



Ministerio
**de Salud
Pública**

Área Economía
de la Salud

Informe Múltiple Cobertura en el SNIS a diciembre 2023

Agosto 2024





Introducción

El Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) tiene por objetivo contar con información actualizada sobre la cobertura en salud de la población de todo el país, tanto de carácter integral como parcial, afiliaciones individuales, colectivas, FONASA, gratuitas o contributivas en los prestadores públicos, es decir, de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), incluyendo la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud (SNS).

Incluye el reporte del padrón de usuarios de ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial, IAMCs y Seguros Privados Integrales.

Es importante aclarar que en esta base de datos cada registro representa una cobertura en salud, por lo que se posee más registros que personas en el país en el entendido que es posible que una misma persona tenga asociada más de una cobertura, incluso más de dos.

El análisis de las múltiples coberturas existentes en el sistema es un estudio por demás complejo dado que la base del RUCAF es una base de afiliaciones. Es fundamental tener presente que las múltiples coberturas están permitidas dentro del sistema. Por este motivo, las personas pueden aparecer “repetidas” varias veces, asociadas a distintos tipos de cobertura. A modo de ejemplo, una persona puede estar afiliada a través del FONASA a una institución y pagar la cuota individual en otra o estar afiliada a través de un convenio colectivo a otro prestador. Por otro lado, existen situaciones que no están permitidas. Un caso de doble cobertura que está prohibida dentro del SNIS es la asociada al FONASA: no se puede ser usuario FONASA de dos prestadores integrales distintos al mismo tiempo. Tampoco podrían existir casos de doble cobertura donde una de las que participa es una afiliación gratuita en ASSE, ya que para acceder a dicho beneficio no se debe tener otra cobertura integral de ningún tipo.

Problemas del RUCAF y nuevo RUSNIS

La necesidad de disponer de un padrón de afiliados con registros históricos, automatizado, con información en línea y en tiempo real, que refiera tanto a los derechos de cobertura de la población como a la localización geográfica de los afiliados, es una aspiración del Ministerio de Salud Pública desde hace varios años.

En este sentido, es fundamental que la información referida a las afiliaciones y a los afiliados esté disponible de forma oportuna, para que pueda brindar información de calidad y colaborar con los prestadores y el MSP en la obtención de una correcta información para la toma de decisiones.

Actualmente el RUCAF tiene algunos problemas en sus registros que pueden dar lugar a que existan registros incorrectos. En este sentido, las cédulas que aparecen en la base de datos, no



atravesan ningún proceso de validación, es decir, pueden existir registros que no correspondan a una cédula de identidad válida; pueden además existir padrones que no hayan sido depurados de defunciones; y por otro lado, los ciudadanos de frontera pueden aparecer en el RUCAF por atenderse en una institución de salud uruguaya pero no ser ciudadanos y por tanto no estar considerados en el total de población del país. Estas situaciones coadyuvan a que, además de la existencia de múltiples coberturas que analizaremos a continuación, los registros totales del RUCAF superen a la población estimada por el INE, que es quien brinda el dato oficial sobre población país.

Es así, que se hace imperante un sistema de información con funcionalidades que permitan la incorporación de datos en línea, con los mecanismos de control automáticos necesarios para alcanzar un producto de calidad y favorecer la accesibilidad a todos los actores interesados del sistema.

Para cumplir con los objetivos de calidad antes mencionados, el Área Economía de la Salud y Gobierno Electrónico del MSP, están trabajando en el desarrollo de un nuevo sistema, RUSNIS (Registro de Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud), que se nutre de dos fuentes de información: por un lado, el BPS informará las coberturas FONASA mientras que las instituciones reportarán únicamente las coberturas vinculadas a la esfera privada o pública NO FONASA, automatizando controles de calidad de los datos. Este nuevo sistema se encuentra en plena implementación. Comenzó a funcionar a en febrero de 2024 y actualmente se encuentra en una etapa de ajustes e intercambio con todos los actores que participan para asegurar un correcto funcionamiento y mejora de la calidad de datos procesada.

Metodología

Para este trabajo, la base de datos que sirve al análisis se construyó a partir de los padrones FONASA informados por BPS y las afiliaciones NO FONASA que mensualmente informan las instituciones al RUCAF. De esa manera se construye cada padrón de usuarios individual, que sumados conforman el padrón de afiliados de todo el sistema. Contiene información de 34 prestadores privados integrales, ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial y 6 Seguros Privados Integrales.

Un caso particular dentro del SNIS es el que se genera con los beneficiarios de la Sanidad Militar y la Sanidad Policial. Incluso luego de la creación del FONASA, el sistema de salud sigue presentando cierta segmentación, en tanto, el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior, por ejemplo, continúan resolviendo la cobertura en salud de sus funcionarios, activos y pasivos, y familiares por fuera del SNS. El financiamiento de la Sanidad Militar y la Sanidad Policial tiene básicamente dos componentes: el que surge del presupuesto que ambos ministerios destinan a la misma y la cuota parte contributiva de los funcionarios. No integran el



Seguro Nacional de Salud (SNS), pero en el marco del SNIS coordinan sus prestaciones, realizando la atención a sus usuarios en sus propias instalaciones en Montevideo o a través de convenios en el interior del país, con ASSE para el caso de Sanidad Militar, y con IAMC y ASSE en el caso de Sanidad Policial (según la persona sea funcionario o familiar del funcionario beneficiario).

Esta realidad da lugar al *doble registro* para aquellas coberturas brindadas bajo la modalidad de contributivo público por Sanidad Policial, Sanidad Militar y ASSE o IAMC del Interior, según corresponda. Por entender que en estos casos no se produce una múltiple cobertura sino que se trata de una contratación de servicios, se ha decidido no contabilizar aquellas coberturas enviadas por un prestador privado o ASSE en el marco del convenio con Sanidad Policial y/o Militar. Esto implica eliminar 11.385 registros contributivos públicos que provienen de IAMCs y 38.174 registros de ASSE¹.

Además, se decide depurar los afiliados gratuitos de ASSE, en base a la información disponible del sistema. De esta manera, se deciden sacar aquellos registros que ASSE reporta tener carné gratuito y al mismo tiempo tiene vigente una cobertura FONASA por contar con dicha información y estar prohibida esta situación dentro del sistema. Esto implica eliminar 44.891 registros. Al mismo tiempo, se decide quitar de las coberturas gratuitas aquellas personas que presentan además cobertura en Sanidad Militar y/o Sanidad Policial, lo que involucra 31.558 registros. En este punto cabe mencionar que quedarían unos 2.481 casos que presentan una doble cobertura “problemática” en el sentido que participa el carné gratuito y una cobertura privada. Esta situación no está permitida dentro del sistema pero se ha resuelto no quitarlo del análisis porque no se cuenta con información que nos permita afirmar con certeza dónde se encuentra el error, si en el prestador privado o en ASSE, pudiendo tratarse nuevamente de un problema temporal (ASSE demora en captar esta baja porque la persona no concurre a darse de baja de su afiliación gratuita –no tiene incentivos para hacerlo-, en ese caso el problema de registro estaría en ASSE o puede ocurrir también que el prestador privado no le haya dado de baja aún porque no elimina a las personas inmediatamente de su padrón cuando deja de pagar la cuota individual).

¹ No se eliminan aquellos casos de personas que son reportadas como contributivo público por ASSE o una IAMC y no tienen otra cobertura dentro del sistema, para no perder a esas personas en el análisis. Se entiende que estas personas debieran venir reportadas en los padrones de SM y/o SP o en su defecto con otro tipo de cobertura (por ejemplo gratuitos) pero quizás exista un desfase temporal para poder captar este fenómeno por parte de las instituciones involucradas. Esto ocurre en 4.203 registros reportados por las IAMC y en 16.681 registros reportados por ASSE.



Análisis diciembre 2023

En diciembre de 2023 y una vez aplicados los criterios mencionados en el apartado anterior se parte de una base de datos que contiene 3.817.320 registros, que corresponden a 3.647.768 personas.

La Tabla 1 resume la cantidad de registros por prestador que tiene el RUCAF para el período analizado

Tabla 1 Afiliaciones por tipo de institución.

IAMC	2.129.156	55,8%
ASSE	1.322.520	34,6%
SEGUROS PRIVADOS	124.699	3,3%
SANIDAD POLICIAL	113.570	3,0%
SANIDAD MILITAR	127.375	3,3%
Total	3.817.320	100,0%

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2023.

Se puede apreciar que el subsector de las IAMC representa prácticamente el 56% de las coberturas del sistema, seguido por ASSE, que explica casi el 35% de los registros. Los seguros privados integrales crecen en participación relativa y explican el 3.3% de las afiliaciones. Sanidad Militar y Policial, por su parte, representan el 6,3% de las coberturas. Si se analiza lo que sucede a través del tiempo, se observa una situación bastante estable para las IAMC, luego de registrarse un leve descenso: este valor ascendía al 57,3% en 2016, 56% en 2017 y 55,9% en 2018. Esta estabilidad también se observa en ASSE si se toman en cuenta los mismos años de referencia: 33,1%, 34,1% y 34,7% respectivamente. En tanto los Seguros Privados Integrales explican el 3.3% de las afiliaciones, siendo el subconjunto que más crece su participación respecto a 2018 (fecha del último informe de múltiple cobertura) donde este valor ascendía a 2,8%.

El panorama se mantiene incambiado cuando se analizan las afiliaciones integrales que corresponden al subsector privado (59%) y al público (41%).

En la tabla 2 se puede apreciar la distribución de las afiliaciones según sean FONASA o no FONASA por tipo de prestador.



Tabla 2 Afiliaciones por tipo de cobertura según tipo de institución

	FONASA		NO FONASA		TOTAL
IAMC	1.971.194	75%	157.962 ²	13%	2.129.156
ASSE	556.185	21%	766.335 ³	64%	1.322.520
SEGUROS PRIVADOS	87.930	3%	36.769	3%	124.699
SANIDAD POLICIAL	-	-	113.570	9%	113.570
SANIDAD MILITAR	-	-	127.375	11%	127.375
Total	2.615.309	69%	1.202.011	31%	3.817.320

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2023.

Del cuadro se desprende que la participación relativa de las coberturas FONASA crece del 66% al 69% si se tiene en cuenta diciembre 2018⁴.

Si se analiza lo que sucede en el subsector FONASA se observa cómo crece la participación relativa de ASSE y los seguros privados en el total de las afiliaciones FONASA en detrimento de la contribución de las IAMCs. En efecto, la participación de ASSE pasa del 19.8% en 2018 al 21.3% en diciembre 2023 y los seguros privados integrales pasan de explicar el 2.8% del total del FONASA al 3.4% en el período analizado. Las IAMCs en su conjunto, por su parte, pasan de explicar el 77.4% del total al 75.4%. Si se observan las variaciones del 2023 respecto al 2018, los seguros privados integrales son los que más crecen, con una tasa de 25%, seguidos de ASSE con un 11% y un comportamiento más estable de las IAMCs que crecen solo un 1%.

Si se observa lo que sucede con las coberturas NOFONASA se aprecia gran estabilidad en lo que refiere a ambas fotos (participaciones relativas en el total de afiliaciones NO FONASA). En este punto se debe aclarar que para las coberturas NO FONASA el cuadro con iguales características presentado para el 2018 no es estrictamente comparable al elaborado para el presente informe. Esto se debe a las decisiones metodológicas adoptadas para esta edición. En este sentido, cabe recordar que se han eliminado del análisis las coberturas contributivas públicas enviadas por IAMC y ASSE que tenían cobertura vigente en Sanidad Militar y/o Sanidad Policial (con la excepción de aquellas que solo presentaban esa cobertura vigente, con

² Incluyen 4.203 registros contributivos públicos que, tal como fue explicado en el apartado metodológico, no se eliminaron por no tener otra cobertura integral adicional vigente. Si bien esto se trata de un error (probablemente temporal) eliminarlas del análisis implicaría perder a estas personas del mismo.

³ Incluyen 749.213 afiliaciones gratuitas, 441 afiliaciones particulares y 16.681 personas contributivas públicas que, tal como fue explicado en el apartado metodológico, no se eliminaron por no tener otra cobertura integral adicional vigente. Si bien esto se trata de un error (probablemente temporal) eliminarlas del análisis implicaría perder a estas personas del mismo.

⁴ Último informe de múltiple cobertura publicado. Ver <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-cobertura-poblacional-del-snis-segun-prestador-2017-2018>.



el objetivo de no perderlo del análisis), así como también se ha procedido a eliminar registros duplicados de gratuitos (en la edición anterior solo se eliminaban registros duplicados de ASSE con FONASA y ahora se resolvió eliminar también los registros duplicados de ASSE con SM y SP). De ahora en más estos serán los criterios que se adoptarán para los informes de múltiple cobertura.

Como se mencionaba al inicio de este apartado, los 3.817.320 registros corresponden a 3.647.768 personas. De las 3.647.768 personas, el 95,8% tienen una única cobertura y el 4,2% múltiple cobertura (dos o más coberturas).

Así, las personas con una única cobertura integral vigente son 3.493.921⁵ y se encuentran distribuidas por tipo de prestador de la siguiente manera:

Tabla 3 Registro de afiliaciones con una única cobertura integral, por tipo de institución

	Personas con una cobertura	Total de personas cubiertas	%
IAMC	2.003.109	2.121.053	94%
ASSE	1.269.925	1.322.520	96%
SEGUROS PRIVADOS	107.621	124.086	87%
SANIDAD POLICIAL	53.643	113.570	47%
SANIDAD MILITAR	59.623	127.375	47%
Total	3.493.921		

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2023.

De esta manera se observa que son los usuarios de ASSE quienes presentan la mayor proporción de personas con una sola cobertura, con un 96%, seguido por las IAMCs con el 94%. El 87% de las personas cubiertas por los seguros privados presenta una sola cobertura. Por último, y como era de esperar, se aprecia que solo el 47% de los usuarios de Sanidad Militar y Sanidad Policial presentan una sola cobertura dentro del sistema.

⁵ Este número está por encima del esperado según los últimos datos de población disponibles del censo del INE, quien tiene los datos oficiales de población del país. Esto puede deberse a problemas de registro del RUCAF que fueron detallados en el apartado “Problemas del RUCAF y nuevo RUSNIS” de este documento.



Tabla 4 Registro de afiliaciones con una única cobertura integral, por tipo de cobertura

	Única cobertura	Personas con ese tipo de afiliación	%
FONASA	2.480.736	2.615.309	95%
PARTICULAR	144.957	189.657	76%
CONTRIBUTIVO PÚBLICO	121.496	261.829	46%
GRATUITO	746.732	749.213	99.7%
	3.493.921		

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2023.

Si se observa lo que sucede con la distribución de las personas con una única cobertura según el tipo de cobertura se observa que el 95% de las personas cubiertas por el FONASA presenta una sola afiliación mientras que este porcentaje asciende al 76% para aquellas personas que están cubiertas a través del pago de una cuota individual. Una vez más se aprecia el fenómeno de la múltiple cobertura asociado a Sanidad Militar y Sanidad Policial ya que solo el 46% de las personas cubiertas bajo esta modalidad presentan una sola cobertura. Para el caso de los gratuitos esta situación se da prácticamente para el 100% de las personas. Cabe recordar en este punto que además de las coberturas públicas de SM y SP en este conjunto se encuentran aquellos casos que fueron enviados en el marco del convenio por ASSE y IAMCs que a diciembre 2023 no tenían otra cobertura integral vigente⁶ que de eliminarlos los perderíamos del análisis. Al mismo tiempo, hay que tener presente que, tal como se mencionó antes, existen 2.481⁷ casos de doble cobertura gratuitos que no deberían existir (porque esta doble cobertura no está permitida) pero que no se eliminaron del análisis por no saber de dónde provenía el error (si en las IAMCs o en ASSE).

Las personas con múltiple cobertura son 153.847, lo que representa un 4.2% del total. Tal como se presenta en la tabla 5, existen 138.316 personas que tienen dos coberturas vigentes, 15.359 personas con tres afiliaciones, 170 personas tienen cuatro y dos personas tienen 5 coberturas. El fenómeno de la múltiple cobertura ha permanecido estable en el tiempo siendo una cuestión que se concentra en las afiliaciones financiadas con fondos públicos.

⁶ Se trataba de 4.203 casos para las IAMCs y 16.681 casos para ASSE.

⁷ Se recuerda, tal como se desarrolló en el apartado metodológico de este documento, que en estos casos podría existir un problema temporal en la detección de esta doble cobertura: que ASSE demore en captar esta baja porque la persona no concurre a darse de baja de su afiliación gratuita –no tiene incentivos para hacerlo- o que el prestador privado no le haya dado de baja aún porque no elimina a las personas de su padrón inmediatamente que deja de pagar la cuota individual. Por desconocer dónde radica el error es que no se ha procedido a eliminar estos registros.



Tabla 5 Cantidad de coberturas por persona

Coberturas	Personas	% sobre el total de personas	%dentro del universo con Múltiple Cobertura
Una cobertura	3.493.921	95,8%	
Dos coberturas	138.316	3,8%	90%
Tres coberturas	15.359	0,4%	10%
Cuatro coberturas	170	0,0%	0%
Cinco coberturas	2	0,0%	0%
	3.647.768	100,0%	100%

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2023.

A continuación el análisis se centrará en el estudio de la múltiple cobertura vinculada al universo FONASA y al contributivo público, en la medida en que ambos son financiados por recursos públicos. En el caso de la cobertura gratuita en ASSE, no se habilita ninguna cobertura adicional por lo que no será objeto de análisis. Además, como la doble cobertura particular está permitida dentro del sector, tampoco será analizada en detalle.

134.573 personas tienen cobertura múltiple en donde una de las afiliaciones que participa es FONASA (ver tabla 6). Es decir, que existen 134.573 personas que tienen una cobertura FONASA y otra/s adicional/es. Esto representa el 87.5% de las personas en esta situación de múltiple cobertura (153.847).

121.485 personas tienen doble cobertura donde una de las que participa es financiada por el seguro, porcentaje que asciende al 4.6% del total de las coberturas FONASA y explica aproximadamente el 90% de la MC FONASA. Si se analiza cuál es la cobertura adicional, se observa que para 24.643 personas se trata de una cobertura privada (cuota individual de prepago o a través de un convenio colectivo) mientras que 96.842 personas tienen otra cobertura contributivo público.

12.952 personas tienen cobertura FONASA más dos coberturas adicionales (tres coberturas en total) mientras que son 134 las personas que tienen cobertura FONASA más tres coberturas adicionales. Por último, hay dos personas en situación de quintuple cobertura (probablemente se trate de un error de registro) que es beneficiario FONASA y al mismo tiempo tiene 4 afiliaciones vigentes más.



Tabla 6 Múltiple cobertura con una cobertura vinculada al universo FONASA

Cobertura	Personas	% en el total FONASA	% respecto a Múltiple Cobertura FONASA
Total	2.615.309		
Única cobertura FONASA	2.480.736	94,9%	
Cobertura FONASA + 1	121.485	4,6%	90,3%
Cobertura FONASA + 2	12.952	0,5%	9,6%
Cobertura FONASA + 3	134	0,0%	0,1%
Cobertura FONASA + 4	2	0,0%	0,0%
Total Múltiples Coberturas FONASA + otra/s no FONASA	134.573		

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2023.

Si se realiza un análisis similar al anterior pero detallando lo que sucede en la esfera de las coberturas vinculadas a Sanidad Militar y Sanidad Policial se aprecia que 123.515 personas son las que tienen cobertura múltiple, de las 238.740 personas que cubren ambas instituciones (existen 2.205 personas que están en Sanidad Policial y Militar a la vez), por lo que el 52% de las personas tiene alguna cobertura adicional. Estas 123.515 personas representan el 80% de las personas en situación de múltiple cobertura (153.847).

Tabla 7 Múltiple cobertura con una cobertura vinculada al universo contributivo público

Contributivo público (CP)	Personas	238,740 personas Sanidad Militar y Sanidad Policial	153,847 personas con Múltiple Cobertura
CP + 1	119.923	50%	78%
CP + 2	3.583	2%	2%
CP + 3	8	0%	0%
CP + 4	1	0%	0%
Total CP + otra	123.515	52%	80%

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2023.

Se observan 119.923 personas con cobertura pública más una adicional y 3.583 personas con 3 coberturas, dónde una de las que participa es CP.

Es importante aclarar que 109.730 personas tienen cobertura contributivo público más afiliación FONASA (además podrían tener otras vigentes). De estas personas, 108.837 tienen cobertura contributivo público más una cobertura FONASA mientras que 893 personas tienen



cobertura en Sanidad Policial, Sanidad Militar y FONASA al mismo tiempo (pudiendo tener otra adicional).

Si se tiene en cuenta que Sanidad Policial brinda cobertura a 113.570 personas mientras que 127.375 son las personas cubiertas por Sanidad Militar se observa que el 42% del padrón de Sanidad Policial y el 50% del de Sanidad Militar tienen además cobertura del FONASA.

1.312 personas tienen cobertura en Sanidad Militar y Sanidad Policial al mismo tiempo (además de las 893 que tienen cobertura en ambas instituciones y FONASA a la vez.)

Estos casos pueden explicarse por funcionarios que además de prestar funciones allí tienen otro empleo a partir del que generan cobertura del SNS o familiares que tienen además su propia cobertura FONASA.

Doble cobertura e ineficiencias en el gasto público

La existencia de múltiples coberturas en el sistema de salud es un fenómeno conocido desde siempre y de no fácil solución. Desde el punto de vista de la eficiencia del gasto público en salud podría decirse que existe cierta ineficiencia si se tienen en cuenta las múltiples coberturas entre FONASA y Sanidad Militar o Policial. No obstante, cabe aclarar que el derecho a la cobertura FONASA se genera a partir del aporte del beneficiario al SNS y, por otro lado, la cobertura en Militar o Policial también existe un aporte del funcionario.

Si se estableciera que toda persona con cobertura FONASA, o los familiares del militar o policial que tengan cobertura FONASA, no pudieran hacer uso de otra cobertura en salud esto no necesariamente implica, que en las condiciones actuales se redujera el financiamiento público a Sanidad Militar o Policial. Es decir, los presupuestos asignados a ambos hospitales, al no estar atados al gasto per cápita de su población no sufriría variaciones, salvo que se estableciera una reducción de ambos presupuestos.

Otra posibilidad, es que toda la Sanidad Militar y la Sanidad Policial pasen a ser parte del SNS y por tanto reciban las cápitras ajustadas por edad y sexo por cada uno de sus afiliados. Una medida de este tipo implica otro tipo de acuerdos y decisiones de economía política.

No es evidente la mejor estrategia para reducir esta posible ineficiencia de forma que tenga un impacto de magnitud en el gasto público realizado.



Avenida 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Tel.: 1934. msp.gub.uy

