

Cuentas Nacionales de Salud 2009-2010 Uruguay

Incluye cifras
preliminares 2011-2012



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS

Autoridades

Ministerio de Salud Pública

Dra. Susana Muñiz
Ministra de Salud Pública

Dr. Leonel Briozzo
Sub-Secretario de Salud Pública

T/A Elena Clavell
Directora General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ec. Ida Oreggioni
Directora del Área Economía de la Salud

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud

Dr. Eduardo Levcovitz
Representante en Uruguay OPS-OMS

Autoras

Ida Oreggioni
Laura Rivas

Colaboradores

Victoria Arbulo
Cecilia Artagaveytia
Gissel Firpo
Giselle Jorcin
Juan Pablo Pagano
Gimena Touriño

Siglas

ANCAP	Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPC	Bases de Prestaciones y Contribuciones
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CEFA	Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines
DISSE	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ENGIH	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
ICHA	International Classification for Health Accounts
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPC	Índice de Precios del Consumo
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SHA	System of Health Accounts
SINADI	Sistema Nacional de Información
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud

Resumen ejecutivo

El **objetivo** de este trabajo es presentar las estimaciones del gasto y financiamiento de la salud en el Uruguay para los años 2009 y 2010, así como cifras preliminares de gasto correspondientes a los años 2011 y 2012. El marco de análisis para la construcción de la información es el provisto por el Sistema de Cuentas de Salud, cuya finalidad es la de presentar de forma sintética y sistematizada el conjunto de flujos financieros que se registran año a año entre los diferentes actores del sistema de salud. Además de permitir analizar la evolución de los indicadores de gasto y financiamiento del país a lo largo del tiempo, este marco permite realizar comparaciones a nivel internacional.

Dado que las **Cuentas Nacionales de Salud** permiten desarrollar un monitoreo sistemático, integral y consistente del flujo de recursos en el sistema de salud, éste representa un insumo de gran valor para los formuladores de políticas del sector. Las Cuentas de Salud constituyen una herramienta diseñada específicamente para suministrar información al proceso de las políticas sanitarias, desde instancias como el diseño y la instrumentación de las políticas, hasta el diálogo político, así como también el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de atención de la salud (OMS 2004).

El **antecedente** más inmediato de este documento es el informe “Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008”, cuya serie de gasto es posible continuar gracias a la información provista en el presente trabajo. La metodología utilizada en ambas ocasiones se basa en el Sistema de Cuentas de Salud en su primera versión (SHA 1.0), y se utilizó la “Guía del productor de Cuentas Nacionales de Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios” (OMS 2004), manual que –basado en el marco del Sistema de Cuentas de Salud– propone una aproximación más propicia a la realidad de países de ingresos medios, como el nuestro. Si bien fueron tomadas como referencia estas guías internacionales, cabe mencionar que algunos de los conceptos y clasificaciones fueron ajustados a la realidad de nuestro país. El documento presenta un [Anexo](#) donde se detallan los cambios metodológicos introducidos en esta edición de las Cuentas de Salud.

En los primeros capítulos del informe se describen los principales **cambios en el sistema de salud**. La Reforma del sistema de salud, enmarcada en un conjunto más

amplio de reformas sociales, implicó el cambio en el modelo de financiamiento, el cambio en el modelo de gestión y el cambio en el modelo de atención. Entre las modificaciones más fundamentales del sistema, cabe destacar la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) –mediante la ley N°. 18.131 del 18 de mayo de 2007– y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud desde del 1º de enero de 2008 –a partir de la ley 18.211–, además de conformación del Seguro Nacional de Salud (SNS) en base a la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), el anterior Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social. Con la Reforma, a los usuarios ya cubiertos por el Seguro de Salud (los trabajadores privados del país, los jubilados de menores ingresos, los maestros y los trabajadores judiciales de la Administración Pública) se incorporan en una primera instancia los trabajadores públicos sin cobertura. Luego, en enero de 2008, ingresaron los hijos menores de 18 años a cargo (o mayores con discapacidad) de todos los trabajadores ya incorporados al SNS y a partir de esa fecha todos los trabajadores amparados por el SNS mantienen su cobertura al momento de jubilarse. Durante el año 2008 continúan incorporándose el resto de los trabajadores públicos (entes autónomos y servicios descentralizados, enseñanza). En los años siguientes, y en virtud de un cronograma establecido hasta 2016, siguieron incorporándose otros colectivos, como ser los cónyuges de trabajadores, los profesionales y otros trabajadores no dependientes, los trabajadores con cobertura a través de cajas de auxilio y sus familias, así como los jubilados que perciben ingresos mayores a los ya incorporados.

Los cambios que se produjeron en el modelo de financiamiento del sistema de salud uruguayo, asociados a la creación del SNS financiado por el FONASA y a la incorporación gradual de colectivos, implicaron transformaciones muy importantes en las dimensiones del gasto y el financiamiento consideradas en las Cuentas Nacionales de Salud. El creciente peso de las contribuciones a la seguridad social como fuente de financiamiento del SNS, por una parte, y la nueva forma de pago a los prestadores integrales contratados a través de cápitas ajustadas por edad y sexo y un pago adicional por el cumplimiento de un conjunto de metas asistenciales, por otra parte, afectaron notoriamente el flujo de recursos del sistema.

Las **fuentes de información** utilizadas para la elaboración de las Cuentas de Salud comprenden desde registros contables de prestadores públicos y privados, información de acceso libre hasta información solicitada y provista especialmente para estos fines. El relevamiento de datos enfrentó dificultades que deberán ser abordadas en el futuro de manera activa y sistemática para alcanzar el objetivo de la institucionalización de las Cuentas de Salud. Se hace necesaria la difusión de los resultados, así como el fortalecimiento de la comunicación y el vínculo con los proveedores de información. Para lograr eso sería fundamental potenciar el rol del Comité Interinstitucional, cuyo cometido consiste en reunir actores claves, tales como organizaciones estratégicas en materia estadística y los principales organismos públicos y privados del sector.

El análisis de la información provista por las Cuentas de Salud se abordó a través de las siguientes 4 **dimensiones**: i) fuentes de financiamiento, ii) agentes de financiamiento, iii) proveedores y iv) costos de los recursos. Las cifras de gasto están expresadas a precios constantes (pesos uruguayos del año 2010) con el objetivo de presentar la evolución que registró el gasto en términos reales (se excluyen los efectos de la inflación).

El **gasto total en salud** representa en promedio 8.8% del PBI entre 2009 y 2012, aumentando luego de un período de leve disminución del indicador entre 2004-2008. Este cambio en el comportamiento de la proporción del PBI destinada a la salud responde fundamentalmente a la evolución del PBI; hasta 2008 el producto había crecido a mayor ritmo que el gasto en salud y desde el año 2009 el producto se desacelera mientras que el gasto en salud evoluciona a un ritmo mayor¹. El gasto en salud expresado en dólares aumenta de forma más pronunciada que el gasto en moneda nacional, en función de la apreciación de la moneda nacional desde 2008. Se estima un aumento promedio del gasto total en salud en dólares corrientes de 18% anual en el período 2004-2012. Sin embargo, al considerar el gasto expresado en dólares internacionales (ajustados por paridad de poder adquisitivo²), el aumento del gasto en los últimos cuatro años analizados es de 10% en promedio.

¹ Debe tenerse en cuenta que las estimaciones del gasto en salud desde el año 2009 incorporan cambios metodológicos que permitieron corregir subestimaciones en las cifras de los años previas.

² PPA o PPP, por su sigla en inglés.

El **gasto per cápita en salud** aumenta sostenidamente entre 2005 y 2012. Entre 2009 y 2012 el gasto aumenta en términos reales a una tasa promedio de 8% por año.

La **estructura del financiamiento** de la salud propuesta por la Reforma se consolida a partir de 2008; el gasto pasa de financiarse en partes iguales por fondos públicos y privados en el año 2005, a estar financiado en más de dos terceras partes por fuentes públicas en el año 2012. El incremento más significativo de la financiación mediante la seguridad social³ se registra a partir del año 2008 y, así también, los principales cambios en la estructura de las diversas fuentes al interior de la fuente de financiamiento seguridad social. La seguridad social en el año 2010 casi duplica los fondos que esta fuente representaba en el año 2007, crecimiento que responde a la incorporación de los diferentes colectivos que van ingresando al FONASA.

Los hogares financian dos tipos de gasto: los prepagos y el gasto de bolsillo. El **prepago** –considerado el tipo de gasto privado que mejor protege financieramente a los hogares– cae 35% entre 2007 y 2012. La disminución tuvo mayor intensidad en los años 2008 y 2012 (disminuye 18.5% y 18% en relación a 2007 y 2011, respectivamente), lo cual se explica casi exclusivamente por la disminución en el prepago de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Los prepagos en los Seguros Privados se comportan de forma contraria, dado que la entrada al Seguro Nacional de Salud no necesariamente implican un menor volumen de ingresos de prepago (los hogares complementan el aporte que el FONASA vuelca a la institución con pagos particulares) y el monto de prepagos hacia los Seguros Parciales aumenta en 2009 en función del aumento de los precios de la cuota de las Emergencias Móviles (lo cual compensa una cierta caída registrada en la población afiliada a estos esquemas).

El **gasto de bolsillo** –considerado el tipo de gasto en salud más regresivo–, por su parte, aumenta 7,2% en términos reales en 2012 respecto a 2007, explicado por un aumento de 22% en el consumo de medicamentos en farmacias y de 13% en tasas

³ Cabe aclarar que, si bien el Seguro Nacional de Salud (BPS/FONASA) es el principal fondo de la seguridad social, existen también otros fondos que utilizan este tipo de fuentes de contribución obligatoria para la financiación del cuidado de la salud de sus usuarios, como ser Sanidad Militar, Sanidad Policial, Chassfose y los Seguros Convencionales, así como las fuentes de financiamiento del seguro de accidentes laborales del BSE y los aportes al FNR –fondo de reaseguro para la cobertura procedimientos y medicamentos de alta complejidad y costo–. Al hablar de seguridad social en este informe nos estamos refiriendo a todas estas fuentes.

moderadoras y copagos a lo largo del período. El gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud disminuye a lo largo del período; pasa de representar 24,2% en 2007 a 17,4% de acuerdo a las estimaciones de gasto del año 2012. La disminución del indicador se explica porque el incremento del gasto de bolsillo de los hogares no supera el experimentado por el gasto total en salud.

La evolución del gasto por concepto de **tasas moderadoras y copagos** se explica por los cambios registrados en las IAMC, en donde se registra aproximadamente 85% de este gasto. La evolución de este gasto responde, por lo menos, a dos fuerzas: el aumento de población afiliada a las IAMC (crecimiento de aproximadamente 500 mil personas entre 2007 y 2012) –un esquema en el cual deben abonarse tasas moderadoras al momento de acceder a los servicios– y las políticas de mejoras en la accesibilidad a los servicios sanitarios. A esto se agrega: las estrategias comerciales de reducción de ciertos precios que adoptaron varias instituciones para atraer nuevos usuarios y un contexto económico favorable en el país, de aumento generalizado de los ingresos de los hogares que, presumiblemente, favoreció el consumo de servicios de salud. Los **pagos directos** de los hogares⁴ aumentan 5,5% entre 2012 y 2007, con oscilaciones moderadas al interior del período.

Al ubicar el foco en los **agentes de financiamiento** del sistema de salud⁵, se observa que el aumento más significativo refiere al agente Banco de Previsión Social (BPS-FONASA), quien en el año 2012 casi cuadriplica el valor de los recursos administrados en 2005 (con el incremento más significativo en el año 2008, del 50% respecto a 2007). Este incremento, que responde a la incorporación de colectivos de usuarios en el Seguro Nacional de Salud a partir de la Reforma de la Salud, tiene correlato en la caída de la participación de las IAMC actuando en calidad de agente de financiamiento (lo cual no implica que el gasto del subsector mutual caiga en su calidad de proveedor). En los años siguientes se mantiene la tendencia al aumento del BPS-FONASA como agente de financiamiento de las IAMC, en virtud a la entrada de diversos colectivos de usuarios.

⁴ Es decir, el realizado en proveedores como farmacias comunitarias, clínicas médicas u odontológicas particulares, etc.

⁵ Es decir, los organismos o instituciones encargadas de canalizar los fondos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento hacia los distintos proveedores de servicios sanitarios del sistema.

El único agente que contrae el volumen de recursos que recauda directamente es el conjunto de las IAMC, quienes disminuyen 14% entre 2005 y 2012 en términos reales, fenómeno que se explica por la entrada de colectivos de afiliados al Seguro Nacional de Salud. La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en su función de agente de financiamiento, en 2012 casi duplica en términos reales los recursos de los que disponía en 2005, en función del incremento presupuestal que obtuvo. Al igual que en el caso de las IAMC, la entrada de ASSE al Seguro Nacional de Salud implica que parte de los recursos de los que el proveedor dispone son canalizados por el agente de financiamiento FONASA.

Al analizar el gasto según los **proveedores de salud**, se observa una disminución de la brecha entre el gasto por usuario en las IAMC y en ASSE. En 2007 el gasto por usuario en ASSE representaba menos de la mitad (44%) del gasto por usuario en el promedio de las IAMC, mientras que en 2012 el gasto en ASSE asciende al 75% del gasto por usuario en las IAMC. Todos los factores aumentaron su remuneración al analizar el conjunto de los proveedores del sistema, pero el que más notablemente lo hizo fue las remuneraciones a empleados.

Es necesario interpretar las cifras de gasto y financiamiento a la luz de las modificaciones en el sistema de salud. En el marco de la Reforma del modelo de financiamiento de la salud, todos los agentes y todas las dimensiones analizadas han sido impactados, ya sea directa o indirectamente. Asimismo, el país transitó otras importantes transformaciones y reformas que han implicado aumentos de los ingresos percibidos por los hogares, disminuciones de la tasa de desempleo y aumento del trabajo formal, factores que también han tenido su repercusión en la demanda de servicios sanitarios.

Las dificultades en el trabajo para la construcción de las Cuentas de Salud encuentran, por lo tanto, un desafío adicional al enmarcarse en un contexto de constantes transformaciones. Esto explica, en parte, el rezago en la confección de series actualizadas. Por estos motivos, la presentación de la información contenida en este informe configura un insumo de enorme relevancia a la hora de evaluar las diferentes

alternativas de política orientadas a la profundización de la Reforma del sistema de salud en el Uruguay.

Contenido

Siglas	3
I. Introducción	11
1. Justificación.....	11
2. Antecedentes.....	12
3. Objetivos del estudio	13
II. Descripción del sistema de salud uruguayo.....	15
1. Descripción del sistema de salud antes del 2007.....	15
2. La Reforma del sistema de salud uruguayo.....	17
3. Cambios en el Seguro Nacional de Salud entre 2009 y 2012.....	22
III. Metodología	25
1. Metodologías internacionales.....	25
2. Cuentas Satélites de Salud	26
3. Sistema de Cuentas de Salud.....	27
4. Metodología utilizada en Uruguay	29
IV. Fuentes de información.....	30
1. Fortalecer la información mediante el proceso de institucionalización de las Cuentas de Salud	30
2. Fuentes de información utilizada en las Cuentas de Salud 2009 y 2010.....	33
V. Descripción teórica de las matrices 2009-2010	34
1. Dimensiones posibles y dimensiones usadas:	34
i. Fuentes de financiamiento	35
ii. Agentes de financiamiento.....	37
iii. Proveedores.....	39
iv. Costos de los factores de los proveedores.....	40
2. Matrices presentadas	41
Matriz Fuente-Agente (F-A):.....	41
Matriz Agente-Proveedor (A-P):	41
Matriz de Costo de los factores (C-P)	41
VI. Cambios metodológicos 2009-2012	42
VII. Resultados	44
1. El gasto total en salud en el país (2004-2012).....	44

2.	Fuentes de financiamiento del sistema	48
i.	Fuentes de financiamiento público	50
ii.	Fuentes de financiamiento privado	54
3.	Agentes de financiamiento	60
4.	Proveedores de servicios de salud	65
VIII.	Conclusiones.....	71
	Anexo: Cambios metodológicos 2009-2012.....	76
1.	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	76
2.	Seguros Privados Integrales	78
3.	Seguros parciales – Emergencias Médicas Móviles	79
4.	Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	80
5.	Gasto de los hogares.....	81
6.	Otros Ministerios y otros organismos públicos	84
7.	Índice de Precios al Consumo (IPC)	84
I.	Matriz Fuente-Agente 2009 a precios corrientes. Millones de pesos.	86
II.	Matriz Agente-Proveedor 2009 a precios corrientes. Millones de pesos.	87
III.	Matriz Costo de los factores 2009 a precios corrientes. Millones de pesos.....	88
IV.	Matriz Fuente-Agente 2010 a precios corrientes. Millones de pesos.....	89
V.	Matriz Agente-Proveedor 2010 a precios corrientes. Millones de pesos.	90
VI.	Matriz Costo de los factores 2010 a precios corrientes. Millones de pesos.....	91
VII.	Estimación del gasto por agente de financiamiento 2011 y 2012. Millones de pesos corrientes	92
VIII.	Bibliografía	93

Cuadros

Cuadro 1 Gasto total en salud. Millones de pesos constantes de 2010 y en relación al PBI.....	45
Cuadro 2 Gasto total en salud per cápita entre 2004 y 2012. Pesos constantes de 2010	47
Cuadro 3 Gasto en salud con financiamiento público, privado y externo. Millones de pesos constantes de 2010 y proporción del gasto total en salud	48

Cuadro 4 Destino de las fuentes de seguridad social. Millones de pesos constantes de 2010	52
Cuadro 5 Financiamiento privado de los hogares. Millones de pesos constantes de 2010	55
Cuadro 6 Gasto en salud por usuario en IAMC y ASSE entre 2007 y 2012. Pesos constantes de 2010	66
Cuadro 7 Costos de los factores en el conjunto de los prestadores de salud, 2005-2010. Millones de pesos constantes de 2010	67
Cuadro 8 Costos de los factores en los prestadores integrales del SNIS, 2005-2010. Millones de pesos constantes de 2010	69

Gráficos

Gráfico 1 Población afiliada al Seguro Nacional de Salud, julio 2007-setiembre 2014...	24
Gráfico 2 Evolución de incorporaciones al FONASA 2011-2016	24
Gráfico 3 Evolución del gasto total en salud y del PBI entre 2004 y 2012 (base 2004=100)	46
Gráfico 4 Gasto en salud con financiamiento público, privado y externo. Millones de pesos constantes de 2010	49
Gráfico 5 Fuentes de financiamiento públicas. Millones de pesos constantes de 2010..	50
Gráfico 6 Estructura de las fuentes de financiamiento de la seguridad social	51
Gráfico 7 Destino de la fuente impuestos generales. Millones de pesos constantes de 2010	53
Gráfico 8 Financiamiento privado de los hogares mediante prepago y gasto de bolsillo. Millones de pesos constantes de 2010	56
Gráfico 9 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud	60
Gráfico 10 Gasto de los agentes de financiamiento en 2005, 2010 y 2012. Millones de pesos constantes de 2010	61
Gráfico 11 Recursos desde el FONASA a prestadores integrales. Millones de pesos constantes de 2010	63
Gráfico 12 Agentes financiadores de las IAMC. Millones de pesos constantes de 2010	64
Gráfico 13 Gasto en salud por usuario en IAMC y ASSE entre 2007 y 2012. Pesos constantes de 2010	66
Gráfico 14 Costos de los factores en gastos corrientes en todos los prestadores de salud, 2005-2010. Millones de pesos constantes de 2010	68
Gráfico 15 Inversiones en todos los prestadores de salud, 2005-2010. Millones de pesos constantes de 2010	68
Gráfico 16 Evolución de los índices de precios de Cuidados Médicos y de cuotas de las Emergencias Médicas Móviles entre 2005 y 2012. Base enero 2005=100.	80

I. Introducción

1. Justificación

Este trabajo presenta las Cuentas Nacionales de Salud 2009 y 2010, de modo de dar continuidad a la serie 2005-2008, presentada en el informe "Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008", trabajo que constituye el antecedente más inmediato de este documento. Asimismo, se complementa el análisis con algunas cifras de gasto para los años 2011 y 2012, surgidas de estimaciones aún preliminares.

Las Cuentas Nacionales de Salud tienen como finalidad presentar de forma sintética y sistematizada el conjunto de flujos financieros que se registran año a año entre los actores del sistema de salud. Por lo tanto, constituyen un instrumento fundamental para la planeación de las políticas de salud y la evaluación del desempeño del sistema. A su vez, dado que se propone la confección de tablas normalizadas, proporcionan información comparable a lo largo del tiempo y a nivel internacional.

Las Cuentas constituyen un insumo esencial para el objetivo de mejorar el desempeño del sistema de salud en tanto permiten dar respuesta a una serie de preguntas claves, tales como: ¿cómo se movilizan y administran los recursos para el sistema de salud?, ¿quién paga y cuánto se paga por la atención de la salud?, ¿quién proporciona los bienes y servicios y qué recursos utilizan para ello?, ¿cómo se distribuyen los fondos de la atención de la salud entre los diferentes servicios, intervenciones y actividades que produce el sistema de salud?, ¿quién se beneficia del gasto en la atención de la salud?, etc. (OMS, 2004).

Las respuestas que se derivan de la información brindada por las Cuentas, así como su combinación con otras fuentes de datos, nos permiten aproximarnos a medidas de eficiencia y equidad en la asignación de recursos. Es posible evaluar la protección financiera de la población y la equidad en el financiamiento y en el acceso, a través de información sobre diferentes características socioeconómicas de los hogares y sobre utilización. Los datos de resultados en salud unidos a los de gasto por funciones y según factores de producción, pueden resultar en indicadores que nos aproximen a la eficiencia del sistema.

Las posibilidades de análisis y profundización en cada una de las dimensiones señaladas dependen críticamente de dos determinantes: la información disponible y las prioridades políticas en la reforma del sector. Ambos determinantes no son independientes, indicando la necesidad del desarrollo de sistemas de información que den sustento al diseño de políticas basadas en la evidencia, con una visión de largo plazo, orientadora del avance hacia la cobertura universal en salud.

2. Antecedentes

Existe una serie de trabajos, que analizan períodos anteriores, y que ofician de antecedentes para el presente estudio. El primero de ellos corresponde a los años 1994 y 1995, el segundo al período 1997-1998 y el tercero a los años 2000 y 2001. Estos trabajos fueron informes elaborados por fuera del Ministerio de Salud Pública, pero con la institución como contraparte.

Si bien estos documentos oficiaron de valiosos antecedentes a la hora de iniciar el trabajo al interior de la División Economía de la Salud, en el año 2005, no fue posible continuar las series de datos tomando tales resultados, debido a diferencias metodológicas.

Vale destacar los aportes de trabajos como el realizado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración⁶, coordinado por la Ec. Fanny Trylesinski, sobre las Cuentas de Salud de Uruguay en el período 1999-2000 (Trylesinski, Cervini y Estellano s.f.). El mencionado estudio constituyó un insumo de relevancia, en tanto aportó criterios para la clasificación, sirvió de antecedente para el relevamiento de información y brindó elementos para las estimaciones posteriores.

En el año 2006 la División Economía de la Salud emprende por primera vez la tarea de confeccionar desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) las Cuentas Nacionales de Salud, cuyo resultado fue un informe denominado "Cuentas de Salud en Uruguay

⁶Universidad de la República, en el marco del Proyecto Fortalecimiento Institucional Sector Salud, del que participó el Ministerio de Salud Pública como contraparte.

2004”⁷. Dicho trabajo fue de gran utilidad en el diagnóstico de la situación en cuanto a gasto y financiamiento del sistema de salud antes de la Reforma.

Hacia diciembre de 2010, el esfuerzo realizado al interior de la División Economía de la Salud (DES) en los años precedentes quedó plasmado en un informe publicado por la OPS/OMS en Uruguay, en el que se presentan las Cuentas Nacionales de Salud del período comprendido entre los años 2005 y 2008. Tal documento fue ampliamente difundido y utilizado, tanto interna como externamente al Ministerio de Salud Pública (MSP), dado que brindó una descripción panorámica del sistema antes y después de la Reforma de la Salud y fue empleado como base para el seguimiento de las políticas implementadas, así como para la toma de decisiones en el proceso de implementación del proceso de reforma, en particular a la hora de identificar el impacto financiero de las diferentes etapas en la incorporación gradual de diferentes colectivos poblacionales en concordancia con lo establecido a nivel de la legislación complementaria a la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El mencionado estudio también constituye el antecedente más próximo de este estudio y, por ende, nos basamos en el trabajo realizado en tal oportunidad para la confección de las Cuentas 2009-2010. En base a la experiencia y acumulación de conocimiento generado a partir de ese momento, se logró incorporar algunos ajustes metodológicos en la presente edición de las Cuentas, que serán detallados más adelante.

3. Objetivos del estudio

El objetivo del presente trabajo es presentar las estimaciones del gasto en salud del país para los años 2009 y 2010, así como cifras preliminares asociadas al gasto de los años 2011 y 2012. Se presentarán los flujos de recursos financieros del sistema, desde las fuentes de financiamiento, su posterior distribución entre los diversos agentes de financiamiento, hasta el gasto realizado por cada uno de los proveedores de servicios sanitarios en los diversos factores de producción empleados.

El presente trabajo, en tanto se presenta tomando como antecedente más inmediato el documento elaborado en 2010, replicando la misma metodología, retoma los datos allí

⁷Documento de Trabajo N°1/06

presentados y plantea diversas series con indicadores de gasto y financiamiento en salud entre los años 2005-2010 (y en algunos casos también de 2011 y 2012 en base a estimaciones preliminares de gasto).

Dicha información representa un insumo de importancia vital para la autoridad sanitaria, en tanto permite monitorear los flujos de recursos al interior del sector salud y brinda la posibilidad de hacer un seguimiento del cambio en el modelo de financiamiento propuesto en la Reforma iniciada en 2007. Los cambios más recientes en el esquema de gastos y financiamiento del sector salud, ilustrados en los datos presentados, brindan elementos de gran utilidad a los hacedores de política sanitaria en sus objetivos de ampliar la cobertura universal, mejorar el acceso a los servicios y dotar al sistema de mejores niveles de equidad.

Vale mencionar que las dimensiones abordadas hasta ahora a través de las Cuentas de Salud han permitido monitorear el cambio en el modelo de financiamiento, pero resultan limitadas a la hora de monitorear el cambio en el modelo de atención o para evaluar el impacto de determinadas políticas sanitarias específicas. En este sentido, la OMS recomienda la utilización de esta herramienta para monitorear el gasto por funciones, dimensión que permitirá el seguimiento del flujo de recursos hacia los distintos niveles de atención, así como también se recomienda analizar la distribución del gasto por edad, sexo y por patología, análisis cuya riqueza radica en su complementación con los estudios de carga de enfermedad.

Cabe recordar que, si bien las Cuentas de Salud han demostrado una gran utilidad a la hora de organizar y presentar la información financiera sobre el sistema de salud, no dan respuesta a la totalidad de las interrogantes demandadas por la política sanitaria. Por ejemplo, las Cuentas de Salud permiten medir el gasto directo que realizaron los hogares del país en la atención a la salud al cabo de un año y relacionarlo con el gasto total del sistema de salud, pero la herramienta no permite identificar todas las necesidades en atención a la salud que no se materializaron luego en gasto. Es decir, las Cuentas de Salud no son el instrumento adecuado para medir las necesidades en materia de salud que no fueron satisfechas –ya sea por barreras al acceso de carácter económico, geográficas, culturales, tiempos de espera, etc.–, para lo cual se recomienda

complementar esta información con datos no financieros, provenientes de fuentes alternativas, como ser estudios epidemiológicos o encuestas poblacionales.

II. Descripción del sistema de salud uruguayo

El objetivo de este capítulo es hacer una presentación de las principales modificaciones asociadas a la reforma de la salud, iniciada en 2007, en tanto la evolución del gasto y el financiamiento desde 2005 refleja, en gran medida, las principales políticas implementadas en el marco de dicho proceso.

1. Descripción del sistema de salud antes del 2007

Hacia la segunda mitad del siglo XIX comienzan a crearse las primeras organizaciones mutuales (actualmente denominadas “Instituciones de Asistencia Médica Colectiva” o IAMC), instituciones de atención integral a la salud, sin fines de lucro y basadas en un sistema de prepago. Tales instituciones, erigidas sobre los principios de solidaridad y ayuda mutua, aglomeraban población usuaria que compartía rasgos tales como su procedencia europea o su vinculación a algún sindicato de trabajadores. A medida que transcurrió el tiempo, sus padrones de afiliados crecieron y se diversificaron respecto a aquellas características comunes originales.

La afiliación a este tipo de instituciones se limitaba a la capacidad de pago de la cuota mutual, razón por la cual a comienzos del siglo XX el Estado asume un rol activo en la atención de la salud de la población no cubierta en las instituciones mutuales. En 1933 es creado el Ministerio de Salud Pública, cuya función de asistencia predomina sobre las funciones de rectoría.

Quedó configurado un sistema de salud de carácter segmentado, es decir, compuesto por distintos subsistemas con diferentes modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, dirigidos a segmentos de la población diferenciados, fundamentalmente, por su nivel de ingresos, donde coexistían dos sectores –uno público y otro privado– muy dispares. El gasto promedio por mes y por persona era en 2004 de \$ 900 (US\$ 40) en las IAMC y de \$ 280 (US\$ 12) en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE).

A mitad del siglo XX la Seguridad Social incorpora mecanismos financieros y de prestación de servicios de salud. En la década de 1970 se transita hacia la unificación y universalización de los diferentes seguros de enfermedad, proceso que se cristaliza en la creación de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) en 1979, bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS). El BPS se encargaba, por un lado, de recaudar las contribuciones de empleados y empleadores y, por otro lado, de contratar en las IAMC la cobertura de los trabajadores.

En un comienzo, DISSE brindaba cobertura de salud a los trabajadores privados, pero en lo sucesivo se procesó una incorporación gradual de distintos grupos de la población. La Reforma de la Seguridad Social determinó la incorporación desde 1996 de los jubilados de actividades amparadas por el seguro con montos jubilatorios bajos. Hacia 2002, se incorporaron los maestros y en 2004 también los trabajadores judiciales.

Las IAMC proveen servicios de asistencia integral de la salud mediante una cuota de prepago o mediante la afiliación a la Seguridad Social, pero desde la década de 1980, se incorpora también el pago de tasas moderadoras y copagos para acceder a las prestaciones. En algunos casos, dichos pagos configuraban una barrera al acceso para aquellos trabajadores de menores ingresos que tenían cobertura formal en una IAMC pero se veían imposibilitados de hacer efectivos sus derechos de atención. La regulación de estos precios por parte del Poder Ejecutivo, de forma de contener el gasto de bolsillo, pero atendiendo a no comprometer la situación financiera de dichas instituciones, configuró un desafío para la política pública.

Hacia el año 2007, momento en el que se pone en marcha la Reforma de la Salud, la población del país se encontraba en distintas situaciones respecto a la cobertura de su salud. Quienes no podían acceder al sistema privado de salud, debido a las barreras económicas que representaba, eran usuarios del sistema público (ASSE). Por otro lado, se encontraban aquellos usuarios de las IAMC que tenían cobertura formal en dichas instituciones pero que no lograban acceder a la atención allí provista, situación que se daba principalmente entre los trabajadores afiliados a través de la Seguridad Social, quienes no podían optar por atender su salud en ASSE (donde no existen copagos ni tasas moderadoras). En un tercer grupo se encontraban las personas que tenían

derechos vigentes en una IAMC y efectivamente accedían a la atención de su salud en ella; un subgrupo de esta población, adicionalmente, contrataba servicios privados adicionales, tales como cobertura de emergencia médica móvil, servicios de acompañantes o seguros parciales específicos. Por último, se encontraban aquellas personas de mayores ingresos que contrataban seguros privados de salud de forma particular mediante prepagos.

Tan solo la cuarta parte de la población tenía cobertura de salud a través de algún esquema de seguridad social. La cobertura a través del Banco de Previsión Social (mediante el Seguro entonces denominado DISSE), que amparaba a tres cuartas partes de dichos usuarios, incluía únicamente a los trabajadores; sus familias quedaban por fuera de la cobertura integral de salud a través del Seguro⁸.

El modelo de atención predominante era de carácter asistencialista, tenían un peso muy relevante las especialidades médicas, y las formas de remuneración propiciaban la hiper-especialización de los recursos humanos. Predominaba el pluriempleo, situación que generaba que los profesionales de la salud tuvieran una fuerte desafección institucional. Esta situación era especialmente perjudicial para el sector público, debido a importantes diferencias salariales a favor del sector privado, fundamentalmente en las especialidades médicas y en menor medida para los trabajadores no médicos.

2. La Reforma del sistema de salud uruguayo

La Reforma de la Salud se enmarca en un conjunto más amplio de reformas sociales. “La principal orientación del Plan de Equidad refiere a uno de nuestros mayores compromisos: que nadie quede librado sólo a su suerte. Es decir, a su condición social y/o económica particular. Asegurar que las y los habitantes de esta nación tengan posibilidades efectivas de desarrollar una vida digna es uno de los derechos fundamentales que propician la condición de ciudadano/a y por ende es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto y del Estado en particular. Brindar protección a quienes la necesitan, amparar a la población garantizando sus derechos fundamentales y hacerlo durante toda su vida, construyendo equidad, contribuyendo al

⁸ Sin embargo, el Banco de Previsión Social brindaba servicios de salud materno-infantil para la familia del trabajador.

ejercicio de la ciudadanía, generando iguales condiciones y oportunidades para todas y todos frente a diversas circunstancias vitales, sociales y económicas” (URUGUAY SOCIAL Consejo Nacional de Políticas Sociales 2009).

Existía un cierto consenso entre los principales actores respecto al diagnóstico del sistema sanitario con anterioridad a la Reforma; se reconocía la existencia de una disparidad importante en la dotación de recursos entre el subsistema público y el privado, tanto en lo concerniente a la infraestructura como a la inequidad salarial entre profesionales, el multiempleo estaba casi generalizado, los precios del prepago y de los copagos eran elevados, los tiempos de espera eran altos y la atención se encontraba demasiado enfocada en la hospitalización, en vez de en la atención primaria (Fuentes 2010). Asimismo, se identificaba una importante inequidad en materia de cobertura y financiamiento de los servicios entre trabajadores y también se acordaba en la necesidad de un Ministerio de Salud Pública con el rol de rectoría, independiente de la provisión de servicios sanitarios (Arbulo, y otros 2012).

De esta forma, el sistema de salud es reformado en torno a tres ejes: un cambio en el modelo de financiamiento, un cambio en el modelo de gestión y un cambio en el modelo de atención. El nuevo **modelo de financiamiento** se propuso como principal objetivo aumentar la protección financiera de la población en el momento de necesitar atención en salud, disminuyendo las inequidades en el acceso producidas por las diferentes capacidades de pago de la población. El cambio en el **modelo de gestión** implicó cambios en tres niveles: a nivel de la macrogestión, se priorizó la participación social de usuarios y trabajadores de la salud en los organismos de decisión del SNIS, como forma de fundar el diseño de políticas en base a las necesidades y saberes de los actores involucrados, aumentando a la vez la transparencia y rendición de cuentas a la sociedad; respecto a la mesogestión, se propició la gestión por resultados en los proveedores de servicios de salud, aunada a la jerarquización y fortalecimiento de los sistemas de información, y también la participación informada de sus usuarios y trabajadores en la evaluación y monitoreo del desempeño; en la microgestión, se impulsó la existencia de protocolos y guías de práctica clínica, apoyados por nuevos sistemas informáticos y propuestas de nuevos contratos de trabajo, funcionales al cambio del modelo de atención. El **modelo de atención** propuesto por la Reforma

apuntó a privilegiar el primer nivel de atención, de modo de tender hacia un modelo con énfasis en las estrategias de promoción y prevención de la salud, en línea con la estrategia de Atención Primaria en Salud.

La ley N°. 18.131, del 18 de mayo de 2007, crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que financiaría el seguro de salud y sería administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, conformado con representantes del Poder Ejecutivo, así como de las instituciones que prestan servicios integrales, de los trabajadores y de los usuarios del sistema.

La ley 18.211 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud a partir del 1º de enero de 2008, cuyos principios rectores son la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. Asimismo, es creado el Seguro Nacional de Salud (SNS), a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex DISSE), mediante el cual tenían cobertura integral de salud los trabajadores privados del país, los jubilados de menores ingresos, y los maestros y trabajadores judiciales de la Administración Pública.

El FONASA brindaba cobertura, en un primer momento, a los trabajadores privados anteriormente cubiertos por la ex DISSE, a los trabajadores públicos sin cobertura y a los pasivos de menores ingresos. En enero de 2008 se estableció una primera incorporación de colectivos de trabajadores y sus respectivos hijos menores de 18 años a cargo (o mayores con discapacidad), que serían amparados por el nuevo SNS y su fondo correspondiente. En marzo de ese año se incorporaron al Seguro el resto de los trabajadores públicos y en julio ingresaron los trabajadores de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), de la Universidad de la República (Udelar) y del Poder Judicial.

A partir de entonces, se han ido incorporando, de forma gradual, los cónyuges de trabajadores, los profesionales y otros trabajadores no dependientes, y los trabajadores con cobertura a través de cajas de auxilio y sus familias, así como los jubilados que perciben ingresos mayores a los ya incorporados.

Se procesaron también cambios en el financiamiento del Seguro; mientras que los patrones continúan aportando el 5% de las retribuciones, los trabajadores dependientes pasan a aportar de acuerdo a su nivel de ingresos y en función de si tienen hijos o no: el aporte es de 3% para quienes perciben menos de cierto umbral de ingresos y de 4.5% para quienes superen dicho umbral, y en este segundo caso el aporte será de 6% si tienen hijos menores de 18 años y/o discapacitados a cargo, y a partir de diciembre de 2010 de 8% si el cónyuge no es aportante al FONASA, quienes también tendrán cobertura de salud a través del SNS.

Los aportes de los beneficiarios que prestan servicios personales fuera de la relación de dependencia se determinan aplicando las tasas mencionadas en el párrafo anterior, según corresponda, a la base imponible del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF), esto es, al total de sus ingresos facturados, una vez deducido el 30% de dichos ingresos por concepto de gastos y los créditos incobrables. En el caso de que dichos beneficiarios no tributen IRPF por estos ingresos y sean contribuyentes del Impuesto a la Renta de las Actividades Empresariales (IEAE), las tasas de aporte se aplicarán a la base imponible de dicho tributo.

En el caso de los beneficiarios que acceden al SNS en su condición de patrones de empresas unipersonales con hasta 5 trabajadores subordinados, sus aportes se determinan aplicando la tasa correspondiente a un ficto de 6,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones. Los aportes al FONASA implican que el trabajador y sus hijos (menores de edad y/o discapacitados) adquieren derecho a la cobertura de salud en algún prestador integral del sistema, a elección del trabajador: podrán afiliarse la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE, el prestador público), a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o a Seguros Integrales (en cuyo caso deberán complementar lo que el FONASA vuelca a dicho prestador, que nunca puede exceder los aportes, con un pago adicional).

El ingreso de los cónyuges de los trabajadores que no tuvieran cobertura por el SNS se produce en forma gradual a partir de diciembre del año 2010, según la cantidad de hijos a cargo del trabajador aportante. Es así que en esa fecha ingresan los cónyuges de aquellos trabajadores con tres o más hijos, en diciembre del 2011 los de aquellos con

dos hijos, en diciembre del 2012 los cónyuges de trabajadores con un hijo y finalmente en diciembre del año 2013 los de quiénes no tuvieran hijos a cargo.

Otro colectivo que presenta un ritmo importante de crecimiento en el período analizado corresponde a los jubilados. Recién a partir de julio del año 2012 comienza a darse el ingreso de pasivos que hubieran adquirido dicha calidad con anterioridad al año 2008, de una manera gradual y con un cronograma definido hasta el año 2016. La gradualidad del ingreso está asociada a los tramos de ingresos y edad en el caso de los pasivos con cobertura en el sector público a noviembre de 2010, y es voluntaria para los pasivos con cobertura privada a la misma fecha. A partir del mes de julio del año 2016 la cobertura será obligatoria para todos los pasivos. A su vez la gradualidad también está asociada a los aportes que realizan los pasivos, decreciente hasta el año 2016, y a los pagos que reciben los prestadores elegidos por éstos, creciente hasta ese año, en el que se converge al valor de la cápita asociado a su tramo de edad y sexo. Esta cadencia está prevista en la ley N°18.731 y su reglamentación.

El FONASA paga a los prestadores integrales, por cada afiliado a través del Seguro, un monto denominado "cuota salud". Este pago tiene dos componentes: la "cápita" (gasto mensual esperado de cada afiliado, definido según tramos de edad y sexo) y un pago condicional al cumplimiento de las "metas asistenciales". Los Contratos de Gestión, firmados entre la JUNASA y todos los prestadores integrales establecen, además, una serie de obligaciones asistenciales, de acceso, información, etc., y las sanciones correspondientes a su incumplimiento.

La ley N°18.731 también prevé un régimen de devolución de aportes "excedentarios", estableciendo un tope a los aportes al FONASA, que se asocia con el gasto esperado del aportante y los beneficiarios que financia, que a su vez se relaciona con el valor de las cápitass pagadas, a lo cual se adiciona un 25% de aporte. El excedente es devuelto anualmente al contribuyente. Esta normativa rige a partir del año 2011, pero afecta los ingresos del FONASA del año 2012.

3. Cambios en el Seguro Nacional de Salud entre 2009 y 2012

En el presente apartado se plantean las incorporaciones de colectivos al Seguro Nacional de Salud (SNS) ocurridas en los años analizados y se presentan los cambios que se produjeron en el marco de ciertos regímenes especiales de cobertura de la salud. La comprensión de las principales modificaciones cualitativas en el sistema, fundamentalmente en términos de la ampliación de la cobertura y sus respectivas modificaciones en la estructura de financiamiento, puede ser de utilidad para contextualizar algunas de las variaciones cuantitativas observadas en el período.

Los principales cambios observados para el año 2009 se refieren al ingreso de trabajadores de la banca privada que aún no se encontraban incorporados al Seguro⁹. Al final de dicho año ascienden a un total de 5.600 empleados y hacia enero de 2010 se intensifica el ingreso del resto de los bancarios privados, quienes ascienden a 11.300 a finales de dicho año.

En relación al colectivo de pasivos, se registró un importante crecimiento en el período analizado, en especial a partir del año 2012. A enero de 2009 se encontraba un total de 72.500 incorporados al Seguro, que a diciembre de 2010 brindaba cobertura a más de 110.000 personas. Este crecimiento se explica básicamente por el aumento en la cantidad de individuos que ya dentro del FONASA por ser activos, luego adquieren la calidad de jubilados; esto sucede a partir del año 2008.

Con respecto a otros regímenes especiales con cambios en los últimos años, se destacan los trabajadores dependientes de ciertos organismos públicos tales como la Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland (ANCAP) y el Banco Hipotecario del Uruguay (BHU), junto con la Agencia Nacional de Vivienda (ANV). Estos organismos tienen regímenes propios de cobertura médica y se incorporaron al Seguro Nacional de Salud el 1º de marzo de 2008. Se acordó un régimen transicional con el Poder Ejecutivo, a partir del cual estos trabajadores dependientes reciben cobertura de

⁹Según determinan los decretos 193/008 y 282/008 de 2008, se deberían encontrar incorporados al FONASA los trabajadores dependientes de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias, los trabajadores de los bancos privados: BBVA, Discount Bank, Lloyds Bank, Nuevo Banco comercial S.A., empleados de Banred-Bancomat, de la cooperativa de ahorro y crédito FUCEREP y trabajadores dependientes de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios. Sin embargo dicha incorporación se hizo efectiva a partir de abril de 2009.

una mutualista, quien factura a los organismos los servicios prestados a sus funcionarios, e imputa a su pago la totalidad de las cuotas que recibe del FONASA por dichas afiliaciones, que es luego complementada con recursos de los propios organismos¹⁰. El mismo decreto prorroga la incorporación al FONASA de los trabajadores comprendidos en el convenio de la Industria Tabacalera (AFITC-SAT) desde el 1° de enero de 2011 hasta el 1° de enero de 2016.

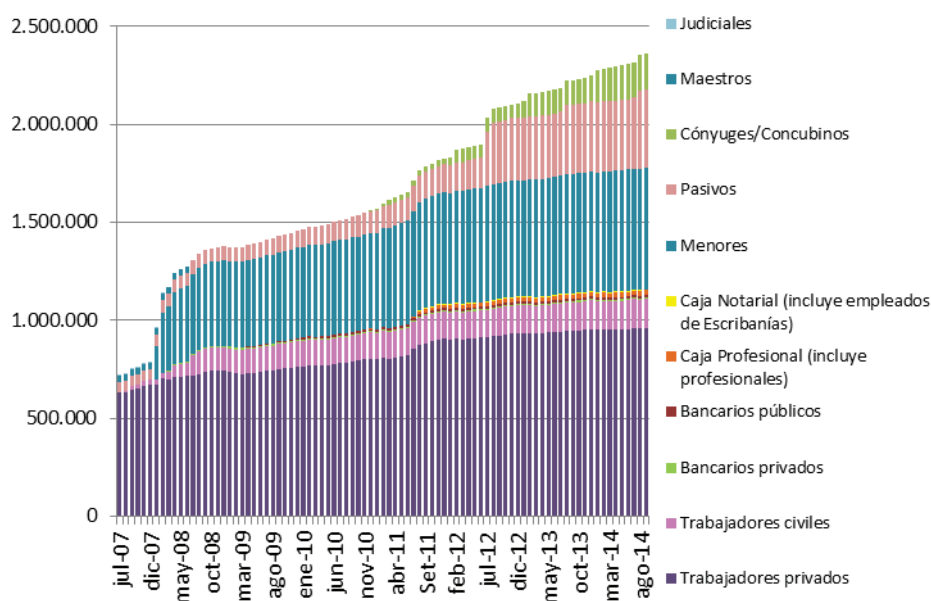
Los trabajadores no dependientes, en su mayoría profesionales, ingresan al Seguro Nacional de Salud (SNS) a partir de julio de 2011. La entrada de trabajadores de la Caja de Jubilaciones Profesionales y de la Caja de Jubilación Notarial hacia el final del año 2011 ascendió a casi 25 mil personas.

En cuanto al ingreso de los cónyuges de los trabajadores sin cobertura por el SNS, durante el primer año se incorporan aproximadamente 28 mil cónyuges, en el año siguiente el colectivo aumenta en 42 mil personas y durante 2013 ingresan más de 56 mil cónyuges, superando a la fecha de cierre de este informe las 182 mil personas.

En el gráfico a continuación puede observarse la cadencia de incorporación de los diferentes colectivos al SNS a partir del año 2007.

¹⁰ Con respecto a los jubilados de dichos organismos, estos regímenes transicionales se extienden hasta el 30 de junio de 2016.

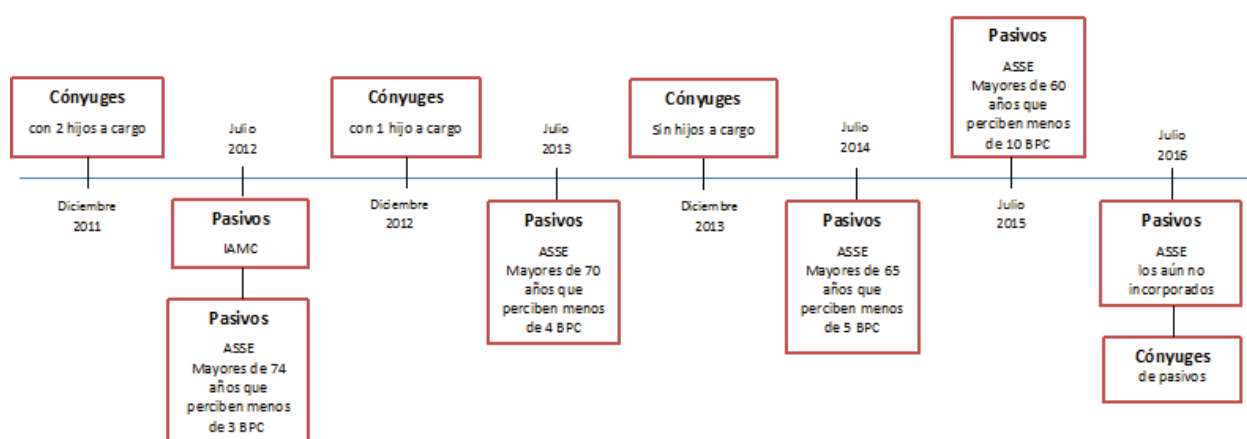
Gráfico 1 Población afiliada al Seguro Nacional de Salud, julio 2007-setiembre 2014



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Gerencia Prestaciones Económicas del BPS.

El gráfico siguiente representa una línea del tiempo en la que se indican las incorporaciones al Seguro Nacional de Salud previstas hasta el año 2016, incorporaciones que se han cumplido de acuerdo a la normativa hasta la fecha, con excepción de la de algunos colectivos muy reducidos tal como fuera señalado. En julio de 2016 culmina la ampliación de la cobertura del SNS prevista por ley.

Gráfico 2 Evolución de incorporaciones al FONASA 2011-2016



Fuente: elaboración propia¹¹

¹¹ Los valores de la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC), fijados por el Poder Ejecutivo, se encuentran disponibles en:

La multiplicidad de cambios anteriormente mencionados, producto del proceso de reforma del modelo de financiamiento del sector, afectan especialmente la construcción de las Cuentas de Salud que se presentan en este trabajo. Directa o indirectamente todos los agentes y todas las dimensiones analizadas están siendo impactados, de forma que es muy arriesgado realizar estimaciones simplemente en base a la información histórica y sus tendencias, incluso la relativa a los períodos más recientes. Por este motivo, para la construcción de las cifras de gasto y financiamiento contenidas en este documento fue preciso un análisis más detallado e individualizado de los cambios experimentados por los distintos actores del sistema.

Por otra parte, en el mismo período de desarrollo de la Reforma han ocurrido en el país otras importantes transformaciones y reformas, así como políticas que han redundado en aumentos del ingreso real de los hogares, disminuciones de la tasa de desempleo y aumento del trabajo formal, cambios que también han impactado en los patrones de gasto en salud de la población.

Las razones señaladas explican, en parte, las dificultades y desafíos de la construcción de las Cuentas de Salud en un contexto de constantes transformaciones y dan cuenta del rezago en el trabajo de actualización de las series, producto de la responsabilidad de reflejar adecuadamente los cambios producidos.

III. Metodología

1. Metodologías internacionales

A nivel internacional se han aplicado diversos marcos para la elaboración de las Cuentas de Salud, impulsadas por distintos organismos internacionales. Entre ellas se identifican las Cuentas Administrativas, el Sistema de Cuentas de Salud (OCDE), el Modelo de Harvard y las Cuentas Satélites del Sistema de Cuentas Nacionales.

En la región priman actualmente dos opciones metodológicas para la construcción de las Cuentas de Salud: las Cuentas Satélites de Salud y el Sistema de Cuentas de Salud.

Los países suelen optar una de las dos metodologías, aunque existen casos en los que se trabaja con ambas.

En la mayoría de los países de América del Sur son los Ministerios de Salud los encargados de elaborar las Cuentas de Salud y reportar la información a la OMS, aunque en algunos casos también participan el Instituto Nacional de Estadística y el Banco Central.

2. Cuentas Satélites de Salud

El manual de las Cuentas Satélites de Salud de la OPS define las Cuentas Satélites como una forma flexible de desarrollar un sistema ampliado de cuentas nacionales – utilizando como marco central de referencia el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN)–, con el objetivo de satisfacer las necesidades de análisis de determinados sectores económicos y sociales. Para ello es posible emplear conceptos y clasificaciones complementarias o alternativas, así como ampliar el marco central, de modo de incorporar dimensiones adicionales (ASCUES Magda 2005).

Por lo tanto, las Cuentas Satélites se definen en el manual como “un conjunto coherente, sistemático e integrado de cuentas y cuadros basados en conceptos, definiciones, clasificaciones y reglas contables contenidas en el SCN 1993. Las cuentas satélites, en general, obedecen a la necesidad de expandir la capacidad analítica de las cuentas nacionales en determinadas áreas de interés social, de manera flexible sin sobrecargar o desorganizar la estructura integrada del SCN.” (ASCUES Magda 2005)

En ese sentido, las Cuentas Satélites de Salud utilizan como marco central de referencia el SCN 1993 y se elaboran para satisfacer las necesidades de análisis y toma de decisiones del sector salud, por lo cual presentan información detallada del sector, a la vez de mantener relación con el marco central del Sistema de Cuentas Nacionales.

En América del Sur, los países que elaboran Cuentas Satélites de Salud son: Brasil, Chile, Ecuador, Venezuela y Paraguay. Chile y Paraguay, además, construyen Cuentas de Salud.

3. Sistema de Cuentas de Salud

Tanto el Sistema de Cuentas de Salud (también denominado SHA¹²) como el Sistema de Cuentas Nacionales tienen el objetivo de configurar un sistema integrado de cuentas exhaustivas, internamente coherentes y comparables a escala internacional, que deben propender a ser compatibles con otras estadísticas económicas y sociales agregadas. Asimismo, se persiguen como criterios la oportunidad y la precisión, así como la sensibilidad política y la pertinencia de los indicadores proporcionados en el Sistema de Cuentas de Salud (BID, OCDE 2002).

Según la “Guía del productor de cuentas nacionales de salud”:

“Las cuentas nacionales de salud (CNS) consisten en un monitoreo sistemático, integral y consistente del flujo de recursos en el sistema de salud de un país. Constituyen una herramienta diseñada específicamente para suministrar información al proceso de las políticas de salud, incluyendo el diseño y la instrumentación de políticas, el diálogo político, y el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de atención de la salud. Suministran información científica para ayudar a los formuladores de políticas, los actores estratégicos no gubernamentales y los administradores a tomar mejores decisiones en sus esfuerzos por mejorar el desempeño del sistema de salud.” (...) “Una serie temporal ofrece un contexto de tiempo invaluable en el que los analistas de política pueden examinar las cifras de un año determinado y, por esa vía, identificar patrones de las tendencias en el financiamiento y el consumo que sirvan para evaluar los avances hacia la consecución de los objetivos del sistema de salud.”¹³

El Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE tiene como principales objetivos: proporcionar un conjunto de Cuentas de Salud comparables internacionalmente (tablas normalizadas), consensuar el concepto de atención de la salud y las categorías básicas, distinguir entre funciones esenciales de los servicios de salud y funciones relacionadas con ésta, poner de relieve los aspectos intersectoriales de la salud en el marco de las

¹² SHA corresponde a la sigla en inglés de System of Health Accounts.

¹³ OMS, *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medio*, Ginebra, 2004 p. XVI.

políticas sociales, proveer tablas para el análisis de los flujos de financiación de los servicios de salud, brindar un marco de referencia sobre los principales agregados y para la notificación coherente de la información sobre la evolución de los servicios de salud, monitorear los impactos económicos de las reformas y políticas de salud, brindar un marco para el análisis económico de los sistemas de atención de la salud coherente con las normas de la contabilidad nacional, servir como modelo económico de las fuentes y usos de los servicios de salud, vinculando conceptualmente el Sistema de Cuentas de Salud y las cuentas satélite de salud.

Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011)

SHA 2011 (System of Health Accounts 2011) constituye la última versión de la metodología de Cuentas de Salud, desarrollada por la OCDE, Eurostat y la OMS. Se plantea el propósito de adaptar mejor las Cuentas de Salud a la rápida evolución de los sistemas sanitarios alrededor del mundo, mediante las mejoras en la comparabilidad entre los datos de gasto y financiamiento de los países y, por esa vía, aumentar la información disponible para fines analíticos (OCDE 2011).

Una de las principales ventajas que incorpora el marco de SHA 2011 responde la perspectiva analítica; el eje del análisis para ser los esquemas de financiamiento, definidos como los principales métodos de financiamiento con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe (OCDE 2011). El sistema de financiamiento de la salud queda estructurado a partir de dos tipos de entidades diferenciadas: *esquemas de financiamiento y unidades institucionales* (a los que en el marco de este informe denominamos *agentes de financiamiento*).

Desde este enfoque, por ejemplo, la clasificación por esquemas admite la existencia del gasto de bolsillo como esquema de financiamiento en sí mismo, distinguiendo, a su interior, entre las diferentes modalidades de dicho gasto. Esto representa un avance significativo, en tanto se vuelve fácilmente identificable una modalidad de gasto que suele encontrarse en la mira de las políticas de estímulo a la accesibilidad y de la protección financiera en salud en todo el mundo.

El equipo de Cuentas de Salud del Ministerio de Salud Pública ha comenzado a participar en las primeras instancias de capacitación en la nueva metodología. En octubre del año 2012 se llevó a cabo un taller de capacitación en SHA 2011, y la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI) organizado por OMS/OPS en la ciudad de Antigua, Guatemala. En julio de 2013 se participó del IV Taller de Salud de países Suramericanos, organizado por CASE / ORAS-CONHU y el taller sobre la metodología SHA 2011, organizado por OMS/OPS en Bogotá, Colombia. En noviembre de 2014 se participó de un taller sobre SHA 2011 en organizado por OMS/OPS en la ciudad de Lima, Perú.

En dichas actividades de capacitación en SHA 2011 se introdujeron las principales modificaciones respecto a la metodología anterior. Se presentaron elementos conceptuales, así como una introducción a la herramienta *Production Tool* y los últimos avances de la herramienta *AnalysisTool*, softwares desarrollados por la OMS con el objetivo de facilitar y estandarizar el trabajo de procesamiento y análisis de la información de Cuentas de Salud.

Es de interés transitar hacia esta nueva metodología en tanto configura el marco de análisis que más se adecua al desarrollo de los sistemas de salud contemporáneos y que mejor responde a las necesidades de monitorear el desempeño de los sistemas de salud, además de constituir el marco de análisis de más amplia comparación internacional.

Las dimensiones de este nuevo marco que se incorporen dependerán, en gran medida, de las prioridades de la autoridad sanitaria y el horizonte temporal en cual se migre hacia SHA 2011 dependerá de las capacidades de la Unidad de Cuenta así como de las posibilidades de los proveedores de información para reportar sus cifras de gasto y financiamiento con los nuevos criterios.

4. Metodología utilizada en Uruguay

Las Cuentas de Salud en Uruguay se construyeron en base a la metodología del Sistema de Cuentas de Salud, propuesta por la OCDE. Los manuales de referencia utilizados han sido el “Sistema de Cuentas de Salud”, elaborado en el año 2000 por el BID y la OCDE, con la colaboración de USAID, el Banco Mundial y la OPS, traducido al español en 2002 (BID, OCDE 2002), y –en particular– la “Guía del productor de Cuentas Nacionales de Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios” (OMS 2004). Este último manual, elaborado por la OMS, toma como base el marco del Sistema de Cuentas de Salud, pero propone una aproximación más propicia a la realidad de países como el nuestro.

En la construcción de las Cuentas de Salud se pretendió utilizar las Clasificaciones Internacionales de las Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés), desarrolladas por la OCDE. Las ICHA proveen un sistema de clasificación completo y exhaustivo, diseñado de modo de ser compatible con esquemas de clasificación y prácticas en el ámbito de las estadísticas económicas internacionales, así como con el Sistema de

Cuentas Nacionales (SCN). Sin embargo, en algunas ocasiones se optó por utilizar términos y nomenclatura más acordes a la realidad de nuestro sistema de salud. Algunos de los criterios de clasificación utilizados se encuentran más próximos a las clasificaciones de la metodología SHA 2011 que a las propuestas en la “Guía del productor”. Más adelante se presenta una puntualización de algunos de estos casos en los que se afinaron los criterios de clasificación.

IV. Fuentes de información

Las fuentes de información utilizadas para la elaboración de las Cuentas de Salud son muy diversas, tanto en el Uruguay como en el resto del mundo. Comprenden desde registros contables de algunos prestadores públicos y privados, ya sea información de acceso libre—como ser las Rendiciones de Cuentas de la Contaduría General de la Nación—, o información solicitada y provista especialmente para estos fines.

1. Fortalecer la información mediante el proceso de institucionalización de las Cuentas de Salud

El Banco Mundial define la institucionalización de las Cuentas de Salud como “La producción y utilización periódicas, y dirigidas por los Gobiernos y con las que se identifican los países, de un conjunto esencial de datos sobre el gasto en salud pertinentes a las políticas, valiéndose de un sistema de contabilidad sanitaria aceptado internacionalmente”¹⁴.

La OMS, sensible a la problemática que enfrentan los distintos países en el acceso a la información necesaria para la elaboración de sus Cuentas de Salud, ha identificado algunos cuellos de botella en la institucionalización de las Cuentas. Los principales problemas están en: la falta de mandato, una ausencia de interés por parte de quienes proveen la información, existencia de equipos de trabajo capacitados de forma limitada y trabajando con fondos insuficientes, carencias en el plano de las tecnologías de la información (débiles sistemas de información de salud y procesos poco

¹⁴ BM. *¿Dónde está el dinero y qué estamos haciendo con él? Creación de una base de evidencia para mejor financiamiento de salud y mayor rendición de cuentas. Guía estratégica para la institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud*. Resumen, BM, 2011, pág 1.

estandarizados), dificultades de acceso a los datos del sector privado, fases de coordinación y planeación endebles, obtención de resultados que luego no se difunden o no se utilizan, etc.

La experiencia de trabajo en la elaboración de este informe, así como sus versiones anteriores, se vio minada por varias de estas problemáticas, que deberán ser abordadas en el futuro de manera activa y sistemática con el objetivo de transitar hacia un proceso de institucionalización de las Cuentas. En particular, encontramos las principales limitaciones en la falta de sistemas de información estandarizados, en los escasos conocimientos que los proveedores de información cuentan para la elaboración de los datos, así como la limitada conciencia respecto a la importancia de las Cuentas de Salud. Otra limitante no menor es la sistemática rotación del personal de los equipos de trabajo, tanto al interior del MSP como en los proveedores de información.

Sin embargo, cabe destacar que, al ser una actividad realizada en el MSP, se cuenta con una serie de facilidades en el acceso a la información de gran parte del sector privado – principalmente en cuanto a los prestadores integrales– al ser un sector caracterizado por un alto grado de regulación desde la autoridad sanitaria. En lo que hace a la responsabilidad de agentes y proveedores de informar, la Ley de Presupuesto para el período 2010-2014 (Ley N° 18.719) dice, en su artículo 542:

Las instituciones de asistencia médica colectiva, las instituciones de asistencia médica privada particular de cobertura total o parcial, así como las instituciones del sector público, cualquiera sea su naturaleza, que presten asistencia médica, o que brinden financiamiento, deberán presentar ante el Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud Pública, información sobre beneficiarios, recursos humanos, datos asistenciales, económico-financieros, de organización, así como aquella que determine el Poder Ejecutivo a fin de asegurar el efectivo cumplimiento de las obligaciones impuestas a cada prestador por la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007 incluida la relativa a Cuentas Nacionales.

No se debe ignorar, sin embargo, el hecho de que se carece de mecanismos de coacción a ser aplicados en aquellos casos de incumplimiento en la provisión de la

información, por lo cual la obligatoriedad mencionada termina por tener un carácter meramente nominal.

En vista de las dificultades que enfrentan los distintos países a la hora de obtener la información necesaria para la elaboración de las Cuentas de Salud, la OMS propone una batería de acciones claves. Entre ellas, se destacan: la generación de una demanda por los datos, el fortalecimiento de los recursos (contar con personal capacitado, cuyo accionar se sustente en una clara línea presupuestal), estrechar el vínculo con las fuentes de información y desarrollar el uso de las tecnologías de la información disponibles. Asimismo, y en línea con la primera sugerencia, se plantea la importancia de la difusión de los datos; a la vez de aportar al monitoreo de las políticas nacionales, el trabajo en Cuentas de Salud se podrá vincular con iniciativas globales.

La OMS señala tres componentes principales en el proceso de Institucionalización. El primero tiene que ver con la institucionalización de la recopilación de datos; automatizar el trabajo agiliza los procedimientos y garantiza estándares. El segundo componente hace a la institucionalización de la producción de datos; es necesario que formalmente exista una institución encargada y responsable del trabajo. El tercer y último componente señalado refiere a la institucionalización de la utilización de los datos; el trabajo de Cuentas de Salud se verá fortalecido en la medida en que se haga una amplia difusión de los resultados de modo de llegar a todos los posibles usuarios de la información, además de ser oportunos en relación a los tiempos del diseño de las políticas.

Además de la importancia que reviste la difusión de los resultados y su interpretación para las autoridades, en el caso de nuestro país es clara la necesidad de fortalecer la comunicación y el vínculo con los proveedores de información y tender a una apropiación de la información de las Cuentas de Salud también por parte de ellos. Este proceso se vería potenciado por la convocatoria del Comité Interinstitucional, creado en marzo de 2011. Tras su primera convocatoria, las reuniones del Comité no tuvieron continuidad, con lo cual la creación legal no tuvo su correspondencia en un funcionamiento real.

Este Comité, cuya génesis respondió a las recomendaciones internacionales, tiene como objetivo reunir actores claves, como ser organizaciones estratégicas en materia estadística, tales como el Instituto Nacional de Estadística, el Banco Central, la Universidad de la República, así como también nuclear a los principales organismos públicos y privados del sector salud. Su reactivación, a través de mecanismos de exigibilidad para los cuales la autoridad sanitaria tiene competencias, se visualiza por parte del MSP como una de las acciones claves a llevar adelante en el futuro para transitar hacia la institucionalización de las Cuentas de Salud.

2. Fuentes de información utilizada en las Cuentas de Salud 2009 y 2010

Si bien el objetivo es obtener información directa de todos los proveedores del sistema, en tanto todos sus flujos de recursos están representados en las matrices construidas, dada la atomización de algunos proveedores, la insuficiencia de capacidad administrativa al interior del equipo de trabajo y en virtud de que la obligatoriedad para informar no es generalizable a la totalidad del universo analizado, se optó por estimar el gasto de algunos proveedores de servicios de menor escala mediante fuentes secundarias de información.

Para algunas estimaciones a través de fuentes secundarias se utilizaron datos provenientes de encuestas de hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE), tales como la Encuesta Continua de Hogares (ECH) y la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH). Asimismo, para las actualizaciones de ciertos valores se utilizan índices de precios de los distintos bienes y servicios de la salud, también provistos por el INE. Los datos de población son tomados también de las series de proyección de población del INE y las series de producto bruto interno y del valor del tipo de cambio son elaboradas por el Banco Central del Uruguay.

La información sobre afiliados de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y los Seguros Privados Integrales fue obtenida directamente de los censos poblacionales de los propios prestadores.

V. Descripción teórica de las matrices 2009-2010

1. Dimensiones posibles y dimensiones usadas:

El análisis de la información provista por las Cuentas de Salud puede abordarse a través de diversas dimensiones, como ser: fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento, proveedores, funciones, costos de los recursos, características demográficas de los beneficiarios, estatus socioeconómico de los beneficiarios, estado de salud de los beneficiarios, regiones.

La desagregación de la información con la que se trabajó en nuestro país permitió un abordaje que contempla algunas de estas dimensiones, cuyas definiciones se explicitan a continuación, siguiendo la "Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios" (OMS 2004):

Fuentes de financiamiento: instituciones o entidades que proporcionan los fondos utilizados en el sistema por los agentes de financiamiento;

Agentes de financiamiento: instituciones o entidades que canalizan los fondos que proporcionan las fuentes de financiamiento y que los usan para pagar o comprar las diferentes actividades circunscritas en el ámbito de las cuentas nacionales;

Proveedores: entidades que reciben dinero a cambio de o en anticipación a la producción de las actividades circunscritas dentro del ámbito de las Cuentas de Salud;

Costos de los recursos: factores o insumos que utilizan los proveedores o los agentes de financiamiento para producir los bienes y servicios consumidos o las actividades realizadas en el sistema.

Si bien se percibe como muy importante, el abordaje de un análisis que contemple dimensiones como las características demográficas, la localización o estado de salud de la población beneficiaria no resulta factible a partir de la información disponible en el momento.

Un análisis del gasto por funciones, por su parte, es de gran utilidad y pertinencia para el diseño las políticas. En particular, en el contexto del cambio en el modelo de atención impulsado por la Reforma de la Salud, la incorporación de la dimensión del gasto por funciones dota a las Cuentas de Salud de gran valor como herramienta para el monitoreo. Por esta razón, entendemos que conocer el gasto desagregado por funciones constituye el trabajo que mayor prioridad merece en el marco de los objetivos futuros del trabajo en Cuentas de Salud.

Asimismo, la OMS aconseja la utilización de las Cuentas de Salud para analizar la distribución del gasto por sexo, edad y enfermedad. Esta última dimensión constituirá una herramienta poderosa de ser acompañada de estudios de carga de enfermedad, de modo de analizar la correlación entre la prevalencia de las distintas patologías y la correspondiente asignación de recursos para su atención.

A continuación se presentan los cambios introducidos en esta edición de las Cuentas de Salud a los criterios de clasificación y codificación dentro de las distintas dimensiones analizadas. En primer lugar se presentan los cambios en la clasificación de las fuentes de financiamiento, luego en los agentes, a continuación en los proveedores y se termina con los cambios en la clasificación de los costos de los factores.

i. Fuentes de financiamiento

En primer lugar, en lo que tiene que ver con las fuentes de financiamiento, se tomó como base la clasificación propuesta en la “Guía del productor”, pero se incorporó uno de los avances que propone SHA 2011 en materia de la distinción entre fuentes de financiamiento “público” y “privado”. Este es el criterio que guió a la clasificación de las fuentes de financiamiento de las Cuentas de Uruguay para 2004-2008, así como también las de 1999-2000 (Trylesinski, Cervini y Estellano s.f.).

En tal sentido, el gasto público fue compuesto por el gasto en salud de fuentes públicas y de fuentes privadas obligatorias, mientras que el gasto privado en salud se compuso por el gasto de fuentes voluntarias.

La "Guía del productor" propone que las contribuciones a los fondos de seguridad social efectuadas por los empleadores (incluso cuando son impuestos) se contabilicen como "Fondos privados" (FS.2), y allí también se incluyen las contribuciones de los hogares a las administraciones de seguridad social. SHA 2011, por su parte, reconoce la existencia de ambigüedad en la interpretación de lo que es público y lo que es privado, pero propone que las contribuciones obligatorias al seguro social de salud efectuadas por los hogares se consideren componentes del financiamiento público, mientras que las que pagan de forma voluntaria integren el financiamiento privado.

Según la clasificación ICHA en la Guía del Productor, FS.1.2.1 y FS.1.2.2 refieren a "utilidades sobre activos retenidas por una entidad pública" y a "otros" respectivamente. En el caso de las Cuentas de Uruguay, se optó por estos códigos para referir a los ingresos de las empresas públicas (precios) y a la Seguridad Social, respectivamente, por ser las alternativas que más parecido tenían.

Dentro de FS.1.2.2, las fuentes de la Seguridad Social incluyen tanto las contribuciones de empleador, empleado, pasivos como las transferencias del gobierno a la seguridad social. Estas transferencias provienen de Rentas Generales, por lo cual tienen como origen la misma fuente que FS.1.1.1 (impuestos generales).

El actual código FS.2.4 (otro financiamiento privado) refiere al antiguo FS.2.3. Esta corrección se introduce en esta edición de las Cuentas.

En la categoría de fuentes provenientes del Resto del Mundo incluimos, no solo donaciones sino también préstamos. Este criterio guió a las Cuentas de Uruguay desde sus primeras versiones

En resumen, la clasificación de fuentes en este informe es como sigue:

FS.1 Fondos públicos

- FS.1.1.1 Impuestos generales
 - FS.1.1.1 Impuestos generales
 - FS.1.1.2 Impuestos departamentales
- F.S 1.2 Otros fondos públicos
 - FS. 1.2.1 Empresas públicas (precios)
 - FS.1.2.2 Contribuciones a la seguridad social
 - Contribuciones del empleador
 - Contribuciones del empleado
 - Contribuciones de pasivos
 - Transferencias del Gobierno a la seguridad social

FS. 2 Fondos Privados:

- FS.2.2 Hogares
- FS 2.4 Otro financiamiento privado

FS. 3 Fondos del Resto del Mundo:

- Financiamiento externo

ii. Agentes de financiamiento

El listado de agentes considerados en esta edición de las Cuentas no difiere de los agentes que integraron las Cuentas desde el año 2004. Sin embargo, hubo una recodificación de los agentes, lo que configura un avance en el uso de la clasificación ICHA.

Esta edición de las Cuentas incorpora una clasificación más exhaustiva de los agentes de financiamiento, tomando como base el Cuadro 4.1 de la Guía del Productor (OMS 2004). La división entre agentes públicos y privados se mantiene incambiada. Sin embargo, se avanzó en la clasificación de algunos agentes y se incorporaron categorías como las de Corporaciones paraestatales (HF.1.3) y Entidades extrapresupuestarias (HF.1.4).

Cabe hacer algunas puntualizaciones respecto a los programas de seguros para empleados gubernamentales, en tanto este es uno de los tipos de gasto que tienen algunos agentes de financiamiento que, a su vez, tienen gasto de salud de otra naturaleza. La Intendencia de Montevideo (agente codificado dentro de los gobiernos estatales/provinciales), por ejemplo, provee servicios de salud para la población en general pero también efectúa gasto en programas de seguros para su empleados. La

Universidad de la República también tiene gastos en salud para la población en general (Hospital de Clínicas) y gasto en el seguro de salud de sus funcionarios (y/o familiares). Tanto en ediciones pasadas de las Cuentas como en esta oportunidad, el gasto es presentado de forma unificada para cada uno de estos agentes, sin identificar qué parte del gasto responde a los servicios de salud para sus empleados¹⁵.

Se incluye al agente de financiamiento IAMC dentro de “seguros privados” (HF.2.2), en virtud de que este gasto de las IAMC –en su función de agente de financiamiento– refiere fundamentalmente el relacionado al pago voluntario de cuotas particulares¹⁶, más asociadas a un seguro de tipo privado que a un “seguro social privado” (HF.2.1).

En resumen, la clasificación adoptada respecto a los agentes de financiamiento es la siguiente:

HF.1 Gobierno general

- HF.1.1 Gobierno territorial
 - HF.1.1.1 Gobierno central
 - HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud
 - Administración de los Servicios de Salud del Estado ASSE
 - Ministerio de Salud Pública (MSP)
 - HF.1.1.1.2 Otros ministerios
 - Sanidad Militar
 - Sanidad Policial
 - Otros Ministerios
 - HF.1.1.2 Estado/Gobierno provincial
 - Intendencia de Montevideo
 - Intendencias del Interior
 - HF.1.2 Fondos de seguridad social
 - SNS-JUNASA-BPS
 - HF.1.3 Corporaciones paraestatales
 - Banco Hipotecario del Uruguay (BHU)
 - Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland (ANCAP)
 - Chassfose
 - HF.1.4 Entidades extrapresupuestarias
 - Universidad de la República (UdelaR)
 - Comisiones Honorarias¹⁷

¹⁵ El Banco de Seguros del Estado (bajo HF.1.4 Entidades extra presupuestarias), por su parte, es el agente asegurador frente a accidentes laborales de toda la población trabajadora. Sin embargo, el gasto en salud de sus propios funcionarios se incluye dentro de “otros organismos públicos”. Lo mismo sucede con el Banco de Previsión Social (BPS).

¹⁶ Así como también a la recaudación por concepto de tasas moderadoras, copagos y compra de servicios a los hogares.

¹⁷ Tales como la Comisión Honoraria de Lucha Antiuberculosa y Enfermedades Prevalentes, la CH de Salud Cardiovascular, la CH de Lucha Contra el Cáncer, la CH de Zoonosis.

- Banco de Previsión Social (BPS) - Sanatorio
- Banco de Seguros del Estado (BSE)
- Fondo Nacional de Recursos (FNR)¹⁸
- Otros organismos públicos

HF.2 Sector privado

- HF.2.1 Seguros sociales privados
 - Caja Notarial
 - Seguros Convencionales
- HF.2.2 Seguros privados
 - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)
 - Seguros Privados Integrales
 - Seguros parciales
- HF.2.3 Gasto directo de los hogares
 - Pagos directos de los hogares

iii. Proveedores

El criterio básico para clasificar los proveedores, de acuerdo a los manuales de referencia, es la actividad principal que desarrolla cada prestador, determinada de acuerdo al gasto que se realiza en cada función. En nuestro caso, la única distinción que se realiza es entre proveedores públicos y privados.

La principal limitación para trabajar en esta clasificación en nuestro país se asocia a la falta del relevamiento del gasto en salud por funciones. Se entiende que sería arriesgado clasificar a los proveedores sin conocer su gasto por función, en tanto supondría asignar de forma arbitraria una actividad principal a proveedores que actúan desempeñando varias de las funciones posibles.

Por este motivo, la clasificación por tipos de proveedores constituye una de las tareas pendientes. Como se mencionaba anteriormente, la clasificación por funciones constituye uno de los puntos más fuertes a trabajar en la próxima edición de las Cuentas. Dicho trabajo, además del valor crucial en sí mismo, servirá de principal insumo para la clasificación por tipo de proveedor.

¹⁸ El FNR constituye una persona pública no estatal que financia los procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo de toda la población residente en el país, además de brindar programas de prevención.

iv. Costos de los factores de los proveedores

Cabe mencionar que se realizaron ligeras modificaciones en la codificación de los costos de los factores, respecto de las ediciones anteriores de las Cuentas de Salud del Uruguay, de modo de utilizar de forma más ajustada la clasificación provista por ICHA.

En cuanto a la categoría “Suministros y servicios”, vale aclarar que los servicios incluidos en esta categoría son aquellos que no se contratan a ningún proveedor institucional. Como criterio general, en las Cuentas de Salud de Uruguay todos los servicios que un proveedor contrata en otro proveedor integran los costos del segundo. Este criterio se empleó hasta el año 2008 y se continuó haciendo en esta edición de las Cuentas. Sin embargo, el criterio puede diferir al utilizado en otros contextos, donde puede optarse por asignar los costos de los servicios contratados al proveedor que los contrata.

Los “otros suministros y servicios”, por su parte, hacen referencia a todos los suministros –con excepción de los medicamentos–, así como también a los servicios contratados. Cabe aclarar que esta categoría no refiere estrictamente al código RC.1.2.1.2 de la Guía del Productor, en virtud de que se incluyen no sólo suministros sino también servicios.

En resumen, la clasificación adoptada respecto a los costos de los factores es la siguiente:

RC.1 Desembolsos corrientes:

- Remuneraciones a empleados
- RC 1.2 Suministros y Servicios
 - RC 1.2.1.1 Medicamentos
 - Suministros y servicios
- RC. 1.4 Intereses y RC 1.9 Otros gastos corrientes
 - Otros gastos corrientes
 - Gastos financieros
- RC 1.3 Consumo de capital fijo (amortizaciones)

RC 2 Gastos de Capital:

- RC 2.1 Inversión en Estructuras
- RC 2.2 Inversión en Equipos
- RC 2.3 Transferencias de Capital
- Otros sin clasificar

s/c: otros costos sin clasificar

2. Matrices presentadas

Matriz Fuente-Agente (F-A):

Esta matriz muestra la composición de las fuentes de financiamiento de los distintos agentes de financiamiento del sistema. Por lo tanto, permite abordar la cuestión de la procedencia de los fondos que intermedia cada agente de financiamiento o, visto desde otra perspectiva, el destino de cada una de las fuentes públicas y privadas de financiamiento.

Matriz Agente-Proveedor (A-P):

En esta matriz es posible observar los flujos de recursos que cada agente de financiamiento canaliza hacia los distintos prestadores de salud. Algunos agentes de financiamiento son agentes puros, en el sentido de que no proveen servicios asistenciales, sino que simplemente actúan como intermediarios de recursos (el ejemplo más claro es el Seguro Nacional de Salud- FONASA). Asimismo, algunos proveedores son, a efectos de las Cuentas de Salud, proveedores puros (los Institutos de Medicina Altamente Especializada, por ejemplo). Esta matriz resulta muy útil para observar las contrataciones de servicios asistenciales que se realizaron en el sector.

Matriz de Costo de los factores (C-P)

Esta matriz presenta los costos en los que incurren los distintos proveedores del sistema sanitario clasificados según las retribuciones a los diferentes factores de producción. Permite conocer los recursos utilizados por los proveedores de servicios de salud, habilitando el análisis comparado de diferentes estructuras de costos.

VI. Cambios metodológicos 2009-2012

Este informe presenta las Cuentas de los años 2009 y 2010, a la vez de incorporar estimaciones preliminares del gasto en salud de los años 2011 y 2012, con lo cual es posible dar continuidad al análisis de las series de gasto y financiamiento desde el año 2005. Sin embargo, para un pleno entendimiento de la evolución de las cifras, deben considerarse las modificaciones que se introdujeron en esta edición de las Cuentas, en relación a los métodos de estimación del gasto y financiamiento de algunos agentes y proveedores.

En algunos casos, los métodos de estimación fueron revisados y modificados y, en otros casos, se realizaron ajustes de forma de afinar las estimaciones. Los proveedores para los cuales se introdujeron cambios metodológicos son: las IAMC, los Seguros Privados Integrales, los seguros parciales –en particular las emergencias médico móviles– y los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). A su vez, también se incorporaron mejoras en la estimación del gasto de bolsillo y se agruparon de forma distinta algunos de los organismos públicos, respecto a las ediciones anteriores de las Cuentas.

En cuanto a la estimación del gasto de las **IAMC**, se incorporaron dos modificaciones metodológicas: en primer lugar, se ajustaron los gastos para atender al efecto de los cambios en las cantidades de servicios consumidos por una cantidad creciente de afiliados y, en segundo lugar, para evitar la duplicación de costos, se ajustó por la venta de servicios asistenciales al interior del subsector mutual.

La estimación del gasto y financiamiento de los **Seguros Privados Integrales** implicó dos cambios. Un trabajo específico sobre la estructura de costos de estos prestadores permitió, además de afinar las cifras, identificar la venta de servicios asistenciales que los Seguros realizan entre ellos, de modo de corregir potenciales duplicaciones. Asimismo, como los Seguros son empresas privadas superavitarias (ingresos superiores a egresos) se utilizó como cifra total de gasto a los ingresos operativos, de modo de reflejar de mejor manera el gasto de la sociedad en estos prestadores.

La estimación del gasto de los **Seguros Parciales** incorporó una corrección en la estimación del gasto en Emergencias Móviles, que en esta edición de las Cuentas se hizo utilizando como fuentes de información las Encuestas Continuas de Hogares (ECH) de cada año y la evolución del precio de las cuotas de las Emergencias (subrubro del IPC).

Una ampliación en la información obtenida del Fondo Nacional de Recursos (FNR) posibilitó distinguir a qué **IMAE** se contrata, de forma que se logró asignar a ASSE y al Hospital de Clínicas los flujos canalizados por el FNR y eliminar el proveedor "IMAE públicos", lo cual redundó en evitar una duplicación de costos al interior del sistema.

El gasto de bolsillo es el rubro que mayores dificultades presenta a la hora de ser estimado y, dentro de él especialmente, los denominados pagos directos de los hogares. En SHA 2011 la incorporación de la dimensión de esquemas de financiamiento permite una mejor exposición de los componentes del gasto de los hogares. Es así que se define al gasto de bolsillo o gasto directo de los hogares como: "El gasto directo de los hogares por definición se considera un esquema de financiamiento. La característica que lo distingue es que es un pago directo, por los servicios que recibe, del ingreso principal del hogar o de los ahorros (no participa un tercero en el pago): el pago lo efectúa el usuario en el momento de utilizar los servicios. Incluyen los costos compartidos y los pagos no oficiales (tanto en efectivo como en especie)." (OCDE 2011)

En este trabajo diferenciamos el gasto en tasas moderadoras o copagos (costos compartidos), del resto del gasto directo, al que llamamos pagos directos de los hogares. La dificultad para su cuantificación radica en la limitada y esporádica disponibilidad de información confiable. La estimación del gasto de bolsillo asociado a pagos directos de los hogares se ha venido realizando a través de la actualización por precios del consumo de los hogares, derivado de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 2005-2006 (INE). En el marco de la Reforma de la Salud, con la correspondiente modificación del patrón de consumo de bienes y servicios sanitarios, sumado al incremento del ingreso de los hogares que se observa en el período analizado, surge la necesidad de cuestionar que las cantidades consumidas se hayan mantenido constantes. Este informe incorpora un cambio únicamente en el método de

actualización del gasto en medicamentos, en virtud de que se accedió a información de la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA)¹⁹.

Se recomienda consultar el [Anexo](#), donde se explicita de forma más detallada en qué consistieron los nuevos criterios incorporados en las estimaciones del presente informe.

VII. Resultados

El objetivo de este capítulo es, primero, presentar los resultados obtenidos a través de las Cuentas de Salud en lo que respecta al gasto total en salud del país, para luego abordar un análisis a través de las diversas dimensiones. Se presentarán las cifras del gasto en salud de cada una de las fuentes de financiamiento del sistema, según la canalización a través de los distintos agentes de financiamiento y, luego, el gasto en salud efectivizado por los proveedores de servicios de salud del sistema sanitario en la remuneración a los factores de producción utilizados.

Cabe mencionar que las cifras de los años 2011 y 2012 que contiene el informe se limitan a estimaciones preliminares del gasto y financiamiento, dado que aún no se ha finalizado la construcción para dichos años de las respectivas matrices de Cuentas de Salud. Las matrices correspondientes a los años 2009 y 2010, expresadas en millones de pesos corrientes de cada año, se encuentran al final del documento ([Matrices](#)).

1. El gasto total en salud en el país (2004-2012)

En este primer apartado se describe el panorama general del sistema de salud. Se presentan los principales resultados en materia del total del gasto sanitario del país, así como también la serie de gasto en salud desde el año 2004 como porcentaje del producto bruto interno (PBI), la serie de gasto per cápita y se hace referencia a la evolución del gasto medido en dólares.

¹⁹ De acuerdo a la ENGIH 2005-2006 el gasto en medicamentos representaba casi 40% de los pagos directos de los hogares.

Se ha optado por expresar las cifras de gasto a precios constantes (del año 2010) con el objetivo de presentar la evolución que registró el gasto en términos reales, es decir, excluyendo los efectos de la inflación²⁰.

Cuadro 1 Gasto total en salud. Millones de pesos constantes de 2010 y en relación al PBI

Año	Gasto en Salud	Gasto en Salud/PBI
2004	48.635	8,7%
2005	47.906	8,2%
2006	50.267	8,3%
2007	52.612	8,0%
2008	58.681	7,9%
2009	67.399	9,0%
2010	68.629	8,8%
2011	72.952	8,5%
2012	78.564	9,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de CNS (MSP) y BCU²¹.

Nota: las cifras de gasto en salud de 2011 y 2012 y las cifras de PBI del período 2008-2012 constituyen estimaciones preliminares.

El cuadro precedente muestra las cifras del gasto total en salud –es decir, la suma del gasto público y privado del país– a precios constantes de 2010 en relación al PBI. Cabe mencionar que se registraron modificaciones en este indicador para el período 2004-2008 en virtud de las correcciones a las estimaciones del PIB que el Banco Central efectuó en los años posteriores a la publicación del informe anterior de Cuentas de Salud²².

Como se observa en el Cuadro 1, se registró una caída del indicador hasta el año 2008 y una recuperación desde el año siguiente. La evolución de este indicador responde a que entre 2004 y 2008 el producto crece por encima del gasto en salud, mientras que en el año 2009 el PBI desacelera su crecimiento en un contexto en el que el gasto en salud continúa creciendo de forma sostenida. Este motivo, sumado a la incorporación de una serie de cambios metodológicos en las estimaciones de los años más

²⁰ Los índices de precios utilizados fueron: para ajustar el gasto en salud se usó el IPC de Cuidados Médicos y Conservación de la Salud hasta el año 2010 inclusive y el IPC Salud desde 2011 y para ajustar el PIB se utilizó el índice de precios implícitos del PIB.

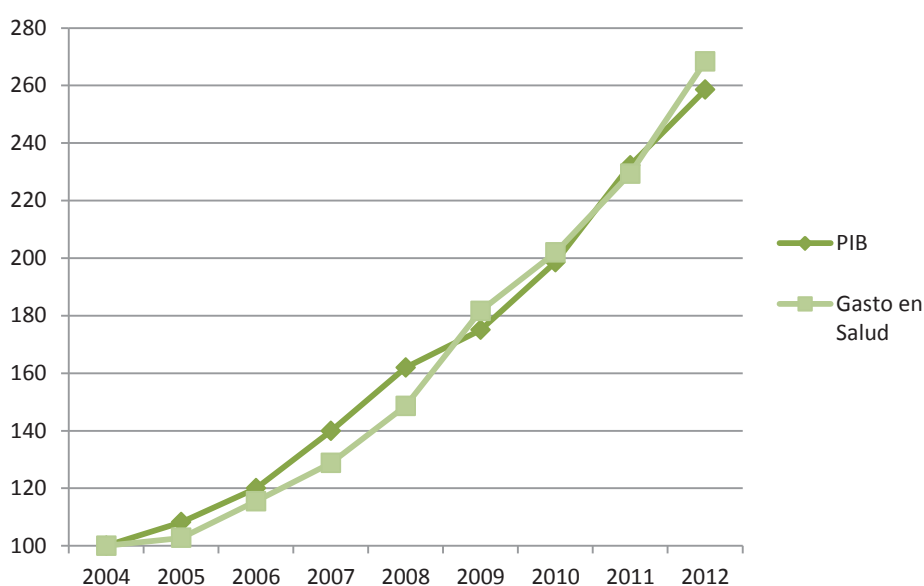
²¹ <http://www.bcu.gub.uy/Estadisticas-e-Indicadores/Cuentas%20Nacionales/presentacion05.htm>.

²² De acuerdo a las cifras preliminares de PBI, provistas en años anteriores por el Banco Central y utilizadas en “Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008” (MSP 2010), los valores del indicador “gasto en salud/PBI” eran: 8,5% en 2004, 8,2% en 2005, 8,1% en 2006, 7,7% en 2007 y 7,5% en 2008.

recientes²³, explica que el indicador de gasto en salud en relación al PBI aumente más de un punto porcentual, pasando de 7.9% a 9% entre 2008 y 2009.

El gasto total en salud representa en promedio 8.8% del PBI en los últimos cuatro años para los que se construyeron las estimaciones. El indicador se mantiene relativamente estable al interior de este período debido a que el gasto en salud y el PBI evolucionan a un ritmo similar en los últimos años.

Gráfico 3 Evolución del gasto total en salud y del PBI entre 2004 y 2012 (base 2004=100)



Fuente: elaboración propia a partir de CNS (MSP), INE, BCU.

El seguimiento de este indicador es importante en tanto es ampliamente utilizado en la comparación a nivel global y los organismos internacionales suelen promover que los países aspiren a ciertos umbrales como forma de mejorar sus resultados sanitarios. Más allá de las consideraciones respecto a la evolución del PBI en comparación con el gasto en salud, cabe relativizar la deseabilidad de aumentar el gasto sanitario, en tanto mayores gastos no necesariamente implican mejores resultados. Por un lado, el gasto puede efectuarse de forma inequitativa o ineficiente. Por otra parte, elevados niveles de gasto pueden comprometer la sostenibilidad futura del sistema.

El gasto en salud expresado en dólares crece de forma más pronunciada que el gasto en pesos, en virtud de que la moneda nacional se apreció en la última década²⁴. Se

²³ Ver capítulo VI. Cambios metodológicos.

estima un aumento promedio del gasto total en salud en dólares corrientes de 18% anual entre 2004 y 2012 (y de 17% entre 2009 y 2012). Sin embargo, al expresar el gasto en dólares internacionales (ajustados por paridad de poder adquisitivo PPA²⁵), se observa un aumento promedio anual de 8% entre 2004 y 2012 y de 10% en los últimos cuatro años, equivalente a una duplicación del gasto en todo el período.

Cuadro 2 Gasto total en salud per cápita entre 2004 y 2012. Pesos constantes de 2010

Año	Gasto en salud per cápita anual
2004	14.730
2005	14.492
2006	15.166
2007	15.828
2008	17.600
2009	20.150
2010	20.446
2011	21.656
2012	23.240

Fuente: elaboración propia a partir de CNS (MSP), INE, BCU.

Nota: las cifras de 2011 y 2012 constituyen estimaciones preliminares.

El gasto per cápita en salud aumenta sostenidamente entre 2005 y 2012 en términos reales; el gasto al final del período se ubica 60% por encima del gasto per cápita al inicio. Atendiendo a las limitaciones de este indicador promedio –que relaciona el gasto del conjunto de los proveedores con el total de la población del país–, es deseable desagregar el gasto al interior de los prestadores de salud. Dadas las limitaciones para construir el gasto per cápita de cada uno de los proveedores integrales del SNIS, más adelante se presenta el gasto por afiliado de ASSE y el gasto por afiliado en el promedio de las IAMC del país, comparación ampliamente utilizada para monitorear la brecha de gasto entre estos dos subsectores.

²⁴ La mayor caída del tipo de cambio ocurre entre 2004 y 2008, el año siguiente aumenta y luego vuelve a descender. El dólar en el año 2012 es 30% inferior al valor que tomaba en 2004, lo cual implica una casi cuadruplicación del gasto en salud medido en dólares punta a punta.

²⁵ También denominados PPP, por su sigla en inglés.

2. Fuentes de financiamiento del sistema

El presente capítulo tiene por objetivo describir la estructura y evolución de las fuentes de financiamiento del sistema de salud, es decir, las instituciones o entidades que proporcionan los fondos utilizados en el sistema por los agentes de financiamiento.

En un primer lugar, se presenta la evolución en términos reales de las fuentes de financiamiento de la salud, públicas y privadas, desde el año 2004, para luego analizar el comportamiento de las diversas fuentes públicas hasta el año 2012. A continuación, se comparan, para los años comprendidos entre 2007 y 2012, las cifras del financiamiento privado proveniente de los hogares. En tercer término, se describen los distintos componentes al interior del gasto de bolsillo.

Los sistemas de salud se financian con fondos públicos, privados y fondos provenientes del resto del mundo. Las fuentes de financiamiento públicas se componen de impuestos generales y departamentales, ingresos de las empresas públicas mediante los precios que cobran por la provisión de servicios²⁶ y contribuciones a la seguridad social.

Cuadro 3 Gasto en salud con financiamiento público, privado y externo. Millones de pesos constantes de 2010 y proporción del gasto total en salud

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Financiamiento público	24.453 51,0%	26.887 53,5%	28.890 54,9%	37.445 63,5%	41.321 61,3%	43.390 63,2%	47.403 65,0%	53.445 68,0%
Financiamiento privado	23.453 49,0%	23.380 46,5%	23.722 45,1%	21.236 36,0%	25.684 38,1%	25.180 36,7%	25.327 34,7%	24.978 31,8%
Financiamiento externo	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	252 0,4%	394 0,6%	59 0,1%	221 0,3%	141 0,2%
Gasto total en salud	47.906	50.267	52.612	58.933	67.399	68.629	72.952	78.564

Fuente: elaboración propia

El gasto en salud pasa, de ser financiado en iguales proporciones con fondos públicos y privados en el año 2005, a financiar casi sus dos terceras partes con fuentes públicas y tan solo el tercio restante con fondos privados, en el año 2012. Si bien las fuentes

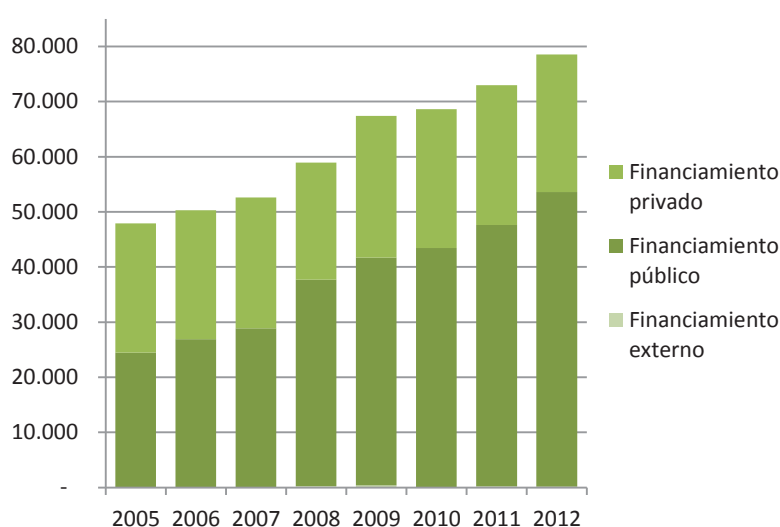
²⁶ Refiere a los ingresos percibidos por el cobro de un precio o tarifa por los bienes y servicios que brindan (en su actividad, distinta a la provisión de servicios sanitarios) y son utilizados para la atención en salud de funcionarios y/o sus familiares.

públicas para la salud venían en aumento desde el principio del período, es en 2008 que se presenta el mayor aumento²⁷.

El gasto en salud con financiamiento público en el año 2012 es más del doble respecto al año 2005 en términos reales, mientras que el gasto privado se ubica en cifras más cercanas a las del inicio del período (en 2012 es 7% superior a 2005). El gasto privado presenta una tendencia decreciente en todo el período, a pesar de presentar una discontinuidad en el año 2009, atribuible a una subestimación del gasto del año 2008²⁸.

El gasto financiado con recursos del resto del mundo (financiamiento externo) es de importancia marginal en nuestro país. Entre 2008 y 2012, el financiamiento proveniente de esta fuente tuvo como agentes receptores a ASSE, al MSP y a la Universidad de la República y consistió fundamentalmente en endeudamiento externo, transferencias y en financiamiento para inversiones.

Gráfico 4 Gasto en salud con financiamiento público, privado y externo. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

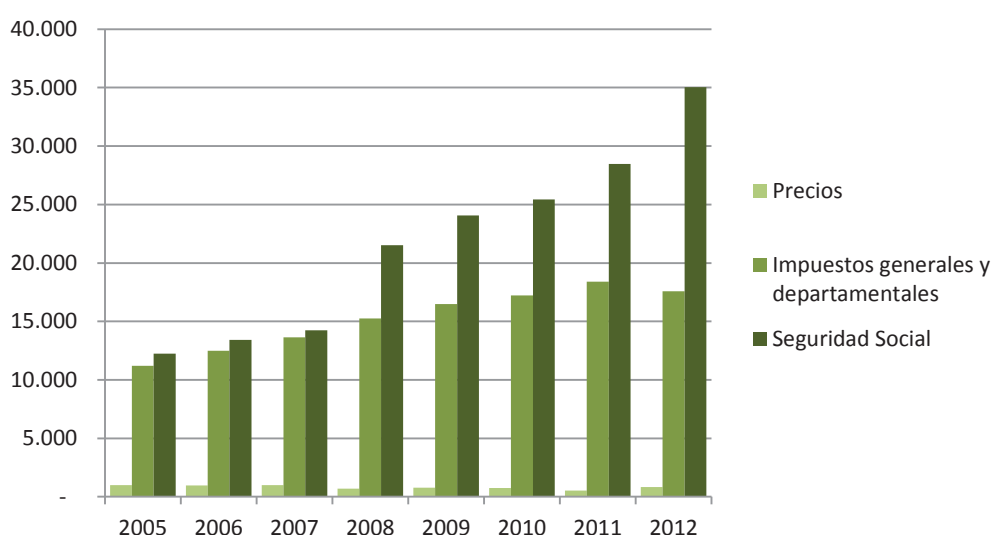
²⁷ De acuerdo a las estimaciones presentadas en *Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008* (MSP 2010), los fondos públicos pasan de financiar el 55% del gasto en salud en 2007 a representar el 64% de dicho financiamiento el año siguiente, en virtud de que aumenta el nivel de financiamiento público a la vez de disminuir el financiamiento privado.

²⁸ Ver Anexo 1.

i. Fuentes de financiamiento público

Como se observa en el gráfico siguiente, a partir del año 2008 se registra un notorio incremento de la financiación mediante la seguridad social. En el año 2012 los fondos provenientes de esta fuente pública representan casi dos veces y media la cifra del año 2007, en términos reales. El crecimiento de los fondos de la seguridad social continúa hasta el final del período, acompañando la incorporación de los diferentes colectivos que van ingresando al FONASA. La población amparada por el FONASA aumenta un 170% entre 2007 y 2012 (pasa de ser menos de 800.000 personas a cubrir a más de dos millones de usuarios) y continuará ampliándose con la incorporación gradual de otros colectivos al Seguro.

Gráfico 5 Fuentes de financiamiento públicas. Millones de pesos constantes de 2010



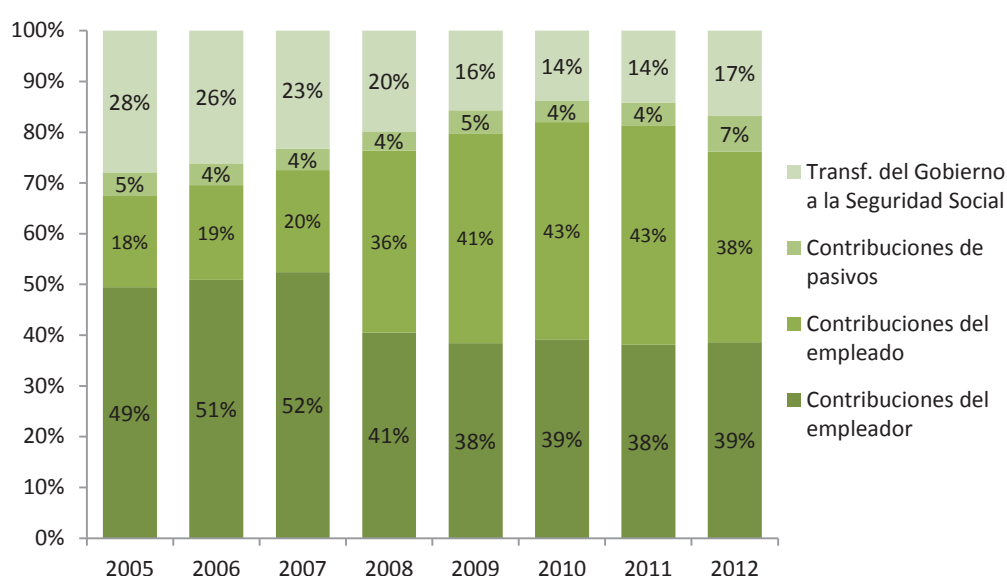
Fuente: elaboración propia

Cabe aclarar que, si bien el Seguro Nacional de Salud (BPS/FONASA) es el principal agente de financiamiento de la seguridad social en nuestro país, existen también otros fondos que utilizan este tipo de financiamiento de contribución obligatoria para la atención en salud de sus usuarios, a saber: Sanidad Militar, Sanidad Policial, Chassfose y los Seguros Convencionales. Por esta razón, al hablar de las fuentes de la seguridad social en este informe nos estamos refiriendo también a estos agentes.

Asimismo, integran los fondos de la seguridad social aquellos aportes de los empleadores al Seguro por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales²⁹, administrado por el Banco de Seguros del Estado (BSE), así como también parte de la recaudación destinada al Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Si bien el FNR se financia a partir de ingresos provenientes de diversas fuentes, los fondos que para este agente consideramos (a efectos de la construcción de las matrices de Cuentas de Salud) como provenientes de la seguridad social son únicamente aquellos asociados al pago que el FONASA hace al FNR por los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud. El resto de los fondos que el FNR recibe están comprendidos en la fuente impuestos generales.

Gráfico 6 Estructura de las fuentes de financiamiento de la seguridad social



Fuente: elaboración propia

En lo relativo a la estructura de las diversas fuentes al interior de los **fondos de la seguridad social**, los cambios más significativos se registran antes del año 2009. En 2008 la participación de las contribuciones del empleador cae respecto al año anterior (de 52% a 41%) y así también la correspondiente a las transferencias del gobierno a la seguridad social. La participación de las contribuciones de pasivos se mantiene estable hasta el año 2011 (entre el 4% y 5%), pero aumenta significativamente el peso de las

²⁹ De carácter obligatorio de acuerdo a la ley 16.074.

contribuciones del empleado, que pasa de representar 20% en 2007 a 36% en 2008 hasta llegar a 43% en 2011.

En el año 2012 se registra un aumento de las contribuciones de los pasivos, en virtud de la entrada de cerca de 166 mil pasivos al Seguro Nacional de Salud (FONASA) en el segundo semestre del año. Por su parte, se produce un incremento en la participación de las transferencias del gobierno, fundamentalmente en virtud de la devolución a los aportantes de contribuciones excedentarias al FONASA, realizada a partir de ese año.

Como ya fuera señalado, el principal destino de la fuente seguridad social es el FONASA, hacia quien se canalizó el 79% de estos fondos en el año 2012. De esta forma, el FONASA casi cuadruplica sus ingresos en términos reales en el período, comparado con la ex DISSE, cuyos ingresos representaban el 59% de esta fuente en el 2005.

Cuadro 4 Destino de las fuentes de seguridad social. Millones de pesos constantes de 2010

Agente de financiamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. % 2005-2012
SNS- JUNASA- BPS	7.192	8.152	8.734	15.182	17.301	18.699	21.714	27.528	283%
Sanidad Militar	1.075	955	1.041	1.335	1.395	1.365	1.375	1.579	47%
Sanidad Policial	795	826	911	1.003	1.161	1.241	942	1.151	45%
Seguros Convencionales	860	858	858	850	829	831	845	839	-2%
FNR	893	937	898	1.245	1.411	1.555	1.739	2.136	139%
Chassfose	94	99	92	92	118	116	118	116	24%
BPS - Sanatorio	821	1.045	1.210	1.210	1.218	1.065	1.109	1.106	35%
BSE	525	537	502	599	643	566	635	574	9%
Total	12.254	13.408	14.246	21.515	24.075	25.437	28.477	35.028	

Fuente: elaboración propia

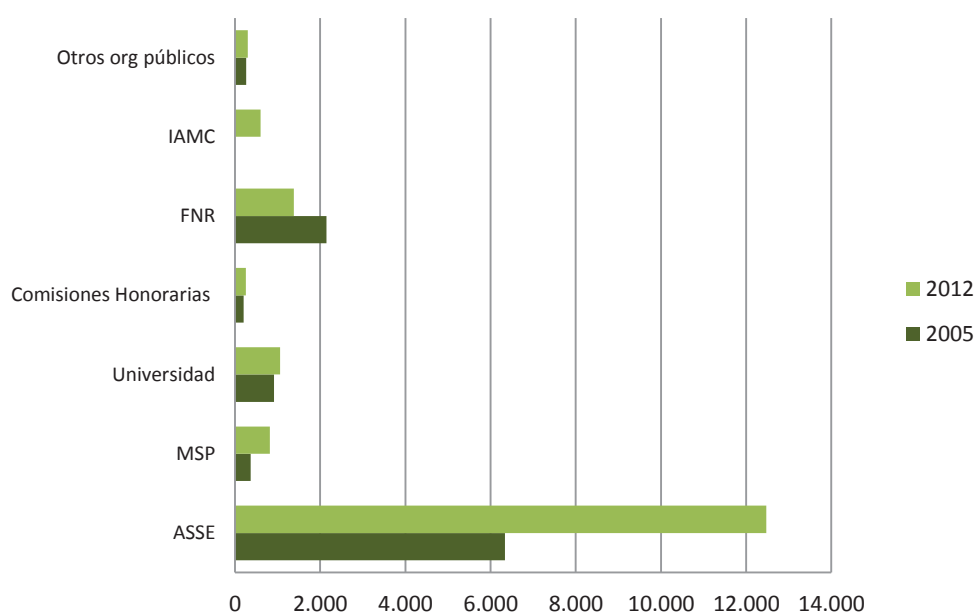
La otra variación importante del período en relación al destino de esta fuente corresponde al Fondo Nacional de Recursos, cuyos ingresos provenientes de la seguridad social más que se duplican, producto del incremento de la población amparada por el SNS y cuyos aportes son volcados al organismo por el BPS en su rol de administrador del FONASA.

La participación de los Seguros Convencionales disminuye en el período, al igual que el monto real percibido, como resultado de la incorporación gradual de sus beneficiarios (trabajadores y sus familias) al SNS. Este proceso no ha culminado aún en el año 2012.

Sanidad Militar y Sanidad Policial, por su parte, como agentes de financiamiento, reciben 47% y 45% más recursos, respectivamente, provenientes de la fuente seguridad social. El aumento real de los ingresos se explica, en ambos casos, tanto por el aumento de los fondos provenientes de rentas generales como por las contribuciones que realizan los trabajadores a partir de salarios, los que registraron un importante incremento real en el período.

Los fondos provenientes de **impuestos generales** aumentaron 65% en términos reales entre 2005 y 2012. El MSP es el agente de financiamiento que presenta una mayor variación, con un incremento de recursos de 120%, seguido por ASSE, con un aumento de 97%. A su vez, el principal prestador público capta las tres cuartas partes del total de impuestos en el año 2012, aumentando su participación en el total respecto al año 2005, fundamentalmente por la caída del peso de lo captado por el FNR, cuya recaudación pasa a provenir mayoritariamente de fondos de la seguridad social.

Gráfico 7 Destino de la fuente impuestos generales. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

A partir del año 2009, las IAMC comienzan a percibir ingresos por concepto de Crédito Fiscal. Este ingreso substituyó aumentos de cuotas de prepago privadas, oficiando como un subsidio a la demanda y representa un 4% del total de la fuente impuestos generales al final del período analizado.

ii. Fuentes de financiamiento privado

Las fuentes provenientes directamente de los hogares representan aproximadamente el 90% de las fuentes de financiamiento privadas para la atención en salud. El 10% restante corresponde, fundamentalmente, a endeudamiento.

Como ya fuera señalado, para el gasto de los hogares se diferencia, a efectos expositivos, entre prepago y gasto de bolsillo. Este último, a su vez, se divide entre: gasto en tasas moderadoras y copagos, por un lado, y pagos directos de los hogares, por el otro.

Las tasas moderadoras o copagos son aquellos desembolsos que se realizan en prestadores del sistema de salud al momento de acceder a las prestaciones, con el objetivo de moderar la demanda o compartir el costo. Los pagos directos, por su parte, refieren a gastos en productos o servicios de cuidado de la salud, como por ejemplo la compra de medicamentos en farmacias comunitarias, la adquisición de lentes, la compra o alquiler de equipamiento médico, el gasto en consultas médicas particulares, en clínicas privadas de atención odontológica, en servicios de internación, intervenciones quirúrgicas particulares, etc. También se incluye dentro de los pagos directos la compra de servicios que los hogares realizan en prestadores del sistema (IAMC y Seguros Integrales), ya sea porque los servicios no están incluidos dentro del paquete de prestaciones obligatorias o porque no existen derechos de cobertura en la institución en cuestión.

Resulta de interés la posibilidad de discriminar entre los gastos de bolsillo asociados al pago de tasas moderadoras o copagos respecto de los pagos directos, en la medida que la regulación gubernamental que comprende a los primeros constituye un instrumento de la política sanitaria orientada a la mejora en el acceso a los servicios, por lo cual es importante monitorear la evolución de este gasto en el tiempo.

En la matriz Fuente-Agente de financiamiento no es posible observar directamente estos componentes. Por una parte, los prepagos que realizan los hogares se contabilizan en el agente que los recauda, al igual que las tasas moderadoras, copagos y pagos por venta de servicios. Por otra parte, el pago directo de los hogares (HF.2.3) refiere a aquella parte del pago de bolsillo que no es recaudado (ni contabilizado) por

los agentes de financiamiento identificados en la matriz. De esa forma, figura en la matriz en una última fila, como categoría residual, como un agente de financiamiento compuesto, en el que se agregan todos los agentes receptores de los pagos directos de los hogares (farmacias, clínicas privadas, proveedores de materiales médicos, etc.).

Cuadro 5 Financiamiento privado de los hogares. Millones de pesos constantes de 2010

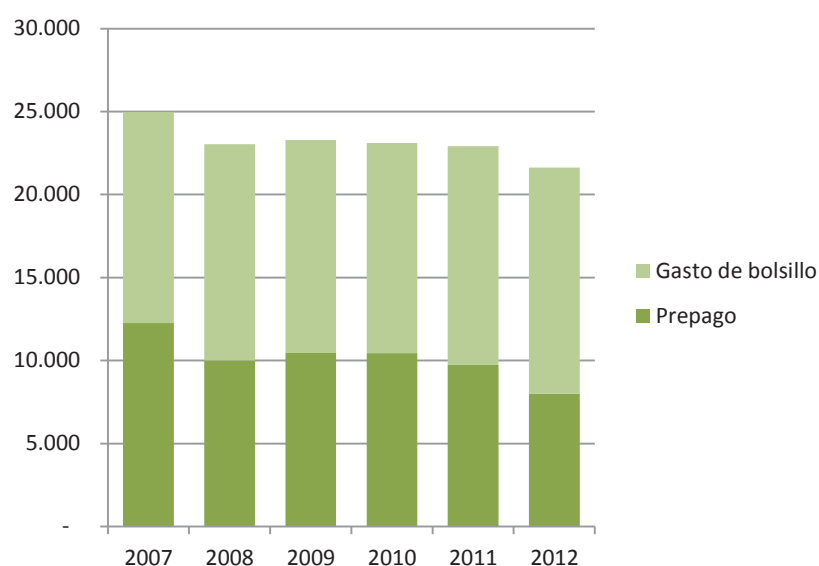
Destino	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prepago	12.267	9.996	10.491	10.456	9.736	7.986
Gasto de bolsillo	12.719	13.035	12.796	12.663	13.174	13.634
Tasas moderadoras y copagos	2.853	2.867	2.834	2.926	3.160	3.221
Pago directo de los hogares	9.866	10.168	9.963	9.737	10.015	10.412
Total financiamiento de los hogares	24.986	23.031	23.287	23.119	22.911	21.620

Fuente: elaboración propia

El gasto de prepago comprende el gasto privado por afiliación en IAMC, Seguros Privados Integrales, Seguros Parciales y contribuciones voluntarias a esquemas de seguros de empresas, de importancia marginal. La metodología para la estimación de los pagos directos de los hogares cambió a partir del año 2009, tal cual se explica en el [Anexo 1](#). Por esta razón, los valores de este cuadro presentan diferencias con las estimaciones publicadas anteriormente.

Tanto el cuadro anterior como los gráficos siguientes fueron contruidos incorporando la corrección de los valores del gasto de los hogares de los años 2007 y 2008. En particular, en el caso de las IAMC y los Seguros Parciales, se incorporó para dichos años la misma metodología de cálculo que para las estimaciones realizadas a partir del año 2009; la estimación de Emergencias Móviles se hizo a través de los datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) y utilizando el subrubro del Índice de Precios del Consumo (IPC) correspondiente a la cuota de prepago de las Emergencias Móviles. El gasto de bolsillo también se ajustó para 2007 y 2008 de acuerdo al mismo criterio metodológico usado desde 2009 (se estimó el gasto de los hogares en medicamentos a partir de los datos provistos por CEFA).

Gráfico 8 Financiamiento privado de los hogares mediante prepago y gasto de bolsillo. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

El financiamiento privado de los hogares cae 13% en términos reales entre 2007 y 2012, el que se descompone en una disminución de 35% en el volumen de gasto de prepago y en un aumento de 7% en el gasto de bolsillo.

En el año 2008 el **prepago** cae 19%, luego se mantiene relativamente constante y desde el año 2011 vuelve a caer; en 2011 se registra una disminución de 7% respecto al gasto de prepago de 2010 y, en el año 2012, una disminución de 18% respecto al año anterior.

La caída del prepago en 2008 se explica casi exclusivamente por la disminución en el prepago de las IAMC. Éstas ven disminuir sus ingresos de prepago 31% en 2008 respecto al año anterior, entre 2009 y 2011 se mantienen relativamente constantes y, luego, vuelven a contraerse en los dos últimos años de análisis; en el año 2011 caen 16% y en 2012 disminuyen 42% respecto al año anterior.

En el año 2007, el 56% de los desembolsos de los hogares por concepto de prepago correspondían a pagos en una IAMC, mientras que en 2012 ese guarismo se reduce a 28%. El gasto de prepago en los Seguros Privados Integrales y en los Seguros Parciales no presenta grandes cambios en el período, aunque aumenta su participación relativa

en el gasto de prepago, debido a la mencionada evolución de los prepagos de las IAMC.

En el caso de los Seguros Privados Integrales, el monto total de prepago se vio incrementado, en función del crecimiento de su población afiliada. La contratación de estos prestadores para ofrecer cobertura a los beneficiarios FONASA implica que los aportes por aquellos beneficiarios que ingresan a un Seguro Privado a través del Seguro Nacional de Salud deben ser complementados con pagos particulares en los casos en que el pago que el FONASA vuelca a la institución no sea suficiente para cubrir la prima del seguro, por lo cual –a diferencia de lo que sucede en el caso de las IAMC– la cuota salud no sustituye totalmente los prepagos individuales.

El monto de prepagos hacia los Seguros Parciales aumenta 5% en términos reales en 2008 respecto a 2007, se incrementa 10% el año siguiente y luego se mantiene relativamente constante hasta el final del período analizado. Esto responde a que los precios de la cuota de las Emergencias Móviles³⁰ aumentan (por encima del índice de precios global de salud), pero la población que paga este tipo de prepago disminuye ligeramente en el período³¹.

El **gasto de bolsillo**, por su parte, aumenta 2,5% en términos reales en el año 2008, luego cae en similar proporción y en los años 2011 y 2012 crece 4% y 3,5%, respectivamente. La comparación punta a punta muestra que al final del período el gasto de bolsillo es 7,2% superior al gasto en 2007. Las variaciones del gasto de bolsillo se explican fundamentalmente por incrementos en dos de sus componentes. Por un lado, en el período aumenta 22% el pago directo de medicamentos en farmacias, resultante de un incremento de las cantidades consumidas de aún mayor magnitud³². Por otro lado, se registra un aumento del pago de tasas moderadoras y copagos del orden del 13%.

³⁰ Como se mencionaba anteriormente, tres cuartas partes del gasto en Seguros Parciales refiere a prepagos por aseguramiento a través de Emergencias Médicas Móviles.

³¹ Se considera los prepagos que las personas realizan directamente en Emergencias Móviles y no aquellos realizados a través de una IAMC o Seguro Privado.

³² Los cuadros son presentados a precios constantes, utilizando para ello el IPC Salud. El índice de precios específico de medicamentos, aumenta 33% entre 2007 y 2012, mientras que el IPC Salud lo hace en 40%.

El gasto de los hogares en tasas moderadoras y copagos se asocia en cerca del 85% en todo el período a desembolsos realizados por concepto de tickets y órdenes en el conjunto de las IAMC. Otros de los agentes que recaudan este tipo de pagos son los Seguros Privados Integrales y, en menor medida, algunos prestadores públicos.

El proceso de Reforma de la salud tiene implicancias en por lo menos dos sentidos en la evolución de los pagos que los hogares realizan por concepto de tasas moderadoras y copagos en las IAMC. Por un lado, la entrada paulatina de colectivos al Seguro Nacional de Salud tiene su reflejo en un aumento de la población afiliada a las IAMC de aproximadamente 500 mil personas entre 2007 y 2012. Parte de esta población, que antes no se encontraba afiliada a estos prestadores, pasa a pertenecer a un esquema en el cual debe abonar tasas moderadoras al momento de acceder a los servicios. La mayor parte de esa población proviene de ASSE –prestador en el cual no existe esta modalidad de pago–, pero aun así opta por cambiar su cobertura a una IAMC, aunque esto implica el pago de tickets y órdenes.

Por otro lado, el gobierno ha venido implementando una batería de medidas para mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios y mejorar la protección financiera de los hogares. Asimismo, muchas instituciones adoptaron, como estrategia comercial para atraer nuevos usuarios, la reducción de ciertos precios³³. La disminución de los precios de las tasas moderadoras en las IAMC, así como otras medidas tendientes a privilegiar la atención primaria, implicaron un aumento en el consumo de algunas prestaciones sanitarias a las que presumiblemente parte de la población no podía acceder con anterioridad.

El gobierno se propuso volver a una situación en la que estos pagos tengan utilidad en su rol de moderación de la demanda innecesaria, en vez de configurar una barrera al acceso. Sin embargo, la medida en la que cada gasto sanitario es necesario o innecesario es discutible y depende de cada caso particular. La existencia misma de estos pagos y el monto que deberían adoptar son ampliamente debatidos a nivel mundial. Al tratarse de copagos y tasas moderadoras, estos pagos aluden al acceso a servicios enmarcados en prestadores institucionalizados (prestadores en los que las

³³ Por ejemplo, fue importante la exoneración al pago por las consultas a Médico Pediatra al momento de entrada de los menores de edad al Seguro Nacional de Salud (FONASA).

personas tienen derecho a la cobertura de su salud), por lo cual podría pensarse que el pre-requisito de la indicación médica juega un rol determinante en el acceso a muchos de estos servicios, en tanto el médico generalmente define cuáles son las prestaciones a las que las personas pueden acceder³⁴.

Por estos dos motivos –aumento en la población afiliada a las IAMC y reducción de las barreras económicas al acceso–, era de esperar un aumento en el gasto global de los hogares por concepto de tasas moderadoras y copagos que compensaran la disminución de precios registrada en el período de análisis.

Asimismo, la coyuntura económica favorable del país en los últimos años implicó un aumento generalizado de los ingresos de los hogares, por lo cual, puede suponerse que el acceso a la atención en salud se haya visto favorecido por esta vía también. En este sentido, si bien las recomendaciones internacionales suelen enfatizar sobre lo negativo del gasto de bolsillo, la interpretación de cada realidad no puede ignorar a la totalidad de los factores que intervienen en el resultado. Las conclusiones sobre el impacto de la política de copagos son limitadas, en tanto se desconoce la incidencia del gasto en los diferentes estratos socio-económicos y se desconocen las necesidades sanitarias insatisfechas.

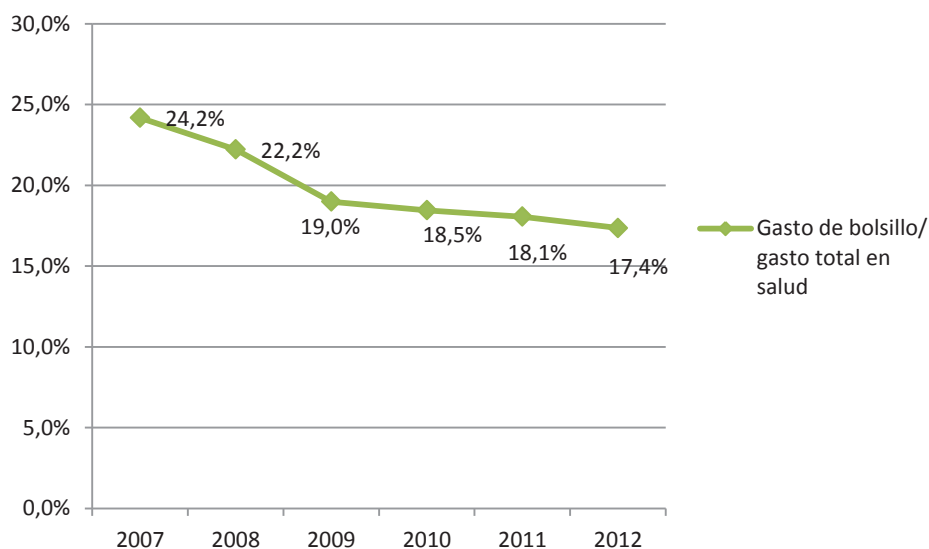
Esta reflexión también aplica a los **pagos directos de los hogares**, es decir, el realizado en proveedores como farmacias comunitarias, clínicas médicas u odontológicas particulares, etc. Estos pagos se incrementan en 6% entre 2007 y 2012, en términos reales, con una evolución relativamente estable durante el período. El incremento generalizado de ingresos de la población probablemente explique parte del aumento en el consumo de bienes y servicios asociados al cuidado de la salud.

El gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud presenta una tendencia descendente en todo el período analizado, con un descenso más acentuado entre 2007 y 2009. Representaba 24,2% del gasto en salud en 2007, 19% en 2009 y 17,4% de acuerdo a las estimaciones de gasto del año 2012. La evolución de este indicador

³⁴ Esto aplica a la indicación de medicamentos y de exámenes y tratamientos, así como a las consultas con médicos especialistas, pero excluye a las consultas médicas en especialidades que no requieren pase de otro médico.

responde a que el incremento del gasto de bolsillo de los hogares no supera el aumento experimentado por el gasto total en salud durante el período.

Gráfico 9 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud



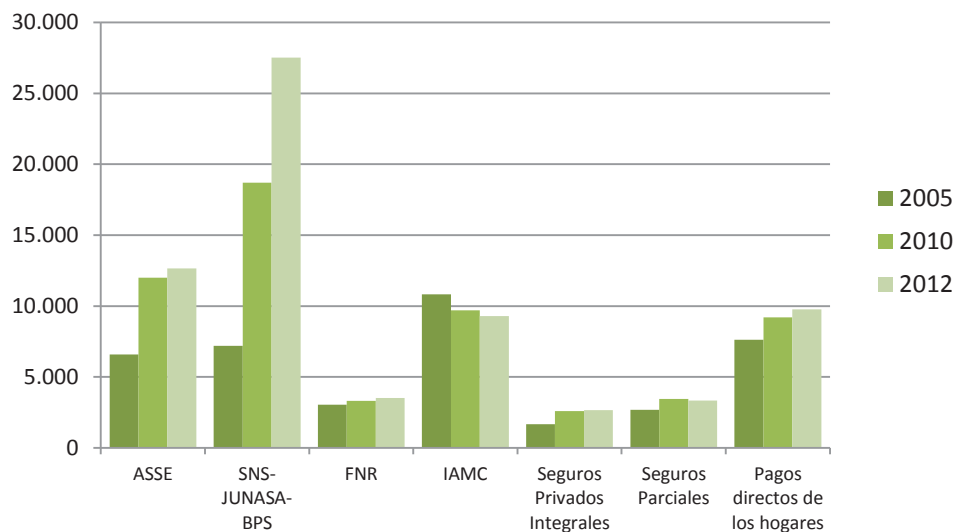
Fuente: elaboración propia

3. Agentes de financiamiento

El presente capítulo tiene como eje del análisis los agentes de financiamiento, es decir, los organismos o instituciones encargadas de canalizar los fondos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento hacia los distintos proveedores de servicios sanitarios del sistema. Los agentes de financiamiento pueden ser públicos o privados y algunos son, además de agentes, proveedores de servicios de salud.

En primer lugar, se presentan los recursos movilizados por los principales agentes de financiamiento del sistema de salud para los años 2005, 2010 y 2012. Luego, se presenta la evolución de los recursos canalizados desde el FONASA a los diferentes prestadores integrales. A continuación se muestra la evolución de los agentes financiadores de las IAMC entre 2005 y 2012.

Gráfico 10 Gasto de los agentes de financiamiento³⁵ en 2005, 2010 y 2012. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

El único agente que disminuye los recursos que administra es el conjunto de las IAMC; el gasto de estos agentes en 2012 es 14% inferior al realizado en 2005, en términos reales. Esto se explica por la entrada de colectivos al FONASA, ya que el conjunto de los proveedores IAMC no disminuye sus recursos, pero sustituye ingresos que antes captaba directamente como agente de financiamiento (desde la fuente hogares principalmente) por los fondos que ahora le vuelca el agente FONASA.

Por su parte, el FONASA (SNS-JUNASA-BPS) canaliza un volumen de recursos que representó en 2010 más de una vez y media el valor de sus fondos del año 2005. En 2012, nuevamente, los recursos que canaliza aumentan 50% respecto al año 2010. En un análisis punta a punta, se observa que el FONASA en el año 2012 casi que cuadruplica el valor de los recursos administrados en 2005 en términos reales.

El otro agente cuyos datos llaman la atención es ASSE en su función de agente de financiamiento, quien en el año 2012 casi duplica en términos reales los recursos de los que disponía en 2005. Esto se debe a que se procesó un fuerte incremento presupuestal. Cabe mencionar que la entrada de ASSE como prestador del Seguro Nacional de Salud desde 2007 implica que parte de los recursos de los que dispone provienen –al igual que en el caso de las IAMC– del agente FONASA (SNS-JUNASA-

³⁵ El conjunto de estos agentes representan aproximadamente 85% de los recursos movilizados por la totalidad de los agentes del sistema sanitario en los años considerados.

BPS). En el año 2010 el 11% de los recursos de ASSE como proveedor provienen del FONASA y esa participación continúa aumentando (asciende a 20% en el año 2012 y se acerca al 30% para el año 2013).

Los Seguros Privados Integrales aumentan los recursos que movilizan como agentes en 60% en términos reales entre 2005 y 2012, aunque partiendo de niveles absolutos muy inferiores, sin afectar su participación reducida en el gasto nacional en salud –que se mantiene estable en aproximadamente un 3.5%– y brindando cobertura a tan solo 3% de la población. Si bien podría hacerse un razonamiento similar con estos agentes respecto a la interpretación de las IAMC y de ASSE (motivo por el cual deberían disminuir su gasto como agente de financiamiento, en vez de aumentar), debe considerarse las especificidades de las afiliaciones a través del FONASA en el caso de los Seguros Integrales: para estos prestadores, la afiliación supone un pago adicional por parte de las personas en el caso de que el pago que el FONASA realiza no cubra el monto de la prima (cuota) asociada al usuario en cuestión³⁶. Por otro lado, los Seguros Integrales cobran copagos y venden servicios a empresas y a hogares (ingresos que configuran los fondos que administra este agente de financiamiento), cuyos precios no se encuentran regulados por el gobierno. En virtud de esto último, no se cuenta con información sobre la evolución de estos pagos que pueda complementar el análisis.

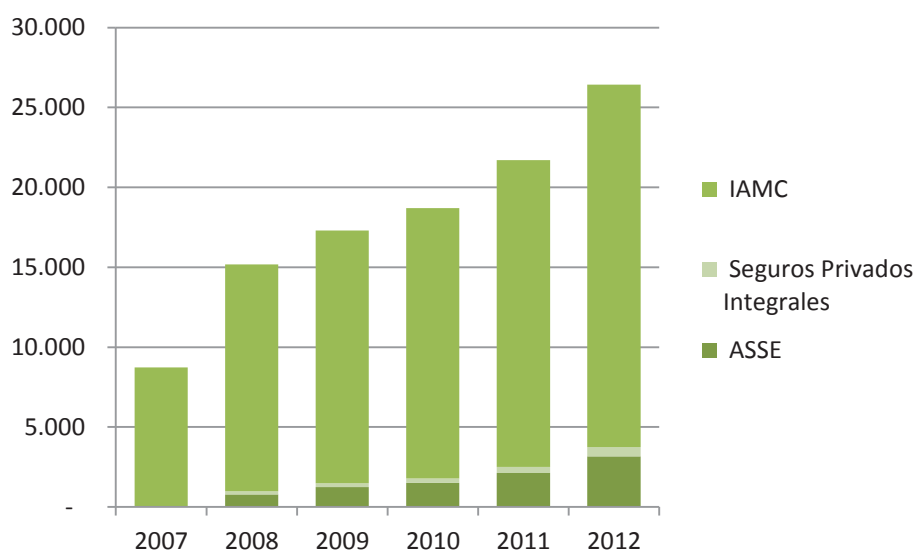
Los Seguros Parciales en su función de agente de financiamiento, por su parte, aumentaron su gasto 25% en términos reales entre 2005 y 2012. Entre 2005 y 2010 se registró un aumento de 28% en términos reales, mientras que entre 2010 y 2012 se observa una muy leve disminución. Cabe mencionar que el incremento se debe a aumentos en el precio de las cuotas de los Seguros Parciales³⁷, ya que la cantidad de afiliados a este tipo de prestadores no creció, sino que disminuyó levemente.

³⁶ El monto del pago adicional asciende a la diferencia entre la cuota a pagar y el menor valor resultante de la comparación entre el aporte personal al FONASA y la cápita correspondiente según edad y sexo del afiliado.

³⁷ Como se menciona en el Anexo 1, la estimación de los seguros parciales a partir del año 2009 se hizo a través de la estimación del gasto de los hogares en Emergencias Médicas Móviles, que en la última ENGIH (2005-2006) representaban tres cuartas partes del gasto de los hogares en seguros parciales. El aumento de los precios de las Emergencias se ve reflejado en el rubro específico del IPC: el índice promedio del precio de las cuotas de Emergencias Móviles para el año 2010 es 85% superior al promedio de 2005, mientras que el IPC de cuidados médicos (IPC Salud) aumenta 37% en el mismo período.

En el siguiente gráfico se presentan los recursos canalizados desde el FONASA hacia los distintos prestadores integrales del Seguro Nacional de Salud.

Gráfico 11 Recursos desde el FONASA a prestadores integrales. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

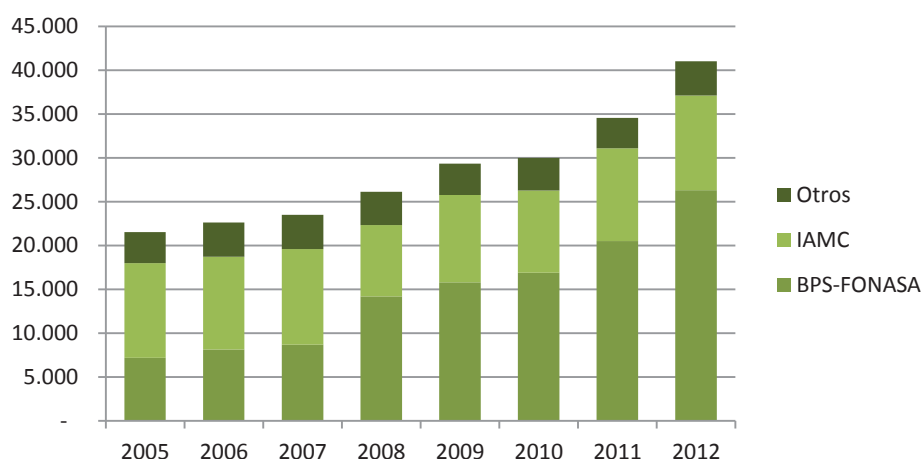
En 2007 casi la totalidad de los recursos administrados por el FONASA son canalizados hacia las IAMC, en tanto antes de la Reforma únicamente se encontraba habilitada la elección, a través del Seguro de Salud, de una IAMC. Desde julio de ese año, también se incorpora ASSE. En 2008 los recursos del FONASA –que crecen 74% respecto al año anterior– se reparten entre las IAMC (que captan 93.5% de los fondos), ASSE (que capta 5%) y los Seguros Privados Integrales (con una participación menor, de 1.4% de los recursos del FONASA).

Durante el período, la tendencia observada es hacia una disminución de la participación porcentual de las IAMC, con su correspondiente aumento de la participación de ASSE y de los Seguros Integrales. En el año 2012 –con fondos triplicados respecto al año 2007–, las IAMC captan el 86% de los recursos, ASSE capta el 12% y los Seguros Integrales reciben 2%.

A continuación, se presenta el aporte de los principales agentes de financiamiento de las IAMC, es decir, el flujo de recursos provenientes del BPS-FONASA, de las IAMC y del conjunto del resto de los agentes (ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial, las

Intendencias Departamentales, y otros organismos públicos como ANCAP, BHU, BSE, FNR o privados como la Caja Notarial y los seguros convencionales), agrupados en la categoría “Otros”.

Gráfico 12 Agentes financiadores de las IAMC. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

Se observa que el aumento más significativo de los fondos recibidos por las IAMC (en su calidad de proveedores) del agente BPS-FONASA ocurre en el año 2008, momento en el que también se registra una caída del gasto del agente de financiamiento IAMC, en consonancia con los cambios más significativos de la Reforma. En el año 2007, el 37% de los recursos de las IAMC provenían del FONASA, mientras que en 2012 este guarismo asciende al 64%. Entre los años 2009 y 2012 la tendencia es al aumento del BPS-FONASA como agente de financiamiento de las IAMC, en virtud de la entrada gradual de diversos colectivos en dichos años (trabajadores de la banca privada, otros regímenes especiales como ANCAP y el BHU/ANV, pasivos, cónyuges, cajas de auxilio, profesionales³⁸).

Como ya fuera mencionado, la incorporación de colectivos de usuarios en el Seguro Nacional de Salud a partir del año 2008 implicó que gran parte de la población anteriormente afiliada a una IAMC de forma particular pasara a estar afiliada a este tipo de instituciones, pero ahora pasan a estar financiados a través del BPS-FONASA. Por lo tanto, la caída de la participación relativa del gasto financiado por las propias IAMC

³⁸ Por mayores detalles sobre la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud, consultar el capítulo II.3 “Cambios en el sistema entre 2009 y 2012” .

que se observa en el gráfico anterior no implica una disminución del gasto de estas instituciones como proveedoras de servicios, sino una disminución del gasto que realizan en calidad de agente de financiamiento.

La participación de las IAMC como agentes de sus propios recursos –cuyos ingresos están vinculados al prepago de los afiliados particulares y a tasas y copagos de todos sus afiliados– cae del 46% en 2007 a 26% al final del período, mientras que los demás agentes también disminuyen su participación de 16% a 10% entre 2007 y 2012.

Esta tendencia descendente en la participación del resto de los agentes (incluido en “Otros” en el gráfico precedente) en la canalización de recursos hacia las IAMC, responde a una variedad de situaciones, pero a grandes rasgos se debe al ingreso al Seguro Nacional de Salud de varios trabajadores de organismos públicos (por ejemplo, los de algunas empresas públicas y los funcionarios la Universidad de la República, cuya incorporación fue a mediados del año 2008).

Cabe mencionar que al comparar el volumen de recursos que las IAMC movilizan como agentes de financiamiento en 2012 y en 2007, las cifras son similares en términos reales. El único cambio significativo en el período responde a la triplicación de los fondos provenientes del FONASA, factor determinante para las modificaciones en la estructura de canalización de fondos desde los diversos agentes de financiamiento hacia el proveedor IAMC.

4. Proveedores de servicios de salud

Este capítulo tiene como objetivo presentar el gasto de los proveedores de salud, es decir, de las entidades que reciben dinero a cambio de la producción de servicios de salud. En primer lugar, se presenta la evolución del gasto por usuario en las IAMC y en ASSE entre 2007 y 2012, una de las comparaciones más utilizadas para dar cuenta de la reducción de las inequidades en el gasto por usuario en cada uno de estos dos prestadores. Luego se analiza la remuneración a los distintos factores o insumos utilizados en la producción de servicios sanitarios.

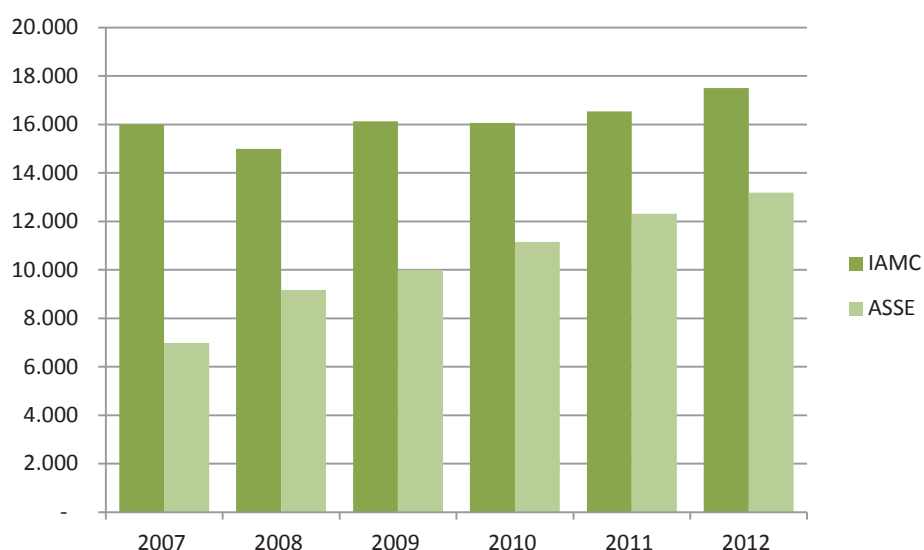
Cuadro 6 Gasto en salud por usuario en IAMC y ASSE entre 2007 y 2012. Pesos constantes de 2010³⁹

	IAMC	ASSE	IAMC/ ASSE	ASSE/ IAMC
2007	15.99	6.983	2.3	44%
2008	14.987	9.17	1.6	61%
2009	16.132	10.008	1.6	62%
2010	16.061	11.153	1.4	69%
2011	16.535	12.309	1.3	74%
2012	17.507	13.18	1.3	75%

Fuente: elaboración propia

El gasto por usuario promedio del conjunto de las IAMC crece en el período considerado, pero de una forma mucho más leve que el gasto por usuario en ASSE. En 2012 el gasto por usuario en las IAMC crece 9% en términos reales respecto a su cifra de 2007, mientras que el gasto en ASSE aumenta en 89% en el mismo período, con un crecimiento promedio anual de 14% en los años considerados.

Gráfico 13 Gasto en salud por usuario en IAMC y ASSE entre 2007 y 2012. Pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

La evolución de ambos gastos resulta en una disminución de la brecha entre el gasto por usuario en las IAMC y en ASSE; mientras que en el año 2007 el gasto por usuario en

³⁹ Cabe mencionar que estas cifras, elaboradas bajo el marco de las Cuentas de Salud, pueden diferir ligeramente respecto a aquellas construidas directamente a partir de los Estados Contables de las IAMC y de las Rendiciones de Cuentas de la Contaduría General de la Nación para ASSE, en tanto fueron incorporados ajustes a las cifras, por ejemplo, con el fin de reflejar de la mejor manera posible los gastos del año civil y de modo de evitar duplicaciones de costos.

ASSE representaba menos de la mitad (44%) del gasto destinado por usuario en el conjunto de las IAMC, hacia el final del período, el gasto en ASSE llega al 75% del gasto por usuario en las IAMC.

A continuación, se presenta la evolución de los costos de los factores de producción en el global del sistema de salud a lo largo de todo el período. Luego se presenta la comparación entre la estructura de costos de los años 2005 y 2010 de los prestadores integrales, en tanto son proveedores con características que los hacen comparables. Vale aclarar que el período analizado concluye en 2010, en tanto en este informe no se construyeron las cifras de remuneración de los factores para los años 2011 y 2012.

Cuadro 7 Costos de los factores en el conjunto de los prestadores de salud, 2005-2010.
Millones de pesos constantes de 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var % 2005- 2010
Remuneraciones de empleados	21.759	24.107	25.757	30.170	35.486	37.743	73%
Medicamentos	7.725	7.189	7.385	7.425	9.704	9.227	19%
Otros suministros y servicios	14.965	14.779	15.693	15.973	17.088	17.147	15%
Gastos financieros y otros	2.056	2.208	1.562	2.043	1.944	1.797	-13%
Consumo de Capital Fijo	743	705	693	697	667	819	10%
Sub total	47.249	48.986	51.090	56.309	64.889	66.734	41%
Inversión en Estructuras	286	702	706	854	1.125	984	244%
Inversión en Equipos	224	365	407	462	1.125	538	140%
Transferencias de Capital	0	0	0	0	0	0	
Otros sin clasificar	93	213	354	998	75	82	
Sub total	603	1.280	1.466	2.314	2.325	1.604	166%
s/c	53	0	55	58	185	292	446%
TOTAL	47.906	50.267	52.612	58.681	67.399	68.629	43,3%

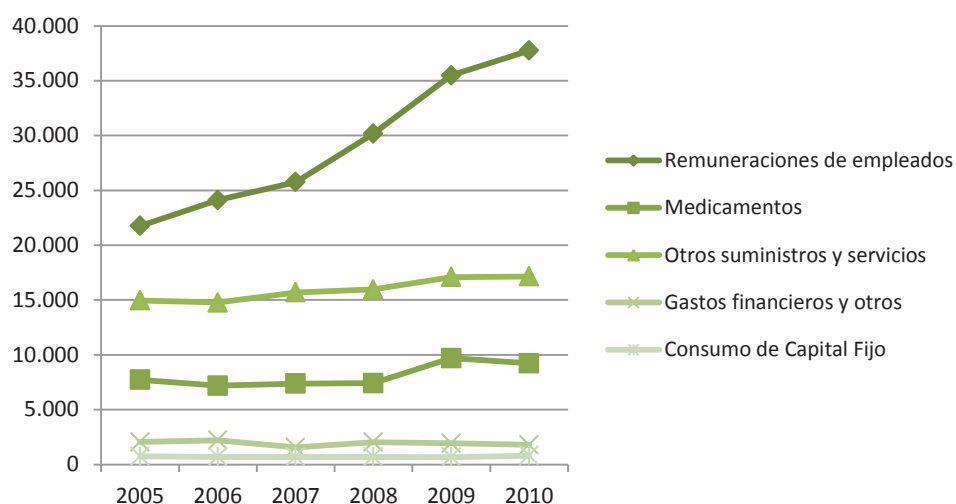
Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico siguiente, todos los factores aumentaron su gasto, pero el que más notablemente lo hizo fue las remuneraciones a empleados, que en el año 2010 crece 73% respecto al año 2005 (y 47% si se compara con el año 2007).

El gasto en compra de medicamentos del conjunto del sistema es 19% superior en el año 2010 respecto a 2005 (y 25% mayor si se compara con el año 2007). Dicho gasto se mantiene relativamente constante hasta 2008, año en el que comienza a crecer.

El gasto en otros suministros y servicios, por su parte, es 15% mayor en el año 2010 respecto a 2005 (y 8% superior al compararse con el año 2007).

Gráfico 14 Costos de los factores en gastos corrientes en todos los prestadores de salud, 2005-2010. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

Las inversiones, por su parte, crecen en todo el período. En el año 2010, el total de las inversiones en el sistema sanitario triplicó el valor que tenían en el año 2005 en términos reales. Este incremento es de 40% al comparar con los valores de 2007, lo cual indica que las inversiones crecieron fuertemente desde el inicio del período analizado.

Gráfico 15 Inversiones en todos los prestadores de salud, 2005-2010. Millones de pesos constantes de 2010



Fuente: elaboración propia

Las inversiones que más aumentan son las inversiones en estructuras; al final del período llegan a triplicar los valores de 2005 (en 2010 la cifra representa 3.4 veces el valor de 2005 y la cifra de 2009 representa 3.9 del valor al inicio del período). A grandes

rasgos, este incremento se explica por el aumento de este tipo de inversiones en los prestadores privados en la primera mitad del período y por un incremento en los prestadores públicos en los últimos años analizados.

Las inversiones en equipos, aunque con menor ritmo, también crecen durante todo el período. En 2010 estas inversiones representan 2.4 veces la cifra de 2005, aunque crecen 32% en comparación con el año 2007, lo cual indica que los mayores incrementos en las inversiones preceden a la implementación de la Reforma del sistema de salud. La evolución de estas inversiones muestran un comportamiento similar al de las inversiones en estructuras si se analiza por separado las realizadas en los prestadores públicos y en los privados. Los primeros aumentan las inversiones en equipos de forma más acelerada al inicio del período, mientras que los prestadores públicos las incrementan cada año de forma más acentuada con un máximo en 2009, explicado principalmente por ASSE, Sanidad Policial y el BPS-Sanatorio.

En el cuadro siguiente se presentan los costos de los factores en los prestadores integrales del sistema, comparando el año 2010 con el año 2005.

Cuadro 8 Costos de los factores en los prestadores integrales del SNIS, 2005-2010. Millones de pesos constantes de 2010

	<u>ASSE</u>		<u>IAMC</u>		<u>Seguros Privados Integrales</u>		<u>Sanidad Militar</u>		<u>Sanidad Policial</u>	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Remuneraciones de empleados	2.757	8.141	8.667	18.083	476	1.180	435	840	278	633
Medicamentos	809	998	2.345	2.509	162	369	155	150	63	51
Otros suministros y servicios	1.941	3.600	5.068	7.225	771	737	94	277	94	197
Gastos financieros y otros	0	12	1.323	1.102	141	249	19	6	0	0
Consumo de Capital Fijo	0	0	515	639	6	57	0	0	0	0
Sub total	5.506	12.752	17.918	29.557	1.555	2.592	703	1.272	436	881
Inversión en Estructuras	0	316	180	486	0	68	47	48	0	26
Inversión en Equipos	0	106	145	312	5	39	18	25	0	7
Transferencias de Capital	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sub total	0	422	325	798	5	108	65	74	0	33
s/c	0	50	0	0	0	292	0	0	0	0
Total	5.506	13.223	18.243	30.356	1.561	2.992	767	1.346	436	914

Fuente: elaboración propia

En las matrices de costos de factores presentadas se puede observar que en la estructura de costos de los diferentes prestadores integrales, los prestadores públicos muestran un mayor peso del rubro remuneraciones de empleados (superior al 60%) y también una mayor variación en el período 2005-2010. Para todo el sector público, el incremento real del monto total de remuneraciones fue de 151% mientras que para el sector privado fue de 58%. Esto refleja, tanto un efecto precio –por un importante incremento de los salarios y otros ingresos reales en el período–, como un efecto cantidad por el aumento de los trabajadores ocupados del sector.

En el caso de los prestadores integrales del SNIS, el mayor incremento se observa en ASSE, donde el gasto en remuneraciones a empleados creció 195% en términos reales. El incremento para las IAMC fue de 109%.

El segundo concepto en importancia en la estructura de costos corresponde a “Otros suministros y servicios” en los cinco prestadores integrales analizados, aunque su peso ha disminuido en el período, tanto en ASSE como en las IAMC y los Seguros Privados (sólo en estos últimos cayó el gasto en términos reales).

El gasto en medicamentos disminuye también su peso en el período, excepto en los Seguros Privados. Tanto en ASSE como en las IAMC representa el 8% del gasto total en el año 2010. Respecto a la evolución real del gasto, aumenta en ASSE 23%, sólo 7% en las IAMC y más que se duplica en el caso de los Seguros Integrales. Tanto en Sanidad Militar como Policial, el gasto en medicamentos disminuye.

En el caso de las inversiones realizadas en el período, y como ya fuera señalado, es en el sector público donde se observan los principales cambios, fundamentalmente relacionados con un punto de partida de inversiones casi inexistentes. Las IAMC, por su parte, también incrementan en 146% el gasto en inversiones, tanto en estructuras como en equipos.

VIII. Conclusiones

El presente documento tuvo como **objetivo** presentar las estimaciones del gasto y financiamiento de la salud en el Uruguay en los años 2009 y 2010, así como también cifras preliminares correspondientes a 2011 y 2012. Para ello se utilizó como marco de análisis el provisto por el Sistema de Cuentas de Salud, metodología propuesta por la OCDE, continuando con la serie de gasto presentada en el informe “Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008”. A su vez se incorporan cambios metodológicos que permiten mejorar las estimaciones, fundamentalmente las correspondientes al gasto privado.

El análisis se abordó a través de las siguientes **dimensiones**: i) fuentes de financiamiento, ii) agentes de financiamiento, iii) proveedores y iv) costos de los recursos.

A continuación se presentan las conclusiones del trabajo en función de la experiencia más reciente en el trabajo de Cuentas de Salud y a la luz de los resultados presentados en el capítulo anterior. Cabe mencionar la necesidad de interpretar las cifras de gasto y financiamiento teniendo presente las modificaciones operadas en el sistema sanitario. La Reforma del sistema de salud, con sus correspondientes cambios en el modelo de financiamiento, tuvo su impacto en las cifras de todos los agentes y todas las dimensiones abordadas en este estudio. En particular, la creación del Seguro Nacional de Salud y la ampliación gradual de la cobertura integral a la totalidad de trabajadores formales, dependientes e independientes, pasivos, y sus respectivos núcleos familiares tiene un claro correlato en la modificación de la estructura de gasto y financiamiento de los agentes del sistema. Asimismo, deben contemplarse otras importantes transformaciones y reformas que han redundado en aumentos de los ingresos, disminuciones de la tasa de desempleo e incremento del trabajo formal, dado que todos estos factores han influido también en los cambios en la demanda de servicios sanitarios.

Las cifras arrojadas por las Cuentas Nacionales de Salud de 2009 y 2010 y las estimaciones preliminares de 2011 y 2012 permiten concluir que el modelo de financiamiento propuesto por la Reforma de la salud iniciada en 2007 ha logrado consolidarse a través del tiempo. Cabe destacar el aumento del gasto total en salud

desde el inicio de la Reforma, expresado en cifras tales como el 9% de gasto total en salud en relación al PBI en el promedio de los cuatro años de análisis y en el aumento de 60% en el gasto per cápita entre 2005 y 2012.

El financiamiento público crece, en especial el asociado a la seguridad social, y pasa de financiar la mitad del gasto con anterioridad a la Reforma a representar casi 70% del financiamiento total del gasto en salud.

El gasto privado, por su parte, cae en términos relativos pero aumenta en términos absolutos. A su interior, el gasto de bolsillo aumenta moderadamente (7% entre 2007 y 2012), mientras que el gasto de prepago se contrae en más de un tercio (35%), asociado a la ampliación de la cobertura a través del SNS. Si bien el gasto de bolsillo disminuye su participación en el financiamiento del gasto en salud, cabe investigar más profundamente sobre las causas de la evolución de este gasto en términos absolutos, aunque presumiblemente los factores se relacionen con mejoras en el acceso, la mayor cobertura a través de las IAMC y las mejoras generalizadas de los ingresos de la población.

Los desembolsos por concepto de tasas moderadoras y copagos representan aproximadamente el 23% del gasto de bolsillo para todos los años entre 2007 y 2012 – asociado en cerca del 85% a desembolsos en IAMC–. El monto total que los hogares pagan registra un aumento de 13% entre 2007 y 2012, explicado fundamentalmente por el importante crecimiento de afiliados de las IAMC, que más que compensó la disminución del precio real de tickets y órdenes, resultado de la política de reducción de tasas moderadoras aplicada en el período.

Los **pagos directos de los hogares**⁴⁰, que representan el restante 77% del gasto de bolsillo de los hogares, aumentan 5,5% entre 2007 y 2012, por motivos que posiblemente respondan en gran medida a incrementos en la demanda asociados a las mejoras generalizadas en los ingresos de la población. Dentro de este rubro de gasto financiado por los hogares, el principal componente corresponde al gasto en

⁴⁰ Es decir, el realizado en proveedores como farmacias comunitarias, clínicas médicas u odontológicas particulares, etc.

medicamentos (en farmacias, es decir, por fuera del prestador de salud) presentando un aumento 22% en términos reales entre 2007 y 2012.

En cuanto a la evolución del gasto por **agente de financiamiento**, el **FONASA** (SNS-JUNASA-BPS) canaliza un volumen de recursos que aumenta en todo el período; en el año 2012 casi que cuadriplica el valor de los recursos administrados en el año 2005. **ASSE** en su función de agente de financiamiento aumenta 86% en términos reales los recursos de los que dispone, en función de un fuerte incremento presupuestal. Los **Seguros Privados Integrales**, aunque con una participación marginal en el conjunto del sistema sanitario, aumentan los recursos que movilizan como agentes de financiamiento en 60% entre 2005 y 2012⁴¹.

El conjunto de las **IAMC** disminuye su participación como agente de financiamiento (en 2012 es 14% inferior a 2005), en virtud de la entrada de colectivos al Seguro Nacional de Salud, por lo que se sustituyen ingresos que antes captaba directamente como agente de financiamiento de los hogares por fondos del FONASA. Vale mencionar que el volumen de recursos que las IAMC movilizan como agentes de financiamiento en 2012 es similar al del año 2007, por lo cual el único cambio de relevancia en el período se asocia a la triplicación de los fondos que recibe del agente de financiamiento FONASA, factor que modifica de forma determinante la estructura de fondos captados por las IAMC desde los diversos agentes de financiamiento.

Al analizar los costos del conjunto de los prestadores de salud, se observa que se incrementa el gasto en todos los **factores de producción**, aunque el que presentó un incremento más pronunciado fue las remuneraciones a empleados (crece 73% entre 2005 y 2010). El gasto en medicamentos aumenta 19% en el período y el gasto en otros suministros y servicios se incrementa en 15%. A su vez, entre 2007 y 2012, el gasto por usuario en las IAMC crece 9% en términos reales, mientras que en ASSE aumenta en 89%, con lo cual la brecha en el gasto por usuario entre ambos conjuntos de prestadores se reduce, disminuyendo las inequidades en la asignación de recursos.

⁴¹ El monto total de prepago de los Seguros Privados Integrales se vio incrementado en virtud del crecimiento de su población afiliada. Los afiliados que ingresan a un Seguro Privado a través del Seguro Nacional de Salud deben complementar los aportes del FONASA con pagos particulares siempre que el pago que el FONASA vuelca a la institución no sea suficiente para cubrir la prima (cuota) del seguro. Por este motivo, las conclusiones respecto a la evolución del prepago en las IAMC, en función de la ampliación de la cobertura del SNS, no pueden trasladarse a los Seguros Privados Integrales.

Luego de presentadas las principales conclusiones, resulta pertinente reflexionar en torno al proceso de construcción de las Cuentas de Salud, cuyo propósito es el de brindar, de forma sistemática, información de calidad y oportuna para el diseño de las políticas sanitarias. Las principales limitaciones identificadas son la ausencia de sistemas de información estandarizados, los escasos conocimientos por parte de los proveedores de información de la utilidad y potencialidad de las Cuentas de Salud, lo cual dificulta la elaboración de los datos, así como la frecuente rotación del personal de los equipos de trabajo. En base a esta realidad y siguiendo las recomendaciones de la OMS, se destacan como acciones claves: la generación de una demanda por los datos, el fortalecimiento de los recursos humanos, el fortalecimiento del vínculo con los proveedores de información e intensificar la utilización de las tecnologías de la información disponibles. Se entiende necesario dotar de fluidez a la comunicación y el vínculo con las fuentes de información, así como a estimular su apropiación de la información provista por las Cuentas de Salud. La reactivación del Comité Interinstitucional, creado en marzo de 2011, se visualiza por parte del MSP como una de las acciones claves a llevar adelante en el futuro para transitar hacia la institucionalización de las Cuentas de Salud.

Además de las mejoras en la calidad y oportunidad de la información que derivarán del fortalecimiento del vínculo con los distintos agentes y proveedores, se identifican como claves otra serie de acciones orientadas al refinamiento de las Cuentas de Salud en su rol de proveer información pertinente para la política sanitaria. Estas propuestas de acción son: la construcción de estimaciones de gasto por función –dimensión que no fue abordada en esta oportunidad pero que resulta clave para monitorear el cambio en el modelo de atención–, la introducción de la clasificación basada en esquemas de financiamiento –propuesta en la metodología SHA 2011– y la utilización de la información proveniente de la Encuesta Nacional de Salud del año 2014 –primera encuesta de hogares específica de salud– para las estimaciones del gasto privado.

Finalmente, es pertinente señalar la importancia de hacer disponible esta información para los analistas y tomadores de decisiones, con el objetivo de profundizar en la evaluación del desempeño de nuestro sistema de salud y establecer causalidades y relaciones con otras variables de interés en salud, avanzando en la asignación más equitativa y eficiente del gasto. El buen uso de los recursos, asociado a mejores resultados en salud, presenta diversos desafíos

para una investigación orientada a la generación de conocimientos que fundamenten mejores políticas de salud.

Anexo: Cambios metodológicos 2009-2012.

El objetivo de este anexo es explicitar los cambios metodológicos que se incorporaron a partir de las estimaciones presentadas en esta edición de las Cuentas de Salud, de modo de comprender las limitaciones derivadas de la comparación de las cifras de gasto y financiamiento de las series iniciadas en el año 2005.

Se introdujeron cambios metodológicos para las IAMC, los Seguros Privados Integrales, los seguros parciales –en particular las emergencias médico móviles– y los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Asimismo, también se incorporaron mejoras en la estimación del gasto de bolsillo y se realizó una diferente agrupación de ciertos organismos públicos, en relación a las ediciones anteriores de las Cuentas de Salud.

Asimismo, al final del anexo se hace mención del cambio de base del IPC que construye el Instituto Nacional de Estadística a partir del 2010, con particular atención al rubro de salud y a los posibles efectos del cambio de base en ciertas estimaciones.

1. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

La información de las IAMC utilizada en las Cuentas de Salud 2009-2011 se obtuvo de la información contable presentada por la totalidad de las IAMC del sistema. En las ediciones anteriores de las Cuentas, los valores originales de los Estados Contables, que se encontraban expresados a valores corrientes del ejercicio (con fecha de cierre en setiembre de cada año), fueron re-expresados, a través de una actualización por índices de precios, en valores corrientes del año civil, con el objetivo de hacerlos compatibles con la información del resto de los proveedores y agentes del sistema.

En esta edición de las Cuentas de Salud se incorporaron dos modificaciones metodológicas en la estimación del gasto de las IAMC. La primera de ellas se propone mejorar esta actualización mediante un ajuste adicional asociado al efecto de cambios en las cantidades de servicios consumidos por una masa creciente de afiliados. El cronograma de ingresos de colectivos al Seguro Nacional de Salud implicó incorporaciones paulatinas de población a las IAMC. Dado que los Estados Contables tienen como fecha de cierre el 30 de setiembre de cada año, el volumen de la producción de servicios del año debe ajustarse también atendiendo a los cambios en la población cubierta a lo largo de cada año. A continuación se explica la metodología utilizada.

Para reflejar de mejor manera los gastos operativos en el año civil en las IAMC, en esta edición de las Cuentas de Salud, en vez de ajustar los valores del ejercicio por precios, se tomaron los Estados de Resultados del ejercicio (correspondientes al período comprendido entre el 1º de octubre y el 30 de setiembre), se dedujeron los rubros de gasto operativo de los meses de octubre, noviembre y diciembre del ejercicio en cuestión y se adicionaron los gastos operativos de esos mismos meses del ejercicio siguiente (información obtenida de los Estados de Resultados mensuales). Es decir, para estimar el gasto del año 2009 se tomaron los gastos operativos del ejercicio cerrado en 2009 y se restaron los meses comprendidos entre octubre y diciembre de 2008 y se sumaron los de octubre a diciembre de 2009.

Cabe mencionar que éste fue el procedimiento aplicado a los gastos operativos, aunque el resto de los gastos corrientes –tales como los Egresos Extraordinarios, ajustes de Ejercicios Anteriores, Egresos Diversos y Egresos Financieros– se ajustaron al año civil por precios, dado que los Estados de Resultados mensuales no incorporan ajustes en estos rubros de gasto que solo se integran a los Estados de Resultados anuales.

Asimismo, las inversiones tomadas en cuenta corresponden a las del ejercicio cerrado en setiembre de cada año, actualizadas por precios; las inversiones en infraestructura se actualizaron por los precios de la construcción (ICC) y las inversiones en equipos en función de la variación del tipo de cambio (dólar). Se entendió que las inversiones no se ajustan a los cambios en la población cubierta por cada IAMC de forma tan rápida como los gastos operativos, por lo cual no se entendió necesario realizar el mismo procedimiento en este caso.

En segundo lugar, se incorpora otro cambio en la estimación del gasto del agente IAMC, cuya finalidad es ajustar la venta de servicios asistenciales entre IAMC. De modo de evitar la duplicación de costos, derivada del hecho de que las IAMC suelen venderse y comprarse servicios asistenciales entre ellas, surgió la necesidad de deducir del monto total de venta de servicios de las IAMC lo correspondiente a aquellos servicios que son vendidos al interior del subsector mutual. Para ello, en esta edición de las Cuentas de Salud incorporamos un ajuste con el objetivo de corregir el rubro “Otros suministros y servicios” (rubro del gasto donde se incluyen los servicios asistenciales contratados) y evitar la duplicación mencionada.

A través de los Estados de Resultados, identificamos aquellas IAMC con mayor venta de servicios y con ellas nos comunicamos directamente y les consultamos qué proporción de su venta de servicios asistenciales se destinó a otras IAMC. Las instituciones con las que nos comunicamos representan dos terceras partes de la venta de servicios del sector. Con los datos por ellas provistos, y extrapolando su realidad a la totalidad del sector, utilizamos como factor

de ajuste de la ventas de servicios las siguientes proporciones: 36.37% en 2009 y 30.25% en 2010. Es decir, se descontaron esas proporciones a la venta de servicios del sector mutal en su conjunto. Al aplicar estas proporciones a la totalidad de las ventas de servicios de las IAMC, la corrección implicó una disminución ligera en el gasto total del subsector: 1.7% en 2009 y del 1.2% en 2010.

Este tipo de ajuste no es necesario entre el sector mutal y los agentes o proveedores del sector público porque contamos con la información correspondiente al monto de las transacciones a partir de la información enviada por estos últimos organismos.

2. Seguros Privados Integrales

La estimación del gasto y financiamiento de los Seguros Privados Integrales implicó dos cambios respecto a las ediciones anteriores de las Cuentas de Salud. Cabe mencionar que la principal limitación para el trabajo con la información de este conjunto de prestadores es que los Estados Contables que presentan ante el MSP no cuentan con una apertura por rubros (de gastos e ingresos) que sea uniforme entre instituciones, a diferencia de lo que sucede con las IAMC.

En primer lugar, en esta edición de las Cuentas se realizó un trabajo específico sobre la estructura de costos de los Seguros Privados Integrales a partir de los Estados Contables presentados al MSP (SINADI). Esto permitió, además de afinar las estimaciones de los distintos rubros de gasto, identificar la venta de servicios asistenciales que los Seguros realizan entre ellos. De este modo, fue posible corregir las duplicaciones que hubieran existido en las cifras de gasto total en el caso de considerar la sumatoria del gasto de todas las instituciones.

Este procedimiento para la corrección de las duplicaciones fue el mismo que se aplicó al gasto de las IAMC, de forma tal que la metodología para la estimación del gasto de estos dos conjuntos de prestadores integrales fuera coherente entre ellos, pero implica un cambio respecto a la serie de gasto 2005-2008, cuyas cifras presumimos que estarían sobreestimadas.

En el caso de los Seguros Privados Integrales esta corrección implicó disminuir el gasto de este conjunto de prestadores en 14.6% en 2009 y 14.2% en el año 2010. Estas consideraciones se vuelven especialmente importantes al analizar la evolución de los Seguros Privados Integrales en el tiempo, pero no tienen una gran incidencia en el gasto total en salud del país, ya que el gasto de estos prestadores representan aproximadamente 4% del total del gasto total.

En segundo lugar, dado que estos prestadores son empresas privadas superavitarias (sus ingresos superan a sus egresos) se optó por utilizar como cifra total de gasto a los ingresos operativos. Este cambio responde a la necesidad de reflejar de mejor manera el gasto que la sociedad en su conjunto realiza en estos prestadores, independientemente de que la totalidad de los fondos recaudados por ellos sean materializados en gasto sanitario en el año en cuestión.

Dado que no es posible conocer, a partir de los Estados Contables presentados ante el MSP, la apertura de sus ingresos según las distintas fuentes, se asumió una estructura ad-hoc de ingresos que podría ser compatible con la lógica del subsector; 85% de los ingresos se asociaron al prepago (tanto de hogares como proveniente del FONASA), el 5% a ingresos de copago y el 10% restante a venta de servicios a hogares (la venta de servicios entre Seguros fue previamente deducida del total). El superávit operativo del sector (diferencia entre ingresos y egresos) fue incorporado en las matrices como un costo "sin clasificar".

Cabe mencionar que el [cuadro 5](#), sobre el financiamiento de los hogares en prepago y en gasto de bolsillo, incorpora estos mismos criterios de estimación de los Seguros desde el año 2007, lo cual hace comparable las cifras de todo el período representado en la serie.

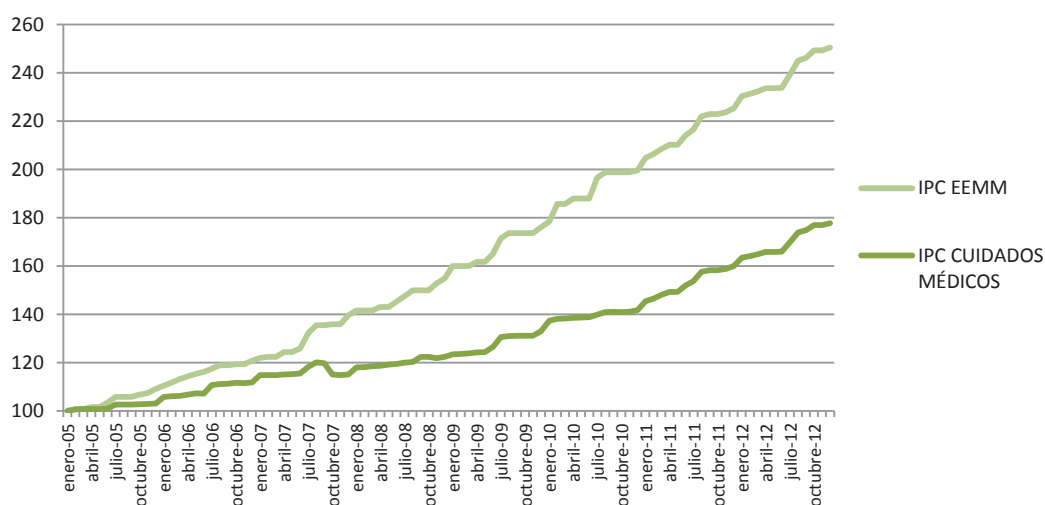
3. Seguros parciales – Emergencias Médicas Móviles

Para 2009-2012 se estimó el gasto en Emergencias Móviles a través de la información de las Encuestas Continuas de Hogares (ECH) de cada año y de la evolución del precio de las cuotas de las Emergencias (subrubro del IPC).

A través de las ECH fue posible estimar la población afiliada a Emergencias Móviles y, en particular, la cantidad de afiliados con cuotas que fueron pagadas por los hogares. Los precios de cada año, por su parte, surgieron de actualizar los precios originales, tomados del precio promedio de cuota a partir de la ENGIH 2005-2006. Para dicha actualización se utilizó un subrubro específico del IPC que refiere a la variación del precio de la cuota de las Emergencias Médicas Móviles.

Este cambio se inspiró en la constatación de una tendencia divergente en el tiempo entre la serie de precios de los cuidados médicos (subrubro del IPC utilizado en la estimación realizada para las Cuentas de Salud hasta ahora) y la evolución de los precios de las cuotas de emergencia móviles; mientras el primer índice se multiplicó por 2,25 entre enero de 2005 y diciembre de 2011, el segundo se multiplicó por 3,6. Asimismo, se entendió pertinente estimar el gasto en emergencias móviles actualizando cantidad de cuotas pagadas a partir de la información de las ECH de cada año.

Gráfico 16 Evolución de los índices de precios de Cuidados Médicos y de cuotas de las Emergencias Médicas Móviles entre 2005 y 2012. Base enero 2005=100.



Fuente: elaboración propia

El gasto en emergencias móviles está incluido dentro del gasto del proveedor "Seguros Parciales", que también está compuesto por cuotas por seguros de salud parciales (ANDA, otros), cuotas por seguros odontológicos y cuotas por derechos de atención en policlínicas. La distribución de cada uno de estos componentes de gasto del proveedor "Seguros Parciales" fue derivada de la ENGIH 2005-2006.

En dicho momento el gasto en cuotas de emergencias móviles daba cuenta de un 73,33% del gasto. Desde entonces hemos supuesto que estas proporciones se mantienen por no contar con información que nos permita distribuir el gasto a partir de una estructura actualizada. Cabe mencionar que el afinar la estimación de las emergencias móviles y mantener constantes estas proporciones tiene implícito asumir que el gasto en el resto de los seguros parciales evolucionó de la misma forma que el gasto en emergencias móviles. Optamos por esta alternativa por no disponer de información de los demás seguros parciales.

Vale decir que, también en este caso el [cuadro 5](#) incorpora la estimación de los seguros parciales desde 2007 de acuerdo a los mismos criterios de estimación incorporados en esta edición de las Cuentas.

4. Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)

Dado que en esta oportunidad contamos con información más detallada por parte del Fondo Nacional de Recursos (FNR), fue posible distinguir a qué prestadores de servicios se contrata. Anteriormente se asignaba parte del gasto a un proveedor que denominábamos "IMAE públicos". Sin embargo, para el año 2009 se pudo conocer las cifras que el FNR contrata, por un

lado, en ASSE y, por otro lado, en el Hospital de Clínicas. Es así que se asignó al gasto en cada uno de los proveedores el flujo financiero desde el agente FNR. Para el año 2010 se asignó la misma estructura de gasto que en el año 2009 por no contar con información específica para este año.

Este cambio metodológico implica evitar una duplicación de costos, ya que el gasto de ASSE y del Hospital de Clínicas en servicios de medicina altamente especializada ya se encuentra contemplado en los gastos reportados por ambos proveedores. Utilizar un apartado especial que incluya a estos dos proveedores implicaría duplicar este gasto. Esta constatación condujo a eliminar el proveedor "IMAE públicos" y considerar su gasto en el proveedor público que corresponda.

5. Gasto de los hogares

El gasto de bolsillo es el rubro que mayores dificultades presenta a la hora de ser estimado. Este gasto refiere a todos los pagos realizados por el hogar en el momento de consumir los bienes o servicios de salud y puede dividirse en: gasto en tasas moderadoras y copagos y en los pagos directos de los hogares, que se realizan en prestadores particulares.

El término *copago* implica que el costo del servicio es compartido por el usuario y por el prestador (establecido en general como proporciones del costo total), mientras que el término *tasa moderadora* refiere a su función de moderar la demanda de servicios y bienes de salud; su objetivo es reducir tanto el consumo como los gastos innecesarios. Si bien en ambos casos el usuario está también financiando parte de la prestación, los copagos refieren a que el monto a pagar se determina como una proporción del costo.

El gasto de bolsillo asociado al pago de tasas moderadoras y copagos se obtiene a través de los registros de los propios proveedores de servicios de salud. Esto nos brinda la posibilidad de utilizar de forma directa la información sobre la facturación de cada conjunto de prestaciones en un rubro del gasto que en la última década ha venido siendo el foco de diversas políticas de precios y de mejoras en el acceso.

De acuerdo al manual de **SHA 2011**, el gasto de bolsillo de los hogares es, por definición, un esquema de financiamiento, cuya característica distintiva es la de ser un pago directo por los servicios proveniente del ingreso principal del hogar o de los ahorros; no hay un tercer pagador involucrado. El usuario realiza el pago en el momento de la utilización de los servicios. Se incluyen en esta categoría tanto los costos compartidos como los pagos informales, ya sean en efectivo o en especie (OCDE 2011).

SHA 2011 propone desagregar el esquema “gasto de bolsillo” en tres distintos tipos: los gastos de bolsillo excluidos los costos compartidos, los costos compartidos asociados a esquemas gubernamentales y esquemas de seguro de salud contributivos obligatorios y los costos compartidos bajo esquemas de seguro voluntario. A su vez, los pagos informales se reportan bajo la primera de las categorías. Distinguir entre los distintos tipos de gasto de bolsillo provee información importante sobre el tipo de carga financiera de los hogares y sobre el efecto de la intervención gubernamental en el financiamiento de la salud (OCDE 2011).

Al igual que el trabajo de Cuentas de Salud 2005-2008, este informe presenta un cuadro con la estimación del gasto privado de los hogares, desagregado entre prepago y gasto de bolsillo, el cual, a su vez, se desagrega entre copagos y tasas moderadoras (costos compartidos) y pagos directos de los hogares. En este cuadro se corrigieron las estimaciones de estos gastos desde el año 2007 en función de los nuevos criterios de estimación incorporados en esta edición de las Cuentas.

La dificultad principal en la estimación del gasto de bolsillo, por ende, radica en la estimación de los pagos directos de los hogares⁴². Esta realidad, basada en la limitada y esporádica disponibilidad de información confiable, es compartida por muchos países de la región y el mundo. Las encuestas específicas de gasto en salud constituyen la herramienta más idónea para la aproximación a una medición del gasto que los hogares realizan en atención y prevención de su salud. El Uruguay no cuenta con antecedentes de este tipo de encuestas hasta el momento, razón por la cual la estimación del gasto de bolsillo asociado a pagos directos de los hogares, en el marco de las Cuentas de Salud, se ha venido realizando con la información provista por la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 2005-2006, realizada por el Instituto Nacional de Estadística. La estimación del gasto en los años posteriores se ha realizado a través de la actualización de aquellos gastos relevados originalmente, mediante la aplicación de índices de precios en los años posteriores.

Este método de estimación del gasto presenta serias limitaciones, en tanto los valores de gasto son ajustados por los cambios en los precios pero no por las cantidades. En el marco de la Reforma de la Salud, donde se han implementado cambios importantes en las políticas –con sus correspondientes efectos en el consumo de bienes y servicios de salud–, no parece acertado suponer que las cantidades consumidas se hayan mantenido constantes. Sin embargo, dada la

⁴² Vale mencionar que el manual de SHA 2011 denomina pagos directos (también conocidos como OOPS, por sus siglas en inglés) a todo el gasto de bolsillo, mientras que en este trabajo, así como en sus ediciones anteriores, utilizamos el concepto de pagos directos para referirnos a aquella parte del gasto de bolsillo que no involucra costos compartidos con el proveedor, es decir, excluimos los desembolsos por concepto de tasas moderadoras y copagos.

diversidad y atomización de los bienes y servicios a que refieren estos pagos directos de los hogares, no se cuenta con información que permita ajustar las cantidades, con excepción del caso de los medicamentos, presentado a continuación.

Medicamentos

Este informe incorpora un cambio únicamente en el método de actualización del gasto en medicamentos a partir de información provista por la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA). De acuerdo a la ENGIH 2005-2006, este rubro de gasto correspondía a cerca del 40% de los pagos directos de los hogares.

La metodología usada en las Cuentas de Salud hasta el momento consistió en una actualización de los valores de gasto en medicamentos (según ENGIH 2005-2006) por el índice de precios de productos medicinales y farmacéuticos, con la mencionada limitación de mantener las cantidades consumidas constantes. Se tornó necesario incorporar elementos que permitiesen una actualización del gasto en la que se ajusten tanto los precios como las cantidades.

En esta oportunidad se accedió a información de la venta de la industria farmacéutica correspondiente al período 2006-2011, desagregada entre los distintos canales de distribución por los cuales ésta vende los medicamentos. El informe de CEFA denomina estos canales como: gobierno, mutualismo, farmacias, droguerías y otros. Los canales de distribución que podrían representar el consumo de los hogares en medicamentos adquiridos en proveedores “no institucionales”—es decir, aquel gasto de bolsillo que no se hace mediante copagos o tasas moderadoras— serían las farmacias y las droguerías (que luego venden a las farmacias y éstas a los hogares).

Indicadores asociados al gasto de bolsillo

Cabe destacar que es de vital importancia monitorear el indicador de gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud. Este constituye un insumo importante a la hora de diseñar las políticas dado que nos permite aproximar a la protección financiera que tiene la población, definida como una de las dimensiones de la Cobertura Universal en Salud (OMS 2010). Sin embargo, este indicador no nos permite conocer el grado de vulnerabilidad de los hogares asociado a gastos catastróficos en salud. Para ello es necesario realizar estudios específicos sobre la carga del gasto de bolsillo en el gasto de los hogares, que permitan aproximarnos a la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento de los hogares derivado del gasto en atención de la salud de sus integrantes.

Este tipo de estudios suelen tener como objetivo vincular la propensión a sufrir elevadas cargas de gasto de bolsillo y ocurrencia de gastos catastróficos y empobrecimiento con una serie de variables socio económicas, como ser el nivel de ingresos del hogar, la cobertura de salud, la conformación del núcleo familiar, localización geográfica, nivel educativo, etc. Un análisis potencialmente más rico se vería acompañado de la vinculación de la carga de gasto de bolsillo de los hogares y la presencia de gasto catastrófico con episodios específicos de morbilidad, hábitos de vida y enfermedades crónicas, por ejemplo. Estos son insumos vitales para el diseño de política, pero que escapan los objetivos y posibilidades del trabajo de Cuentas de Salud.

6. Otros Ministerios y otros organismos públicos

Se incorpora un cambio en la apertura de los organismos públicos que responde a recomendaciones internacionales. En las Cuentas de Salud que van hasta el año 2008 existía un agente de financiamiento llamado "Otros Organismos Públicos", mientras que en la presente edición se distinguen aquellos organismos públicos que son Ministerios (distintos al Ministerio de Salud Pública, que se presenta por separado debido a la importancia de su rol en el sistema de salud).

Por lo tanto, la suma de los "Otros Ministerios" y los "Otros Organismos Públicos" en las Cuentas de Salud 2009-2010 equivale a los "Otros Organismos Públicos" en ediciones anteriores.

Cabe mencionar que Sanidad Policial y Sanidad Militar –servicios del Ministerio del Interior y del Ministerio de Defensa Nacional respectivamente– son prestadores de salud cuyos gastos se presentan de forma separada. Por lo tanto, los gastos relativos a estos ministerios que fueron incorporados en "Otros Ministerios" refieren a aquellos desembolsos asociados a gasto en salud distinto al gasto de los prestadores de servicios de salud Sanidad Policial y Sanidad Militar.

Otro de los cambios incorporados en esta edición de las Cuentas de Salud es la incorporación del gasto del Banco República (BROU) en beneficios de salud para sus funcionarios dentro del agente "Otros Organismos Públicos", en virtud de que este organismo no tiene servicios de salud propios de importancia; el gasto que realizan se compone fundamentalmente de gasto que el agente BROU canaliza a distintos proveedores privados (IAMC, atención odontológica, psicoterapia, adquisición de lentes, etc.).

7. Índice de Precios al Consumo (IPC)

La estimación de algunos rubros de gasto en Cuentas de Salud se apoya en las series de índices de precios provistas por el INE y, en particular, ciertos subrubros específicos relacionados a las

distintas dimensiones de la atención a la salud. A partir del año 2011 el INE introduce un cambio de base del IPC, con lo cual los índices de precios dejan de estar expresados con base en marzo de 1997 y pasan a tomar como base el mes de diciembre de 2010.

Los datos presentados de gasto en salud de los años 2011 y 2012, aún preliminares, se estimaron en algunos casos a partir de actualizaciones de información de los años previos utilizando índices de precios.

En la metodología del IPC con base marzo de 1997 los productos relacionados con el sector salud se agrupaban dentro del *rubro 5*, denominado "Cuidados médicos y conservación de la salud", la que contenía, a su vez, 3 agrupaciones: 51) productos medicinales y farmacéuticos, 52) aparatos y equipos terapéuticos y 53) servicios médicos. En total se incluían 17 artículos dentro del rubro.

Con la nueva metodología del IPC con base en Diciembre de 2010 los productos relacionados con el sector salud pasan a agruparse en la *división 6*, llamada "Salud". Ésta contiene 4 grupos de productos: 61) productos, artefactos y equipo médicos, 62) servicios para pacientes externos, 63) servicios de hospital y 69) servicios médicos mutuales y colectivos. El total de artículos es ahora 23.

I. Matriz Fuente-Agente 2009 a precios corrientes. Millones de pesos.

Fuentes de Financiamiento	FS.1 Fondos públicos							FS. 2 Fondos privados		FS. 3 Fondos del resto del mundo	Total
	FS.1.1 Fondos del Gobierno territorial		F.S 1.2 Otros fondos públicos				FS.2.2 Hogares	FS 2.4 Otro financiamiento privado	Financiamiento externo		
	FS.1.1.1 Impuestos generales	FS.1.1.2 Impuestos departamentales	FS. 1.2.1 Empresas públicas (precios)	FS.1.2.2 Contribuciones a la seguridad social							
				Contribuciones del empleador	Contribuciones del empleado	Contribuciones de pasivos				Transferencias del Gobierno a la seguridad social	
Agentes de Financiamiento											
HF.1 Gobierno general	14.145	679	700	7.998	8.834	998	3.458	328	28	361	37.528
HF.1.1 Gobierno territorial	10.888	679	0	0	289	230	1.821	309	15	205	14.435
HF.1.1.1 Gobierno central	10.888	0	0	0	289	230	1.821	166	15	205	13.614
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	10.817	0	0	0	0	0	0	107	2	205	11.131
ASSE	10.130							107		203	10.440
MSP	687								2	2	691
HF.1.1.1.2 Otros ministerios	71	0	0	0	289	230	1.821	60	13	0	2.483
Sanidad Militar					146	120	1.011	39	6		1.322
Sanidad Policial					143	110	809	21	7		1.090
Otros Ministerios	71										71
HF.1.1.2 Estado/Gobierno provincial	0	679	0	0	0	0	0	143	0	0	821
Intendencia de Montevideo		333						110			443
Intendencias del Interior		346						33			378
HF.1.2 Fondos de seguridad social	0	0	0	6.854	7.883	707	399	0	0	0	15.843
SNS- JUNASA- BPS				6.854	7.883	707	399				15.843
HF.1.3 Corporaciones paraestatales	0	0	236	0	23	4	81	12	0	0	356
BHU			106					1			107
ANCAP			125					11			136
Chassfose			5		23	4	81				113
HF.1.4 Entidades extrapresupuestarias	3.084	0	0	1.144	638	57	1.158	7	13	156	6.257
Universidad	1.144								13	156	1.313
Comisiones Honorarias	233	0						7			240
BPS - Sanatorio							1.115				1.115
BSE				589							589
FNR	1.708			554	638	57	43				3.000
Otros Org. Públicos	173		464								636
HF.2 Sector privado	268	0	0	474	285	0	0	20.996	2.167	0	24.190
HF.2.1 Seguros sociales privados	0	0	0	474	285	0	0	157	0	0	916
Caja Notarial								157			157
Seguros Convencionales				474	285						759
HF.2.2 Seguros privados	268	0	0	0	0	0	0	12.071	2.167	0	14.506
IAMCS	268							6.681	2.167		9.116
Seguros Privados Integrales								2.281			2.281
Seguros parciales								3.109			3.109
HF.2.3 Gasto directo de los hogares	0	0	0	0	0	0	0	8.767	0	0	8.767
Pagos directos de los hogares								8.767			8.767
Total	14.413	679	700	8.472	9.118	998	3.458	21.324	2.195	361	61.718

II. Matriz Agente-Proveedor 2009 a precios corrientes. Millones de pesos.

Proveedores	Agente de Financiamiento	HF.1 Gobierno general																	HF.2 Sector Privado						Total
		HF.1.1 Gobierno territorial							HF.1.2 Fondos de la Seguridad Social	HF.1.3 Corporaciones paraestatales			HF.1.4 Entidades extrapresupuestarias					Otros Org. Públicos	HF.2.1 Seguros sociales privados		HF.2.2 Seguros privados			HF.2.3 Gasto directo de los hogares	
		HF.1.1.1 Gobierno Central					HF.1.1.2 Estado/Gobierno provincial																		
		HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud		HF.1.1.1.2 Otros ministerios																					
ASSE	MSP	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros Ministerios	Intendencia de Montevideo	Intendencia s del Interior	SNS-JUNASA-BPS	BHU	ANCAP	Chassfose	Universidad	Comisiones Honorarias	BPS- Sanatorio	BSE	FNR	Caja Notarial	Seguros Convencio- nales	IAMCS	Seguros Privados Integrales	Seguros Parciales	Pagos directos de los hogares				
Proveedores Públicos																									
ASSE	10.126		5	1			1.144						27		66							11.369			
MSP		669																				669			
Hospital Militar	0,3		1.238										0,02									1.238			
Hospital Policial	1		2	775														0,04				778			
Hospital de Clínicas	7										1.289				57							1.353			
BPS - Sanatorio													837									837			
BSE - Sanatorio														462								462			
BHU									61													61			
ANCAP										93												93			
Otros Públicos																60						60			
Comisiones Honorarias												240										240			
Policlínicas IMM						152																152			
Intendencias del Interior							121															121			
FNR															898							898			
Chassfose											14											14			
Proveedores Privados																									
IAMCS	305		78	315		282	258	14.478	40	40	92	24		249	127	826	460	30	461	9.116		27.181			
Seguros Privados Integrales								221						1			2	109		2.281		2.613			
Seguros parciales		22			1				2	1	0,3						1		195		3.109	3.332			
IMAE privado																1.134						1.134			
IMAE en el exterior																18						18			
Servicios contratados en el exterior					58																	58			
Caja Notarial																		18				18			
Otros proveedores privados					12	9			4	2	7						114		103			8.767	9.019		
Total	10.440	691	1.322	1.090	71	443	378	15.843	107	136	113	1.313	240	1.115	589	3.000	636	157	759	9.116	2.281	3.109	8.767	61.718	

III. Matriz Costo de los factores 2009 a precios corrientes. Millones de pesos.

Costo de los Factores	RC.1 Desembolsos Corrientes							RC.2 Gastos de Capital					s/c	Total General
	Remuneraciones de empleados	RC 1.2 Suministros y Servicios		RC. 1.4 Intereses y RC.1.9 Otros gastos corrientes		RC 1.3 Consumo de Capital Fijo	Total	RC 2.1 Inversión en Estructuras	RC 2.2 Inversión en Equipos	RC 2.3 Transferencias de Capital	Otros Sin Clasificar	Total		
		RC 1.2.1.1 Medicamentos	Suministros y servicios	Otros gastos corrientes	Gastos financieros									
Proveedores														
Proveedores Públicos														
ASSE	6.666	859	3.234	3	8		10.769	179	372		49	599		11.369
MSP	300	216	82	58	0,3		656				13	13		669
Hospital Militar	765	151	285	3			1.204	23	11			34		1.238
Hospital Policial	525	55	173				753	8	16			25		778
Hospital de Clínicas	901	48	219				1.168	112	73			185		1.353
BPS - Sanatorio	514	50	268				831		1		5	6		837
BSE - Sanatorio	354	16	82	0,5			453	1	8		0,2	9		462
BHU	37	8	16				61							61
ANCAP	57	14	23				93							93
Otros públicos	55	2	3	0,1		0,02	60		0,1			0,1		60
Comisiones Honorarias	198	2	35		1	1	237	1	3	0,3		3		240
Policlínicas IMM	129	6	16				151	1				1		152
Intendencias del Interior	89	10	21				121							121
Chassfose	6		1	5	-		12				2	2		14
FNR	85	457	351		3		895		3			3		898
Proveedores Privados														
IAMCS	15.432	2.474	6.502		1.236	449	26.093	630	458			1.088		27.181
Seguros Privados Integrales	1.013	359	660		203	49	2.283	76	86			162	169	2.613
Seguros Parciales	1.781	32	1.270		189	61	3.332							3.332
IMAE privado	502	45	512		38	38	1.134							1.134
IMAE en el exterior	8	1	8		1	1	18							18
Servicios Contratados en el exterior			58				58							58
Caja Notarial	2	8	8				18							18
Otros proveedores privados	3.076	4.073	1.822		33	13	9.019							9.019
Total	32.495	8.886	15.648	69	1.711	611	59.419	1.030	1.030	0	69	2.129	169	61.718

IV. Matriz Fuente-Agente 2010 a precios corrientes. Millones de pesos.

Fuentes de Financiamiento	FS.1 Fondos públicos							FS. 2 Fondos privados		FS. 3 Fondos del resto del mundo	Total
	FS.1.1 Fondos del Gobierno territorial		F.S.1.2 Otros fondos públicos				FS.2.2 Hogares	FS 2.4 Otro financiamiento privado	Financiamiento externo		
	FS.1.1.1 Impuestos generales	FS.1.1.2 Impuestos departamen- tales	FS. 1.2.1 Empresas públicas (precios)	FS.1.2.2 Contribuciones a la seguridad social							
				Contribuciones del empleador	Contribuciones del empleado	Contribuciones de pasivos				Transferencias del Gobierno a la seguridad social	
Agentes de Financiamiento											
HF.1 Gobierno general	16.139	739	740	9.442	10.578	1.061	3.525	377	36	59	42.696
HF.1.1 Gobierno territorial	12.728	739	0	0	328	255	2.023	352	13	14	16.451
HF.1.1.1 Gobierno central	12.728	0	0	0	328	255	2.023	205	13	14	15.565
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	12.653	0	0	0	0	0	0	137	2	14	12.806
ASSE	11.855							137		2	11.993
MSP	799								2	12	813
HF.1.1.1.2 Otros ministerios	74	0	0	0	328	255	2.023	68	11	0	2.759
Sanidad Militar					151	118	1.096	46	11		1.421
Sanidad Policial					178	136	927	22	0		1.264
Otros Ministerios	74									74	
HF.1.1.2 Estado/Gobierno provincial	0	739	0	0	0	0	0	147	0	0	886
IMM		376						113			488
Intendencias del Interior		363						34			397
HF.1.2 Fondos de seguridad social	0	0	0	8.200	9.443	741	315	0	0	0	18.699
SNS- JUNASA- BPS				8.200	9.443	741	315				18.699
HF.1.3 Corporaciones paraestatales	0	0	244	0	28	5	83	17	0	0	378
BHU			106					2			108
ANCAP			131					15			146
Chassfose			7		28	5	83				123
HF.1.4 Entidades extrapresupuestarias	3.197	0	0	1.242	779	61	1.104	8	23	45	6.459
Universidad	1.186								23	45	1.254
Comisiones Honorarias	254	0						8			262
BPS - Sanatorio							1.065				1.065
BSE				566							566
FNR	1.758			676	779	61	39				3.312
Otros Org. Públicos	214		496								710
HF.2 Sector privado	336	0	0	519	311	0	0	22.742	2.025	0	25.933
HF.2.1 Seguros sociales privados	0	0	0	519	311	0	0	173	0	0	1.004
Caja Notarial								173			173
Seguros Convencionales				519	311						831
HF.2.2 Seguros privados	336	0	0	0	0	0	0	13.359	2.025	0	15.719
IAMCS	336							7.334	2.025		9.694
Seguros Privados Integrales								2.587			2.587
Seguros parciales								3.438			3.438
HF.2.3 Gasto directo de los hogares	0	0	0	0	0	0	0	9.210	0	0	9.210
Pagos directos de los hogares								9.210			9.210
Total	16.474	739	740	9.961	10.890	1.061	3.525	23.120	2.061	59	68.629

V. Matriz Agente-Proveedor 2010 a precios corrientes. Millones de pesos.

Proveedores	Agente de Financiamiento	HF.1 Gobierno General																	HF.2 Sector Privado							Total
		HF.1.1 Gobierno territorial							HF.1.2 Fondos de la Seguridad Social	HF.1.3 Corporaciones paraestatales			HF.1.4 Entidades extrapresupuestarias					Otros Org. Públicos	HF.2.1 Seguros sociales privados		HF.2.2 Seguros privados			HF.2.3 Gasto directo de los hogares		
		HF.1.1.1 Gobierno Central					HF.1.1.2 Estado/Gobierno provincial																			
		HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud		HF.1.1.1.2 Otros ministerios																						
		ASSE	MSP	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros Ministerios		Intendencia de Montevideo																	Intendencias del Interior	
Proveedores Públicos																										
ASSE		11.617		5	2				1.507							21		71								13.223
MSP			748																						748	
Hospital Militar		0,1		1.345												0,02									1.345	
Hospital Policial		4			910															0,1					914	
Hospital de Clínicas		13			0,004							1.234					61								1.307	
BPS - Sanatorio															848										848	
BSE - Sanatorio																490									490	
BHU										78															78	
ANCAP											100														100	
Otros Públicos																	68								68	
Comisiones Honorarias													262												262	
Policlínicas IMM						166																			166	
Intendencias del Interior							128																		128	
FNR																	1.068								1.068	
Chassfosc											16														16	
Proveedores Privados																										
IAMCS		359		71	351		308	269	16.910	23	43	98	20		195	76	1.250	473	33	505	9.369				30.356	
Seguros Privados Integrales									282						1		2	120			2.587				2.992	
Seguros parciales			65			1				3	2	0,4					1		213			3.438			3.724	
IMAE privado																	1.191								1.191	
IMAE en el exterior																	10								10	
Servicios contratados en el exterior					52																				52	
Caja Notarial																		20							20	
Otros proveedores privados					21	14				4	1	8					152		113				9.210		9.523	
Total		11.993	813	1.421	1.264	74	488	397	18.699	108	146	123	1.254	262	1.065	566	3.651	696	173	831	9.369	2.587	3.438	9.210	68.629	

VI. Matriz Costo de los factores 2010 a precios corrientes. Millones de pesos.

Costo de los Factores	RC.1 Desembolsos Corrientes							RC.2 Gastos de Capital					s/c	Total General
	Remuneraciones de empleados	RC 1.2 Suministros y Servicios		RC. 1.4 Intereses y RC 1.9 Otros gastos corrientes		RC 1.3 Consumo de Capital Fijo	Total	RC 2.1 Inversión en Estructuras	RC 2.2 Inversión en Equipos	RC 2.3 Transferencias de Capital	Otros Sin Clasificar	Total		
		RC 1.2.1.1 Medicamentos	Suministros y servicios	Otros gastos corrientes	Gastos financieros									
Proveedores														
Proveedores Públicos														
ASSE	8.141	998	3.600	2	11		12.752	316	106		50	472		13.223
MSP	402	159	30	130	0,5		722				26	26		748
Hospital Militar	840	150	277	5			1.271	48	25			74		1.345
Hospital Policial	633	51	197				881	26	7			33		914
Hospital de Clínicas	985	51	201				1.237	34	36			70		1.307
BPS - Sanatorio	522	55	261				839		6		4	9		848
BSE - Sanatorio	380	18	86	1			486	3	1			4		490
BHU	58	12	8				78							78
ANCAP	61	14	25				100							100
Otros públicos	56	2	10	0,1		0,03	68		0,002			0,002		68
Comisiones Honorarias	216	2	38		1	1	259	1	3	0,3		4		262
Policlínicas IMM	141	7	17				165	1				1		166
Intendencias del Interior	95	10	23				128							128
Chassfose	7		2	5			13				3	3		16
FNR	103	532	426	2	1		1.065		2			2		1.068
Proveedores Privados														
IAMCS	18.083	2.509	7.225		1.102	639	29.557	486	312			798		30.356
Seguros Privados Integrales	1.180	369	737		249	57	2.592	68	39			108	292	2.992
Seguros Parciales	1.990	36	1.419		211	68	3.724							3.724
IMAE privado	527	47	538		40	39	1.191							1.191
IMAE en el exterior	5	0,4	5		0,3	0,3	10							10
Servicios Contratados en el exterior			52				52							52
Caja Notarial	2	9	9				20							20
Otros proveedores privados	3.314	4.196	1.961		37	15	9.523							9.523
Total	37.743	9.227	17.147	145	1.652	819	66.734	984	538	0	82	1.604	292	68.629

VII. Estimación del gasto por agente de financiamiento 2011 y 2012.
Millones de pesos corrientes

	2011	2012
HF.1 Gobierno general	49.629	61.006
HF.1.1 Gobierno territorial	18.281	19.952
HF.1.1.1 Gobierno central	17.368	18.982
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	14.727	15.646
ASSE	13.732	14.679
MSP	995	967
HF.1.1.1.2 Otros ministerios	2.641	3.336
Sanidad Militar	1.538	1.891
Sanidad Policial	1.027	1.367
Otros Ministerios	76	78
HF.1.1.2 Estado/Gobierno provincial	913	971
Intendencia de Montevideo	496	518
Intendencias del Interior	417	453
HF.1.2 Fondos de seguridad social	23.196	31.955
SNS- JUNASA- BPS	23.196	31.955
HF.1.3 Corporaciones paraestatales	399	420
BHU	110	111
ANCAP	156	166
Chassfose	133	143
HF.1.4 Entidades extrapresupuestarias	7.131	7.712
Universidad	1.257	1.358
Comisiones Honorarias	304	317
BPS - Sanatorio	1.185	1.284
BSE	679	667
FNR	3.706	4.087
Otros Org. Públicos	622	967
HF.2 Sector privado	28.300	30.195
HF.2.1 Seguros sociales privados	1.071	1.126
Caja Notarial	169	152
Seguros Convencionales	902	974
HF.2.2 Seguros privados	17.073	17.734
IAMCS	10.582	10.782
Seguros Privados Integrales	2.880	3.080
Seguros parciales	3.611	3.872
HF.2.3 Gasto directo de los hogares	10.157	11.335
Pagos directos de los hogares	10.157	11.335
Gasto total en salud	77.929	91.201

VIII. Bibliografía

- Arbulo, Victoria , Juan Pablo Pagano, Gustavo Rak, y Laura Rivas. *El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud*. Montevideo, 2012.
- ASCUES Magda, CASTRO Markela y REYES Carmen, con la colaboración de la Dra. Amparo Gordillo. *Manual de Cuentas Satélites de Salud (CSS), versión 1. Serie HO*. Washington D.C.: OPS, 2005.
- BCU. *www.bcu.gub.uy*. s.f. <http://www.bcu.gub.uy/Estadisticas-e-Indicadores/Cuentas%20Nacionales/presentacion05.htm> (último acceso: 16 de Julio de 2014).
- BID, OCDE. *Sistema de Cuentas de Salud*. Washington D.C., 2002.
- BM. *¿Dónde está el dinero y qué estamos haciendo con él? Creación de una base de evidencia para mejor financiamiento de salud y mayor rendición de cuentas. Guía estratégica para la institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud*. Resumen, BM, 2011.
- Fuentes, Guillermo. «El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible.» *Revista Uruguay de Ciencia Política* - Vol. 19 N°1, 2010: 119-142.
- MSP. *Cuentas de Salud en Uruguay 2004. División Economía de la Salud*. Montevideo, 2006.
- . *Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, División Economía de la Salud*. Montevideo: OPS, 2010.
- . *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, 2010.
- OCDE, Eurostat, WHO. *A System of Health Accounts, 2011 Edition*. OECD Publishing, 2011.
- OMS. *Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra, 2004.
- . *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la Cobertura Universal*. Ginebra, 2010.
- ONU. *Objetivos de Desarrollo del Milenio, la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, 2008.

RANNAN-ELIYA Ravi P., LORENZONI Luca. *Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework*. OECD Health Working Papers, No. 52. OECD Publishing, 2010.

RANNAN-ELIYA, Ravi. *Estimating out-of-pocket spending for national health accounts*. Ginebra: WHO Press, 2010.

Trylesinski, Fanny, María Cervini, y Marianne Estellano. *Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud. Años 1999-2000*. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Proyecto Fortalecimiento Institucional Sector Salud Ministerio de Salud Pública. Montevideo, s.f.

URUGUAY SOCIAL Consejo Nacional de Políticas Sociales. *De la Emergencia a la Equidad Social: Las políticas sociales del Gobierno Nacional (2005-2009)*. Montevideo, 2009.



Fe de erratas

página 64:

Donde dice: "En el año 2007, el 37% de los recursos de las IAMC provenían del FONASA, mientras que en 2012 este guarismo asciende al 64%." debería decir: "En el año 2007, el 37% de los recursos de las IAMC provenían del FONASA, mientras que en 2012 este guarismo asciende al 63%."

página 65:

Donde dice: "La participación de las IAMC como agentes de sus propios recursos –cuyos ingresos están vinculados al prepago de los afiliados particulares y a tasas y copagos de todos sus afiliados– cae del 46% en 2007 a 26% al final del período, mientras que los demás agentes también disminuyen su participación de 16% a 10% entre 2007 y 2012." debería decir: "La participación de las IAMC como agentes de sus propios recursos –cuyos ingresos están vinculados al prepago de los afiliados particulares y a tasas y copagos de todos sus afiliados– cae del 46% en 2007 a 26% al final del período, mientras que los demás agentes también disminuyen su participación de 16% a 11% entre 2007 y 2012."

El gráfico 12 debería ser:

Gráfico 12 Agentes financiadores de las IAMC. Millones de pesos constantes de 2010

