II} y, por etapas, se encamina a dar cumplimiento al objetivo de la universalidad de acceso para todos los habitantes del país a una salud basada en la integralidad y equidad^{III}.

Uno de los pilares en lo que se asentó y asienta la Reforma y el Sistema de Salud uruguayo, es la concepción de la salud como un derecho humano fundamental y, por lo tanto, es responsabilidad del Estado.

Hoy día podemos decir que estamos en una etapa de consolidación de estos procesos y es un orgullo para nuestro país, reafirmar que seguimos en el camino hacia la meta.

1. Bases Jurídicas de la Reforma de la Salud en el Uruguay

Cada aspecto a reformar: el financiamiento, la gestión y el cambio

^{II} Decreto 465 de 2008 del 10 de marzo de 2008 catálogo de prestaciones y programas de implementación obligatoria. Modificado por la incorporación de nuevas prestaciones ley 18.426 Salud sexual y reproductiva, por los Decretos 383/2010 vasectomía y ligadura tubaria .9/011 Dii y métodos anticonceptivos, a modo de ejemplo.

^{III} Ley 18.211 del 5 de diciembre de 2007 principios del Sistema Nacional Integrado de Salud, art. 3.

^I Presidente de la Junta Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

de modelo de atención, requirieron reflejarse en normativas que le dieran respaldo y sustento. Del mismo modo, de una guía conceptual que les permitiera seguir un modelo basado en objetivos y principios claros y definidos.

La Ley 18.211 del 5 de diciembre de 2007 y su decreto reglamentario: Decreto 2/2008 del 1 de enero de 2008, son la esencia creadora del nuevo Sistema de Salud y la base para todas las reformas planteadas.

La Ley 18.211 del 5 de diciembre de 2007 creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con los siguientes objetivos:

- Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, estimulando la participación ciudadana a efectos de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Implementar un modelo de atención integral basado en objetivos sanitarios que priorice al usuario y la calidad de la atención, con una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales con actividades de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, y rehabilitación de la salud, incluyendo los cuidados paliativos.
- Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

- Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

2. Cambio de modelo de financiamiento

El Seguro Nacional de Salud (SNS)

La Ley 18.211 creó el Seguro Nacional de Salud (SNS) como instrumento de financiamiento del SNIS, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA Ley 18.131 de 18 de mayo de 2007), y con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Seguro. Este se gestiona a través de la modalidad de seguro

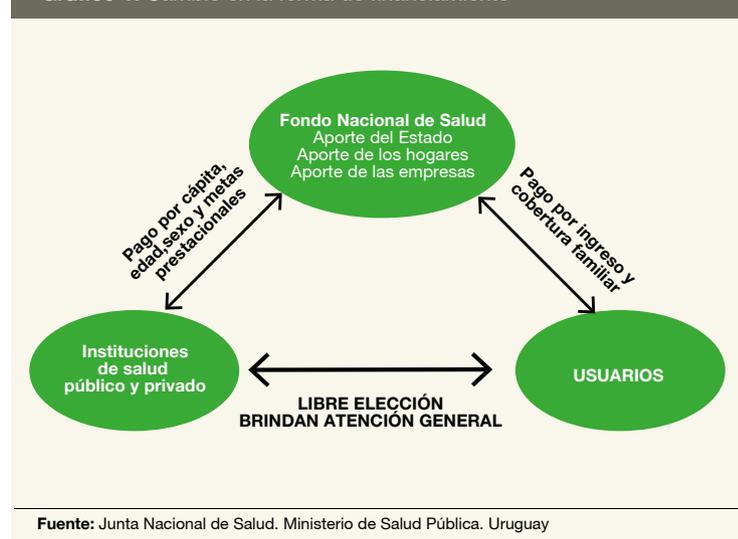
social, brindando un servicio de seguridad social a cambio del pago de aportes de sus beneficiarios, de las empresas empleadoras y del Estado.

Esta forma de financiamiento apunta a gestionar con solidaridad contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los beneficiarios aportan según su capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud.

El Fonasa paga a los prestadores de salud (públicos y privados) la cuota salud, la cual se estructura a través de dos aspectos: uno fijo determinado en un valor definido según la edad y sexo del beneficiario llamado "Cápita". Y un componente variable llamado "Meta", o pago por incentivo.

En cambio, la forma de financiamiento persigue alcanzar los objetivos sanitarios del sistema de salud y sociales del país; redistribuyendo ingresos, reduciendo la carga de la atención en salud. Es para la mayor parte de los habitantes al hacerla proporcional a los ingresos del núcleo familiar y solidaria con los más necesitados. Así se logra mayor equidad intergeneracional y de género, dado el pago de cuotas salud diferenciadas por edad y sexo (gráfico 1).

Gráfico 1. Cambio en la forma de financiamiento



Fuente: Junta Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

Aportes al Fonasa:

Beneficiarios

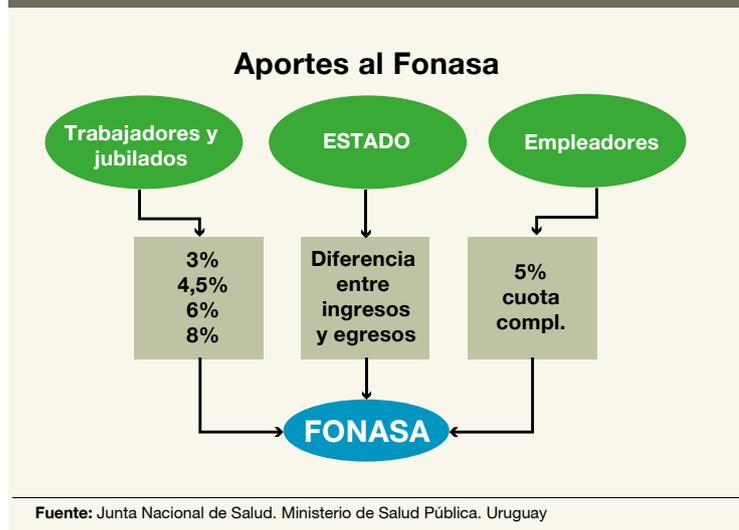
- **3% de aportes** sobre ingresos inferiores a 2,5 BPC (base de prestaciones contributivas = \$ 2.819 pesos uruguayos =U\$\$ 117) incluye la cobertura del generante, y de los menores de edad y mayores con discapacidad a cargo.
- **4,5% de aportes** sobre ingresos superiores a 2,5 BPC, incluye cobertura del generante sin hijos y/o menores o mayores a cargo.
- **6% de aportes** sobre ingresos superiores a 2,5 BPC, incluye cobertura del generante con menores de edad o mayores con discapacidad a cargo.
- **8% de aportes** sobre ingresos superiores a 2,5 BPC, incluye la cobertura del generante, de los menores y/o mayores con discapacidad a cargo y del cónyuge o concubino sin derecho a cobertura por el SNS (ejemplo: cónyuge o concubino sin trabajo) (gráfico 2).

Empleadores y estado como empleador

El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro

La principal herramienta de la Junta Nacional de Salud es la firma del contrato de gestión con los prestadores integrales de servicios de salud, requisito imprescindible para poder formar parte del Seguro Nacional de Salud.

Gráfico 2. Cambio en la forma de financiamiento



Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación de los artículos 337 y siguientes de la Ley 16.320, de 1º de noviembre de 1992 y sus modificativas, manteniéndose –a los efectos de este artículo– las exoneraciones dispuestas por ley.

3. Cambio de modelo de gestión

La Junta Nacional de Salud

La Ley 18.211^{IV} creó la Junta Nacional de Salud (Junasa) con los cometidos de:

- Administrar el Seguro Nacional de Salud.
- Velar por los principios rectores y objetivos del SNIS.

La principal herramienta de la Junta Nacional de Salud es la firma del contrato de gestión con los prestadores integrales de servicios de salud, requisito imprescindible para formar parte del Seguro Nacional de Salud^V.

Estos contratos tienen como objetivo central dar un marco de obligaciones formal y claramente de-

finido a los derechos y obligaciones establecidos en la Ley 18.211, además se consagran como la herramienta fundamental para encaminar el “cambio del modelo de atención”. Desde el comienzo de la implementación de la reforma de la salud en 2008 hasta la fecha se han firmado dos contratos de gestión con diferente contenido, estos se discuten con las partes interesadas (Junasa, prestadores, Ministerio de Economía) y se acuerdan dentro de los límites y objetivos del sistema; esta gestión se basa en escuchar las necesidades y realidades de los diferentes prestadores y cotejándolas con las posibilidades del propio sistema. Los acuerdos se firman con base en los datos de la realidad y la información disponible que aporta cada parte.

Luego de diseñar el texto final, para los efectos de dar estabilidad a su contenido, se remite al Poder Ejecutivo para que este lo apruebe mediante Decreto^{VI}.

Actualmente, dos prestadores integrales de salud de los que integran el Sistema atienden a los colectivos del personal militar y policial y, por la especialidad de la normativa que los regula, no han firmado el contrato de gestión con la Junasa;

IV Ley 18.211 arts. 23 y ss.

V Ley 18.211 art. 15.

VI Decretos 464 de 2008 y 81 de 2012.

Convertirlo en un modelo de atención que considere integralmente a la persona, a la familia y a la comunidad, y que integre el fomento de la promoción de la salud

por lo tanto no integran el SNS, ni reciben beneficiarios de este. Los demás prestadores han firmado el contrato de gestión, por ello, integran el Seguro Nacional de Salud, lo que les asegura recibir del Fonasa el pago de la cuota salud por la cobertura que brindan a los beneficiarios que se registren en sus padrones de usuarios.

A modo de ejemplo, entre las obligaciones que dichos contratos disponen, los prestadores se obligan a brindar los programas y prestaciones integrales obligatorias establecidas en el artículo 45 de la Ley 18.211 y aprobadas por el Decreto 465 de 3 de octubre de 2008 y sus artículos modificatorios.

Establecen también beneficios especiales a los jubilados de bajos ingresos amparados por el SNS.

Así como regulan el control de la aplicación de programas de promoción y prevención de problemas de salud prevalentes: hipertensión arterial, diabetes y patologías oncológicas, del tabaquismo, drogodependencia y patologías psiquiátricas crónicas. Indican controles de salud obligatorios y gratuitos a niños y adolescentes de hasta 18 años. Regulan el acceso al carné de salud gratuito.

Promueven en sus cláusulas la capacitación permanente de los recursos humanos en salud, el fomento de la complementación asistencial y el respeto a los tiempos de espera para la consulta y fomenta la participación de usuarios y trabajadores de la salud mediante la conformación de Consejos Consultivos y Asesores en todos los prestadores que pertenezcan al Seguro, así como determina la

obligatoriedad de aplicar encuestas de satisfacción de los usuarios.

Además, determinan el pago de cuota salud (cápita y meta asistencial) a los prestadores integrales de salud que contratan con la Junasa.

En estos contratos se crean las metas asistenciales^{VII}, así como se delimita su alcance y contenido.

En la actualidad se desarrollan cuatro metas asistenciales:

Meta 1. Atención del niño y la embarazada. Fue la primera meta creada (julio de 2008), prioriza los programas de atención del niño y la embarazada. Actualmente, impulsa acciones relacionadas con el control de los niños en los primeros tres años de vida, el control de las embarazadas y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica.

Meta 2. Médico de referencia. Se creó en 2009 y promueve la figura del médico de referencia y el abordaje integral de la atención estructurada en equipos de salud del primer nivel de atención en relación con las poblaciones asignadas o referenciadas.

Meta 3. Adulto mayor y adolescente. Crea el carné del adulto mayor y exige el seguimiento, una vez por año, para el adolescente y para el adulto, según la franja de edad, adulto mayor de entre 65 y 74 y adulto mayor de 75 años o más.

Meta 4. Cambios en los modelos de trabajo. En noviembre de 2012 se acuerda, en el marco de los Consejos de Salarios (MTSS)^{VIII}, la creación de cargos médicos de alta dedicación como forma de abatir el multiempleo que padece el sector médico y así mejorar la calidad de la

atención. Esta meta se confecciona como incentivo para la contratación de cargos de alta dedicación por parte de los prestadores integrales. Los cargos de alta dedicación incorporan, además de la consulta, el seguimiento de su población referenciada en domicilio si como tareas de educación para la salud y desarrollo profesional médico continua (DPMC).

A su vez, la rectoría de la Junta Nacional de Salud (Junasa) es posible por contar con una estructura de áreas especializadas. La Junasa cuenta con dos brazos ejecutores: la Dirección General de la Salud y la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, cada una de ellas, dentro de sus competencias, cumplen con asistir y asesorar en los temas del Sistema y del Seguro propiamente (Normalización, inspección y/o fiscalización, habilitación de servicios de salud, economía de la salud, contralor de prestadores, metas asistenciales, descentralización, etc.).

4. Cambio de modelo de atención

Por último, el cambio en el modelo de atención es más complejo y de avance difícil debido a que está unido al cambio de financiamiento y de gestión, además supone un cambio cultural profundo de los sectores de trabajadores, de los usuarios del sistema y de los cuadros de gerenciamiento de las instituciones de salud.

La tarea consiste en lograr abandonar el modelo hospitalocéntrico, individualista, medicalizado, superespecializado y de medicina reparatoria, que genera inequidad, difícil acceso a los servicios y prestaciones, altos costos con bajos beneficios para convertirlo en un modelo de atención que considere integralmente a la persona, a la familia y a la comunidad, y que integre el fomento de la promoción de la salud,

VII Herramienta para el cambio de modelo de atención, pago incentivo, supone el pago por cumplimiento de determinadas actividades que la autoridad sanitaria determina como prioritarias, se estructuran por medio de indicadores de cumplimiento que describen acciones prioritarias a desarrollar por los prestadores en relación con su población usuaria.

VIII Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

con trabajo en equipos capacitados para realizar diagnósticos de salud comunitaria, con el reconocimiento y capacitación de los agentes comunitarios y con el primer nivel de atención fortalecido y resolutivo, con visión integradora y que propenda a la formación de redes integradas de servicios de salud.

La Ley 18.211 establece “*El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención*”.

La Atención Primaria en Salud fue definida en Alma-Ata como “*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad*”.

5. La participación social

Junto con los cambios analizados del modelo, alentar la participación social en los procesos de formación de las políticas de salud ha sido uno de los ejes prioritario de la reforma. La Ley 18.211 al crear la Junasa previó la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud. La misma ley plantea además que para integrar el Seguro Nacional de Salud es obligatorio que las instituciones de

Tabla 1. La participación social en la reforma de salud del Uruguay

Participación social en la reforma de salud	
A nivel país	
– I: Consejo Consultivo para la implementación del SNIS	
– II: Junta Nacional de Salud	
– III: Directorio de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	
A nivel departamental y local	
– IV: Juntas Departamentales de Salud	
– V: Juntas Locales de Salud	
A nivel institucional	
– VI: Consejos Consultivos y Asesores de Prestadores	
Fuente: Junta Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay	

salud, públicas y privadas, cuenten con Consejos Consultivos y Asesores representativos de sus trabajadores y usuarios, exceptuando exclusivamente a las que ya los tienen en sus órganos de dirección. A su vez establece que la Junta Nacional de Salud contará con órganos asesores departamentales y locales que replicarán su composición en todo el territorio nacional.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (prestador público de salud) tiene integrados a

usuarios y trabajadores en su directorio, según lo establece su propia Ley constitutiva 18.161 de 29 de julio de 2007.

La participación social permite que los directamente involucrados puedan identificar necesidades y demandas, esto genera más eficacia y eficiencia en la toma de resoluciones y elaboración de políticas. Asimismo, democratiza y transparenta la gestión del gobierno, ejerciendo un salu- dable control social (tabla 1).

Hacia dónde hemos caminado (Tablas 2, 3 y 4)

Tabla 2. Cobertura de salud de la población total por tipo de prestador para años seleccionados

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MSP-ASSE	33,00%	36,10%	38,20%	39,60%	35,00%	31,10%	27,8%
IAMC	50,70%	47,50%	50,60%	48,00%	53,20%	56,60%	57,1%
Otras	11,60%	11,90%	7,30%	8,20%	8,20%	9,70%	13,2%
Sin cobertura	4,70%	4,50%	3,90%	4,20%	3,60%	2,60%	2,00%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

MSP_ASSE- prestador público integral de salud
IAMC- prestador privado integral de salud

Fuente: Junta Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

Tabla 3. Cobertura del SNS- Fonasa según el tipo de afiliación

	Jul.-07	Dic.-07	Dic.-08	Dic.-09	Dic.-10	Dic.-11	Dic.-12	Dic.-13
Activos	667.952	673.996	869.991	908.636	956.852	1:087.155	1.122.273	1.150.267
Menores			435.664	462.762	488.042	567.964	593.926	611.418
Pasivos	50.644	52.560	72.088	88.075	110.303	142.735	319.530	356.288
Cony./ Conc.					629	30.027	73.007	133.389
Total	718.596	726.556	1.377.743	1.459.473	1.555.826	1.740.726	2.108.736	2.251.362

Fuente: Junta Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

> La participación social permite que los directamente involucrados puedan identificar necesidades y demandas, esto genera más eficacia y eficiencia en la toma de resoluciones y elaboración de políticas

Conclusiones

La reforma de la salud en el Uruguay ha sido y viene siendo un proceso en constante perfeccionamiento y como todo proceso siempre estará en revisión y adecuación a los cambios que se presenten.

Con la ley 18.731 del 7 de enero de 2011 se complementa el cronograma de ingresos al Seguro Nacional de Salud, previsto por la ley fundacional del Sistema (ley 18.211). En julio de 2016 se prevé el ingreso del último tramo de beneficiarios no incluidos en el Seguro Nacional de Salud (SNS), queda pendiente por definir, de parte de los colectivos, con leyes especiales (policías, militares y funcionarios de gobiernos departamentales), su incorporación al SNS y así lograr un sistema nacional integrado no solo en el contenido, forma y alcance de su cobertura, sino también respecto al modo de financiamiento por medio de un Seguro Nacional de Salud Único para todos los habitantes residentes en el Uruguay.

Tabla 4. Distribución de los afiliados con cobertura del SNS-Fonasa, según sexo y tramo etario

	dic-07	dic-08	dic-09	dic-10	dic-11	dic-12	dic-13	
SEXE MASCUINO	< 1	0	11.471	12.351	12.663	14.140	14.325	14.831
	1 a 4	0	47.821	50.876	53.651	61.673	63.305	65.252
	5 a 14	17	126.565	136.992	143.861	165.409	171.384	176.403
	15 a 19	14.225	50.478	55.107	59.662	69.678	70.471	72.047
	20 a 44	266.760	306.882	324.715	341.994	384.643	390.834	406.817
	45 a 64	125.395	162.974	176.073	188.072	216.831	227.905	240.778
	65 a 74	19.281	27.110	30.698	35.452	43.849	61.639	69.920
	> 74	7.956	11.273	12.961	14.436	18.404	54.378	61.028
	Total	433.634	744.573	799.773	849.791	974.627	1.054.241	1.107.076
SEXE FEMENINO	< 1	0	10.746	11.709	12.194	13.777	13.572	14.182
	1 a 4	0	45.751	48.662	51.024	58.779	60.859	62.660
	5 a 14	2	121.170	131.265	137.682	158.101	163.775	168.693
	15 a 19	6.968	42.643	47.647	51.268	60.398	62.592	65.867
	20 a 44	181.726	235.639	257.746	273.253	338.499	369.413	406.528
	45 a 64	94.975	137.059	151.314	162.912	193.814	214.166	235.029
	65 a 74	20.000	26.330	30.501	35.518	43.694	69.830	79.858
	> 74	11.517	13.833	15.819	18.256	22.412	100.288	111.469
	Total	315.188	633.170	694.663	742.107	889.474	1.054.495	1.144.286
TOTAL	748.821	1.377.743	1.494.435	1.591.898	1.864.101	2.108.736	2.251.362	

Fuente: Junta Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay



Superintendencia Nacional de Salud

Sede Administrativa

Avenida Ciudad de Cali No. 51-66, pisos 6 y 7

Tel.: 4817000 Exts. 15004 - 15005

Centro de Atención al Ciudadano

Avenida Ciudad de Cali No. 51-66 local 10