

# REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY EFECTOS FISCALES DE LARGO PLAZO

Leticia Zumar Filardo<sup>1</sup>

## RESUMEN

Un número importante de países, con diferentes niveles económicos y sistemas políticos, se han embarcado en procesos de reformas sanitarias con el fin de mejorar el financiamiento, la regulación, la accesibilidad, prestar mejores servicios de salud y favorecer la sostenibilidad del sector.

Uruguay transita los primeros años de la Reforma de la Salud gestada en el año 2007. Entre los principales objetivos se destacan el cambio en el modelo de atención, en el sistema de pago y en el financiamiento. Además, se propone universalizar el acceso a la salud, promover la calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.

Las características de la población uruguaya (envejecimiento de la población) y la de su mercado laboral (altas tasas de informalidad) impactan negativamente en el financiamiento del sistema, dado el diseño de la reforma actual, contribuyendo a la obtención de menores ingresos para el sector y generando presión sobre el gasto.

Por otra parte, los egresos se ven comprometidos por variables determinantes como lo son la demanda de medicamentos de alto costo, la innovación tecnológica, la transición epidemiológica, entre otras. Estas variables contribuyen, a nivel mundial, al crecimiento del gasto en salud.

En la actualidad, los sectores públicos desempeñan importantes tareas asignativas y redistributivas que influyen sobre la vida económica de los individuos. Es la «Economía del Bienestar» la que busca dar respuesta a la intervención del Sector Público en el funcionamiento económico (por qué se realiza la intervención, en qué áreas lo hace y qué condiciona la intervención).

Esta investigación busca conocer cuáles son los efectos fiscales de largo plazo de la reforma del sistema de salud uruguayo. Para ello se realizan modelos de simulación procurando reproducir el modelo de atención planteado en la reforma con una proyección al año 2035. Las simulaciones, a través de diferentes escenarios (base, adverso, optimista, poblacional), consideran aspectos macroeconómicos, políticos y demográficos.

Las trayectorias poblacionales del FONASA son crecientes en todos los escenarios. A través del tiempo, se observa un cambio en la estructura de la población FONASA, destacándose un incremento de los pasivos sobre el total de la población.

Analizando el resultado y el costo fiscal FONASA se concluye que la tendencia es a aumentar el déficit en los escenarios adverso y poblacional. Sin embargo, en los escenarios base y optimista el déficit disminuye a través del tiempo; incluso en este último se llega a concebir un superávit en el período final de la proyección.

***Palabras claves: reforma de la salud – sostenibilidad fiscal – resultado FONASA***

---

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte de la tesis entregada para la obtención del título Magíster en Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República, Uruguay.  
Tutores: Prof. Rodrigo Arim y Phd Juan José Goyeneche. Agosto de 2013

# 1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se ha instalado el debate sobre el crecimiento exponencial del gasto sanitario, gestado principalmente por el envejecimiento de la población, los medicamentos de alto costo, las técnicas de avanzada, así como por el mal uso de los recursos disponibles.

El sector público ha desempeñado un papel dominante en la financiación y en la prestación de los servicios de salud en la mayoría de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). El gasto en atención de salud durante los años 1960 y 1970 creció a tasas que la mayoría de los gobiernos consideraban incompatibles con unas finanzas públicas sostenibles<sup>2</sup>. Este gasto se sigue incrementando a tasas superiores al crecimiento económico general a pesar de haber intentado mecanismos para su cese.<sup>3</sup>

Los sistemas de salud han sido objeto de sucesivas reformas a lo largo del tiempo y han puesto el foco en diversas áreas a través de la historia. En ocasiones, los hacedores de política limitan el gasto en salud a través de restricciones macroeconómicas. Este tipo de políticas repercuten mayoritariamente en la prestación de los servicios de salud. Por ello, en las últimas décadas el enfoque se ha dirigido a fomentar la prestación más eficiente de la atención.

En el año 2007 Uruguay comienza a transitar por la reforma del sector salud basada esencialmente en el cambio del modelo de atención, en la universalización del acceso a la salud y en la generación de equidad del gasto y del financiamiento.

En Uruguay, el gasto público en salud se ha incrementado en los últimos tiempos debido principalmente a la implementación de la reforma del sector en 2007. El último dato disponible de cuentas nacionales en salud para el año 2008 indica que este gasto alcanza al 4,8% del PBI<sup>4</sup> (en 2005 alcanzaba el 4,2% del PBI)<sup>5</sup>.

Este porcentaje es inferior al promedio de los países de la UE (Unión Europea)<sup>6</sup>; sin embargo, la estructura del sistema insinúa que se incrementará en el tiempo. Por tanto, resulta imperioso conocer cuál es la trayectoria de los ingresos y egresos del FONASA, así como los factores determinantes del aumento del gasto. Esto permitirá implementar políticas de contención sin que ello derive en consecuencias no deseables para el sistema.

Esta investigación tiene por objetivo conocer la evolución del resultado FONASA y el impacto fiscal derivado de la reforma del sector hasta el año 2035. Para ello, se realizan modelos de simulación procurando reproducir el modelo de atención planteado en la reforma. Asimismo, se harán análisis de sensibilidad contemplando aspectos macroeconómicos,

---

<sup>2</sup> Docteur et al. (2003) *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OCDE Health Working Papers, No. 9, OCDE Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/865047648066>

<sup>3</sup> Según datos publicados en la página de la OCDE a noviembre de 2012, en el año 2010 el gasto en salud ha descendido luego de varias décadas, ocasionado por la crisis que atraviesa Europa (*Health at Glance: Europe 2012* based on OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database). [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012\\_9789264183896-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en).

<sup>4</sup> MSP (Cuentas Nacionales de Salud 2005–2008).

Este porcentaje incluye únicamente el financiamiento público: impuestos generales, precios, seguridad social (contiene transferencia del gobierno).

El gasto total en salud en 2008 alcanza el 7,5% del PBI, es decir, del Producto Bruto Interno.

<sup>5</sup> El peso del resultado FONASA sobre el PBI en 2008 alcanza el -0,16% y en 2011 equivale a 0,14%.

<sup>6</sup> En el año 2010 el gasto público en salud para el promedio de los países de la Unión Europea alcanzaba el 6,6%. Fuente: <http://datos.bancomundial.org/indicador>

demográficos y políticos. Estas variantes permiten amortiguar las limitaciones de proyectar a largo plazo, posibilitando transitar por una amplia gama de alternativas.

Al momento, mientras transcurren los primeros años de la reforma, no se conocen evaluaciones a largo plazo sobre la proyección del resultado fiscal ocasionado por la misma.

La estructura de los sistemas de salud difiere según cada país; por tanto, dadas las características del sistema sanitario uruguayo y de su reforma, esta investigación lograría ser ilustrativa a nivel internacional. La relevancia de este estudio se explica en las consecuencias sanitarias, económicas y políticas de la reforma, afectando los intereses del país en general.

Evaluar la trayectoria económica de la reforma implica, en algún punto, preservar las consecuencias sanitarias del país, especialmente cuando se ponen en juego el cambio en el modelo de atención y la aspiración de cobertura universal reduciendo las inequidades en salud entre los grupos de la población.

Desde una óptica económica, destinar cierto monto de dinero público a la salud podría significar la reducción de recursos en otras áreas, decisión que impactaría en diversos grupos de interés. Las consecuencias políticas de la reforma de la salud derivan en el éxito o fracaso de la misma, impactando y retroalimentando aspectos económicos y sanitarios.

Finalmente, se detalla la organización del trabajo dividida en secciones. En primer lugar, se presentan los antecedentes del trabajo donde se puntualiza acerca de la transformación actual del sector. La sección 3 muestra la pregunta de investigación y la hipótesis. Seguidamente se desarrolla la estrategia empírica. En la sección 5 se presentan los principales resultados a los que se ha arribado luego de desarrolladas las diversas simulaciones previstas. En las secciones 6 y 7 se despliegan las conclusiones y las referencias bibliográficas, respectivamente.

## **2. REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY**

La aprobación de la ley de presupuesto N° 17.930 (período 2005–2010) pautó en sus artículos 264 y 265 los lineamientos de la reforma, estableciendo la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La reforma de la salud de 2007, según expresan sus impulsores, tiene como objetivo central cambiar el modelo de atención, universalizar el acceso a la salud, generar equidad en el gasto y en el financiamiento, promover la calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema. Un aspecto a destacar es el cambio en el sistema de pago y financiamiento, asegurando cobertura universal a través de un SNS<sup>7</sup>.

La ley N° 18.131 de mayo de 2007 (denominada «ley chica») crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuya administración está a cargo del BPS. Este debe remitir mensualmente al MSP y al MEF<sup>8</sup> la información relacionada con la gestión del FONASA, en las condiciones que dichos ministerios lo establezcan<sup>9</sup>.

Básicamente, el FONASA capta los aportes de los trabajadores activos y pasivos, de los empleadores y del Estado, que antes eran vertidos a la Seguridad Social. Estos aportes del FONASA son utilizados para pagar una cuota de salud (asociada a la edad y sexo de los

---

<sup>7</sup> Presidencia de la República (2005) *Sistema Nacional Integrado de Salud. No cuesta más, tickets más baratos, libertad de elección y nadie quedará afuera.*

<sup>8</sup> Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Economía y Finanzas, respectivamente.

<sup>9</sup> Decreto 276/007 de 02/08/2007

beneficiarios) al proveedor elegido por el beneficiario, así como las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos (FNR).

En otras modificaciones, los prestadores de salud para aquellos beneficiarios que ingresen al FONASA serán las IAMCs, ASSE y los seguros privados.

La ley N° 18.211 (denominada «ley grande») crea el SNIS financiado por un SNS<sup>10</sup> a través del FONASA. El SNIS se constituye a través del FONASA en el principal referente para la población, pasando a ser prácticamente el único comprador de los servicios de atención integral para la misma, existiendo un sistema mixto de prestadores públicos y privados. En ese contexto, el usuario elige dónde quiere asistirse y, por tanto, define el prestador al que FONASA comprará los servicios de salud.

El SNIS asegura el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país. En el artículo 3 de la ley 18.211 se menciona una serie de principios rectores del SNIS, entre los cuales se destacan: la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud, la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, la orientación preventiva, integral y de contenido humanista, la calidad integral de la atención, entre otros. A estos fines se crea la JUNASA (Junta Nacional de Salud)<sup>11</sup> con el cometido de administrar el SNS y velar por la observancia de los principios rectores mencionados recientemente y por los objetivos del SNIS<sup>12</sup>.

El FONASA se constituirá en el BPS tal como se expresó en la ley 18.131, sin perjuicio de las competencias de la JUNASA como administradora del SNS y consiguientemente titular y destinataria del fondo que constituye su patrimonio<sup>13</sup>. El BPS recibe los aportes y paga las cuotas a las entidades prestadoras. Es competencia del BPS la gestión integral de los aportes: recaudación, fiscalización, determinación tributaria y gestión de cobro.

### **Hacia la cobertura universal**

La ley 18.211 estableció el principio de universalidad de la cobertura del SNS. La entrada de los distintos colectivos al seguro se ha venido efectivizando en forma paulatina, diferenciándose en ocasiones las condiciones de ingreso y sus respectivos aportes.

Los beneficiarios pueden ser agrupados en cinco grandes colectivos, a saber: *a)* activos (excluidos los del punto *e)*); *b)* pasivos; *c)* menores de 18 años a cargo; *d)* cónyuges y concubinos, y, *e)* personas que obtengan ingresos por servicios personales independientes.

Las distintas reglamentaciones postergaron la incorporación de ciertos colectivos de personas por diversos motivos. En la actualidad, gran parte de los grupos descritos más arriba han sido incorporados al seguro o está prevista su agregación en el corto plazo.

Dichos beneficiarios atribuyen amparo a la cobertura médica a sus hijos a cargo, menores de 18 años o mayores con discapacidad, propios o del cónyuge o concubino. Los padres biológicos o adoptivos amparan obligatoriamente a sus hijos, independientemente de la integración familiar y manutención, correspondiendo a ambos el mismo aporte. Los cónyuges o concubinos que no posean cobertura médica del SNS se han venido incorporando al seguro desde diciembre de 2010, según el número de hijos a cargo.

<sup>10</sup> Esta creación estaba prevista en los artículos 264 y 265 de la Ley de Presupuesto N° 17.930.

<sup>11</sup> La JUNASA tiene dos miembros representantes del MSP, un miembro del MEF, uno del BPS, un miembro de los prestadores que integren el SNIS y un miembro de los trabajadores de los prestadores que integren el SNIS.

<sup>12</sup> Art. 24 lit B de la ley 18.211

<sup>13</sup> Art. 57 de la ley 18.211.

Luego de la incorporación de los pasivos en julio de 2012, la cobertura FONASA alcanza el 64% de la población total del país. A la fecha no han sido incorporados al SNS los trabajadores municipales, el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Interior, estos dos últimos con cobertura por sanidad militar y policial, respectivamente. Cabe mencionar que el diseño del sistema solo anexa a trabajadores formales; por tanto, con datos actuales, más de 460 mil trabajadores no son beneficiarios del seguro por su condición de informalidad.

### Aportes y pago a los proveedores

Los aportes de los trabajadores previos a la creación del SNIS ascendían a un 3% sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío y el aporte a cargo del organismo empleador al 5%. Si bien este último permaneció constante, los aportes de los activos se modificaron, así como también el alcance de su cobertura.

A continuación, se presenta un cuadro con los aportes generales al FONASA a cargo de los beneficiarios activos y pasivos.

**Cuadro 1:** Aportes personales vigentes

		Remuneración			
		Hasta 2,5 BPC			
		Aporte básico	Ap ad menor	Ap ad cónyuge	TOTAL
Sin cónyuge o concubino	Sin hijos	3%	0%	0%	<b>3,0%</b>
	Con hijos	3%	0%	0%	<b>3,0%</b>
Con cónyuge o concubino	Sin hijos	3%	0%	2%	<b>5,0%</b>
	Con hijos	3%	0%	2%	<b>5,0%</b>
		Mayor a 2,5 BPC			
		Aporte básico	Ap ad menor	Ap ad cónyuge	TOTAL
Sin cónyuge o concubino	Sin hijos	3%	1,5%	0%	<b>4,5%</b>
	Con hijos	3%	3,0%	0%	<b>6,0%</b>
Con cónyuge o concubino	Sin hijos	3%	1,5%	2%	<b>6,5%</b>
	Con hijos	3%	3,0%	2%	<b>8,0%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la ley 18.211<sup>14</sup>

Por otra parte, los prestadores públicos y privados incluidos en el SNIS tienen derecho al cobro de una cuota salud (cápita más un componente variable) según el número de personas inscriptas en sus padrones. El sistema caputivo (pago prospectivo) considera el monto que se le asigna a una persona con determinadas características por concepto de servicios sanitarios, con conocimiento a priori de qué servicios incluye y el tiempo considerado.<sup>15</sup>

Esta cápita será del mismo monto tanto sean prestadores públicos como privados y tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados (asociada a sexo y edad de los beneficiarios) considerando de esta forma el riesgo de los servicios de atención médica en Uruguay; es decir, estas dos variables pretenden dar cuenta del distinto perfil de riesgo de enfermar y morir que tienen dichos grupos.

Los prestadores de salud, además de percibir un monto por concepto de cápita para cada uno de sus beneficiarios, a partir del cumplimiento de metas asistenciales reciben un

<sup>14</sup> Nota: los pasivos no incorporados al SNS aportan un 1% de su nominal.

<sup>15</sup> Buglioli, et al. (2002) *Modalidades de pago de la atención médica*, Revista Médica 18, pp. 198–210.

monto variable de ingresos.<sup>16</sup> Como se expresa en el informe de Rendición de Cuentas de la JUNASA en 2011, las metas asistenciales constituyen una herramienta de gestión para la gobernanza del sistema sanitario, procurando mejorar la calidad de las prestaciones y el desarrollo del modelo de atención con estímulos económicos.

Luego de transcurridos tres años del inicio de la reforma, la ley 18.731 establece una serie de modificaciones entre las que se destaca la devolución de excedentes de aportes al FONASA. A fines de cada año, se deberá comparar la suma del CPE<sup>17</sup> para el SNS correspondiente al beneficiario y a todas las personas que están a su cargo en el seguro (más un 25%) con los aportes personales al FONASA<sup>18</sup>. Si de esta comparación el saldo es positivo, esta diferencia será devuelta a los contribuyentes al año siguiente; de lo contrario, en caso de déficit se cubre con el FONASA.

### **Plan integral de atención de salud - Contratos de gestión**

Un cambio sustancial que trajo aparejada esta reforma fue la separación entre la contribución realizada y la utilización de los servicios. Todos los beneficiarios del SNS tienen derecho al Plan Integral de Atención de Salud (PIAS). Este plan debe ser garantizado y vinculado tanto a la prima establecida como a los planes y programas de salud relevantes a lo largo del país. Consiste en once programas prioritarios de atención a la salud definidos por el MSP, cuyo objetivo es la atención integral de la población evitando la fragmentación<sup>19</sup>. Asimismo, se incluye un Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) obligatorio; este implica una lista mínima de fármacos que los prestadores están obligados a dar a sus usuarios.

La JUNASA como administradora del SNS es quien contrata a los prestadores integrales que brindarán el PIAS a sus beneficiarios. A través de los Contratos de Gestión<sup>20</sup> que firma la JUNASA con los prestadores se busca establecer los incentivos adecuados para que estos ofrezcan servicios de salud de calidad y en forma oportuna. De esta manera, se establecen las obligaciones de las partes en materia asistencial, de gestión y de financiamiento<sup>21</sup>.

### **Gasto público en salud**

Uruguay ha tenido históricamente elevados niveles de gasto en salud respecto a su PBI en comparación con el resto de la región. Según la última publicación de Cuentas Nacionales, en 2008<sup>22</sup> el gasto en salud equivalía al 7,5% del PBI; de esa cifra, el 4,8% equivale a financiamiento público. Cabe mencionar que el financiamiento del sistema corre por cuenta de fuentes públicas (rentas generales y aportes de la seguridad social) y fuentes privadas (las cuotas que asumen los individuos al contratar cualquier organismo privado de provisión).

---

<sup>16</sup> En 2009 comienza a pagarse por estas metas solo a aquellos que las alcancen. Antes el pago era para todos igual, no importando si alcanzaban o no las metas fijadas.

<sup>17</sup> Se entiende por CPE, «el costo promedio equivalente para el SNS de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud, las expectativas de vida de la población, las cuotas del FNR y el costo de administración de dicho seguro». Art 9º de la ley 18.731.

<sup>18</sup> Art. 11 de la ley 18.731

<sup>19</sup> MSP (2010), *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*.

<sup>20</sup> El primer contrato de gestión fue a través del decreto 464/2008 del 02/10/2008, cuya vigencia rigió hasta la entrada en circulación del segundo contrato. Este se efectivizó a través del decreto 081/2012 fue firmado en 13/03/2012 cuya duración es por tres años, prorrogable anualmente

<sup>21</sup> Los prestadores serán sancionados económicamente, según disponga la JUNASA, en caso del no cumplimiento del contrato.

<sup>22</sup> MSP-OPS. Cuentas Nacionales de Salud 2005–2008, Uruguay, diciembre 2010. [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

En el período 2004–2012 el gasto público en salud<sup>23</sup> creció en términos reales a una tasa promedio anual de 13.1%; en cambio, la tasa de crecimiento del PBI lo hizo a un ritmo menor del 5.1% anual. El mayor crecimiento relativo del gasto público en salud coincide con la implementación de la Reforma de la Salud en el año 2008 donde se le atribuye un incremento de los recursos destinados a la cobertura del SNS. Asimismo, en el mismo período se observa un aumento en los fondos destinados a ASSE, explicando en 2012 el 34% del crecimiento total del gasto público<sup>24</sup>.

El cuadro siguiente muestra la evolución del déficit FONASA desde su implementación hasta el año 2012. Estos montos son cubiertos por transferencias monetarias de rentas generales hacia la seguridad social.

**Cuadro 2:** Evolución del resultado FONASA y PBI  
Millones de pesos corrientes – Período 2008–2012

Año	Resultado FONASA	PIB	Res FONASA/PIB
2008	-1.019	636.151	-0,16%
2009	-570	682.216	-0,08%
2010	-508	779.226	-0,07%
2011	-1.261	896.849	-0,14%
2012	-3.229	1.013.878	-0,32%

Fuente: Rendición de cuentas JUNASA. BCU

Si se observa con detenimiento, la inclusión paulatina de los diferentes colectivos al SNS junto a otra serie de factores, derivan en el abultamiento del déficit FONASA, impactando de forma significativa en las finanzas del país.

A modo de ejemplo, cuando se habla de otros factores, se hace referencia al mapa etario de Uruguay. El envejecimiento demográfico<sup>25</sup> constituye un fenómeno característico en nuestro país, así como lo es en las poblaciones de los países desarrollados. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el porcentaje de población de 65 años o más se ubicaba en 2011 en 13,6% y se proyecta un incremento al 2025 del 15,7%. Al mismo tiempo, el porcentaje de la población menor a 15 años en 2011 se encontraba en 22,2%, estimándose para 2025 que sea el 20% de la misma.

El envejecimiento de la población, junto a las modificaciones en las prestaciones de salud provocadas por los cambios en la morbilidad de la gente y la ampliación de beneficiarios de la cobertura del seguro, entre otras causas, impactan directamente en el financiamiento del sistema.

Una vez implementada la reforma de la salud comenzó el cambio en la tendencia de los ingresos y egresos del sistema. Las variables determinantes de los ingresos difieren de las de los egresos originando tasas de crecimiento y decrecimiento dispares entre sí.

El incremento en el gasto destinado al sector salud es una preocupación que se ha instalado a nivel mundial. Al parecer, el denominador común de todos los países son las

<sup>23</sup> Se incluye se incluyen los gastos de ASSE, MSP, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas, FNR y FONASA. Queda excluido del análisis el gasto en salud de BPS y las intendencias.

<sup>24</sup> Exposición de Motivos, Rendición de Cuentas 2012.

<sup>25</sup> Es el aumento del porcentaje que representan los individuos mayores de 65 años sobre el total de la población.

variables disparadoras del gasto citado más arriba. El impacto de las mismas puede tener mayor o menor incidencia acorde a la estructura sanitaria de cada país y a cuál sea su punto de partida<sup>26</sup>.

### 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

La evolución en el tiempo de los ingresos y egresos del FONASA insinúan diferencias en sus tasas de crecimiento. Actualmente, el fondo es deficitario y en principio sostenible desde el punto de vista económico y político. Sin embargo, si la diferencia entre ingresos y egresos se acrecienta, se cuestionaría si esa situación es pasible de mantener en el tiempo.

En la actualidad, el sistema sanitario uruguayo conserva rasgos de un modelo segmentado con indicios de centralización. Al igual que los países europeos y el resto de Latinoamérica, no es ajeno al impacto económico que genera la combinación de factores analizados oportunamente en relación a la tecnología, medicamentos de alto costo, envejecimiento de la población y transición epidemiológica<sup>27</sup>.

Asimismo, se proyecta la cobertura universal de la población con una estructura de financiamiento débil (alta tasa de informalidad y alto porcentaje de mayores de 65 años en la población).

Dado el cuestionamiento sobre la sostenibilidad en el tiempo desde el punto de vista económico y político del déficit FONASA, esta investigación pretende responder a la siguiente pregunta:

***¿Cuáles son los efectos fiscales a largo plazo de la Reforma del Sistema de Salud de Uruguay?***

Dadas las características de la reforma sanitaria uruguaya, la hipótesis planteada es la siguiente:

***El resultado y costo fiscal FONASA derivado de la reforma del sistema de salud uruguayo crece a través del tiempo.***

En este contexto, el costo fiscal implica que el gasto en salud se incrementa a una velocidad y tamaño superior al de los ingresos. Plantear una hipótesis de este tenor significa pensar a futuro en cambios en el modelo de financiamiento y en la implementación de políticas eficientes concernientes al gasto sanitario.

Esta hipótesis involucra suponer el ingreso progresivo al sistema de toda la población, independientemente de los aportes que realicen, la canasta de prestaciones constante (técnicas y medicamentos de alto costo) y no considerar la transición epidemiológica.

Los diferentes escenarios macroeconómicos que se plantean determinan el rango en que se mueve el déficit público. Un escenario macroeconómico favorable implica un aceleramiento superior de las variables de ingresos (vía mayor ocupación, aumento de salarios reales, menor informalidad, entre otros) en relación con la de los egresos. En cambio, en un

---

<sup>26</sup> CEPAL, Naciones Unidas (2006); *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad.*, capítulo 3. LC/G.2294(SES.31/3)/E <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf>

<sup>27</sup> Entendida esta como un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. Fuente: Borruec et al. (2010) *Estudios de carga de enfermedad-Argentina*, Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados en Salud Pública (FESP). ISBN 978-950-38-0103-1

contexto desfavorable, cuando las variables que motivan los egresos son más rígidas que las variables de ingreso, el monto público destinado a salud aumenta.

Finalmente, ante un cambio en la canasta de prestaciones y la consideración en el cálculo de las cápitas de la transición epidemiológica, el déficit FONASA crecería a una tasa superior a la considerada. Si bien estos componentes no serán tomados en cuenta en la proyección, son vistos como una amenaza al sistema.

#### 4. ESTRATEGIA EMPÍRICA

##### 4.1) Metodología

###### 4.1.1) Definiciones

Se realizan diversas simulaciones con el objetivo de replicar el modelo actual de salud uruguayo. La reforma de salud evoluciona en etapas, generando largos procesos para su implementación y posterior evaluación; por tanto, se considera oportuno trabajar con proyecciones hasta el año 2035.

Con el propósito de establecer el resultado FONASA y el costo fiscal generado por el nuevo sistema de salud se proyectan los ingresos y los egresos sanitarios bajo una serie de supuestos y predicciones a través de diferentes escenarios.

El supuesto general empleado en las proyecciones realizadas es que la canasta de servicios de salud y la calidad permanecen constantes a lo largo de todo el período de estudio.

Seguidamente se presentan las ecuaciones pilares de la metodología a emplear:

$$d1 = \text{ResultadoFONASA} = \text{IngresosFONASA} - \text{EgresosFONASA}$$

$$d2 = \text{CFRS} = \text{ResultadoFONASA} - \text{GIE}$$

$$d3 = \text{GIE} = (\text{GPU\_ASSE} + \text{G\_FNR}) * \text{cantidadde usuariosASSEFONASA} + \text{Gint} + \text{Gmi} + \text{Gmd}$$

$$d4 = \text{GPU\_ASSE} = \frac{\text{Presupuest o\_ASSE}}{\text{Cantidad de usuarios ASSE}}$$

$$d5 = \text{G\_FNR} = \frac{\text{Monto facturado desde FNR a RRGG}}{\text{Cantidad usuarios ASSE no FONASA}}$$

Siendo:

*CFRS* = Costo Fiscal de la Reforma de Salud

*GIE* = Gasto Incurrido por el Estado

*GPU\\_ASSE* = Gasto promedio por usuario ASSE

*G\\_FNR* = Gasto promedio por usuario ASSE al FNR

*Gint* = Gasto en salud por parte de las intendencias.

*Gmi* = Gasto en salud de Sanidad Policial (Ministerio del Interior).

*Gmd* = Gasto en salud de Sanidad Militar (Ministerio de Defensa).

Del gasto asociado a salud realizado por las intendencias, sanidad policial y militar se considera la proporción correspondiente al número de beneficiarios que ingresan al FONASA.

Por tanto, no se deduce del resultado FONASA todo el presupuesto de las intendencias, de sanidad policial y militar.

Las simulaciones consideran aspectos macroeconómicos, políticos y demográficos:

- aspectos macroeconómicos: incluyen los distintos escenarios posibles cuando se modifican las tendencias de las variables macroeconómicas. Se considera la evolución del PBI, el salario real, la población ocupada y la tasa de informalidad.
- aspectos políticos: se analizan las distintas posibilidades de cobertura al SNS, hasta lograr la inclusión total de la población.
- aspectos demográficos: se contempla la evolución de la población país total según sexo y tramo etario.

Basados en la evolución de las variables macroeconómicas se conforman cuatro escenarios: **Base** (b), **Adverso** (a), **Optimista** (o) y **Poblacional** (p).

A continuación, se ilustra un cuadro comparativo entre cada uno de los escenarios y las variables en cuestión: Producto Bruto Interno (PBI), Salario Real (SR), Tasa de Ocupación (TO) y Tasa de informalidad (TI). Cabe precisar que en el escenario (p) las tres primeras variables mencionadas permanecen constantes a partir de 2016, considerando exclusivamente el impacto en la evolución de la población.

**Cuadro 3:** Comportamiento de las variables macroeconómicas según escenarios

$$d6) \quad PBI_a < PBI_b < PBI_o$$

$$d7) \quad SR_a < SR_b < SR_o$$

$$d8) \quad TO_a < TO_b < TO_o$$

$$d9) \quad TI_o < TI_b < TI_a$$

Fuente: Elaboración propia

Para cada uno de los escenarios descritos recientemente, dependiendo de aspectos políticos en cuanto a la inclusión de nuevos beneficiarios al seguro, se diferencian tres resultados FONASA de los que se derivan los costos fiscales.

Resultado<sub>i</sub> = R<sub>i</sub>; i = 1, 2 y 3

d10: R<sub>1</sub> = resultado FONASA beneficiarios actuales 2012 + resultado FONASA cónyuges ley 18.211 + resultado FONASA pasivos leyes 18.731 y 18.922.

d11: R<sub>2</sub> = R<sub>1</sub> + resultado FONASA sanidad policial + resultado FONASA sanidad militar + resultado FONASA intendencias.

d12: R<sub>3</sub> = R<sub>2</sub> + resultado FONASA incorporación población no FONASA.

CFRS<sub>Ri</sub> = R<sub>i</sub> - GIE<sub>i</sub>; i = 1, 2 y 3.

$$d13 : \quad CFRS_{R1} = R_1 - GIE_1$$

$$d14 : \quad GIE_1 = (GPU_{-ASSE_1} + G_{-FNR}) * \text{cantidad de usuarios ASSE FONASA}$$

$$d15 : \quad CFRS_{R2} = R_2 - GIE_2$$

$$d16 : \quad GIE_2 = (GPU_{-ASSE_2} + G_{-FNR}) * \text{cantidad de usuarios ASSE FONASA}_2 + G_{int} + G_{mi} + G_{md}$$

$$d17 : \quad CFRS_{R3} = R_3 - GIE_3$$

$$d18 : \quad GIE_3 = (GPU_{-ASSE_3} + G_{-FNR}) * \text{cantidad de usuarios ASSE FONASA}_3 + G_{int} + G_{mi} + G_{md}$$

Las definiciones 15 y 17 se diferencian en el número de usuarios ASSE FONASA y en el gasto promedio por usuario ASSE, este último fundamentalmente en su numerador debido a que se supone que permanece incambiado cuando se cubre a toda la población.

Se anuncia el siguiente cronograma de entrada al SNS para aquellos colectivos no previstos en la ley:

Año 2016: Intendencias.

Año 2017: Sanidad Policial y Sanidad Militar.

Año 2018: Resto de la población no FONASA.

**Cuadro 4:** Resumen de escenarios y resultados FONASA

Esc/Res	R1	R2	R3
Base	<i>bR1</i>	<i>bR2</i>	<i>bR3</i>
Adverso	<i>aR1</i>	<i>aR2</i>	<i>aR3</i>
Optimista	<i>oR1</i>	<i>oR2</i>	<i>oR3</i>
Poblacional	<i>pR1</i>	<i>pR2</i>	<i>pR3</i>

Fuente: elaboración propia en base a los supuestos desarrollados.

#### 4.1.2) Beneficiarios FONASA

Para proyectar a los beneficiarios FONASA hasta el año 2035, se establecieron seis pasos metodológicos que se desarrollan seguidamente.

##### 4.1.2.1) Paso 1

Se obtuvo el número de beneficiarios FONASA a agosto de 2012 provisto por el Banco de Previsión Social (BPS). Se dividió según colectivo (activos, cónyuges y menores), sexo y tramo etario. El colectivo pasivo se analiza en el próximo paso debido a la particularidad del cálculo.

##### 4.1.2.2) Paso 2

Se estimaron los beneficiarios cónyuges (cónyuges de activos y de pasivos) y pasivos, según sexo y grupo etario, a ingresar al seguro según lo establecen las leyes 18.211, 18.731 y 18.922.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> En el colectivo de pasivos se estudia conjuntamente los beneficiarios actuales y los próximos a entrar.

El colectivo pasivo es dividido para su análisis en cuatro grupos:

- a)** Pasivos anteriores a la ley 18.731 (actuales).
- b)** Pasivos ley 18.731 numeral 1.
- c)** Pasivos ley 18.731 numeral 2.
- d)** Altas de pasividades anuales.

Cabe considerar que en el año 2016 terminarían de ingresar todos los beneficiarios pasivos al SNS. Los pasivos del numeral 1 de la ley 18.732 ingresan anualmente en forma progresiva, mientras que los del numeral 2 ingresaron en julio de 2012 y se incorporan en el 2016 aquellos que renunciaron a entrar o a permanecer en el seguro (pueden renunciar en cualquier momento del tiempo)<sup>29</sup>.

Por tanto, hasta el 2016 (tomando en cuenta las incorporaciones que establece la ley 18.731), se trabaja con el stock de los grupos **a)**, **b)** y **c)** al año 2012 corregido por una tasa de mortalidad acorde a la proyección de población utilizada. Para observar el flujo de este colectivo en el período 2012–2016 se incluyen las altas de pasividades anuales.

#### 4.1.2.3) Paso 3

Se estimaron los beneficiarios a ingresar de intendencias, sanidad policial y sanidad militar, según sexo y grupo etario.

Cabe mencionar, el supuesto realizado sobre la población FONASA considerada para intendencias, policial y militar; la misma no incluye a la totalidad de usuarios actualmente contemplados por los diferentes ministerios e intendencias.

#### 4.1.2.4) Paso 4

Una vez obtenida la evolución de la población total según sexo y edad se proyectó la población FONASA por colectivo, sexo y tramo etario. Esto implica considerar en el conjunto de los beneficiarios FONASA el impacto en la cantidad y en la estructura generado por los cambios poblacionales.

Esta proyección se realizó para todos los colectivos analizados en los pasos anteriores (beneficiarios 2012, cónyuges y pasivos con entrada gradual, intendencias, sanidad policial y militar).

A continuación, se explica la metodología general aplicada a los diferentes colectivos y se presentan ecuaciones resúmenes del total de beneficiarios FONASA.

La ecuación 1 calcula la cantidad de personas proyectadas del grupo «colectivo» al año  $j$ , según sexo y grupo etario.

$$ec1) colectivo_{proy\ j} = colectivo_{proy\_HOM\ j} + colectivo_{proy\_MUJ\ j}$$

Siendo *colectivo*= activos o menores o cónyuges o pasivos

$j= 2012, \dots, 2016$ .

---

<sup>29</sup> Se supone para este análisis la renuncia en 2012 y la reincorporación de todos ellos en 2016. No se admiten renunciaciones a lo largo del proceso.

ec 2) *colectivo* <sub>proy \_HOM j</sub> =

$$\frac{\sum_{i=1}^{i=8} \text{colectivo}_{x\_HOM i}}{\sum_{i=1; j=x}^{i=8; j=x} \text{Pob\_tot\_HOM ij}} * \sum_{i=1; j=x}^{i=8; j=2035} \text{Pob\_tot\_HOM ij}$$

La ecuación para el sexo femenino es análoga a la ecuación anterior.

Siendo:

Tramos de edad	i =1,2 ,,,8
<1	1
Entre 1 - 4	2
Entre 5 - 14	3
Entre 15 - 19	4
Entre 20 - 44	5
Entre 45 - 64	6
Entre 65- 74	7
>74	8

La ecuación 2 proyecta la cantidad del grupo «colectivo» al año *j* haciendo permanecer constante la proporción de personas del grupo etario *i*, del año *j = x* en el total de la población para la misma franja de edad y año. A su vez, esta proporción fija se multiplica por el total de la población del grupo etario *i* para los años que van desde *j = x* a *j = 2035*.

Se considera «*x*» el año de partida de cada uno de los colectivos a ingresar o en su defecto al año 2012 si ya están en el seguro. Por ejemplo, el año de partida de las intendencias es el 2016, cuando ingresan al seguro.

Las ecuaciones 3 y 4 agrupan la proyección al año *j* del total de la población FONASA según supuestos de inclusión. La segunda ecuación incluye a las intendencias, sanidad policial y militar, mientras que la primera solo proyecta la población actual y la prevista a ingresar gradualmente en las leyes 18.211 y 18.731.

ec3) 
$$\text{PoblaciónFONASA}_{_1j} = \text{activos}_{proy j} + \text{cónyuges}_{proy j} + \text{menores}_{proy j} + \text{cónyuges}_{activo 2013 proy j} + \text{cónyuges}_{activo 2014 proy j} + \text{cónyuges}_{pasivo 2016 proy j} + \text{pasivos}_{proy j}$$

ec 4) 
$$\text{PoblaciónFONASA}_{_2j} = \text{PoblaciónFONASA}_{_1j} + \text{intendencias}_{proy j} + \text{policial}_{proy j} + \text{militar}_{proy j}$$

#### 4.1.2.5) Paso 5

El número de beneficiarios activos, cónyuges y menores se ve impactado ante variaciones en la cantidad de ocupados formales de la economía. Se supone que frente a un cambio en la ocupación, los pasivos no ven afectado su número en el período de análisis de

este trabajo; por tanto, se excluye dicho efecto para este colectivo, proyectado únicamente según la evolución de la población<sup>30</sup>.

### Impacto en los activos

Hasta el momento, se proyectó la población activa según la evolución de la población total. Ante un cambio en la tasa de ocupación, el número de activos responde con el mismo signo y magnitud a dicha tasa.

### Impacto en los cónyuges

El impacto en las variaciones del número de cónyuges ante cambios en la tasa de ocupación depende del escenario empleado. Se supone una reinserción laboral de los cónyuges ante aumentos en la tasa de ocupación, en los escenarios base y optimista. En el resto de los escenarios, la cantidad de personas se ajusta según la evolución de la población.

Reinserción laboral de los cónyuges para el año  $j$ .

$$rein\_lab_j = y$$

Depende de cada escenario:

$y=0,97$  en el escenario base

$y=0,96$  en el escenario optimista

$y=1$  en el escenario adverso y poblacional.

Se define como  $rein\_lab_j$  al porcentaje de cónyuges que permanecen sin ser ocupados a pesar de un aumento en la tasa de ocupación. Estos valores son los mínimos posibles para mantener a lo largo del período de estudio la coherencia entre la cantidad de nuevos activos FONASA (a través del aumento de la tasa de ocupación) y la disminución de cónyuges no empleados que se transforman en activos. Es decir, suponer que una mayor cantidad de cónyuges FONASA pasaría a ser activos FONASA generaría un aumento en el número de activos totales superior al establecido por la tasa de ocupación fijada.

### Impacto en los menores

Los menores ajustados y proyectados al año  $j$  se subdividen en menores generantes (con padre y/o madre aportantes) y menores no generantes (sin aportes)<sup>31</sup>.

En los menores generantes, se asume que el ratio  $menoresFONASA/activosFONASA$  es igual al ratio  $menores/activos$  de la población total proyectada al año  $j$ . En los menores no generantes, el supuesto es que ante un aumento de la ocupación, la cantidad de menores de padres desocupados disminuye en la misma proporción y viceversa.

Finalmente, con todos los colectivos proyectados y ajustados por la tasa de ocupación, según corresponda, se arriba a las ecuaciones 5 y 6, resumiendo el total de población FONASA.

$$ec\ 5) \quad Pob_{FONASA\_aj} 1_J = activos_{proy\_aj\ j} + cónyuges_{proy\_aj\ j} + \\ menores_{proy\_aj\ j} + cónyuges_{pasivo\ 2016\ proy\ j} + pasivos_{proy\ j}$$

<sup>30</sup> Como consecuencia, tampoco se considera a los cónyuges pasivos ingresados en 2016.

<sup>31</sup> Art. 30 de la ley 18.731.

La ecuación 5 no incluye a los beneficiarios de intendencias, sanidad policial y militar. La variable *cónyuges*<sub>proy\_aj</sub> contiene en el ajuste a los cónyuges hasta el año 2012 más los previstos a ingresar en los años 2013 y 2014. Esta población FONASA es la utilizada para calcular el «Resultado 1» en las proyecciones del resultado FONASA.

$$ec\ 6) \quad Pob_{FONASA\_aj\ 2\ j} = Pob_{FONASA\_aj\ 1\ j} + int\ endencias_{proy\_aj\ j} + policia_{proy\_aj\ j} + militar_{proy\_aj\ j}$$

La ecuación 6 sigue los mismos criterios de la ecuación 5 y se le adicionan los colectivos de intendencias, policías y militares. La  $Pob_{FONASA\_aj\ 2}$  es la utilizada para calcular el «Resultado 2» en las proyecciones del resultado FONASA.

#### 4.1.2.6) Paso 6

Finalmente, se estimó la cantidad de personas que al año 2018 no estaban cubiertas por el FONASA.  $Pob_{NOFONASA}$  es la cantidad de personas que se incluirán al seguro a partir del año 2018, la que resulta de la diferencia entre la población total y la población FONASA para el año  $j$ .<sup>32</sup>

$$ec\ 7) \quad Pob_{NOFONASA\ j} = Pob_{TOTAL\ j} - Pob_{FONASA\_aj\ 2\ j}$$

Siendo  $j= 2018, 2019, \dots, 2035$ .

Una vez incorporada la población no FONASA se concluye que la población FONASA es igual al total de la población país. Esta población es la utilizada para calcular el «Resultado 3» en las proyecciones del resultado FONASA.

$$ec\ 8) \quad Pob_{FONASA\_aj\ 3\ j} = Pob_{TOTAL\ j} = Pob_{FONASA\_aj\ 2\ j} + Pob_{NOFONASA\ j}$$

Siendo  $j= 2018, 2019, \dots, 2035$ .

### 4.1.3) Ingresos y egresos FONASA

#### 4.1.3.1) Ingresos

Los colectivos aportantes de FONASA se dividen entre activos y pasivos. El primero de ellos puede incorporar a los menores de 18 años o mayores con discapacidad a cargo y a sus cónyuges (según lo establece la ley 18.211). Los pasivos, tanto los incorporados previamente a julio de 2012, como los que se incorporaron e incorporarán a través de la ley 18.731, generan el derecho inmediato de incluir a los menores pero no así a sus cónyuges, quienes podrán unirse al seguro a partir de 2016. Para los cálculos de esta proyección se supone que los pasivos no tienen hijos asociados.<sup>33</sup>

<sup>32</sup> Se utiliza para el cálculo la población con intendencias, policías y militares debido a que se supone la inclusión de los no FONASA, una vez entrados los primeros.

<sup>33</sup> Según datos de BPS a julio de 2012, el ratio “menores de pasivos/pasivos”=0,03 %

#### 4.1.3.2) Egresos

Para el cálculo de los egresos FONASA se toma en cuenta el valor de las cápitas por sexo y tramo etario, las metas y la cuota del FNR. En el caso de los pasivos se le adiciona el valor del ticket anual que se les proporciona para su utilización. Asimismo, este colectivo difiere en su cálculo para los beneficiarios del numeral 1 y 2 de la ley 18.731.

Cabe precisar que en el cálculo de los egresos no se considera hasta el 2016 el pago del 100% de las cápitas debido al incumplimiento de las mismas. Según datos de BPS, ASSE presenta un porcentaje bajo de cumplimiento, lo que hace disminuir el promedio del sistema. Se supone que a partir del 2016 las metas se cumplen en su totalidad y se comienza a considerar un egreso equivalente al 100% de su valor para todos los beneficiarios.

#### **Otros egresos**

Uno de los resultados FONASA definidos ( $R_3$ ) establece la capitación de aquella población NO FONASA en el año 2018. Se asume que este grupo de personas no paga cuota de bolsillo y que a esa fecha son usuarios de ASSE, mayoritariamente trabajadores informales y desocupados. Una vez incorporados todos los colectivos al seguro, la cantidad de personas que pagan una cuota IAMC se considera residual.

Según la ECH 2011<sup>34</sup>, los usuarios FONASA cuyos niveles de ingreso se encuentran entre el primer y segundo decil, el 70% elige una IAMC y el resto a ASSE cuando se incorporan al SNS. Dado lo disminuido de los ingresos de la población a incorporar en 2018, se asume el mismo porcentaje de permanencia en ASSE de los FONASA de bajos recursos cuando se capita a la población de referencia.

Asimismo, se supone la inflexibilidad a la baja del presupuesto de ASSE, es decir, no se admite una caída de recursos al prestador público aunque el número de usuarios descienda. Esto genera un aumento en el gasto promedio por usuario ASSE. El artículo 59 de la ley 18.211 establece el mecanismo de ajuste del presupuesto de ASSE cuando varía el número de beneficiarios FONASA. Por tanto, el supuesto de rigidez a la baja del presupuesto lo que presume es que el dinero que debería reducirse ingresa por otra vía presupuestal (por ejemplo, por refuerzo de rubros).

Por tanto, se trabaja con un escenario de máxima, se presume un mayor déficit explicado por un número superior de beneficiarios y egresos fiscales (dada la rigidez en el presupuesto).

Finalmente, se considera los egresos ocasionados por la sobrecuota de inversión, según se establece en la ley 18.922 y en su decreto reglamentario 427/012. Además, basado en el artículo 11 la ley 18.731, en el que se prevé un cambio en el financiamiento de SNIS, se calcula el monto de egreso por concepto de devolución de aportes FONASA, no pronosticada al inicio de la reforma.

Seguidamente se presentan los datos y fuentes de información que hicieron posible el cálculo de las proyecciones que se presentarán en la sección 5.

---

<sup>34</sup> Es decir, según la Encuesta Continua de Hogares 2011.

#### 4.2) Datos y fuentes de información

Las proyecciones de este trabajo están expresadas en pesos de 2012 con el objetivo de aislar el efecto precio y arribar a conclusiones basadas en resultados reales.

Para las proyecciones de las variables macroeconómicas (a excepción de la tasa de informalidad) se tomaron las publicadas hasta el año 2015 en la Rendición de Cuentas de 2011. Se trabajó con la tasa de informalidad, definida como el no registro de los trabajadores de BPS, publicada por el INE. El cuadro 5 muestra las proyecciones macroeconómicas operadas hasta el año 2015.

**Cuadro 5:** Proyecciones macroeconómicas 2012–2015

VARIABLE / AÑO	2012	2013	2014	2015
<b>Cuentas Nacionales (variación vol físico)</b>				
PBI	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
<b>Salarios(variación real prom anual)</b>				
IMS general	4,2%	3,3%	3,3%	3,3%
<b>Mercado de Trabajo</b>				
Ocupación (variación % personas)	1,5%	1,5%	1,3%	1,3%
Tasa de informalidad (trab infor / tot ocup)	28,5%	27,5%	26,5%	25,5%
Tasa de formalidad (1-tasa informalidad)	71,5%	72,5%	73,5%	74,5%
Ocupados formales (variación % personas)	2,94	2,92	2,70	2,68

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Rendición de Cuentas de 2011 y el INE.

A partir del año 2016 y hasta el 2035 se proyectaron las distintas variables según el escenario definido (acorde a diversos contextos económicos) y los criterios que se expresan a continuación.

**Cuadro 6:** Proyecciones macroeconómicas. Período 2016–2035

VARIABLE / ESCENARIOS	Base	Adverso	Optimista
<b>Cuentas Nacionales (variación vol físico)</b>			
PBI	4,0%	2,0%	6,0%
<b>Salarios(variación real prom anual)</b>			
IMS general	2,5%	1,3%	4,0%
<b>Mercado de Trabajo</b>			
Tasa de informalidad (trab infor / tot ocup)	25,5%	32,0%	20,0%
Tasa de formalidad (1-tasa informalidad)	74,5%	68,0%	80,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BCU e INE

Para la evolución del PBI en el escenario optimista se tomó el promedio de la tasas de crecimiento de Uruguay para el período 2004–2011 y para el adverso el promedio de crecimiento entre los años 1985–2003. La trayectoria para el escenario base se mantiene incambiada en relación a la proyección realizada por el gobierno para el presente quinquenio.

En relación a la tasa de informalidad, en el escenario base se continuó con la tendencia proyectada para el período 2012–2015 dadas las políticas actuales dirigidas a bajar dicha tasa. En un escenario adverso se consideraron los valores de Uruguay en el año 2009. El crecimiento anual del PBI uruguayo en ese año fue de 2,4%. Finalmente, la tasa para el escenario optimista se construye como una variante entre el escenario base y el adverso.

El cuadro 7 muestra la evolución de la tasa de ocupación y ocupados formales desde el año 2016 al 2035. Para el período 2018–2035 se presenta el promedio de esos años; sin embargo, dichas tasas fluctúan anualmente acorde al crecimiento de la población<sup>35</sup>.

**Cuadro 7:** Evolución real de variables del mercado de trabajo

VARIABLE-AÑOS / ESCENARIOS	Base	Adverso	Optimista
<b>Ocupación (variación % personas)</b>			
Año 2016	0,48%	-12,3%	1,5%
Año 2017	0,67%	0,67%	0,67%
Prom 2018-2035	0,48%	0,48%	0,48%
<b>Ocupados formales (variación % personas)</b>			
Año 2016	0,48%	-20,0%	9,0%
Año 2017	0,67%	0,67%	0,67%
Prom 2018-2035	0,48%	0,48%	0,48%
<b>Tasa de actividad (PEA/PET)</b>			
Prom 2016-2035	66,5%	62,0%	66,5%
<b>Tasa de desempleo= (desocupados/PEA)</b>			
Prom 2016-2035	6,0%	12,0%	5,0%

Fuente: Elaboración propia

Cabe precisar que se supone un cambio de nivel en las variables en el año 2016 en todos los escenarios considerados en el cuadro anterior.

Como fuera mencionado, el escenario poblacional pretende incorporar en la proyección únicamente el efecto población; por tanto, el resto de las variables permanecen constantes en el tiempo.

Finalmente, en el cuadro 8 se encuentra la evolución real en el tiempo del valor de las cápitas, metas, tickets, costo promedio equivalente (CPE), el valor promedio de la cuota (VPC) y cuota del FNR. Asimismo, se presenta el porcentaje de cónyuges que permanecen sin empleo ante una variación en la tasa de ocupación de la economía<sup>36</sup>.

**Cuadro 8:** Evolución real de variables salud

VARIABLE / AÑO	2013	2014	2015	Prom 2016-2035
<b>Cápitas, tickets, metas, CPE y VCP</b>				
Base	2,3%	2,3%	2,3%	1,7%
Adverso	2,3%	2,3%	2,3%	0,9%
Optimista	2,3%	2,3%	2,3%	2,7%
<b>FNR</b>				
Base	1,2%	1,2%	1,2%	0,9%
Adverso	1,2%	1,2%	1,2%	0,5%
Optimista	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%
<b>% Cónyuges que permanecen sin empleo</b>				
Base	97%	97%	97%	97%
Adverso	100%	100%	100%	100%
Optimista	96%	96%	96%	96%

Fuente: Elaboración propia

<sup>35</sup> Dadas el resto de las variables, la evolución de la población es la que explica la tasa de ocupación y de ocupados formales.

<sup>36</sup> Las consideraciones sobre este punto fueron planteadas en la sección 4.1.

## **Beneficiarios FONASA**

El stock de beneficiarios FONASA al año 2012 fue brindado por el BPS, diferenciando activos, cónyuges, menores y pasivos, según sexo y tramo etario. Para obtener el número de personas (cónyuges y pasivos) que ingresarían al SNS, según lo establecen las leyes 18.211, 18.731 y 18.922, se trabajó con los microdatos de la ECH 2011 publicada por el INE, así también como con información brindada por el BPS en lo que respecta a pasividades.

La población de intendencias, sanidad policial y militar incluida en el seguro a partir de los años 2016 y 2017 respectivamente fue procesada a través de los microdatos de la ECH 2011 y de información brindada por los ministerios del Interior y de Defensa.

Para proyectar la población total, así como los beneficiarios FONASA al año 2035, fueron utilizadas las estimaciones elaboradas por Calvo et. al. (2011)<sup>37</sup>. Estos autores plantearon tres escenarios para dibujar la imagen poblacional de Uruguay al 2050. El escenario tendencial fue el elegido para este trabajo<sup>38</sup>. El mismo supone mantener las tendencias actuales dadas las escasas políticas de población empleadas.

Caracterizan a este escenario el bajo crecimiento de la población a través de la permanencia del descenso de la fecundidad y natalidad y el mantenimiento de la tasa de reemplazo con saldos migratorios nulos. Se acentúa el envejecimiento de la estructura por edades. La esperanza de vida al nacer se acercará a los 80 años en el año 2035. Mientras que en el año 2008 (comienzos de la reforma de salud) el 23,3% de la población era menor de 14 años y el 13,9% mayor de 65 años, en el año 2035 se prevé un 19,5% de menores de 14 y un 18,2% de mayores de 65 años. La mediana de edad en 2012 es de 34,6 años y en 2035 alcanzará 38,3 años.

Las proyecciones demográficas concluyen al 2035 en una tasa global de fecundidad disminuida, alcanzando 1,91 hijos por mujer. La tasa de crecimiento natural hacia el año 2035 es de 2,7 por mil<sup>39</sup>, alcanzando una población de 3.663.434 personas.

En el capítulo siguiente, se presentan los principales resultados obtenidos a partir de las diversas simulaciones realizadas sobre el modelo de salud actual en Uruguay.

## **5. RESULTADOS**

En este capítulo se muestran los principales resultados arribados en relación a la evolución de la población FONASA y los efectos fiscales de largo plazo. Luego de analizadas estas trayectorias, se presenta un apartado indicando otras dimensiones del gasto en salud (no incluidas en las proyecciones de este trabajo) con posibilidad de hacer crecer el costo fiscal del FONASA de forma exponencial e indefinida, siempre y cuando no se tomen las precauciones debidas.

### **5.1) Evolución de la población FONASA**

La población FONASA en 2012 supera los 2,1 millones de personas. El 54% corresponde al colectivo de activos, el 28% a menores, el 16% a pasivos y el resto a cónyuges. El 13 % de esa población se atiende en el proveedor público del país (ASSE), mientras que el resto lo hace en privados.

---

<sup>37</sup> Calvo, J; et al. (2011), *Tres posibles futuros de la población uruguaya. Un ensayo demográfico*, Montevideo, Ed. Debate.

<sup>38</sup> Los escenarios desarrollados por el autor fueron: el tendencial, mínima y máxima.

<sup>39</sup> En el año 2050 la tasa es de 1 por mil.

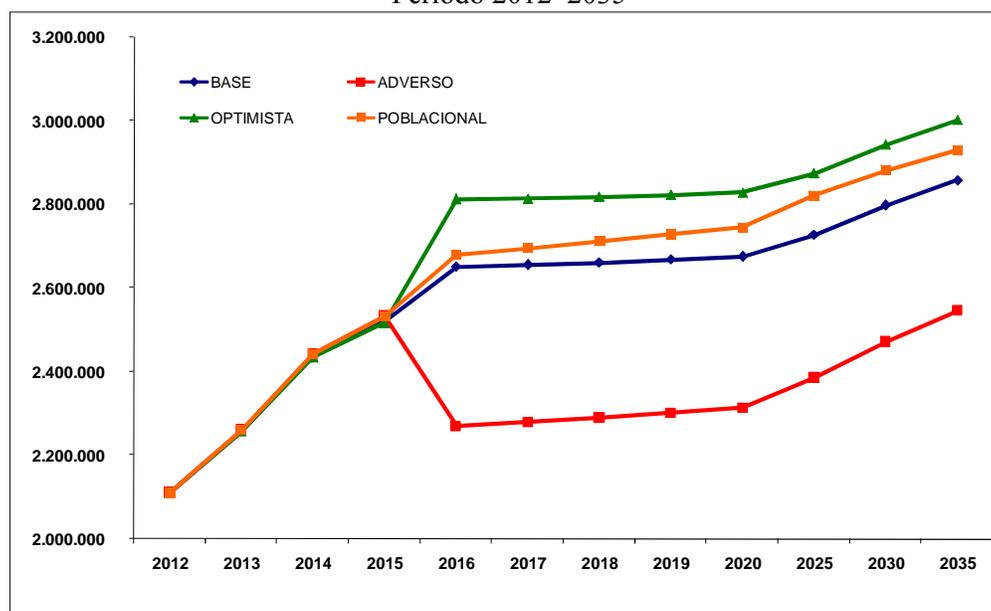
Cabe precisar la problemática actual existente en Uruguay en relación a la múltiple cobertura en salud, más de 185 mil personas generan derecho a atenderse en más de un proveedor sanitario. Esto se explica fundamentalmente entre los padrones de ASSE y los de Sanidad Policial y Militar, derivando en una duplicación del gasto por usuario y en una ineficiente utilización de los servicios.

El presente trabajo corrige este desvío a medida que va incorporando a los beneficiarios (según colectivos) al seguro. Estos se calculan (población no FONASA) como la diferencia entre la población total y la FONASA agregada gradualmente. En 2012, 1,2 millones de personas no se encuentran en el SNS.<sup>40</sup>

Se observa un cambio en la estructura de la población total proyectada al 2035 a través de un envejecimiento de la población pasando en 2012 de un total de 21,8% de menores de 14 años y 14,2% de mayores de 64 años a 19,5% y 18,2% respectivamente en el año 2035<sup>41</sup>. Dicha evolución impacta en la estructura de los beneficiarios FONASA a través de todo el período considerado.

En el **gráfico 1** se observa la evolución para el período 2012–2035 de la población FONASA denominada P1 (sin intendencias, sanidad policial y sanidad militar) diferenciando según sea el escenario base, adverso, optimista o poblacional. Como se mencionara oportunamente, en el año 2016 se genera un cambio de nivel distinguiendo los escenarios elegidos. A partir de ese momento, cada uno de ellos evoluciona según su trayectoria. Esta depende de efectos poblacionales y de variaciones en la tasa de ocupación.

**Gráfico 1:** Evolución de la población FONASA (P1) según escenarios  
Período 2012–2035



Fuente: elaboración en base a estimaciones propias.

<sup>40</sup> Entre ellas se encuentran los pasivos a ingresar gradualmente hasta el 2016, los cónyuges previstos a entrar en 2012, 2013 y 2016, las intendencias, los beneficiarios de sanidad policial y militar y toda la población que al momento no generaría derecho a ingresar al seguro. Se destacan los informales, desocupados, estudiantes mayores de 18 años inactivos, menores de 18 años con padres desocupados o informales, personas mayores de 18 que eligen no estudiar ni trabajar.

<sup>41</sup> Resultado en base a las proyecciones de Calvo et al. (2011).

Las trayectorias poblacionales son crecientes en todos los escenarios, diferenciándose en niveles a partir de 2016. La tasa promedio de crecimiento de la población FONASA en el período considerado es de 1,35 % en el escenario base, 0,87% en el adverso, 1,59 en el optimista y 1,46 en el poblacional<sup>42</sup>.

Mientras que en el año 2012 la cobertura FONASA con respecto a la población total es del 64%, en el año 2035 alcanza el 78% en el escenario base, el 69% en el adverso, el 82% en el optimista y el 80% en el poblacional.

El quiebre en la trayectoria de la población en el año 2020 será analizado más adelante según cada colectivo.

Considerando la población denominada P2 (con intendencias, sanidad policial y sanidad militar), en el año 2016, el total de la población FONASA en el escenario base se incrementa un 7,6 % y en 2017 un 6,7%. En 2018, con el supuesto de ingreso de toda la población (P3) al seguro (más de 500 mil beneficiarios no FONASA a 2018), la diferencia se sitúa en 18,7%.

La incorporación de estos colectivos implica suponer la misma proporción existente en la población FONASA (previo a su ingreso) entre menores y cónyuges por activo. Dada la característica de cobertura de las poblaciones a ingresar, cubriendo sus respectivos organismos (Intendencias, Ministerio del Interior y de Defensa) un número de familiares superior al establecido en la ley 18.211, este trabajo supone la exclusión del ingreso al FONASA en los años 2016 y 2017 de más de 100 mil personas, fundamentalmente usuarios de sanidad policial y militar<sup>43</sup>.

Como se mencionara más arriba, la población FONASA se puede agrupar entre activos, menores, cónyuges y pasivos. A través del tiempo se modifica la composición, en cuanto al peso de cada uno de los componentes en el total, destacándose en todos los escenarios un incremento de los pasivos sobre el total de la población.

A continuación, se analiza por separado la evolución de los activos, menores, cónyuges y pasivos según escenario para el período 2012–2035.

La evolución de los activos es creciente<sup>44</sup> en todos los escenarios excepto en el poblacional, donde únicamente se considera el efecto población. Existe una caída en la cantidad de activos explicada por la evolución de la población total en el tramo de edad de 20 a 64 años con un desacelere de la población a lo largo del período. Particularmente, en el tramo etario entre 45 y 64 años, se produce una caída entre los años 2022 y 2026. Este descenso se constata a partir del año 2029 entre 20 y 44 años.

La tasa de ocupación a lo largo del período se ubica en promedio en un 46% en el escenario base para el total de activos FONASA. Este porcentaje se incrementa en 49% en el escenario optimista y desciende a 38% en el escenario adverso.

La evolución de los menores en el período 2012–2035 es proporcional a la cantidad de activos, resultado acorde a los supuestos incluidos en el cálculo; por tanto, la trayectoria en el tiempo es igual a la de los activos.

---

<sup>42</sup> Estos porcentajes incluyen la entrada de los cónyuges activos en 2013 y 2014, los cónyuges de pasivos en 2016 y los pasivos de forma gradual hasta 2016.

<sup>43</sup> Un porcentaje de estas personas tiene múltiple cobertura (en su mayoría, doble); por tanto, ya están en el seguro.

<sup>44</sup> Se suponen tasas de ocupación crecientes.

El comportamiento en el número de cónyuges varía según los escenarios propuestos. En el adverso y poblacional se supone que ante un aumento en la tasa de ocupación los cónyuges se mantienen en la misma proporción en relación a los activos (no se ocupaban). Sin embargo, en los escenarios base y optimista se supone que un porcentaje de cónyuges FONASA se transforma en activos FONASA. Esto se explica con una tendencia decreciente a partir del año 2016, acentuada en el año 2020 por el efecto población explicado recientemente.

La evolución en el número de pasivos es igual para todos los escenarios debido a que no se considera un impacto ante la variación en el número de ocupados, por tanto evolucionan en la misma proporción que la población total según sexo y tramo etario. Se observa un quiebre en la tendencia en el año 2020 debido a un aumento en la velocidad de crecimiento de la población en este tramo de edad.

La evolución y característica estructural de la población FONASA condiciona el resultado fiscal del FONASA desarrollado a continuación.

## **5.2) Efectos fiscales a largo plazo**

Desde inicios de la reforma de salud hasta el año 2011, el ratio resultado FONASA sobre PBI ha promediado el 0,11%. Sin embargo, dependiendo del escenario elegido y considerando el R1<sup>45</sup>, este ratio fluctúa entre un mínimo de 0,42% bajo una hipótesis optimista y un máximo de 2,23% en un escenario poblacional para el período 2012–2035. Este incremento se debe fundamentalmente al ingreso previsto de los cónyuges y los pasivos, a la evolución de la población y a los supuestos de ingresos y egresos especificados.

Como se muestra en el **gráfico 2**, bajo un escenario optimista a fines del período resulta un FONASA positivo, equivalente a 0,28% del PBI. Este resultado se explica principalmente por una tasa de ocupación alta cercana al 50%, una tasa de informalidad del orden del 20% y por una caída en el número de cónyuges del 49% (100 mil bajas en todo el período).

En el resto de los escenarios el resultado FONASA es negativo, mejorando a través del tiempo bajo las hipótesis de base, y empeorando su déficit en el adverso y poblacional. En el primero, el resultado FONASA con respecto al PBI alcanza su mayor déficit en el año 2017 (1,31%), luego de la entrada de todos los colectivos (cónyuges de pasivos y pasivos) previstos por las leyes 18.211 y 18.922. En cambio para el año 2035 se proyecta el 0,60% del PBI.

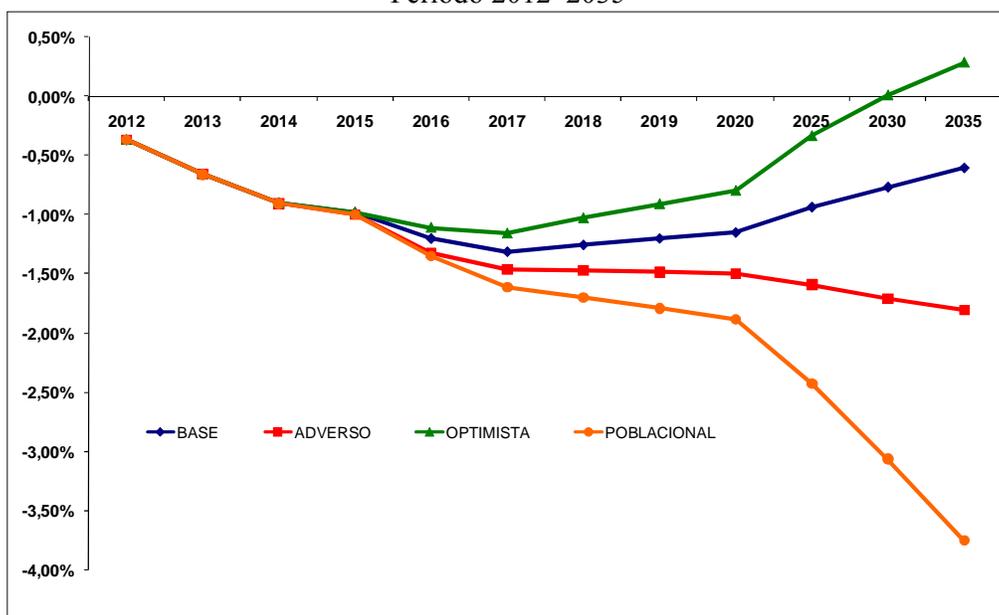
En los escenarios adverso y poblacional, el resultado FONASA se acentúa a través del período, arribando en 2035 a 1,8% y 3,75% puntos del PBI. Dado que en el escenario poblacional solo se contemplan los efectos poblacionales, el marcado descenso en el año 2020 se explica, como ya fuera expresado, por la caída en el número de personas en edad activa y por un aumento en la tasa de crecimiento de los mayores de 64 años.

La tasa global de ocupación en la hipótesis adversa promedia el 36,5% en todo el período de estudio con una informalidad del 32%. La variación en la tasa de ocupación en 2016 fue de -12,3%. Por tanto, si se comparan todos los escenarios (a excepción del poblacional), es el adverso el que alcanza el resultado FONASA más negativo promediando 1,8% del PBI en el período 2017–2035, luego de finalizado el proceso de entrada de los pasivos y cónyuges.

---

<sup>45</sup> Se entiende por «R1», al resultado FONASA considerando a la P1

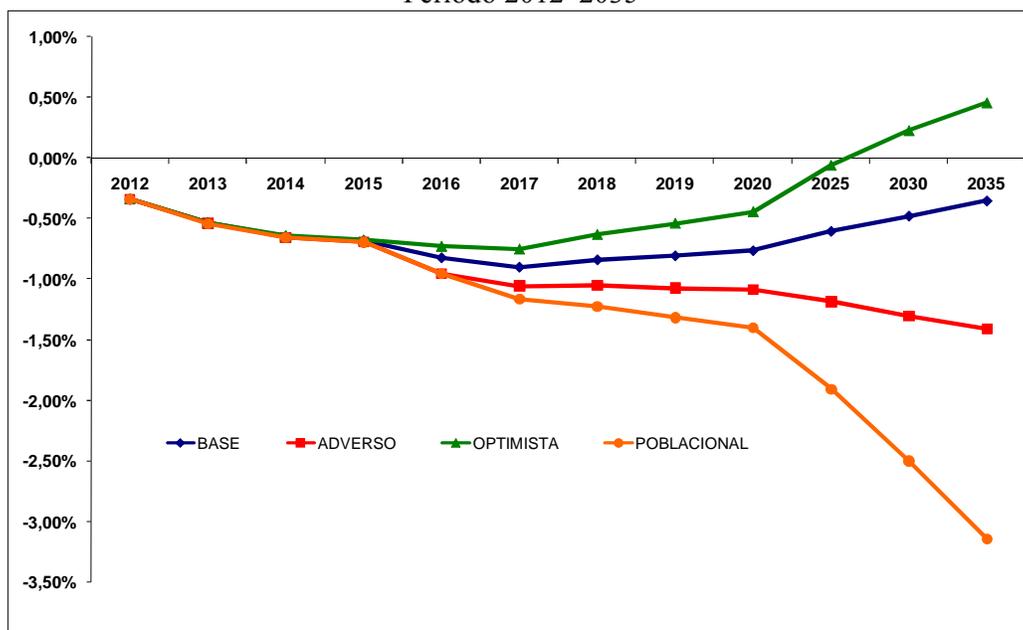
**Gráfico 2:** Evolución del resultado FONASA (R1) con respecto al PBI  
Período 2012–2035



Fuente: elaboración en base a estimaciones propias.

El **gráfico 3** muestra el costo fiscal FONASA (C1) <sup>46</sup> con respecto al PBI para el período 2012–2035. Calcular el costo fiscal implica, como ya fuera definido en la metodología, deducir del resultado FONASA el monto de dinero que ya está siendo gastado por el Estado (GIE<sup>47</sup>).

**Gráfico 3:** Evolución del COSTO FISCAL FONASA (C1) con respecto al PBI  
Período 2012–2035



Fuente: elaboración en base a estimaciones propias.

<sup>46</sup> Implica calcular el costo fiscal para el R1.

<sup>47</sup> GIE: Gasto Incurrido por el Estado.

El GIE considerado para el cálculo del costo fiscal FONASA (C1) incluye al gasto en salud financiado por RR.GG.<sup>48</sup> (previo al ingreso del seguro) en los pasivos del numeral 1, asumiendo que el 90% permanece en ASSE FONASA<sup>49</sup>, el monto destinado a los cónyuges activos y pasivos a ingresar en 2013, 2014 y 2016 respectivamente (el 55% y 40% permanece en ASSE FONASA)<sup>50</sup> y la porción de dinero para el pago del FNR a todos estos usuarios de ASSE que ingresarán al seguro y permanecen en el proveedor público.

La evolución en el tiempo en todos los escenarios del costo fiscal FONASA (C1) se acompaña (a un nivel menor) con las trayectorias del resultado FONASA (R1); el GIE se le resta por igual a todos los escenarios considerados. A modo de ejemplo: mientras en el escenario base el resultado FONASA en 2035 tendrá un peso del 0,6 en el PBI, el gasto incurrido por el Estado hace disminuir el costo fiscal FONASA a 0,35% con respecto al producto total. Por otra parte, en el escenario pesimista, el costo fiscal FONASA disminuye en 0,4 puntos del PBI en relación al resultado FONASA.

De tomar la decisión política de ingresar los colectivos de intendencias, usuarios de las sanidades policial y militar, la diferencia entre ingresos y egresos FONASA del grupo de intendencias es superavitario para el período 2012-2035, mientras que el de policial y militar es deficitario (este último en mayor medida).

En las proyecciones realizadas se prevé el ingreso de las intendencias en el año 2016, mientras que los usuarios de policial y militar lo harían en el año 2017. En 2016 este colectivo es deficitario con respecto al PBI comparado con R1, impactando de forma más negativa en el 2017 con la inclusión del resto de los colectivos.

Mientras que en el escenario base en el año 2017 el R1 implica 1,31% del PBI, el R2<sup>51</sup> asciende a 1,41%. La misma tendencia se cumple para el resto de los escenarios.

Sin embargo, cuando se calcula el costo fiscal del FONASA, este impacta en un menor porcentaje en relación al PBI que el C1<sup>52</sup>. Esto se explica por el GIE en relación a las intendencias, sanidad policial y militar. Para el cálculo de este gasto se consideró el porcentaje correspondiente al número de personas a ingresar por estos colectivos. Cabe mencionar que no fue tomada en cuenta toda la población actual usuaria de Sanidad Policial y Militar, así como tampoco todos los beneficiarios de salud de las intendencias.

Deducir el GIE en estos grupos de personas, implica suponer una reducción en los presupuestos nacionales del Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa e intendencias. Dependerá de decisiones políticas que esto pueda cumplirse efectivamente, como se supuso al momento de realizar estas proyecciones.

Finalmente, de incorporar a toda la población al seguro a partir del año 2018, el resultado FONASA con respecto al PBI (R3) es más deficitario en todos los escenarios considerados. Al R2 se le adiciona un monto de egresos por concepto de cápitás, metas y FNR según el número de personas no aseguradas al 2018.

---

<sup>48</sup> Es decir, Rentas Generales.

<sup>49</sup> Este porcentaje surge de datos reales a julio-agosto de 2012

<sup>50</sup> Para el caso de los cónyuges activos, el porcentaje utilizado surge de datos reales, mientras que para los cónyuges pasivos el porcentaje surge de estimaciones a partir de la ECH2011.

<sup>51</sup> Se entiende por «R2», al resultado FONASA considerando a la P2

<sup>52</sup> A excepción del escenario poblacional en el final del período.

El costo fiscal FONASA presenta las mismas tendencias en todos los escenarios, impactando el escenario base en medio punto del PBI, el adverso en 2,38%, el poblacional en 3,9%, y el optimista contribuyendo de forma positiva en 0,56%.

A modo de cierre, en cuanto a resultados globales al año 2035, teniendo en cuenta el costo fiscal FONASA, el que menor peso tiene con respecto al PBI es el C2 para todos los escenarios a excepción del poblacional. Cabe recordar el supuesto que hay detrás del C2 en relación al GIE: en caso que el presupuesto de los Ministerios del Interior y Defensa, así como el de las intendencias sea inflexible, este resultado se modifica de forma significativa. En cambio, no considerando el GIE, el resultado fiscal FONASA menos deficitario corresponde al R1 en todos los escenarios.

Vale resaltar que la ley 18.922 prevé una modificación en el financiamiento FONASA, generando una devolución de aportes cuando corresponde. Este monto de dinero no estaba previsto al inicio de la reforma e impacta en más de dos puntos porcentuales al 2016 sobre el total de egresos FONASA en un escenario base y beneficiarios P1. Asimismo, la sobrecuota de inversión implica cerca del 2% de los egresos.

Resulta importante analizar el resultado por grupo FONASA. Los aportes de los activos (esto implica deducir de los aportes y egresos de este colectivo el resultado de los cónyuges y menores) superan los egresos de ellos mismos, cónyuges y menores en todos los escenarios excepto en el adverso y poblacional. Por otra parte, los pasivos son un grupo claramente deficitario, ya que sus aportes son inferiores a sus egresos.

Una vez analizados los resultados presentados recientemente, surge la interrogante acerca del peso del costo fiscal FONASA en el resultado global del Sector público consolidado. Si se asume que este alcanza el 2 % del PBI, ello implica que en 2013 el 27% de ese déficit se explica por el gasto en salud FONASA y en 2016 asciende al 41 %<sup>53</sup>.

Finalmente, uno de los supuestos planteados sobre los ingresos del FONASA considera constantes los aportes a lo largo de todo el período de proyección. Resulta pertinente establecer, al final del estudio, cuánto debería ser el aporte básico de los activos FONASA para que el sistema quedara equilibrado; es decir, igualar los ingresos con los egresos. El resultado obtenido muestra en algún sentido lo abultado del déficit. De continuar con la cantidad de beneficiarios previstos ingresar hasta la fecha, en un escenario adverso el aporte básico de los activos debería incrementarse en 7,7% del salario nominal al 2035 (o sea, un aporte básico de 10,7%). En cambio, en un escenario optimista debería descender en 1,1% (1,9% de aporte básico).

Los resultados mostrados recientemente no agotan el análisis de las variables del lado de los egresos. Resulta importante alertar sobre posibles amenazas fiscales cuando se consideran otras dimensiones del gasto en salud. Este punto será retomado a continuación.

### **5.3) Amenazas fiscales**

Las proyecciones del presente trabajo, como fueran oportunamente mencionadas, se realizaron bajo el supuesto de mantener constante la canasta de prestaciones de salud. Esto implica que algunas variables insumo de los egresos del sistema, como lo son la transición epidemiológica y el gasto en medicamento de alto costo del FNR permanezcan incambiables a

---

<sup>53</sup> Cálculos según escenario base.

lo largo del tiempo. Este supuesto mantiene coherencia con la metodología de las cápitas utilizadas, la que no contempla cambios epidemiológicos.

Por tanto, se trabaja en algún punto bajo un escenario de mínima, subestimando los egresos originados por estas variables<sup>54</sup>. Las trayectorias del costo fiscal del FONASA presentadas en la sección anterior podrían derivar en un resultado más deficitario e incluso explosivo si se consideran las dimensiones del gasto mencionadas.

Finalmente, con el objetivo de amortiguar los riesgos posibles ante el aumento del gasto en salud, sería deseable generar una planificación en cuanto a la transición epidemiológica del país. Asimismo, la incorporación de nuevos fármacos al sistema debería estar acompañada de estudios de costo efectividad e impacto presupuestal.

## 6. CONCLUSIONES

La hipótesis del trabajo planteada es: «El resultado y costo fiscal FONASA derivado de la reforma del sistema de salud uruguayo crece a través del tiempo». La misma se comprueba para dos de los escenarios estudiados (el adverso y el poblacional) y se refuta para el resto de ellos.

Analizando el resultado y el costo fiscal FONASA, cuando se proyectan los ingresos y egresos de los colectivos actuales y los próximos a ingresar según establecen las leyes 18.211, 18.731 y 18.922 (R1 y C1), se concluye que la tendencia es a aumentar el déficit en los escenarios adverso y poblacional. Sin embargo, en los escenarios base y optimista el déficit disminuye a través del tiempo; incluso en este último se proyecta un superávit a partir del año 2030.

La explicación de estas tendencias se encuentra en los supuestos incluidos en los cálculos. Aquellos escenarios con propensiones crecientes (base y optimista) suponen una tasa de ocupación de trabajadores formales superior al resto. Asimismo, se considera en los primeros (no contemplado en el adverso y poblacional) un porcentaje de reinserción de los cónyuges FONASA al mercado laboral, pasando a ser aportantes del sistema.

Este análisis permite concluir que tanto el aumento en la actividad laboral así como la disminución de la informalidad de la economía se relacionan directamente con un mejoramiento del resultado y costo fiscal FONASA. Ante cambios en estas variables el ratio costo fiscal sobre PBI, fluctúa para el año 2035 entre -1,41% en el escenario adverso y 0,46% en el optimista.

El colectivo de pasivos es deficitario en todos los escenarios analizados. Sin embargo, cuando se observa el resultado entre el ingreso de los activos y el egreso de estos más los menores y cónyuges, el resultado presenta diferencias, siendo deficitario únicamente en los escenarios adverso y poblacional. Por lo tanto, cuanto mayor sea el peso del colectivo pasivo en el total de la población FONASA, más deficitario (o, en su defecto, menos superavitario) será el balance económico final. En cambio, la reinserción de los cónyuges FONASA al mercado laboral, a través de un aumento en la tasa de ocupación, mejora dicho resultado.

El escenario poblacional permite alcanzar conclusiones únicamente considerando el efecto evolución de la población FONASA (igual a la evolución de la población país). Este efecto influye negativamente en el resultado, siendo el escenario más deficitario, alcanzando

---

<sup>54</sup> Estas variables no agotan la amenaza fiscal.

el costo fiscal FONASA en el año 2035 -3,14% del PBI. Este déficit se explica fundamentalmente por la evolución creciente en el número de cónyuges y por una cantidad de activos inferior (a excepción del escenario adverso) al resto de los escenarios.

Consecuentemente, ante cambios en la evolución de la población, un crecimiento nulo en la tasa de ocupación y una tasa de informalidad constante, conllevan a resultados con tendencias claramente deficitarias, acentuándose en el tiempo.

El R2 y el C2 analizados en este trabajo incluyen la incorporación al SNS de los funcionarios de las intendencias (así como menores y cónyuges asociados) en el año 2016 y de los usuarios de sanidad policial y militar en el año 2017. La primera incorporación presenta un resultado y costo fiscal FONASA positivo; sin embargo, la inclusión de este colectivo provocaría una serie de conflictos políticos dados los beneficios actuales en materia de salud que hoy perciben varias de las intendencias del país (fundamentalmente la Intendencia Municipal de Montevideo), los cuales no están considerados en la proyección de este trabajo.

Por otra parte, las sanidades policial y militar, incluidas en la proyección en el año 2017, son ambas deficitarias. En cambio, cuando se deduce el GIE, el costo fiscal del FONASA en sanidad policial es superavitario, no así en sanidad militar. Actualmente, ambos colectivos gozan de beneficios, en cuanto a la extensión de la cobertura de sus familiares, que no podrían ser mantenidos bajo las condiciones del SNS (por lo menos en el largo plazo). Esto obligaría a transitar por un período de ajustes generando costos fiscales adicionales en el corto plazo.

La anexión de los colectivos mencionados conduce a un R2 superior al R1 en todos los escenarios considerados. Por el contrario, el C2 es inferior al C1 (a excepción del escenario poblacional). Por tanto, se podría concluir que la inclusión de estos colectivos arrastran resultados fiscales más beneficiosos que la proyección de los colectivos previstos hasta el momento.

Ahora, considerar únicamente el costo fiscal del FONASA, en estos casos, puede resultar un tanto arriesgado. Deducir el GIE del resultado FONASA implica, en última instancia, una decisión política, es decir, en caso que el presupuesto de los ministerios del Interior y Defensa, así como el de las intendencias sean inflexibles a la baja, el resultado fiscal FONASA menos deficitario corresponde al R1 en todos los escenarios. Por lo tanto, a pesar de tener colectivos superavitarios no siempre será la mejor opción su inclusión debido a inoportunidades fiscales y/o políticas.

La incorporación en el año 2018 de toda la población al SNS conlleva al resultado y costo fiscal FONASA más deficitarios de todos los analizados. En un escenario adverso, con tasas de ocupación bajas y alta informalidad, el costo fiscal FONASA sobre el PBI es de -2,38%.

Agregar a toda la población al seguro implica reflexionar acerca de la rigidez presupuestal que se genera en épocas de crisis. Asumiendo que la población no asegurada sea beneficiaria de ASSE, a esta se le atribuye un monto de dinero que podría ajustarse a la baja, reduciendo el costo promedio por usuario. Sin embargo, una vez incorporado este colectivo al seguro, el mecanismo mencionado no aplica, porque a cada beneficiario le corresponde una determinada cápita, ajustada a través de variables no presupuestales. Desde el punto de vista presupuestal se generaría una rigidez que podría ocasionar desequilibrios fiscales. Por otra parte, los nuevos beneficiarios, asegurarían un monto destinado a salud ajustado por riesgo a través del tiempo.

Finalmente, se presentan cuatro conclusiones generales luego del análisis del trabajo realizado:

- I. El éxito o fracaso del SNIS, es decir, el mayor o menor costo fiscal del FONASA, está directamente relacionado con la formalización de la economía, con la evolución de la tasa de ocupación y con el envejecimiento de la población. Dentro de las variables estudiadas, son estas las que generan inestabilidad en el sistema desde el punto de vista sanitario y fiscal.

Proyecciones al año 2035							
Escenarios	Variables macro				Costo fiscal FONASA / PBI		
	PBI	Salario real	% desempleo	% informalidad	C1/PBI	C2/PBI	C3/PBI
BASE	4%	2,5%	6,0%	25,5%	-0,35%	-0,27%	-0,54%
ADVERSO	2%	1,3%	12,0%	32,0%	-1,41%	-1,39%	-2,38%
OPTIMISTA	6%	4,0%	5,0%	20,0%	0,46%	0,59%	0,56%

Como se resume en el cuadro anterior, el SNIS se puede mantener sustentable a través del tiempo si nos situamos en un escenario base. Esta situación se revierte si Uruguay transita por períodos de crecimiento del producto cercano al 2%, una tasa de desempleo del entorno del 12%, una tasa de informalidad del 32% y un aumento del salario real del 1,3%.

- II. El colectivo pasivo es deficitario y explica la mayor parte del costo fiscal del FONASA. El crecimiento en el número de pasivos FONASA se proyecta en 121%, comparando los años 2012 y 2035. Este porcentaje se reduce al 26% cuando se confronta con la cantidad de personas en el año 2016, luego de la entrada de todo el colectivo (incremento de 150.000 pasivos).

Esta evolución (junto a otros factores), además de poner en riesgo al sistema de salud, genera dudas en cuanto a la sostenibilidad de la seguridad social. Probablemente en el transcurso del período que se analiza, con el objetivo de desviar esta tendencia, se apliquen políticas dirigidas a postergar el causal jubilatorio y a aumentar la natalidad del país. Estas medidas no fueron consideradas en este estudio.

- III. Como fuera mencionado oportunamente, existe una serie de eventos que pueden operar como amenazas fiscales del SNIS. A continuación se enuncian tres de ellos.

En primer lugar, definir una canasta de prestaciones acorde a las posibilidades financieras del país resulta básico para controlar el gasto (técnicas y medicamentos). Para ello, se deben establecer reglas claras, pautas de inclusión y otorgar un carácter de cobertura explícita, garantizada y universal. Si bien en Uruguay existe el PIAS, son muchas las presiones existentes para la incorporación de costosas nuevas técnicas y medicamentos, amenazando un gasto explosivo en salud. El impacto al sistema dependerá del análisis minucioso, a través de estudios de costo-efectividad y evaluación presupuestal a realizarse en cada incorporación.

Estudiar los efectos de la transición epidemiológica genera mayor eficiencia en el gasto a través del desarrollo de programas preventivos que ofician de amortiguadores del mismo, evitando el desencadenamiento de otras enfermedades costosas. Asimismo, conocer el perfil epidemiológico de la población permite planificar ordenadamente la canasta de prestaciones a brindar. Para realizar este

trabajo se requiere recurrir a estudios de carga de enfermedad no disponibles en el país actualmente, pero sí desarrollados en Argentina, que podrían utilizarse en Uruguay debido a la similitud en las características de la población de ambos países.

En segundo lugar, las prestaciones definidas en el PIAS y brindadas por las instituciones se efectivizan desde el FONASA a través del pago de las cápitas ajustadas por riesgo. Estos pagos impactan en forma creciente a través del tiempo en los ingresos de estas instituciones. A su vez, el equilibrio de estos prestadores impacta en el equilibrio fiscal global. Actualmente, existen algunos desencuentros entre las partes (Estado y prestadores privados) sobre la estimación del valor de cápitas que se realizó en el año 2005. Se estudia la posibilidad de revisar las mismas, previendo cambios en las estructuras que impactan en el gasto de salud.

En tercer lugar, el cambio ocurrido en el financiamiento del sistema según lo establece la ley 18.731, a través de la devolución de los aportes al FONASA, no estaba considerado al inicio de la reforma. En 2012 se estima que esta devolución contribuya en 31% en el déficit del resultado FONASA.

- IV. Dadas las proyecciones realizadas, la sostenibilidad fiscal del SNIS está más comprometida ante las amenazas fiscales mencionadas que por los resultados arribados en este trabajo. Asimismo, dependerá de las decisiones políticas que se tomen en cuanto a establecer metas en relación al costo fiscal, la calidad y cobertura del sistema. A modo de ejemplo, si se entiende la cobertura total como el incremento en el acceso a salud (y no como el mero aumento de beneficiarios), quizás se opte por no incorporar al seguro al resto de la población sino se piense en mayor calidad y cobertura a través de la eliminación de los tickets moderadores.

En suma, el análisis realizado de los resultados arribados sienta las bases para futuras investigaciones que consideren otras variables y ajustes en el modelo de la reforma de salud de Uruguay. Entre ellas, la ampliación de la canasta de prestaciones, la transición epidemiológica, modificaciones en la metodología de las cápitas y la evaluación de la calidad del servicio sanitario.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 8.1. Bibliografía

**Borrue, M; et al.** (2010), *Estudios de carga de enfermedad–Argentina*, Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados en Salud Pública (FESP). ISBN 978-950-38-0103-1

**Calvo, J; et al.**, (2011), *Tres posibles futuros de la población uruguaya. Un ensayo demográfico*. Ed. Debate, Montevideo.

**MSP**, (2010), *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*. [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

### 8.2. Documentos de trabajo, papers

**Docteur, E; et al.**, (2003), *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OCDE Health Working Papers, No. 9, OCDE Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/865047648066>

**MSP** (2006), *Cuentas Nacionales de Salud en Uruguay*. Documentos de Trabajo de Economía de la Salud N° 1/06. ISSN: 1688 - 6704. [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

**Presidencia de la República.** *Sistema Nacional Integrado de Salud. No cuesta más, tickets más baratos, libertad de elección y nadie quedará afuera.* Año 2005.  
<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>

### **8.3. Hemerografía**

**Buglioli, M; et al.** (2002), *Modalidades de pago de la atención médica*, «Revista Médica», págs.198–210.

### **8.4. Recursos de internet consultados**

**Banco Mundial**, <http://datos.bancomundial.org/indicador>

**CEPAL, Naciones Unidas** (2006); *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad.* Capítulo 3. LC/G.2294(SES.31/3)/E  
<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf>

**Instituto Nacional de Estadísticas (INE)**, [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy)

**MSP–OPS.** Cuentas Nacionales de Salud 2005–2008, Uruguay, diciembre 2010.  
[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

**OCDE**, Health at Glance: Europe 2012 based on OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database).  
<http://www.oecd-ilibrary.org/social->

**Rendición de Cuentas JUNASA 2008- 2009- 2010 -2011.** [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

**SINADI** [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

### **8.5. Documentos, leyes y decretos**

**Ley 18.922**, julio 2012 ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Ley 18.732**, enero 2011 ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Ley 18.731**, enero 2011 ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Ley 18.211**, diciembre 2007 ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Ley 18.131**, mayo 2007 ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Ley 17.930**, mayo 2005 ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Decreto número 428/012** ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy))

**Decreto número 149/012** que reglamenta la ley N° 18.922.  
([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Decreto número 366/011** ([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Decreto número 221/011** que reglamenta las leyes N° 18.731 y N° 18.732.  
([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Decreto número 002/008** que reglamenta la ley N° 18.211.  
([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).

**Decreto número 276/007** que reglamenta la ley N° 18.131.  
([www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy)).