

Uruguay*

Características Generales

La República Oriental del Uruguay es un estado independiente de América del Sur, el más pequeño de los países de esta parte del continente.

La Ganadería es una de las principales actividades del país. Aproximadamente el 75% del suelo está dedicado a ella. Como consecuencias, las industrias que derivan de labores agropecuarios han adquirido un significativo desarrollo.

Población

La población del Uruguay se estima, para 1997, en 3.221.000 habitantes, de los cuales prácticamente la totalidad está constituida por individuos de raza blanca y de origen europeo. Los negros son escasos y los indígenas están totalmente extinguidos.

Existe un alto grado de concentración de la población en el departamento de Montevideo, el cual, si bien es el menor de las 19 divisiones político administrativas que conforman la República del Uruguay, reúne casi la mitad de la población del país.

Por otro lado, se registra una continua tendencia a la urbanización, siendo ésta ya muy elevada (cuadro 1). Consecuentemente, la población rural además de ser un porcentaje muy pequeño, muestra una mínima densidad de población por km² (de 0,5 habitantes y menos). (División de Turismo, 1998a).

Uruguay es el país de América Latina con menor porcentaje de población en situación de pobreza, el cual se encontraba entre 1990 y 1994 alrededor del 7%. Sin embargo, se advierte una fuerte desigualdad en la distribución del ingreso. Mientras que el sólo 6,13% del total de los ingresos es percibido por el 20% de los hogares más pobres, casi el 45% del total de los ingresos es percibido por el 20% de los hogares más ricos. (Intendencia Municipal de Montevideo, 1998).

Por otro lado es importante señalar que la tasa de desempleo se encuentra entre las más altas de la región (cuadro 1).

En cuanto a la estructura de la población según grupos de edad, debido a las bajas tasas de fecundidad y mortalidad que presenta el país, se advierte una tendencia al envejecimiento de la estructura poblacional. (cuadro 2). (Intendencia Municipal de Montevideo, 1998).

Cuadro 1: Uruguay: Información general del país

Superficie del país (en km ²)	176.215
Población total (N° de hab)	3.221.000 (1997)
Población urbana (%)	91 (1996)
Población rural (%)	9 (1996)
Poblac. en situación de pobreza (%)	7 (1990-1994)
Tasa de crecimiento poblacional (%)	0,55 (1995-2000)
Tasa de desempleo (%)*	11,9 (1997)

Fuente: OPS/OMS (1997), *Instituto Nacional de Estadística, Uruguay.

Cuadro 2: Uruguay: Estructura de la población según grupos de edad, 1995

Grupos de Edades	Cant	%
Menos de 5 años	262.000	8.22
5 a 14 años	515.000	16.16

15 a 44 años	1.379.000	43.28
45 a 64 años	639.000	20.05
65 años y más	391.000	12.27
Total	3.186.000	100

Fuente: OPS/OMS (1994), estimación para 1995.

Organización política

Uruguay es una República unitaria dividida en 19 Departamentos, cada una con un gobierno municipal semi- autónomo. (OPS/OMS, 1994). La Capital del país es la ciudad de Montevideo

Economía

La actividad económica del Uruguay está concentrada principalmente en el departamento de Montevideo, el cual, según el censo económico de 1988, concentraba el 53% de las unidades económicas industriales y el 73% del personal ocupado en la actividad industrial.

No obstante, en los últimos años la tendencia de la industria ha sido descendente, fundamentalmente debido a la escasa inversión. Se constatan situaciones diferentes en cuanto a la capacidad de adaptación y reconversión de las empresas industriales a las nuevas tecnologías y al nuevo marco regional, lo que en muchos casos ha provocado el desplazamiento de la actividad productiva industrial hacia el sector comercial importador (Intendencia Municipal de Montevideo, 1998).

El Producto Bruto Interno de Uruguay alcanzó en 1995 los U\$S 17.847 millones. (World Bank, 1997). Los sectores “servicios comunales, sociales y personales”, “banca, finanzas y servicios a las empresas” e “Industrias Manufactureras” son los que presentan una mayor participación dentro del producto total. A ellos le siguen el sector “comercio” y “agricultura, caza, silvicultura y pesca” (Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Intendencia Municipal de Montevideo, 1998).

Estado de salud de la población

Dado que Uruguay ha completado el proceso de transición epidemiológica, las enfermedades crónicas y degenerativas son las prevalentes, mientras que las enfermedades infectocontagiosas son poco frecuentes. No existe en el territorio riesgo de fiebre amarilla, peste, malaria, rabia, poliomeilitis, tetanos neonatal, difteria ni dengue (División de Turismo, 1998b).

En Uruguay existe un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de morbimortalidad, como consecuencia de los estilos de vida que condicionan este perfil demoepidemiológico.

La tasa de mortalidad global por todas las causas es de 10 por mil habitantes. La tendencia actual es un aumento sostenido de la mortalidad en el grupo de 65 años y más (casi un 70% en 1991) y una gran disminución en la mortalidad de los menores de 5 años (4,3% en 1991). (División de Turismo, 1998a).

En tanto, la mortalidad infantil es de 17 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer es de casi 73 años (cuadro 3).

En cuanto a las tasas de mortalidad por causas se registran las enfermedades del aparato circulatorio, los procesos tumorales o los accidentes de todo tipo respectivamente en los tres primeros lugares. Entre estos últimos los accidentes de tránsito constituyen una causa relevante (cuadro 4).

Cuadro 3: Uruguay: Indicadores de salud de la población seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	17 por mil nacidos vivos (1996)
Esperanza de vida al nacer	72,9 (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer mujeres	76,1 (proyección 1995-2000)
Esperanza de vida al nacer hombres	69,6 (proyección 1995-2000)

Fuente: OPS/OMS (1997).

Cuadro 4: Uruguay: Principales causas de muerte, 1996

Causa	Nº	% s/total de defunciones
Enf. del aparato circulatorio		34,8
Tumores malignos		22,2
Accidentes y efectos adversos		5,9
Infecciones respiratorias y neumonías		4,0
Subtotal cuatro primeras causas		67,0
Resto de las causas		33,0
Total		100,0

Fuente: Intendencia Municipal de Montevideo (1998).

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del sistema de salud

Hitos más importantes en la historia del sistema de salud uruguayo

- ⇨ En 1914 surgen las primeras medidas de la seguridad social que dieron origen a la creación del Banco de Seguros del Estado.
- ⇨ En 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública y se dictó la Ley Orgánica de Salud Pública (que es la que rige actualmente las funciones del Ministerio). La creación del Hospital de Clínicas en la década del '50 constituyó un hito importante en el desarrollo del subsector público.
- ⇨ En cuanto al subsector privado, cabe señalar la creación del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en 1935, hecho importante en la transformación del sector privado colectivo (el cual tiene en Uruguay un predominio frente a las prácticas privadas particulares).
- ⇨ En 1943 se reglamentó por primera vez el funcionamiento de las Instituciones de Atención Médico Colectiva (IAMC), que tienen una larga trayectoria en el país (la más antigua data de 1853).
- ⇨ La huelga iniciada en 1957 modificó la estructura de las IAMC en forma decisiva: provocó la salida de los afiliados a las IAMC y a un ingreso masivo al CASMU, que hasta el día de hoy dobla en tamaño a la siguiente IAMC del país.
- ⇨ A partir de 1958 se inició un importante crecimiento de la Seguridad Social en el campo de la salud a través de la creación de Seguros de Enfermedad en base a convenios obrero-patronales.
- ⇨ En 1979 se crea el Fondo Nacional de Recursos, destinado a las patologías de alta complejidad no cubiertas por los efectores públicos ni por los seguros de salud colectivos. De este modo se dio nacimiento a los Institutos de Médicos de Asistencia Altamente Especializados (IMAE).

Las décadas del 20 y 30 son las del gran desarrollo de los servicios públicos de salud en Uruguay, durante las cuales se crea la mayoría de la infraestructura con la que aún cuenta el Ministerio de Salud Pública. (Labadie et al, 1991).

En los inicios del presente siglo, en el contexto del desarrollo de la industria de transformación de materias primas, se dieron una serie de acciones del Estado orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo de la población en respuesta a demandas de asalariados urbanos y grupos de presión económica (Errandonea, 1990). Entre ellas se cuentan las medidas relacionadas con la Seguridad Laboral, que incluían prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Con tal fin, fue creado en 1914 el Banco de Seguros del Estado. Más tarde se incorporó la cobertura de otra serie de riesgos o de necesidades básicas de la población (vivienda, alimentación, salud, etc.). (González García, Coord., 1994).

En 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública, al que le asignaron funciones asistenciales, normativas y de control en los aspectos relacionados con la higiene pública y la asistencia médica. (González García, Coord., 1994). En ese mismo año se dictó la Ley Orgánica de Salud Pública que es la que rige hasta hoy las funciones del Ministerio. Otro hecho importante en el desarrollo del subsector público de salud uruguayo fue inauguración del Hospital de Clínicas en la década del '50, con lo que quedó prácticamente consolidada la infraestructura de servicios de salud públicos. Sin embargo, en los años posteriores se registró un deterioro del sector y una disminución en la inversión, lo que provocó una caída en la calidad de atención, aunque la cobertura prácticamente no se modificó y se advirtieron mejoras en algunos indicadores de salud.

En tanto, cabe señalar que los servicios públicos eran usados fundamentalmente por la población de menores recursos. Los estratos de mejores ingresos hacían uso de servicios privados.

El subsector privado de atención médica en Uruguay ha tenido una evolución que ha llevado de una práctica mayoritariamente privada particular a una práctica predominantemente colectiva. (Labadie et al, 1991).

En este sentido, fue importante el desarrollo del mutualismo, cuyos primeros antecedentes datan de mediados del siglo XIX, con la creación de la Asociación Española. El modelo inspirado en el mutualismo europeo fue incorporado por una serie de colectividades y se concentró fundamentalmente en la ciudad de Montevideo.

En los años siguientes se crearon una serie de otras instituciones: Sociedad Francesa, Sociedad Italiana, Asociación Fraternidad, Círculo Napolitano, Círculo Católico de Obreros, Fraternal Unida.

En ese entonces, estas instituciones constituían una opción par la población de recursos medianos a bajos, ya que no se tenía una alta consideración de la calidad de los servicios. La población de mejor nivel económica se atendía en forma particular, recibiendo internación en los sanatorios privados que también se crearon entre fines del siglo pasado y comienzos del actual.

Por otra parte, es importante señalar que en 1935 se creó el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), dependiente

del sindicato médico del Uruguay, el cual significó un hito importante en la transformación del subsector privado colectivo, tanto por la afiliación que logró captar como por el nivel de atención.

El CASMU fue el responsable de la creación del sistema de afiliaciones colectivas para grupos de obreros, empleados corporativistas y sus familias, a través de la inscripción obligatoria o gratuita para el usuario.

Paralelamente, se comenzaron a establecer por diversas vías seguros parciales privados para otros trabajadores del sector privado, contratando la mayoría de las afiliaciones colectivas y seguros por enfermedad con el CASMU y los servicios de atención en Montevideo. En tanto, este proceso fue acompañado por la paulatina disminución del subsector particular privado de atención médica.

En 1943 se reglamentó por primera vez el funcionamiento de las llamadas Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC). Estas son entidades privadas sin fines de lucro que surgieron a partir de las asociaciones mutuales de colectividades y, prestan servicios en efectores propios cobrando una cuota mensual de carácter social. (González García, Coord., 1994). Estas instituciones tienen una larga trayectoria en el país; la más antigua data de 1853.

En el mismo año se estableció el régimen de Asignaciones Familiares, por el que reciben atención médica las trabajadoras y esposas de trabajadores del sector privado. (González García, Coord., 1994).

En tanto, a partir de 1958 se inició un importante crecimiento de la Seguridad Social en el campo de la salud, a través de la creación de Seguros de Enfermedad en base a convenios obrero-patronales. (González García, Coord., 1994).

Por diversas vías nacieron seguros parciales privados para otros trabajadores, funcionarios del CASMU y luego, para todos los trabajadores no médicos del subsector privado de salud, funcionarios de la Universidad, empleados y obreros municipales y muchos otros.

Durante los años siguientes a la creación del CASMU el subsector privado colectivo siguió creciendo en Montevideo, incluyendo paulatinamente a grupos de mayores recursos económicos y llevando la práctica privada particular a dimensiones cada vez menores. (Labadie et al, 1991).

El desarrollo del subsector privado en Montevideo durante este siglo, se asocia con un aumento progresivo de la cobertura del subsector privado colectivo, y una marcada disminución del subsector privado particular de atención médica (Labadie et al, 1991).

En 1957-58 tuvo lugar un hecho que modificó la estructura de las IAMC en forma decisiva: una huelga médica desde octubre de 1957 a Julio de 1958. Los médicos se levantaron en huelga contra todas las instituciones de asistencia médica colectiva menos el CASMU, que perteneciente al propio gremio, continuó funcionando normalmente. Esto llevó a la salida de los afiliados de las mutuales y a un ingreso masivo al CASMU, que hasta el día de hoy dobla en tamaño a la siguiente IAMC del país.

Por otro lado, cabe señalar que fuera del departamento de Montevideo, el mutualismo prácticamente fue inexistente hasta alrededor de 1960. En 1965, las IAMC del interior se reunieron en Salinas y crea-

ron la Federación Médica del Interior. Asimismo, en esta reunión se estableció que la necesidad de que las Asociaciones Médicas del Interior actúen en forma uniforme frente al planteamiento de determinados problemas como punto fundamental para lograr una fuerza gremial colectiva de verdadera solidez (Labadie et al, 1991).

En 1979 se creó el Fondo Nacional de Recursos, integrado con fondos del Estado, las IAMC, entes autónomos, servicios descentralizados, municipios y personas asistidas por los mismos. Este Fondo estaba destinado a la cobertura de las patologías de alta complejidad no cubiertas por los efectores públicos ni por los seguros de salud colectivos. De este modo se dio nacimiento a los Institutos de Médicos de Asistencia Altamente Especializados (IMAE) (González García, Coord., 1994).

En el período 1973-1984, bajo los gobiernos no democráticos, los seguros de enfermedad perdieron su autonomía (administrativa y financiera) al ser intervenidos y unificados bajo la Dirección de Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (González García, Coord., 1994).

Sin embargo, este escenario cambió a partir de 1985, con la reinstitucionalización de la democracia y con ella del Banco de Previsión Social (con carácter de ente autónomo), del cual pasan a depender los seguros de enfermedad. (González García, Coord., 1994).

Actores y roles dentro del sistema¹

El sistema de salud uruguayo comprende un conjunto heterogéneo de instituciones, con escasa coordinación y desigual desarrollo. Puede ser considerado como un modelo de salud mixto, con una tendencia hacia la privatización de los servicios. Los subsectores que integran el sistema son el público, el de la seguridad social y el privado (colectivo y particular).

Subsector público

Actualmente, en el subsector público el Ministerio de Salud otorga prioridad a sus funciones de ente normatizador y controlador frente a las actividades de atención directa. Asimismo, se advierte un deterioro en las prestaciones como consecuencia de las restricciones presupuestarias y la transferencia de los servicios de alta tecnología al subsector privado.

En este contexto, el subsector público está compuesto por:

- a) Gobierno Central (a través del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y el de Trabajo).
- b) Gobiernos Departamentales
- c) Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- d) Prestadores Públicos
- e) Prestadores Privados
- f) Banco de Seguros del Estado
- g) Servicio de Sanidad Policial y de las Fuerzas Armadas
- h) Servicios de organismos descentralizados y de los entes autónomos

i) Los usuarios

a) El Ministerio de Salud Pública es el ente regulador de las prestaciones médicas en todo el país, aunque las demás instituciones del sector actúan con bastante independencia, tanto presupuestal como

técnica. El Ministerio de Economía regula los aspectos financieros del subsector y el Ministerio de Trabajo la afiliación de los trabajadores al seguro obligatorio. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública es el organismo de control de las IAMC, que tiene a su cargo tareas de auditoría y monitoreo del sistema. Las políticas de salud se orientan en función de los principales problemas de salud y se da prioridad a los programas de atención al adulto y al control de enfermedades crónicas no transmisibles.

b) Uruguay está dividido administrativamente en 19 departamentos, muchos de los cuales cuentan actualmente con policlínicas y centros de atención de salud de baja complejidad. La acción de los gobiernos departamentales en el área salud es relativamente reciente y está orientada a brindar atención primaria.

c) La ASSE fue creada en 1987, es un organismo desconcentrado dependiente del Ministerio, y es responsable de las siguientes funciones: a) administrar los establecimientos de atención médica del MSP, b) coordinar el funcionamiento de todos los organismos estatales (subsector público), que posean establecimientos de servicios de atención médica y, c) organizar la atención de primer nivel de sus beneficiarios en base a médicos de familia, remunerados en base al régimen de capitación. Dispone de 61 establecimientos asistenciales distribuidos en todo el país (8533 camas para pacientes agudos y crónicos e institutos especializados).

d) Los prestadores públicos brindan servicios asistenciales, gratuitamente o mediante el pago de un arancel, a los sectores más desprotegidos, a través de una amplia red distribuidos en todo el país, sin especificidad por nivel de complejidad y con escasa integración funcional. Entre estos prestadores se encuentran los hospitales, los centros ambulatorios, puestos de salud, y las policlínicas y centros de atención de salud departamentales de baja complejidad. Las Casas de Salud también pueden considerarse dentro de este grupo. Ellas brindan alojamiento a determinado tipo de población, como los ancianos y los discapacitados. También se incluye entre los prestadores públicos al Hospital de Clínicas, el cual es una dependencia de la Universidad de la República ubicada en Montevideo, que desarrolla fundamentalmente actividad docente y científica. Sus servicios son gratuitos o de bajo costo. Es la institución hospitalaria más compleja del país, en cuanto incluye prácticamente la totalidad de las especialidades médicas.

e) Algunos organismos integrantes del subsector público muchas veces subcontratan los servicios de los sanatorios y otros servicios privados particulares, así como también de las IAMC.

f) El Banco de Seguros del Estado cubre riesgos de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo. Cuenta con un centro asistencial especializado de 160 camas.

g) El Servicio de Sanidad Policial depende del Ministerio de Interior. Brinda atención médico hospitalaria al personal policial y sus familias y a los retirados del sector. Cuenta con un hospital en Montevideo (con 70 camas) y, en el interior, ha acelerado convenios con el Ministerio de Salud. Se financia mediante aportes del personal policial y recursos generales provenientes del presupuesto nacional. En tanto,

el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas depende del Ministerio de Defensa Nacional, brinda atención médico-hospitalaria al personal militar, a los retirados del sector y a sus familias. Posee un hospital central en Montevideo (con 447 camas), y, en el interior, los beneficios son también atendidos por el Ministerio de Salud. Se financia mediante aportes de los funcionarios militares y recursos presupuestarios generales.

h) Los servicios médicos de organismos descentralizados y los entes autónomos (Administración de Ferrocarriles del Estado –AFE-, Refinería de Petróleo, Asociación Nacional de Combustible, Alcohol y Portland.- ANCAP- y otros), pertenecientes en general al dominio industrial y comercial del Estado, brindan cobertura de salud a sus trabajadores y en algunos casos a sus familias a través de servicios propios y en algunos casos mediante convenios con instituciones médicas.

i) Los usuarios en general son la población carenciada, sin ocupación en relación de dependencia o mayores de 65 años que discontinuaron su aporte a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en el momento del retiro, quedando sin cobertura del seguro obligatorio.

Subsector de la seguridad social

- a) a) Banco de Previsión Social (BPS)
- b) b) Dirección de Seguros de Enfermedad (DISSE)
- c) c) Dirección de Asignaciones Familiares (DAF)
- d) d) Fondo Nacional de Recursos
- e) e) Prestadores (principalmente IAMC)
- f) f) Los Usuarios

a) El BPS es el ente que centraliza la seguridad social y desarrolla las actividades en el área de la salud a través de la DISSE y de la DAF. Tiene a su cargo el Seguro Social de Enfermedad, un programa materno infantil y un programa de malformaciones congénitas. El BPS oficia de agencia recaudadora de las contribuciones que cada afiliado hace a la IAMC elegida. A su vez, envía mensualmente mediante medio magnético a cada una de las IAMC, el listado de afiliados que se encuentran al día en el pago de los aportes. Adicionalmente, transfiere a cada institución las cápitas correspondientes a sus afiliados.

b) La DISSE es la encargada de afiliar a los trabajadores privados a una IAMC de su elección y es quien recibe el pago voluntario individual o colectivo destinado a las mismas.

c) La DAF es la encargada de cubrir las prestaciones relacionadas con la atención del embarazo y del parto para las trabajadoras o las cónyugues embarazadas de cotizantes y la atención médica de sus respectivos hijos hasta los 5 años de edad. Para ello utiliza servicios propios que posee en Montevideo, o contrata servicios con el Ministerio o con las IAMC del interior del país.

d) El Fondo Nacional de Recursos está integrado por fondos del Estado, entes autónomos y servicios descentralizados, las IAMC y personas físicas que se adhieran. Está estructurado como un seguro obligatorio y es el encargado de habilitar a los Institutos de Medicina

Altamente Especializada (IAME) para realizar los actos médicos cuya cobertura regula. Este seguro cubre prestaciones de alta complejidad.

e) La cobertura de los seguros de salud es brindada a través de las IAMC (que en general poseen capacidad instalada propia para cubrir a la casi totalidad de su demanda), quienes además son las encargadas de administrar los fondos provenientes de las cuotas de los asegurados, que cobra el BPS y las que recibe por las afiliaciones voluntarias. Asimismo, en algunas ocasiones se contratan servicios del Ministerio de Salud. Por otro lado, los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE) brindan servicios a la población cubierta por el seguro del Fondo Nacional de Recursos. Estos institutos utilizan la infraestructura de los establecimientos dependientes de las IAMC o de los hospitales públicos.

f) Los usuarios son todos los trabajadores asalariados del sector privado de la economía, incluyendo los del sector rural, así como también los pequeños empresarios (patrones de empresas unipersonales con hasta un dependiente).

Subsector privado (colectivo y particular)

Este subsector incluye diversas formas de organización prestacional y financiera. Se distinguen diferentes modalidades en función de su vinculación con el subsector público y el grado de control que éste ejerza:

⇨ el *segmento privado bajo control estatal*: conformado por las IAMC con tres modalidades posibles: a) de propiedad de los usuarios (mutualistas), b) de propiedad de los prestatarios (cooperativas médicas), c) de propiedad de terceros.

⇨ el *segmento privado "puro"*: compuesto por clínicas y sanatorios, IMAE, seguros parciales y profesionales individuales o agrupados en cooperativas.

⇨ asimismo, el subsector está integrado por los *Seguros Convencionales o Cajas de Auxilio*. De este modo, los beneficiarios del seguro social de enfermedad pueden constituir un seguro propio, excluyente del régimen general. Estos seguros se forman por empresa y contratan los servicios médicos con las IAMC. El control de estos seguros está a cargo del BPS.

En resumen, puede decirse que el subsector privado esta compuesto por los siguientes actores:

- a) Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)
- b) Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP)
- c) Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)
- d) Seguros Convencionales o Cajas de Auxilio:
- e) Seguros Parciales
- f) Profesionales y prácticas privadas independientes
- g) Sanatorios y otros Servicios Privados
- h) Los usuarios

a) Las IAMC son instituciones privadas, independientes y competitivas, que si bien están controladas por el Ministerio, por su carácter tienen un alto grado de autonomía para su organización y funcio-

namiento. Las IAMC incluyen tanto atención ambulatoria como hospitalaria. El acceso a sus servicios se rige básicamente por: a) un régimen de afiliación individual voluntaria (subsector privado) y b) los beneficiarios del seguro social de enfermedad a cargo del BPS (subsector de la seguridad social).

b) Las IAMPP comprenden un área relativamente reducida de instituciones que venden servicios (sobre todo camas) a otras instituciones del subsector privado, fundamentalmente a las IAMC.

c) Los IMAE son instituciones privadas, con regulación legislativa, destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones cuya complejidad requiere de un alto grado de especialización técnica, así como de un alto costo de montaje y mantenimiento.

d) Son seguros otorgados por empresas privadas que contratan los servicios médicos con las IAMC. Son seguros convencionales de enfermedad sustitutivos del régimen general y los beneficios que brindan no pueden ser inferiores a los del régimen general.

e) Son seguros de prepago ofrecidos por el subsector privado con fines de lucro. En general tienen una cobertura parcial y no presentan una cuota controlada. Existe gran heterogeneidad en las prestaciones de estos seguros, pero pueden ordenarse en cuatro rubros: a) servicios de emergencia móvil y de traslados, b) seguros que brindan diagnósticos en diferentes especialidades, c) seguros quirúrgicos que ofrecen servicios de internación y d) servicios de atención ambulatoria y a domicilio.

f) Son de escasa significación. Este tipo de servicios está destinado a satisfacer la demanda de los sectores de mayor poder adquisitivo y a la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos.

g) En general desarrollan muy poca actividad propiamente privada. Sus servicios son mayoritariamente contratados por las IAMC y por algunos organismos integrantes del subsector público.

h) Los usuarios son quienes pagan mensualmente una cuota por su cobertura médica o aquellos que realizan desembolsos directos a cambio de prestaciones médicas privadas particulares.

Financiamiento²

Con respecto a la seguridad social, El BPS es el encargado de recaudar los aportes y contribuciones del seguro obligatorio y de financiar las prestaciones de salud de los trabajadores en relación de dependencia. Dentro de su estructura, la DISSE es la encargada de recaudar los aportes patronales y de los trabajadores (del 4% y 3% sobre la masa salarial respectivamente), y de pagar una cápita mensual a la IAMC que el beneficiario elija. Este seguro obligatorio también recibe aportes del Estado (generalmente extraídos de los recursos presupuestarios generales), equivalentes a la diferencia entre la recaudación observada en el BPS y los costos de atención de las IAMC.

Las IAMC se financian mediante un régimen de prepago mensual, por afiliado, y un régimen de partida fija. Los usuarios deben abonar, además, tickets moderadores para consulta médica, medicamentos, análisis, etc.

Las IAMC también reciben afiliaciones voluntarias (las afiliaciones obligatorias dependientes del BPS representan aproximadamente el 35% de sus beneficiarios). En general los afiliados voluntarios son familiares de trabajadores no incluidos en la se-

guridad social, trabajadores sin relación de dependencia o personas de más de 64 años con capacidad de pago.

El valor de las cuotas percibidas por las IAMC se encuentra reguladas por el Estado no pudiendo incrementarse sin autorización previa. Recién en el transcurso de 1992 se estableció una liberalización de los precios de las mismas. En caso de ser necesario algún tipo de inversión por parte de la IAMC la ley le permite aumentar el valor de las cuotas aunque siempre con autorización estatal y hasta cubrir el monto de la inversión a realizar.

Finalmente, los IMAE se encuentran financiados a través de un fondo al cual aportan los trabajadores, empleadores y el Estado (en función de aquellas personas que no posean otro tipo de cobertura).

El Banco de Seguros del Estado, por su parte, se sostiene con el aporte obligatorio del seguro laboral por parte de los empleadores y el aporte estatal en caso de ser insuficiente lo primero. Los aportes patronales varían según la actividad y las condiciones de seguridad que las empresas tengan en sus establecimientos.

Los hospitales públicos se financian con recursos del presupuesto nacional, consignados como gastos del gobierno central.

El Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina en materia presupuestaria se rige por las normas aplicables a la Universidad, ente autónomo del Gobierno Central pero carente de autonomía financiera.

El Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas se financia mediante aportes de los funcionarios militares y recursos presupuestarios generales.

El Servicio de Sanidad Policial se financia mediante aportes del personal policial y recursos generales provenientes del presupuesto nacional.

Finalmente, los gobiernos departamentales poseen autonomía presupuestaria, aunque en muchos casos la misma es sólo teórica por los déficit que registran y que son cubiertos por el Gobierno Central.

Oferta de servicios

Cuadro 5: Uruguay: Oferta de servicios por subsector

	Subsector público	Subsector privado	Subsector de la Seg. Social	Total
N° establecimientos				
Hospitales o sanatorios (1990)	60	52	-	112
Centros de salud o clínicas (1990)	151	65	-	216
Camas (1993)	9985	3.827	-	13.812 \cong 4,5 x 1.000 hab
Médicos (1995)				35,6 x 10.000 hab
Enfermeras (1996)				6,8 x 10.000 hab.
Odontólogos (1995)				11,8 x 10.000 hab

Fuente: OPS (1993) y OPS/OMS (1997).

Demanda

Cuadro 6: Uruguay: Demanda de servicios por subsector, 1991

	Subsector Público	Subsector Privado	Subsector de la Seg. Social	Total
Consultas anuales per cápita	6,3 Montevideo 4,1 Interior	5,5		

Egresos anuales per cápita	122.941 188‰ agudos en Montevideo 134,2‰ en el interior	100,6‰ afilia- dos a las IAMC
Tiempo medio de internación	16,2 días	4,5 días

Fuente: OPS/OMS (1994).

Cobertura

a) ¿A qué grupos poblacionales están destinados los servicios provistos por cada subsector?

El sector salud se encuentra configurado en base a una compleja red de Instituciones públicas y privadas que cubren entre ambas a casi el 94% de la población (Noceti, 1997).

Los servicios provistos por el subsector público en general se destinan a la población carente, sin ocupación en relación de dependencia o mayores de 65 años que discontinuaron su aporte a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en el momento del retiro, quedando sin cobertura del seguro obligatorio. (González García, Coord., 1994). Este subsector cubre aproximadamente al 40% de la población.

El subsector de la seguridad social, por medio del Seguro Social de Enfermedad, ofrece cobertura en salud a todo trabajador que se desempeñe en la actividad privada bajo relación de dependencia y a los pequeños empresarios (patrones de empresas unipersonales con hasta un dependiente). Están excluidos del beneficio los trabajadores que no registren hasta 13 jornadas de trabajo en el mes, siempre que ello no obedezca a razones de enfermedad, embarazo o paro. (González García, Coord., 1994).

La cobertura del Banco de Seguros del Estado abarca a los funcionarios de ente y a los trabajadores de las empresas aseguradas. (González García, Coord., 1994).

El subsector privado es el que brinda mayor cobertura relativa, particularmente el segmento constituido por las IAMC. (González García, Coord., 1994).

En este sentido, el grupo de entidades privadas (integrado por 55 instituciones de prepago, componentes del IAMC y otras reunidas en Instituto Médico de Prestaciones Privadas -IMPP-) cubren al 60% de la población.

El personal militar, los retirados del sector y sus familias reciben los servicios sanitarios de las Fuerzas Armadas. En tanto, el personal policial, los retirados del sector y sus familias reciben atención médico hospitalaria del servicio de sanidad policial.

b) ¿Quiénes no tienen acceso a ningún servicio de salud? ¿Cuántos son?

Existen limitaciones en la accesibilidad del subsector público, fundamentalmente de carácter geográfico. También se observa una considerable obsolescencia de la infraestructura física y de la tecnología disponible en el subsector. (González García, Coord., 1994).

c) ¿Cuántos tienen cobertura de seguros de salud? ¿Qué cantidad corresponde al sector privado y qué cantidad a la seguridad social?

Los seguros privados están dirigidos principalmente a los sectores sociales de mejores ingresos (aunque algunos de ellos están dirigidos a la población de menores recursos económicos, que no puede afrontar el costo de la cuota de una IAMC y utiliza servicios del Ministerio de Salud (ASSE)).

Gasto

Cuadro 7: Uruguay: Gasto total en salud por subsector (año de referencia)

Millones de U\$S	%	% del PBI	Cápita/año
------------------	---	-----------	------------

Subsector			
Público	34,3	(1991)	
Privado	65,7	(1991)	
Seg. social			
Otros			
Total	8,0	(1991)	U\$S 434 (1994)
	8,5	(1994)	

Fuente: OPS/OMS (1997). Datos de 1991: OPS/OMS (1994).

Modalidades de contratación y pago

- a) *¿Cómo paga cada subsector la atención ambulatoria (cápitales, salarios, actos médicos, módulos, presupuesto global etc.)?*
- b) *¿Cómo paga cada subsector los servicios de internación (cápitales, salarios, actos médicos, módulos, presupuesto global etc.)?*
- c) *¿Existen copagos o coseguros? ¿qué participación tiene el usuario?*

Reforma del sistema

Entre los principales problemas que aquejan al sistema de salud uruguayo se encuentra el de la inequidad en el acceso y prestación de los servicios.

La ley del mutualismo y posteriores reglamentaciones regulan las prestaciones de las IAMC y las definen como la atención integral que deben brindar mediante el prepago de una cuota fija regulada por el estado. Si bien el sistema engloba principios de solidaridad (los sanos pagan las prestaciones de los que las necesitan), encierra en si una inequidad ya que clases sociales de menor poder adquisitivo no tienen la posibilidad de acceder al mismo. La incorporación de los copagos en los últimos años, grava aún más al enfermo y restan solidaridad al sistema.

De acuerdo con Noceti (1997), la segmentación se manifiesta también en la formación del recurso humano en salud, la cual se realiza trabajando y aprendiendo en los "pobres" que se asisten en los hospitales públicos que no tienen posibilidad de elegir. Otro elemento crítico del sector es la ineficiencia de los servicios de salud, la cual se observa en el exceso de actos clínicos que tiene el país, con bajísimos beneficios en relación a su costo y en el modelo de atención existente (que privilegia la alta y costosa tecnología sin realizar una evaluación crítica de los resultados que se obtienen).

Bajo este contexto, se observa que el sistema de salud uruguayo no escapa a la tendencia mundial de reforma, asociada a la crisis del Estado del Bienestar en general y a los sistemas de salud en particular. De hecho, puede decirse que a partir de la primera regulación de las IAMC en los años '80 se ha iniciado un importante proceso de reforma. A partir de ese momento, las políticas, si bien no siempre estructuradas como un set coherente de decisiones estratégicas, han promovido la provisión privada de los servicios de salud por medio de cooperativas médicas, aumentando al mismo tiempo el financiamiento público. (Ramos, et al, 1997).

Por un lado, el mayor lugar otorgado al subsector privado está en línea con las recomendaciones del Banco Mundial y, por otro, el gobierno uruguayo ha recibido dos préstamos para apoyar la reforma del subsector público.

La estructura del mercado compuesto por las IAMC ha ido cambiando en los últimos 15 años. Debido a las regulaciones que exigían una cantidad mínima de miembros varias IAMC chicas desaparecieron o se fusionaron. Mientras que en 1983 había 83 instituciones, en 1991 había 52. (Ramos et al, 1997).

En tanto, se destaca el aumento de la presencia de las IAMC en el interior del país. Esto se debe a un mandato por el cual estas instituciones debían tener registros

abiertos y a la inclusión de los trabajadores rurales en el Seguro Social de Enfermedad.

Según Noceti (1997), la reforma que necesita el país es una reforma profunda de gran magnitud pero que debe darse a través de una transformación gradual.

Desde fines de la década del '80 y a lo largo de los '90, se han ido implementando medidas de reforma tendientes a hacer frente a los principales problemas que presenta el sistema de salud uruguayo. En 1987 se aprobó la Ley de desconcentración de los Servicios de Salud del Estado, comenzando un proceso de separación de las funciones de prestación que tiene el MSP, de las de normatización, rectoría y control, como forma de fortalecer estas últimas.

Actualmente, como continuación de dicho proceso se encuentra en estudio del Parlamento, un proyecto de ley de descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) mediante la cual se pretende que las estructuras de ASSE se comporten como una empresa pública descentralizada permitiéndole competir con las IAMC. (Noceti, 1997).

Dentro de las actividades de reforma, el país está trabajando desde 1990 con el Banco Mundial en un proyecto de Fortalecimiento Institucional de los Servicios de Salud (FISS), que apunta básicamente a la transformación de los hospitales públicos en hospitales autogestionados comunitarios, competitivos con las instituciones privadas.

Bibliografía Consultada

- DIVISIÓN DE TURISMO (1998a), “Características Básicas de la Salud”, <http://www.turismo.gub.uy/msp/msp2.html>.
- DIVISIÓN DE TURISMO (1998b), “Resumen de la Situación Epidemiológica del Uruguay”, <http://www.gub.uy/msp/msp7.html>.
- ERRANDONEA, A. (1990), “Políticas de Salud en la Transición a la Democracia. Uruguay”. Instituto de Ciencias Sociales y OPS, mimeo.
- GONZÁLEZ GARCÍA, GINÉS. (Coord.) (1994), “Los Sistemas de Atención Sanitaria de la Seguridad Social en Algunos Países Seleccionados de América Latina”, en OISS (1995): Metodología para el Análisis Comparativo de los Sistemas de Atención Sanitaria de Seguridad Social de América Latina.
- INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO (1998), Unidad de Estadísticas: <http://www.turismo.gub.uy/intendencias/imm/poblar.htm>.
- LABADIE, G Y SÁNCHEZ, D. (1991), “Evolución del Sector Salud y Desarrollo de sus Formas de Organización”, mimeo.
- NOCETI, M. (1997), “La Reforma a la Salud en Uruguay”, mimeo.
- OPS (1993), “Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y Uruguay”.
- OPS/OMS (1994) “Condiciones de Salud en las Américas”.
- OPS/OMS (1997), “Situación de Salud en América. Indicadores Básicos 1997”, Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano.
- RAMOS, A., E. SIANDRA, G. LABADIE Y D. SANCHEZ (1997), “Regulation in a Dual Health Market. The Case of Uruguay”, mimeo.
- SALDAIN, RODOLFO, “Seguridad Social y Salud en Uruguay”, mimeo.
- WORLD BANK (1997), “Select World Development Indicators”, The International Bank for Reconstruction and Development, World Bank.

Anexo

Existen inconsistencias en la información acerca de los datos correspondientes al gasto en salud brindado por la OPS (1994). Según dichos datos, el subsector público y el privado representan el total del gasto y, por lo tanto, se deja de lado el papel que ocupa el subsector de la seguridad social. Probablemente, esto pueda deberse al hecho de que el subsector de la seguridad social no presta directamente los servicios sino que lo hace a través de las IAMC, que a su vez, como vimos, conforman la mayor parte del subsector privado. Por lo tanto, habría que tener en cuenta esta particularidad del sistema de salud uruguayo al considerar la información tanto del gasto, como también de la oferta y de la demanda por subsectores.

Siglas Utilizadas

ASSE: Administración de los Servicio de Salud del Estado.

BPS: Banco de Previsión Social.

BSE: Banco de Seguros del Estado.

CASMU: Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

DAF: Dirección de Asignaciones Familiares.

DISSE: Dirección de Seguros de Enfermedad.

FISS: Fortalecimiento Institucional de los Servicio de Salud.

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada.

IMAE: Instituciones de Medicina Altamente Especializadas.

IMPP: Instituto Médico de Prestaciones Privadas.

MSP: Ministerio de Salud Pública.