



Ministerio  
**de Salud Pública**

# **Desempeño de los principales prestadores del SNIS 2019**

Área Economía de la Salud

Junta Nacional de Salud

Noviembre, 2020.



Ministerio  
**de Salud Pública**



## Índice

1. Introducción .....	1
1.1. Objetivo .....	1
1.2. Fuentes de información y período de análisis .....	2
2. Los usuarios de los prestadores del SNIS .....	7
2.1. Población por tipo de prestador .....	7
2.2. Perfil de los usuarios por prestador .....	9
2.3. Usuarios del Seguro Nacional de Salud .....	20
2.4. Sanidad Policial y Sanidad Militar .....	23
2.5. Múltiple cobertura .....	26
3. ¿Cómo se utilizan los servicios en los prestadores integrales del SNIS? .....	31
3.1. Indicadores de atención ambulatoria – Consultas .....	34
3.2. Análisis de las recetas de medicamentos en atención ambulatoria .....	35
3.3. Indicadores de atención en internación - Indicadores de estructura .....	37
3.4. Indicadores de utilización en internación - Egresos .....	39
3.5. Días de hospitalización (DCO) .....	41
3.6. Indicadores de desempeño de camas .....	43
3.7. Indicadores de Centro Quirúrgico .....	47
3.8. Indicadores de utilización de servicios de diagnóstico .....	48
3.9. Indicadores de actividad asistencial de ASSE considerando la incidencia del Hospital de Clínicas .....	52
3.10. Análisis por edad y sexo de las consultas y los DCO en IAMC y ASSE .....	54
4. Prestadores Públicos del SNIS .....	60
4.1. Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) .....	60
4.1.1. Evolución de los ingresos de ASSE .....	60
4.1.2. Evolución de los gastos de ASSE .....	61
4.1.3. Otros prestadores públicos: Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas .....	64



5. Prestadores Integrales Privados del SNIS.....	70
5.1. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).....	70
5.1.1. Los ingresos de las IAMC .....	70
5.1.2. Los gastos en las IAMC .....	74
5.1.3. Rentabilidad .....	76
5.1.4. Liquidez y Solvencia .....	80
5.1.5. Inversiones .....	83
5.2. Seguros Privados Integrales .....	85
6. Consideraciones finales.....	89
7. Anexo.....	96



## Glosario

**AES:** Área Economía de la Salud

**ASSE:** Administración de Servicios de Salud del Estado

**BPS:** Banco de Previsión Social

**BSE:** Banco de Seguros del Estado

**CAP:** Centros de Atención Periférica y de Enfermerías

**CGN:** Contaduría General de la Nación

**CSP:** Costos de los Servicios prestados

**GAV:** Gastos de Administración y Ventas

**CTI- CI:** Centro de Tratamiento Intensivo y Cuidados Intermedios (CTI-CI)

**DCO:** Días cama ocupados

**DEMPESA:** División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud

**ECH:** Encuesta Continua de Hogares

**FONASA:** Fondo Nacional de Salud

**IAMC:** Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**JUNASA:** Junta Nacional de Salud

**RIEPS:** Red Integrada de Efectores Públicos de Salud

**RUCAF:** Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal

**SCARH:** Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos

**SINADI:** Sistema Nacional de información

**SNIS:** Sistema Nacional Integrado de Salud

**SNS:** Seguro Nacional de Salud



## 1. Introducción

### 1.1. Objetivo

El documento presentado a continuación tiene como objetivo actualizar la información de desempeño de los principales prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a diciembre de 2019. De esta manera, el análisis sigue la misma estructura de informes anteriores, con el objetivo de dar continuidad al análisis. Así, se incluye información tanto del sector público, a saber, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas como del sector privado, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y Seguros Privados.

El análisis aborda el desempeño de los actores desde diversos puntos de vista, incluyendo la cobertura poblacional horizontal, las características de los usuarios, el relevamiento y monitoreo de aspectos asistenciales y el financiamiento y gasto del sistema.

El informe se estructura de la siguiente forma: en el primer apartado se presenta la información utilizada, los objetivos del análisis y consideraciones metodológicas. En la segunda parte, se sintetizan las características de la cobertura poblacional integral así como también se describen las características de los usuarios con cobertura teniendo en cuenta diversas variables tales como la edad, el sexo, el tipo de cobertura, la forma de financiamiento de esa afiliación y otras características socio-demográficas que permiten obtener una visión general del perfil de los usuarios. Se dedica un apartado para describir el fenómeno de la múltiple cobertura. Además, en un tercer capítulo, se presentan diversos indicadores que describen la utilización de servicios asistenciales de los prestadores del SNIS en cuanto a atención ambulatoria, internación, servicios diagnósticos y medicamentos, entre otros. En esta edición, se incorporan al análisis nuevas instituciones, incluyendo información del Banco de Previsión Social (BPS), Banco de Seguros del Estado (BSE), Hospital de Clínicas, Sanidad Militar y Sanidad Policial, aspecto que enriquece el estudio. En el cuarto y quinto capítulo se muestra la



evolución de gastos e ingresos de los prestadores públicos (ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas) así como también del subsector privado (IAMC y Seguros Privados). Para finalizar, se presentan las conclusiones y avances del período, así como los principales desafíos que quedan por delante.

## 1.2. Fuentes de información y período de análisis

La información que nutre el análisis surge de diversas fuentes, presentando variaciones en cuanto a su calidad y cantidad. Esto hace que el estudio se vea potenciado o limitado, según corresponda, permitiendo, en algunos casos, mayor detalle en la interpretación de los indicadores.

Así, para el capítulo de cobertura poblacional y usuarios del SNIS se utilizan bases de datos nominalizadas tales como el Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) o la base de datos del Fondo Nacional de Salud (FONASA) administrada por el BPS así como también fuentes de información complementarias tales como encuestas de hogares y censos de población que reportan las instituciones al SINADI. Además, se utiliza información secundaria provista por el Instituto Nacional de Estadística (INE) como las proyecciones de población. El RUCAF, que será la fuente de información principal, es el sistema encargado de sistematizar la información de todas las afiliaciones mensuales de los prestadores integrales que brinden cualquier tipo de asistencia médica. Actualmente, envían información 45 instituciones: 6 Seguros Privados integrales, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Sanidad Policial, Sanidad Militar y 36 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (11 de Montevideo y 25 del Interior del país). Cada padrón individual es enviado al MSP en un archivo con formato xml con frecuencia mensual, conteniendo el padrón completo de afiliados a la institución una vez procesadas las bajas de afiliados FONASA enviadas mensualmente por el BPS. Dicho archivo contiene las siguientes variables: tipo y número de documento, primer y segundo nombre, primer y segundo apellido, fecha de nacimiento, sexo, país, departamento, localidad, tipo de cobertura, fecha de afiliación y código de la institución, fecha del registro (todas estas variables son de carácter



obligatorio) además de poseer dirección y teléfono de la persona (no existe aún obligatoriedad en el reporte). Para el desarrollo de este capítulo se decidió utilizar la información correspondiente a los beneficiarios a través del FONASA (que administra BPS) de diciembre 2019 a la que se le adicionó todas las afiliaciones integrales no FONASA que reportan las instituciones al RUCAF correspondientes al mismo mes. Por este motivo, puede que la cantidad de registros enviados por las instituciones al RUCAF en diciembre de 2019 no coincidan exactamente con los que aquí se presentan ya que la base que sirve al análisis fue conformada con las dos que se mencionan anteriormente.

Para la sección vinculada a la utilización y producción asistencial se utiliza información que reportan las instituciones al SINADI asistencial. En este sentido, se destaca que a finales de 2018 se recibió por primera vez información asistencial del BPS (Banco de Previsión Social), BSE (Banco de Seguros del Estado), Hospital de Clínicas, Sanidad Militar y Sanidad Policial. La información que sostiene este apartado no es homogénea para todas las instituciones ni a través del tiempo. En efecto, se identifica que en los primeros meses existe una curva ascendente en cuanto a la proporción de eventos registrados sobre los realizados, así como de la calidad y confiabilidad del registro. Esta curva depende de la madurez de los sistemas de información existentes, del tamaño de la Institución, su grado de desconcentración, la capacidad de destinar recursos a la producción del dato y procesamiento de información, entre otros. Por este motivo, continúan los múltiples intercambios entre el Departamento de Análisis Asistencial del Área y los distintos referentes de cada institución. El período de referencia corresponde al ejercicio 2019 en todos los casos.

Los datos económicos y financieros, por su parte, también tienen diversos orígenes. En el caso de las IAMC la información proviene de los estados contables auditados que se presentan al SINADI con carácter anual. En tanto para ASSE, la información surge de la propia institución, de los Balances de Ejecución Presupuestal de la Contaduría General de la Nación (CGN) y de los informes económico-financieros realizados por el Ministerio de Economía y finanzas (MEF). Para el resto de las instituciones públicas se utiliza información de la CGN. En cuanto a los Seguros Privados Integrales, los estados





financieros también corresponden a los presentados al SINADI, si bien no cuentan con el nivel de detalle ni la homogeneidad en la exposición que sí se exige en las IAMC

No se realizaron innovaciones respecto a la metodología de análisis propuesta para el estudio y clasificación de los datos asistenciales y económico-financieros de las IAMC. En este sentido, al igual que en ediciones anteriores, se utilizaron dos criterios. Por un lado, se aplicó el criterio de agrupación regional mediante el cual las IAMC y las diferentes unidades de ASSE quedan agrupadas en las regiones norte, oeste, este y sur. El Cuadro 1 resume la siguiente clasificación.

**Cuadro 1. Clasificación por agrupación regional**

<b>ASSE</b>			
<b>Norte</b>	<b>Oeste</b>	<b>Este</b>	<b>Sur</b>
Rivera	Río Negro	Maldonado	Montevideo
Tacuarembó	Soriano	Rocha	Canelones
Artigas	Colonia	Treinta y Tres	
Salto	Flores	Cerro Largo	
Paysandú	Florida	Lavalleja	
	Durazno		
	San José		

<b>IAMC</b>			
<b>Norte</b>	<b>Oeste</b>	<b>Este</b>	<b>Sur</b>
CASMER	AMEDRIN	AMECOM	Montevideo
COMERI	CAMY	CRAME	CAAMEPA
COMTA	CAMS	COMERO	CRAMI
GREMEDA	ORAMECO <sup>1</sup>	IAC	COMECA
SMQS	CAMEC	COMETT	
COMEPA	CAMOC	CAMCEL	
	COMEFLO	COMECEL <sup>2</sup>	
	COMEF	CAMDEL	
	CAMEDUR		
	AMSJ		

Fuente: AES, MSP.

<sup>1</sup> Su fusión por absorción con CAMEC se aprobó el 12/12/2014

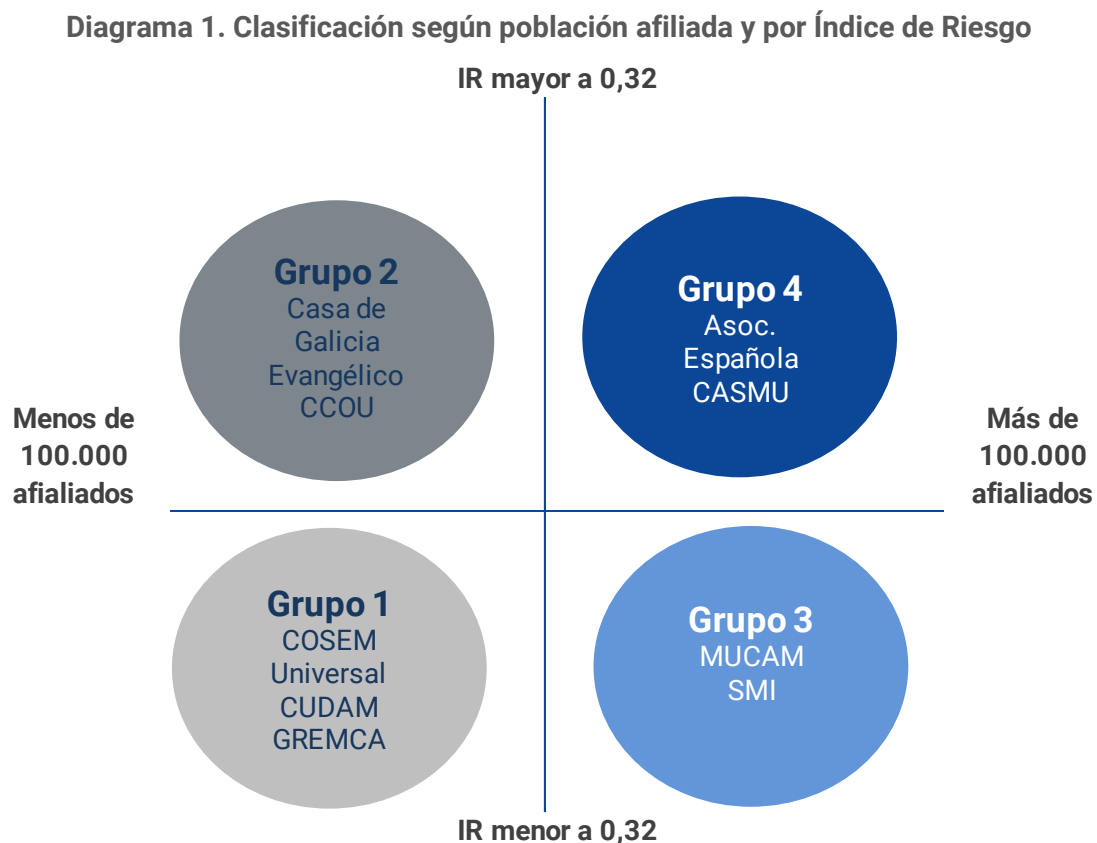
<sup>2</sup> Su fusión por absorción con CAMCEL se aprobó el 12/12/2013



Adicionalmente, se clasifica a las IAMC de Montevideo en cuatro grupos, según la cantidad de población afiliada y el Índice de Riesgo poblacional de cada institución, calculados para cada caso. Este índice resume la estructura de edad y sexo asociada a la población afiliada a cada institución, dando cuenta del gasto esperado en cada uno de los tramos de edad y sexo.

La estructura relativa de cápitas pagadas por el FONASA refleja estos diferentes valores. La forma de cálculo no varió de un año al otro, por lo que se incluye la metodología de cálculo en [Anexo 7](#).

Siguiendo el segundo criterio las IAMC de Montevideo quedan clasificadas de la siguiente manera:



Fuente: AES, MSP.



Así, el Grupo 1 integrado por COSEM, UNIVERSAL, CUDAM y GREMCA comparte que son instituciones con menos de 100 mil afiliados y con un IR menor o igual a 0,32. El Grupo 2 está integrado por instituciones con menos de 100 mil afiliados, pero con un IR superior a 0,32. Incluye Casa de Galicia, Hospital Evangélico y Círculo Católico. El grupo 3 por su parte, está conformado por MUCAM y SMI, ambas con más de 100 mil afiliados e IR menor o igual a 0,32. Finalmente, el Grupo 4 queda conformado por la Asociación Española y el CASMU, instituciones con más de 100 mil afiliados y con un IR superior a 0,32.



## 2. Los usuarios de los prestadores del SNIS

En el siguiente capítulo se describe la cobertura poblacional integral vigente a diciembre de 2019, tanto a nivel público como privado. Para llevar adelante el análisis se utiliza como fuente de información el RUCAF correspondiente a diciembre de 2019 así como también la información del mismo mes que administra el BPS correspondiente al FONASA. Para complementar el estudio y corroborar la consistencia de los datos se relevan otras fuentes de información disponibles como la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del INE y los censos de población del SINADI.

### 2.1. Población por tipo de prestador

El RUCAF de diciembre de 2019 contiene 3.809.544 afiliaciones integrales. El Cuadro 2 presenta la cantidad de registros por tipo de prestador que tiene el RUCAF para el período de referencia. Se debe tener en cuenta que cada registro representa una cobertura en salud del sistema, por lo que existen más registros que personas en la base de datos en tanto cada persona puede tener asociada más de una afiliación al mismo tiempo.

**Cuadro 2. Registros de afiliaciones por tipo de institución. Año 2019.**

	Registros	%
IAMC	2.123.122	55,7%
ASSE	1.330.698	34,9%
SANIDAD MILITAR	133.689	3,5%
SANIDAD POLICIAL	113.946	3,0%
SEGUROS PRIVADOS	108.089	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>3.809.544</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

De esta manera se observa que la situación es prácticamente la misma que la observada en diciembre de 2018. En este sentido, las IAMC representan casi el 56% de



las afiliaciones del sistema, seguido por el principal prestador público, ASSE, que explica el 35% de los registros. Sanidad Militar y Policial en conjunto representan el 6,5% de las afiliaciones totales y tal como se ha explicado en ediciones anteriores, es donde se concentra el fenómeno de la múltiple cobertura. Así, la foto de 2019 no incorpora grandes variaciones respecto al año anterior y se mantiene incambiado el hecho de que casi el 60% las afiliaciones integrales corresponden al subsector privado (IAMC y Seguros Privados Integrales) y entorno al 40% corresponden a coberturas dentro del sector público (Incluye ASSE, Sanidad Militar y Sanidad Policial).

**Cuadro 3. Registros de afiliaciones por tipo de institución según cobertura. Año 2019**

	FONASA		NO FONASA		TOTAL
	N	%	N	%	N
IAMC	1.941.422	77,0%	181.700	14,0%	2.123.122
ASSE	504.151	20,0%	826.547	64,0%	1.330.698
SANIDAD MILITAR	-	0,0%	133.689	10,0%	133.689
SANIDAD POLICIAL	-	0,0%	113.946	9,0%	113.946
SEGUROS PRIVADOS	72.104	3,0%	35.985	3,0%	108.089
<b>TOTAL</b>	<b>2.517.677</b>	<b>66,0%</b>	<b>1.291.867</b>	<b>34,0%</b>	<b>3.809.544</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

El Cuadro 3 presenta la información de las afiliaciones según los distintos tipos de institución que brindan cobertura integral en el sistema y el tipo de cobertura, según sea o no FONASA. Una vez más se observa cómo el escenario actual se mantiene incambiado respecto a lo que sucedía en el 2018. De esta manera, la participación relativa de las instituciones es la misma que en el período anterior, pudiéndose apreciar que dos tercios de las afiliaciones son FONASA mientras que el tercio restante corresponden a afiliaciones particulares, gratuitas o usuarios de Sanidad Policial y/o Sanidad Militar. Esta estabilidad es observada desde el 2016.

Por otro lado, puede apreciarse que casi el 80% de la cobertura FONASA es brindada por el sector privado: un 77% por las IAMC y un 3% a través de los Seguros Privados. El 20%



restante se trata de personas que eligen a ASSE como prestador integral a través del FONASA. Si bien la distribución FONASA por tipo de institución permanece estable en el tiempo se observa una caída de la cobertura de 0,5% respecto a diciembre de 2018, descenso que también se había presentado en el año 2017, con un acumulado de 1,1% si se toma como año base el 2017.

Los 3.809.544 registros de la base del RUCAF se corresponden a 3.575.245 personas, de las que 153.975, aproximadamente un 4% del total, cuentan con dos o más coberturas en salud. En el apartado 3.5 se analiza con mayor profundidad el universo vinculado a la múltiple cobertura.

Si se analiza la información que surge de la ECH de 2019 se estima que el 98,6% de la población tiene derechos vigentes en alguno de los prestadores integrales de salud que integra el SNIS. Como ya ha sido analizado anteriormente, este porcentaje creció hasta el 2016 (era 92,2% en 2006, 96,6% en 2010 y 98,2% en 2016) para permanecer estable desde entonces, registrando un 98,4% en 2017 y un 98,5% en 2018. De esta manera, el 1,4% de la población declara no contar con cobertura integral dada por algún prestador integral del SNIS. Hay que tener presente que el sistema garantiza la cobertura integral de salud a todos los residentes del país, por lo que este 1,4% cuenta con un derecho formal que no hace efectivo. Los porcentajes de cobertura por institución que surgen de la ECH, resultan consistentes con los presentados previamente a partir de los registros del RUCAF.

## 2.2. Perfil de los usuarios por prestador

En este apartado se describe la cobertura integral siguiendo diversas características de la población: sexo, edad, tipo de afiliación, ingreso de los hogares, además de la condición de actividad y la región.

En el [Cuadro 4](#) se resume la información de las afiliaciones del SNIS agrupadas por tipo de institución según sexo y tipo de cobertura.



Cuadro 4. Registro de afiliaciones por tipo de institución y sexo, según cobertura. Año 2019.

		FONASA		NO FONASA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
IAMC	Varón	927.346	47,8%	97.989	53,9%	1.025.335	48,3%
	Mujer	1.014.076	52,2%	83.711	46,1%	1.097.787	51,7%
	<b>Total</b>	<b>1.941.422</b>	<b>91,4%</b>	<b>181.700</b>	<b>8,6%</b>	<b>2.123.122</b>	<b>100,0%</b>
ASSE	Varón	228.889	45,4%	411.812	49,8%	640.701	48,1%
	Mujer	275.262	54,6%	414.735	50,2%	689.997	51,9%
	<b>Total</b>	<b>504.151</b>	<b>37,9%</b>	<b>826.547</b>	<b>62,1%</b>	<b>1.330.698</b>	<b>100,0%</b>
SANIDAD MILITAR	Varón	-	-	71.541	53,5%	71.541	53,5%
	Mujer	-	-	62.148	46,5%	62.148	46,5%
	<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>133.689</b>	<b>100,0%</b>	<b>133.689</b>	<b>100,0%</b>
SANIDAD POLICIAL	Varón	-	-	54.129	47,5%	54.129	47,5%
	Mujer	-	-	59.817	52,5%	59.817	52,5%
	<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>113.946</b>	<b>100,0%</b>	<b>113.946</b>	<b>100,0%</b>
SEGUROS PRIVADOS	Varón	32.247	44,7%	17.636	49,0%	49.883	46,1%
	Mujer	39.857	55,3%	18.349	51,0%	58.206	53,9%
	<b>Total</b>	<b>72.104</b>	<b>66,7%</b>	<b>35.985</b>	<b>33,3%</b>	<b>108.089</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total</b>		<b>2.517.677</b>		<b>1.291.867</b>		<b>3.809.544</b>	

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

Como ya se mencionó anteriormente, dos tercios de las afiliaciones se financian a través del FONASA mientras que el tercio restante se trata de afiliaciones vinculadas al sector público (ASSE, Sanidad Militar o Sanidad Policial) o a afiliaciones particulares.

Si se mira el subsector mutual, se aprecia que aproximadamente el 91% de las afiliaciones se financian a través del FONASA, siendo el 9% restante coberturas particulares. En tanto en los Seguros Privados, la participación de las coberturas FONASA es bastante menor, 67% de todas las afiliaciones. Para ASSE, por su parte, la relación de la cobertura FONASA sobre el total de usuarios es 38%. Para los que tienen cobertura NO FONASA, la relación sobre el total de usuarios es 62%. El mayor peso



relativo de las coberturas NO FONASA observado viene explicado por las afiliaciones gratuitas que otorga esta institución. Este escenario es muy similar al constatado en 2018.

Si se analiza lo que sucede con las coberturas NO FONASA, se observa que ASSE representa aproximadamente el 64,2% y Sanidad Policial y Militar tomadas en conjunto el 19% de las afiliaciones. El 17% restante pertenecen a afiliaciones particulares en IAMC o en Seguros Privados. 765.603 son los usuarios que tienen afiliación gratuita en ASSE. El resto de las afiliaciones NO FONASA de esta institución se corresponden con afiliaciones individuales prepago, que alcanzan las 690 coberturas y 60.254 afiliaciones contributivo público. Estas afiliaciones corresponden a los familiares de policías y a los usuarios de Sanidad Militar que residen en el Interior del país así como sus familiares. Todas estas personas poseen derechos de salud vigentes en ASSE a través del convenio con Sanidad Policial o Sanidad Militar.

En cuanto al análisis por sexo, se continúa destacando la estructura de los Seguros Privados por su población feminizada, representando las mujeres el 54% de todos sus afiliados y Sanidad Militar, por el mayor peso que presenta la población masculina, alcanzando el 53,5% de las afiliaciones. Lo contrario ocurre para Sanidad Policial, donde se observan más mujeres que varones: 52,5% frente al 47,5%. El comportamiento de las IAMC y ASSE es similar entre sí y se asemeja al comportamiento de la población total.

En el [Gráfico 1](#) se presentan las pirámides de población de las afiliaciones del SNIS para el total de la cobertura integral, por tipo de institución. De esta manera se incorpora la variable edad al análisis.

En todos los casos se cumple que la participación de las mujeres para los tramos de edad avanzados es superior a la de los varones, y esta brecha se amplía para las edades más avanzadas, lo que es consistente con el comportamiento diferencial en la esperanza de vida para ambos sexos.

Si se analiza la pirámide correspondiente a las IAMC se observa que presentan una distribución por edad y sexo similar a la estructura plasmada para el total de





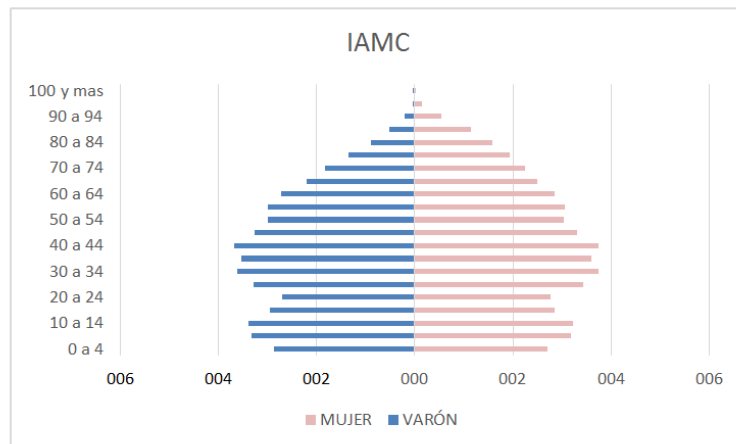
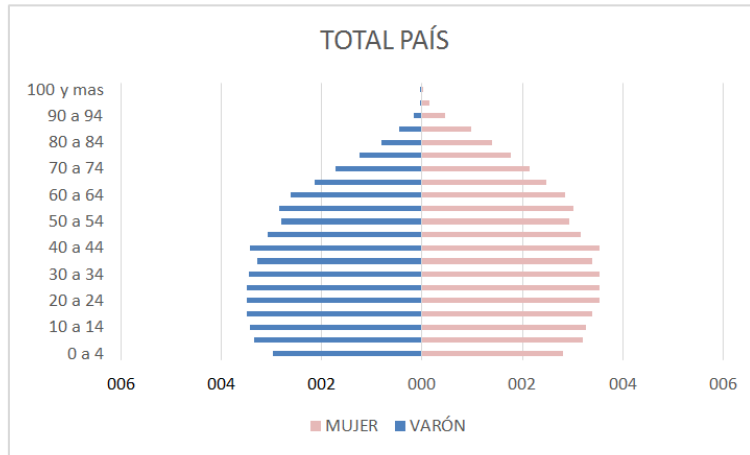
afiliaciones del país, aunque con una “pérdida de afiliados” para los tramos de edad de 15 a 24. Se destaca en ASSE el importante peso relativo que tiene el tramo etario entre 15 y 29 años: 26% frente al 21% de la población, en particular, se hace más notorio la mayor cantidad de usuarios para los tramos de 15 a 24 años y para las mujeres. Los Seguros Privados, por su parte, también presentan una población joven, con un comportamiento aún más acentuado si se mira a los más pequeños: los menores de 9 años representan un 17% mientras que este valor asciende a 12% para la población total, extendiéndose este comportamiento para el tramo etario de 10 a 14 .

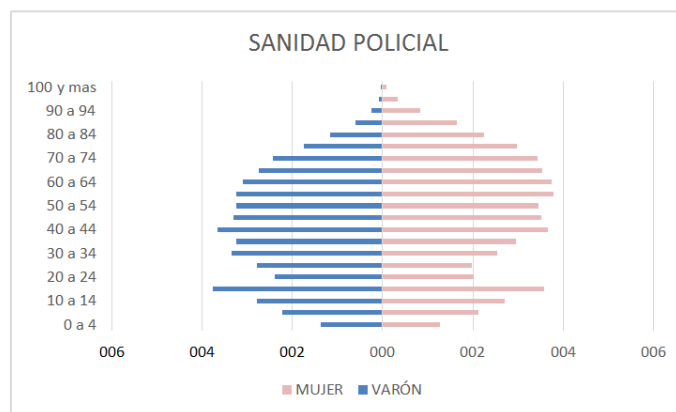
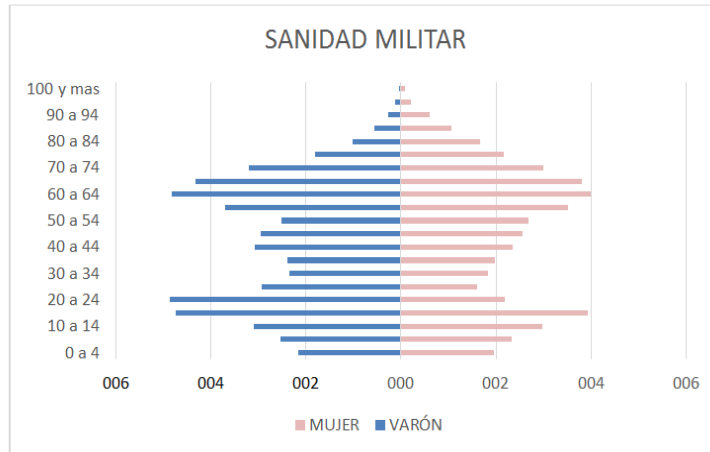
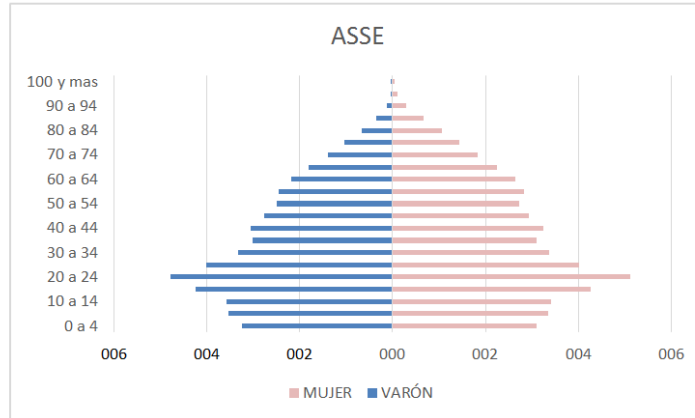
Si se observa lo que sucede para los tramos de edad más avanzada se aprecia el bajo peso que presentan estas personas en la cobertura que otorgan los Seguros Privados, aproximadamente el 11% cuando a nivel país este valor asciende a 16%. Sin embargo, en Sanidad Policial y Sanidad Militar el comportamiento es el opuesto, constatándose una población envejecida. El peso que tienen las personas mayores de 65 años con cobertura en salud alcanza el 24,2% y 24% respectivamente, cuando a nivel país esta participación es del 16%. Si se mira la categoría *oldest old* (mayores de 85 años) este comportamiento se refuerza: 3,9% en Sanidad Policial, 3% en Sanidad Militar, 2,3% para la población total.

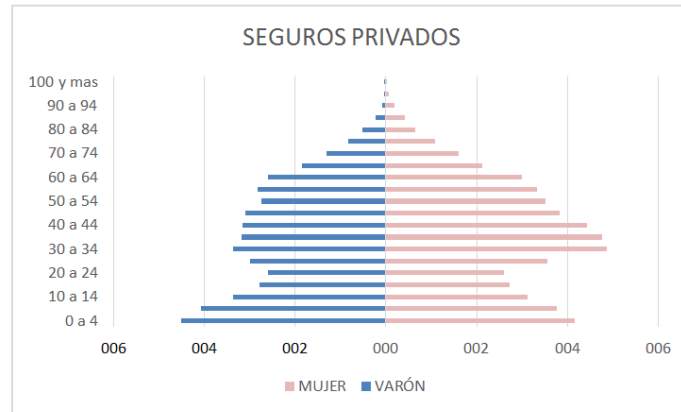
En Sanidad Militar se destaca además el peso relativo que tienen los varones entre 15 y 24 años, mientras que en Sanidad Policial existe menor participación de afiliaciones respecto a lo observado para el país para los tramos de 20 a 29 años, en particular si se mira a las mujeres.



Gráfico 1. Pirámide de afiliaciones por institución. Año 2019.





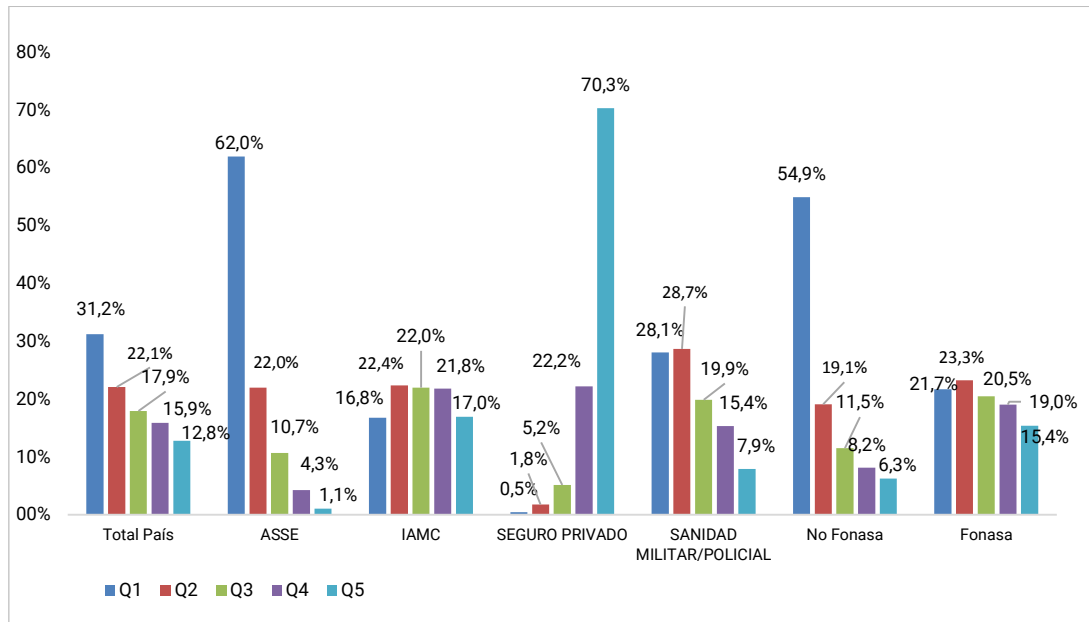


Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

En el [Gráfico 2](#) se muestra la población con cobertura integral por tipo de prestador y tipo de cobertura, según quintiles de ingresos de los hogares observándose la misma situación que para años anteriores. De esta manera, se visualiza la segmentación del sistema: por un lado en ASSE la participación relativa de las personas pertenecientes al primer quintil de la distribución (20% de hogares con menores ingresos) es mucho mayor a la que se observa a nivel país, 31,2% mientras que la participación relativa del quintil más rico es de 0,8%, cuando a nivel país este porcentaje es de 12,5%. Por otro lado, se visualiza la situación contraria para los Seguros Privados, la participación del primer quintil es prácticamente nula mientras que la del quinto quintil asciende a 73,31%.



Gráfico 2. Porcentaje de personas con cobertura integral por quintiles de ingresos de los hogares, por prestador y tipo de cobertura. Año 2019.



Fuente: AES, MSP en base a ECH 2019, INE.

Cuando se analiza la situación de pobreza atada a la cobertura, este escenario se confirma, al constatar que se estima que la pobreza alcanza al 21,78% de la población usuaria de ASSE mientras que este fenómeno se estima en 8,76% para el total de la población.

Si se observa el subsector conformado por las IAMC, las personas se encuentran distribuidas de forma más homogénea por quintil de ingresos, aunque el primero y el quinto tienen un menor peso relativo, tal como se observaba para el 2018. Si se lo compara con la distribución para el total del país, la participación de los quintiles 4 y 5 es superior para el conjunto de las IAMC.

Por último, más de la mitad de los usuarios de Sanidad Militar y Policial (57%), pertenecen a los quintiles 1 y 2 (hogares de menores ingresos). Adicionalmente, el 7% se encuentra dentro de los hogares de mayores ingresos, dentro de los que probablemente estén los altos mandos de ambas fuerzas. Se confirma de esta manera



que la distribución de las personas con cobertura integral por quintiles de ingresos y por prestador no ha sufrido cambios importantes en los últimos años.

Cuando se realiza el mismo análisis pero teniendo en cuenta el tipo de aseguramiento se observa que la dispersión dentro de la categoría FONASA es menor mientras que para las afiliaciones que no son financiadas por el fondo, el comportamiento se asemeja al del total país pero es más acentuado. En efecto, se estima que el 55% de los afiliados NO FONASA se encuentra dentro de los hogares de menores ingresos y el 19% en el segundo quintil. Al mismo tiempo, el quinto quintil se encuentra sub representado, alcanzando el 6,28%.

La ECH permite vincular el análisis de la cobertura con la condición de actividad de la persona. En este sentido, si se mira a los menores de 14 años se estima que el 56% de esta población tiene derechos de atención en una IAMC, seguido en importancia relativa por ASSE, con 34%. La participación de los Seguros Privados y Sanidad Militar y/o Policial es similar entre sí y se encuentra entorno al 3%. Se estima que entre los ocupados, el 63% tiene cobertura en una IAMC y un 26% en el principal prestador público. Sanidad Militar y/o Policial cubren un 3,5% de esta población, mientras que los Seguros Privados, por su parte, dan cobertura a un 2,6%. 1,4% de este grupo declara no tener cobertura integral. Este hecho podría explicarse por el sector informal de la economía. De todas maneras, y tal como se ha mencionado en informes anteriores, este dato no es consistente con nuestro modelo de Seguro Nacional de Salud basado en la Seguridad Social.

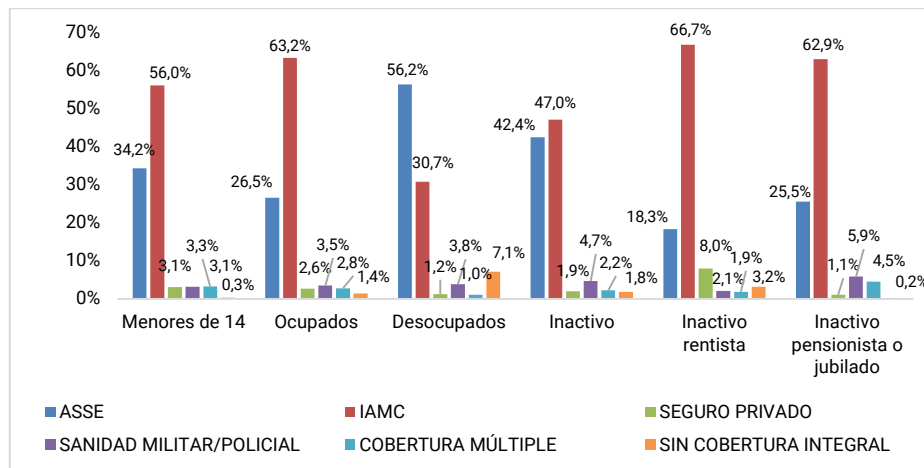
La mayoría de los desocupados se atiende en ASSE (56%), mientras que se estima que el 31% de este grupo tiene cobertura en una IAMC. Se destaca también que la participación de las personas que contestan en este caso que no poseen cobertura integral se encuentra sobrerrepresentada respecto a los valores que se observan en la población en general alcanzando el 7,1%. En este caso, si bien la respuesta parece coherente por la falta de vínculo declarada con el mercado laboral, desde el punto de vista de los derechos estas personas pueden atender sus necesidades en materia de salud en ASSE. Por último, dentro de los desocupados, un 3,85% manifiesta tener



vigente cobertura de salud en Sanidad Militar y/o Sanidad Policial. La participación de los Seguros Privados en este caso es muy baja.

Si se mira al conjunto de los inactivos (quienes realizan quehaceres del hogar, estudiantes y otros inactivos) se observa que la participación de las IAMC y ASSE permanece prácticamente igual que en el 2018, con una participación relativa de 47% y 42% respectivamente. El 4,7% dice tener vigente una cobertura en Sanidad Militar y/o Policial y un 2% en algún seguro privado. 1,8% de este grupo declara no tener cobertura. Para los rentistas, por su parte, se destaca que la gran mayoría tiene vínculo con el sector privado, alcanzando las IAMC una participación del 67% mientras que los Seguros Privados alcanzan su máxima sobrerrepresentación en cuanto a participación: 8%. En cuanto a los inactivos jubilados y pensionistas se aprecia la elevada participación relativa de la cobertura en Sanidad Militar y/o Policial con un 6%.

**Gráfico 3 Porcentaje de personas con cobertura integral por condición de actividad y prestador. Año 2019.**



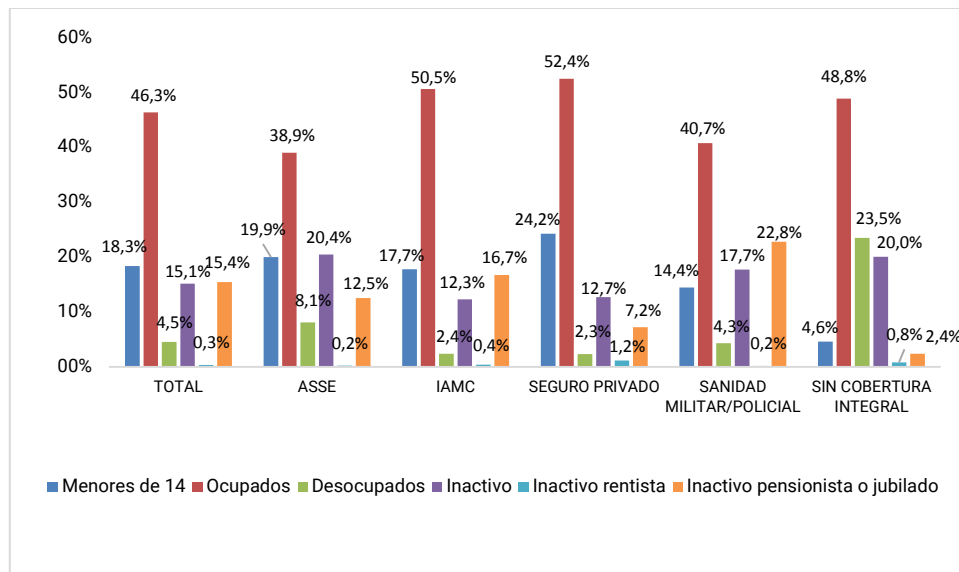
Fuente: AES, MSP en base a ECH 2019, INE.

Puede realizarse un análisis similar al de más arriba pero con las personas agrupadas por tipo de institución (ver Gráfico 4). De esta forma, se aprecia que tanto en las IAMC como en los Seguros Privados la mayoría de las personas se encuentran ocupadas, mientras que este subconjunto de la población aparece sub-representado para el caso de ASSE. Se observa al mismo tiempo, que entre los usuarios de ASSE se encuentran



sobrerrepresentados los desocupados con 8,1% y los inactivos con 20,4% cuando estos valores a nivel poblacional se encuentran en 4,5% y 15,1% respectivamente.

**Gráfico 4. Porcentaje de personas con cobertura integral por tipo de prestador y condición de actividad.**



Fuente: AES, MSP en base a ECH 2019, INE.

Es importante aclarar que no se presentan grandes cambios respecto a la foto que se obtenía con la ECH 2018.

Por último, se utiliza la ECH para describir la cobertura por tipo de prestador y región. De esta manera, se aprecia que tres cuartas partes de los usuarios de ASSE pertenecen al Interior del país, mientras que un cuarto son de Montevideo. En particular, se encuentran sobrerrepresentadas las personas de localidades del Interior del país con menos de cinco mil habitantes y zonas rurales con un 21,2% mientras este valor a nivel poblacional es de 16%. La participación de los montevidianos en las IAMC, por el contrario, es elevada, alcanzando el 45%. Le sigue en importancia relativa la participación de las personas que residen en el Interior urbano, con un 40%. En cuanto a los Seguros Privados, se continúa destacando su perfil montevidiano. En efecto, la participación de los residentes en Montevideo alcanza el 81%.



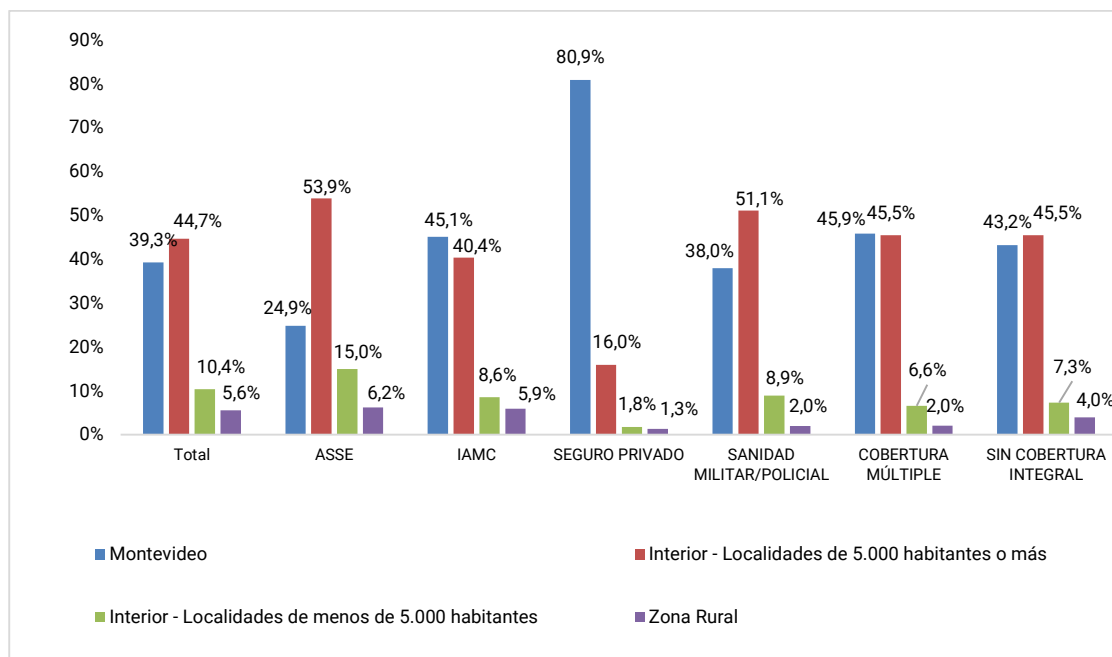


Se estima que la mayoría de los usuarios de Sanidad Militar y Policial, por su parte, residen en el Interior del país (62%) siendo la participación de los residentes en localidades del Interior del país de más de 5.000 habitantes la más importante (51,14%).

Adicionalmente, la mayoría de las personas que declaran tener cobertura múltiple de salud se encuentran en Montevideo o en el Interior urbano del país: 45,9% y 45,6% respectivamente. Por último, mencionar que el fenómeno de quienes contestan no tener cobertura vigente es también más importante en el Interior del país que en Montevideo.

Del análisis por región se desprende que no se observan cambios importantes a través del tiempo.

**Gráfico 5. Porcentaje de personas con cobertura integral por región y total país por prestador**



Fuente: AES, MSP en base a ECH 2019, INE.

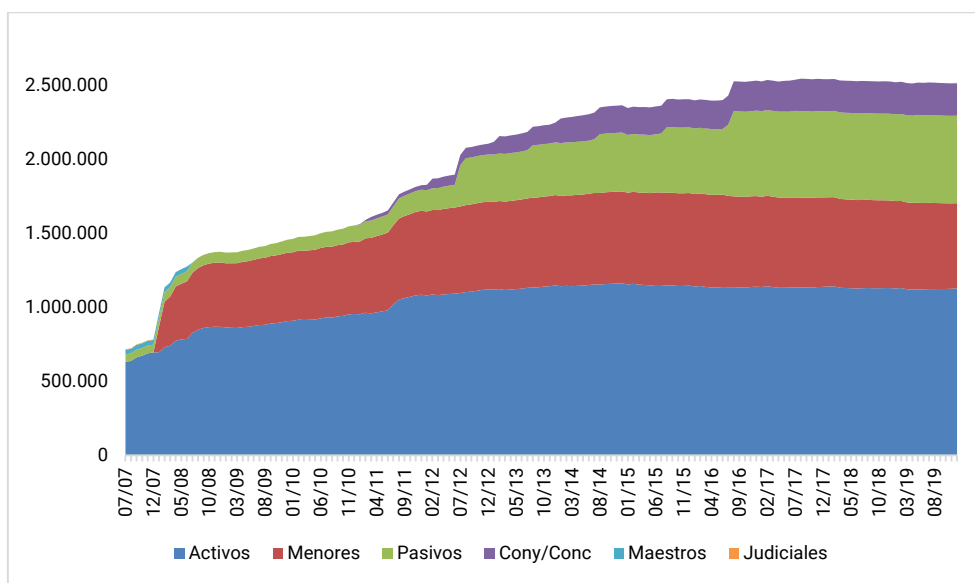
## 2.3. Usuarios del Seguro Nacional de Salud

El Gráfico 6 muestra la evolución de la cobertura de salud financiada a través del Seguro Nacional de Salud desde el 2007 hasta diciembre de 2019. Aquí puede apreciarse tanto



el cambio en la cobertura poblacional horizontal del seguro como las modificaciones en su estructura interna, que reflejan la incorporación de los distintos colectivos según lo establecido por la normativa. De esta forma se aprecia que fue en julio de 2016, con la incorporación de los pasivos que aún estaban por fuera del FONASA que culminó la incorporación gradual de colectivos.

**Gráfico 6. Evolución de los afiliados al Seguro Nacional de Salud**



Fuente: AES, MSP en base a datos de BPS, diciembre 2019.

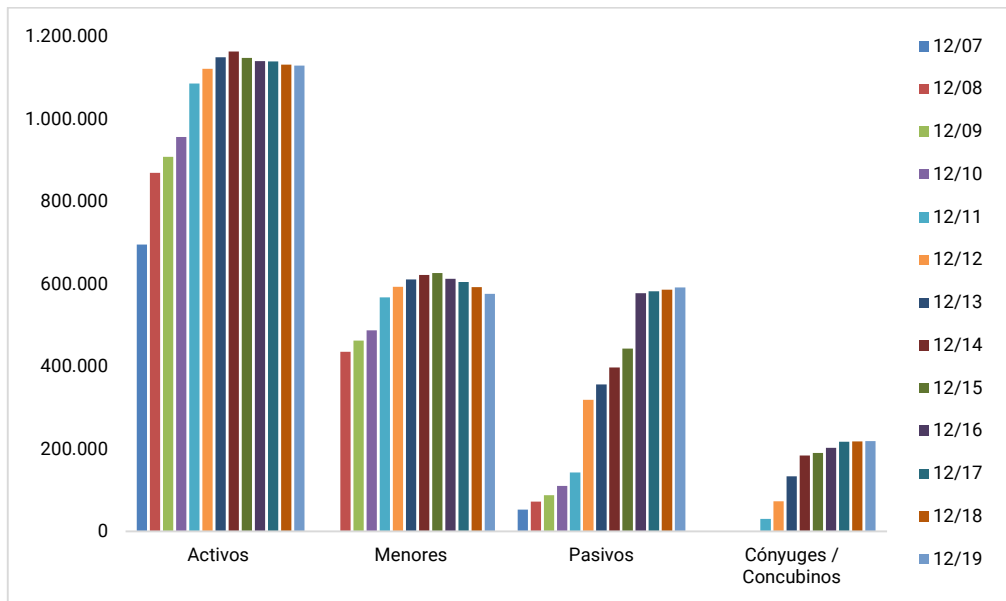
Como ya se mencionó anteriormente, la cobertura financiada a través del SNS a diciembre de 2019 es de 2.517.677 personas, representando de esta manera el 71,6% de la población total del país. De esta manera, se observa una caída respecto al 2018 de 0,5% (el acumulado desde 2017 es de -1,1%). Si se observa la composición de los afiliados FONASA se aprecia que un 45% pertenecen a la categoría Activos, un 23% son menores de edad o discapacitados a cargo de un mayor, un 24% integran la categoría pasivos y el 9% restante son cónyuges o concubinos.

El descenso del 1,1% se explica por una variación negativa (observada para los últimos dos años) de los activos y principalmente los menores: -0,2% y - 2,7% respectivamente (ver Gráfico 7), aspecto que es consistente con la dinámica que se observa en el mercado de trabajo. Al mismo tiempo, se aprecia un leve crecimiento de los pasivos



(0,9%) y los cónyuges (0,5%). Esta categoría logra mantener su cobertura FONASA a través de su cónyuge o concubino, si éste permanece vinculado al mercado laboral.

**Gráfico 7. Evolución beneficiarios del SNS según colectivo.**



Fuente: AES, MSP en base a datos de BPS, diciembre 2019.

En cuanto a la estructura de la cobertura FONASA por tipo de institución se observa la misma participación relativa que para el 2018: 77,1% las IAMC, 20% ASSE y 2,9% de la población opta por un seguro privado.

**Cuadro 5. Usuarios FONASA por tipo de prestador. Año 2019.**

Tipo de Prestador	AFILIADOS FONASA
IAMC	1.941.422
ASSE	504.151
SEGUROS PRIVADOS	72.104
<b>TOTAL FONASA</b>	<b>2.517.677</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.



## 2.4. Sanidad Policial y Sanidad Militar

En este apartado se pretende describir la cobertura en salud integral que brindan Sanidad Militar (SM) y Sanidad Policial (SP). A este tipo de cobertura, en el RUCAF, se le denomina contributivo público, haciendo referencia al modo de financiamiento que tienen estas instituciones dentro del SNIS. Dentro de esta categoría se puede encontrar contributivo público ACTIVO, contributivo público PASIVO o ser familiar de alguno de estos generantes y en ese caso se indica como contributivo público FAMILIAR ACTIVO o FAMILIAR PASIVO.

Es importante tener presente que todos los usuarios de SM tienen asegurada su atención en el Hospital Militar, sin importar su lugar de residencia, mientras que lo mismo sucede para los beneficiarios de SP y el Hospital Policial. Adicionalmente, ambas instituciones para garantizar la atención de sus usuarios en el Interior del país, tienen vigentes distintos convenios con otros prestadores integrales de salud, según sea el caso. De esta manera, para los beneficiarios de SM que residen en el Interior del país así como también para sus familiares, la atención queda garantizada a través de ASSE. En SP por su parte, los beneficiarios ACTIVOS o PASIVOS que residen en el Interior del país tienen derechos de atención en el sector mutual, pudiendo elegir una IAMC que será financiada por SP. Para los familiares de estos beneficiarios la atención queda garantizada a través de un convenio con ASSE.

En todos los casos, en el RUCAF, estas personas aparecen registradas en los padrones de usuarios de ambas instituciones: en el de SM y ASSE o en el de SP y una IAMC o ASSE, según corresponda, ya que tienen derechos de atención vigentes en ambas. Es común, entonces, que existan dobles o triples registros asociados a esta realidad, lo que no implica que sea una situación de múltiple cobertura real.

De esta forma, la cobertura brindada por SM a través de la modalidad contributivo público asciende a 133.689 personas mientras que en el caso de SP la cantidad de usuarios es de 113.946. El Cuadro 4 presenta la apertura de las afiliaciones por tipo de cobertura:



**Cuadro 6. Cobertura en salud de Sanidad Militar y Sanidad Policial. Año 2019.**

Contributivo Público (CP)	Sanidad Militar (SM)	Sanidad Policial (SP)
Afiliación contributivo público activo	29.220	33.473
Afiliación contributivo público pasivo	50.080	19.088
Familiar contributivo público activo	25.227	32.343
Familiar contributivo público pasivo	29.162	29.042
<b>TOTAL</b>	<b>133.689</b>	<b>113.946</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

Al mismo tiempo, son 60,254 registros de ASSE que vienen codificados como contributivo público mientras que para el conjunto de las IAMC del Interior este valor alcanza las 15.687 afiliaciones.

Si se observa la cobertura que brinda SM se aprecia que de los 133.689 usuarios el 23,6% presenta al mismo tiempo una cobertura contributivo público en ASSE y solo 117 personas también aparecen en los registros de los padrones de usuarios de alguna IAMC del Interior del país. Probablemente estas personas también tengan cobertura en Sanidad Policial y es por este motivo que se visualizan en padrones del sector mutual.

**Cuadro 7. Personas de Sanidad Militar con cobertura en ASSE y IAMC a través de convenio. Año 2019.**

Sanidad Militar	Cantidad de personas	%
SM	102.087	76,40%
ASSE - CP	31.485	23,50%
IAMC - CP	117	0,10%
<b>TOTAL</b>	<b>133.689</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

La estructura de las afiliaciones permanece exactamente igual a la de diciembre de 2018.



El Cuadro 8 contiene la misma información analizada anteriormente pero en este caso para Sanidad Policial. En efecto, de las 113.946 personas que tienen cobertura en SP, el 16,3% tiene además cobertura en ASSE a través del convenio vigente. Este valor es algo menor que el registrado en diciembre de 2018, en donde ascendía a 20,5%. En cuanto al doble registro con el sector mutual, este asciende al 11,8% del padrón de SP, manteniéndose estable respecto al año anterior.

**Cuadro 8. Personas de Sanidad Policial con cobertura en ASSE y IAMC a través de convenio. Año 2019.**

Sanidad Policial	Cantidad de personas	%
SP	81.855	71,8%
ASSE – CP	18.591	16,3%
IAMC – CP	13.500	11,9%
<b>TOTAL</b>	<b>113.946</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

El fenómeno de la múltiple cobertura continúa apareciendo concentrado en SM y SP. Si se analiza cuantas personas además de tener cobertura a través de alguna de estas instituciones tiene al mismo tiempo una afiliación adicional (o varias) en otro prestador integral se observa que este valor asciende al 50,5% del padrón para el caso de SM y un 52,4% en SP (más de la mitad de las personas en ambos casos).

**Cuadro 9. Personas con cobertura en Sanidad Militar y Sanidad Policial. Año 2019.**

	Sanidad Militar	Sanidad Policial
Única cobertura	66.185	54.209
Múltiple cobertura	67.504	59.737
<b>TOTAL</b>	<b>133.689</b>	<b>113.946</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

Además, 2.336 personas se encuentran en Sanidad Militar y Sanidad Policial simultáneamente, aspecto que se ha mantenido estable en el tiempo.



Es importante tener presente que de las personas con cobertura en SP 47.777 tienen además una cobertura FONASA (aproximadamente el 42% del padrón) mientras que son 63.087 personas de SM las que se encuentran en esta situación (el 47% del padrón).

## 2.5. Múltiple cobertura

En esta sección se describe el fenómeno de la múltiple cobertura presente en el sistema, siguiendo la misma metodología propuesta para el año 2019. Tal como se explicó en ediciones anteriores, algunas situaciones de múltiple cobertura están permitidas dentro del SNIS, a saber, una persona podría estar afiliada a través del FONASA en una institución y pagar una cuota individual en otra, o tener vigente una afiliación contributivo público en Sanidad Policial y otra afiliación FONASA por el trabajo particular que esa persona realice. Por este motivo, las personas en el RUCAF pueden aparecer “repetidas” varias veces, asociadas a distintos tipos de cobertura en diferentes instituciones al mismo tiempo. No está permitido tener dos o más coberturas financiadas a través del FONASA ni tener múltiple cobertura en donde una de las afiliaciones que participa sea carné gratuito de ASSE.

Por último, dada la realidad de doble registro existente dentro del sector público para aquellas coberturas brindadas bajo la modalidad de contributivo público por Sanidad Policial, Sanidad Militar y ASSE o IAMC del Interior, según corresponda, y por entender que en estos casos no se produce una múltiple cobertura sino que se trata de una contratación de servicios, se ha decidido no contabilizar aquellas coberturas enviadas por un prestador privado o ASSE en el marco del convenio con Sanidad Policial y/o Militar. Se trata de 75.941 registros.

De esta manera, se obtiene una base de datos que contiene 3.733.603 afiliaciones (registros) correspondientes a 3.575.245 personas con cobertura integral.

Si se observa la cobertura de estas 3.575.245 personas, son 3.421.245 las que tienen una única cobertura integral vigente, representando así al 95,7% de las personas y 153.795 tienen dos o más coberturas vigentes (4,3%). Así, se constata que el fenómeno no ha cambiado de un año al otro.



La estructura de usuarios con cobertura única por tipo de institución también permanece incambiada. En efecto, las instituciones con mayor proporción de usuarios con cobertura única corresponden a ASSE y a las IAMC (96,4% y 94,1% respectivamente), seguidas por los Seguros Privados con un 86,8%. Como ya se mencionó anteriormente, cuando se observa lo que sucede con Sanidad Policial y Sanidad Militar, se observa que solo el 47,6% y el 49,5% de las personas con cobertura en ambas instituciones, respectivamente, presentan una única cobertura vinculada a estos prestadores.

Si se analiza la distribución de las coberturas únicas por tipo de afiliación nuevamente se confirma la situación observada para Sanidad Policial y Militar. En este caso, solo el 49% de las personas cubiertas tienen una única cobertura dada por estos prestadores. Si se mira el mundo FONASA, las personas que presentan una única cobertura vinculada a este tipo de afiliación y corresponden a las afiliaciones particulares, alcanza el 77% y el 13% restante corresponde a las coberturas gratuitas brindadas por ASSE.

**Cuadro 10. Personas con única cobertura por tipo de afiliación. Año 2019.**

	Única cobertura
FONASA	2.380.327
Particular	155.126
Contributivo Público	120.394
Gratuito	765.603
<b>TOTAL</b>	<b>3.421.450</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

Las personas con múltiple cobertura ascienden al 4,3% (ver Cuadro 11) visualizándose el mismo escenario que para años anteriores. Dentro de las personas vinculadas a la múltiple cobertura, se observa que 149.279 personas tienen dos coberturas representando el 97,4% de las personas en esta situación. 4.469, por su parte, tienen 3 coberturas alcanzando así el 0,1% del total de personas y 47 tienen cuatro coberturas vigentes. Si se observa solamente el mundo de la múltiple cobertura más del 97% de las personas en esta situación presentan dos coberturas vigentes, el resto tiene tres.





**Cuadro 11. Cantidad de coberturas por persona. Año 2019.**

Coberturas	Personas	% sobre el total de personas	% dentro del universo con MC
Una cobertura	3.421.450	95,7%	n/a
Dos coberturas	149.279	4,2%	97,1%
Tres coberturas	4.469	0,1%	2,0%
Cuatro coberturas	47	0,0%	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3.575.242</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

El análisis de la múltiple cobertura se centrará en analizar lo que sucede en el universo vinculado al FONASA y al mundo contributivo público, en la medida que ambos casos son financiados por recursos públicos. En el caso de la cobertura gratuita (ASSE) - también financiada con recursos públicos- no se habilita ninguna cobertura adicional por lo que no será objeto de análisis. Al mismo tiempo, como la doble cobertura particular (privada), está permitida dentro del sector, tampoco será analizada en detalle.

El [Cuadro 12](#) describe la situación de la múltiple cobertura vinculada al universo FONASA. En efecto, 137.350 personas con una cobertura FONASA presentan una o más coberturas adicionales, lo que representa casi el 90% de las personas en esta situación. 133.026 son las personas que tienen doble cobertura con una de las coberturas vinculadas al universo FONASA. Si se observa cuál es la cobertura adicional de quienes tienen doble cobertura (133.026 personas), se aprecia que el 20.4% (27.167 personas) tienen además una afiliación particular (pagando una cuota individual en una institución o a través de un convenio colectivo). El resto de las personas (105.859) presentan una cobertura adicional financiada por Sanidad Militar o Sanidad Policial.



**Cuadro 12. Múltiple cobertura con una cobertura vinculada al universo FONASA.**

Cobertura FONASA	Personas
<b>Total Cobertura FONASA</b>	<b>2.517.677</b>
<b>Total Única Cobertura FONASA</b>	2.380.327
<b>Total MC FONASA + Otra no FONASA</b>	137.350
Doble cobertura (1 FONASA + 1)	133.026
Triple cobertura (1 FONASA + 2)	4.279
Cuádruple cobertura (1 FONASA + 3)	45
<b>Total Múltiple Cobertura</b>	<b>153.795</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

Son 4.279 las personas que tienen dos coberturas adicionales a la FONASA y 45 presentan tres coberturas más.

Si se realiza el mismo análisis, pero ahora teniendo en cuenta el mundo correspondiente a las categorías de contributivo público (ver Cuadro 13), se aprecia que son 124.905 personas las que poseen múltiple cobertura, aproximadamente el 81% de las personas en esta situación. De este grupo, el 97% tiene una cobertura adicional (doble cobertura) y el restante 3% poseen dos coberturas adicionales o más.

Si se pone una lupa sobre las 120.666 personas que tienen una cobertura CP y una adicional, se aprecia que 105.859 (88% aproximadamente) tiene además cobertura a través del FONASA, 13.562 personas tienen también una cobertura privada y 1.245 personas presentan doble cobertura contributivo público, situación que se produce por tener derechos de atención tanto a través de Sanidad Policial como de Sanidad Militar al mismo tiempo. Además, 4.197 personas tienen una cobertura CP y dos adicionales (tres coberturas asociadas a la misma persona). De estas personas, 1065 tienen dos afiliaciones CP y una adicional (nuevamente se observa la doble cobertura entre Sanidad Policial y Sanidad Militar).



**Cuadro 13. Múltiple cobertura vinculada al universo contributivo público (CP).**

<b>Contributivo Público (CP)</b>	<b>Personas</b>
Única cobertura (CP)	120.394
Doble cobertura (1 CP + 1)	120.666
Triple cobertura (1 CP + 2)	4.197
Cuádruple cobertura (1 CP + 3)	42
<b>Total (CP + otra)</b>	<b>124.905</b>

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2019.

42 personas, por su parte, presentan tres coberturas adicionales. Dentro de este universo, 26 personas tienen dos coberturas contributivo público y dos adicionales.

En todo este análisis es importante no perder de vista que son 110.861 las personas con múltiple cobertura FONASA y contributivo público simultáneamente (además pueden presentar otras coberturas adicionales) siendo 64.999 personas de Sanidad Militar y 47.777 personas de Sanidad Policial.



### 3. ¿Cómo se utilizan los servicios en los prestadores integrales del SNIS?

Se analizará en este capítulo la utilización de los servicios de salud por parte de la población. Antes de entrar en el mismo, cabe destacar que dicho uso no depende exclusivamente de las necesidades de atención “teóricas” u “objetivas”, ya que el estado de salud de una población no es fruto sólo del accionar del sistema de atención, sino que es influenciado por aspectos económicos, sociales, demográficos y culturales que determinan cómo una población desarrolla acciones preventivas, enferma y se atiende, haciendo uso de las consultas, los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, etc., que los prestadores brindan.

Por otra parte, la información de producción asistencial que se recibe no incluye datos de la patología que la motiva, por lo que estas comparaciones asumen que los perfiles epidemiológicos son similares. Este supuesto es válido cuando comparamos grandes números (poblaciones grandes o períodos de tiempo prolongados), que diluyan el efecto de “eventos catastróficos”, entendiendo por tales, casos clínicos que generen un consumo de recursos excepcionalmente altos.

Hasta el año 2018, el Sistema Nacional de Información (SINADI) Asistencial ha incluido información de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Seguros Privados, ASSE, y algunos prestadores parciales (Emergencias Móviles). Dichos subsectores cubren la gran mayoría de la actividad asistencial del país, pero no su totalidad. Dada la importancia que tiene para el Ministerio de Salud Pública (MSP) contar con información lo más amplia posible, tanto por su rol de rectoría como para la mejora de la calidad asistencial que reciben todos los habitantes del país, se decidió avanzar en la inclusión de aquellas instituciones asistenciales que hasta el momento quedaban por fuera de su órbita.

El Área de Economía de la Salud (AES) recibió por primera vez a finales del año 2018, información asistencial de nuevas instituciones públicas: BPS (Banco de Previsión



Social), BSE (Banco de Seguros del Estado), Hospital de Clínicas, Sanidad Militar y Sanidad Policial.

El registro y entrega de los datos solicitados con los criterios y en los tiempos previstos, requieren del desarrollo y/o ajuste de los sistemas de información. Esto hace que los primeros meses haya una curva ascendente en cuanto a la proporción de eventos registrados sobre los realizados, así como de la calidad y confiabilidad de dicho registro. Esta curva depende de la madurez de los sistemas de información existentes, del tamaño de la Institución, su grado de desconcentración, la capacidad de destinar recursos al registro y procesamiento de datos, etc. Se está transitando un proceso de mejora continua de la calidad de la información recibida, con múltiples intercambios entre el Departamento de Análisis Asistencial del Área y los distintos referentes de cada institución. En este sentido, algunos referentes reportan que la información recolectada y enviada es parcial. Por ejemplo, en algunos casos no centralizan los datos de efectores periféricos y lo enviado se refiere a la producción en el hospital central, y en otros casos no información de los servicios brindados externamente, ya sea a través de la compra de servicios o de la cobertura de los beneficiarios por efectores de salud locales, mecanismo utilizado en el Interior del país. En este contexto, el presente informe pretende realizar una primera aproximación a la descripción y análisis de indicadores asistenciales de estos nuevos prestadores, como parte integrante del subsector público de salud. Debe tenerse presente que las comparaciones que se realizan más adelante pueden relativizarse por la incidencia de estos factores.

El grupo de prestadores incluidos en el informe queda conformado entonces por las IAMC, Seguros Privados, ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas, y los capítulos a desarrollar incluyen los referidos a indicadores de utilización de servicios de atención ambulatoria, internación, centro quirúrgico, servicios diagnósticos y medicamentos.

BPS y BSE quedan excluidos, ya que por su población y prestaciones brindadas específicas no se definen como prestadores integrales y se dificulta la comparación con el resto de los mismos.



En el caso de Sanidad Militar y Sanidad Policial sus usuarios están claramente definidos, y brindan un paquete de prestaciones integral, incluyendo todos los niveles de atención, lo que los constituye un prestador integral. Dan cobertura a los funcionarios, ex funcionarios y familiares de los Ministerios de Defensa e Interior, respectivamente. No integran el Seguro Nacional de Salud (SNS), pero en el marco del SNIS coordinan sus prestaciones, realizando la atención a sus usuarios en sus propias instalaciones en Montevideo o a través de convenios en el Interior del país, con ASSE para el caso de Sanidad Militar, y con IAMC y ASSE en el caso de Sanidad Policial.

Sanidad Militar depende del Ministerio de Defensa; su cobertura incluye el personal en ejercicio, familiares directos y ex-funcionarios. La atención se presta a través de un Hospital, ubicado en la ciudad de Montevideo, y en Centros de Atención Periférica y de Enfermerías (CAP) existentes en las Unidades Militares del resto del país.

Sanidad Policial depende del Ministerio de Interior y presta sus servicios de salud a los funcionarios y ex-funcionarios policiales, a los familiares de ambas categorías y a los pensionistas. En Montevideo, brinda servicios de asistencia en el hospital central y Centros Periféricos, en el Interior lo brinda a través de los Centros Auxiliares Sanitarios (CAS). Además, en el Interior, contrata los servicios de las IAMC locales para funcionarios en actividades y en retiro, y para los demás beneficiarios (familiares y pensionistas) ASSE los contrata.

El Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad de la República, es un hospital general, de adultos y para episodios con breve período de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional, cuya misión es “Brindar atención a la salud de las personas,... a través de la cual, el Hospital deviene ámbito formador de recursos humanos y de generación de conocimientos.” Su actividad se centra en los servicios de internación, a los cuales se asocian los servicios ambulatorios de policlínicas especializadas y estudios paraclínicos, así como la puerta de emergencia. No tiene una red propia de policlínicas en el primer nivel de atención, y sobre todo no tiene una población adscrita. Casi todos sus usuarios, pertenecen a ASSE, ya sea que acudan espontáneamente, derivados por ASSE desde el primer nivel integrado de atención o por el sistema de



referencia-contrarreferencia de la Red Metropolitana, derivados desde hospitales de segundo nivel de la red asistencial de ASSE o de otros efectores de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS). En los hechos, el acceso a los servicios hospitalarios es abierto y similar al de los Hospitales dependientes de ASSE, lo cual determina una clara superposición con dichos beneficiarios.

### 3.1. Indicadores de atención ambulatoria – Consultas

Cuadro 14. Consultas centralizadas y a domicilio por afiliado. Año 2019.

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País		
Consultas no urgentes	5,3	5,6	5,5	6,9	2,7	2,9	2,8	1,1	2,0
Consultas urgentes	1,3	0,9	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	0,5	0,7
<b>Total consultas</b>	<b>6,6</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>8,1</b>	<b>3,9</b>	<b>4,2</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>	<b>2,7</b>

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

El promedio de consultas totales para el conjunto de las IAMC fue de 6,6 consultas por afiliado, mientras que en ASSE dicho indicador alcanzó a 4,0. Los Seguros Privados tienen un valor total más alto, de 8,1, que puede deberse a una mayor accesibilidad, así como a una población más demandante de servicios.

Las diferencias entre los distintos grupos son a expensas de las consultas no urgentes, ya que las urgentes se mantienen en el entorno de 1 consulta por afiliado por año. En el caso de ASSE, los menores valores pueden ser explicados por la suma de diferentes factores: algunas consultas del proceso de atención son realizadas por técnicos no médicos quedando formalmente excluidas del SINADI Asistencial, que releva solamente consultas médicas; no existencia en la mayor parte del país de consultas domiciliarias (ASSE informa consultas a domicilio básicamente en Montevideo y unas pocas consultas en algunos otros departamentos del país); cierto grado de sub-registro vinculado a la gran extensión de la red asistencial de este prestador a lo largo del país,



con la coexistencia de realidades muy diversas que dificultan el registro, síntesis y envío de la información.

Sanidad Militar y Policial presentan los valores totales más bajos, de 1,6 y 2,7 respectivamente, diferencia más marcada en consultas no urgentes; no obstante, reiteramos lo comentado en la introducción en cuanto a los factores que afectan estos indicadores.

En cuanto a las consultas ambulatorias del Hospital de Clínicas, contamos con valores absolutos, pero al no tener una población adscrita, no se puede calcular el indicador de consultas por mil usuarios por año. Las consultas no urgentes están constituidas casi totalmente por policlínicas especializadas, de acuerdo con el perfil del hospital, y ascienden a un total de 106.068 consultas en el ejercicio. Las consultas urgentes centralizadas totalizan por su parte, 51.624 consultas en el período. Dado que la gran mayoría de usuarios del hospital proviene de la población de ASSE, más adelante comentaremos el impacto de la actividad del Hospital de Clínicas sobre los indicadores asistenciales de ASSE.

### 3.2. Análisis de las recetas de medicamentos en atención ambulatoria

En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de recetas expedidas en atención ambulatoria por afiliado por año y por consulta, según prestador.

**Cuadro 15. Recetas por afiliado por año y por consulta. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Int.	Mdeo.	Total País		Int.	Mdeo.	Total País		
Recetas/afiliado/año	18	14,7	16	13,5	12,7	17,3	13,9	6,2	12,7
Recetas/consultas	2,7	2,3	2,4	1,7	3,3	4,2	3,5	3,9	4,8

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.





Los distintos efectores y regiones se agrupan alrededor de un valor de 13 recetas por afiliado por año (ASSE país, Sanidad Policial y Seguros Privados). Las IAMC presentan un valor global mayor (16 recetas), sobre todo por el efecto de las 18 recetas que promedia el Interior. También puede destacarse que el promedio de ASSE oculta una gran diferencia entre el Interior (12,7) y Montevideo (17,3), inversa a la de las IAMC. Es llamativo en este contexto, el bajo valor del indicador de Sanidad Militar (6,2).

Con respecto al indicador de recetas por consulta, las IAMC muestran una distribución bastante homogénea a lo largo del país, en tanto ASSE expide casi una receta más en Montevideo. Globalmente, hay una diferencia de 1 receta entre el valor de las IAMC (2,4) y el de ASSE (3,5). Sanidad Militar muestra un valor similar al global de ASSE, y Sanidad Policial una receta más. Los Seguros Privados registran el indicador más bajo, de 1,7 recetas por consulta. Esto no responde a un bajo uso de medicamentos, sino por un lado a una alta tasa de consultas por afiliado por año, y por otro a que en los Seguros Privados existen diferentes planes que determinan distintas coberturas de medicamentos. En los casos en que la cobertura no incluye los medicamentos, el afiliado debe adquirirlos fuera de la institución y estos medicamentos no se informan en los registros del SINADI Asistencial.

Si se analiza puntualmente la utilización dentro de las IAMC de Montevideo, se observan diferencias importantes entre los grupos de instituciones.

**Cuadro 16. Evolución del número de recetas por afiliado. Grupos IAMC Montevideo.**

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
2015	10,19	15,09	8,92	17,08
2016	10,48	15,42	9,14	17,33
2017	11,29	15,83	9,21	17,87
2018	11,55	16,69	9,45	18,95
2019	12,07	17,47	9,77	20,4

Fuente: SINADI Asistencial y Censo de Usuarios.



A lo largo del período 2015-2019, el grupo 3, donde se registra un menor peso relativo de los medicamentos en el gasto, muestra una utilización que está muy por debajo de la observada en el resto de los grupos; la mayor diferencia se observa con el grupo 4, donde las recetas por afiliado por año duplican a las del grupo 3. Esto se vincula con la estructura etaria de las poblaciones que se atienden en las instituciones que conforman uno y otro grupo. Mientras que el grupo 4 reúne a instituciones de gran volumen con población envejecida, con mayor consumo de medicamentos (Asociación Española y CASMU), el grupo 3 nuclea a instituciones también de gran volumen pero con población más joven, con menor consumo de medicamentos (MUCAM, SMI).

### 3.3. Indicadores de atención en internación – Indicadores de estructura

El siguiente cuadro detalla el promedio de camas disponibles informadas por los distintos efectores durante el año 2019, incluyendo las camas propias de cada institución, tanto destinadas a afiliados propios como a terceros (venta de servicios), según nivel de cuidados.

**Cuadro 17. Camas disponibles según nivel de cuidados. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Hospital Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País			
Cuidados Básicos	n/c	n/c	n/c	n/c	895	274	1.169	n/c	n/c	n/c
Cuidados Moderados	1.501	1.964	3.465	154	2.111	1583	3.693	294	s/d	190
CTI-CI	252	439	691	30	81	107	188	33	s/d	47

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

Durante el 2019 el sector de las IAMC contó en total con 3.465 camas de Cuidados Moderados, manteniéndose la distribución de 43% en instituciones del Interior y 57% en instituciones de Montevideo, casi igual a la observada en los años anteriores. Las camas disponibles de los Seguros Privados se concentran en el Hospital Británico, manteniendo valores similares a los del ejercicio anterior.



ASSE por su parte totaliza 3.693 camas de Cuidados Moderados en todo el país, también con una relación similar a años anteriores, de 57% en el Interior y 43% en Montevideo, acorde a su mayor población en el Interior del país.

Las camas de Centro de Tratamiento Intensivo y Cuidados Intermedios (CTI-CI) de las IAMC fueron 691 en todo el país, manteniendo una mayor concentración en la capital (64%). ASSE cuenta con 188 camas de CTI-CI, de las cuales el 43% está en el Interior y 57% en Montevideo, coincidiendo con la concentración de los hospitales de referencia nacional y de mayor complejidad en este departamento.

En el presente ejercicio ASSE mantiene la tendencia descendente en el número total de camas de Cuidados Moderados observada desde el año 2013, que pasaron de 4.125 a 3.693 (caída del 10,5%), lo que apuntaría a una adecuación de la capacidad de internación sobredimensionada, como evidencia su bajo porcentaje ocupacional en el Interior del país. En cuanto a las camas de CTI-CI, se observa un leve descenso, a expensas de 5 camas de Montevideo.

En el sector de las IAMC, a partir del año 2016, se cortó la tendencia descendente en el número de camas de Cuidados Moderados que se verificaba desde 2013, manteniéndose hasta el año 2018 por encima de las 3.500 camas. En el año 2019 vuelve a notarse un descenso en las camas del Interior, del orden del 4%. En el caso de CTI-CI, el número de camas totales se mantiene alrededor de las 690 camas, con un leve aumento respecto del año anterior en el Interior (13 camas), a predominio de adultos (9 camas), y disminución en Montevideo (9 camas), también a predominio de adultos (6 camas).

En las IAMC la disponibilidad de camas por afiliado se mantiene en 1,5 camas de Cuidados Moderados y 0,3 camas de CTI-CI cada mil afiliados.

Por su parte ASSE tiene una disponibilidad global en Cuidados Moderados de 2,7 camas cada mil afiliados, con una mayor concentración en Montevideo (4,3) respecto al Interior (2,1). Aun así, la mayor disponibilidad de ASSE en el Interior (2,1) respecto a las IAMC (1,7), unida a su bajo porcentaje ocupacional (54%), sugiere una capacidad de



internación sobredimensionada. Las IAMC del Interior tienen un porcentaje ocupacional mayor (63%, llegando a 64% con la venta de servicios), con una disponibilidad sensiblemente menor, como se acaba de ver.

La disponibilidad total de CTI-CI de ASSE alcanza las 0,14 camas cada mil usuarios y también están más concentradas en Montevideo (0,29 contra 0,08 camas cada mil usuarios del Interior). Contrario a lo que sucede con Cuidados Moderados, la baja disponibilidad en el Interior respecto a las IAMC junto al alto porcentaje ocupacional, indican recursos propios insuficientes, lo que se evidencia en la necesidad de ASSE de contratar camas de CTI-CI a demanda. Las IAMC del Interior tienen un porcentaje ocupacional mucho menor (38,5%, lo que les da margen para ascender a 55,5% con la venta de servicios destinados fundamentalmente a ASSE).

En la modalidad alternativa de internación de Cuidados Básicos, las IAMC se mantiene sin actividad desde 2017. ASSE en tanto, cuenta con 1.169 camas de Cuidados Básicos, de las cuales 895 se encuentran en el Interior, y están fuertemente concentradas en San José (81%) debido a la presencia de instituciones de atención de pacientes psiquiátricos crónicos (Colonias Santín C. Rossi y Etchepare).

No se cuenta con información histórica de los prestadores públicos que comienzan a enviar información en este ejercicio, por lo que nos vemos imposibilitados de analizar su evolución.

### 3.4. Indicadores de utilización en internación – Egresos

A continuación se presentan los indicadores de uso en Cuidados Moderados, CTI/CI e Internación Domiciliaria. Esta última, es una modalidad alternativa de internación que se encuentra actualmente extendida entre las instituciones prestadoras del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).



**Cuadro 18 Egresos por mil afiliados, según nivel de cuidados. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Hospital Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País			
Internación Domiciliaria	12,1	9,4	<b>10,5</b>	14,6	0,9	1,4	<b>1,0</b>	n/c	n/c	3,0
Cuidados Moderados	111	88,2	<b>97,6</b>	94,5	84	127,1	<b>95,6</b>	n/c	55,2	60,4
CTI-CI	8,5	9,0	<b>8,8</b>	6,8	4,6	12,4	<b>6,7</b>	n/c	12,4	6,2

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

Durante el año 2019 las IAMC del Interior del país registraron 12 egresos de internación domiciliaria y 111 egresos de Cuidados Moderados por mil afiliados por año, ambos valores superiores a los registrados en las IAMC de Montevideo, con 9,4 y 88,2 egresos por mil afiliados respectivamente. Los valores mencionados son prácticamente iguales a los observados en el ejercicio anterior. En el caso de CTI-CI, la situación es muy similar en las instituciones de Montevideo y del Interior del país (9 y 8,5 egresos cada mil afiliados respectivamente), reduciendo las diferencias vistas anteriormente.

Los Seguros Privados tienen el mayor uso de Internación Domiciliaria, con 14,6 egresos cada mil afiliados por año. Los Cuidados Moderados presentan un valor de 94,5, similar a las IAMC y ASSE de todo el país. Los egresos de CTI-CI son similares a ASSE, y menores a las IAMC. Un perfil de población más joven puede influir en estos valores.

En el caso de ASSE, al igual que con las camas disponibles, los egresos son mayores en Montevideo en todos los niveles de cuidados. Específicamente en CTI-CI se observa una mayor concentración de egresos en Montevideo -la proporción respecto al Interior es de aproximadamente 3 a 1- con respecto a la concentración de camas disponibles, donde la relación es de 1,3 a 1. Según lo que ha informado la institución, esto puede obedecer en parte a la existencia de un sub-registro de egresos de CTI-CI en el Interior del país, por el efecto de la contratación a demanda. Pero además es principalmente en Montevideo donde se concentran los hospitales de referencia nacional y de mayor complejidad, como ya fuera visto, y esto implica que se reciben pacientes del Interior del país, aumentando el indicador de egresos por usuario en Montevideo, ya que se



contabiliza la utilización pero no al usuario, que queda referenciado a su departamento de origen (utilización cruzada). Esta situación se repite al analizar la mayoría de los indicadores de utilización de ASSE.

Respecto al Hospital de Clínicas, como ya se mencionó no tiene una población de referencia propia, por lo que no se puede calcular un indicador en relación a ella. Sin perjuicio, a los efectos de ponderar el peso de su actividad respecto a la infraestructura propia de ASSE (a cuya población atiende), el HC generó 9.360 egresos de Cuidados Moderados y 1.680 egresos de CTI-CI en el ejercicio. Si lo comparamos con los egresos generados por los hospitales propios de ASSE de Montevideo (considerándolos como la categoría asimilable al HC, de hospitales de alta complejidad y referencia nacional), éstos generaron 46.596 egresos de Cuidados Moderados y 4.548 de CTI-CI. Es decir que el HC generó el equivalente al 20% de los egresos de Cuidados Moderados, y al 37% de egresos CTI-CI que generó ASSE en Montevideo en el período.

Sanidad Militar informa un indicador de 55,2 egresos por mil afiliados por año en Cuidados Moderados, llamativamente bajo respecto a los demás sectores, en los que oscila entre 84 (ASSE Interior) y 127 (ASSE Montevideo). En CTI-CI, en cambio, el valor es alto, 12,4, igual al mayor valor de todos los sectores (ASSE Montevideo).

Sanidad Policial desarrolla la modalidad de Internación domiciliaria con escasa actividad (3 egresos por mil afiliados por año, algo mayor a ASSE, pero muy por debajo de las IAMC); Cuidados Moderados está en el mismo bajo rango que Sanidad Militar, y CTI-CI muestra un valor 6,2, relativamente bajo.

Cabe consignar que todos los sectores que venían informando anteriormente, presentan en este ejercicio, valores muy similares a años previos.

### 3.5. Días de hospitalización (DCO)

Durante el Ejercicio 2019, el sector de las IAMC registró 111,6 Días Cama Ocupados (DCO) cada mil afiliados en Internación Domiciliaria, siendo más de un 50% mayor en las IAMC del Interior del país que en las de Montevideo. Los Seguros Privados por su



parte, hacen uso intensivo de la modalidad, con 158,7 DCO por mil afiliado por año, seguramente facilitado por un medio social y ambiental que garantice las condiciones necesarias para el correcto tratamiento.

**Cuadro 19. Días cama ocupados por mil afiliados, según nivel de cuidados. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Hospital Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País			
Internación Domiciliaria	148,5	85,8	<b>111,6</b>	158,7	66,9	16,3	<b>53,3</b>	n/c	n/c	46,8
Cuidados Moderados	456,3	484,5	<b>473,1</b>	395,4	422,5	1293,3	<b>657,3</b>	n/c	s/d	485,1
CTI-CI	47,7	67,1	<b>59,2</b>	32,8	37,7	110,5	<b>57,3</b>	n/c	s/d	56,8

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

En ASSE la utilización es menor tanto en Montevideo como en el Interior. Hay que tener en cuenta que en esta modalidad de internación el indicador presenta gran variabilidad entre instituciones, debido a las diferencias en el tipo de pacientes ingresados en los servicios de internación domiciliaria, de acuerdo a cómo están implementados los mismos. Por ejemplo en ASSE, el indicador en el Interior del país está distorsionado por los altos valores de días de hospitalización de internación domiciliaria informados por el departamento de San José, lo que según lo consultado a la institución no corresponda al concepto clásico de internación domiciliaria, sino a pacientes que se encuentran des-institucionalizados en domicilios de cuidadores particulares y son informados en dicha modalidad. El Hospital de Clínicas y Sanidad Militar no desarrollan esta modalidad, y Sanidad Policial tiene un valor bajo, de 46,8.

En cuanto a Cuidados Moderados, las IAMC registraron 473,1 DCO cada mil afiliados por año, con valores algo mayores en Montevideo que en el Interior (inverso a lo observado en egresos). Los Seguros Privados generan por su parte un indicador global de 395,4, el más bajo de los distintos sectores, en concordancia con el elevado indicador en internación domiciliaria.



ASSE muestra valores en el Interior similares a las IAMC (422,5); sin embargo en Montevideo esos valores se triplican (1.293,3). Esto se explica por la mayor cantidad de egresos que ya vimos (50% más que en el Interior), a lo que se agrega que la concentración en la capital de hospitales de referencia nacional y de mayor complejidad, implica que los pacientes atendidos naturalmente requieran internaciones más prolongadas. El Hospital de Clínicas generó 91.620 DCO en el año, cuyo impacto a nivel de ASSE se analizará más adelante. Sanidad Militar no informa este dato, en tanto Sanidad Policial reporta 485,1, valor muy similar al de las IAMC Montevideo.

En CTI-CI, las IAMC muestran un indicador global de 59,2 DCO por mil afiliados por año. Los Seguros Privados generan por su parte un indicador global de 32,8, el más bajo de los sectores, al igual que Cuidados Moderados.

ASSE tiene a nivel país un indicador similar al de las IAMC (57,3). Al Interior de este indicador, en ambos grupos de instituciones, los valores son mayores en Montevideo que en el Interior del país, siendo la diferencia mucho más amplia en el caso de ASSE con una relación de casi 4 a 1. Esta mayor concentración de la demanda en Montevideo repite los factores ya vistos, a lo que puede sumarse el efecto del sub-registro de las internaciones en CTI-CI que ASSE contrata a demanda en el Interior del país. El Hospital de Clínicas generó 9.804 DCO en el año; Sanidad Militar tampoco informa este dato, en tanto Sanidad Policial reporta 56,6, valor muy similar a los globales de las IAMC y ASSE.

### 3.6. Indicadores de desempeño de camas

En 2019 el sector de las IAMC presentó un promedio de estadía de 10,3 días de internación en Internación Domiciliaria, 4,7 días en Cuidados Moderados y 6,3 días en CTI-CI, cifras similares a las de años anteriores.





**Cuadro 20. Promedio de estadía nivel de cuidados. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Hospital Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País			
Internación Domiciliaria <sup>3</sup>	12,4	8,4	<b>10,3</b>	9,0	193,7	13,1	<b>138,9</b>	n/c	n/c	16,1
Cuidados Moderados	4,1	5,2	<b>4,7</b>	3,8	5,3	10,0	<b>7,0</b>	8,4	s/d	8,1
CTI-CI	5,4	6,9	<b>6,3</b>	5,2	8,3	8,8	<b>8,5</b>	4,6	s/d	7,2

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

Las instituciones de Montevideo, en relación a las del Interior del país, presentan un día más de promedio de estadía tanto en Cuidados Moderados, como en CTI-CI. En el caso de Internación Domiciliaria la situación es inversa, siendo mayor el promedio de estadía en el Interior que en Montevideo.

Los Seguros Privados por su parte muestran valores bajos, de 3,8 días en cuidados Moderados y 5,2 en CTI-CI.

Los promedios de estadía observados en ASSE son mayores a los de las IAMC en todos los niveles de cuidados: 138,9 días en Internación Domiciliaria, 7,0 días en Cuidados Moderados y 8,5 días en CTI-CI. En relación a Internación Domiciliaria, vuelven a llamar la atención los valores de ASSE del Interior del país, que continúan su tendencia ascendente, con un promedio de estadía que duplicó valores previos. Esto sigue respondiendo, según lo informado desde ASSE, a varios egresos que llevaban muchos años internados en esta modalidad de internación en el departamento de San José.

En Cuidados Moderados el promedio de estadía en Montevideo (10,0) es el doble que en el Interior (5,3), lo que estaría vinculado a internaciones de mayor complejidad en centros de referencia de la capital del país, factores de lejanía de residencia de los usuarios del Interior internados en Montevideo, con dificultades en la coordinación de traslados, etc. que prolongan las estadías. En CTI-CI los valores son similares en las Unidades Asistenciales de Montevideo e Interior.

<sup>3</sup> En el caso de la internación domiciliaria solo se consideran para el cálculo los afiliados a las instituciones que tienen esa modalidad de internación.



El Hospital de Clínicas muestra un promedio de estadía de 8,4 días, algo menor al de ASSE Montevideo. Sanidad Militar no aporta información, y Sanidad Policial está prácticamente en el mismo rango del HC. A nivel del CTI-CI, es llamativamente bajo el promedio de estadía del Hospital de Clínicas, de 4,6 días. Sanidad Policial muestra un valor de 7,2, algo más bajo que ASSE.

**Cuadro 21 Porcentaje Ocupacional según nivel de cuidados. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Hospital Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País			
Cuidados Moderados	63,1	70,3	<b>67,3</b>	19,7	54,2	81,8	<b>66,0</b>	85,5	s/d	66,4
CTI-CI	38,5	48,7	<b>44,9</b>	11,7	60,3	82,8	<b>73,0</b>	82,6	s/d	31,4

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

**Cuadro 22. Porcentaje Ocupacional según nivel de cuidados con Días Cama Ocupados por Terceros. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Hospital Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País			
Cuidados Moderados	64,4	77,5	<b>72</b>	69,2	54,3	81,8	<b>66,1</b>	85,5	s/d	67,3
CTI-CI	55,5	63,2	<b>60,4</b>	43,7	60,3	82,8	<b>73,0</b>	82,6	s/d	50,1

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

En relación al porcentaje ocupacional, el sector de las IAMC presenta en promedio para el año 2019 un 67 % de ocupación en Cuidados Moderados y un 45% en CTI-CI. Los porcentajes son menores en las IAMC del Interior en ambos niveles de cuidados.

Si se consideran los DCO por terceros, el indicador aumenta por el efecto de aquellas instituciones que desarrollan venta de servicios, pasando a 72% en Cuidados Moderados y a 60% en CTI-CI para el total de las IAMC, evidenciándose una mayor venta en los servicios de mayor complejidad y de menor distribución a lo largo del país (CTI-CI).



Los Seguros Privados reflejan la situación del Hospital Británico, único proveedor de servicios de internación del subsector. Como es de esperar, sus porcentajes ocupacionales son muy bajos cuando se consideran los DCO propios (19,7 en Cuidados Moderados, 11,7 en CTI-CI), subiendo marcadamente al considerar los DCO por terceros (69,2 y 43,7, respectivamente).

A nivel global en ASSE el porcentaje ocupacional para el 2019 en Cuidados Moderados se ubica en 66% (similar a las IAMC), mientras que en CTI-CI llega a 73%, 13 puntos porcentuales más que en el sector IAMC. Esta diferencia se explicaría como consecuencia de una menor disponibilidad en ASSE de camas por afiliado, que determina una utilización intensiva del recurso (porcentajes ocupacionales elevados) y necesidad de contratación de servicios a terceros en momentos de mayor demanda. No obstante, es de destacar que esta diferencia disminuyó respecto al ejercicio anterior.

En cuanto a la diferencia entre Montevideo e Interior, los porcentajes ocupacionales de ASSE son mayores en la capital del país, tanto en Cuidados Moderados como en CTI-CI, siendo la brecha mayor en el primer caso.

El Hospital de Clínicas muestra porcentajes ocupacionales en el mismo rango que ASSE Montevideo (85,5 en Cuidados Moderados y 82,6 en CTI-CI), no presentando venta de servicios. Sanidad Policial presenta valores propios bajos (66,4 y 31,4), que aumentan con la venta de servicios, levemente en Cuidados Moderados (67,3) y marcadamente en CTI-CI (50,1).

Si se toma como referencia un 75% de ocupación como parámetro de eficiencia del recurso cama, se observa en general que los sectores de Cuidados Moderados del Interior del país -tanto de las IAMC como de ASSE- registran porcentajes ocupaciones por debajo del mismo. En el caso de CTI-CI esta situación se ve en las IAMC de Montevideo e Interior, así como también en el sector de ASSE del Interior del país. Lo mismo se aprecia en ambos niveles de Sanidad Policial, y sobre todo en los Seguros Privados, con valores extremadamente bajos que se acercan a valores más eficientes al considerar la ocupación por terceros. En este último caso, evidencia la existencia de



una Institución cuya mayor actividad está dirigida a la venta de servicios. En el otro extremo, los hospitales de ASSE en Montevideo y el Hospital de Clínicas, muestran valores mayores al 80% por lo que, considerando que son promedios anuales y que la demanda presenta oscilaciones estacionales, se puede inferir la existencia de momentos con ocupación del 100% y la eventual necesidad de compra de servicios en el caso de ASSE.

### 3.7. Indicadores de Centro Quirúrgico

En 2019 las IAMC registraron un indicador de cirugías con utilización de block quirúrgico de 65 intervenciones por mil afiliados, manteniendo la proporción de 70% de intervenciones coordinadas y 30% de intervenciones de urgencia que se viene observando desde años anteriores. Este indicador muestra una variación marcada desde el año anterior, a expensas de las cirugías coordinadas ambulatorias, debido a la identificación y ajuste de un error en los criterios aplicados en la información de una Institución de gran tamaño. Por lo tanto, esta variación no refleja un cambio en el nivel de actividad, sino la corrección de un indicador que estaba sobrevalorado. Esto hace que las IAMC de Montevideo muestren una actividad coordinada menor a la del Interior del país, en relación a su población.

**Cuadro 23 Intervenciones quirúrgicas coordinadas y urgentes por mail afiliados. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País		
Coordinadas con internación	34,9	22,7	<b>27,7</b>	31,1	8,2	22,5	<b>12,1</b>	18,0	14,8
Coordinadas ambulatorias	18,7	15,2	<b>16,7</b>	39,9	8,9	24,3	<b>13,1</b>	7,7	11,5
Coordinadas total	53,6	37,9	<b>44,4</b>	71,0	17,1	46,8	<b>25,1</b>	25,7	26,4
Urgentes	20,2	20,6	<b>20,4</b>	15,4	14,4	27,6	<b>18</b>	9,3	8,0
<b>TOTALES</b>	<b>73,7</b>	<b>58,5</b>	<b>64,8</b>	<b>86,4</b>	<b>31,5</b>	<b>74,4</b>	<b>43,1</b>	<b>35</b>	<b>34,4</b>

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.



Los Seguros Privados, por su parte, presentan el mayor nivel de actividad global (86,4 intervenciones por mil afiliados por año), concentrada en la actividad coordinada (71 intervenciones) y dentro de esta, la ambulatoria (39,9). Merece los mismos comentarios que la atención ambulatoria, en cuanto a la accesibilidad y las características de la población.

Al considerar el promedio general de ASSE el indicador de intervenciones quirúrgicas totales por mil afiliados es sensiblemente menor al del sector IAMC, ubicándose en 43 intervenciones por mil afiliados. La actividad quirúrgica global de ASSE se concentra fuertemente en Montevideo respecto al Interior (relación de 2,5 a 1, aproximadamente), sobre todo la coordinada. Esto podría explicarse nuevamente por la centralización de los hospitales de referencia nacional en la capital del país y el problema de la utilización cruzada, así como por un menor acceso a algunos tipos de cirugías en los centros de ASSE del Interior de país.

Como ya fue mencionado, no es posible calcular estos indicadores para el Hospital de Clínicas. Sus números absolutos ascienden a 2.316 intervenciones coordinadas y 1.896 urgentes, totalizando 4.212 eventos en el ejercicio, equivalentes al 15% de las cirugías realizadas por ASSE en Montevideo. Cabe destacar la mayor proporción de cirugías urgentes que muestra el HC (45% del total de cirugías), respecto a ASSE Montevideo (37%). Esto podría deberse a la carencia de una red propia de primer nivel de atención, con la capacidad de “captar” pacientes quirúrgicos en oportunidad de ser intervenidos de coordinación, rol que sería cumplido por ASSE.

Sanidad Militar y Policial presentan un perfil de actividad coordinada similar a ASSE país, con matices entre ambulatoria y con internación. La actividad urgente es bastante más baja respecto a ASSE, dando cuenta de la diferencia de 8 puntos porcentuales que muestra la actividad quirúrgica total.

### 3.8. Indicadores de utilización de servicios de diagnóstico

En relación a la utilización de exámenes de laboratorio, la media registrada en el grupo IAMC en 2019 fue de algo más de 6 estudios por afiliado, habiéndose igualado el



indicador en las IAMC de Montevideo y del Interior del país. Se ha ido acortando año a año la diferencia observada de un estudio más por afiliado en las instituciones de Montevideo, que estaba presente desde el año 2015. Se mantiene por otra parte, la relación de 86 % de estudios ambulatorios y 14 % de estudios realizados durante las internaciones.

**Cuadro 24. Exámenes de laboratorio por afiliado. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País		
Atención Ambulatoria	5,5	5,3	<b>5,4</b>	8,3	4,6	7,2	<b>5,3</b>	s/d	s/d
Internación	0,8	0,9	<b>0,9</b>	0,6	0,6	3,0	<b>1,3</b>	s/d	s/d
Total exámenes de laboratorio	6,3	6,2	<b>6,3</b>	9,0	5,4	10,6	<b>6,8</b>	7,8	s/d

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

Los Seguros Privados tienen un indicador global de 9,0, procedente en su gran mayoría de atención ambulatoria (8,3).

ASSE, en tanto, presenta una media global similar (6,8 estudios por afiliado por año), aunque con una diferencia importante en el uso entre Montevideo e Interior (relación 2 a 1). A su vez, dentro de Montevideo el peso relativo del uso en internación es mayor que en el resto de los grupos (representando aproximadamente un 28% del total), lo que es compatible con la concentración en Montevideo de los hospitales de mayor complejidad y su utilización en internación aumentada.

La tendencia levemente creciente de los estudios de laboratorio observada en los últimos años en ASSE se ha estabilizado. En el caso de las IAMC, permanece estable.

El Hospital de Clínicas realizó un total de 1.247.568 estudios de laboratorio, siendo el 72% originado en internación, como es esperable. Considerando solamente estos últimos, el HC realizó un equivalente al 82% de los estudios de laboratorio que realizó ASSE Montevideo en internación.



Sanidad Militar informa un indicador global de 7,8 estudios por mil afiliados por año, algo mayor a ASSE. Sanidad Policial no aporta datos.

**Cuadro 25. Exámenes de Radiología por afiliado. Año 2019.**

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País		
Atención Ambulatoria	0,39	0,4	<b>0,4</b>	0,52	0,29	0,41	<b>0,32</b>	s/d	0,29
Internación	0,05	0,05	<b>0,05</b>	0,04	0,01	0,04	<b>0,02</b>	s/d	0,01
Total exámenes de Radiología	0,45	0,45	<b>0,45</b>	0,56	0,31	0,46	<b>0,35</b>	0,3	0,3

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

En cuanto a los exámenes de radiología convencional, el sector IAMC muestra durante 2019 una utilización a nivel país de 0,45 estudios por afiliado por año, sin diferencias entre Montevideo e Interior. De ese total, el 88% de los exámenes radiológicos se solicitaron desde la atención ambulatoria y el 12% durante la internación.

El valor global presentado por ASSE es algo menor, de 0,35 estudios por afiliados para el 2019 con una mayor concentración en Montevideo, y un 91% procedente de la actividad ambulatoria.

El Hospital de Clínicas realizó un total de 20.904 estudios de Radiología; sólo el 42% se realizó durante la internación. Considerando solamente estos últimos, el HC realizó un equivalente al 65% de los estudios de Radiología que realizó ASSE Montevideo en internación.

Sanidad Militar y Policial presentan valores globales de 0,30, sin discriminación en la primera, y con un franco predominio ambulatorio (97%) en Sanidad Policial, posiblemente atribuible a un problema de registro en internación.



Cuadro 26. Estudios por mil afiliados. Año 2019.

	IAMC			Seguros Privados	ASSE			Sanidad Militar	Sanidad Policial
	Interior	Mdeo.	Total País		Interior	Mdeo.	Total País		
Ecografías	322,5	319,7	<b>320,9</b>	737,3	166,1	190,1	<b>172,6</b>	151,6	165,7
Ecodoppler	36,7	49,3	<b>44,2</b>	129,5	14,8	21,9	<b>16,7</b>	25,6	10,5
TAC	102,9	87,8	<b>94,0</b>	91,8	44,8	119,9	<b>65,0</b>	95,2	92,4
RMN	27,7	37,0	<b>33,2</b>	132,0	7,5	11,0	<b>8,4</b>	12,1	17,6
Endoscopías	36,6	30,5	<b>33,0</b>	82,8	10,3	28,8	<b>15,3</b>	20,4	16,7

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

El Cuadro 26 muestra el número de ecografías, ecodoppler, TAC, RNM y endoscopías que las instituciones realizaron en promedio en el 2019 cada mil afiliados. Como en otros años, se observa al Interior de estos promedios una clara heterogeneidad en la utilización de los servicios, tanto entre las diferentes IAMC, como entre los diferentes departamentos de ASSE.

En cuanto a la distribución de la utilización entre Montevideo e Interior, el grupo IAMC muestra una mayor utilización de TAC en el Interior del país, una mayor utilización de ecodoppler y RMN en Montevideo y una utilización similar para ambos grupos de endoscopías y ecografías.

Los Seguros Privados muestran valores mucho mayores, del orden del doble o triple de lo realizado por las IAMC, según los distintos estudios. Sólo se exceptúan a esto las TAC, probablemente desplazadas en su uso por las RMN, lo que las relega a valores de uso relativamente bajos.

ASSE en cambio, además de valores menores a las IAMC en todos los servicios diagnósticos considerados, muestra una mayor utilización en Montevideo, reflejando el efecto de los factores ya mencionados (concentración de los hospitales de mayor complejidad y utilización cruzada en Montevideo), a lo que se suma la mayor disponibilidad de equipamiento.





El Hospital de Clínicas reporta las siguientes cantidades de estudios realizadas en el ejercicio: 8.736 ecografías, 2.460 ecodoppler, 15.312 TAC, 3.768 RMN y 2.088 endoscopías, representando entre un 15% y un 30% de los realizados en ASSE Montevideo, con valores más altos en los estudios de mayor complejidad, que se concentran en los hospitales.

Sanidad Militar y Policial presenta valores similares a los globales de ASSE, siendo mayores en las TAC y en las RMN.

### 3.9. Indicadores de actividad asistencial de ASSE considerando la incidencia del Hospital de Clínicas.

Como ya se ha mencionado, el Hospital de Clínicas atiende fundamentalmente a población de ASSE en sus ámbitos de segundo y tercer nivel de atención. Por lo tanto, ya que parte de las necesidades asistenciales de esa población es cubierta por el HC, sería interesante revisar los indicadores de consumo asistencial ajustados con las prestaciones brindadas por el mismo. A priori es esperable que esta incidencia sea sustantiva en los niveles de internación de alta complejidad, que es el perfil del HC, y mucho menor en lo ambulatorio (nivel de atención que muestra una incidencia marginal, especializada, diluida por la gran actividad de ASSE en su extensa red nacional de primer nivel de atención).

A tales efectos, compararemos los indicadores de internación, block quirúrgico y estudios paraclínicos complejos de ASSE Montevideo generados por sus propios hospitales, y los mismos ajustados al acumular la actividad de los servicios de internación del HC.

También debe tenerse en cuenta que mientras ASSE atiende a toda su población (es decir, a todas las edades), el HC es un hospital de adultos, por lo que si consideráramos exclusivamente la actividad en rangos etarios adultos, su incidencia proporcional aumentaría.



**Cuadro 27. Actividad asistencial ASSE/HC. Año 2019.**

	<b>ASSE Montevideo</b>	<b>ASSE Montevideo + Hospital de Clínicas</b>
<b>Total consultas no urgentes por afiliado por año</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>
<b>Total consultas urgentes por afiliado por año</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>
<b>Total consultas (urgentes y no urgentes) por afiliado por año</b>	<b>4,2</b>	<b>4,6</b>
Camas Disponibles Cuidados Moderados	1.583	1.876
Camas disponibles CTI-CI	107,0	140,0
Egresos por mil afiliados por año Cuidados Moderados	127,1	152,7
Egresos por mil afiliados por año CTI-CI	12,4	17,0
DCO por mil afiliados por año Cuidados Moderados	1.293,30	1.543,30
DCO por mil afiliados por año CTI-CI	110,5	137,2
Interv. Quir. Coordinadas por mil afiliados por año	46,8	53,1
Interv. Quir. Urgentes por mil afiliados por año	27,6	32,8
Exámenes laboratorio por afiliado por año	10,6	14,0
Estudios Radiología por afiliado por año	0,46	0,51
Ecografías por mil afiliados por año	190,1	214,0
Ecodoppler por mil afiliados por año	21,9	28,6
TAC por mil afiliados por año	119,9	161,7
RMN por mil afiliados por año	11,0	21,2
Endoscopías por mil afiliados por año	28,8	34,5

Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

Puede observarse que la contribución del Hospital de Clínicas a la atención de usuarios de ASSE de Montevideo (y patologías complejas derivadas del Interior) no es menor en la actividad ambulatoria, de internación, quirúrgica y de estudios paraclínicos, destacándose por su peso relativo la atención en policlínicas quirúrgicas, la internación en CTI-CI, el laboratorio, ecodoppler, TAC y RMN.



### 3.10. Análisis por edad y sexo de las consultas y los DCO en IAMC y ASSE

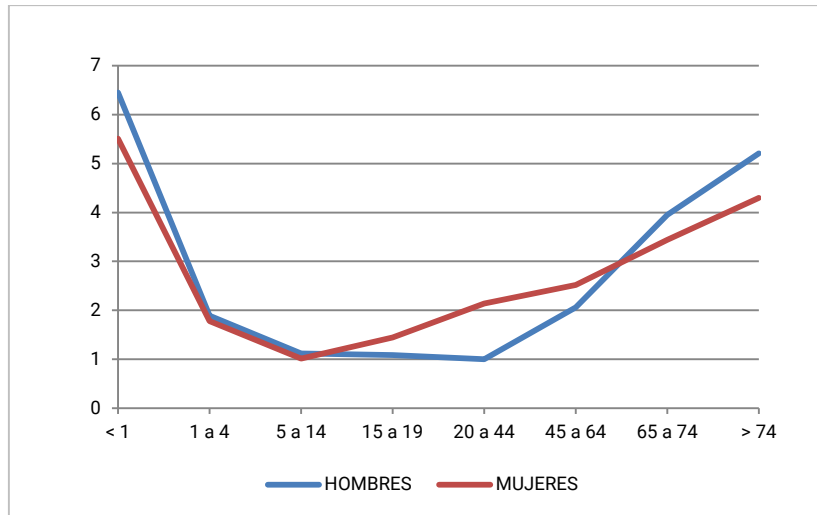
Es sabido que el gasto en salud cambia según las necesidades de los individuos, las cuales dependen a su vez de características personales como la edad, el sexo, la morbilidad y las circunstancias sociales. Si bien no existe un predictor “ideal” del riesgo inherente a la atención de la salud, variables como edad y sexo son factores que pueden explicar en medida importante las variaciones del gasto.

Desde la reforma de la salud en nuestro país, se introdujeron cambios en las formas de pago a los prestadores del sistema. En particular, el pago a través de cápitas busca ajustar lo que reciben dichos prestadores de salud al riesgo implícito de la población que atienden. El cálculo de las cápitas surge de cruzar información asistencial –tasas de utilización por producto- e información de costos de la provisión de los servicios. Por ende, analizar la utilización de los servicios por edad y sexo es relevante. A partir de este año se incluye por primera vez a ASSE en este análisis, ya que ha demostrado una evolución positiva, en la mayoría de los productos asistenciales, en lo que tiene que ver con la discriminación por edad y sexo.

Antes de describir la utilización puntual de alguno de los productos asistenciales, se muestra en el siguiente gráfico la estructura relativa de cápitas vigente, es decir la relación entre el gasto esperado de los diferentes tramos de edad (y sexo) y el del tramo de hombres de 20 a 44 años (grupo tomado como referencia para el cálculo de las cápitas relativas).



Gráfico 8. Estructura de cápitas relativas vigente a 2019.

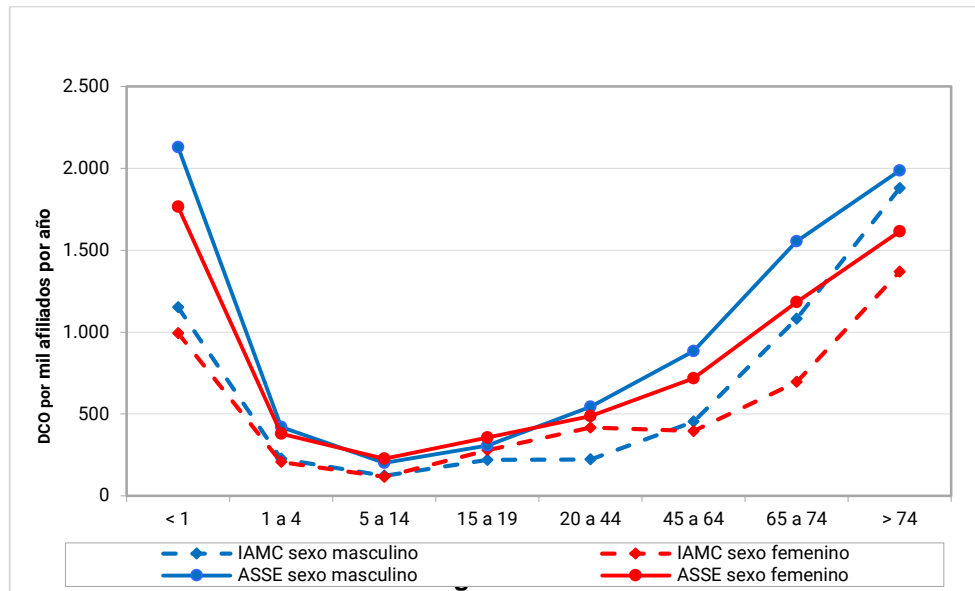


Fuente: AES, MSP.

A continuación, se presentan en primer lugar las tasas de utilización de atención ambulatoria centralizada (consultas no urgentes y urgentes, por afiliado) correspondientes al Ejercicio 2019, por edad y sexo. No se incluyeron en esta oportunidad las consultas domiciliarias (no urgentes y urgentes), porque en el caso de ASSE son todavía ejemplo de productos asistenciales donde la falta de discriminación por edad y sexo continúa siendo un problema.



**Gráfico 9. Consultas ambulatorias centralizadas por afiliado por año según rango de edad y sexo. IAMC y ASSE. Ejercicio 2019.**



Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.

Como ya se ha descrito anteriormente en este capítulo, se observa que la utilización en atención ambulatoria en ASSE se encuentra por debajo de la registrada en las IAMC, para todos los grupos de edad y sexo. La mayor diferencia se registra en los mayores de 74 años, con aproximadamente 5 consultas más por afiliado por año en las IAMC que en ASSE.

Como era esperable, se registra la mayor frecuencia de utilización en los menores de 1 año, con diferencias mínimas entre ambos sexos. Cabe recordar que este grupo de población tiene una serie de controles en salud pautados. En el otro extremo de la gráfica, el pico de utilización aparece en casi todos los casos en el grupo de 65 a 74 años, y luego desciende o se estabiliza en los mayores de 74 años, salvo en las IAMC sexo masculino, donde la utilización continúa en ascenso.

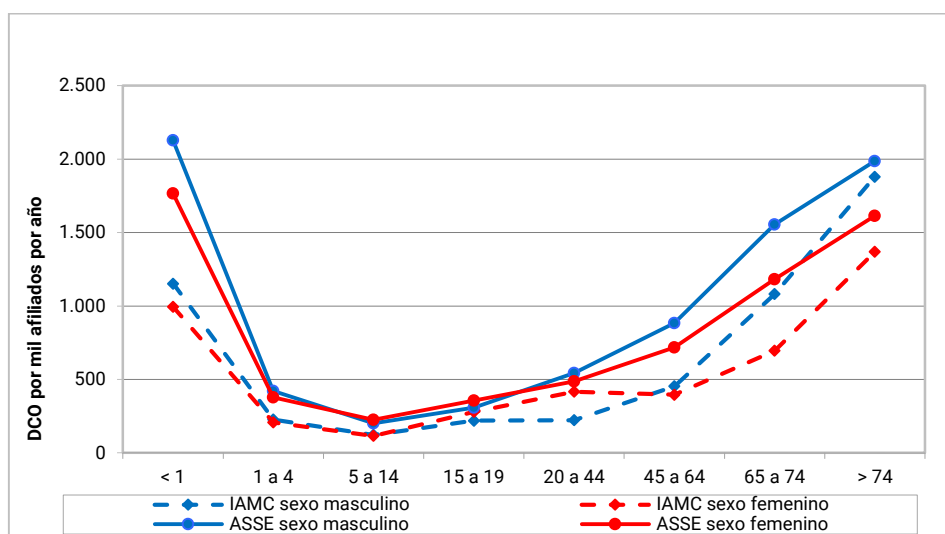
Por otro lado, siguiendo la distribución por sexo, se observa que vinculado a las diferentes necesidades de atención a lo largo del ciclo vital, la menor utilización se registra en el sexo masculino de 20 a 44 años, que desde el nacimiento hasta los 14 años las consultas mantienen una proporción similar en ambos sexos, y que a partir de



los 15 y hasta los 74 años, se observa una mayor utilización en el sexo femenino. En el grupo de más de 74 años, la utilización desciende en el sexo femenino, mientras que continúa en ascenso en el masculino, emparejándose el indicador en ambos sexos. Si se analiza este último tramo etario en las IAMC incluyendo la utilización en atención ambulatoria domiciliaria (de la que si se cuenta con discriminación por edad y sexo), la curva en el sexo femenino no muestra la caída mencionada, evidenciando que en ese rango de edad las consultas domiciliarias tiene mayor peso relativo.

En cuanto a la distribución de la utilización en internación en Cuidados Moderados (indicador Días Cama Ocupados) para el Ejercicio 2019, según grupos de edad y sexo por prestador, se observa que los grupos de edad extremos, menores de 1 año y mayores de 74 años, son los que registran los picos de utilización en ambos sexos y tipo de prestador, mientras que el rango de 5 a 14 años es donde se registran las menores tasas de utilización. Al contrario de lo evidenciado en la atención ambulatoria, las tasas de utilización en internación son mayores en ASSE que en las IAMC en todos los grupos de edad y sexo, debido a los factores mencionados anteriormente en este capítulo.

**Gráfico 10. DCO Cuidados Moderados por mil afiliados por año según rango de edad y sexo. IAMC y ASSE. Ejercicio 2019.**



Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.



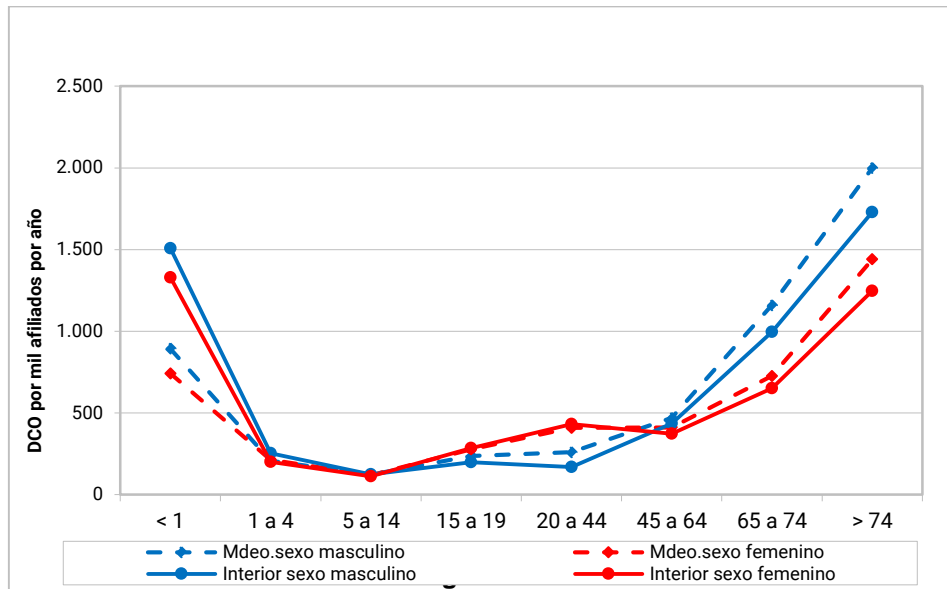
En lo relativo a la distribución por sexo, se ha evidenciado históricamente en las IAMC, un pico de utilización en el sexo femenino en el rango entre 20 a 44 años, que ha sido vinculado a la edad reproductiva con mayores episodios de internación. Esta situación no se replica en ASSE, donde en ese grupo etario la utilización es mayor en el sexo masculino que en el femenino. Al intentar explicar esta diferencia entre prestadores se analizó la distribución por especialidad de los egresos de Cuidados Moderados en ese rango de edad y los promedios de estadía de esas internaciones, y se observó que la diferencia principal radica en el mayor número de egresos de psiquiatría del sexo masculino en ASSE, con promedios de estadía elevados, que hacen que el indicador de este sexo supere al del sexo femenino incluso en este grupo de edad.

En el rango de 45 a 64 años la utilización en las IAMC en ambos sexos se iguala, y luego la curva del sexo masculino cruza y sobrepasa a la del sexo femenino para las edades mayores, mientras que en ASSE la gráfica del sexo masculino permanece en todos los rangos de edades por encima de la del sexo femenino.

Al poner el foco en la utilización de los DCO en las IAMC según la distribución geográfica, Montevideo – Interior, se ve en los extremos de la gráfica las principales diferencias entre regiones. En los menores de 1 año, la utilización es mayor en las instituciones del Interior del país, mientras que en los mayores de 64 años, la situación se invierte y la utilización es mayor en Montevideo. Los demás rangos se encuentran prácticamente superpuestos.



Gráfico 11. DCO Cuidados Moderados por mil afiliados por año según rango de edad y sexo. IAMC, Montevideo e Interior. Ejercicio 2019.



Fuente: SINADI Asistencial, AES, MSP.





## 4. Prestadores Públicos del SNIS

### 4.1. Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Para la elaboración de las cifras económico-financieras de ASSE, se utilizó el Sistema de Análisis de Información de la plataforma *Business Intelligence* de la CGN, con la información de ejecución presupuestal. La misma se encuentra también disponible en la página web de la CGN.

#### 4.1.1. Evolución de los ingresos de ASSE

El financiamiento de las prestaciones y actividades de ASSE provienen en mayor medida de dos fuentes: de las partidas de Rentas Generales en el Presupuesto Nacional y de los ingresos que provienen del FONASA -por sus componentes de cápitas y metas-. A su vez ASSE realiza venta de servicios y recibe ingresos por las cuotas prepagas abonadas por afiliados individuales que eligen éste como prestador.

**Cuadro 28. Evolución de las fuentes de financiamiento de ASSE en millones de pesos constantes 2019**

Ingresos Totales ASSE en \$ Constantes 2019	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Presupuesto Nacional	24.592	26.099	25.738	24.085	22.910	22.502	21.538	21.545	18.707	22.063
FONASA	3.059	4.251	6.404	9.471	12.044	13.733	15.483	16.830	17.480	17.684
<b>TOTAL</b>	<b>27.651</b>	<b>30.349</b>	<b>32.142</b>	<b>33.556</b>	<b>34.954</b>	<b>36.235</b>	<b>37.022</b>	<b>38.374</b>	<b>36.187</b>	<b>39.747</b>

Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

El Cuadro 28 presenta la serie desde 2010 a 2019 de los recursos de ASSE, en millones de pesos. Los recursos totales aumentaron más de 43% en términos reales en dicho período, alcanzando 39.747 millones de pesos en 2019, 1.126 millones de dólares aproximadamente. Si se analiza puntualmente los recursos provenientes del FONASA a lo largo de la última década, se observa que se multiplicaron por cinco, alcanzando los



17.684 millones de pesos, 501 millones de dólares. Estos pasaron de financiar el 11% del gasto total a financiar el 44%.

Analizando el período concreto en el que se centra el presente informe, desde 2015, el financiamiento FONASA de ASSE creció más de 28% en valores constantes. Esta cifra confirma la tendencia al crecimiento en la participación de esos fondos en el financiamiento de las actividades del organismo.

**Gráfico 12. Evolución de las fuentes de financiamiento de ASSE en millones de pesos constantes de 2019.**



Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

Asimismo, el porcentaje que representa ASSE en el total de egresos del FONASA también continuó con la tendencia al crecimiento pasando de 17,4% en 2015 a 20% en 2019.

#### 4.1.2. Evolución de los gastos de ASSE

Dentro de los gastos operativos se considera el costo total en recursos humanos, (donde se incluyen los contratos de Comisión de Apoyo y aquellos resultantes del convenio del Patronato del Psicópata), el consumo de medicamentos, el consumo de



materiales y suministros, los gastos de funcionamiento y mantenimiento, servicios asistenciales contratados y otros egresos operativos.

Entre 2015 y 2019, los gastos operativos de ASSE ascendieron a 38.770 millones de pesos, presentando un crecimiento de 10,4% en términos reales, muy por debajo del aumento registrado entre 2012 y 2015 que se encontró en el orden del 22,3%.

**Cuadro 29. Costo operativo de ASSE. Año 2019.**

	<b>Estructura</b>	<b>Var. % 2015-2019</b>	<b>Incidencia en la Var. % 2015-2019</b>
Costo Total En RRHH	53,1%	25,0%	5,5%
Comisión de Apoyo y Convenio Patronato del psicópata	7,5%	-47,9%	0,8%
Consumo de Medicamentos	7,7%	11,9%	0,8%
Consumo de Materiales y Suministros	10,0%	5,3%	1,0%
Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento	11,6%	41,7%	1,2%
Otros Egresos (incluye UDAS)	1,1%	-1,4%	0,1%
Servicios Asistenciales Contratados	9,0%	12,1%	0,9%
<b>Total Egresos Operativos</b>	<b>100,0%</b>	<b>10,4%</b>	<b>10,4%</b>

Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

El mayor aumento se registró en los recursos humanos que crecieron 25%, a un promedio anual de 6,5% en el período analizado para el informe. El costo total de los recursos humanos -que incluye el Rubro 0 "Servicios Personales", la transferencias a Comisión de Apoyo y al Patronato del Psicópata, llegó al 60,5% del total de los gastos operativos en 2019.

Por otro lado, el consumo de medicamentos creció 11,91% entre 2015 y 2019. La estimación del consumo de medicamentos se realizó a partir del Objeto de Gasto 152 "Productos medicinales y farmacéuticos".

Los servicios asistenciales contratados, que constituyen aproximadamente el 9% del gasto operativo, crecieron 12,1% en los cinco años analizados.



**Cuadro 30. Variación del gasto en servicios asistenciales contratados. Año 2019.**

	<b>Estructura 2019</b>	<b>Var % 2015-2019</b>	<b>Incidencia en la Var % 2015-2019</b>	<b>Var % promedio anual</b>
Ambulancias y locomoción contratada	15,9%	-5,0%	1,9%	-1,7%
CTI	26,4%	28,8%	3,2%	9,6%
Estudios	18,5%	-4,9%	2,2%	-1,6%
Otros servicios contratados	23,7%	2,2%	2,9%	0,7%
Profesionales y técnicos	5,1%	51,4%	0,6%	17,1%
Servicios de Internación	3,4%	55,7%	0,4%	18,6%
Tratamientos	7,0%	84,6%	0,8%	28,2%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>12,1%</b>	<b>12,1%</b>	<b>4,0%</b>

Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

En 2019 cerca del 27% de los servicios contratados externamente por ASSE correspondió a servicios de CTI (de adultos, pediátricos y neonatales) y 18,5% fue en estudios (de laboratorios, radiológicos, resonancias magnéticas, tomografías, angiografías y estudios oftalmológicos y cardiológicos). Por su parte, el 15,9% del total correspondió a locomoción contratada, incluyendo ambulancias, disminuyendo su participación en el total de los gastos asistenciales contratados.

Dejando de lado "Otros", los Tratamientos fueron los servicios cuya contratación creció más, aunque la incidencia en la variación fue menor (0,85%) debido a su baja participación en el total de la estructura de costos.

El gasto operativo por usuario en ASSE en 2019 fue de 2.373 pesos y el crecimiento alcanza 6,4% entre 2015 y 2019. En este período la cantidad de usuarios aumentó un 3,75% por lo que el aumento del gasto operativo por usuario se debe al crecimiento en el gasto de ASSE en valores constantes.

Como prestador integral, ASSE brinda a sus usuarios el conjunto de servicios y prestaciones incluidas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Si se excluye del



gasto total del organismo el gasto ejecutado por las unidades que desarrollan actividades no incluidas en el PIAS, es posible arribar a una estimación del gasto PIAS de ASSE.

En 2019, el gasto operativo PIAS de ASSE alcanzó los 37.260 millones de pesos, esto es el 97% del gasto total del organismo, lo que determina un gasto PIAS mensual por usuario de 2.281 pesos.

Entre 2015 y 2019, las inversiones fueron en promedio de 977 millones de pesos al año. En 2015 las inversiones representaban el 3% del gasto total, y en 2019 fueron de 2,3%. Uno de los factores que influye en esta caída es la culminación de grandes obras como la construcción del Hospital de Colonia, impactando en los recursos destinados a inversiones en infraestructura.

Si se observa el acumulado, 66% de las inversiones en los 5 años analizados corresponde a inversiones en estructura edilicia, 31% se realiza en equipamiento médico y no médico, y el resto en inversiones de diversa índole.

#### **4.1.3. Otros prestadores públicos: Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas**

Dentro de los de los prestadores públicos de salud consideramos en este informe el Servicio de Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Nacional, el de Sanidad Policial del Ministerio del Interior y el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República. Utilizando los datos de la Contaduría General de la Nación (CGN), se analiza lo relativo a ingresos y gastos de dichos prestadores y se presentan junto con la información de ASSE para facilitar la comparación entre los prestadores públicos.

Si bien estos tres prestadores públicos forman parte del SNIS, no son parte del Seguro Nacional de Salud y por ende no perciben ingresos FONASA.



**Cuadro 31. Fuentes de financiamiento de los prestadores públicos desde la perspectiva de la Rendición de Cuentas. Año 2019.**

Fuentes	ASSE	Hospital de Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
1.1 Rentas generales	55%	90%	68%	66%
1.2 Recursos de afectación especial	45%	10%	32%	1%
1.8 Fondos de terceros administrados por ley	-	-	-	32%

Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

El Hospital de Clínicas recibe financiamiento del Presupuesto Nacional en el que se dispone un Convenio de Complementación Asistencial entre la Udelar, ASSE, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Dicho convenio se suscribió en noviembre 2010 para que las actividades del Hospital de Clínicas se complementen con las de los demás componentes del subsector público de salud en el marco de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS). Según ese convenio, el Hospital de Clínicas recibe anualmente una partida de créditos con destino a gastos de funcionamiento, que se aplica a la prestación de asistencia a usuarios de ASSE.

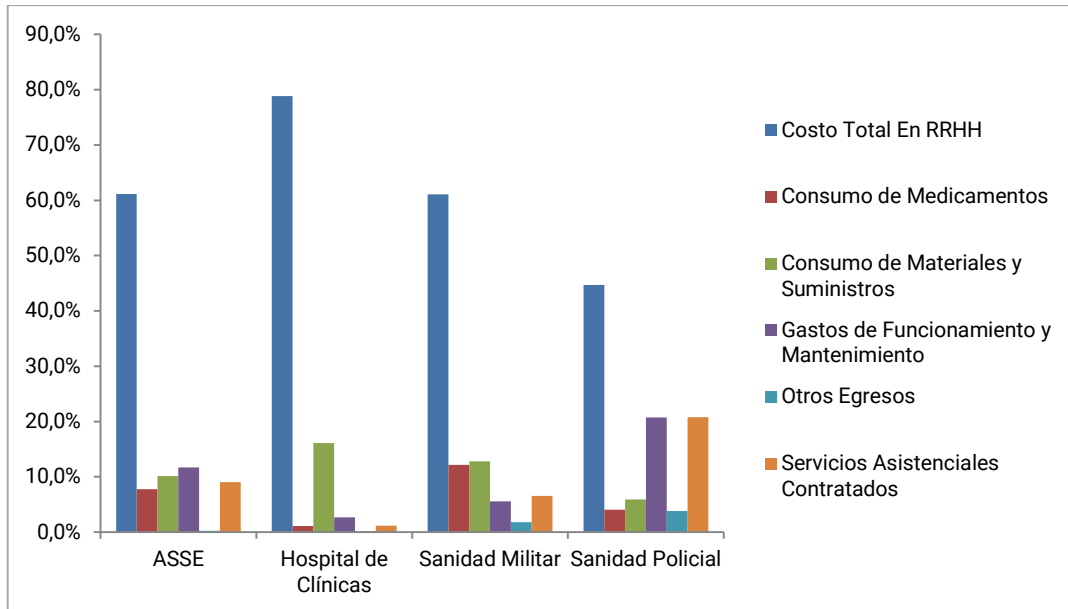
Los servicios de salud del Ministerio de Defensa y del Interior, disponen además de financiación de carácter extra-presupuestal, la cual proviene de los aportes de los funcionarios y ex funcionarios de los ministerios de Defensa Nacional y del Interior, respectivamente.

El Hospital Militar y el Policial atienden tanto a los funcionarios y familiares, así como a retirados del Ministerio de Defensa y del Interior, respectivamente. En tanto que el Hospital de Clínicas, atiende usuarios de ASSE.

Dado que el Hospital de Clínicas es un hospital universitario, desarrolla actividades asistenciales, de docencia e investigación. Es por eso que en la práctica no se puede separar dichas tareas para determinar cuánto del total del gasto es atribuible a la función salud dentro del gasto del Clínicas. Por lo tanto se considera la ejecución presupuestal realizada por toda la Unidad Ejecutora 015 "Hospital de Clínicas" del inciso Universidad de la República.



**Gráfico 13. Estructura del gasto operativo de los prestadores públicos. Año 2019.**



Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

En el [Gráfico 13](#) se presenta la estructura del gasto operativo para el promedio del período en el caso de los tres prestadores mencionados, al que se agregan los datos de ASSE buscando realizar una comparación.

**Cuadro 32. Variación del gasto operativo en pesos constantes entre 2015 y 2019.**

	ASSE	Hospital de Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
Costo Total En RRHH	61,1%	78,8%	61,1%	44,7%
Consumo de Medicamentos	7,8%	1,1%	12,2%	4,0%
Consumo de Materiales y Suministros	10,1%	16,1%	12,8%	5,9%
Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento	11,7%	2,7%	5,6%	20,7%
Otros Egresos	0,2%	0,2%	1,8%	3,9%
Servicios Asistenciales Contratados	9,0%	1,2%	6,6%	20,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

El Hospital de Clínicas es un hospital integrado verticalmente el que realiza prácticamente la totalidad de los servicios que ofrece. Esta es la principal razón por la



que el rubro de los servicios asistenciales contratados por el hospital universitario es muy bajo a la vez que el peso de los recursos humanos y el costo de los mismos representaron casi el 80% del total del costo (78,8%). Si bien esto es particular del hospital universitario, tanto en ASSE como en Sanidad Militar se encuentra que, el peso de los recursos humanos en los gastos operativos es similar.

Por su parte en Sanidad Policial dicho costo es bastante elevado dado que la cobertura de la atención en salud de los funcionarios del Interior del país se realiza a partir de convenios con instituciones mutuales. Es por eso que en 2019 los servicios asistenciales contratados representaron 20,8 % del total de los costos operativos, mientras que en ASSE y Sanidad Militar representaron 9% y 6,6% respectivamente y en el Hospital de Clínicas fue tan solo 1,2%.

Con respecto al gasto en medicamentos en relación al total del gasto operativo, Sanidad Militar presenta un peso mayor que en el resto de los prestadores. Mientras que en Sanidad Policial es el gasto de funcionamiento y mantenimiento en relación al gasto operativo el que se destaca con respecto los demás prestadores públicos.

Entre 2015 y 2019 el gasto operativo de los cuatro prestadores públicos creció en términos constantes: ASSE (10,4%), Sanidad Militar (8,1%), Hospital de Clínicas (17%) y Sanidad Policial 6,5%.

Tanto para ASSE, Sanidad Militar y Policial se puede aproximar al gasto operativo por usuario. No se dispone de esta información para el caso del Hospital de Clínicas dado que dicho hospital presta sus servicios para una población que no es fácilmente identificable por ser un hospital universitario.

El gasto por usuario en Sanidad Militar creció aproximadamente 20% entre 2015 y 2019 como consecuencia del crecimiento de 8,1% del gasto operativo y una caída de 9,6% en el total de usuarios. En 2019, el gasto mensual por afiliado en Sanidad Militar alcanzó los 2.369 pesos.



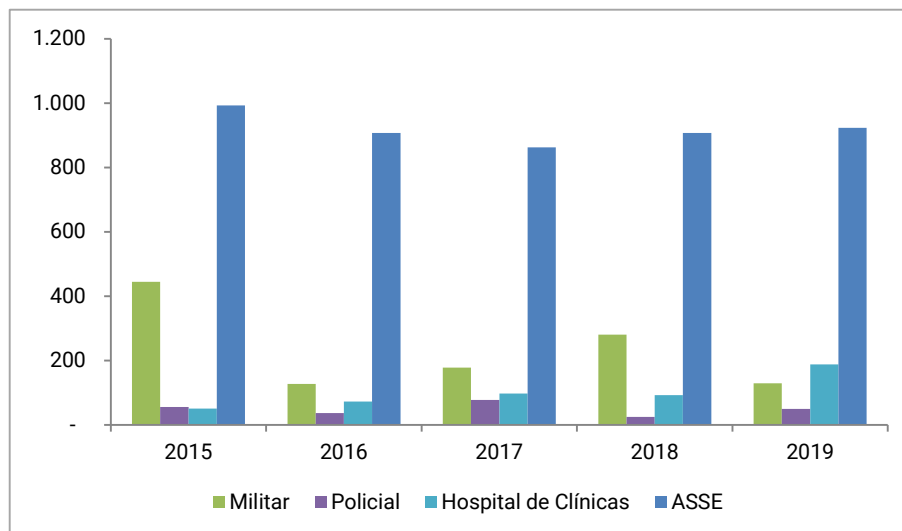


Si bien el gasto operativo de ASSE creció 10,4% en el período 2015-2019, continuó la tendencia al alza del nivel de los usuarios aumentó casi 4 en dicho período alcanzando un gasto por afiliado de 2.373 pesos mensuales en 2019 lo que representó un aumento de 6,4% en el período.

Por su parte, en Sanidad Policial el gasto total operativo fue el que más creció, entre los prestadores públicos de servicios de salud: aumentó 21,6% mientras que el gasto por usuario aumentó 31% y fue de 3.137 pesos en 2019, como consecuencia de una disminución del número de usuarios de 7%.

Con respecto a las inversiones, el total de los recursos destinados en el período analizado para ASSE fue 130 millones de dólares, casi 32 millones en el caso de Sanidad Militar, en Sanidad Policial se destinó 7 millones de dólares y 14 millones de dólares fueron destinados a inversiones en el Hospital de Clínicas.

**Gráfico 14. Cuadro 34. Inversiones de los prestadores públicos en miles de millones de pesos constantes.**



Fuente: AES, MSP en base a datos de CGN.

Para observar las inversiones es importante analizar un período extenso de tiempo por las características que conlleva. Tanto en 2019 como en los años anteriores, se avanzó en varias obras de construcción. En 2018 puntualmente se avanzó en las obras del



Hospital Militar entre ellas las que correspondientes a la Torre 5, la obra de estructura y las terminaciones para la instalación de un resonador). También se realizaron las obras de las policlínicas de Casavalle y del Servicio de Transporte. En el período considerado se inauguró además el Centro de Telesalud en la Biblioteca Biomédica el cual utiliza la Telemedicina y favorece la atención de los usuarios del Interior del país.

Las inversiones realizadas por ASSE corresponden en su mayoría a la construcción del Hospital de Colonia, el CTI Pediátrico del Hospital de Salto y la construcción del Instituto de Ortopedia y Traumatología. Por su parte, se realizaron incorporaciones de una nueva emergencia en el Hospital Pasteur así como también un nuevo block quirúrgico. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en el Hospital Maciel se realizaron obras de construcción de nuevas salas, entre otras.



## 5. Prestadores Integrales Privados del SNIS

### 5.1. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

#### 5.1.1. Los ingresos de las IAMC

Cuadro 33. Estructura Ingresos Operativos de las IAMC.

	2015	2016	2017	2018	2019
Cápitales	67,00%	67,90%	69,20%	68,50%	67,80%
Metas	5,40%	5,50%	6,00%	6,80%	6,80%
Sustitutivo Tasas	0,80%	1,10%	1,30%	1,30%	1,30%
Sobrecuota de inversión Ley N° 18.922	1,60%	0,60%	0,10%	0,00%	0,00%
<b>Total Ingresos FONASA</b>	<b>74,70%</b>	<b>75,00%</b>	<b>76,60%</b>	<b>76,50%</b>	<b>75,90%</b>
Cuotas Individuales y Colectivos	5,60%	4,60%	3,50%	3,40%	3,90%
Crédito Fiscal Ley N° 18.464	2,50%	2,90%	2,40%	2,10%	1,90%
Otros Ingresos de Prepago	1,70%	1,70%	1,60%	1,60%	1,70%
<b>Total Ingresos Prepago</b>	<b>84,50%</b>	<b>84,20%</b>	<b>84,10%</b>	<b>83,90%</b>	<b>83,40%</b>
Ordenes	1,40%	1,30%	1,30%	1,20%	1,20%
Tiques	6,90%	6,60%	6,50%	6,40%	6,60%
<b>Total de Ordenes y Tiques</b>	<b>8,30%</b>	<b>7,90%</b>	<b>7,70%</b>	<b>7,60%</b>	<b>7,80%</b>
<b>Venta de Servicios</b>	<b>7,10%</b>	<b>7,90%</b>	<b>7,60%</b>	<b>8,00%</b>	<b>8,40%</b>
<b>Otros Ingresos Operativos</b>	<b>0,20%</b>	<b>0,20%</b>	<b>0,70%</b>	<b>0,50%</b>	<b>0,50%</b>

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

Tal como se desprende del Cuadro 33, en el período considerado se observa una clara estabilidad en la participación de los distintos rubros que componen los ingresos de las IAMC.

En estos cinco ejercicios se observa un traspaso de ingresos por pago de cuotas y crédito fiscal hacia lo que se financia a través del FONASA. Los primeros pasan de ser un 8% de los ingresos a 6%. En el caso del FONASA, los distintos componentes del mismo muestran un incremento de 1,2 puntos porcentuales.



Por su parte, las tasas moderadoras bajaron su participación en la estructura de ingresos en aproximadamente 0,5 puntos porcentuales, siendo las ventas de servicios un rubro que crece 1,3 puntos en dicho período.

**Cuadro 34. Estructura Ingresos Operativos IAMC Montevideo e Interior. Año 2019.**

<b>Estructura Ingresos Operativos</b>	<b>Interior</b>	<b>Montevideo</b>
Cápitales	67,62%	67,95%
Metas	6,88%	6,67%
Sustitutivo Tasas	1,40%	1,25%
Sobrecuota de inversión Ley N° 18.922	0,00%	0,00%
<b>Total Ingresos FONASA</b>	<b>75,90%</b>	<b>75,87%</b>
Cuotas Individuales y Colectivos	5,00%	3,19%
Crédito Fiscal Ley N° 18.464	2,17%	1,78%
Otros Ingresos de Prepago	1,30%	1,90%
<b>Total Ingresos Prepago</b>	<b>84,37%</b>	<b>82,74%</b>
Ordenes	1,14%	1,23%
Tiques	6,08%	6,97%
<b>Total de Ordenes y Tiques</b>	<b>7,22%</b>	<b>8,20%</b>
<b>Venta de Servicios</b>	<b>8,39%</b>	<b>8,30%</b>
<b>Otros Ingresos Operativos</b>	<b>0,17%</b>	<b>0,78%</b>

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

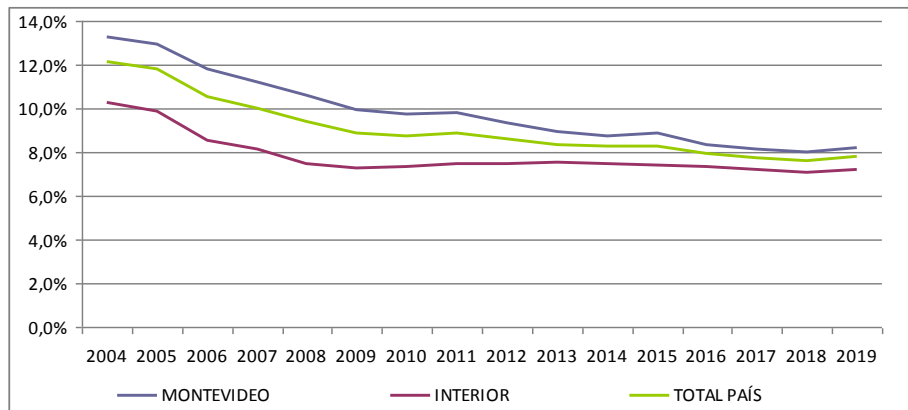
En el ejercicio cerrado del 2019 la diferenciación Montevideo-Interior, respecto a la estructura de ingresos, no marca diferencias significativas. Hay una mayor participación de cuotas y crédito fiscal para los prestadores del Interior, y en Montevideo se mantiene una mayor proporción de los ingresos por tasas moderadoras.

#### **Ingresos regulados por el Poder Ejecutivo: Tasas moderadoras**

Con respecto a la participación de las tasas moderadoras, se detalla en el [Gráfico 15](#) la evolución del peso de las mismas en los ingresos de los prestadores de Montevideo e Interior. Dichas tasas son un elemento clave a monitorear a los efectos de evaluar la evolución del gasto de bolsillo en la estructura de financiamiento de las IAMC.



**Gráfico 15. Recaudación por tasas moderadoras como porcentaje de los Ingresos Operativos de las IAMC**



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

Si bien en los últimos años el porcentaje de participación de los ingresos de esta recaudación se mantiene relativamente estable, surge claramente la baja de la misma desde el año 2004. A su vez, se observa que esa baja tiende a igualar la participación para todos los prestadores del país.

**Cuadro 35. Ingresos por tasas moderadoras en los ingresos operativos, por región y por grupo. Año 2019.**

Regiones	Norte	Oeste	Este	Sur
Ordenes	0,92%	1,34%	1,14%	1,23%
Tiques	5,73%	5,85%	5,77%	7,04%
Total Tasas Moderadoras	6,65%	7,19%	6,92%	8,27%
Grupo Montevideo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Ordenes	1,00%	0,90%	0,61%	2,01%
Tiques	6,15%	7,02%	5,40%	8,59%
Total Tasas Moderadoras	7,15%	7,92%	6,00%	10,60%

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI

Si se observa este indicador por región, surge que la presencia de las IAMC de Montevideo en el grupo Sur, marca un valor mayor tanto para órdenes como para tiques. A su vez, dentro de Montevideo, el grupo 4 (ver [Diagrama 1](#)) formado por la Asociación



Española y el CASMU, mantiene la mayor participación. Por el contrario, el grupo 3 conformado por SMI y MUCAM, es el que presenta el menor valor. Debemos destacar que esto no significa que no haya otras instituciones con valores de participación menores, pero al presentarse a través de agrupamiento, las incidencias de las mismas se ven neutralizadas por quienes la clasificación. A modo de ejemplo, CUDAM tiene una participación del 2,74% de las tasas moderadores en sus ingresos operativos.

### Ingresos por venta de servicios

Tal como fue expresado, los ingresos por venta de servicios aumentan su participación en los ingresos operativos en 1,3 puntos porcentuales en el período analizado ubicándose en 8,4% en el ejercicio 2019.

Analizando el comportamiento de este indicador entre Montevideo e Interior, la evolución es muy similar en ambas regiones, siendo mínima la diferencia entre ambos para el ejercicio 2019.

Dentro de Montevideo, los grupos 2 y 4 marcan los mayores valores relativos para este ingreso. En el grupo 2 la participación de Casa de Galicia, con 26,88% es la institución que determina este comportamiento. Por su parte, en el grupo 4 es la Asociación Española que con 15,48% concentra significativamente la venta de servicios. Ambos prestadores presentan esta característica desde hace años, siendo más significativo el incremento entre 2015 y 2019 para la Asociación Española.



### 5.1.2. Los gastos en las IAMC

Cuadro 36. Estructura de gasto del total del sector IAMC.

TOTAL DEL SECTOR	2015	2016	2017	2018	2019
Rem. + Cargas Soc. CSP	55,0%	55,0%	55,1%	56,7%	56,7%
Rem. + Cargas Soc. GAV	6,3%	6,1%	6,0%	5,4%	5,0%
Honorarios Profesionales	4,0%	4,1%	4,2%	4,4%	4,6%
<b>Total Remuneraciones</b>	<b>65,4%</b>	<b>65,3%</b>	<b>65,3%</b>	<b>66,4%</b>	<b>66,3%</b>
Medicamentos	7,3%	7,7%	7,2%	6,9%	7,0%
Materiales y suministros	4,4%	4,6%	4,3%	4,2%	4,2%
Servicios de Salud Contratados	13,8%	13,8%	13,5%	13,5%	13,5%
Gastos funcionamiento CSP + GAV	5,1%	5,6%	5,2%	5,0%	5,0%
Gastos mantenimiento CSP + GAV	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
Amortizaciones CSP + GAV	1,9%	1,9%	1,9%	2,0%	2,0%
Otros CSP + GAV	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%
<b>Total CSP</b>	<b>90,2%</b>	<b>91,2%</b>	<b>90,3%</b>	<b>91,6%</b>	<b>92,0%</b>
<b>Total GAV</b>	<b>9,4%</b>	<b>9,3%</b>	<b>9,0%</b>	<b>8,1%</b>	<b>7,9%</b>

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

En este punto se analizará la participación relativa de los gastos por los principales rubros contables que surgen de los Estados Financieros. En particular se hará foco en los gastos operativos, comprendiendo en estos a los Costos de los Servicios prestados (CSP) y a los Gastos de Administración y Ventas (GAV). En tanto se calcula su participación en relación a los Ingresos Operativos, la suma de los porcentajes del total de CSP y GAV indican el resultado operativo de cada ejercicio.

En los últimos dos ejercicios se identifica un menor peso de los GAV, lo que explica en parte por un proceso de homogeneización de criterios de contabilización de ciertos gastos que no se identificaban claramente como GAV o como CSP. Una revisión de los mismos concluyó con un acuerdo entre regulador y prestadores para unificar dichos criterios.



Siendo el rubro de Remuneraciones (en un sentido amplio en tanto se incluyen los honorarios profesionales) el que concentra más de la mitad del gasto, por ser un sector de servicios, es interesante observar la diferencia en las tendencias si se separa los prestadores de Montevideo y del Interior. Para los primeros, las remuneraciones se mantienen en el eje del 65,3% para los últimos cinco ejercicios, mientras que en el caso del Interior, este indicador pasa de 64,7% a 67,8%. En los últimos 3 ejercicios es mayor el porcentaje de ingresos operativos destinados a Remuneraciones en el Interior que en Montevideo.

### Gastos no operativos

A los efectos de analizar los gastos no operativos y tener un cálculo de su participación, es adecuado analizar los rubros que no están ajustados por inflación. Esto evita cargar en estos rubros el efecto del mencionado ajuste contable, que se expone en el Resultado por Desvalorización Monetaria incluido dentro de los rubros financieros.

Es así como se identifica que el gasto diverso se ubica en los dos últimos ejercicios en el eje del 1%, tanto para Montevideo como para los prestadores del Interior. El mayor valor observado es 1,44% y corresponde al promedio de los prestadores de Montevideo para el ejercicio cerrado en el 2019. Se puede agregar que este gasto diverso se compensa con los ingresos de igual naturaleza en Montevideo, lo que determina un resultado cercano al 0% para estos rubros. En el caso del Interior, los ingresos diversos absorben un monto cercano a la mitad de estos gastos, dando por lo tanto un resultado diverso negativo, del orden de -0,50%.

Por su parte, el gasto financiero tiene una mayor materialidad para los prestadores de Montevideo. En los dos últimos ejercicios se mantienen algo por encima del 2,50% de los ingresos operativos. Para el Interior, este indicador se sitúa por debajo del 1%. Estos gastos determinan niveles diferentes de lo que cada sector obtiene como resultado financiero. En Montevideo implica un valor negativo que supera al 2%, mientras que en los prestadores del Interior está en el orden del 0,20%, positivo. Esto tiene influencia significativa en la rentabilidad del sector, que se analiza en el capítulo siguiente.





### 5.1.3. Rentabilidad

En el último ejercicio cerrado, el resultado total del sector continúa siendo superavitario, si bien el guarismo en relación a los ingresos operativos netos viene disminuyendo desde el año 2017. Es de destacar que en ese ejercicio, las instituciones percibieron el 100% del valor de la cápita de los jubilados y pensionistas del numeral 2 del artículo 1° de la ley 18.731 lo que tuvo un impacto muy positivo en los ingresos operativos de las IAMC.

**Cuadro 37. Evolución de resultados IAMC a valores ajustados por Inflación**

	2016	2017	2018	2019
Resultado Operativo/IO	-0,46%	0,76%	0,32%	0,07%
Resultado No Operativo/ION	0,12%	0,26%	0,12%	-0,05%
Resultado del Ejercicio/IO	-0,34%	1,02%	0,43%	0,02%

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

En lo que respecta al resultado operativo, el porcentaje en relación a los Ingresos operativos se ubica, en el último ejercicio, apenas por encima del equilibrio. Los resultados no operativos en tanto son deficitarios luego de tres ejercicios de superávit mínimo, ubicándose este déficit apenas por debajo de la línea de equilibrio. Esta caída en la gestión no operativa, se explica principalmente por el incremento en más de 17% de los egresos diversos en relación al ejercicio anterior.

Como complemento del análisis anterior, se presenta la evolución de los indicadores a partir de la información a valores históricos, es decir deshaciendo el ajuste por inflación.



**Cuadro 38. Evolución de resultados IAMC a valores históricos**

	2016	2017	2018	2019
Resultado Operativo/ ION	-0,51%	0,76%	0,28%	0,12%
Resultado No Operativo/ ION	-1,35%	-0,67%	-1,19%	-1,43%
Resultado del Ejercicio/ION	-1,86%	0,09%	-0,90%	-1,31%

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

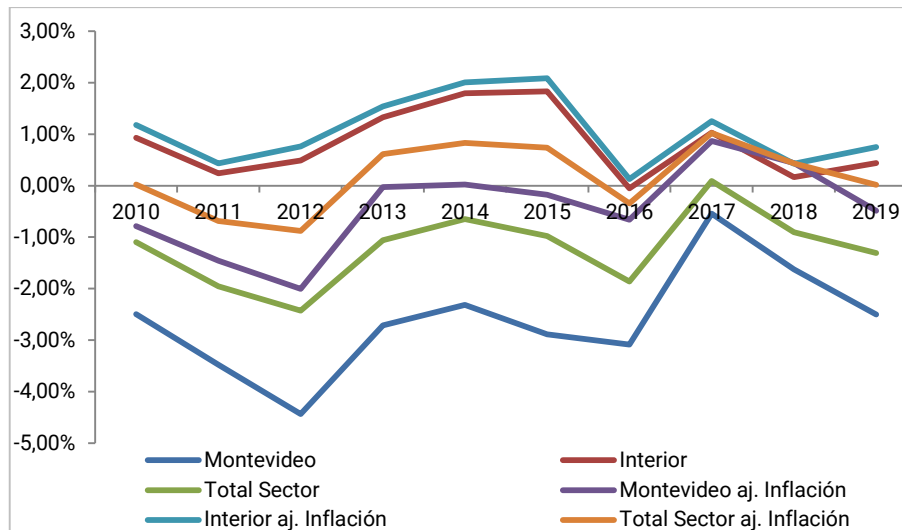
El ajuste por inflación repercute principalmente en el resultado no operativo a través del resultado por desvalorización monetaria, es por esto que el impacto sobre los resultados operativos es poco relevante. En los resultados no operativos es donde se marcan las mayores diferencias entre los que están ajustados por inflación y los históricos. El resultado no operativo para el año 2019 a valores históricos representa un déficit del 1,43% de los ingresos operativos, provocando que el resultado total del ejercicio sea también deficitario.

La gestión no operativa a valores históricos muestra una caída respecto al ejercicio anterior debido al incremento de los egresos no operativos; los rubros que más impactaron fueron Indemnización por despido y las Pérdidas por litigios laborales, que tuvieron un incremento de más de 137 millones de pesos en términos constantes respecto al 2018.

El [Gráfico 16](#) muestra la evolución de los resultados del sector IAMC para los últimos 9 años.



Gráfico 16. Evolución resultados Interior, Montevideo y total del sector 2010-2019



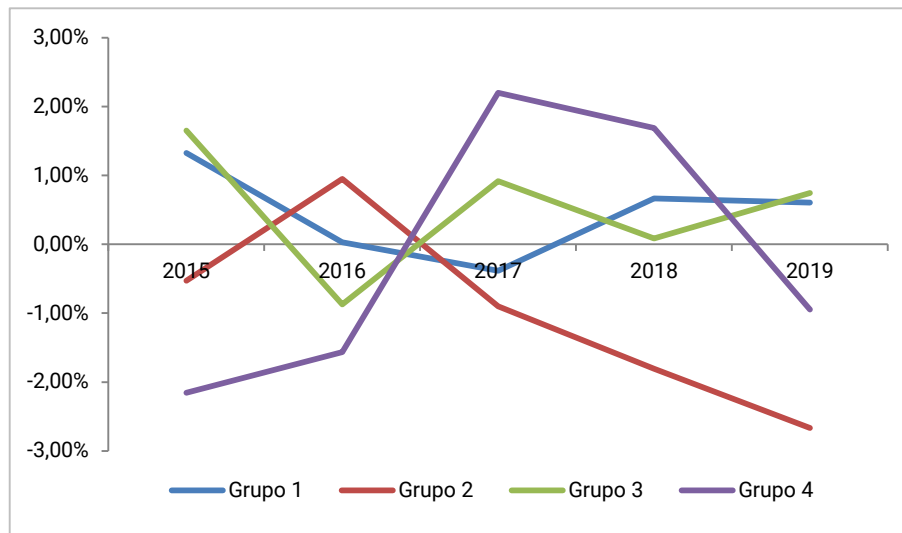
Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

El efecto del ajuste por inflación en los resultados, tiene un impacto mucho más significativo en los prestadores de Montevideo que en los del Interior. En los primeros, la ganancia por este concepto alcanza los \$1.051 millones en términos monetarios que explican el 94% del resultado total del sector por ese concepto. En particular una sola institución de Montevideo explica el 34% del resultado por desvalorización monetaria del sector.

Tal como se muestra en el [Gráfico 17](#), solo el grupo 3 logra mejorar su gestión respecto al 2018, esto se explica principalmente porque MUCAM logra revertir el déficit, obteniendo un superávit total cercano al equilibrio. El grupo 4 es el que experimenta la mayor caída de sus resultados en relación al ejercicio anterior, pasando de un superávit de 1,64% a un déficit de 0,95% de sus ingresos operativos netos, sin embargo si se observan los últimos 5 años, es en este grupo donde la mejora en la gestión es más notoria.



Gráfico 17. Resultados totales ajustados por Inflación sobre ION – Grupos Montevideo.



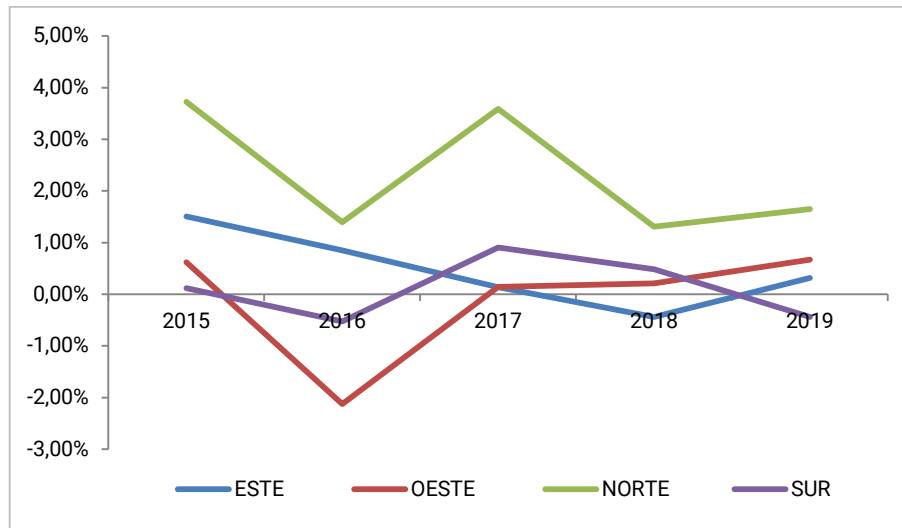
Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

El grupo 2 en tanto, alcanza en el 2019 un déficit del 2,67% de los ingresos operativos, manteniendo su tendencia. Casa de Galicia continúa siendo la institución de Montevideo con pérdidas más altas en relación a sus ingresos operativos, 10,9% y la segunda del sector. Con fecha 2 de julio de 2019 se autoriza, una garantía otorgada por el Fondo de Garantía IAMC creada por la Ley N° 18.439. El monto de la emisión que se garantizó fue de poco menos de UI 240.000.000 y tiene entre sus objetivos cancelar el pasivo, financiar inversiones, y recomponer el capital de trabajo de la institución. Esta emisión se dio en el mes de diciembre de 2019 por lo que su impacto en los resultados se podrá evaluar finalizado el ejercicio en curso.

Si se analizan los resultados por regiones, la región sur es la única que, en 2019, continúa con su tendencia de deterioro de los resultados en relación a los ingresos operativos netos, alcanzando en este ejercicio un déficit apenas por debajo del equilibrio (0,44% de los ION), que se explica principalmente por el deterioro en las IAMC de Montevideo.



**Gráfico 18. Resultados totales ajustados por Inflación sobre ION – Regiones Interior**



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

Si se mira el período de estos últimos cuatro ejercicios, la región oeste es la que obtiene una mejor evolución. La región Norte, en cambio, si bien continúa siendo superavitaria y es la que tiene los mejores resultados en el 2019, es a su vez la que tiene la mayor caída en puntos porcentuales (2) de sus resultados en relación a sus ingresos operativos en el período. En el 2015 las 6 instituciones que componen este grupo obtuvieron resultados superavitorios del orden del 5% en relación a los ingresos operativos. En el 2019, dos de estas instituciones, COMTA y COMERI tienen resultados totales deficitarios, siendo COMTA una de las 3 instituciones con mayor déficit del sector (5%).

#### 5.1.4. Liquidez y Solvencia

En este apartado se analiza a través de algunos indicadores el nivel de endeudamiento y la capacidad del sector para enfrentar dichas obligaciones, tanto en el corto como en el largo plazo.

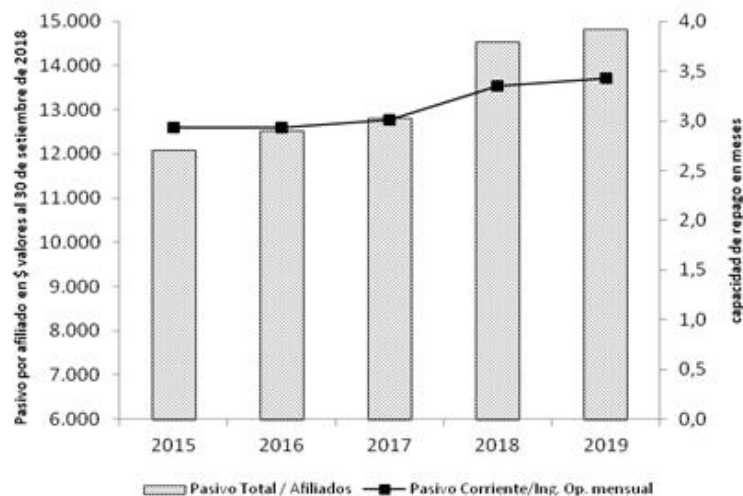
La capacidad de repago que mide la liquidez en el corto plazo, no ha tenido variaciones importantes entre 2015 y 2019. Si bien presenta una tendencia levemente creciente, se mantiene en el entorno de los 3 meses, permaneciendo la diferencia de un mes entre las IAMC del Interior y las de Montevideo, a favor de las primeras.



Por su parte, en el rango en que se mueve este indicador se observa que para el grupo 2 y 4 de Montevideo, alcanza los 5 meses. Esto está marcando mayores dificultades en cuanto a la capacidad de hacer frente a las obligaciones de corto plazo.

En lo que a solvencia se refiere, en estos últimos cuatro ejercicios la deuda total del sector ha tenido un crecimiento en términos reales del 17% y casi las tres cuartas partes de la misma la componen las deudas de Montevideo. La deuda corriente, que representa el 76% del endeudamiento total, tuvo un crecimiento real en el período del 25% mientras que el pasivo de largo plazo cayó un 4% en términos reales. Esto muestra que, un sector en el que se observa un aumento en el nivel de financiamiento por terceros, las fuentes que se obtienen no presentan mayoritariamente un horizonte de más de 12 meses para su cancelación.

**Gráfico 19. Evolución del Pasivo por afiliado y capacidad de repago.**



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

En el período analizado, el pasivo por afiliado a nivel sectorial tuvo un incremento del 18% a valores constantes, considerando que la población se ha mantenido prácticamente estable, el crecimiento de la deuda por afiliado, se explica por el aumento de la deuda total.



La evolución de este indicador para las IAMC con sede en Montevideo y para las del Interior del país tiene el mismo comportamiento que el pasivo en cada caso. Para las primeras tanto el endeudamiento total como el indicador creció un 20% en estos últimos cinco años. En tanto en las IAMC del Interior, el incremento fue del 29 y 30% respectivamente. Esto trae la siguiente consecuencia: el pasivo por afiliado de las IAMC del Interior, que era en el 2015 en términos monetarios el 53% del pasivo por afiliado de las IAMC de Montevideo, para el 2019 representa el 57%. Es decir, se observa un mayor crecimiento en el endeudamiento del Interior sin desconocer que se parte de un punto de inicio más bajo que los prestadores de Montevideo.

**Cuadro 39. Indicadores de solvencia y liquidez. Montevideo e Interior.**

	2016	2017	2018	2019
<b>Montevideo</b>				
Pasivo Total / Afiliados	15.639	15.740	17.575	17.981
Pasivo Corriente / Pasivo Total	64,7%	68,5%	69,3%	72,0%
Pasivo Corriente/Ing. Op. mensual	3,3	3,4	4,1	3,9
Activo Corriente/Pasivo Corriente	43,0%	43,0%	43,0%	38,0%
<b>Interior</b>				
Pasivo Total / Afiliados	8.062	8.599	10.134	10.287
Pasivo Corriente / Pasivo Total	86,0%	86,4%	84,8%	84,2%
Pasivo Corriente/Ing. Op. mensual	2,3	2,4	2,7	2,7
Activo Corriente/Pasivo Corriente	80,0%	81,0%	80,0%	79,0%

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

Tal como muestra el Cuadro 39, se mantienen las diferencias entre Montevideo e Interior, en relación a la composición de la deuda. En Montevideo las deudas corrientes significan en el 2019 el 72% del total, incrementando su participación respecto al 2015 en seis puntos porcentuales, mientras que en el Interior representan el 84%, permaneciendo casi incambiada dicha relación en el período.

En relación a las deudas de largo plazo, en las instituciones de Montevideo hay una caída del 2%, mientras que en el Interior se da un incremento en los últimos cinco años del 47%, que significan en términos monetarios 457 millones de pesos. Este aumento se explica principalmente por el incremento de las deudas financieras. Aun así, el nivel de



endeudamiento total del Interior se ha mantenido en el entorno del 40% del pasivo total de Montevideo.

**Cuadro 40. Indicadores solvencia y liquidez por regiones**

Regiones	Pasivo Corriente/Pasivo Total		Capacidad de repago		Activo Corriente/Pasivo Corriente	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019
Reg. Norte	87,4%	86,5%	2,5	3,1	89,0%	105,0%
Reg. Oeste	85,8%	90,2%	2,2	2,4	91,0%	81,0%
Reg. Este	84,6%	78,7%	2,1	2,8	82,0%	52,0%
Reg. Sur	66,9%	70,2%	3,2	3,7	49,0%	45,0%
Grupos Montevideo	Pasivo Corriente/Pasivo Total		Capacidad de repago		Activo Corriente/Pasivo Corriente	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019
Grupo 1	69,9%	71,7%	2,5	2,9	60,0%	58,0%
Grupo 2	72,6%	77,9%	4	4,8	39,0%	30,0%
Grupo 3	81,8%	71,7%	2,2	2,6	85,0%	66,0%
Grupo 4	57,6%	60,1%	4,3	4,7	29,0%	34,0%

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

Por su parte, si se analiza por regiones, los grupos que concentran indicadores de liquidez que muestran mayores dificultades son el 2 y 4 de los prestadores de Montevideo. En el grupo 2, es Casa de Galicia con una Capacidad de Repago cercana a 10, y una Razón Corriente en el orden del 0.24, quien condiciona ese promedio. El grupo 4, compuesto por Casmu y Asociación Española, presentan valores cercanos al promedio que conforman.

### 5.1.5. Inversiones

En este último ejercicio el sector invirtió en el entorno de 2.621 millones de pesos (66 millones de dólares), lo que representa el 3% de los ingresos operativos del sector.

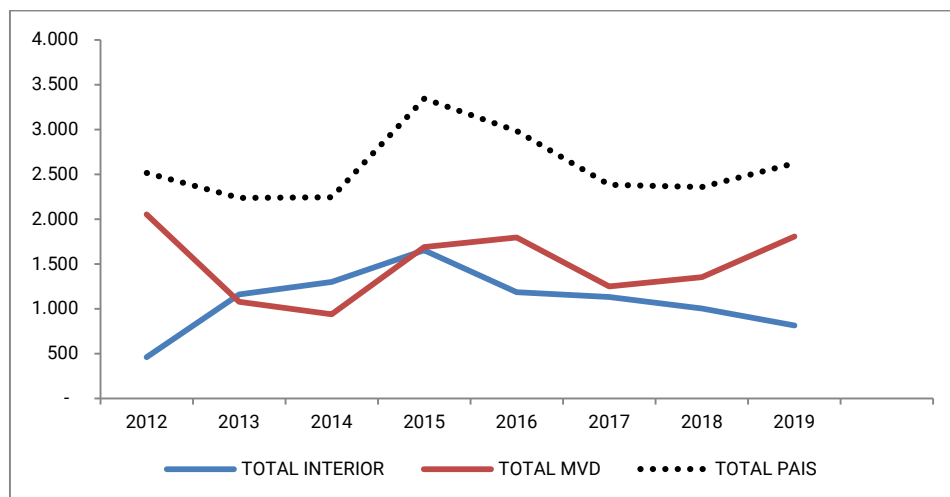
Estas altas representan en términos reales un 22% menos que las inversiones del año 2015. En particular las altas de las instituciones del Interior caen un 51% en el período. Esto puede tener su explicación, en parte, por la finalización en el año 2015 de la





mayoría de las inversiones financiadas parcialmente por sobre cuota de inversión. Las inversiones de las IAMC de Montevideo, muestran un aumento en el período del 7%, en particular en el último año el incremento real del nivel de inversión es del 33,3%. Este incremento en el nivel de altas de Montevideo, se explica principalmente por Casa de Galicia que en 2019 sus altas representan más del 64% del total de altas de Montevideo. En este ejercicio, Casa de Galicia actualizó las tasaciones de varios de sus inmuebles superando el valor neto contable.

**Gráfico 20. Evolución de altas de Bienes de uso**



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

Con respecto al nivel de inversión por afiliado, a partir del indicador Altas de Bienes de Uso/N° de Afiliado Promedio, se encuentra que en el 2019 la inversión por afiliado fue de 1.211 pesos, en términos reales un 11% por encima de los valores del año anterior.

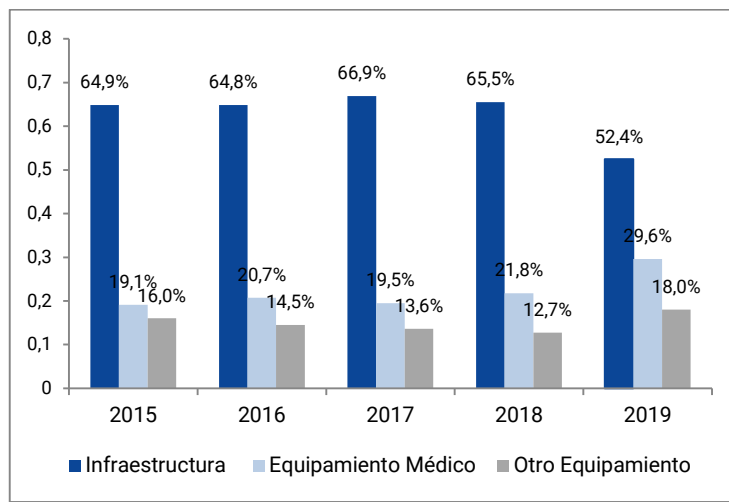
En el 2019 cambia la tendencia de los últimos años, en donde el nivel de inversión por afiliado de las instituciones del Interior superaba el de las IAMC de Montevideo. Para el 2019, hay un incremento en el nivel de inversión por afiliado de las instituciones de Montevideo del 33% respecto al año anterior.

El nivel de inversión por afiliado que realizaron las instituciones del Interior durante el 2019 es un 34% menor a la inversión por afiliado que hicieron las IAMC de Montevideo, mientras que en el 2015 la relación era inversa.



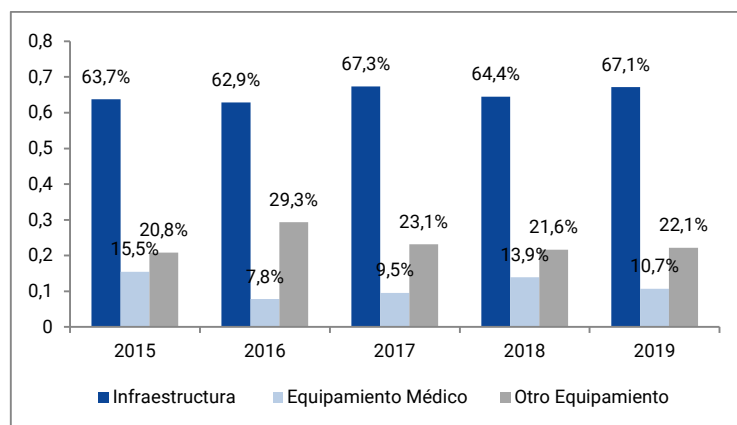
Por tipo de inversión, se verifica que la infraestructura tiene el mayor peso relativo sobre el total de altas de bienes de uso, representando poco más del 60% del total de las inversiones realizadas en el sector.

**Cuadro 41. Participación en el total de Bienes de Uso. IAMC del Interior.**



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

**Cuadro 42. Participación en el total de Bienes de Uso. IAMC Montevideo.**



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

## 5.2. Seguros Privados Integrales

En la actualidad son seis los seguros privados de cobertura integral contratados por el Seguro Nacional de Salud (SUMMUM, Medicina Personalizada, Hospital Británico,



Seguro Americano, Copamhi, Medicare y Blue Cross and Blue Shield), todos tienen su sede principal en Montevideo. Estos centros tienen distinto grado de integración de sus servicios, solo Hospital Británico cuenta con servicios de internación propios.

La heterogeneidad también se observa en relación a los criterios contables empleados por sus respectivas administraciones. A diferencia del sector IAMC, en este subsector, no existe una fecha común de cierre de ejercicio económico, ni criterio de exposición y de consideración o no del efecto inflacionario en los estados financieros, siendo una limitación al momento de realizar el análisis económico financiero, repercutiendo en el nivel de detalle del mismo.

En el Cuadro 43 se presentan los principales resultados económicos financieros de cada uno de los seguros privados integrales tal como surgen de cada uno de los Estados Financieros.

**Cuadro 43. Estado de Resultados 2018-2019.**

	Valores históricos			Ajustado por inflación		
	31/08/2019	31/12/2019	30/09/2019	31/03/2019	30/09/2019	30/09/2019
	Summum	Blue Cross	Copamhi	Hospital Británico	MP	Americano
Ingresos Operativos	1.624.253.728	1.670.293.357	123.479.036	3.736.306.779	2.997.864.882	1.216.102.216
Costos SS Prestados	931.845.051	1.301.536.392	81.508.092	3.146.823.989	2.491.273.984	899.975.130
GAV	337.491.950	310.658.123	41.920.032	522.829.942	341.785.424	244.829.683
<b>Resultados Operativos</b>	<b>354.916.727</b>	<b>58.098.842</b>	<b>50.912</b>	<b>66.652.848</b>	<b>164.805.474</b>	<b>71.297.403</b>
Resultados Diversos	-371.689	-1.750.514	-251.201	77.819.232	0	-155.283
Resultados Financieros	23.112.703	150.438.599	-55.763	264.986.032	15.428.804	19.277.059
Impuesto a la Renta	86.240.039	9.449.517	0	5.397.327	42.979.248	26.099.054
<b>Resultados No operativos</b>	<b>-63.499.025</b>	<b>139.238.568</b>	<b>-306.964</b>	<b>337.407.937</b>	<b>-27.550.444</b>	<b>-6.977.278</b>
<b>Resultado Total</b>	<b>291.417.702</b>	<b>197.337.410</b>	<b>(256.052)</b>	<b>404.060.785</b>	<b>137.255.030</b>	<b>64.320.125</b>

Fuente: AES, MSP en base a los Estados Financieros.

Los tres Seguros Privados que presentaron sus estados contables ajustados por inflación (Hospital Británico, Medicina Personalizada, y Sanatorio Americano) obtuvieron un resultado superavitario en el presente ejercicio. De los que presentan sus estados a valores históricos, únicamente Copamhi informa resultado deficitario. En este



sentido la situación de las instituciones se mantiene incambiado respecto al año anterior.

**Cuadro 44. Estado de Resultados 2018-2019**

Rubros / Ingresos Operativos	Summum		Blue Cross		Copamhi		Británico		MP		Americano	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Costos de los SS Prestados	57%	57%	75%	78%	69%	66%	77%	84%	79%	83%	68%	74%
GAV	21%	21%	19%	19%	31%	34%	13%	14%	12%	11%	20%	20%
<b>Resultado Operativo</b>	<b>21%</b>	<b>22%</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>0,04%</b>	<b>10%</b>	<b>2%</b>	<b>9%</b>	<b>5%</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>
<b>Resultado Total</b>	<b>17%</b>	<b>18%</b>	<b>9%</b>	<b>12%</b>	<b>-0,2%</b>	<b>-0,2%</b>	<b>9%</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>

Fuente: AES, MSP en base a los Estados Financieros.

Como se observa en el cuadro anterior, en este último ejercicio se da una caída respecto al 2018 del resultado total obtenido en relación a los ingresos operativos en Medicina Personalizada y Sanatorio Americano de 2 y 5 puntos porcentuales respectivamente. Por su parte, Summum, Blue Cross and Blue Shields y el Hospital Británico logran mejorar su resultado en relación a los ingresos operativos, mientras que Cophami mantiene el déficit en 0.2% de sus ingresos operativos.



**Cuadro 45. Estado de Situación Patrimonial 2019.**

	Valores históricos			Ajustado por inflación		
	31/08/2019	31/12/2019	30/09/2019	31/03/2019	30/09/2019	30/09/2019
	Summum	Blue Cross	Copamhi	Británico	MP	Americano
Activo Corriente	177.292.722	891.274.056	18.619.456	5.179.460.732	467.166.215	558.842.346
Activo No Corriente	227.809.793	345.280.771	9.233.126	2.892.174.189	283.931.848	292.179.727
<b>Total Activo</b>	<b>405.102.515</b>	<b>1.236.554.827</b>	<b>27.852.582</b>	<b>8.071.634.921</b>	<b>751.098.063</b>	<b>851.022.073</b>
Pasivo Corriente	305.597.651	482.239.128	27.749.706	620.228.060	410.401.928	266.298.650
Pasivo No Corriente	0	0	0	156.189.338	11.311.303	12.894.576
<b>Total Pasivo</b>	<b>305.597.651</b>	<b>482.239.128</b>	<b>27.749.706</b>	<b>776.417.398</b>	<b>421.713.231</b>	<b>279.193.226</b>
<b>Patrimonio</b>	<b>99.504.864</b>	<b>754.315.699</b>	<b>102.877</b>	<b>7.295.217.523</b>	<b>329.384.832</b>	<b>571.828.847</b>

Fuente: AES, MSP en base a los Estados Financieros.

En cuanto a la capacidad de repago, es de destacar que salvo Blue Cross and Blue Shields, las instituciones tienen una capacidad de repago inferior a 3 meses de ingresos operativos. Cabe recordar que para el promedio del sector IAMC el indicador se ubica en 3,4 meses. La razón corriente también da cuenta de una muy buena capacidad a nivel del sector para hacer frente a las deudas de corto plazo, en tanto en la mayoría es superior a 1.

**Cuadro 46. Indicadores solvencia y liquidez. Año 2019.**

	Summum	Blue Cross	Copamhi	Británico	MP	Americano
<b>Liquidez</b>						
Activo Corriente/Pasivo Corriente	58%	185%	67%	835%	114%	210%
Pasivo Corriente/Ing. Op. mensual	2,3	3,5	2,7	2,0	1,6	2,6
<b>Solvencia</b>						
Leverage (pasivo / activo)	75%	39%	100%	10%	56%	33%
Patrimonio / Pasivo Total	33%	156%	0%	940%	78%	205%
Pasivo Corriente / Pasivo Total	100%	100%	100%	80%	97%	95%

Fuente: AES, MSP en base a los Estados Financieros.

En términos de solvencia, tanto el *leverage*, y la razón Patrimonial también exponen una mejor situación a la observada en las IAMC.



## 6. Consideraciones finales

La estructura de la cobertura poblacional por tipo de institución y tipo de aseguramiento continúa mostrando estabilidad en el sistema. En efecto, las IAMC reportan casi el 56% de las afiliaciones, seguido por ASSE con un 35%, Sanidad Militar y Policial tomados en conjunto con 6,5% y los Seguros Privados que representan casi el 3% de las afiliaciones. Además, se continúa verificando que dos tercios de las afiliaciones son financiadas por el FONASA mientras que el tercio restante corresponden a afiliaciones particulares, gratuitas o usuarios de Sanidad Policial y/o Sanidad Militar. Cuando se incorporan el sexo y la edad de la persona al análisis se destaca la población joven y feminizada de los Seguros Privados y el mayor peso que presenta la población masculina en Sanidad Militar. Siempre se verifica que la participación de las mujeres es superior a la de los varones para los tramos de edad avanzados aspecto que es consistente con el comportamiento diferencial en la esperanza de vida para ambos sexos.

Si se analiza la cobertura según quintiles de ingreso de los hogares se continúa observando características bien diferenciadas por tipo de prestador que permanecen en el tiempo. Mientras en ASSE predominan las personas pertenecientes al quintil de más bajos ingresos lo contrario sucede si se observa a los Seguros Privados Integrales. Para las IAMC, por su parte, existe una distribución de los afiliados más uniforme entre quintiles de ingreso. Tanto para las IAMC como en los Seguros Privados la mayoría de las personas se encuentran ocupadas, mientras que este subconjunto de la población aparece sub-representado para el caso de ASSE, siendo notorio en este último prestador el elevado porcentaje de personas desocupadas que tiene afiliadas.

El análisis por lugar de residencia de las personas con cobertura integral tampoco incorpora modificaciones respecto al 2018. En efecto, la mayoría de los usuarios de ASSE viven en el Interior del país, mientras que la cobertura brindada por los Seguros Privados integrales se concentra en Montevideo. En tanto para las IAMC, la distribución es más pareja entre Montevideo e Interior.



La múltiple cobertura se encuentra entorno al 4% de las personas con cobertura integral siendo un fenómeno similar al observado el año pasado. Como ya se ha explicado, es importante tener presente en este análisis el rol que juegan las coberturas contributivas públicas y el financiamiento a través del FONASA al mismo tiempo.

En relación a la utilización de los servicios de salud por parte de la población, los prestadores que vienen informando desde hace años al SINADI Asistencial (IAMC, ASSE y Seguros Privados) no han evidenciado cambios notables en su comportamiento a nivel nacional, ni por área geográfica: Montevideo - Interior.

Las novedades vienen aportadas este año por la incorporación de la información de prestadores públicos no financiados por el FONASA que comenzaron a remitir información (Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas). De ellos, sólo los dos primeros pueden ser considerados prestadores integrales. El Hospital de Clínicas depende de la Universidad de la República y no tiene una población adscrita, proviniendo la gran mayoría de sus usuarios de ASSE. Eso impide el cálculo de indicadores por afiliado por año.

Como se comentó a lo largo del informe, existe un posible subregistro de la actividad de estos nuevos prestadores debido a la falta de información de centros de salud descentralizados, con sistemas de información no integrados al del hospital central, o a la falta de parte de la información de la cobertura de los beneficiarios por otros efectores de salud en el Interior del país especialmente, por lo que las conclusiones deben relativizarse.

A nivel de la actividad ambulatoria, tanto Sanidad Militar como Policial presentan indicadores inferiores a los demás sectores, a nivel de consultas urgentes, y sobre todo de las no urgentes.

En cuanto a egresos de internación, Sanidad Policial desarrolla actividad en Internación Domiciliaria con valores intermedios entre ASSE y las IAMC, en tanto los Cuidados Moderados muestran valores francamente menores. A nivel de CTI-CI, los valores son



similares. Sanidad Militar también muestra pocos egresos de Cuidados Moderados, pero los indicadores más altos en CTI-CI, coincidiendo con ASSE Montevideo.

Comparando la actividad de internación del Hospital de Clínicas con los Hospitales de ASSE Montevideo (a los que asimilamos por nivel de complejidad, referencia nacional y población atendida), dicho prestador generó el equivalente al 20% de los egresos de Cuidados Moderados, y al 37% de egresos CTI-CI que generó ASSE en Montevideo en el período.

Sanidad Policial muestra un promedio de estadía en Internación Domiciliaria algo por encima de los demás sectores (exceptuando ASSE Interior, por los motivos que ya fueran explicados). Cuidados Moderados muestra valores relativamente altos en los prestadores públicos a nivel de Montevideo (salvo Sanidad Militar, que no aporta datos). Esto se debe sin duda a que todos tienen su hospital de referencia nacional en la capital, concentrando los casos más complejos, a lo que se suman motivos sociales que dificultan el alta hospitalaria. A nivel de CTI-CI, Sanidad Policial presenta valores intermedios entre ASSE y las IAMC, en tanto que el Hospital de Clínicas muestra llamativamente el valor más bajo de todos los sectores.

En cuanto al porcentaje ocupacional, Sanidad Policial muestra en Cuidados Moderados valores iguales al global de ASSE, con escasa variación por venta de servicios, mientras que la utilización de CTI-CI es muy baja, aumentando marcadamente con la ocupación por terceros, pero aun así llegando apenas al 50% de su capacidad instalada. El Hospital de Clínicas por su parte, presenta en los dos niveles de cuidados mencionados, los valores más altos de todos los sectores, evidenciando un uso intensivo de las camas, a los cuales se aproxima ASSE Montevideo.

Las Sanidades Militar y Policial muestran una actividad quirúrgica coordinada igual a la global de ASSE, y una actividad de urgencia muy similar entre sí, pero equivalente a la mitad de la de ASSE. El Hospital de Clínicas realiza un total de cirugías equivalentes al 15% de las cirugías realizadas por ASSE en Montevideo, con una mayor proporción de cirugías urgentes.





A nivel de estudios paraclínicos, Sanidad Militar y Policial muestran valores similares al global de ASSE en laboratorio (sin datos en Sanidad Policial), radiología y ecografía. Las demás técnicas muestran valores mayores a ASSE, salvo ecodoppler en Sanidad Policial, que es el más bajo de todos los sectores. El Hospital de Clínicas tiene una actividad de entre un 15% y un 30% de los estudios realizados en ASSE Montevideo, con valores más altos en los estudios de mayor complejidad, por su concentración en los hospitales.

Al considerar el aporte de la actividad del Hospital de Clínicas a la atención de la población de ASSE de Montevideo (y patologías complejas derivadas del Interior), se evidencia que su contribución no es menor en la actividad ambulatoria, de internación, quirúrgica y de estudios paraclínicos, destacándose por su peso relativo la atención en policlínicas quirúrgicas, la internación en CTI-CI, y los servicios de diagnósticos como laboratorio, ecodoppler, TAC y RMN.

Con respecto al análisis económico financiero de los prestadores públicos y privados, se observa un aumento de los ingresos procedentes del FONASA en ambos casos. Estos pasaron de financiar 74,7% de los ingresos operativos de las IAMC en 2015 a 75,9% en 2019 y pasaron de financiar el 38% del gasto de ASSE en 2015, a representar el 44 % del total en 2019.

Por su parte, el financiamiento FONASA de ASSE creció más de 28% en valores constantes en el período analizado. Tanto Sanidad Militar, como Sanidad Policial y el Hospital de Clínicas forman parte del SNIS, pero no son parte del SNS, por lo que no perciben ingresos FONASA. Parte de sus ingresos provienen del Presupuesto Nacional, representando el 90% del total del financiamiento del Hospital de Clínicas, 68% de Sanidad Militar y 66% de Sanidad Policial. En cada caso, la estructura de los gastos operativos varían dado que se corresponden con la forma que están integrados los prestadores. El Hospital de Clínicas, al ser un hospital integrado verticalmente presenta un porcentaje alto en el costo de sus recursos humanos (casi 80%) mientras que los costos de los servicios asistenciales contratados presentan un costo bajo. Por su parte en Sanidad Policial los servicios asistenciales contratados presentan un costo elevado



con respecto a los otros prestadores públicos (20% del total de sus costos) ya que la atención del Interior del país se realiza a través de convenios con las IAMC.

Con respecto al gasto operativo por usuario, en 2019 fue de 2.373 pesos para ASSE significando un crecimiento de 6,4% entre 2015 y 2019. En Sanidad Policial representó 3.137 pesos, lo que significó un aumento de 21,6% en el período y para el caso de Sanidad Militar el gasto operativo por usuario representó 2.369 pesos, alcanzando un 20% de aumento. En estos últimos 2 casos, se dio una caída en los usuarios (7% y 9,6% respectivamente) lo que impactó en dichos aumentos. Por ser un hospital universitario no es posible calcular la cantidad de usuarios para el Hospital de Clínicas.

Con respecto a las IAMC, la estructura de los ingresos operativos presenta una estabilidad en el período, existiendo un leve aumento en lo que se financia a través del FONASA y una leve caída de los ingresos por cuotas y crédito fiscal.

Por su parte, la participación de las tasas moderadoras presenta una tendencia a la baja desde el año 2004 para todos los prestadores del país. Esto deviene un elemento clave a monitorear, a los efectos de evaluar la evolución del gasto de bolsillo en la estructura de financiamiento de las IAMC.

Con respecto a la estructura de gasto del total del sector IAMC se encuentra un menor peso de los GAV por sobre los CSP en los últimos 2 ejercicios, lo que responde a un proceso de homogeneización de criterios de contabilización de ciertos gastos que no se identificaban claramente como GAV o como CSP, por lo que se realizó un acuerdo para unificar criterios. A su vez, el gasto en remuneraciones por ser un sector de servicios, concentra más de la mitad del gasto, fenómeno que se acentúa en el Interior del país.

Por su parte, los gastos financieros para los prestadores de Montevideo en los dos últimos ejercicios se mantienen algo por encima del 2,50% de los ingresos operativos, mientras que para el Interior, este indicador se sitúa por debajo del 1%. Claramente estos gastos determinan niveles diferentes de lo que cada sector obtiene como resultado financiero.



Con respecto a los resultados económicos de las IAMC, continúa siendo superavitario de 0,02% en relación a los ingresos operativos, para el último ejercicio cerrado aunque se encuentra que viene disminuyendo desde el año 2017. En ese año las instituciones comenzaron a percibir el 100% del valor de la cápita de jubilados y pensionistas del numeral 2 del artículo 1° de la ley 18.731 lo que tuvo un impacto muy positivo en los ingresos operativos de las IAMC.

Por su parte, el ajuste por inflación repercute principalmente en el resultado no operativo a través del resultado por desvalorización monetaria. Este efecto, impacta mayormente en los resultados de los prestadores del Montevideo.

El grupo 3 logra mejorar su gestión respecto al 2018 debido a que MUCAM logra revertir la situación deficitaria. Por su parte, el grupo 4 muestra una caída importante de sus resultados en relación al ejercicio anterior, pasando de un superávit de 1,64% a un déficit de 0,95% de sus ingresos operativos netos. El grupo 2 en tanto, alcanza en el 2019 un déficit del 2,67% de los ingresos operativos, manteniendo su tendencia. Casa de Galicia continúa siendo la institución de Montevideo con pérdidas más altas en relación a sus ingresos operativos, 10,9% y la segunda del sector.

Con respecto a la composición de la deuda, se mantienen las diferencias entre Montevideo e Interior. En el primer caso, las deudas corrientes significan para 2019 el 72% del total, mientras que en el Interior representan el 84%.

Por su parte, las inversiones en el último ejercicio del período considerado representaron 66 millones de dólares, siendo el 3% de los ingresos operativos del sector, lo que significa un 22% menos en términos reales que las inversiones de 2015. En Montevideo, se registra un aumento en el período de 7%, explicado principalmente por Casa de Galicia que en 2019 sus altas, por revaluaciones contables, representan más del 64% del total de altas de Montevideo.

En relación a los Seguros Privados incluidos en el documento, la rentabilidad es significativamente mayor que los valores presentados en las IAMC. Únicamente COPHAMI informa resultado deficitario (0,2% de sus ingresos operativos). A su vez, en



términos de capacidad de repago, presentan una muy buena situación destacándose la razón corriente que da una muy buena capacidad a nivel del sector para hacer frente a las deudas de corto plazo. Con respecto a solvencia, tanto el *leverage*, y la razón Patrimonial también dan cuenta de una mejor situación a la observada en las IAMC.



## 7. Anexo

El índice IR para cada caso se calculó a partir de la siguiente relación:

$$IR = \frac{\sum_{i=1}^{i=16} \text{Cáp.rel}_i * \text{Pobl}_i}{\text{Pobl.Total}} / \text{Cáp.máx}$$

En el numerador, la sumatoria que se encuentra entre paréntesis se define como “afiliados equivalentes”, asimilando a la población de cada tramo de edad y sexo, a su equivalente a la cápita base, la de hombres entre 20 y 44 años. Luego, al dividirlo entre la población total se obtiene una medida de la estructura promedio, y finalmente se divide entre la cápita relativa máxima para estandarizar los valores entre cero y uno.

El IR puede entonces tomar valores entre cero y uno. Si una institución presentara un IR igual a 1, ello implicaría que toda su población afiliada está formada por varones menores de 1 año (cápita máxima) e indicaría el mayor riesgo posible. Los valores observados para los once prestadores de Montevideo están entre 0,2 y 0,4.