Ministerio
de Salud Pública

INFORME DE COBERTURA POBLACIONAL DEL SNIS SEGÚN PRESTADOR 2024-2025

Área Economía de la Salud

Dirección General del Sistema Nacional de Salud

Marzo 2026

Ministerio
de Salud Pública

Contenido

1. Introducción 3
2. Período de análisis y fuente de datos 4
   2.1 *Metodología de construcción de la base de datos* 5
3. Afiliados del SNIS – RUCAF 5
   3.1 *Evolución de las afiliaciones según tipo de prestador* 5
   3.2 *Distribución por sexo* 9
   3.3 *Estructura demográfica de la población afiliada* 11
   3.4 *Indicadores demográficos por tipo de prestador* 18
   3.5 *Distribución territorial* 19
4. Sanidad Militar y Sanidad Policial 27
5. Múltiple cobertura 30
   5.1 *Metodología* 30
   5.2 *Cobertura única y múltiple* 31
   5.3 *Múltiple cobertura en el universo FONASA* 34
   5.4 *Múltiple cobertura en el universo CONTRIBUTIVO PÚBLICO* 35
   5.5 *Coexistencia de cobertura FONASA con Sanidad Militar y Sanidad Policial* 37
   5.6 *Múltiple cobertura y eficiencia del gasto público* 40
6. Cobertura de Salud: Encuesta Continua de Hogares 41
   6.1 *Perfil de los usuarios según prestador* 42
   6.2 *Aseguramiento del Seguro Nacional de Salud (FONASA)* 50
7. Conclusiones 57
8. Anexo 59

Ministerio
de Salud Pública

1. Introducción

El presente informe tiene como objetivo describir la cobertura de salud de la población residente en Uruguay en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), analizando su distribución según tipo de prestador. En particular, busca caracterizar la cobertura poblacional a partir de registros administrativos y fuentes estadísticas, identificando las principales características demográficas, territoriales y socioeconómicas de la población con derechos vigentes de atención en salud, así como algunos rasgos relevantes del funcionamiento del sistema.

El análisis se centra en la evolución reciente de la cobertura para los años 2024 y 2025, actualizando las estimaciones y resultados presentados en informes anteriores elaborados por el Área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP). Para cumplir este objetivo, se utilizan distintas fuentes de información complementarias, entre las que se destacan el Registro de Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (RUSNIS), anteriormente denominado RUCAF, los padrones de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud (FONASA) y la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE).

A partir de estas fuentes se examina la cobertura integral de salud según tipo de institución prestadora -Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), seguros privados integrales y los sistemas de sanidad policial y militar-, así como la participación de los distintos colectivos en el aseguramiento a través del FONASA. Asimismo, se analizan aspectos relevantes para la comprensión del funcionamiento del sistema, entre ellos la múltiple cobertura, las diferencias en los perfiles demográficos y socioeconómicos de la población cubierta y la utilización efectiva de los servicios de salud.

El informe busca contribuir a una mejor comprensión de la estructura de cobertura del SNIS, aportando evidencia para el seguimiento de la cobertura poblacional, el monitoreo del funcionamiento del sistema y el diseño y evaluación de políticas públicas en salud.

2. Período de análisis y fuente de datos

La principal fuente de información utilizada en este informe es el Registro de Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (RUSNIS), sistema encargado de centralizar la información sobre la cobertura de salud de la población usuaria de los distintos prestadores integrales del país. Este registro sistematiza las afiliaciones reportadas por las instituciones que brindan asistencia médica en los sectores público y privado. En particular, estas informan la cobertura correspondiente al ámbito no FONASA —incluyendo coberturas prepagas, gratuitas y contributivas públicas, como en el caso de Sanidad Militar y Sanidad Policial—, mientras que el Banco de Previsión Social (BPS) es responsable de reportar la información vinculada al universo FONASA. En consecuencia, la información analizada proviene de distintas fuentes.

El RUSNIS surge como evolución del RUCAF, que presentaba limitaciones en sus mecanismos de control de calidad de la información, lo que podía dar lugar a inconsistencias en los registros. El nuevo sistema se encuentra operativo y en proceso de mejora continua. Su implementación incluyó una carga inicial correspondiente a la situación del padrón a enero de 2024, a partir de la cual se comenzaron a registrar de forma sistemática los movimientos de altas, bajas y modificaciones. En este esquema, las nuevas afiliaciones se gestionan mediante servicios web, incorporando controles automáticos que contribuyen a mejorar la calidad de la información.

La fecha de corte utilizada para la construcción del padrón corresponde al 27 de diciembre a las 23:59 horas, incluyendo todos los movimientos registrados en ese día.

Es importante tener en cuenta que cada registro de la base representa una cobertura de salud y no necesariamente una persona. Por este motivo, el número de registros puede ser superior al de personas en el país. En consecuencia, una misma persona puede tener asociada más de una cobertura de salud, incluso más de dos de forma simultánea.

La base de datos utilizada para la elaboración del presente informe corresponde a los años 2024 y 2025 y contiene 3.901.780 afiliaciones (coberturas) correspondientes a 3.651.084 personas en 2024. En 2025, estos valores ascienden a 3.926.635 afiliaciones

y 3.671.1681 personas. A su vez, está conformada por 43 instituciones: 6 seguros privados integrales, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Sanidad Policial, Sanidad Militar y 34 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), 10 de Montevideo y 24 del interior del país.

2.1 *Metodología de construcción de la base de datos*

Para la construcción de la base se utilizó la información de los beneficiarios del FONASA —administrado por el BPS— para los años 2024 y 2025. A esta base se incorporaron las afiliaciones integrales no FONASA provenientes de los registros del RUSNIS para el mismo período.

En algunos casos se identifican registros duplicados correspondientes a una misma persona dentro de una misma institución, debido a que el padrón final de cada prestador se conforma a partir de fuentes de información de distinto origen. En estas situaciones, se elimina el registro no FONASA a efectos de evitar la duplicación de registros correspondientes a una misma persona dentro del mismo prestador, dado que la información correspondiente a las coberturas FONASA, reportada por el BPS, se considera la fuente oficial.

3. Afiliados del SNIS – RUCAF

3.1 *Evolución de las afiliaciones según tipo de prestador*

Al comparar la distribución de afiliaciones por tipo de institución observada en el informe de cobertura del año 2018 con la registrada en los años más recientes (Tabla 1), no se aprecian cambios sustantivos en la estructura del sistema. En 2018 el total de afiliaciones integrales ascendía a 3.816.624, mientras que en 2024 y 2025 se registran 3.901.780 y 3.926.635 afiliaciones, respectivamente, lo que refleja un incremento moderado en el volumen total de coberturas. En términos de

[1] *El total de personas corresponde a personas distintas identificadas en los registros administrativos. Este valor resulta levemente superior a la población residente estimada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), debido a las características propias de los registros administrativos, que pueden incluir registros no depurados y personas registradas en el sistema de salud uruguayo que no integran la población residente considerada por el INE.*

participación relativa, las IAMC continúan concentrando la mayor proporción de afiliaciones (56,4% en 2018 frente a 55,0% y 54,7% en 2024 y 2025), mientras que ASSE aumenta su participación de 34,1% a 35,6% y 35,7%. En el resto de los prestadores las variaciones son reducidas: Sanidad Militar mantiene una participación cercana al 3,2%, Sanidad Policial pasa de 2,9% a 3,1% y los seguros privados de 3,0% a aproximadamente 3,3%.

Tabla 1. Afiliaciones (registros) por tipo de institución y año.

Grupo	2024	2025	% 2024	% 2025
ASSE	1,387,073	1,402,289	35.55	35.71
IAMC	2,146,202	2,145,854	55.01	54.65
SANIDAD MILITAR	126,482	127,249	3.24	3.24
SANIDAD POLICIAL	114,260	121,137	2.93	3.09
SEGUROS PRIVADOS	127,763	130,106	3.27	3.31
TOTAL	**3,901,780**	**3,926,635**	**100.00**	**100.00**

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS[2].

Al analizar las afiliaciones según tipo de cobertura (FONASA y no FONASA), se observa que en 2018 el 66,7% de las afiliaciones correspondían al FONASA y el 33,3% a coberturas no FONASA. Para 2024, el total de afiliaciones aumenta a 3.901.780 y la participación del FONASA se incrementa levemente hasta el 68%, mientras que las coberturas no FONASA se reducen a aproximadamente el 32%. En términos de prestadores, las IAMC continúan concentrando la mayor parte de las afiliaciones FONASA, manteniéndose en torno a los dos millones de registros, mientras que ASSE incrementa su participación respecto a 2018. Entre diciembre de 2024 y diciembre de 2025, la cobertura FONASA registra un crecimiento moderado, pasando de 2.653.873 a 2.674.384 afiliaciones, lo que representa un incremento absoluto de 20.511 personas (0,8%).

[2] *Las cifras corresponden al número de afiliaciones (registros) y no al número de personas. Una misma persona puede registrar más de una afiliación vigente cuando presenta múltiple cobertura, por lo que el total de registros es superior al total de personas cubiertas.*

Al desagregar la evolución de las afiliaciones FONASA por tipo de prestador (Tablas 2 y 3), se observa que, si bien las IAMC continúan concentrando la mayor parte de la población cubierta por el seguro, su crecimiento es prácticamente nulo en términos relativos (0,1%). En contraste, ASSE presenta un incremento de 2,5%, mientras que los Seguros Privados registran la mayor tasa de crecimiento relativa (3,4%). De este modo, el crecimiento del FONASA no modifica la distribución relativa de sus afiliaciones entre prestadores, manteniéndose la estructura general del sistema prácticamente inalterada durante el período analizado.

Tabla 2. Afiliaciones (registros) por tipo de institución según cobertura (2024).

	ASSE	IAMC	SPI	S. MILITAR	S. POLICIAL	Total	%
Total	**1,387,073**	**2,146,202**	**127,763**	**126,482**	**114,260**	**3,901,780**	**100.00**
FONASA	581,975	1,980,676	91,222	0	0	2,653,873	68.02
No FONASA	805,098	165,526	36,541	126,482	114,260	1,247,907	31.98

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Tabla 3. Afiliaciones (registros) por tipo de institución según cobertura (2025).

	ASSE	IAMC	SPI	S. MILITAR	S. POLICIAL	Total	%
Total	**1,402,289**	**2,145,854**	**130,106**	**127,249**	**121,137**	**3,926,635**	**100.00**
FONASA	596,807	1,983,265	94,312	0	0	2,674,384	68.11
No FONASA	805,482	162,589	35,794	127,249	121,137	1,252,251	31.89

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Al analizar la evolución según categoría de afiliación, se observa que el crecimiento del FONASA se encuentra impulsado principalmente por el aumento de los afiliados activos, que pasan de 1.227.344 a 1.242.328 (1,2%), y de los pasivos, que aumentan de 631.434 a 649.643 (2,9%). Por el contrario, se registra una disminución en los menores, que descienden de 584.331 a 575.393 (-1,5%), y en los cónyuges o concubinos, que pasan de 210.764 a 207.020 (-1,8%). Estos resultados sugieren que la expansión del sistema en el período considerado se vincula principalmente al aumento de cotizantes directos y pasivos, en un contexto de leve retracción de los beneficiarios dependientes.

En cuanto a las coberturas no FONASA, estas continúan concentrándose principalmente en ASSE (afiliaciones gratuitas), Sanidad Militar y Sanidad Policial, ya que permanecen fuera del Seguro Nacional de Salud. Entre diciembre de 2024 y diciembre de 2025, el conjunto de afiliaciones no FONASA se mantiene prácticamente estable, pasando de 1.247.907 a 1.252.251 registros, lo que implica una variación anual de 0,3%. Esta estabilidad global se acompaña de una composición interna que presenta pocos cambios.

La cobertura gratuita continúa siendo el principal componente del universo no FONASA, con 754.050 afiliaciones en 2024 y 755.056 en 2025, lo que representa una variación de apenas 0,1%. Por su parte, la cobertura contributivo público registra un incremento, pasando de 306.008 a 312.822 afiliaciones (2,2%). Esta categoría engloba tanto a los beneficiarios de Sanidad Militar y Sanidad Policial como a las coberturas brindadas por ASSE y las IAMC en el interior del país mediante mecanismos de contratación de servicios para personas con cobertura en dichos subsistemas que residen fuera de Montevideo.

En este marco, el crecimiento observado se explica fundamentalmente por la evolución de las afiliaciones en sanidad policial, que aumentan de 114.260 a 121.137 (6,0%), mientras que la sanidad militar presenta una variación más moderada, de 126.482 a 127.249 (0,6%). En contraste, las afiliaciones contributivo público en IAMC y ASSE muestran leves descensos (-0,9% y -1,4%, respectivamente).

Por último, la cobertura privada presenta una disminución, pasando de 187.849 a 184.373 afiliaciones (-1,9%), explicada principalmente por la reducción en IAMC y en seguros privados. No obstante, su peso relativo dentro del total de afiliaciones no FONASA continúa siendo menor frente a las coberturas gratuita y contributivo público.

En síntesis, el universo no FONASA se caracteriza por una alta estabilidad tanto en el volumen total de afiliaciones como en su composición por tipo de cobertura, observándose únicamente variaciones moderadas entre los años analizados.

3.2 *Distribución por sexo*

Tabla 4. Afiliaciones (registros) por tipo de institución y sexo según cobertura (2024)

Tipo de institución	SEXO	FONASA		NO FONASA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
IAMC	M	947,504	44.1	89,530	4.2	1,037,034	48.3
	F	1,033,172	48.1	75,973	3.5	1,109,145	51.7
	Sin Dato	-	-	23	0.0	23	0.0
	Total	**1,980,676**	**92.3**	**165,526**	**7.7**	**2,146,202**	**100.0**
ASSE	M	273,992	19.8	416,611	30.0	690,603	49.8
	F	307,983	22.2	388,487	28.0	696,470	50.2
	Total	**581,975**	**42.0**	**805,098**	**58.0**	**1,387,073**	**100.0**
SEGUROS PRIVADOS	M	41,855	32.8	17,881	14.0	59,736	46.8
	F	49,367	38.6	18,554	14.5	67,921	53.2
	Sin Dato	-	-	106	0.1	106	0.1
	Total	**91,222**	**71.4**	**36,541**	**28.6**	**127,763**	**100.0**
SANIDAD POLICIAL	M	-	-	55,404	48.5	55,404	48.5
	F	-	-	58,856	51.5	58,856	51.5
	Total	**-**	**-**	**114,260**	**100.0**	**114,260**	**100.0**
SANIDAD MILITAR	M	-	-	66,632	52.7	66,632	52.7
	F	-	-	59,850	47.3	59,850	47.3
	Total	**-**	**-**	**126,482**	**100.0**	**126,482**	**100.0**
Total		**2,653,873**		**1,247,907**		**3,901,780**	

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Tabla 5. Afiliaciones (registros) por tipo de institución y sexo según cobertura (2025)

Tipo de institución	SEXO	FONASA		NO FONASA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
IAMC	M	948,302	44.2	87,713	4.1	1,036,015	48.3
	F	1,034,963	48.2	74,823	3.5	1,109,786	51.7
	Sin Dato	-	-	53	0.0	53	0.0
	Total	**1,983,265**	**92.4**	**162,589**	**7.6**	**2,145,854**	**100.0**
ASSE	M	281,707	20.1	417,103	29.7	698,810	49.8
	F	315,100	22.5	388,379	27.7	703,479	50.2
	Total	**596,807**	**42.6**	**805,482**	**57.4**	**1,402,289**	**100.0**
SEGUROS PRIVADOS	M	43,191	33.2	17,569	13.5	60,760	46.7
	F	51,121	39.3	18,016	13.8	69,137	53.1
	Sin Dato	-	-	209	0.2	209	0.2
	Total	**94,312**	**72.5**	**35,794**	**27.5**	**130,106**	**100.0**
SANIDAD POLICIAL	M	-	-	58,845	48.6	58,845	48.6
	F	-	-	62,292	51.4	62,292	51.4
	Total	**-**	**-**	**121,137**	**100.0**	**121,137**	**100.0**
SANIDAD MILITAR	M	-	-	66,768	52.5	66,768	52.5
	F	-	-	60,481	47.5	60,481	47.5
	Total	**-**	**-**	**127,249**	**100.0**	**127,249**	**100.0**
Total		**2,674,384**		**1,252,251**		**3,926,635**	

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

El análisis de la distribución de las afiliaciones por tipo de institución, cobertura y sexo para los años 2024 (Tabla 4) y 2025 (Tabla 5) evidencia una marcada estabilidad en la configuración del sistema de salud. En cuanto a la distribución por sexo, no se observan modificaciones relevantes entre ambos años. En el conjunto del sistema se mantiene una leve mayoría femenina, particularmente visible en las IAMC, ASSE y los seguros privados.

Los subsistemas de Sanidad Policial y Sanidad Militar presentan perfiles por sexo diferenciados, con predominio femenino en el primero y masculino en el segundo, patrones que permanecen estables durante el período analizado.

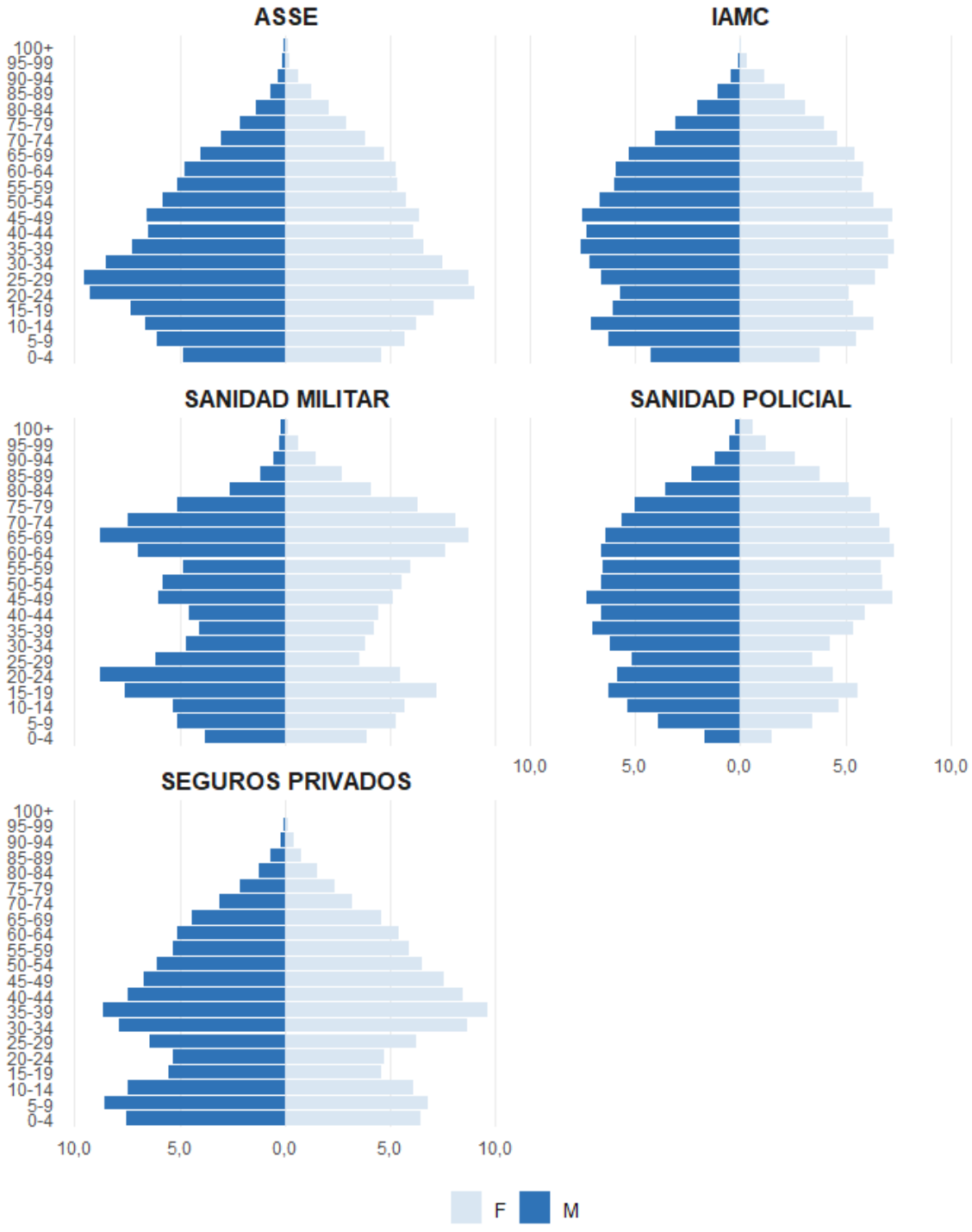
3.3 *Estructura demográfica de la población afiliada*

La distribución por edad y sexo del total del sistema de salud muestra una estructura relativamente equilibrada entre hombres y mujeres, con una leve mayor presencia femenina en el total. Se observa una mayor concentración en edades centrales, particularmente entre los 25 y 44 años, donde se alcanzan los mayores volúmenes poblacionales. En términos relativos, aproximadamente el 16% de la población tiene menos de 15 años, mientras que cerca del 17% tiene 65 años o más, lo que refleja una estructura demográfica relativamente envejecida. Dentro de este grupo, alrededor del 2,5% corresponde a personas de 85 años y más —grupo denominado oldest old en la literatura demográfica—, en el cual se acentúa fuertemente el predominio femenino. En efecto, a partir de los 65 años se observa una creciente feminización, en línea con la mayor esperanza de vida de las mujeres.

En este contexto, y considerando la distribución relativa dentro de cada subsistema —lo que permite comparar estructuras independientemente de su tamaño—, se observan perfiles demográficos diferenciados según tipo de institución. En términos generales, las IAMC presentan una estructura relativamente más envejecida que el promedio del sistema, mientras que ASSE concentra una mayor proporción de población en edades jóvenes. Los seguros privados muestran un perfil con mayor presencia relativa de población en edades activas y de menores de 15 años, mientras que los subsistemas de Sanidad Militar y Sanidad Policial presentan estructuras demográficas particulares, asociadas a la naturaleza ocupacional de estas coberturas. Las figuras siguientes permiten visualizar y analizar con mayor detalle estas diferencias.

La Figura 1 presenta la distribución de las afiliaciones por grupos quinquenales de edad y sexo para los distintos tipos de prestadores de salud en 2024. Para cada tipo de institución se muestra una pirámide poblacional, en la que las barras ubicadas a la izquierda representan a los varones y las de la derecha a las mujeres, expresadas como porcentaje del total de afiliaciones del respectivo prestador. Esta representación permite comparar la estructura por edad y sexo de la población afiliada a ASSE, las IAMC, Sanidad Militar, Sanidad Policial y los Seguros Privados.

Figura 1. Pirámides de afiliaciones por tipo de institución (2024)



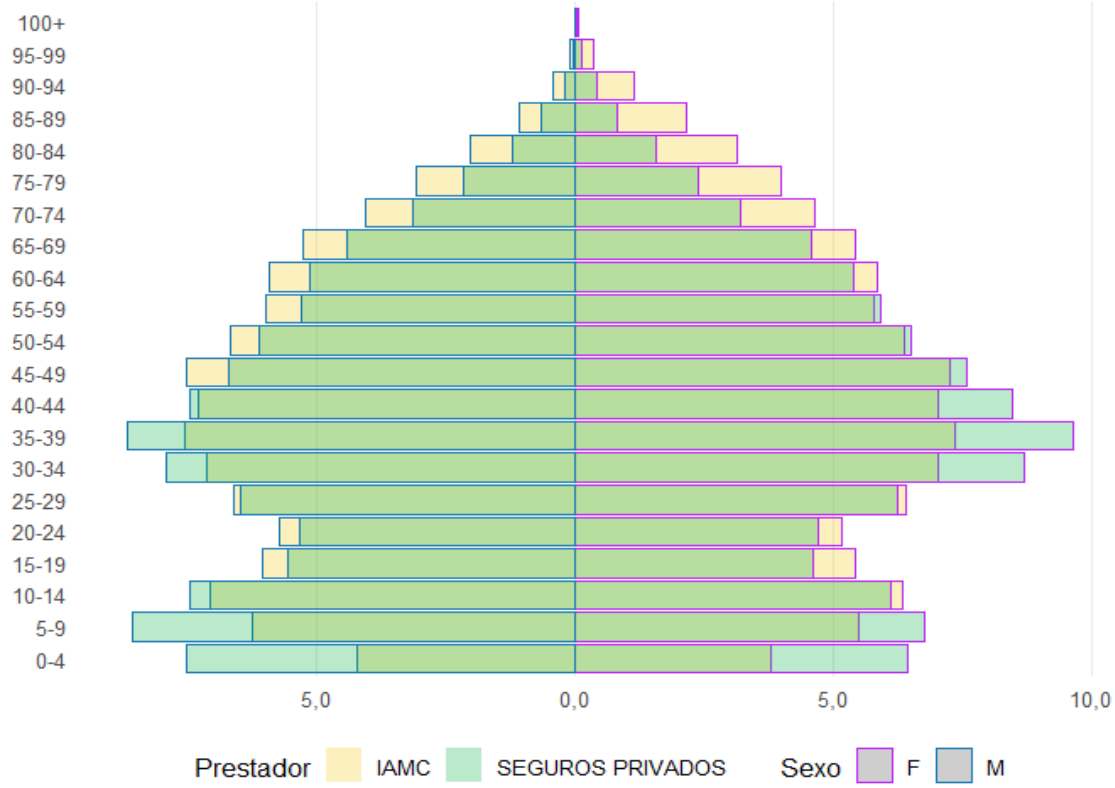
Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Las pirámides permiten apreciar que los distintos tipos de prestadores presentan perfiles demográficos claramente diferenciados. ASSE concentra una mayor

proporción relativa de población en edades jóvenes, mientras que las IAMC exhiben una estructura relativamente más envejecida. Los Seguros Privados presentan una mayor concentración de afiliaciones en edades activas y una participación relativamente elevada de menores de 15 años, en tanto que Sanidad Militar y Sanidad Policial muestran perfiles demográficos particulares asociados a la naturaleza ocupacional de estos subsistemas. Asimismo, en todos los prestadores se observa una mayor participación relativa de mujeres en las edades avanzadas, consistente con la mayor esperanza de vida femenina. Estas diferencias se analizan con mayor detalle en las figuras siguientes.

La Figura 2 presenta una comparación de la estructura etaria y por sexo de las afiliaciones correspondientes a las IAMC y a los Seguros Privados para el año 2024. Se trata de una pirámide poblacional superpuesta en la que las barras horizontales representan la distribución porcentual de las afiliaciones por grupos quinquenales de edad. Los valores negativos (lado izquierdo) corresponden a los varones y los positivos (lado derecho) a las mujeres. Los colores identifican el tipo de prestador, mientras que el contorno de las barras distingue el sexo, permitiendo visualizar simultáneamente ambas dimensiones.

Figura 2. Pirámides de afiliaciones IAMC y Seguros Privados (2024)

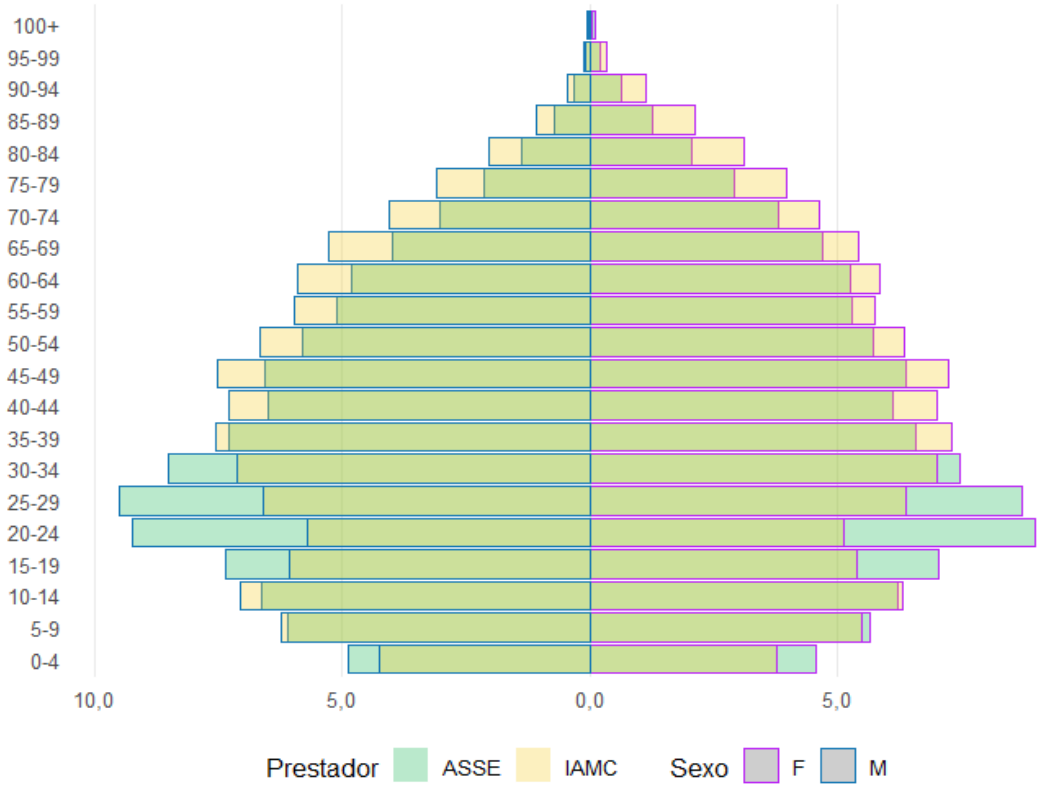


Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

En términos generales, ambos prestadores presentan perfiles relativamente similares, con una mayor concentración de afiliaciones en edades adultas. No obstante, se observan algunas diferencias relevantes. Las IAMC muestran una mayor participación relativa de población en edades avanzadas, especialmente a partir de los 60 años, lo que refleja una estructura relativamente más envejecida. En contraste, los Seguros Privados concentran una mayor proporción de afiliaciones en edades intermedias y una mayor participación relativa de menores de 15 años, configurando un perfil compatible con hogares en edades activas. En ambos prestadores se observa, además, una distribución por sexo muy similar, con una mayor participación relativa de mujeres en las edades avanzadas, consistente con el patrón observado para el conjunto del sistema. En conjunto, estas diferencias muestran que las IAMC presentan una población relativamente más envejecida, mientras que los Seguros Privados concentran una mayor proporción de población en edades activas y de menores de 15 años.

La Figura 3 muestra diferencias claras en la estructura etaria de la población afiliada entre ASSE y las IAMC. ASSE presenta una mayor concentración relativa de población en edades jóvenes y adultas tempranas, especialmente entre los 20 y 34 años, junto con una menor participación de adultos mayores, lo que refleja un perfil relativamente más joven. En contraste, las IAMC exhiben una estructura relativamente más envejecida, con mayor presencia de población de 50 años y más, particularmente a partir de los 60 años. Entre los 35 y 49 años ambas distribuciones son más similares, aunque las IAMC mantienen una participación relativa levemente superior. En ambos prestadores se observa el patrón esperado de mayor participación relativa de mujeres en las edades avanzadas, consistente con la mayor esperanza de vida femenina. Estas diferencias reflejan perfiles demográficos diferenciados entre ambos prestadores y se mantienen estables entre los años analizados.

Figura 3. Pirámides de afiliaciones ASSE y IAMC (2024)



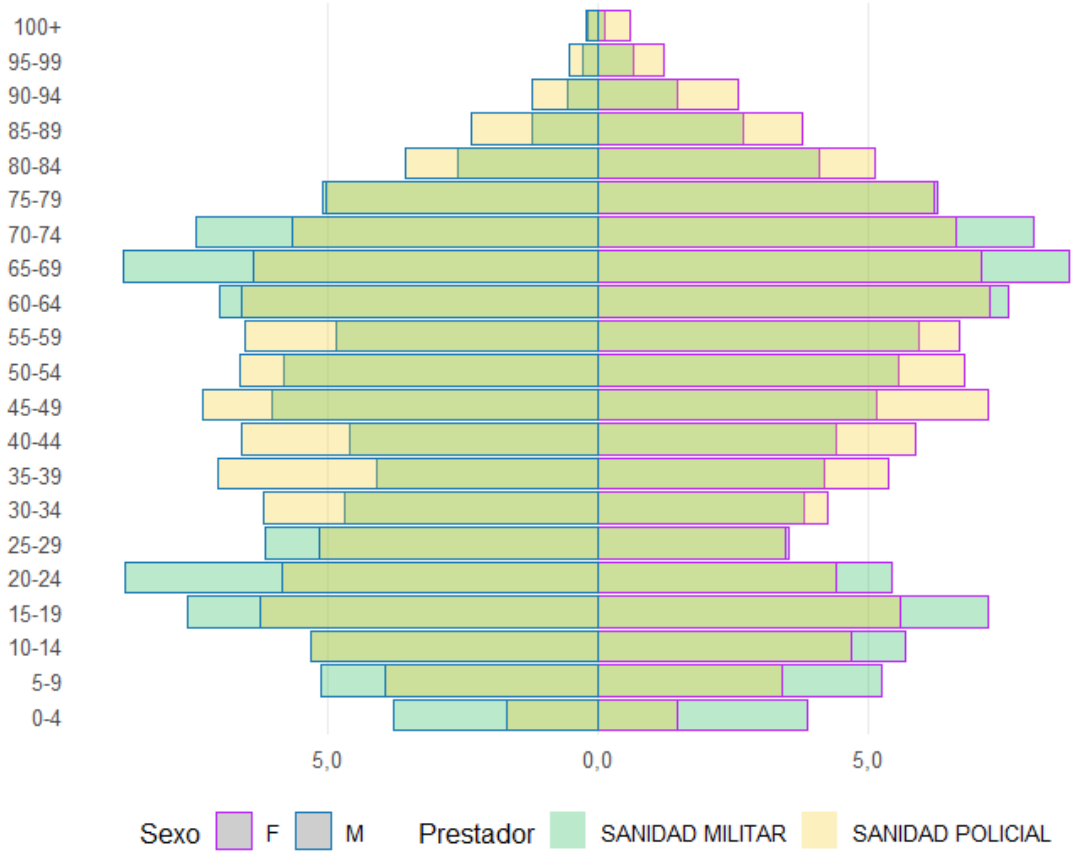
Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

La Figura 4 compara la estructura etaria de la población afiliada a Sanidad Militar y Sanidad Policial. Ambos subsistemas presentan perfiles demográficos diferenciados respecto al resto de los prestadores, asociados a la naturaleza ocupacional de estas coberturas. En ambos casos se observa una menor participación relativa de población infantil y una importante concentración de afiliaciones en edades adultas y avanzadas.

No obstante, se aprecian diferencias entre ambos subsistemas. Sanidad Militar presenta una estructura más heterogénea, con una elevada concentración de afiliaciones tanto en adultos jóvenes —especialmente entre los 20 y 24 años— como en los grupos de 65 a 74 años. En cambio, Sanidad Policial exhibe una distribución más uniforme, con mayor peso relativo en edades adultas y una concentración más sostenida entre los 40 y 74 años.

Al igual que en los restantes prestadores, en ambos subsistemas se observa un predominio relativo de mujeres en las edades más avanzadas, consistente con la mayor esperanza de vida femenina. En conjunto, estas diferencias reflejan las características particulares de la población cubierta por cada uno de estos subsistemas.

Figura 4. Pirámides de afiliaciones Sanidad Policial vs Sanidad Militar (2024)



Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS

En síntesis, las comparaciones realizadas evidencian perfiles demográficos claramente diferenciados entre los distintos tipos de prestadores, diferencias que se mantienen estables entre 2024 y 2025. ASSE presenta una estructura relativamente más joven, mientras que las IAMC concentran una mayor proporción de población de mayor edad. Por su parte, los Seguros Privados muestran un perfil caracterizado por una mayor presencia de población en edades activas y una participación relativamente elevada de menores de 15 años, lo que sugiere una mayor vinculación con hogares en etapas familiares activas. Finalmente, los subsistemas de Sanidad Militar y Sanidad Policial exhiben perfiles demográficos propios, asociados a la población que atienden, con una elevada participación de personas de 65 años y más y diferencias internas en su composición etaria. Asimismo, en todos los prestadores se observa un predominio femenino en las edades más avanzadas, consistente con la mayor esperanza de vida de las mujeres.

En conjunto, las comparaciones realizadas muestran que cada tipo de prestador presenta un perfil demográfico propio, asociado a las características de la población que cubre. Estas diferencias resultan considerablemente más marcadas que las variaciones observadas entre 2024 y 2025, lo que refleja una elevada estabilidad en la composición demográfica del sistema.

3.4 *Indicadores demográficos por tipo de prestador*

Las Tablas 6 y 7 presentan la distribución porcentual de las afiliaciones registradas por tipo de institución prestadora de salud, desagregada por grupos de edad y sexo para los años 2024 y 2025. En particular, se resumen tres indicadores demográficos de interés —proporción de menores de 15 años, de población de 65 años o más y de población de 85 años o más—, lo que permite sintetizar las principales diferencias entre los distintos tipos de prestadores y evaluar su estabilidad entre ambos años.

Las diferencias observadas en las pirámides poblacionales se reflejan también en los indicadores presentados en las Tablas 6 y 7. Los Seguros Privados presentan la mayor proporción de menores de 15 años (más del 20% de sus afiliados en ambos años), lo que confirma un perfil relativamente más joven. En contraste, Sanidad Militar y Sanidad Policial exhiben las estructuras más envejecidas del sistema, con aproximadamente el 29% de su población de 65 años o más. Asimismo, Sanidad Policial presenta la mayor proporción de personas de 85 años y más, lo que evidencia un envejecimiento más acentuado dentro de este grupo de prestadores. Las IAMC presentan un perfil intermedio, con una proporción de población de 65 años y más superior a la observada en ASSE, aunque inferior a la registrada en ambos subsistemas de sanidad. En todos los prestadores se observa, además, un predominio femenino entre la población de mayor edad, consistente con la mayor esperanza de vida de las mujeres.

En conjunto, los indicadores confirman la existencia de perfiles demográficos claramente diferenciados entre los distintos tipos de prestadores, diferencias que se mantienen prácticamente inalteradas entre 2024 y 2025. Las variaciones observadas entre instituciones resultan considerablemente más relevantes que los cambios registrados entre ambos años, lo que refleja una alta estabilidad en la composición demográfica de la población afiliada al sistema.

Tabla 6. Porcentaje de Afiliaciones (registros) por tipo de institución, edad y sexo. Año 2024.

	% de población menor de 15 años			% de población de 65 años o más de edad			% de población de 85 años o más de edad		
	Total	M	F	**Total**	M	F	**Total**	M	F
IAMC	**16,5**	8,5	8,1	**18,5**	7,8	10,8	**2,7**	0,8	1,9
ASSE	**17,0**	8,8	8,3	**13,7**	5,8	7,9	**1,7**	0,6	1,1
SPI	**21,3**	11,0	10,3	**12,5**	5,5	7,0	**1,1**	0,4	0,7
S. POLICIAL	**10,2**	5,3	4,9	**29,3**	12,1	17,2	**6,3**	2,1	4,2
S. MILITAR	**14,5**	7,5	7,0	**29,0**	13,8	15,2	**3,5**	1,2	2,3

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Tabla 7. Porcentaje de Afiliaciones (registros) por tipo de institución, edad y sexo. Año 2025

	% de población menor de 15 años			% de población de 65 años o más de edad			% de población de 85 años o más de edad		
	Total	M	F	**Total**	M	F	**Total**	M	F
IAMC	**16,1**	8,2	7,8	**19,0**	8,0	11,0	**2,7**	0,8	1,9
ASSE	**16,6**	8,5	8,1	**14,0**	5,9	8,1	**1,8**	0,6	1,2
SPI	**21,0**	10,9	10,1	**12,9**	5,7	7,2	**1,2**	0,5	0,8
S. POLICIAL	**10,2**	5,4	4,8	**28,8**	12,0	16,8	**6,4**	2,3	4,2
S. MILITAR	**14,3**	7,4	6,9	**29,4**	13,9	15,5	**3,7**	1,3	2,4

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

3.5 *Distribución territorial*

La Tabla 8 presenta la distribución de las afiliaciones registradas por tipo de institución prestadora de salud y departamento para el año 2025. Se incluyen los principales subsistemas —IAMC, ASSE, Seguros Privados, Sanidad Policial y Sanidad Militar— junto con el total de afiliaciones en cada departamento, lo que permite analizar la composición territorial de la cobertura de salud en el país.

La distribución territorial de la población cubierta muestra una fuerte concentración en el área metropolitana, en línea con la distribución de la población del país, donde Montevideo y Canelones reúnen más de la mitad de los habitantes. La cobertura de

salud reproduce este patrón, ya que en ambos departamentos se concentra también más de la mitad del total de las afiliaciones registradas.

Según el tipo de prestador, se observan diferencias territoriales claramente definidas. Las IAMC predominan en Montevideo y en el sur del país, mientras que ASSE adquiere mayor relevancia en varios departamentos del interior, especialmente en los departamentos del norte del país. Los Seguros Privados presentan una alta concentración en Montevideo y una presencia reducida en el resto del territorio. En tanto, Sanidad Militar y Sanidad Policial muestran una distribución más homogénea, con presencia en todo el país y un mayor peso relativo en algunos departamentos del interior, destacándose Sanidad Policial en Rivera y Sanidad Militar en departamentos como Tacuarembó y Salto. En conjunto, estos resultados muestran que, si bien la distribución territorial de las afiliaciones reproduce la concentración poblacional del país, existen patrones de cobertura diferenciados según el tipo de prestador, reflejando la heterogeneidad territorial del sistema de salud.

Tabla 8. Afiliaciones (registros) por tipo de institución y departamento. Año 2025

Departamento	IAMC	ASSE	SPI	S. POLICIAL	S. MILITAR	Total
Montevideo	894,315	404,658	101,841	44,000	59,146	**1,503,960**
Artigas	30,198	54,407	303	3,932	3,692	**92,532**
Canelones	355,638	199,220	13,702	19,374	16,652	**604,586**
Cerro Largo	44,141	51,466	633	4,103	5,090	**105,433**
Colonia	86,600	52,684	1,132	3,151	2,162	**145,729**
Durazno	33,613	27,648	669	2,621	3,803	**68,354**
Flores	13,368	12,454	452	1,385	1,074	**28,733**
Florida	33,418	34,110	516	2,837	1,696	**72,577**
Lavalleja	20,238	26,583	467	1,858	2,435	**51,581**
Maldonado	157,431	64,667	4,063	4,273	2,970	**233,404**
Paysandú	62,401	61,256	744	2,635	1,686	**128,722**
Rio Negro	20,832	35,831	561	2,247	1,827	**61,298**
Rivera	57,511	64,121	415	6,883	5,169	**134,099**
Rocha	46,031	42,018	515	3,438	3,268	**95,270**
Salto	65,631	72,991	1,102	3,472	2,765	**145,961**
San José	75,476	39,530	605	4,354	2,608	**122,573**
Soriano	44,471	40,683	1,308	2,747	1,806	**91,015**
Tacuarembó	34,584	64,158	699	3,562	4,758	**107,761**
Treinta Y Tres	21,018	27,217	339	2,403	2,017	**52,994**

Departamento	IAMC	ASSE	SPI	S. POLICIAL	S. MILITAR	Total
Sin Dato	48,939	26,587	40	1,862	2,625	**80,053**
Total	**2,145,854**	**1,402,289**	**130,106**	**121,137**	**127,249**	**3,926,635**

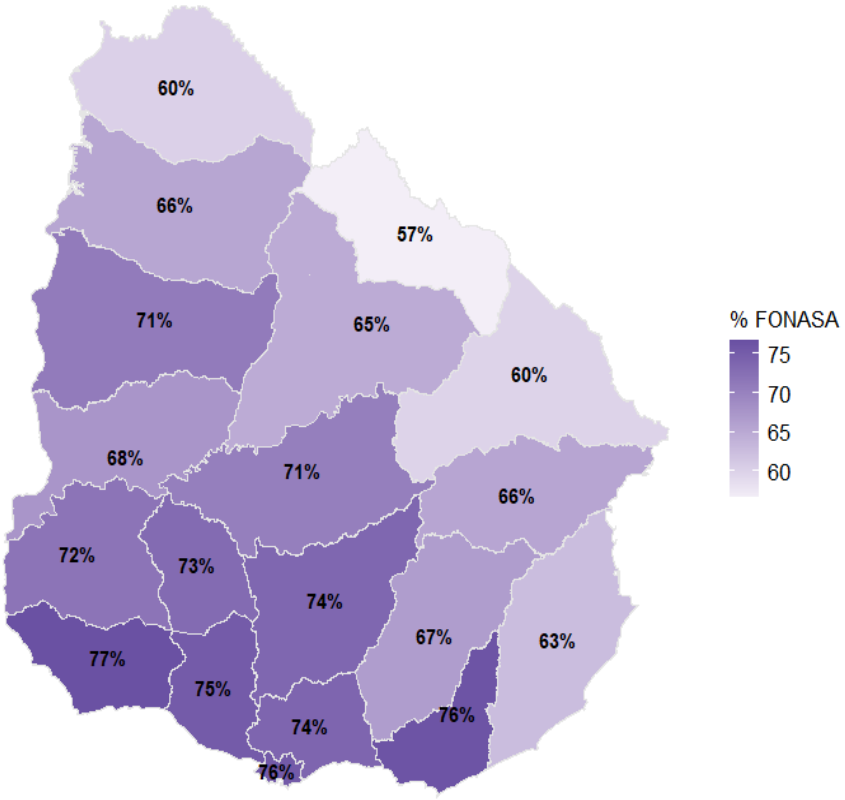
Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Estas diferencias territoriales se analizan con mayor detalle en las figuras siguientes, donde se examina la distribución espacial de la cobertura FONASA y No FONASA, así como la composición de los distintos tipos de prestadores dentro de cada subsistema.

La Figura 5 presenta la distribución territorial del porcentaje de afiliaciones al FONASA por departamento en el año 2025. A través de un mapa coroplético, se visualiza la proporción de población cubierta por este subsistema en cada jurisdicción, permitiendo identificar diferencias espaciales en los niveles de cobertura a nivel nacional. Cabe señalar que, para cada departamento, el complemento de los valores presentados corresponde a las afiliaciones No FONASA.

El mapa muestra una marcada heterogeneidad territorial en la cobertura. Los departamentos del sur y suroeste —como Montevideo, Canelones, Colonia y San José— presentan niveles más elevados de afiliación al FONASA, en general por encima del 70%. En contraste, algunos departamentos del norte y noreste, como Rivera, Artigas y Cerro Largo, registran porcentajes relativamente menores. Esta distribución sugiere una mayor penetración del FONASA en áreas más urbanizadas y con mayor densidad poblacional, mientras que en regiones más periféricas la participación relativa del subsistema es menor, lo que implica, en contrapartida, una mayor presencia de afiliaciones No FONASA.

Figura 5. Porcentaje de afiliaciones FONASA por departamento (2025).



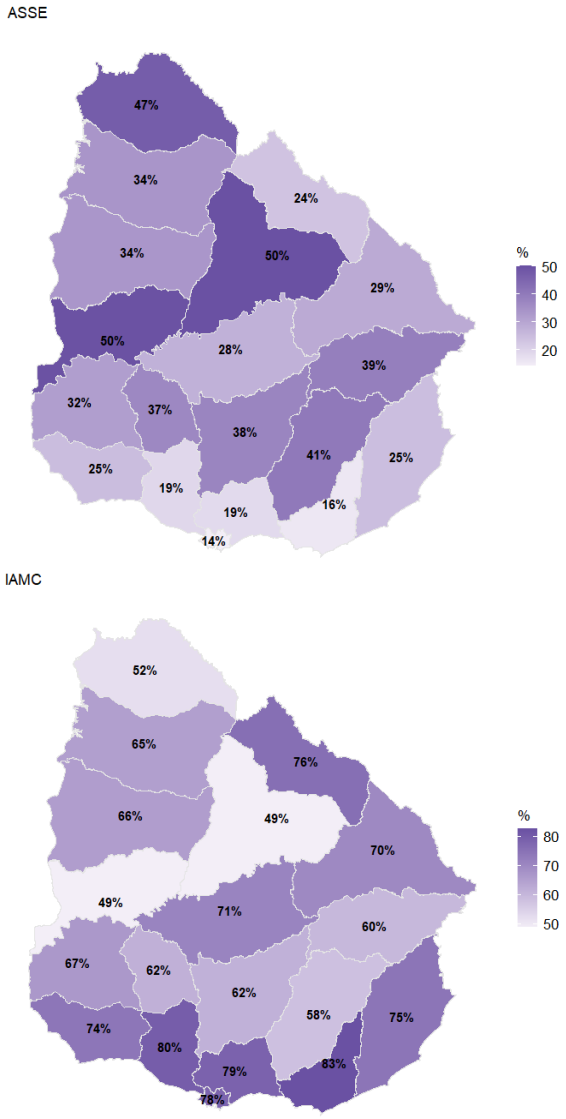
Nota 1: Para cada departamento, el complemento de cada porcentaje corresponde a las afiliaciones No FONASA.

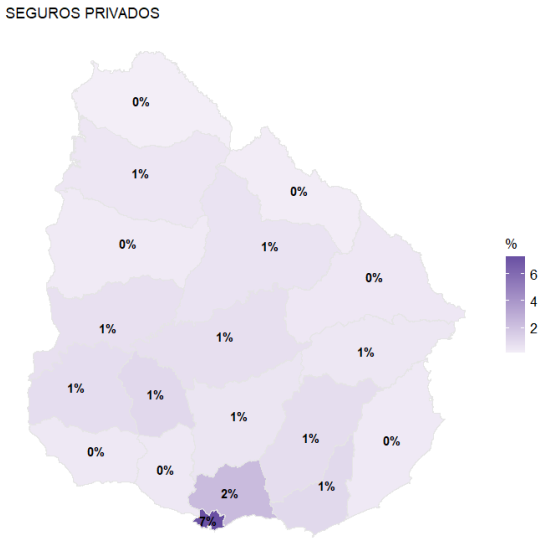
Nota 2: Se excluyen los registros sin información departamental; dado que su proporción es baja y presenta una distribución similar entre los distintos grupos, se considera que esta exclusión no introduce sesgos relevantes.

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

La Figura 6 presenta, para las afiliaciones FONASA del año 2025, la distribución porcentual por tipo de prestador en cada departamento. A través de mapas coropléticos diferenciados para ASSE, IAMC y Seguros Privados, se visualiza la composición territorial de la cobertura dentro del FONASA, permitiendo identificar el peso relativo de cada tipo de prestador en los distintos departamentos.

Figura 6. Para los registros FONASA, porcentaje de afiliaciones por tipo de prestador (respectivamente: ASSE, IAMC y Seguros Privados) en cada departamento (2025).





Nota: Se excluyen los registros sin información departamental; dado que su proporción es baja y presenta una distribución similar entre los distintos grupos, se considera que esta exclusión no introduce sesgos relevantes.

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

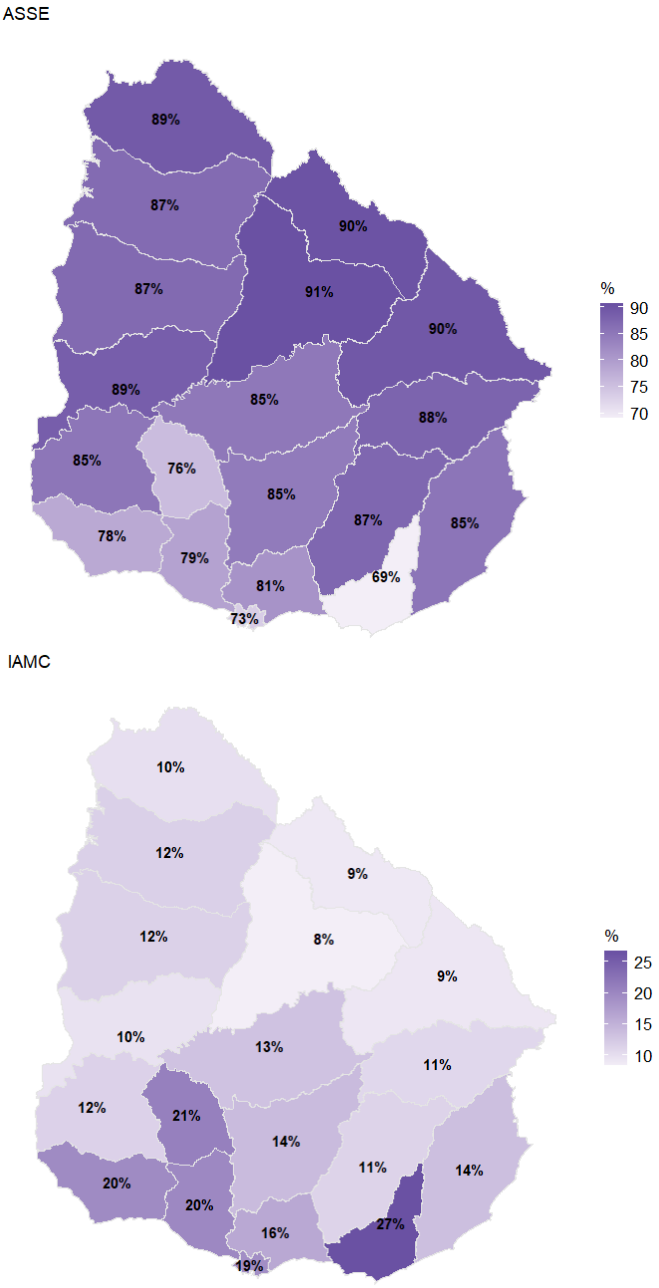
Las IAMC concentran la mayor proporción de afiliaciones FONASA en la mayoría de los departamentos, especialmente en el sur del país, donde su participación supera ampliamente el 60% y alcanza valores cercanos al 80%. Por su parte, ASSE adquiere una mayor relevancia en varios departamentos del norte y centro del país, reflejando un mayor peso relativo dentro del FONASA en esas regiones. En cuanto a los Seguros Privados, su participación es reducida en la mayor parte del territorio, aunque destaca el caso de Montevideo, donde alcanzan aproximadamente el 7% de las afiliaciones FONASA, evidenciando una mayor presencia relativa de este tipo de prestador en el principal centro urbano del país.

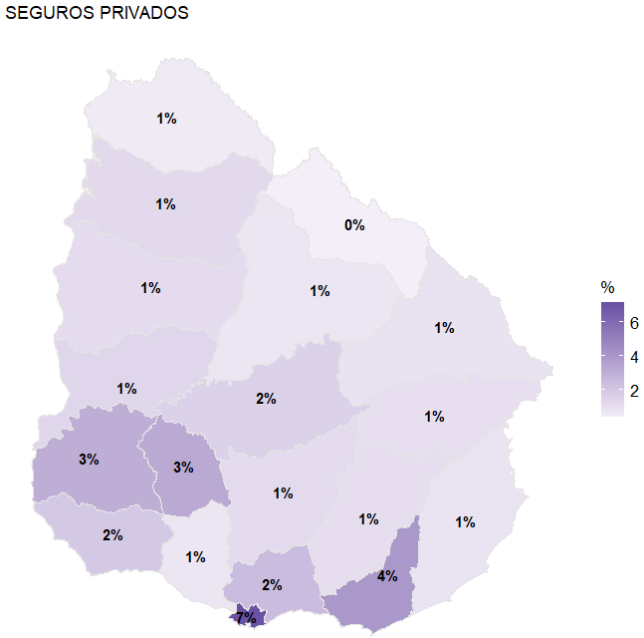
En conjunto, estos resultados muestran que, si bien las IAMC constituyen el principal prestador del FONASA en la mayor parte del territorio, la composición interna del subsistema presenta diferencias regionales relevantes, con una mayor participación de ASSE en varios departamentos del interior.

La Figura 7 presenta, para las afiliaciones No FONASA del año 2025, la distribución porcentual por tipo de prestador en cada departamento. Los mapas permiten

visualizar la composición territorial de este universo de afiliaciones, distinguiendo la participación relativa de ASSE, las IAMC y los Seguros Privados.

Figura 7. Para los registros No FONASA, porcentaje de afiliaciones por tipo de prestador (respectivamente: ASSE, IAMC y Seguros Privados) en cada departamento (2025).





Nota 1: Se excluyen los registros sin información departamental; dado que su proporción es baja y presenta una distribución similar entre los distintos grupos, se considera que esta exclusión no introduce sesgos relevantes.

Nota 2: Se excluyen los grupos No FONASA de Sanidad Militar y Policial para la elaboración de la Figura.

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Se observa un claro predominio de ASSE en la mayor parte del territorio, donde concentra generalmente más del 80% de las afiliaciones No FONASA e incluso supera el 90% en algunos departamentos del norte del país. Las IAMC adquieren una mayor participación relativa en varios departamentos del sur y suroeste, alcanzando valores cercanos o superiores al 20% en Montevideo, Colonia y San José. Por su parte, los Seguros Privados presentan una participación reducida en casi todo el territorio, generalmente en torno al 1%, aunque muestran una mayor presencia relativa en Montevideo (7%) y, en menor medida, en Maldonado (4%).

En conjunto, estos resultados reflejan que la cobertura No FONASA se encuentra fuertemente concentrada en ASSE, mientras que la participación de los prestadores

privados adquiere mayor relevancia relativa en los departamentos más urbanizados del sur del país.

En síntesis, el análisis territorial muestra que la cobertura del sistema presenta una marcada heterogeneidad geográfica. Mientras el FONASA alcanza una mayor penetración en los departamentos del sur del país y las IAMC concentran la mayor parte de las afiliaciones dentro de este subsistema, ASSE desempeña un papel predominante en el universo No FONASA y adquiere una mayor relevancia relativa en numerosos departamentos del interior. En conjunto, estos resultados evidencian patrones territoriales estables en la organización de la cobertura de salud y en la distribución de los distintos subsistemas a nivel nacional.

4. Sanidad Militar y Sanidad Policial

En el ámbito del sector público se observa una situación particular que amerita un análisis específico. En el caso de Sanidad Policial, los beneficiarios directos —funcionarios del Ministerio del Interior— que residen en el interior del país cuentan con atención a través de una IAMC contratada por este subsistema, mientras que sus familiares pueden acceder a servicios en ASSE.

De forma similar, en Sanidad Militar la atención de sus afiliados se brinda en el Hospital Militar; sin embargo, para aquellos que residen en el interior, así como para sus familiares, la cobertura se canaliza a través de ASSE.

Como resultado de estos arreglos, es frecuente que una misma persona figure en los padrones de más de una institución. Esta superposición de registros —que puede derivar en dobles o incluso triples apariciones— responde a la organización de la prestación de servicios y no implica necesariamente la existencia de múltiples coberturas efectivas.

En este contexto, resulta necesario analizar estos subsistemas de forma diferenciada, dado que los mecanismos de provisión de servicios generan particularidades en la interpretación de sus registros administrativos. En particular, bajo la modalidad de Contributivo Público, la cobertura de Sanidad Militar alcanza a 126.482 personas en 2024 y 127.249 en 2025, lo que implica una variación de 0,6%. Por su parte, Sanidad Policial registra 114.260 personas en 2024 y 121.137 en 2025, evidenciando un incremento de 6,0% en el período.

La Tabla 9 resume la composición de las afiliaciones según categoría de cobertura para ambos subsistemas en 2025.

Tabla 9. Afiliaciones (registros) por tipo de cobertura. Sanidad Policial y Sanidad Militar. Año 2025

Tipo de cobertura	S. POLICIAL	S. MILITAR	Total
Afiliación Contributivo Público Activo	46,859	31,771	78,630
Afiliación Contributivo Público Pasivo	19,064	47,399	66,463
Familiar Contributivo Público Activo	29,796	23,255	53,051
Familiar Contributivo Público Pasivo	25,418	24,824	50,242
Total	**121,137**	**127,249**	**248,386**

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Al desagregar estas coberturas según categoría (Tabla 9), se observa que el crecimiento en Sanidad Policial se explica principalmente por el aumento de las afiliaciones contributivo público activas, que pasan de 37.918 a 46.859 (23,6%), mientras que el resto de las categorías se mantiene relativamente estable. En contraste, en Sanidad Militar la estructura presenta mayor estabilidad, con leves variaciones: las afiliaciones activas aumentan de 29.858 a 31.771 (6,4%), mientras que las pasivas muestran una ligera disminución (-2,4%), y las categorías de familiares se mantienen sin cambios.

Estos resultados muestran que ambos subsistemas mantienen una estructura relativamente estable, aunque con dinámicas diferentes. Mientras Sanidad Policial registra un crecimiento impulsado por el aumento de los beneficiarios activos, Sanidad Militar presenta una composición prácticamente estable entre ambos años.

El análisis conjunto de los padrones de Sanidad Militar y Sanidad Policial evidencia la existencia de registros que también son reportados por otras instituciones, como consecuencia de los convenios de prestación de servicios descritos anteriormente. En 2024, aproximadamente 40.000 registros de este colectivo se encuentran informados en el padrón de ASSE bajo la modalidad de afiliaciones contributivas públicas y 13.924 en los padrones de las IAMC por el mismo concepto, totalizando 53.924 registros (correspondientes a 53.230 personas, debido a la existencia de múltiple cobertura entre Sanidad Militar y Sanidad Policial). En 2025, estos valores se mantienen prácticamente sin cambios, con 39.775 registros en ASSE y 14.122 en IAMC,

alcanzando un total de 53.897 registros (53.163 personas). Esta estabilidad interanual refuerza el carácter estructural de estos acuerdos y pone de manifiesto la articulación existente entre subsistemas para la provisión de servicios asistenciales, por lo que estos casos deben ser considerados en el análisis de coberturas a efectos de evitar interpretaciones erróneas asociadas a duplicaciones aparentes.

Tabla 10. Registros de afiliaciones contributivas públicas de Sanidad Militar y Policial con cobertura simultánea en ASSE e IAMC

	2024	2025
ASSE CP	40,000	39,775
IAMC CP	13,924	14,122
REGISTROS	53,924	53,897

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

La coexistencia de registros entre estos subsistemas y otros prestadores constituye una dimensión del fenómeno. Otra situación relevante corresponde a la existencia de personas que, además de pertenecer a Sanidad Militar o Sanidad Policial, cuentan simultáneamente con cobertura FONASA.

En este marco, y continuando con la caracterización de la Sanidad Militar y Policial, se observa una elevada coexistencia de cobertura entre el FONASA y ambos subsistemas. En 2024, del padrón total de usuarios de Sanidad Militar, 63.868 personas tienen además cobertura FONASA, mientras que 47.497 usuarios de Sanidad Policial presentan también cobertura FONASA. Asimismo, 905 personas registran cobertura simultánea en Sanidad Militar, Sanidad Policial y FONASA.

Estos valores se mantienen relativamente estables en 2025, con 64.714 personas de Sanidad Militar con cobertura FONASA, 50.602 en el caso de Sanidad Policial y 940 personas con cobertura simultánea en los tres subsistemas. En términos relativos, estas cifras representan una proporción significativa del padrón de ambos subsistemas: considerando también las personas con cobertura simultánea en los tres subsistemas, aproximadamente el 51,6% de las personas con cobertura en Sanidad Militar y el 42,6% de aquellas con cobertura en Sanidad Policial cuentan también con cobertura FONASA.

Estos resultados confirman que la doble cobertura con FONASA constituye una característica estructural de ambos subsistemas y no un fenómeno coyuntural,

manteniéndose con escasas variaciones entre 2024 y 2025 y en línea con lo observado en años anteriores.

En síntesis, el análisis de Sanidad Militar y Sanidad Policial pone de manifiesto que ambos subsistemas presentan características particulares en materia de organización de la cobertura y de los registros administrativos. La coexistencia de afiliaciones con otros prestadores y la elevada proporción de usuarios con cobertura simultánea FONASA constituyen rasgos estructurales que deben ser considerados para interpretar adecuadamente la información sobre cobertura de salud del sistema.

5. Múltiple cobertura

5.1 *Metodología*

El análisis de la múltiple cobertura se realiza para el año 2025, dado que no se observan diferencias sustantivas respecto a 2024 y, de este modo, se facilita la presentación y lectura de los resultados.

A tales efectos, y en línea con lo expuesto en el capítulo anterior, se adopta como criterio metodológico excluir del análisis los registros correspondientes a coberturas contributivas públicas derivadas de los convenios mediante los cuales Sanidad Militar y Sanidad Policial contratan servicios con ASSE o con IAMC del interior. En estos casos no se trata de una múltiple cobertura en sentido estricto, sino de un doble registro derivado de la prestación de servicios entre instituciones. En consecuencia, se eliminan de la base los registros contributivos públicos reportados por ASSE e IAMC en el marco de estos convenios, cuyos volúmenes actualizados se detallan en el apartado específico correspondiente.

Adicionalmente, se procede a depurar los afiliados con cobertura gratuita de ASSE. En particular, se eliminan aquellos registros en los que una persona presenta simultáneamente carné gratuito de ASSE y cobertura en Sanidad Militar y/o Policial, lo que involucra 33.318 registros.

Por otra parte, se identifican 802 casos de doble cobertura considerados "problemáticos", en tanto combinan carné gratuito de ASSE con cobertura privada. Si bien esta situación no se ajusta a la normativa vigente, se opta por mantener estos registros en el análisis, dado que no se dispone de información suficiente para

determinar el origen de la inconsistencia. En particular, podría tratarse de desfasajes temporales en la actualización de los registros, ya sea por demoras en la baja del carné gratuito por parte de ASSE o por la permanencia transitoria de afiliados en los padrones de prestadores privados.

A partir de estos criterios de depuración se construye la base analítica utilizada en el resto del capítulo, procurando que las situaciones identificadas como múltiple cobertura correspondan efectivamente a la coexistencia de derechos de atención y no a registros duplicados derivados de la organización de la prestación de servicios.

5.2 *Cobertura única y múltiple*

En diciembre de 2025, y una vez aplicados los criterios mencionados en el apartado anterior, el análisis se realiza sobre una base de datos compuesta por 3.839.420 registros, correspondientes a 3.671.168 personas.

De las 3.671.168 personas incluidas en la base, el 95,5% presenta una única afiliación integral, mientras que el 4,5% registra múltiples coberturas (dos o más). En términos absolutos, esto implica que 3.506.915 personas cuentan con una única cobertura integral, cuya distribución por tipo de institución se presenta en la Tabla 11. Al comparar estos resultados con los obtenidos en ejercicios anteriores, no se observan cambios significativos, ya que la proporción de cobertura única se mantiene en niveles muy similares (95,8% en 2023), lo que reafirma la estabilidad de la estructura de cobertura del sistema.

Tabla 11. Registro de afiliaciones con una única cobertura integral, por tipo de institución. Año 2025.

	Única cobertura	Personas con ese tipo de afiliación	
IAMC	2,000,267	2,123,405	94.2%
ASSE	1,280,327	1,329,196	96.3%
SEGUROS PRIVADOS	111,664	129,373	86.3%
SANIDAD POLICIAL	57,493	121,137	47.5%
SANIDAD MILITAR	57,164	127,249	44.9%
Total	**3,506,915**		

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS[3].

En este contexto, los usuarios de ASSE presentan la mayor proporción de personas con una única cobertura (96,3%), seguidos por las IAMC (94,2%). En el caso de los Seguros Privados, el 86,3% de las personas cuenta con cobertura única, evidenciando una mayor incidencia de múltiples coberturas en comparación con los subsistemas anteriores. Por su parte, Sanidad Militar y Sanidad Policial presentan valores significativamente menores (44,9% y 47,5%, respectivamente), lo que confirma que la coexistencia de coberturas constituye un rasgo estructural de estos subsistemas. Las diferencias observadas entre tipos de institución resultan considerablemente más relevantes que las variaciones interanuales, las cuales se mantienen acotadas en el período analizado.

Al analizar la distribución de las personas con una única cobertura según tipo de financiamiento (Tabla 12), se observa que la gran mayoría de los afiliados a través del FONASA presenta una sola afiliación. Las coberturas gratuitas presentan una proporción prácticamente total de afiliación única (99,9%), resultado consistente con los criterios metodológicos adoptados para la depuración de registros. Entre las restantes modalidades de cobertura, el FONASA presenta un 94,5% de afiliación única, las coberturas particulares un 76,2% y las coberturas contributivas públicas

[3] *La columna* "Personas con ese tipo de afiliación" *considera el total de personas con al menos una afiliación en cada tipo de institución. Dado que una misma persona puede presentar afiliaciones en más de un tipo de institución (múltiple cobertura), las categorías no son mutuamente excluyentes y la suma de las personas por prestador excede el total de personas de la base de datos.*

asociadas a Sanidad Militar y Sanidad Policial un 47%, reflejando la elevada incidencia de múltiples coberturas en estos subsistemas.

Tabla 12. Registro de afiliaciones con una única cobertura integral, por tipo de cobertura

	Única cobertura	Personas con ese tipo de afiliación	
FONASA	2,527,857	2,674,384	94.5%
Particular	139,133	182,585	76.2%
CP	120,474	256,565	47%
Gratuito	720,936	721,738	99.9%
Total	**3,508,400**		

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Las personas con múltiple cobertura ascienden a 164.253, lo que representa el 4,5% del total de personas incluidas en el análisis. Como se presenta en la Tabla 13, la gran mayoría corresponde a situaciones de doble cobertura, con 160.299 personas que registran dos coberturas vigentes, equivalentes al 97,6% del universo con múltiple cobertura. En menor medida, 3.909 personas presentan tres coberturas (2,4%), mientras que los casos con cuatro coberturas son prácticamente inexistentes (45 personas).

Tabla 13. Cantidad de coberturas por persona

Coberturas	Personas	% sobre el total de personas	% dentro del universo con múltiple cobertura
Una cobertura	3,506,915	95.5%	
Dos coberturas	160,299	4.4%	97.6%
Tres coberturas	3,909	0.1%	2.4%
Cuatro coberturas	45	0.0%	0.0%
Total	**3,671,168**	**100.0%**	**100.0%**

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS

La elevada concentración de la múltiple cobertura en situaciones de doble afiliación indica que este fenómeno responde principalmente a combinaciones específicas entre subsistemas y no a una superposición generalizada de coberturas. Asimismo, las configuraciones con tres o más coberturas representan una proporción muy reducida del total y muestran una disminución respecto a ejercicios anteriores, lo que

constituye un indicio de mejora en la calidad de los registros administrativos. Este resultado facilita la interpretación de los apartados siguientes, en los que se analizan las principales combinaciones de cobertura observadas en el sistema.

5.3 *Múltiple cobertura en el universo FONASA*

En este apartado se analiza la múltiple cobertura correspondiente al universo FONASA. El análisis se centra en las personas que cuentan con una afiliación FONASA y, simultáneamente, presentan una o más coberturas adicionales. El apartado siguiente aborda específicamente la múltiple cobertura en el universo contributivo público.

En este contexto, 146.527 personas presentan múltiple cobertura con participación del FONASA, es decir, cuentan con una cobertura FONASA y al menos una cobertura adicional. La gran mayoría corresponde a situaciones de doble cobertura (142.779 personas), mientras que los casos con dos o más coberturas adicionales representan una proporción muy reducida (3.748 personas).

Tabla 14. Múltiple cobertura con una cobertura vinculada al universo FONASA

Cobertura	Personas	% en el total del FONASA	% respecto a MC FONASA
Total	**2,674,384**		
Única cobertura FONASA	2,527,857	94.5%	
FONASA + 1	142,779	5.3%	97.5%
FONASA + 2	3,705	0.1%	2.5%
FONASA + 3	43	0.0%	0.0%
Total MC (FONASA + Otras)	**146,527**	**5.5%**	

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Si se considera el total de personas con múltiple cobertura del sistema, las situaciones en las que participa el FONASA representan aproximadamente el 89,2% de los casos. Este resultado refleja el peso del FONASA dentro del sistema de salud y pone de manifiesto que la múltiple cobertura se concentra principalmente en combinaciones que involucran a este subsistema.

Tabla 15. Descomposición de la doble cobertura FONASA

Otra Cobertura	
CP	117,105
Particular	25,674
Total	**142,779**

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

En términos generales, la cobertura exclusiva constituye la situación ampliamente predominante dentro del universo FONASA. Si bien existen situaciones de múltiple cobertura, estas involucran únicamente al 5,5% de las personas afiliadas y se concentran mayoritariamente en combinaciones con coberturas contributivas públicas. De hecho, aproximadamente cuatro de cada cinco personas con múltiple cobertura en el universo FONASA presentan simultáneamente cobertura contributiva pública. Las configuraciones más complejas son excepcionales y muestran una reducción respecto a ejercicios anteriores, lo que constituye un indicio de mejora en la calidad de los registros administrativos.

5.4 *Múltiple cobertura en el universo CONTRIBUTIVO PÚBLICO.*

Si se realiza un análisis similar para las coberturas contributivas públicas asociadas a Sanidad Militar y Sanidad Policial, se observa que 256.565 personas presentan al menos una cobertura de este tipo. De ellas, el 47,0% cuenta exclusivamente con cobertura contributiva pública, mientras que el 53,0% presenta múltiples coberturas.

Tabla 16. Múltiple cobertura con una cobertura vinculada al universo Contributivo Público

Cobertura	Personas	% sobre total CP
Única cobertura CP	120,474	47.0%
CP+1	132,348	51.6%
CP+2	3,702	1.4%
CP+3 o más	41	0.0%
Total	**256,565**	**100.0%**

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

Dentro de las situaciones de múltiple cobertura, la gran mayoría corresponde a casos de doble cobertura. En particular, el 88,5% de las personas con cobertura contributiva pública y una cobertura adicional presentan simultáneamente cobertura FONASA, mientras que el 10,5% combina esta cobertura con una afiliación particular. Por su parte, los casos de afiliación simultánea a Sanidad Militar y Sanidad Policial representan menos del 1% del total de las situaciones de doble cobertura.

Tabla 17. Descomposición de la doble cobertura

Otra cobertura	Personas
FONASA	117,105
Particular	13,944
Otro CP	1,299
Total	**132,348**

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS.

En términos generales, las situaciones de múltiple cobertura en el universo contributivo público se explican casi exclusivamente por la coexistencia con el FONASA. Las combinaciones con coberturas particulares representan una proporción considerablemente menor, mientras que las situaciones de afiliación simultánea a Sanidad Militar y Sanidad Policial representan una proporción marginal

En síntesis, el análisis de la múltiple cobertura muestra una estructura altamente estable en el tiempo, caracterizada por una baja proporción de personas con más de una cobertura y un claro predominio de situaciones de doble cobertura. Este fenómeno se concentra fundamentalmente en la interacción entre el FONASA y las coberturas contributivas públicas de Sanidad Militar y Sanidad Policial, que explican la mayor parte de los casos observados. Asimismo, la múltiple cobertura responde a lógicas institucionales específicas y no se distribuye de manera homogénea entre los distintos tipos de afiliación.

En este contexto, si bien se observan mejoras en la calidad de la información —reflejadas en la reducción de las situaciones de múltiple cobertura de mayor complejidad—, la coexistencia de coberturas continúa siendo un rasgo estructural del sistema. Su adecuada identificación resulta fundamental para la correcta interpretación de los registros administrativos y constituye un insumo relevante para

el diseño, el seguimiento y la evaluación de las políticas de cobertura del Sistema Nacional Integrado de Salud.

5.5 *Coexistencia de cobertura FONASA con Sanidad Militar y Sanidad Policial*

El análisis realizado en los apartados anteriores muestra que una parte importante de las situaciones de múltiple cobertura se concentra en la interacción entre el FONASA y las coberturas contributivas públicas correspondientes a Sanidad Militar y Sanidad Policial. Dada la relevancia de esta combinación dentro del fenómeno analizado, resulta de interés identificar específicamente la magnitud de este colectivo y dimensionar el financiamiento FONASA asociado.

A diciembre de 2025, 116.256 personas registraban simultáneamente cobertura FONASA y derechos de atención en Sanidad Militar y/o Sanidad Policial. Esta cifra representa aproximadamente el 4,3% de las personas registradas en FONASA en el período analizado. De ellas, 64.714 cuentan con FONASA y Sanidad Militar, 50.602 con FONASA y Sanidad Policial y 940 presentan cobertura simultánea en FONASA, Sanidad Militar y Sanidad Policial. Las tres categorías consideradas son mutuamente excluyentes.

Tabla 18. Personas con cobertura simultánea FONASA y Sanidad Militar y/o Sanidad Policial y estimación del financiamiento FONASA asociado. Año 2025

Combinación de coberturas	Personas	Financiamiento mensual FONASA ($)
FONASA + Sanidad Militar	64.714	295.071.366
FONASA + Sanidad Policial	50.602	220.998.989
FONASA + Sanidad Militar + Sanidad Policial	940	4.588.717
Total	**116.256**	**520.659.072**

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de RUCAF/RUSNIS[4].

A efectos de dimensionar la magnitud económica asociada a esta coexistencia de coberturas, se realizó una estimación del financiamiento FONASA correspondiente a esta población a diciembre de 2025, aplicando a cada persona la cápita vigente según tramo de edad y sexo. Para el cálculo se utilizaron los valores de cápita correspondientes al ajuste de julio de 2025, vigentes durante el segundo semestre del año y, por tanto, al momento de referencia de la información analizada.

Debe tenerse presente que se trata de una estimación realizada a partir de una fotografía de la múltiple cobertura a diciembre de 2025. La cantidad y composición de personas que presentan coberturas simultáneas puede variar a lo largo del año, al igual que los valores de las cápitas, que se ajustan semestralmente. En consecuencia, el monto obtenido representa el financiamiento mensual FONASA asociado a este colectivo en diciembre de 2025 y no el gasto efectivamente realizado durante el conjunto del año.

La aplicación de las cápitas correspondientes por edad y sexo permite estimar que, a diciembre de 2025, el financiamiento FONASA asociado a las personas que presentan simultáneamente cobertura en Sanidad Militar y/o Sanidad Policial asciende a aproximadamente $ 520,7 millones mensuales. La extrapolación de este monto mensual a doce meses arroja un equivalente anual de aproximadamente $6.248

[4] *Las combinaciones de cobertura presentadas son mutuamente excluyentes. La estimación del financiamiento FONASA se realiza aplicando a cada persona la cápita correspondiente a su tramo de edad y sexo. El cálculo comprende 116.255 de las 116.256 personas identificadas, debido a la existencia de un registro sin información de edad que impide la asignación de la cápita correspondiente.*

millones. Esta cifra debe interpretarse únicamente como una referencia de orden de magnitud bajo el supuesto de que la cantidad y composición demográfica de las personas con coberturas coexistentes, así como las cápitas aplicables, permanecieran constantes durante un año. No corresponde, por tanto, al gasto efectivamente ejecutado por FONASA durante 2025 para esta población. Una estimación anual efectiva requeriría identificar mes a mes a las personas que mantuvieron simultáneamente ambas coberturas y aplicar las cápitas vigentes en cada período.

Estos montos deben interpretarse exclusivamente como una aproximación al financiamiento FONASA asociado a las personas que presentan simultáneamente cobertura en Sanidad Militar y/o Sanidad Policial, y no como una estimación del costo de la múltiple cobertura ni del eventual ahorro que podría obtenerse mediante su eliminación. Las personas comprendidas en estos subsistemas realizan aportes vinculados a distintos esquemas de financiamiento y, con la información disponible, no es posible determinar el monto de los aportes realizados a cada uno de ellos ni estimar cómo se modificaría el gasto público ante una eventual modificación de las condiciones de cobertura.

Por tanto, el ejercicio permite dimensionar los recursos FONASA asociados a este colectivo, pero no cuantificar una eventual ineficiencia ni un potencial ahorro para el Estado. Para ello sería necesario considerar las características específicas del financiamiento de Sanidad Militar y Sanidad Policial, así como los aportes realizados y la forma en que una modificación del esquema de cobertura podría afectar el gasto de estos subsistemas.

La coexistencia identificada plantea una cuestión relevante desde la perspectiva de la asignación de recursos públicos, debido a que una misma persona puede generar derechos de atención y mecanismos de financiamiento en más de un subsistema financiado total o parcialmente con recursos públicos. Sin embargo, la existencia de coberturas simultáneas no implica, por sí sola, una duplicación equivalente del gasto. El efecto fiscal depende de los mecanismos de financiamiento de cada institución, de la utilización efectiva de los servicios y de la posibilidad de sustituir atención entre subsistemas.

Estas consideraciones se abordan desde una perspectiva más general en el apartado siguiente.

5.6 *Múltiple cobertura y eficiencia del gasto público*

La existencia de múltiples coberturas en el sistema de salud constituye un fenómeno estructural y persistente, cuya resolución no resulta sencilla. Tal como se ha desarrollado en ediciones anteriores de este informe sobre múltiple cobertura, la coexistencia de coberturas entre el FONASA y los subsistemas de Sanidad Militar y Policial podría interpretarse, desde la perspectiva de la eficiencia del gasto público, como una potencial fuente de ineficiencia, en la medida en que un mismo individuo accede a más de un esquema de financiamiento.

Sin embargo, es importante considerar que el derecho a la cobertura FONASA se genera a partir de los aportes personales al sistema, mientras que la cobertura en Sanidad Militar o Policial también está asociada a contribuciones específicas de los funcionarios. En este sentido, ambas coberturas responden a lógicas de financiamiento distintas que coexisten dentro del sistema.

Asimismo, aun si se restringiera la utilización simultánea de coberturas, esto no implicaría, por sí solo, una reducción automática del gasto público destinado a Sanidad Militar o Policial. Esto se debe a que los presupuestos de estos subsistemas no se encuentran directamente vinculados a un esquema de financiamiento per cápita, por lo que su nivel de gasto no variaría en ausencia de cambios en las asignaciones presupuestales.

Entre las posibles alternativas, podría considerarse la incorporación de estos subsistemas al Seguro Nacional de Salud, bajo un esquema de financiamiento por cápitas ajustadas por edad y sexo. No obstante, una transformación de este tipo implicaría la adopción de definiciones institucionales y acuerdos de economía política de mayor alcance.

En este contexto, y considerando la persistencia de este fenómeno en el tiempo, resulta pertinente mantener esta discusión dentro del debate sobre el financiamiento y la organización del Sistema Nacional Integrado de Salud, tal como se ha planteado en informes anteriores.

En definitiva, no resulta evidente la existencia de una estrategia única que permita reducir de forma significativa las posibles ineficiencias asociadas a la múltiple cobertura sin introducir cambios estructurales en el funcionamiento del sistema.

6. Cobertura de Salud: Encuesta Continua de Hogares

En esta sección se presentan estimaciones basadas en la ECH correspondiente al año 2024 —la última disponible publicada por el INE—. Los cálculos se realizan utilizando el ponderador muestral, por lo que los resultados son representativos de la población.

A partir de 2020, la ECH incorporó modificaciones metodológicas en el diseño muestral, los procedimientos de expansión y la modalidad de relevamiento, orientadas a mejorar la calidad y oportunidad de la información. Asimismo, se introdujeron ajustes en algunos cuestionarios y definiciones operativas, por lo que determinados indicadores pueden no ser estrictamente comparables con los obtenidos en ediciones anteriores.

Una de las modificaciones recientes en el módulo de Salud de la encuesta refiere a la forma de relevar los derechos vigentes de atención de la salud. En versiones anteriores, se utilizaban preguntas independientes de respuesta binaria (sí/no) para cada tipo de cobertura, lo que permitía que las personas reportaran múltiples coberturas de manera no excluyente. Actualmente, este esquema fue sustituido por una pregunta única con opciones mutuamente excluyentes que identifica la cobertura principal. Adicionalmente, se incorpora una segunda pregunta de características similares para captar una cobertura adicional. Como consecuencia, la ECH permite actualmente identificar hasta dos coberturas por persona, aunque no releva situaciones de mayor complejidad.

Según las estimaciones basadas en la ECH, en 2024 el 99% de la población declara contar con derechos vigentes de atención en alguno de los prestadores integrales que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud. Este porcentaje confirma la elevada cobertura alcanzada por el sistema y mantiene la tendencia creciente observada en las últimas décadas, al compararse con los valores registrados en 2006 (92,1%), 2010 (96,6%) y 2017 (98,5%). La reducida proporción de personas que declara no contar con cobertura podría reflejar, al menos parcialmente, dificultades en la identificación o el conocimiento de los derechos de atención vigentes, más que la ausencia efectiva de mecanismos de cobertura.

6.1 *Perfil de los usuarios según prestador*

La Tabla 18 presenta la distribución porcentual de la población según tipo de cobertura de salud, tanto a nivel nacional como por región de residencia. Se distinguen las principales modalidades de cobertura, incluyendo prestadores integrales del SNIS (ASSE, IAMC), seguros privados, sanidad militar/policial y situaciones de doble cobertura (mixta, pública y privada), así como la población sin cobertura integral.

A nivel país, la gran mayoría de la población cuenta con algún tipo de cobertura integral, siendo las IAMC el principal prestador (58,3%), seguidas por ASSE (31,3%). El resto de las formas de cobertura tienen una participación considerablemente menor: seguros privados (3,0%), sanidad militar o policial (3,6%) y modalidades de doble cobertura en conjunto representan proporciones reducidas. La población sin cobertura integral es marginal (1,0%).

Al analizar las diferencias regionales, se observan patrones heterogéneos. En Montevideo, la participación de las IAMC es significativamente mayor (66,5%), mientras que ASSE tiene un peso relativamente menor (19,6%). En contraste, en el interior urbano —especialmente en localidades de menos de 5.000 habitantes— ASSE adquiere mayor relevancia (41,9%), reflejando una mayor presencia del subsector público.

Las localidades rurales también muestran una alta participación de las IAMC (62,9%), aunque con menor presencia de seguros privados y otras coberturas. Por su parte, las coberturas privadas (seguros privados) tienen mayor incidencia en Montevideo (5,7%) y son prácticamente inexistentes en zonas rurales.

En conjunto, la evidencia sugiere una estructura del sistema de salud donde predomina la cobertura integral, con diferencias territoriales marcadas en la composición entre prestadores públicos y privados, asociadas principalmente al grado de urbanización. Un análisis complementario de la distribución territorial de cada tipo de cobertura —es decir, cómo se distribuye la población dentro de cada categoría según región— se presenta en la tabla incluida en el Anexo.

Tabla 19. Porcentaje de personas con cobertura integral por región según tipo de prestador.

Tipo de cobertura	Total país	Mdeo	Loc urb >5000hab	Loc urb <5000hab	Z. Rural
Sin Cob. Integral	1.00	0.95	1.05	0.97	0.91
ASSE	31.28	19.57	38.78	41.90	33.41
IAMC	58.32	66.49	52.39	50.51	62.86
SPI	2.97	5.69	1.19	1.87	0.24
S. MILITAR/POLICIAL	3.59	3.67	3.97	2.82	1.49
D.C. MIXTA	2.17	2.99	1.82	1.47	0.66
D.C. PÚBLICA	0.59	0.53	0.72	0.33	0.44
D.C. PRIVADA	0.09	0.10	0.08	0.13	0.00
Total	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

Nota: D.C. pública refiere a una combinación de dos coberturas públicas; D.C. privada refiere a una combinación de dos coberturas privadas; D.C. mixta: combinación de una pública y una privada. Las estimaciones correspondientes a categorías de baja frecuencia deben interpretarse con cautela debido a su mayor error muestral.

La Tabla 19 presenta la distribución porcentual de la población según tipo de cobertura de salud por quintiles de ingreso per cápita del hogar (Q1 a Q5), donde Q1 corresponde al quintil de menores ingresos y Q5 al de mayores ingresos. Los porcentajes se expresan de modo que cada columna suma 100, permitiendo analizar la composición de la cobertura de salud dentro de cada nivel de ingreso.

Los resultados muestran una fuerte asociación entre el nivel de ingresos y el tipo de cobertura de salud. En los quintiles de menores ingresos, particularmente en Q1, predomina ampliamente ASSE (69,3%), lo que refleja el rol central del prestador

público en la atención de la población más vulnerable. A medida que aumenta el nivel de ingresos, la participación de ASSE disminuye de forma sostenida hasta alcanzar apenas 3,8% en el quintil más alto.

En sentido inverso, las IAMC incrementan significativamente su participación a lo largo de la distribución del ingreso: pasan de representar el 26,7% en Q1 a más del 75% en los quintiles superiores (76,1% en Q4 y 74,5% en Q5), consolidándose como el principal tipo de cobertura entre los sectores de mayores ingresos.

Los seguros privados, si bien tienen una participación reducida en el total, muestran un patrón altamente concentrado en los quintiles más altos: prácticamente inexistentes en los primeros quintiles (0,02% en Q1), aumentan hasta 13,9% en Q5. Este patrón confirma su estrecha asociación con los hogares de mayores ingresos.

Por su parte, la sanidad militar o policial y las modalidades de doble cobertura presentan participaciones relativamente bajas y con escasa variación entre quintiles, aunque con un leve aumento en los tramos medios y altos en el caso de la cobertura mixta.

En conjunto, los resultados evidencian una marcada segmentación socioeconómica del sistema de salud: ASSE concentra la población de menores ingresos, mientras que las IAMC y los Seguros Privados presentan una mayor participación relativa en los quintiles de ingresos más altos. Un análisis complementario de la distribución por quintiles de cada tipo de cobertura —es decir, cómo se distribuye la población dentro de cada categoría según quintil— se presenta en la tabla incluida en el Anexo.

Tabla 20. Porcentaje de personas con cobertura integral por quintiles de ingreso.

Tipo de cobertura	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Total país
Sin Cob. Integral	1.36	1.49	0.94	0.63	0.40	**1.00**
ASSE	69.28	37.59	24.23	12.70	3.81	**31.28**
IAMC	26.74	54.42	66.37	76.13	74.50	**58.32**
SPI	0.02	0.14	0.53	1.99	13.93	**2.97**
S. MILITAR/POLICIAL	2.08	4.34	4.79	4.28	2.48	**3.59**
D.C. MIXTA	0.18	1.29	2.33	3.41	4.25	**2.17**
D.C. PÚBLICA	0.36	0.73	0.80	0.78	0.25	**0.59**
D.C. PRIVADA	0.00	0.00	0.01	0.09	0.38	**0.09**
Total	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

Nota: D.C. pública refiere a una combinación de dos coberturas públicas; D.C. privada refiere a una combinación de dos coberturas privadas; D.C. mixta: combinación de una pública y una privada. Las estimaciones correspondientes a categorías de baja frecuencia deben interpretarse con cautela debido a su mayor error muestral.

La figura 8 muestra la distribución por quintiles de ingreso dentro de cada tipo de cobertura de salud. En primer lugar, se observa que ASSE concentra fuertemente a la población de menores ingresos: casi la mitad de sus usuarios pertenece al primer quintil (49%) y cerca de tres cuartas partes se ubican en los dos quintiles más bajos. Esto reafirma su rol central como prestador del subsector público para la población de menores ingresos.

En contraste, los seguros privados presentan la mayor concentración en los estratos de mayores ingresos, con más del 80% de sus usuarios en el quintil superior (82,6%)

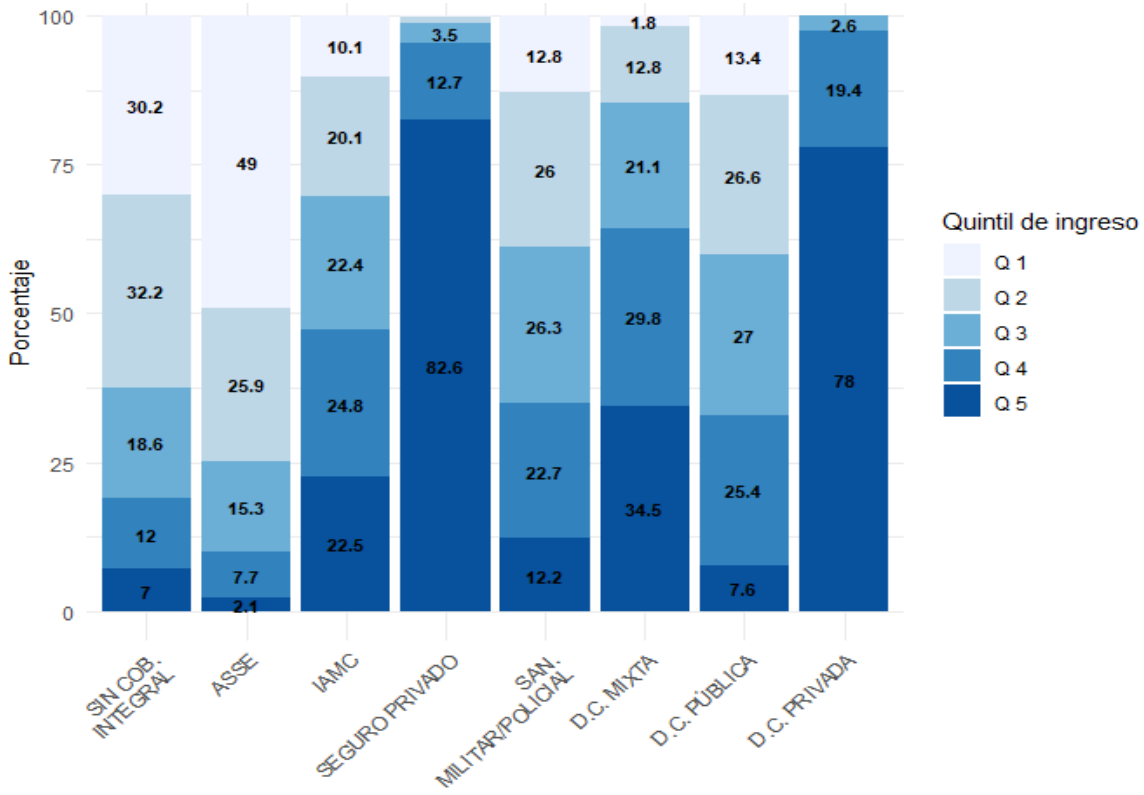
y una presencia prácticamente nula en los quintiles bajos. Un patrón similar, aunque menos extremo, se observa en la doble cobertura privada, donde el 78% pertenece al quintil más alto, lo que confirma el carácter marcadamente concentrado de estas coberturas en los hogares de mayores ingresos.

Las IAMC presentan una distribución más equilibrada entre los distintos quintiles de ingreso, aunque con mayor peso relativo en los estratos medios y altos, lo que refleja su amplia presencia en distintos segmentos socioeconómicos. Por su parte, las dobles coberturas (especialmente la mixta) presentan una distribución creciente con el ingreso, concentrándose en mayor medida en los quintiles superiores, mientras que la doble cobertura pública tiene una presencia más relevante en los quintiles medios. La sanidad militar o policial también se distribuye mayoritariamente en los quintiles medios, con menor participación en los extremos.

Finalmente, la población que responde en la encuesta que no cuenta con cobertura integral se concentra principalmente en los quintiles más bajos (especialmente en Q1 y Q2), lo que sugiere que las situaciones declaradas de ausencia de cobertura podrían estar asociadas, al menos en parte, al desconocimiento de los mecanismos de acceso al sistema, considerando que toda la población tiene derecho a cobertura integral a través de ASSE.

La comparación con 2017 muestra que, si bien los patrones generales se mantienen, se observa una mayor segmentación por nivel de ingresos en algunos tipos de cobertura. En el caso de ASSE, continúa fuertemente concentrada en los quintiles más bajos, pero en 2017 su focalización en los sectores de menores ingresos era aún mayor (62,1% en Q1). Por su parte, las IAMC mantienen una distribución relativamente equilibrada, aunque en 2024 se observa una mayor concentración en los quintiles superiores respecto a 2017, donde su presencia estaba algo más distribuida entre todos los niveles de ingreso. El cambio más marcado se da en los seguros privados, que ya en 2017 mostraban una fuerte concentración en el quintil más alto (74,7%), pero en 2024 refuerzan aún más ese patrón, con una participación todavía más elevada en los sectores de mayores ingresos y prácticamente nula en los quintiles bajos.

Figura 8. Porcentaje de personas con cobertura integral por quintiles de ingresos según tipo de prestador.



Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

Cabe señalar que, en las ediciones más recientes de la ECH, ya no se releva la información correspondiente al lugar de atención frente a un problema médico para aquellas personas que no cuentan con derechos vigentes en ninguna institución de asistencia médica. Por este motivo, este aspecto no se incluye en el presente informe, dado que no es posible su análisis con la información actualmente disponible ni su comparación con períodos anteriores.

La Tabla 20 muestra la distribución etaria de la población dentro de cada tipo de cobertura de salud, evidenciando diferencias relevantes en la composición por edad. En términos generales, la población se concentra mayoritariamente en el grupo de 15 a 64 años (65,3% a nivel país), seguido por los menores de 14 años (19,2%) y los adultos mayores de 65 años y más (15,5%). Sin embargo, esta estructura varía según el tipo de cobertura.

Las IAMC y la sanidad militar o policial presentan una mayor proporción de adultos mayores (16,9% y 19,8%, respectivamente), lo que sugiere una mayor presencia relativa de población envejecida en estos subsistemas. En contraste, los seguros privados tienen una menor participación de personas de 65 años y más (8,7%) y una mayor proporción de población en edad activa (66,5%), lo que refleja su concentración en grupos etarios más jóvenes o en edad laboral. Por su parte, ASSE muestra una estructura más cercana al promedio nacional, aunque con menor proporción de adultos mayores (12,1%) y mayor peso relativo de población joven. La población sin cobertura integral presenta una mayor concentración en edades activas (69,5%) y una menor participación de adultos mayores (6,5%), lo que puede estar asociado a trayectorias laborales más inestables o a menores niveles de acceso a la seguridad social en edades avanzadas.

Las dobles coberturas presentan perfiles etarios diferenciados. La doble cobertura pública y la mixta concentran una mayor proporción de personas de 65 años y más (30,2% y 27,3%, respectivamente), mientras que la doble cobertura privada presenta un perfil relativamente más joven, con predominio de población en edades activas (71,5%). Estas diferencias reflejan que las distintas modalidades de cobertura múltiple se asocian a perfiles demográficos diferentes.

Tabla 21. Porcentaje de personas por grupo de edad según tipo de cobertura

Tipo de cobertura	0-14	15-64	65+	Total
Sin Cob. Integral	24.05	69.48	6.47	**100**
ASSE	20.19	67.71	12.10	**100**
IAMC	18.56	64.55	16.89	**100**
SPI	24.78	66.48	8.74	**100**
S. MILITAR/POLICIAL	16.09	64.11	19.80	**100**
D.C. MIXTA	20.42	52.33	27.25	**100**
D.C. PÚBLICA	16.21	53.62	30.17	**100**
D.C. PRIVADA	12.20	71.50	16.29	**100**
Total país	19.24	65.30	15.45	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

La Tabla 21 presenta la distribución de la población por sexo dentro de cada tipo de cobertura de salud, evidenciando algunas diferencias entre las distintas modalidades de aseguramiento. A nivel país, la población se distribuye de manera relativamente equilibrada, con una leve mayoría de mujeres (51,4%) frente a los hombres (48,6%). Este patrón general también se observa en la mayoría de los tipos de cobertura.

ASSE y las IAMC presentan una mayor proporción de mujeres (52,6% y 51,4%, respectivamente), predominio que resulta aún más marcado en la doble cobertura pública, donde las mujeres representan el 56,5% de la población. En contraste, la sanidad militar o policial presenta una mayor proporción de hombres (54,6%), al igual que la doble cobertura privada (55,7%). En el caso de los Seguros Privados, la distribución por sexo es prácticamente equilibrada, con una leve mayoría masculina (51,2%).

Por su parte, la población que declara no contar con cobertura integral presenta una mayor proporción de hombres (62,4%), constituyendo el grupo con el mayor predominio masculino entre las categorías analizadas.

En conjunto, los resultados muestran que, si bien la distribución por sexo es relativamente equilibrada en el conjunto de la población, existen diferencias entre los distintos tipos de cobertura, aunque de magnitud moderada.

Tabla 22. Porcentaje de personas por sexo según tipo de cobertura

Tipo de cobertura	Masculino	Femenino	Total
Sin Cob. Integral	62.39	37.61	**100**
ASSE	47.43	52.57	**100**
IAMC	48.60	51.40	**100**
SPI	51.24	48.76	**100**
S. MILITAR/POLICIAL	54.63	45.37	**100**
D.C. MIXTA	48.25	51.75	**100**
D.C. PÚBLICA	43.49	56.51	**100**
D.C. PRIVADA	55.73	44.27	**100**
Total país	**48.63**	**51.37**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

6.2 *Aseguramiento del Seguro Nacional de Salud (FONASA)*

La Tabla 22 presenta la distribución porcentual de la población según tipo de aseguramiento en salud, diferenciada por región de residencia. En particular, se consideran cinco categorías territoriales: total país, Montevideo, localidades urbanas de más de 5.000 habitantes, localidades urbanas de menos de 5.000 habitantes y zonas rurales. Los tipos de aseguramiento distinguen a la población no FONASA y a los afiliados al FONASA según el tipo de prestador (ASSE, IAMC, Seguros Privados y Sanidad Policial). Los porcentajes se calculan sobre el total de personas de cada región, por lo que cada columna suma 100.

En términos generales, el aseguramiento a través de FONASA-IAMC constituye la principal modalidad de cobertura FONASA en todas las regiones, alcanzando más de la mitad de la población a nivel nacional (55,3%) y una participación aún mayor en Montevideo (63,0%). Su peso relativo disminuye en el interior del país, particularmente en las localidades urbanas de menor tamaño y en las zonas rurales.

Por su parte, la población no FONASA presenta una mayor participación relativa en el interior, especialmente en las localidades urbanas, donde supera el 30%, mientras que en Montevideo representa aproximadamente el 23% de la población.

En cuanto al aseguramiento FONASA a través de ASSE, se observa una mayor participación en el interior del país, particularmente en las localidades urbanas pequeñas y en las zonas rurales, lo que confirma el rol más relevante del prestador público en estos territorios. Finalmente, el aseguramiento mediante Seguros Privados representa una proporción reducida en todas las regiones, aunque con una presencia relativamente mayor en Montevideo.

En conjunto, los resultados muestran diferencias territoriales en la composición del aseguramiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, con un mayor predominio de las IAMC en Montevideo y una participación relativamente más elevada de ASSE y de la población no FONASA en el interior del país.

Tabla 23. Porcentaje de personas por región según tipo de aseguramiento.

Tipo de aseguramiento	Total país	Mdeo	Loc urb >5000hab	Loc urb <5000hab	Z. Rural
No Fonasa	27.75	23.20	31.51	31.02	23.40
Fonasa-ASSE	14.48	8.84	17.76	19.91	17.14
Fonasa-IAMC	55.34	63.04	49.83	48.19	59.29
Fonasa-SPI	2.42	4.92	0.90	0.87	0.18
Total	**100.00**	**100.0**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

La Tabla 23 presenta la distribución porcentual de la población según tipo de aseguramiento en salud, diferenciada por quintiles de ingreso. Los porcentajes se calculan sobre el total de personas dentro de cada quintil, por lo que cada columna suma 100.

Se observa una clara asociación entre el nivel de ingreso y el tipo de aseguramiento en salud. En los quintiles de menores ingresos (Q1 y Q2) predomina la población no FONASA, alcanzando el 55% en el primer quintil. En estos mismos quintiles también se registra una participación relevante del aseguramiento FONASA a través de ASSE, lo que confirma el papel central del prestador público en la cobertura de la población de menores ingresos. A medida que aumenta el nivel de ingreso, disminuye la participación tanto de la población no FONASA como del aseguramiento FONASA-ASSE.

En contrapartida, el aseguramiento FONASA-IAMC aumenta de forma sostenida con el ingreso, pasando de aproximadamente el 25% en el primer quintil a más del 70% en los quintiles superiores, donde constituye la modalidad predominante.

Por su parte, el aseguramiento FONASA a través de Seguros Privados presenta una participación muy reducida en los quintiles inferiores, pero aumenta de forma marcada en el quintil de mayores ingresos, donde alcanza el 11,4%, evidenciando una mayor presencia relativa de esta modalidad entre la población de mayores ingresos.

En conjunto, los resultados muestran una marcada asociación entre el nivel de ingreso y la estructura del aseguramiento en salud. Mientras que la población de menores ingresos concentra una mayor proporción de personas no FONASA y de aseguramiento FONASA-ASSE, en los quintiles superiores predomina el aseguramiento FONASA-IAMC, acompañado por una mayor participación relativa del aseguramiento mediante Seguros Privados.

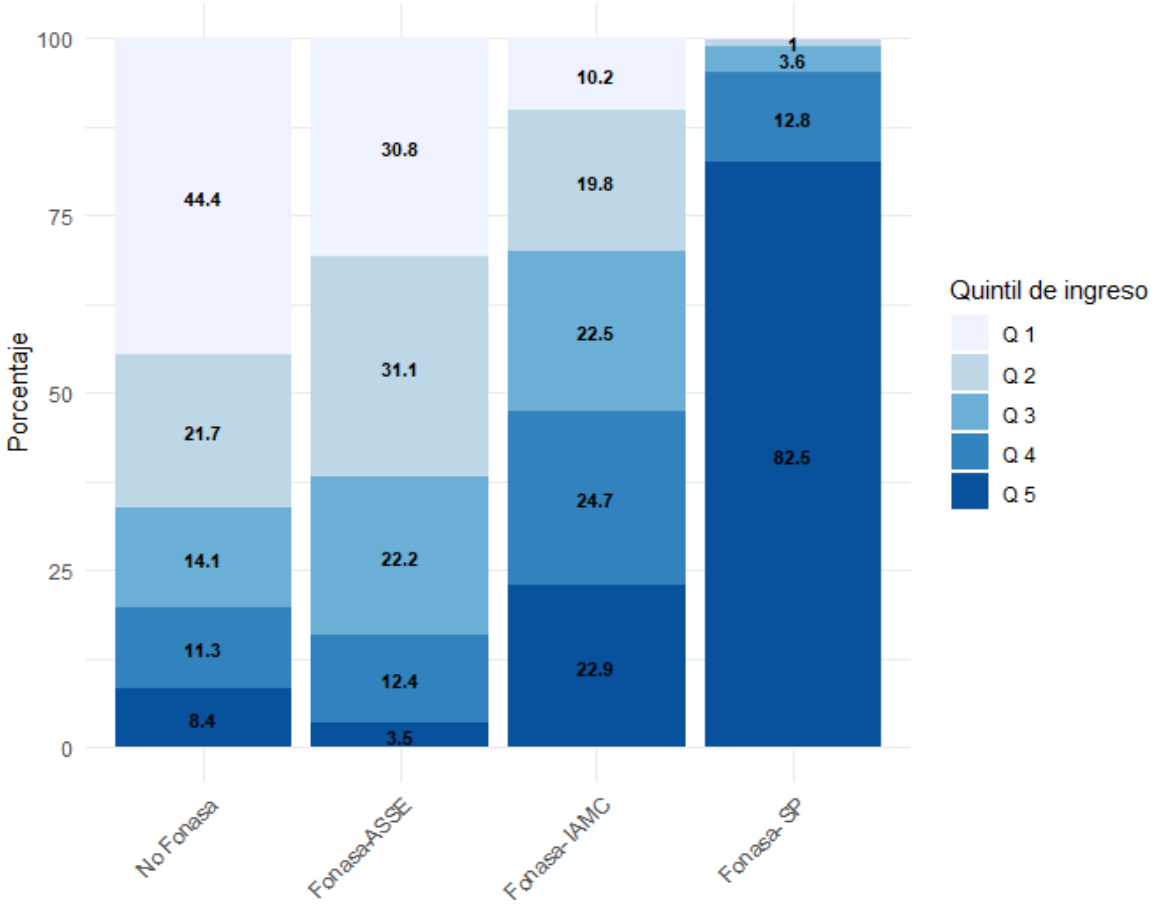
Tabla 24. Porcentaje de personas por quintiles de ingreso según tipo de aseguramiento.

Tipo de aseguramiento	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Total país
No Fonasa	55.01	28.01	19.93	16.60	13.37	**27.75**
Fonasa-ASSE	19.89	20.94	16.33	9.53	2.89	**14.48**
Fonasa- IAMC	25.09	50.94	63.30	72.23	72.33	**55.34**
Fonasa- SP	0.01	0.12	0.44	1.64	11.41	**2.42**
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

La Figura 9 presenta la distribución porcentual de las personas con cobertura integral según tipo de aseguramiento, desagregada por quintiles de ingreso. Para cada tipo de cobertura se muestra la composición interna de la población afiliada, de modo que cada barra representa el 100% y se descompone según el nivel de ingreso (Q1 a Q5), identificado mediante una escala de colores de menor a mayor ingreso. La información permite visualizar de forma sintética las diferencias en el perfil socioeconómico de la población asociada a cada modalidad de aseguramiento.

Figura 9. Porcentaje de personas con cobertura integral por quintiles de ingresos según tipo de aseguramiento



Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

El gráfico confirma las diferencias observadas en la Tabla 23 desde una perspectiva complementaria. La población no FONASA se concentra principalmente en los quintiles de menores ingresos, mientras que el aseguramiento FONASA-ASSE presenta una composición fuertemente orientada hacia los quintiles bajos y medios. En contraste, el aseguramiento FONASA-IAMC muestra una distribución más equilibrada entre los distintos niveles de ingreso, aunque con una mayor participación de los quintiles superiores. Por su parte, el aseguramiento FONASA a través de Seguros Privados presenta una marcada concentración en el quintil de mayores ingresos, donde se ubica más del 80% de su población. En conjunto, estos resultados evidencian una asociación clara entre el nivel socioeconómico y las distintas modalidades de aseguramiento dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Tabla 24 presenta la distribución porcentual de la población según grandes grupos de edad (0 a 14 años, 15 a 64 años y 65 años y más) para cada modalidad de aseguramiento en salud, incluyendo además el total país. En todos los casos, la mayor proporción de personas se concentra en el grupo de 15 a 64 años, aunque se observan diferencias relevantes entre las distintas modalidades de aseguramiento.

El aseguramiento FONASA a través de ASSE presenta la mayor participación relativa de personas de 65 años y más (23%), configurando la estructura etaria más envejecida entre las modalidades analizadas. Por su parte, el aseguramiento FONASA-IAMC también registra una proporción importante de adultos mayores (18%), aunque inferior a la observada en FONASA-ASSE.

En contraste, la población no FONASA y el aseguramiento FONASA mediante Seguros Privados presentan una menor participación relativa de personas de 65 años y más y una mayor concentración en edades activas. Asimismo, el aseguramiento a través de Seguros Privados registra la mayor proporción de menores de 15 años, configurando un perfil relativamente más joven.

En conjunto, los resultados muestran diferencias en la estructura etaria según la modalidad de aseguramiento, con perfiles relativamente más envejecidos entre los asegurados por FONASA-ASSE y FONASA-IAMC y una estructura comparativamente más joven en la población asegurada mediante Seguros Privados.

Tabla 25. Porcentaje de personas por grupo de edad según tipo de aseguramiento

Tipo de aseguramiento	0-14	15-64	65+	Total
No Fonasa	19.26	74.11	6.63	**100**
Fonasa-ASSE	17.52	59.00	23.48	**100**
Fonasa- IAMC	19.56	62.48	17.96	**100**
Fonasa- SP	26.39	64.19	9.42	**100**
Total país	**19.34**	**65.25**	**15.41**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

La Tabla 25 presenta la distribución porcentual de la población según sexo para cada modalidad de aseguramiento en salud, así como para el total del país. En términos generales, se observa una distribución relativamente equilibrada entre hombres y mujeres, con una leve mayoría femenina a nivel nacional (51,4%). No obstante, se identifican algunas diferencias entre las distintas modalidades de aseguramiento.

El aseguramiento FONASA a través de ASSE presenta la mayor proporción de mujeres (54,0%), mientras que el aseguramiento FONASA-IAMC también registra una leve mayoría femenina, aunque de menor magnitud. En contraste, el aseguramiento mediante Seguros Privados presenta una ligera mayoría de hombres (51,2%), constituyendo la única modalidad en la que los varones superan a las mujeres. Por su parte, la población no FONASA mantiene una distribución prácticamente equilibrada entre ambos sexos.

En conjunto, los resultados muestran que la composición por sexo presenta diferencias relativamente acotadas entre las distintas modalidades de aseguramiento, manteniéndose una distribución cercana al equilibrio en todos los casos.

Tabla 26. Porcentaje de personas por sexo según tipo de aseguramiento

Tipo de aseguramiento	Masculino	Femenino	Total
No Fonasa	49.95	50.05	**100**
Fonasa-ASSE	46.05	53.95	**100**
Fonasa- IAMC	48.44	51.56	**100**
Fonasa- SP	50.95	49.05	**100**
Total país	**48.57**	**51.43**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de la ECH 2024 del INE.

7. Conclusiones

El análisis de la cobertura de salud en Uruguay para los años 2024 y 2025 evidencia una estructura consolidada del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), caracterizada por una elevada estabilidad tanto en la distribución de afiliaciones por tipo de prestador como en la composición de la población cubierta. En este sentido, las diferencias observadas entre los distintos subsistemas resultan considerablemente más relevantes que las variaciones registradas entre ambos años, lo que confirma la estabilidad de la estructura del sistema. En efecto, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) continúan concentrando la mayor proporción de afiliaciones, seguidas por ASSE, mientras que los seguros privados y los subsistemas de sanidad militar y policial mantienen participaciones relativamente menores y estables en el tiempo.

En términos de financiamiento, el FONASA es el principal mecanismo de aseguramiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, con una participación cercana al 68% del total de afiliaciones y un crecimiento moderado entre 2024 y 2025, impulsado principalmente por el aumento de afiliados activos y pasivos. Por su parte, el conjunto de coberturas no FONASA presenta una elevada estabilidad, con una composición dominada por la cobertura gratuita en ASSE y por las coberturas contributivas públicas asociadas a los subsistemas de sanidad militar y policial.

Desde el punto de vista demográfico, se observan diferencias claras y persistentes entre los distintos tipos de prestadores. Las IAMC presentan un perfil relativamente más envejecido, con mayor concentración en edades adultas y avanzadas, mientras que ASSE concentra una mayor proporción de población joven. Los seguros privados, por su parte, muestran una estructura más concentrada en edades intermedias y con presencia relevante de población infantil, lo que sugiere esquemas de afiliación familiar. En contraste, los subsistemas de sanidad militar y policial exhiben perfiles más envejecidos y asociados a su carácter ocupacional. Asimismo, el sistema presenta una leve feminización en términos agregados, particularmente en edades avanzadas, en línea con la mayor esperanza de vida de las mujeres.

En términos territoriales, la cobertura de salud reproduce la distribución poblacional del país, con una fuerte concentración en Montevideo y Canelones. No obstante, esta distribución presenta patrones diferenciados según tipo de prestador, lo que refleja heterogeneidades en las modalidades de cobertura a lo largo del territorio. En este

sentido, la estabilidad observada en la estructura general del sistema a nivel nacional convive con diferencias espaciales persistentes: mientras que el FONASA y las IAMC tienen una mayor presencia relativa en el sur del país, ASSE y las coberturas No FONASA adquieren mayor peso en el norte y en departamentos del interior. Estos resultados sugieren que los patrones de aseguramiento se encuentran estrechamente asociados a factores demográficos, laborales y de densidad poblacional.

A su vez, el análisis por quintiles de ingreso evidencia la existencia de una segmentación socioeconómica en el sistema. En este sentido, el subsector público —particularmente ASSE— continúa desempeñando un rol central en la cobertura de los sectores de menores ingresos, mientras que los prestadores privados, tanto IAMC como seguros privados, concentran en mayor medida a la población de ingresos medios y altos. Estas diferencias en la composición socioeconómica de la población afiliada refuerzan la idea de que los distintos subsistemas no sólo difieren en su estructura institucional, sino también en el perfil de la población que atienden.

Por otro lado, el análisis de la múltiple cobertura muestra que, si bien la gran mayoría de la población cuenta con una única cobertura, la coexistencia de coberturas constituye un rasgo estructural del sistema. Este fenómeno se concentra principalmente en situaciones de doble cobertura y en la interacción entre subsistemas financiados con recursos públicos, especialmente entre el FONASA y las coberturas contributivas públicas de sanidad militar y policial.

Finalmente, la elevada y levemente creciente participación de personas de 65 años y más, en un contexto nacional de envejecimiento demográfico, constituye uno de los principales desafíos para el Sistema Nacional Integrado de Salud en el mediano y largo plazo, en la medida en que puede incrementar la demanda de servicios de salud y ejercer una presión creciente sobre la sostenibilidad financiera del sistema. En conjunto, los resultados presentados muestran un sistema de cobertura altamente estable, aunque atravesado por desafíos vinculados a la segmentación socioeconómica, las diferencias territoriales, la coexistencia de coberturas y el envejecimiento demográfico. En este contexto, el monitoreo sistemático de la cobertura poblacional continúa siendo una herramienta fundamental para generar evidencia que contribuya al diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud.

8. Anexo

La Tabla A1 presenta la distribución porcentual de la población según región de residencia para cada tipo de cobertura de salud. Los porcentajes se calculan de modo que cada fila suma 100, lo que permite analizar cómo se distribuye territorialmente la población dentro de cada tipo de cobertura. Asimismo, se incluye una última fila con el total país, que muestra la distribución general de la población por región de residencia.

Los resultados evidencian diferencias marcadas en la distribución territorial según tipo de cobertura. Las IAMC presentan una mayor concentración en Montevideo (44,7%), lo que refleja la fuerte presencia de este subsector en la capital. Este patrón es aún más marcado en los seguros privados, donde el 75,1% de los afiliados reside en Montevideo, mostrando su carácter altamente urbano y concentrado.

En contraste, ASSE se distribuye mayoritariamente en el interior del país, particularmente en localidades urbanas de más de 5.000 habitantes (55,0%), lo que confirma su rol central como prestador público fuera de la capital. Un comportamiento similar se observa en otras formas de cobertura pública o vinculadas al sector estatal, como la doble cobertura pública.

Por su parte, las coberturas vinculadas a sanidad militar o policial y las dobles coberturas (especialmente la mixta) presentan una distribución más equilibrada entre Montevideo y el interior urbano, aunque con menor presencia en zonas rurales.

La población sin cobertura integral también se concentra principalmente en localidades urbanas del interior (46,8%), seguida por Montevideo (37,5%), lo que sugiere que esta situación no es exclusiva de áreas rurales.

Finalmente, la fila de total país muestra que la población se distribuye mayoritariamente en localidades urbanas de más de 5.000 habitantes (44,4%) y en Montevideo (39,2%), con una menor participación de localidades pequeñas y zonas rurales. En conjunto, estos resultados reflejan una clara asociación entre el tipo de cobertura de salud y la localización geográfica de la población.

Al comparar con los resultados de 2018, se observan algunos cambios en la distribución territorial según tipo de cobertura, aunque se mantienen los patrones generales. El caso más destacado es el de los seguros privados, que en 2018 se

concentraban fuertemente en Montevideo (82,1%) y presentaban una presencia mucho menor en el resto del país (13,8% en localidades urbanas de más de 5.000 habitantes y 3,4% en localidades más pequeñas). En la actualidad, si bien siguen teniendo un sesgo hacia la capital, muestran una menor concentración y una mayor expansión hacia el interior urbano. También se registran leves cambios en otras coberturas: por ejemplo, las IAMC reducen marginalmente su peso en Montevideo respecto al 45,4% observado en 2018, mientras que ASSE mantiene su predominio en el interior urbano (54,2% en 2018), aunque con una distribución algo más equilibrada. En conjunto, los cambios sugieren una ligera desconcentración territorial de algunas coberturas, particularmente de las privadas, sin alterar sustancialmente la estructura general del sistema.

Tabla A1. Porcentaje de personas con cobertura integral por región según tipo de prestador.

Tipo de cobertura	Mdeo	Loc urb >5000hab	Loc urb <5000hab	Z. Rural	Total
Sin Cob. Integral	37.46	46.84	10.44	5.27	100
ASSE	24.51	54.98	14.33	6.18	100
IAMC	44.65	39.85	9.27	6.23	100
SPI	75.05	17.73	6.75	0.47	100
S. MILITAR/POLICIAL	40.11	49.09	8.40	2.40	100
D.C. MIXTA	53.88	37.16	7.22	1.75	100
D.C. PÚBLICA	35.36	54.31	5.96	4.36	100
D.C. PRIVADA	44.92	38.66	16.42	0.00	100
Total país	39.17	44.35	10.70	5.78	100

Fuente: Elaboración propia en base a la ECH del INE.

La Tabla A2 presenta la distribución porcentual de la población según quintiles de ingreso per cápita del hogar (Q1 a Q5) para cada tipo de cobertura de salud. En este caso, los porcentajes se expresan de modo que cada fila suma 100, lo que permite analizar cómo se distribuye la población de cada tipo de cobertura a lo largo de la estructura de ingresos. Asimismo, se incluye una fila de total país que muestra la distribución general de la población por quintiles de ingreso.

Los resultados evidencian una marcada segmentación socioeconómica en la distribución de los distintos tipos de cobertura de salud. ASSE se concentra fuertemente en los quintiles de menores ingresos: casi la mitad de sus usuarios pertenece al primer quintil (49,0%) y cerca de tres cuartas partes se ubican en los dos quintiles más bajos, lo que confirma su rol central en la atención de la población más vulnerable. En contraste, su presencia en los quintiles superiores es muy reducida (2,2% en Q5).

Las IAMC presentan una distribución más equilibrada, aunque con mayor peso en los quintiles medios y altos, especialmente entre Q3 y Q5, donde se concentra la mayor parte de sus afiliados. Esto refleja su carácter predominante entre sectores de ingresos medios y altos.

Los seguros privados muestran el patrón más extremo: están fuertemente concentrados en el quintil de mayores ingresos, donde se ubica el 82,6% de sus usuarios, siendo prácticamente inexistentes en los quintiles más bajos. Un comportamiento similar, aunque menos pronunciado, se observa en la doble cobertura privada, con una alta concentración en los quintiles superiores (78,0% en Q5).

Por su parte, la sanidad militar o policial y la doble cobertura pública presentan distribuciones más centradas en los quintiles medios, con menor participación en los extremos de la distribución. En tanto, la doble cobertura mixta muestra una tendencia creciente con el ingreso, concentrándose en los quintiles altos.

Finalmente, la población sin cobertura integral se concentra en mayor medida en los quintiles bajos (más del 60% en Q1 y Q2), aunque también está presente —en menor proporción— en los niveles de ingreso más altos.

En conjunto, la evidencia confirma una fuerte asociación entre nivel socioeconómico y tipo de cobertura de salud, donde el subsector público se vincula principalmente a los sectores de menores ingresos, mientras que las coberturas privadas —especialmente los seguros— se concentran en los estratos más altos.

Tabla A2. Porcentaje de personas con cobertura integral por quintiles de ingresos según tipo de prestador.

Tipo de cobertura	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Total
Sin Cob. Integral	30.16	32.21	18.61	11.98	7.04	100
ASSE	48.99	25.87	15.28	7.71	2.15	100
IAMC	10.14	20.08	22.45	24.81	22.52	100
SPI	0.13	0.98	3.53	12.72	82.63	100
S. MILITAR/POLICIAL	12.79	26.04	26.33	22.67	12.17	100
D.C. MIXTA	1.82	12.77	21.14	29.78	34.49	100
D.C. PÚBLICA	13.41	26.64	26.98	25.40	7.57	100
D.C. PRIVADA	0.00	0.00	2.56	19.44	77.99	100
Total país	22.12	21.52	19.73	19.00	17.63	100

Fuente: Elaboración propia en base a la ECH del INE.