

CUENTAS NACIONALES DE SALUD 2005-2008

URUGUAY

Diciembre 2010

AUTORIDADES

Ministerio de Salud Pública (MSP)

Ec. Daniel Olesker
Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Venegas
Sub-Secretario de Salud Pública

Elena Clavell
Directora
Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ec. Ida Oreggioni
Directora de la División Economía de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OPS-OMS

Dr. Eduardo Levcovitz
Representante en Uruguay

Autores
Virginia Cabrera
Ida Oreggioni
Andrés Prieto

Colaboración
Victoria Arbulo



CUENTAS NACIONALES DE SALUD 2005-2008

URUGUAY

Diciembre 2010

CATALOGACION EN LA FUENTE

Uruguay. Ministerio de Salud Pública.

Cuentas Nacionales en Salud 2005-2008.

Montevideo: MSP; dic. 2010.

Sistemas de Salud
Inversiones en Salud
Financiación de la salud
Reforma de la Atención de Salud
Gastos en Salud
Uruguay

ISBN: 978-9974-7945-4-2

Índice

INTRODUCCIÓN	7
1. Justificación y Antecedentes	7
2. Objetivos del estudio	8
I. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO	9
1. Descripción del sistema de salud antes del 2007.....	9
2. La reforma del Sistema de Salud Uruguayo	12
3. Diagrama de Flujos del Sistema de Salud: Pre y post reforma	13
Diagrama de Flujos del Sistema de Salud previo a la Reforma de la Salud.....	16
Diagrama de Flujos del Sistema de Salud post Reforma de la Salud	17
II. METODOLOGÍA	18
1. Metodologías internacionales y metodología seleccionada.....	18
2. Fuentes de información	20
3. Descripción teórica de las matrices 2005-2008.....	21
III. PRINCIPALES RESULTADOS	21
1. Aclaraciones previas.....	21
2. El Gasto en Salud en el País	22
3. Fuentes de Financiamiento del Sistema	20
4. Agentes de financiamiento	28
5. Proveedores de Servicios de Salud	31
6. Usuarios de Servicios de Salud	33
IV. ANÁLISIS DE LAS MATRICES	35
a- MATRIZ FUENTE DE FINANCIAMIENTO-AGENTE DE FINANCIAMIENTO.....	35
b- MATRIZ AGENTES DE FINANCIAMIENTO-PROVEEDORES.....	43
c- MATRIZ COSTO DE FACTORES-PROVEEDORES	43
V. CONCLUSIONES.....	45
PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS DE TRABAJO	51
VI. ANEXOS	52
Anexo A- Matrices	53
Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2005 - Clasificación ICHA.....	54
Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2005 - Clasificación ICHA.....	55
Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2005 - Clasificación ICHA.....	56
Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2006 - Clasificación ICHA.....	57
Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2006 - Clasificación ICHA.....	58
Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2006 - Clasificación ICHA.....	59
Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2007 - Clasificación ICHA.....	60
Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2007 - Clasificación ICHA.....	61
Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2007 - Clasificación ICHA.....	62
Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2008 - Clasificación ICHA.....	63
Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2008 - Clasificación ICHA	64
Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2008 - Clasificación ICHA.....	65
Anexo B- Descripción de Agentes de Financiamiento y Proveedores del sistema de salud.....	65
Agentes de Financiamiento y Proveedores Públicos de Salud	66
Agentes de Financiamiento y Proveedores Privados de Salud	96
Anexo C - Clasificación ICHA para Matriz de Costo de los Factores.....	103
VII. SIGLAS.....	104
VIII. BIBLIOGRAFIA	106
Páginas WEB consultadas	107

Presentación

Una de las funciones fundamentales de los Ministerios de Salud es la producción de información y análisis sobre el funcionamiento de los servicios y sistemas de atención en salud. En efecto, el estudio sobre Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, constituye un aporte fundamental para la comprensión del funcionamiento y desenvolvimiento del sector salud en Uruguay.

En el mismo sentido se inscribe la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en Uruguay apoyando al desarrollo de conocimientos y capacidades de los países de la región de las Américas al manejo de los marcos conceptuales, instrumentos, y la disponibilidad de información sobre el financiamiento de los sistemas de salud para la toma de decisiones que contribuyan efectivamente los procesos de cambio en clave de protección social universal en salud.

El trabajo que presentamos da continuidad al esfuerzo iniciado en el año 2005, el cual se plasmó en la construcción de las Cuentas Nacionales de Salud 2004, que permitió evidenciar las profundas injusticias en el gasto y financiamiento del sistema de salud antes de la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Estas informaciones y su análisis crítico permitieron solventar la discusión técnica para tomar las opciones de política pública y orientar el diseño del modelo de financiamiento y asignación de recursos del nuevo sistema y su Seguro Nacional de Salud.

El propósito de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud es el de alcanzar una atención en salud de acceso universal y de alta calidad para todos los habitantes del país.

Para lograr este fin es fundamental el trabajo que realizan todos los profesionales de la salud, en los hospitales, en las policlínicas, en los consultorios, en los centros de salud, en la comunidad, y en infinidad de lugares a donde llegan los equipos de salud. Pero, para que la relación sanitaria entre el equipo de salud y las personas se plasme, es fundamental la asignación racional y justa de los recursos económicos que la sociedad uruguaya aporta al cuidado de este valor inestimable que es la salud.

Es por ello que el gobierno nacional de Uruguay, en la segunda etapa de construcción y consolidación del SNIS, ha puesto el foco en la transformación del modelo de atención. El financiamiento debe seguir las prioridades sanitarias, como la incorporación de la salud mental, el acceso en la salud rural, los servicios de salud sexual y reproductiva, la salud del niño, del adolescente y la mujer, entre otras. Todo lo cual se plasma mediante la alta dedicación del personal de salud, su capacitación y su profesionalización.

Queremos destacar la pertinencia y oportunidad de este ***Informe de Cuentas Nacionales en Salud 2005-2008*** en un sentido más general para la propia formulación de políticas públicas, en lo que refiere a la distribución de la riqueza y el desarrollo sostenible, productivo y equitativo del país.

Sin lugar a dudas el financiamiento del sistema y las propias prestaciones en salud son espacios prioritarios de intervención de las políticas públicas para la redistribución de la riqueza. En el sistema de salud que se viene implementando en el país, los ciudadanos aportan según su capacidad contributiva y reciben de acuerdo a sus necesidades sanitarias. Ello lleva a una justicia distributiva entre mayores y menores ingresos, entre jóvenes y adultos mayores, entre

sanos y enfermos. Su aporte solidario a la justicia y a la cohesión social resulta fundamental para la construcción de una sociedad más justa.

Finalmente, reconocemos la excelencia de este informe y felicitamos a los equipos técnicos de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, en su División de Economía de la Salud. Su aporte es un ejemplo de la contribución técnica que significan los numerosos estudios que los equipos técnicos ministeriales y la cooperación de la OPS/OMS elaboran y divulgan de manera periódica, para dar a conocer las condiciones de salud de la población uruguaya y el funcionamiento de los servicios de salud y su articulación en el sistema en su conjunto.

Sin disponer de esos estudios sería imposible lograr una verdadera transformación de la realidad - basada en información objetiva, actualizada, rigurosamente consolidada, profundamente analizada, y ampliamente divulgada y discutida - para alcanzar un sistema de salud de alta calidad orientado a la protección social universal.

Ec. Daniel Olesker
Ministro de Salud Pública

Dr. Eduardo Levcovitz
Representante de OPS-OMS

INTRODUCCIÓN

1. Justificación y Antecedentes

El presente trabajo quiere dejar en evidencia la importancia de mantener actualizadas las estadísticas de gasto y financiamiento del Sector Salud. El Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria y rector del sistema, debe asegurar una asignación equitativa de los recursos que la sociedad destina al sector así como garantizar su uso eficiente en función de las necesidades de salud de la población. La universalidad, la integralidad y la accesibilidad de la cobertura en salud son principios fundamentales del Sistema Nacional Integrado de Salud que rigen el diseño de las políticas sanitarias, y en particular el cambio del modelo de financiamiento que comenzó a implementarse en el año 2005. El punto de partida es reconocer a la salud como un derecho, componente fundamental de los derechos sociales.

La construcción de las Cuentas Nacionales de Salud tiene varios propósitos. Entre ellos se destaca: arribar a estimaciones del gasto nacional en salud de forma que los tomadores de decisiones cuenten con información confiable sobre quiénes financian y de qué forma el gasto en salud, cómo y en quiénes se gasta, cómo se organizan y manejan esos recursos, en qué medida la utilización y acceso a los servicios está condicionada por el ingreso de las familias u otros determinantes sociales que configuran barreras al acceso equitativo a la atención según las necesidades de salud.

La sistematización de esta información es un insumo fundamental en el logro de los objetivos del SNIS.

En el Ministerio de Salud Pública, como la primer institución interesada en obtener información sistematizada de los flujos de recursos destinados a la salud, existen cuatro trabajos anteriores que son los antecedentes del presente documento. Los tres primeros son informes aislados que fueron realizados a pedido del MSP, pero llevados a cabo por agentes externos. El primero de ellos corresponde a las CNS de los años 1994 y 1995 y los siguientes fueron realizados para los años 1997-1998, y el tercero presenta información sobre gasto y financiamiento para los años 2000 y 2001.

La nueva administración que asumió en 2005 puso énfasis en diferentes reformas estructurales, dentro de las cuales se encuentra la Reforma de la Salud. En este marco, el Ministerio de Salud Pública entendió necesario contar con información sistematizada y continua sobre el gasto y financiamiento del sector con el objeto de tomar medidas de política que cumplan los objetivos de la Reforma de la Salud y que estén fundamentadas en la evidencia empírica. En este sentido se creó la División Economía de la Salud, la cual se constituyó en un soporte técnico para esta tarea.

En función de lo anterior, en el año 2006 se presentaron las Cuentas Nacionales de Salud 2004. Este es el año que se utilizó como base para conocer la situación del sistema de salud previo a la Reforma del sector. El trabajo realizado permitió identificar las inequidades existentes tanto a nivel de la asignación de recursos entre los sectores público y privado en relación a la población atendida, como así también al interior de cada uno de los subsectores. El acceso desigual de la población a la atención en salud fue evidente en el análisis de las diferentes dimensiones del gasto y el diseño del nuevo modelo de financiamiento tuvo como objetivo explícito la eliminación progresiva de estas inequidades, apostando a la redistribución y la solidaridad.

2. Objetivos del estudio

El trabajo busca dejar plasmada una visión general de los agentes financiadores, los proveedores de salud, el cambio en el modelo de financiamiento y sus nuevos flujos de recursos mediante un diagrama ilustrativo. Se presentan las matrices que conforman las CNS 2005-2008, en las cuales se avanza tanto en la adaptación de la metodología internacional, como en la precisión de algunas estimaciones. Se presenta una nueva matriz con respecto a las CNS 2004: la matriz de Proveedores según Costo de Factores, a la vez que se comienza a utilizar la clasificación de ICHA, sugerida por la OCDE y ampliamente utilizada.

Además de servir como fuente de información, el trabajo pretende ser el inicio de un proyecto tendiente a la institucionalización de las CNS en nuestro país. En este sentido se buscará crear un comité interinstitucional que persiga el involucramiento de todos los actores responsables de brindar servicios o financiarlos en la propia elaboración y validación de la exactitud de los datos utilizados para el diseño de las CNS. En el desarrollo del documento se plasmarán y explicarán tanto los avances como los requerimientos para que esto suceda.

Los diferentes organismos del Estado responsables de la atención en salud, tanto en su rol de financiadores, prestadores o agente regulador: ministerios, intendencias, entes autónomos, comisiones honorarias, IMAES, entre otros, deben ser también responsables de la información publicada en las CNS. En la misma medida deben involucrarse los organismos responsables de las estadísticas nacionales.

La generalización de esta herramienta a nivel internacional, obliga al cuidado de la validez de la información ya que en base a la misma se compara el desempeño de nuestro país en relación a otros países de la región.

El refinamiento de la metodología de elaboración de las CNS y su adaptación a los estándares y requerimientos regionales e internacionales es un requisito fundamental en este proceso. En este sentido el equipo de CNS del MSP ha participado de diversas instancias de coordinación tanto a nivel del MERCOSUR, la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

I. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO

1. Descripción del sistema de salud antes del 2007

Durante años, la compleja articulación de agencias públicas y privadas que definió y define al sistema de salud en Uruguay, se mantuvo casi intacta a pesar de los cambios ocurridos en los determinantes económicos y sociales del país.

Una de las características salientes del sistema hasta la entrada en vigencia de la reforma actual, era su segmentación¹. La atención brindada por hospitales y policlínicas del subsistema público estaba dirigida a la población de menores ingresos, es decir a quienes no podían hacer frente al pago de las cuotas de las instituciones privadas. Por su parte, el sector privado -constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) y por los seguros de atención médica, enteramente privados- estaba orientado a la atención de los grupos de ingresos medios y altos que pagan las cuotas mutuales de su bolsillo y a brindar cobertura a los trabajadores privados y públicos del sector formal para lo que existía una oficina estatal (el Banco de Previsión Social) responsable de actuar como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las IAMC. Asimismo existía un gran número de trabajadores públicos que contaban con cobertura de salud a partir de arreglos particulares con el organismo de que dependían.

En la medida que el cobro de tickets y órdenes para consultas a especialistas, estudios y retiro de medicamentos dejó de ser solamente un mecanismo moderador de la demanda, para transformarse en un elemento clave para el financiamiento de las instituciones, con el paso de los años se verificó una tendencia a que las mismas fueran cada vez más altas. Ello determinó que un creciente número de personas tuviera cobertura formal en las instituciones privadas, pero no hiciera uso de los servicios porque los tickets operaban como una barrera a la atención. Esto en particular se verificaba para los afiliados a las IAMC en forma obligatoria, es decir, a través de la seguridad social y que estaban inhibidos de elegir como prestador a los servicios públicos.

Por su parte, los recursos que los distintos gobiernos fueron destinando al subsistema propiamente estatal fueron cada vez menores con la consecuente reducción de la calidad de la atención, donde se concentraban los sectores de menores recursos.

El resultado de esos elementos fue la estratificación de la población en cuatro franjas en relación con su cobertura de salud:

- 1- Aquellas personas que no podían afrontar los costos de afiliación a una IAMC y debían recurrir al subsistema público, el que sufría carencias de recursos cada vez mayores.
- 2- Aquellos que pagaban una cuota mensual a las IAMC y que en muchos casos sólo podían abonar dicha cuota y no estaban en condiciones de seguir rigurosamente los tratamientos médicos, porque no podían cubrir el pago de los tickets. En esta situación se encontraban también afiliados a las IAMC a través de la seguridad social y que no podían elegir al sector público como prestador.

1 Entendemos por segmentación la “coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su nivel de ingresos y posición económica.” Definición extraída de “*Sistemas integrados de Servicios de Salud*” Documento Preliminar. Elaborado para el taller de expertos en Sistemas integrados de Servicios de Salud. Santiago, Chile. 22-23 octubre 2007. OPS

3- Aquellos que siendo socios de las mutualistas podían además afrontar el pago de tasas moderadoras y otros servicios privados adicionales, como emergencia médica con unidades móviles, servicio de acompañantes, etc.

4. Una cuarta franja constituida por sectores sociales con ingresos altos que contratan seguros privados de salud.

La crisis económica vivida por el país a comienzos del milenio, determinó el incremento de la Tasa de Desempleo lo cual implicó un aumento en la población sin cobertura de su salud a través del sistema de seguridad social y a la vez una caída de los ingresos de los hogares, lo cual reforzó la dificultad de hacer frente al pago de las tasas moderadoras en el subsector privado. Estos hechos determinaron un incremento de la población que trasladó su atención al subsistema público de salud, lo cual repercutió en un serio cuestionamiento de la viabilidad de varias instituciones privadas de servicios de salud.

La mencionada crisis se trasladó al frente fiscal y disminuyeron los recursos fiscales destinados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), lo que implicó una caída del gasto per cápita en el subsector público, configurando un deterioro de la equidad en la atención a la salud.

La legislación existente en materia de salud hasta la entrada en vigencia de la reforma era muy variada y fue cambiando a lo largo del tiempo.

El Decreto-Ley N° 14.407 de 1975 creó la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad como servicio descentralizado y estableció como su principal cometido asegurar por medio de la regulación del MSP la asistencia médica completa, ya fuera a través de instituciones prestadoras privadas o públicas. La ley definía como beneficiarios del régimen a los trabajadores privados de un conjunto amplio de sectores que se encontraran en forma permanente o accidental en relación de dependencia o trabajo remunerado, a los trabajadores de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Transporte y Obras Públicas, a los trabajadores acogidos al Seguro de Desocupación y a los pre-jubilados.

El financiamiento de la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad se obtenía a partir de los aportes patronales (correspondientes al 5% de la nómina laboral) y de los empleados (3% de las remuneraciones o subsidios, percibidos por trabajador).

En dicha ley también se definían las condiciones bajo las cuales se podían constituir Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de enfermedad a través de convenios colectivos entre empresas y trabajadores que decidieran por voluntad mutua salir del régimen general para constituir uno particular.

Durante la dictadura militar fueron incorporados al régimen los empresarios unipersonales cuya actividad estuviera vinculada con aquellas actividades comprendidas en el Decreto-Ley 14.407. En estos casos, los aportes a realizar por los beneficiarios equivalían a la suma de las tasas establecidas para la contribución obrera y para la contribución patronal sobre el salario mínimo nacional.

En este periodo a la vez que se suprimieron varias instituciones de la seguridad social (Banco de Previsión Social, Consejo Central de Asignaciones Familiares, etc.), también se eliminó la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad y se decidió concentrar todo lo relativo a la seguridad social en la Dirección General de Seguridad Social (DGSS). Esta Dirección, creada como una dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, incluía como una de sus unidades a la Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) que

centralizó los cometidos que tenía anteriormente la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad.

Luego, durante el primer gobierno democrático se sancionó la ley 15.800 que reinstauró el Banco de Previsión Social (BPS) y suprimió la DGSS.

En la Ley de Rendición de Cuentas de 1991 se estableció que el Poder Ejecutivo fijaría mensualmente el valor promedio de la cuota de afiliación mutual lo que se tomaría como base para la determinación del aporte patronal al seguro social de enfermedad. Esta ley establecía que el aporte patronal debería cubrir la diferencia que podía darse entre las contribuciones con destino al seguro social de enfermedad y el valor de la cuota mutual promedio que el BPS abonaba a las instituciones de asistencia. Las empresas debían entonces realizar un aporte por concepto de “complemento de cuota mutual” siempre que el total de aportes sobre salarios, 5% patronal más 3% de los trabajadores, no alcanzase a cubrir el valor de referencia. La cuota mutual que el BPS abonaba a las entidades prestadoras de servicios, se estableció que también sería fijada por el Poder ejecutivo en un porcentaje del valor promedio de cada institución ponderado por el número de afiliados, ubicándose entre un 85% y un 90% del mismo, por lo cual, el BPS pagaba tantos valores de cuota como instituciones existían.

Luego, en el marco de la reestructuración global del sistema de seguridad social durante 1996, se aprobó la Ley 16.713 que modificó algunos aspectos de los Seguros Sociales por Enfermedad. En primer lugar, estableció que aquellos afiliados pasivos jubilados como trabajadores dependientes en actividades amparadas en el BPS tendrían derecho a percibir el beneficio de la cuota mutual siempre que se ubicaran en la franja de más bajos ingresos. Con el objetivo de financiar este beneficio se estableció que los afiliados pasivos contribuirían con un 3% y 1% sobre sus pasividades en caso de ser titulares del beneficio y en los restantes casos respectivamente.

En 2001 se estableció que los trabajadores dependientes del sector rural quedaban exonerados del aporte correspondiente al seguro por enfermedad y se sustituyó la prestación prevista por el derecho a atenderse en los servicios del Ministerio de Salud Pública con arancel cero.

En lo que refiere a los funcionarios públicos existían situaciones muy heterogéneas en cuanto a los beneficios de cobertura privada en salud que obtenían a través de su empleador. Para la mayoría de los funcionarios de la Administración Central, de acuerdo a la Ley 15.903 de 1987 se estableció que aquellos que tuvieran ingresos inferiores a cuatro salarios mínimos nacionales y se afiliasen a una IAMC percibirían una contribución para el pago de las cuotas mutuales. Estos montos fueron modificados en diciembre de 1988, en el Art. 11° de la Ley 16.002, donde además se estableció que la contribución no podía exceder el importe mensual que los funcionarios pagaban a la IAMC y se extendió el beneficio a las Amas y Cuidadoras del Instituto Nacional del Menor. Posteriormente, con el Art 21° de la Ley 16.170 aprobada en diciembre de 1990, se estableció que el Poder Ejecutivo tendría la opción de reajustar los montos de las contribuciones en base a la variación registrada por las cuotas de las IAMC. Sin embargo, dicha contribución era sustancialmente menor que el valor de las cuotas mutuales.

Los funcionarios públicos pertenecientes a los Entes y Servicios Descentralizados -que en promedio percibían ingresos mayores que los de la Administración Central- contaban con una cobertura que en muchos casos se extendía a funcionarios y sus familias y jubilados (exfuncionarios) y el nivel absoluto de la cobertura era mayor a la percibida por los trabajadores de la Administración

Central. En la mayoría de los casos el beneficio consistía en el pago de una cuota en una IAMC y en menor medida en un Seguro Privado. En casos como el BHU y ANCAP, el beneficio consiste en la prestación directa de servicios de salud. También se incluye muchas veces el pago de emergencias móviles, habitaciones privadas en caso de internación, y tiques moderadores.

Es decir que en general, a medida que aumenta el ingreso promedio de los trabajadores públicos, aumenta la extensión del beneficio. En particular, los trabajadores públicos que no obtienen ninguna protección en salud a través del empleador, son los de menor ingreso promedio, fundamentalmente de la Administración Central y algunas intendencias del interior del país².

2. La reforma del Sistema de Salud Uruguayo

La reforma del sistema de salud, que comienza con el gobierno que asume en marzo de 2005 en Uruguay, tiene como uno de sus principales objetivos mejorar la equidad en el acceso de la población a los servicios de salud. El diagnóstico de los problemas del sistema vigente hasta esa fecha llevó a que se plantearan tres ejes principales en los cuales la reforma debería actuar: Cambio del Modelo de Atención, Cambio del Modelo de Financiamiento y Cambio del Modelo de Gestión.

El cambio de modelo de financiamiento buscaba mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Éste debe acompañarse necesariamente de una mejora de la calidad de los servicios de manera que sean más funcionales a las necesidades de la población, es decir, que era necesario el cambio en el modelo de atención hacia uno donde se privilegie el primer nivel, la promoción y la prevención. El cambio en el modelo de atención y el cambio en la organización del financiamiento, implican necesariamente un cambio en el modelo de gestión.

La ley 18.211 crea, a partir del 1º de enero de 2008, el Sistema Nacional Integrado de Salud que plantea como principios rectores la cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud. La creación del Seguro Nacional de Salud (SNS) en esa misma fecha es el resultado de un proceso de reforma del modelo de financiamiento del sistema de salud uruguayo que se inicia en marzo de 2005. El SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), con participación de trabajadores, usuarios y representantes de las instituciones que prestan servicios integrales.

El SNIS tiene como principal objetivo lograr el acceso universal a la atención integral en salud de toda la población, tendiendo a la cohesión social³, con equidad, calidad homogénea, sustentabilidad, y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano. Se trata de disminuir la segmentación del sistema, independizando la pertenencia al seguro de la forma de inserción laboral. El SNS tiene como imagen objetivo amparar a todos los uruguayos, tanto a trabajadores dependientes como independientes y también a la población sin capacidad de contribución.

2 Inequidades en el sistema de salud uruguayo, División Economía de la Salud, MSP, Julio 2006

3 Se define cohesión social como *“la capacidad de la sociedad para asegurar de forma permanente el bienestar de todos sus miembros por medio del igual acceso a los recursos disponibles, el respeto a la dignidad dentro de la diversidad, la autonomía individual y colectiva, y la participación responsable”* de acuerdo con Conseil de l'Europe. *Guide méthodologique pour l'élaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale*. Bruxelles: Conseil de l'Europe; 2005.

El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex DISSE), al cual tenían derecho hasta ese momento todos los trabajadores privados del país, y es financiado por el FONASA creado en agosto de 2007 (Ley 18.131), fecha a partir de la cual se comienza con la ampliación de la cobertura de la seguridad social a nuevos colectivos.

En primer lugar quedan incluidos en el FONASA los trabajadores privados que integraban la ex DISSE y los trabajadores públicos sin cobertura así como los pasivos de menores ingresos (menos de 2,5 BPC⁴). Luego, en enero de 2008, ingresan los hijos menores de 18 años y/o discapacitados a cargo de un beneficiario FONASA y aquellos trabajadores que estuvieran dentro del seguro y se jubilen. En marzo de ese año se hizo efectivo el ingreso del resto de los trabajadores públicos y por último en julio ingresaron los trabajadores de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Universidad de la República (Udelar) y el Poder Judicial.

Los colectivos cuyo ingreso que se irá dando paulatinamente son: los cónyuges de trabajadores/as, los profesionales y los trabajadores con cobertura a través de cajas de auxilio y sus familias y los jubilados con ingresos mayores a 2,5 BPC.

El financiamiento del seguro es a través de aportes patronales del 5% sobre las retribuciones y en el caso de los trabajadores de 3% para quienes perciben menos de 2.5 BPC, y de 4.5% y 6% en caso de superar ese límite y según tengan o no hijos menores y/o discapacitados a cargo. Las tasas son similares para los jubilados.

Estos aportes otorgan al trabajador el derecho a la atención de su salud y la de sus hijos en cualquiera de los prestadores integrales del SNIS, público, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o Seguros Integrales.

La JUNASA administra el SNS, firmando Contratos de Gestión con los prestadores integrales, y paga a los mismos una “cuota salud” por cada beneficiario. Dicha cuota salud consta de un componente *cápita* ajustado por edad y sexo de los usuarios y un pago por el cumplimiento de *metas asistenciales*. Los contratos de gestión establecen además un conjunto de obligaciones asistenciales, de acceso, información, etc., cuyo no cumplimiento está sujeto a sanciones que implican la suspensión total o parcial, temporal o definitiva de los pagos correspondientes.

3. Diagrama de Flujos del Sistema de Salud: Pre y post reforma

El Diagrama de Flujos pretende ilustrar las relaciones entre fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento y proveedores de servicios de salud. En el Anexo B se realiza la descripción de los agentes de financiamiento y proveedores del Sistema de Salud, así como también se explicitan las relaciones entre los mismos.

Se presenta en primer lugar el diagrama que ilustra el sistema de salud antes de que se llevara a cabo la reforma que comenzara en el año 2007. Luego se hace lo propio con la situación post reforma.

4 BPC- Base de Prestaciones y Contribuciones, su valor en enero de 2008 era de \$1755 equivalente a U\$S 84.

Mirando el diagrama de arriba hacia abajo, en primer lugar se encuentran las **Fuentes de financiamiento**: Impuestos y contribuciones, Precios⁵, Contribuciones obligatorias a la Seguridad Social y Hogares.

Las fuentes *Impuestos y contribuciones* y *Precios* se destinan en su totalidad a instituciones públicas: Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Universidad de la República, la Sanidad Militar, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Intendencia de Montevideo (IMM), las Intendencias del interior, el Banco de Seguros del Estado (BSE), el Banco hipotecario del Uruguay (BHU)

Las *Contribuciones obligatorias*, casi en su totalidad, se destinan a las instituciones públicas: Banco de previsión Social (BPS) y Fondo Nacional de Recursos (FNR). Sin embargo, la Caja Notarial, institución privada, posee un seguro de salud con contribución obligatoria.

Por último, la fuente *Hogares*, a través de cuotas y pagos de bolsillo, destina recursos hacia instituciones privadas, esto es hacia las IAMC, los Seguros Privados Integrales y parciales, las Emergencias Móviles y la Asistencia Particular (consultorios privados y farmacias). Todas estas instituciones actúan como agentes de financiamiento del sistema de salud.

A partir de aquí el flujo de recursos se complejiza debido a que muchas de las instituciones del sistema cumplen la doble función de agente de financiamiento y proveedor de servicios de salud.

Como **Agentes de financiamiento**, las instituciones destinan, parte o todos sus recursos, a sí mismas como proveedoras directas de algún servicio de salud. Esto se ve reflejado en las **flechas verticales** que van desde ellas hacia los **Proveedores de servicios de salud**, que se encuentran en la parte inferior del diagrama. Los únicos agentes de financiamiento que no destinan recursos hacia un proveedor propio son CHASSFOSE y la Caja Notarial.

Los Proveedores de servicios de salud públicos son: MSP, ASSE, Hospital de Clínicas, Hospital Militar, Hospital Policial, las Policlínicas de la IMM y de las intendencias del interior, Sanatorios y policlínicas de otros organismos públicos y los IMAE públicos. Los privados, en tanto, son los IMAE privados nacionales o del exterior, las IAMC, los Seguros Privados Integrales y Parciales y los Consultorios privados y Farmacias.

Por otro lado, los recursos que los Agentes de financiamiento destinan a contratar servicios de salud en Prestadores distintos a los suyos (que en algunos casos son además otros Agentes de financiamiento jugando en este caso el papel de Prestador), se reflejan mediante **flechas horizontales**.

En otro orden, las flechas, independientemente de ser verticales u horizontales, tienen distintas tramas que permiten visualizar a quien está destinado el servicio de salud que se está brindando o contratando.

Las flechas continuas y delgadas corresponden a la cobertura de salud de los funcionarios del organismo en cuestión, que puede brindarse a través de un prestador propiedad de ese agente o contratarse a otro prestador.

5 Se entiende por Precios a aquellos fondos provenientes de la actividad de las Empresas Públicas que se destinan al financiamiento de la cobertura de salud de los funcionarios de las mismas.

Las **flechas continuas y gruesas**, en tanto, identifican los flujos correspondientes a los servicios de salud que se brindan a través de la Seguridad Social.

Las **flechas punteadas** muestran los fondos destinados por los agentes a la prestación de servicios de salud a la población en general, es decir, independientemente de si son funcionarios del organismo o de si obtuvieron la cobertura a través de la Seguridad Social.

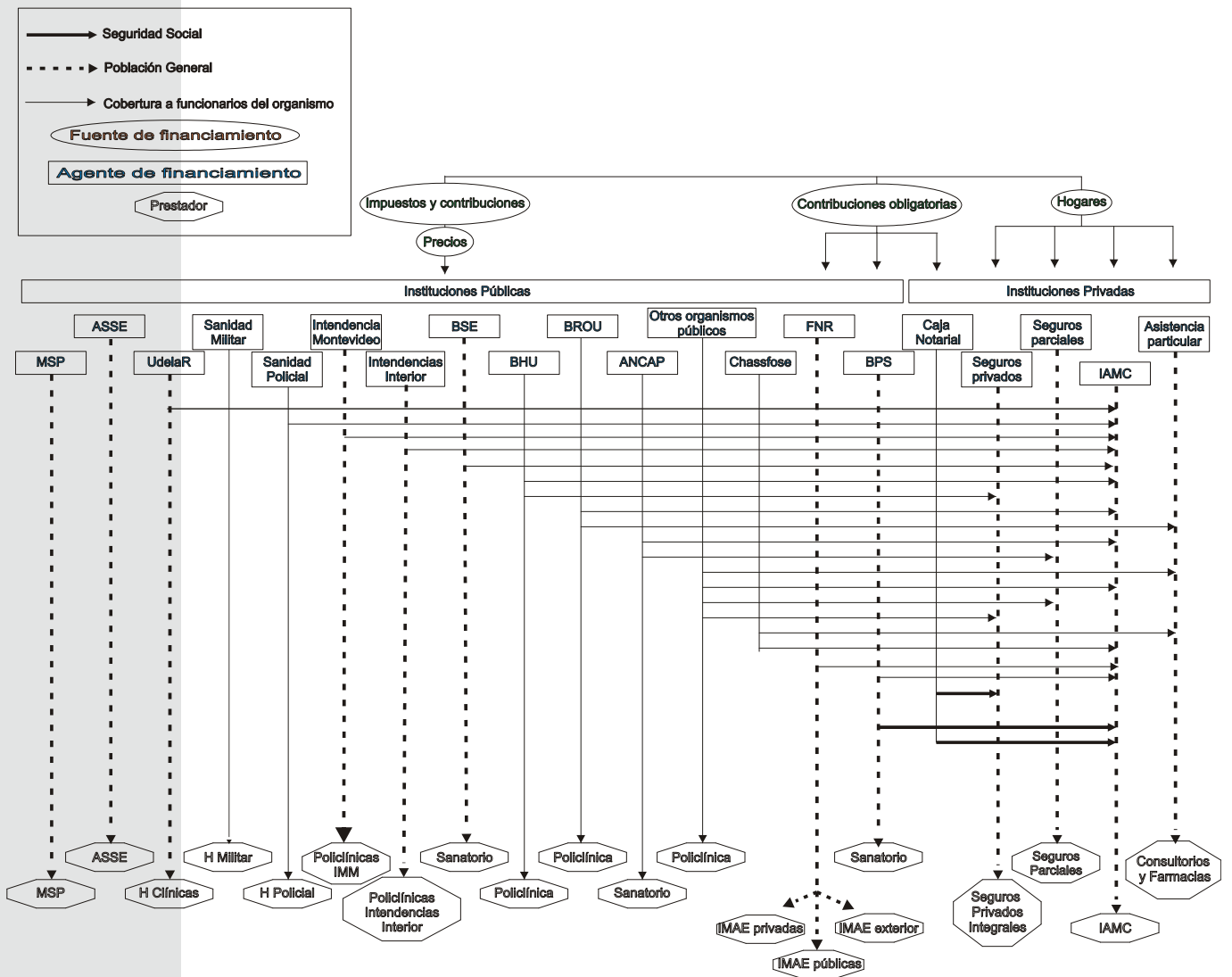
El Diagrama previo a la reforma de la Salud tiene la particularidad de que casi todas las instituciones destinan parte de los recursos que administran como agentes de financiamiento, hacia las IAMC, situación que se modificó en muchos casos por la incorporación de los funcionarios públicos al SNS. La mayoría de las personas reciben luego de la Reforma cobertura integral de salud a través del FONASA, por esto en el Diagrama post reforma desaparecen la mayoría de las flechas horizontales continuas y delgadas, que implicaban la contratación de servicios de salud a otros prestadores (IAMC, Seguros y/o Asistencia particular).

En la situación post reforma el FONASA contrata servicios de salud no sólo con las IAMC (como hacía el BPS antes de la reforma) sino que puede hacerlo, si el beneficiario opta por ello, con ASSE o Seguros Privados Integrales. (Flechas continuas y gruesas)⁶.

Por último, es preciso comentar que aún no han ingresado al SNS los trabajadores de las Intendencias Municipales, Sanidad Militar, Sanidad Policial y CHASSFOSE quienes continúan teniendo la misma cobertura de salud que antes de la reforma, por fuera de la Seguridad Social.

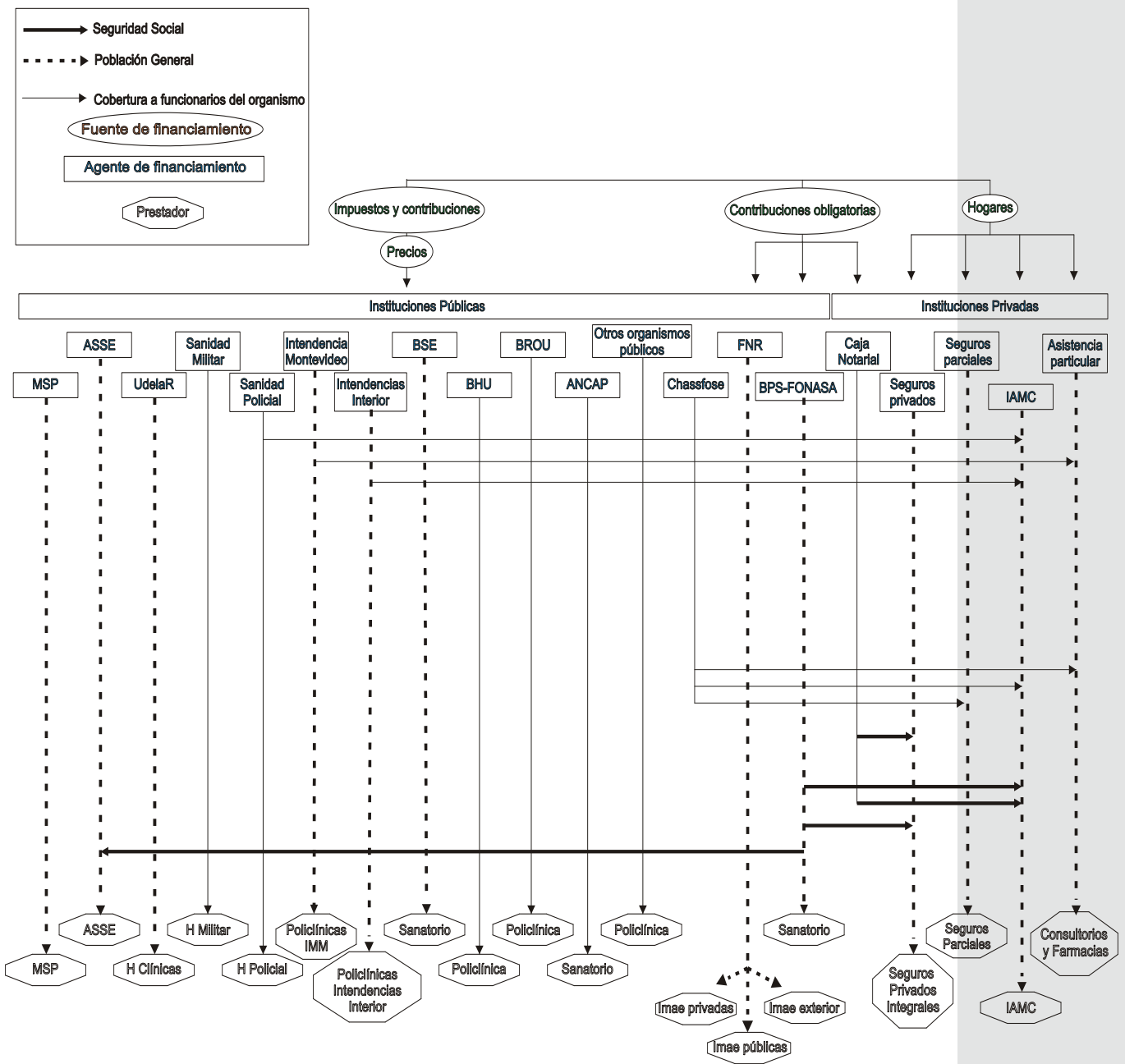
⁶ Cabe aclarar que algunos organismos continúan brindando prestaciones por encima de las que se aseguran a través del Seguro Nacional de Salud y que están comprendidas en el Programa Integral de Prestaciones de Salud (PIAS). Como estas situaciones difieren según el organismo en cuestión, y a efectos de simplificar el diagrama, no se presentan aquellas prestaciones por encima del PIAS que se contratan a terceros aunque sí las que se brindan con prestadores propios (Ejemplo: Policlínica del BROU)

Diagrama de Flujos del Sistema de Salud previo a la Reforma de la Salud



Fuente: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Diagrama de Flujos del Sistema de Salud post Reforma de la Salud



Fuente: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

II. METODOLOGÍA

1. Metodologías internacionales y metodología seleccionada

En el ámbito internacional desde décadas atrás, y con más intensidad hacia la actualidad, se ha reforzado la importancia de que los países posean estadísticas acerca del gasto en salud de su población. Esto favorece la eficiencia en el uso de recursos destinados a la salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud de todos los habitantes.

América Latina y el Caribe desde 1980 comienzan a asumir la importancia de poseer estadísticas del Sector Salud, y que éstas tengan una producción sistemática y estandarizada para que sea comparable entre países. Naciones Unidas agrega que para un análisis más exhaustivo de las fuentes y usos de recursos en el sector salud es necesario que las Cuentas de Salud se desprendan del Sistema de Cuentas Nacionales, para que de esta manera los recursos utilizados pueden ser comparados con los utilizados en otros sectores de la economía. Igualmente, en la actualidad, no son muchos los países que logran tener una confección regular de las Cuentas de Salud y la comparabilidad con otros sectores de la economía resulta dificultosa. Con apoyo de la OPS en los últimos años se han realizado talleres a nivel de ALC para intentar armonizar las estadísticas. Como resultado Los diferentes países de la región están realizando esfuerzos para converger hacia una información lo mas estandarizada posible, sujeto a las limitaciones de información de cada uno.

A nivel internacional se detectan cuatro grandes metodologías, que fueron incentivadas y/o impulsadas por organismos internacionales (OCDE, BID, OPS), se destacan⁷:

- Cuentas administrativas / cuentas de gasto y financiamiento,
- Sistema de Cuentas de salud de la OCDE,
- Modelo de Harvard / Cuentas Nacionales de Salud y
- Las Cuentas Satélite del Sistema de Cuentas Nacionales 1993.

Cuentas Administrativas / Cuentas de Gasto y Financiamiento:

Surge en la década de 1960, pero debido a los continuos requerimientos por parte del sistema de salud, sobrelleva continuas modificaciones, para llegar a la década de 1980 con la confección de las Cuentas Nacionales de Gasto en Salud, donde se detallan dos dimensiones: el uso de recursos y el gasto en salud.

En esta metodología se utilizan las clasificaciones y terminología de la información provista por el sector privado de salud, razón por la cual el manejo de la misma resulta de mayor beneficio para los Sistemas donde el Sector Privado prima sobre el Público.

Presenta algunos problemas como ser la doble contabilidad del gasto en algunas situaciones y la falta de armonización y consistencia con indicadores macroeconómicos y comparabilidad internacional.

Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE:

Desde la década de 1980 los países miembros de la OCDE realizan estadísticas sobre gasto y financiamiento del sector salud. En el año 2000 se realiza un manual de “Sistema de Cuentas de Salud” OCDE/SCS. Aquí se define un nuevo sistema de clasificación de gasto denominado

7 En base a Cuentas de Salud: las estadísticas para monitoreo de Equidad en los Sistemas de Salud; Raciborska, Dorota A.

“Clasificación Internacional de Cuentas de Salud” (ICHA, por sus siglas en inglés). Se caracteriza como un paso intermedio entre las Cuentas Administrativas de EUA y los principios del SCN`93, con lo que se intenta armonizar la clasificación del sector privado y público, y mejorar la compatibilidad de estas cuentas con las variables macroeconómicas clave para la economía. Cabe destacar que se plantean tres dimensiones sobre el uso de recursos: fuente de financiación, gasto según funciones, gasto por proveedor.

Esta metodología no sortea completamente los problemas de sobreestimación del gasto en salud, pero resulta un acercamiento provechoso a la clasificación del SNC 93.

Modelo de Harvard / Cuentas Nacionales de Salud:

En la década de 1990 surge este modelo desde la Universidad de Harvard y la OMS, con el apoyo del Banco Mundial y la USAID. Para 2003 estas instituciones financiaron la publicación de la “Guía de producción de las cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para países de bajo y mediano ingreso”. Este modelo junto con la guía, son de gran aplicabilidad para los países de América Latina y el Caribe, los cuales lograron avances en la contabilidad del financiamiento y uso de recursos para el sector salud.

Esta metodología utiliza la clasificación ICHA y permite, a través de matrices, analizar el flujo de recursos y sus diferentes usos. Es de fácil interpretación, por tanto una herramienta útil para la toma de decisiones de política que favorezcan la eficacia y eficiencia del gasto en salud.

A pesar de la potencialidad como herramienta, también tiene la desventaja de ser muy útil para el interior del sistema pero no para comparar resultados con variables de otros sectores de la economía.

A su vez, esta metodología resulta de gran flexibilidad para atender los casos particulares de los diferentes países, con lo cual, la comparación internacional no puede realizarse de forma lineal.

Las Cuentas Satélite del Sistema de Cuentas Nacionales 1993:

Esta metodología resulta mas completa debido a que agrega al análisis la eficiencia en el consumo de bienes y servicios.

Las cuentas satélites permiten sobre el SCN, proporcionar información adicional sobre determinados aspectos sociales, en nuestro caso el sector salud; ampliar la cobertura de costos y beneficios de las actividades humanas; ampliar el análisis de los datos mediante indicadores pertinentes y vincular las fuentes y el análisis de datos físicos con el sistema contable monetario. Deben de estar estrechamente vinculadas con el SCN, con lo cual se requiere el mantenimiento de su misma clasificación, terminologías y estructura interna de datos, lo cual permite salvar el problema de las otras metodologías. Los indicadores resultantes de la cuenta Satélite de Salud son comparables con los indicadores y variables de los otros sectores de la economía.

La dificultad de su implementación radica principalmente en la condición previa de tener desarrollado plenamente el SCN 93, y a su vez es necesario una vasta información para confeccionar correctamente las cuentas satélite y por último requiere un vínculo muy estrecho con la institución responsable de las Cuentas Nacionales (el Banco Central del Uruguay, en el caso de nuestro país).

Metodología Seleccionada:

Analizando las debilidades y fortalezas de las metodologías planteadas, teniendo en cuenta la disposición de información, y el avance hacia la aplicación del SCN`93 en nuestro país, resultó pertinente aproximarnos a la metodología de Cuentas Nacionales de Salud, utilizando como base la “Guía de producción de las cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para países de bajo y mediano ingreso” y el Sistema de Cuentas de Salud (System of Health Accounts, SHA) de la OCDE. Este último manual se encuentra actualmente en su etapa final de revisión, para lo cual se ha realizado un proceso de consultas a nivel internacional, con la participación de Uruguay.

La implementación de esta metodología resultó y resulta útil para los requerimientos de información necesarios para el diseño de políticas de salud, a nivel macro, la puesta en marcha de la Reforma de la Salud, a nivel micro: analizar las prioridades para determinar las etapas de la Reforma en cuestión.

Para el cambio en el modelo de financiamiento fue de principal utilidad haber realizado las CNS 2004, ya que en base a las mismas se analizó la inequidad que existía en el financiamiento y se utilizó como herramienta para establecer medidas que cambiasen el rumbo hacia una mayor equidad en el sistema de financiamiento. La importancia de tener una serie de CNS anuales en este momento radica en el monitoreo del cumplimiento de mayor equidad, entre otras.

Por su parte, otro de los ejes de la reforma del sistema, es el cambio en el modelo de atención hacia uno que privilegie la atención primaria en salud, la promoción y la prevención. Para esto se requiere del conocimiento de los recursos destinados a los diferentes niveles de atención, la utilización de los mismos, así como el desempeño relativo de los diferentes agentes en relación al objetivo planteado. Si bien todavía no es posible tener un grado de desagregación aceptable de la información para poder analizar el gasto por nivel de atención con una calidad confiable, se están realizando todos los esfuerzos para que esto suceda.

2. Fuentes de información

Debido a la prioridad que el Ministerio le otorgó a la confección de las Cuentas Nacionales de Salud, se ha logrado mejorar las fuentes de información, situación necesaria para la validez de las mismas. Sin embargo, no en todos los casos hay obligación por parte de las fuentes de información de otorgar la misma a los respectivos sistemas de información, lo que trae como resultado la no obtención de la totalidad de los datos. Por otro lado, en muchas ocasiones la información provista no tiene el detalle requerido para la confección de las Cuentas de Salud. En otros casos no se logra la obtención de la información pertinente para cada año, por lo que se recurre a la estimación de los mismos.

De acuerdo a la experiencia internacional y en virtud de la problemática antes mencionada, la necesidad de mantener actualizadas las Cuentas Nacionales de Salud requiere impulsar la creación de un Comité Interinstitucional. La constitución del mismo es promovida por los organismos internacionales, como ser OPS/OMS y apunta a una conformación integrada por representantes de organizaciones estratégicas en materia de estadísticas (como el INE, el BCU y la Udelar) y de los principales actores del sector salud (proveedores, agentes de financiamiento, usuarios y organización de trabajadores médicos y no médicos). La generalización de esta herramienta a nivel internacional, también obliga al cuidado en la validez de la información, para posibilitar la realización de comparaciones regionales e internacionales.

Esta institucionalidad permitiría contar con un responsable por cada una de las instituciones encargadas de brindar la información en tiempo y que cumpla con los requerimientos necesarios para la contabilización, así como lograr una buena coordinación entre ellos y los encargados de realizar las Cuentas Nacionales de Salud anuales. Por otra parte, contar con representantes de las oficinas nacionales de estadísticas y grupos académicos habilita la posibilidad de cruzar datos y realizar una verificación de la consistencia de los mismos. El hecho de contar con representantes de los actores del sector habilita la posibilidad de realizar un proceso de validación de las cifras.

Para la elaboración de las Cuentas de Salud 2005-2008 las fuentes de información fueron:

- Estados de Resultados enviados por las IAMC al SINADI
- Estados de Resultados enviados por los Seguros Privados al SINADI
- Estados de Resultados enviados por las Emergencias Móviles al SINADI
- Informes semestrales sobre Emergencias Móviles realizado por SINADI Asistencial
- Ejecución Presupuestal de ASSE
- Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal, Contaduría General de la Nación
- Contactos con los propios Agentes y/o Proveedores de Servicios de Salud quienes respondieron a nuestro pedido de información (organismos públicos).
- INE (Instituto Nacional de Estadística), IPC
- BCU (Banco Central del Uruguay), serie del PIB

3. Descripción teórica de las matrices 2005-2008

La matriz que muestra el gasto en salud por fuente de financiamiento y por agente (FxA) describe los esquemas de movilización de los recursos en el sistema de salud. Permite analizar la cuestión de “desde dónde proviene el dinero” que intermedia cada agente de financiamiento. El cuadro permite analizar cuán importante es cada fuente en el financiamiento para cada uno de los agentes de financiamiento, y cómo se distribuyen las contribuciones financieras a la atención de la salud según los principales tipos de fuentes (seguridad social, impuestos, hogares, etc.)

La matriz de gasto en salud por agente de financiamiento y tipo de proveedor (AxP) muestra los flujos de financiamiento hacia los diferentes proveedores de servicios de salud canalizados a través de los diversos agentes de financiamiento. Describe la forma en que los fondos se distribuyen entre los diferentes tipos de proveedores (públicos o privados) Dado que los diversos agentes de financiamiento recurren con frecuencia a diferentes métodos de pago y compra, este cuadro puede también ofrecer un punto de partida para evaluar dichas diferencias. El cuadro AxP es una herramienta importante para estimar el gasto total en salud.

Por su parte, con el cuadro de costos de los factores por proveedor (CxP) se busca ilustrar la participación que tienen en el gasto de cada prestador, y eventualmente en el gasto nacional en salud, el valor de la mano de obra, los suministros farmacéuticos, otros suministros, los gastos financieros, las inversiones, etc. Esta información constituye una herramienta para el monitoreo del desempeño global del sistema, siendo una base para realizar un análisis de la eficiencia de la producción y uso de los recursos tanto por parte del organismo rector (MSP) como por parte de cada uno de los efectores de servicios.

III. PRINCIPALES RESULTADOS

1. Aclaraciones previas

La estimación de las Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008 priorizó la confección de una serie anual de tres matrices de gasto y financiamiento: Fuente de financiamiento/Agente de Financiamiento, Agente de Financiamiento/Proveedor y Costo de los Factores /Proveedor.

Es pertinente aclarar que los valores se presentan en millones de pesos constantes a precios de 2008, utilizando el promedio anual del IPC del rubro “cuidados médicos y conservación de la

salud” para realizar la actualización de precios. Las cifras en dólares corresponden a los valores a pesos constantes de 2008 en relación al tipo de cambio promedio 2008 (\$ 20.49)

2. El Gasto en Salud en el País

El Gasto en Salud en Uruguay creció 23,1% en términos reales entre los años 2004 y 2008, alcanzando unos 2.410 millones de dólares en 2008 lo que representa el 7,5% del Producto Interno Bruto (PIB).

Cuadro 1 - Gasto en salud 2004-2008

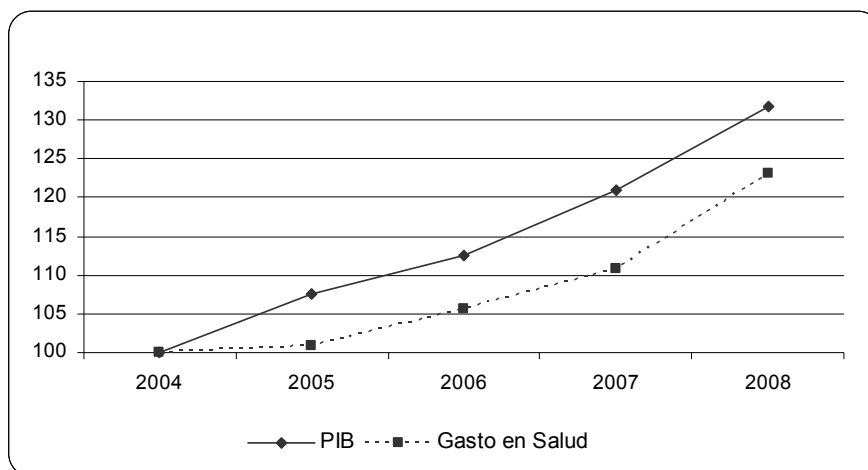
Año	Población	Gasto Millones US\$	Gasto /PIB (En %)	Gasto per cápita anual (En \$ ctes. de 2008)
2004	3.301.732	1.160	8,5	12.418
2005	3.305.723	1.426	8,2	12.469
2006	3.314.466	1.606	8,1	13.049
2007	3.323.906	1.864	7,7	13.619
2008	3.334.052	2.410	7,5	15.144

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Por su parte, el gasto per cápita creció 22% en términos reales en el mismo período, pasando de un gasto anual en pesos constantes de 12.418 en 2004 a 15.143 en 2008.

La relación gasto en salud/PIB presenta una tendencia decreciente en el periodo analizado. Sin embargo, esto no significa que se verifique una disminución de los recursos ejecutados a salud en tanto la caída tiene que ver con el excepcional desempeño del producto, que creció casi 32 % en el periodo en términos reales.

Gráfico 1 - Evolución del PIB y el Gasto en Salud a precios constantes de 2008



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Como se observa en el gráfico anterior tanto el PIB como el Gasto en Salud crecen en valores constantes a lo largo del período analizado, diferenciándose en razón de la tasa de crecimiento superior del PIB entre 2004 y 2005, momento en el cual aún no se contaba con el nuevo presupuesto nacional que asignaba mayores recursos a la salud pública.

3. Fuentes de Financiamiento del Sistema

Si bien se puede considerar dentro de las fuentes de financiamiento a los hogares como el actor primero encargado de financiar el sistema de salud, esto sería una generalidad para todas las actividades del país, considerando a su vez, el financiamiento de fuentes externas o donaciones de forma marginal.

Haciendo esta salvedad, se puede hacer una primera clasificación de las fuentes de financiamiento: aquella proveniente de fondos públicos, y la proveniente de fondos privados.

Financiamiento Público

Las fuentes públicas de financiamiento son los impuestos generales, impuestos departamentales, los precios originados en las empresas públicas y paraestatales, y las contribuciones a la seguridad social.

Es importante aclarar que la Seguridad Social comprende todos los fondos en los cuales es obligatoria la contribución por parte de los empleados (en la mayoría de los casos también contribuyen los empleadores y los pasivos) para incorporarse a un Seguro de Salud. Por esta razón en Uruguay, si bien el BPS/FONASA es el fondo de la seguridad social de mayor envergadura, aún existen otros seguros, como ser el de CHASSFOSE, los Seguros Convencionales, Hospital Militar, Hospital Policial, BHU y BSE, este último como un caso especial porque sólo hay aporte del empleador. Por otra parte, cuando las contribuciones al BPS/FONASA no financian la totalidad del gasto en salud, las transferencias del Gobierno a la Seguridad Social cubren la diferencia. La cuota parte de Rentas Generales destinada a la seguridad social de Sanidad Militar, Sanidad Policial, y CHASSFOSE también es considerada transferencias del gobierno por este concepto.

Igualmente cabe destacar que la Reforma de la Salud tiene como objetivo lograr un fondo único para la Seguridad Social, donde todas las contribuciones se realicen al FONASA llegando a que el actual Seguro Nacional de Salud (SNS) abarque a toda la población contribuyente.

Financiamiento Privado

Retomando la clasificación de las fuentes, las fuentes privadas de financiamiento se componen fundamentalmente por el gasto directo de los hogares. Este rubro comprende todo aquel gasto que realizan los hogares para la cobertura de su salud y que no es cubierto a través de financiamiento público. Por lo tanto, no sólo se incluye el “gasto de bolsillo”, gasto que se realiza al momento de recibir la prestación, sino todos los prepagos que realiza el hogar.

3.1 Evolución de las fuentes de financiamiento

A partir de la descripción de las Fuentes de Financiamiento del sector Salud, presentamos un cuadro con la evolución de las mismas y su participación en el gasto total en salud.

Cuadro 2 - Evolución de las fuentes de financiamiento 2005-2008
Millones de pesos constantes de 2008

Gasto en Salud con Financiamiento Público	2005	2006	2007	2008
Impuestos generales y departamentales	9.629	10.757	11.743	13.118
Precios	866	840	857	588
Seguridad Social	10.545	11.537	12.258	18.512
Total Público	21.040	23.134	24.858	32.219
% Gasto Público/Gasto Total en salud	51,04%	53,49%	54,91%	63,81%
Gasto en Salud con Financiamiento Privado	2005	2006	2007	2008
Hogares	20.138	20.036	20.278	17.878
Otros	41	82	133	394
Total Privado	20.180	20.117	20.411	18.273
% Gasto Privado/Gasto Total en salud	48,96%	46,51%	45,09%	36,19%
Gasto total en Salud	41.220	43.251	45.269	50.491

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Cuadro 3 - Participación de cada fuente pública de financiamiento 2005-2008

Gasto en Salud con Financiamiento Público	2005	2006	2007	2008
Impuestos generales y departamentales	45,77%	46,50%	47,24%	40,72%
Precios	4,12%	3,63%	3,45%	1,83%
Seguridad Social	50,12%	49,87%	49,31%	57,46%
Total Público	100%	100%	100%	100%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Como se observa en el cuadro 19 y se ilustra en el gráfico 2, se parte de una situación en que la participación del financiamiento público y privado es similar. Al comenzar a ejecutarse el nuevo presupuesto quinquenal, la situación comienza a revertirse lentamente y en 2007 la participación de la financiación pública representaba un 55% en el total de Gasto en Salud.

Con la implementación de la Reforma de la Salud en Enero de 2008, esta tendencia se refuerza, ya que al aumento de la financiación vía Impuestos Generales, se agrega el incremento de las fuentes de la Seguridad Social. Este último hecho influye directamente en la disminución del gasto privado de los hogares, lo que trae consigo una disminución de la participación de la financiación privada en el total, pasando a representar un 36%.

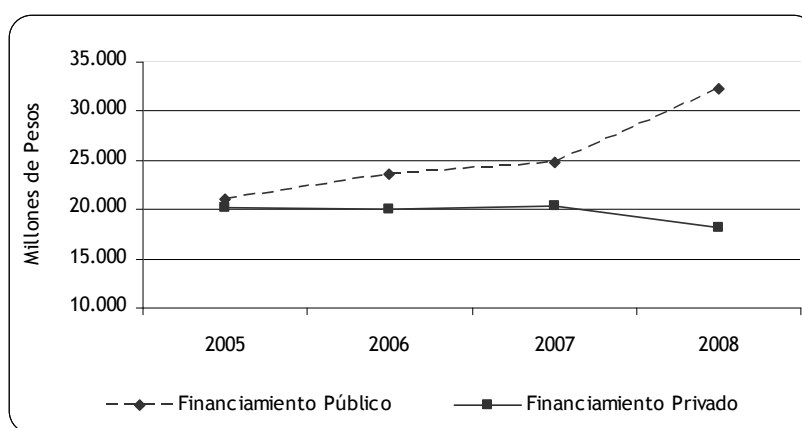
Los resultados globales del período se traducen en un aumento del financiamiento público de un 53,1% y una disminución del financiamiento privado de los hogares de un 11,22% en el período 2005-2008 en términos reales.

Cuadro 4 - Evolución del financiamiento Público y Privado de hogares 2005-2008
Millones de pesos constantes de 2008

Gasto en Salud	2005	2008	Var %
Financiamiento Público	21.040	32.219	53,1%
Hogares	20.138	17.878	-11,22%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Gráfico 2 - Evolución del financiamiento público y privado



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Las pendientes del gráfico ilustran lo dicho anteriormente. El financiamiento público comienza a aumentar significativamente en el primer tramo 2005-2006, incrementándose en un 10%, mientras que en el segundo año continúa esta tendencia alcanzando un incremento de aproximadamente 7,5%. Para estos mismos períodos, el financiamiento privado se mantiene relativamente estable.

A partir de este año las pendientes divergen de manera importante, pero siempre de forma mas pronunciada en el financiamiento público. Este último presenta un incremento en términos constantes del orden del 29,6% contraponiéndose al financiamiento privado, el cual disminuye un 10,5% entre 2007 y 2008.

3.2 Fuentes de Financiamiento Público

a- Fuentes de la Seguridad Social

En una primera instancia tomamos a la Seguridad Social en su conjunto, lo que significa que no sólo tenemos en cuenta las contribuciones al BPS-Ex DISSE/FONASA, sino también las contribuciones que se realizan a otros fondos obligatorios que cubren servicios de salud, como ser CHASSFOSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Seguros Convencionales, BHU y BSE.

El cuadro que se presenta a continuación ilustra la evolución de las contribuciones totales de los empleadores, de los empleados, de los jubilados y las transferencias del gobierno. Éstas últimas se

utilizan en general como una fuente genuina adicional de financiamiento de la seguridad social que disminuye la carga sobre los ingresos de trabajadores y jubilados. Esta situación debe diferenciarse de aquella en que es necesario recurrir al financiamiento público como forma de subsanar un desempeño deficitario de fondos cuyas fuentes genuinas son exclusivamente a través de contribuciones.

La última fila del cuadro 22, presenta la participación que tiene la Seguridad Social como fuente de financiamiento público en el total del mismo. Recordemos que el financiamiento público también se compone de los impuestos y de los precios de empresas públicas y paraestatales.

Esta información se complementa con el cuadro 23, que muestra la variación porcentual de las respectivas contribuciones a la seguridad social en el período 2005-2008.

Cuadro 5 - Evolución de las contribuciones a la Seguridad Social 2005-2008
Millones de pesos constantes de 2008

Fuentes de la Seguridad Social	2005	2006	2007	2008
Contribuciones del empleador	5.219	5.876	6.429	7.498
Contribuciones del empleado	1.893	2.149	2.459	6.640
Contribuciones de pasivos	492	500	518	704
Transf. del Gobierno a la Seguridad Social	2.941	3.012	2.852	3.671
TOTAL	10.545	11.537	12.258	18.512
Total financiamiento Público	21.040	23.134	24.858	32.219
% Seg. Social/ Fin. Público	50,12%	49,87%	49,31%	57,46%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Cuadro 6 - Variación porcentual de aportes a la Seguridad Social, según contribuyentes

Fuentes de la Seguridad Social	2005-2008
Contribuciones del empleador	43,66%
Contribuciones del empleado	250,79%
Contribuciones de pasivos	43,22%
Transf. del Gobierno a la Seguridad Social	24,81%
TOTAL	75,56%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

La evolución en términos reales muestra que el monto recaudado por aportes de los contribuyentes a la Seguridad Social aumenta levemente todos los años. El mayor incremento se produce en 2008 debido a la implementación de la Reforma de la Salud, con sus consiguientes cambios en las tasas de aporte⁸ y en la cantidad de cotizantes o aportantes.

8 Las contribuciones del empleado se modifican desde Enero de 2008, los beneficiarios aportan 6% si tienen hijos menores de 18 años o discapacitados a cargo y 4,5% si no los tienen. Los trabajadores de menores ingresos aportan el 3% en cualquiera de los dos casos.

Al analizar la variación de las contribuciones por grupos de aportantes, encontramos que el mayor incremento en la recaudación se produce en las contribuciones de los empleados, con una variación de 251.5%. La mayor recaudación del BPS como administrador del FONASA explica la mayoría de esta variación, tal como se explicará mas adelante.

Los empleadores y pasivos incrementan sus aportes en aproximadamente 43.6 y 43.2% respectivamente para el total de la seguridad social y en particular un 57 y 63% dentro del FONASA.

Las Transferencias a la Seguridad Social son la fuente de financiamiento que muestra una menor variación, de 24.8% en términos reales.

b- Otras fuentes públicas de financiamiento

A continuación se expone la evolución de las tres restantes fuentes de financiamiento pública, estas son: Impuestos Generales, Impuestos Locales y Precios.

Cuadro 7 - Evolución de fuentes públicas exceptuando seguridad social
Millones de pesos constantes de 2008

Fuentes Públicas	2005	2006	2007	2008	Var. % 05-08
Impuestos Generales	8.823	9.934	10.933	12.304	39,45%
Impuestos Locales	806	823	810	814	0,99%
Paraestatales y corp. públicas (Precios)	866	840	857	588	-32,09%
Impuestos y precios	10.495	11.597	12.600	13.706	30,59%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Como se observa en el cuadro, resalta el incremento del financiamiento del gasto en salud proveniente de los Impuestos Generales, con un aumento del 39.45% en el período considerado. Por el contrario el financiamiento vía Precios se reduce en aproximadamente 32%, lo cual puede ser explicado por la incorporación de los funcionarios públicos al SNS, disminuyendo de esta manera la financiación por parte de la empresa, la cual pasa a aportar como empleador a la Seguridad Social. Los impuestos locales se mantienen relativamente estables en el período.

3.3 Fuentes privadas de financiamiento

Si bien dentro de las fuentes privadas de financiamiento también podemos encontrar financiamiento externo u otro financiamiento privado, al resultar bastante errático, destacamos la principal fuente: los Hogares.

Cuadro 8 - Financiamiento privado de los hogares
En millones de pesos constantes de 2008

Destino	2005	2006	2007	2008	Var %
Prepago	11.101	11.421	11.858	9.395	-15,36%
Tasas Moderadoras y Copagos	2.477	2.291	2.294	2.303	-7,03%
Pago directo de los hogares	6.568	6.349	6.173	6.176	-5,96%
Total	20.145	20.060	20.325	17.874	-11,28%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

El gasto de prepago de los hogares es el que realiza individualmente el hogar al Agente/ Proveedor, considerando dentro de ellos fundamentalmente a las IAMC, a los Seguros Privados Integrales y los Seguros Parciales. Las tasas moderadoras y copagos comprenden el pago de ticket, órdenes y otros conceptos similares, tanto a instituciones privadas como públicas. Por último, el pago directo de los hogares, es el gasto que realizan los hogares en productos farmacéuticos, artefactos y equipos terapéuticos, servicios médicos particulares, servicios dentales particulares y servicios de Hospital, en el momento de hacer uso de los mismos.

El gasto privado de los hogares suele dividirse en gastos de prepago y gasto de bolsillo, incluyendo este último todos los pagos realizados por el hogar en el momento de consumir los bienes o servicios de salud. Los gastos de bolsillo comprenden, por lo tanto, los pagos de tasas moderadoras y copagos así como los pagos directos.

De acuerdo a las estimaciones preliminares, el gasto privado de los hogares en salud disminuye 11.28% en términos reales. Sin embargo, es necesario destacar que esta disminución puede estar subestimada en función de las fuentes de datos disponibles.

Los gastos de prepago disminuyen un 15.4% en términos reales, reflejando el ingreso al SNS de un importante grupo de población que con anterioridad a la reforma pagaba las cuotas de prepago directamente al proveedor. Este gasto es sustituido entonces por contribuciones a la seguridad social y transferencias del gobierno, beneficiando a los hogares de menores ingresos y de mayor cantidad de menores de 18 años.

El gasto de bolsillo disminuye en términos reales en un 6%. En este caso las estimaciones de los pagos directos de los hogares son las que presentan mayores problemas en la medida en que se dispone de la información relevada por la Encuesta de Gasto e Ingreso de los Hogares en los años 2005 y 2006. Para los años 2007 y 2008 se procedió a la actualización de los valores de la encuesta según los índices de precios específicos. El gasto de los hogares en tasas moderadoras y copagos disminuye en virtud de las medidas de regulación de precios del período así como por las rebajas de precios decididas por los propios prestadores. Esta disminución más que compensó los mayores pagos realizados por los individuos que ingresaron al Seguro Nacional de Salud que optaron por una IAMC pero que con anterioridad a la reforma se atendían en ASSE, institución en la que no se cobran tasas moderadoras.

El gasto de bolsillo como proporción del gasto nacional presenta una tendencia decreciente, pasando de un 22% en el 2005 a 17% en el año 2008.

4. Agentes de financiamiento

Los Agentes de Financiamiento son los organismos o instituciones que canalizan los fondos provenientes de las distintas fuentes, utilizándolos para comprar servicios de salud, en nuestro país existen agentes tanto públicos como privados. Además de la multiplicidad y complejidad de la estructura de financiamiento del sector salud de nuestro país, otra de sus principales características es que muchos agentes de financiamiento son además prestadores o proveedores de servicios.

Los agentes de financiamiento cuya tarea principal es actuar como intermediarios de fondos son el Banco de Previsión Social - SNS, que compra servicios de salud para sus beneficiarios a las IAMC, los Seguros Privados Integrales y ASSE; el FNR que compra servicios de medicina altamente especializada a los IMAE; los Seguros Convencionales, y aquellas entidades agrupadas en la categoría otros organismos públicos. En este caso, los organismos utilizan fondos provenientes

tanto de impuestos como de precios para pagar gastos de atención de la salud de sus propios funcionarios. Por otra lado están los agentes de financiamiento que son además prestadores directos de los servicios, como las IAMC, ASSE y los Seguros Privados Integrales.

**Cuadro 9 - Estructura de Agentes de Financiamiento.
En millones de pesos constantes de 2008 y %**

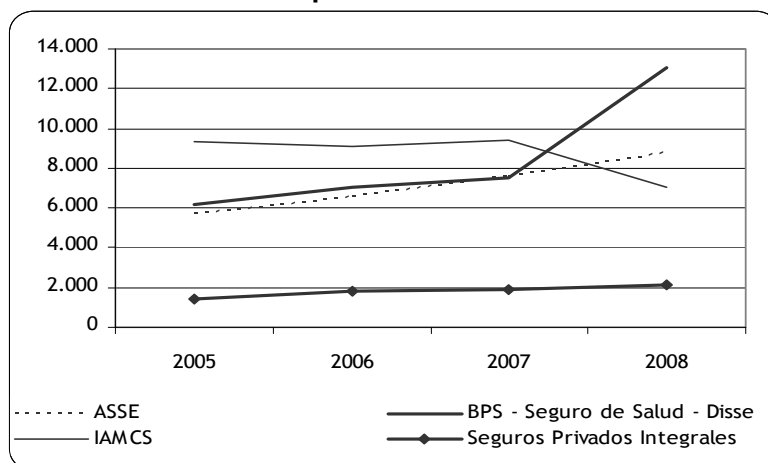
Agente	2005		2008	
	Millones	%	Millones	%
ASSE	5.658	13,7	8.802	17,4
MSP	355	0,9	746	1,5
Sanidad Militar	966	2,3	1.195	2,4
Sanidad Policial	695	1,7	890	1,8
Universidad	876	2,1	1.218	2,4
C Honorarias	184	0,4	226	0,4
IMM	481	1,2	485	1,0
Intendencias del Interior	356	0,9	360	0,7
BPS - Seguro de Salud - Disse	6.188	15,0	13.063	25,9
BPS - Sanatorio	706	1,7	1.041	2,1
BSE	452	1,1	515	1,0
BHU	73	0,2	89	0,2
BROU	273	0,7	201	0,4
ANCAP	123	0,3	93	0,2
FNR	2.619	6,4	2.500	5,0
Otros Organismos públicos	660	1,6	694	1,4
Chassfose	84	0,2	82	0,2
Caja Notarial	134	0,3	144	0,3
Total públicos	20.883	50,7	32.346	64,1
IAMC	9.308	22,6	7.021	13,9
Seguros Privados Integrales	1.429	3,5	2.141	4,2
Seguros Convencionales	732	1,8	721	1,4
Seguros Parciales	2.300	5,6	2.086	4,1
Pagos directos de los hogares	6.568	15,9	6.176	12,2
Total privados	20.337	49,3	18.145	35,9
Total general	41.220	100,0	50.491	100,0

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Como se observa en el cuadro anterior, entre 2005 y 2008 hubo un crecimiento de la participación de los agentes públicos en la intermediación de fondos. Mientras que canalizaban poco más del 50% de los mismos en 2005, tres años después esta cifra fue de 64.1%.

La implementación de la Reforma de la Salud, que incorporó nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud (menores de 18 años y discapacitados de cualquier edad, hijos de beneficiarios FONASA, trabajadores públicos y todos los jubilados a partir de enero de 2008) y que produjo cambios en las tasas de aportes a partir de 2008, determinó un aumento en la importancia relativa del BPS-FONASA como agente de financiamiento. Este agente canalizaba el 15% de los fondos y en 2008 casi el 26%, debido a un crecimiento de 111,1% en pesos constantes en el periodo. Concretamente, es en 2008 cuando se produce el crecimiento más importante (73.8%) respecto de 2007.

Gráfico 3 - Principales agentes de financiamiento
Millones de pesos constantes de 2008



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Por su parte, los recursos recibidos por ASSE en el periodo 2005-2008 crecieron 55,6% llegando a administrar el 17,4% del total de los fondos destinados a salud en 2008. Dicho crecimiento se explica por los mayores fondos provenientes del Presupuesto Nacional (impuestos generales) vigente a partir de 2006, y están destinados en su totalidad a la atención de la salud de los usuarios del sistema público.

Asimismo, los fondos que intermedia la Universidad de la República destinados en un 90% al Hospital de Clínicas⁹, crecieron entre 2005 y 2008 un 39,1% en pesos constantes y tienen como origen fondos provenientes del Presupuesto Nacional.

Entre los agentes privados de financiamiento, las IAMC percibieron a lo largo de 2008 un 13,9% de las fuentes, seguido por los pagos directos de los hogares con un 12,2%. En ambos casos, los recursos captados presentan una tendencia decreciente a lo largo del periodo 2005-2008, lo cual indica una mejora en términos de equidad ya que este tipo de financiamiento no considera el pago en función del nivel de ingreso de las personas.

Como se indicó, la mayoría de los agentes de financiamiento son a su vez proveedores, aunque igualmente destinan parte de sus recursos a comprar servicios a otros proveedores.

Las IAMC proveen servicios que son adquiridos por una gran variedad de agentes de financiamiento. En el caso de Sanidad Policial, Sanidad Militar y otros organismos públicos como el BHU, ANCAP, BROU, Intendencias, Universidad, etc., las IAMC prestan servicios a los funcionarios.

A lo largo del periodo considerado, las IAMC mantuvieron su importancia relativa como proveedoras de servicios, mientras que el peso de las mismas dentro del conjunto de los agentes de financiamiento disminuyó. En 2005, las IAMC como agente de financiamiento recibían el 22,6% del total de recursos y como proveedoras hacían uso del 45% del total de recursos que el país destina a la prestación de servicios de salud. En 2008, esas cifras pasaron a ser 13,9% y 44,5% respectivamente.

⁹ Antes del año 2008, una parte de los fondos intermediados por el agente Universidad estaba destinado al pago de cuotas mutuales a los funcionarios y su familia. A partir de julio de 2008, estos fondos se redujeron en virtud de que los hijos de estos funcionarios ingresaron al Fonasa

Lo anterior se debe, como ya fuera señalado, a la incorporación progresiva de nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud, cuyo financiamiento pasa a darse a través de la seguridad social, lo que determina que las IAMC pierdan importancia en su rol de agente de financiamiento.

5. Proveedores de Servicios de Salud

A lo largo del periodo analizado, el gasto realizado por los proveedores públicos creció 47,2%, destacándose por su incidencia y dinamismo la evolución del gasto de ASSE que creció casi 67,7%. El gasto de los proveedores privados por su parte creció 14%, verificándose un crecimiento superior del gasto de los seguros privados integrales (60,6%) en relación con las IAMC (21,2%).

Cuadro 10 - Evolución del gasto de los Proveedores de servicios de salud
En millones de pesos constantes de 2008 y %

Proveedor	2005	2006	2007	2008	Var % 2005-08
ASSE	5.663	6.569	7.600	9.497	67,7
Hospital Militar	780	786	852	1.043	33,7
Hospital Policial	452	459	534	607	34,5
Hospital de Clínicas	694	788	862	1.107	59,5
BPS - Sanatorio	628	605	617	617	-1,7
BSE - Sanatorio	452	408	412	425	-6,0
Policlínicas IMM	218	218	218	218	0,0
Intendencias del Interior	113	113	113	113	0,0
Otros Proveedores Públicos	1.569	1.731	1.673	1.930	22,9
Total públicos	10.568	11.678	12.882	15.557	47,2
IAMCS	18.532	19.486	20.210	22.469	21,2
Seguros Privados Integrales	1.510	1.892	2.012	2.425	60,6
Seguros parciales	2.535	2.485	2.506	2.276	-10,2
Otros Proveedores Privados	8.075	7.709	7.658	7.764	-3,8
Total privados	30.652	31.573	32.387	34.935	14,0
Total general	41.220	43.251	45.269	50.491	22,5

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

En función de la evolución reseñada, podemos ver que el país destinaba en 2008 el 30% de sus recursos a financiar la cobertura en salud de su población en los proveedores del sector público y el 70% restante en el sector privado. Al comienzo del periodo analizado, el país destinaba el 26% de sus recursos en salud a los proveedores del sector público y el 74% a los del sector privado aproximadamente, aún cuando ambos contaban prácticamente con la misma cantidad de usuarios.

El crecimiento del gasto que realiza ASSE determinó que su participación en el total creciera 37% en el periodo, pasando de 13,7% del gasto total en salud en Uruguay en 2005 a 18,8% en 2008. A nivel de los proveedores privados, la participación en el total del gasto en Salud de las IAMC se ha mantenido en torno al 45% a la vez que se verifica un crecimiento de los Seguros Privados Integrales que pasan de 3,7% del total a 4,8%. Tanto los seguros parciales como otros proveedores privados han disminuido su importancia en el total del gasto en salud realizado a lo largo del periodo.

Cuadro 11 - Participación porcentual en el Gasto Total.

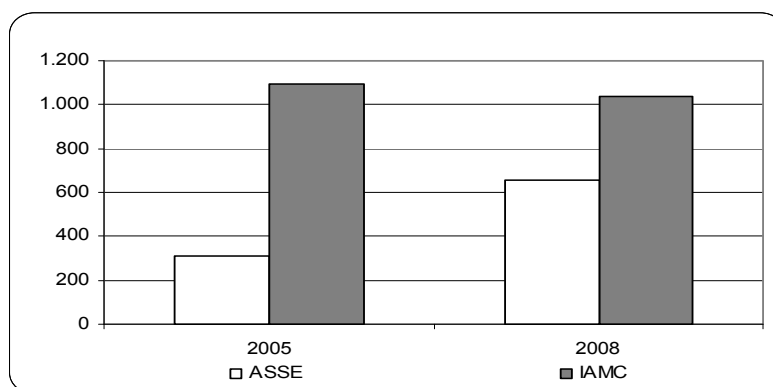
Proveedor	2005	2006	2007	2008
ASSE	13,7	15,2	16,8	18,8
Hospital Militar	1,9	1,8	1,9	2,1
Hospital Policial	1,1	1,1	1,2	1,2
Hospital de Clínicas	1,7	1,8	1,9	2,2
BPS - Sanatorio	1,5	1,4	1,4	1,2
BSE - Sanatorio	1,1	0,9	0,9	0,8
Policlínicas IMM	0,5	0,5	0,5	0,4
Intendencias del Interior	0,3	0,3	0,3	0,2
Otros Proveedores Públicos	3,8	4,0	3,7	3,8
Total públicos	25,6	27,0	28,5	30,8
IAMC	45,0	45,1	44,6	44,5
Seguros Privados Integrales	3,7	4,4	4,4	4,8
Seguros parciales	6,1	5,7	5,5	4,5
Otros Proveedores Privados	19,6	17,8	16,9	15,4
Total privados	74,4	73,0	71,5	69,2
Total general	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Considerando la evolución de la población usuaria de los servicios de ASSE y de las IAMC, es posible estimar el gasto por usuario de los dos principales proveedores de servicios.

Tanto por la reducción de la población usuaria (que cayó casi 20%), como por el crecimiento de los recursos disponibles (crecieron casi 68% en términos reales), el gasto en salud por usuario en ASSE se duplicó entre 2005 y 2008, pasando de 312 \$ en 2005 a 654 \$ en 2008 (medidos en pesos constantes de 2008).

Gráfico 4 - Gasto por usuario en pesos constantes 2008



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP.

Este hecho, junto con una reducción del gasto por usuario de 5% en términos reales en las IAMC determinó una reducción de la brecha existente entre los dos grandes prestadores a nivel del gasto por usuario.

En este sentido, si comparamos el gasto por usuario de los dos principales proveedores de ambos subsistemas vemos que la brecha se redujo en forma importante. En 2005 el gasto per cápita de las IAMC era 3,5 veces el de ASSE, mientras que la relación cayó a 1,6 en 2008.

6. Usuarios de Servicios de Salud

Resulta pertinente realizar un resumen de algunas características de los usuarios del sistema de salud. Se desagrega esta información entre los usuarios beneficiarios del seguro de salud y los que todavía no pertenecen al mismo. Se analiza la evolución tomando los años 2006 y 2008; no se toma el 2005 (inicio del período analizado) por no tener información certera sobre los usuarios de ASSE.

Cuadro 12 - Evolución de beneficiarios del SNS según sexo. 2006-2008

	2006		2008	
	DISSE	No-DISSE	FONASA	No FONASA
Hombres	24,4	75,6	51,3	48,7
Mujeres	16,7	83,3	41,3	58,7

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP, en base a estimaciones de ECH

Tomando en cuenta estos dos años, se observa, en el marco de la creación del SNS, un incremento importante de los beneficiarios¹⁰. Analizando por sexo, sólo el 24% de los hombres estaban cubiertos por el seguro de salud Ex - Disse, mientras que en el 2008 esta cobertura alcanza al 51.3% de los mismos. Por su parte, las mujeres que tenían una cobertura aún menor en 2006, del orden del 16.7%, alcanzan una cobertura del 41.3% de las mismas en 2008.

Cuadro 13 - Evolución de beneficiarios del SNS según tramos de edad. 2006-2008

	2006		2008	
	DISSE	No-DISSE	FONASA	No FONASA
<18 años	0,3	99,7	58,7	41,3
18 A 64 años	32,4	67,6	47,2	52,8
>64 años	12	88	17,2	82,8

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP, en base a estimaciones de ECH

Resulta interesante destacar el impacto de la Reforma de la salud en la cobertura de los menores de 18 años; para el año 2008 el 59% de este grupo pasó a obtener cobertura de salud mediante el Seguro Nacional de Salud. Los otros dos tramos también presentan incrementos. El número de beneficiarios entre 18 y 64 años creció 15 puntos porcentuales, mientras que los mayores de 64 años incrementan su cobertura en algo más de 5 puntos.

¹⁰ Estrictamente el SNS existe a partir del 2008, y antes se trataba de los Seguros Sociales por Enfermedad.

Cuadro 14 - Evolución de afiliados a las IAMC y ASSE-HC, Montevideo e Interior. 2006-2008

	IAMC		ASSE-HC	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
2006	55,1	35,1	26,8	49,8
2008	60,5	45,4	21	40,5

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP, en base a estimaciones de ECH

Al analizar la evolución de los afiliados en el conjunto de las IAMC y en ASSE-HC, tanto para Montevideo como para el interior, se encuentra coherencia en los porcentajes presentados. Las IAMC incrementan sus afiliados tanto en Montevideo como en el Interior, con una mayor incidencia en este último en comparación con la capital del país. Como contraparte, ASSE disminuye sus usuarios en similar proporción al incremento observado en las IAMC, tanto para Montevideo como para el Interior.

Cuadro 15 - Beneficiarios DISSE (2006) y FONASA (2008) por deciles de ingreso

Decil	% Beneficiarios DISSE por decil	% Beneficiarios FONASA por decil	Variación % DISSE - FONASA 2006- 2008
1	3,10	14,00	357,40
2	8,20	36,10	341,30
3	12,20	45,50	271,20
4	16,40	48,50	196,00
5	21,10	51,30	142,40
6	24,70	53,60	116,70
7	27,30	54,70	100,30
8	29,70	55,50	86,50
9	30,90	54,30	75,90
10	29,40	46,80	59,30

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP, en base a estimaciones de ECH

La ampliación del aseguramiento a través del FONASA se verificó en un aumento de la población asegurada en todos los deciles de ingreso. Sin embargo, dicho aumento fue mucho más significativo en los deciles de menores ingresos, donde se encuentra el mayor número de hijos promedio. Si se analiza la variación porcentual entre un sistema y otro para cada decil de ingreso, observaremos que el impacto es mayor en los deciles de ingresos más bajos.

El análisis de la evolución de la atención entre el período 2004-2008 y la ampliación del aseguramiento entre 2006 y 2008 a partir de esta clasificación socio-económica, supone la descripción de un proceso donde ambas dimensiones varían conjuntamente. Por lo tanto, las descripciones hechas pueden deberse tanto a la migración desde un prestador hacia otro de un conjunto de personas con determinada categorización socioeconómica como también al cambio durante este período de los ingresos per cápita de los hogares, con los consecuentes cambios en la categorización de los usuarios de cada prestador.

IV. ANÁLISIS DE LAS MATRICES

a- MATRIZ FUENTE DE FINANCIAMIENTO-AGENTE DE FINANCIAMIENTO

*Fuentes Públicas de Financiamiento*Fuentes de la Seguridad Social destinada a los diferentes Agentes receptores

Cuadro 16 - Fuentes de la Seguridad Social destinada a los diferentes Agentes receptores
Millones de pesos constantes de 2008

Agente	Destino de las fuentes de Seguridad social			
	2005	2006	2007	2008
BPS/FONASA	6.188	7.014	7.515	13.063
Sanidad Militar	925	822	896	1.149
Sanidad policial	684	711	784	863
Seguros convencionales	732	732	732	721
FNR	768	806	773	1.071
BHU	8	6	6	10
CHASSFOSE	81	85	79	79
BPS Sanatorio	706	899	1.041	1.041
BSE	452	463	432	515
Total	10.545	11.537	12.258	18.512

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Este cuadro muestra que las fuentes de la Seguridad Social se destinan a nueve agentes de financiamiento, entre los cuales se destacan al BPS/FONASA, al FNR, al BSP Sanatorio y a Sanidad Militar, no solo por su mayor participación sino también por tener un incremento real en el período considerado.

Fuentes de Seguridad Social destinadas al SNS-FONASA

Debido a la importancia que tiene el BPS/FONASA dentro de la Seguridad Social como agente recaudador es que se plantea nuevamente la serie, pero en esta instancia desagregando a éste del resto de los agentes financiadores de la seguridad social.

Cuadro 17 - Destino de las fuentes de Seguridad Social.
Millones de pesos constantes de 2008

Agente	2005	2006	2007	2008	Var. % 05-08
BPS/FONASA	6.188	7.014	7.515	13.063	111,09%
Otros agentes	4.357	4.523	4.744	5.450	25,10%
Total	10.545	11.537	12.258	18.512	75,56%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Aquí se observa que la variación de aportes se debe fundamentalmente a la evolución de las contribuciones hacia el FONASA. Mientras que la variación total de la Seguridad Social como agente de financiamiento es aproximadamente un 75.6%, si se observa la evolución del FONASA como agente recaudador, este monto se incrementa a un 111% de 2005 a 2008, mientras que el resto de los agentes lo hace en aproximadamente un 25%. De esta forma mientras en el año 2005 el 59% de las fuentes de seguridad social (6.188 millones de pesos) se destinaban a la ex DISSE, en el año 2008 el 70% de las mismas (13.063 millones de pesos) tienen por destino al FONASA.

Analizamos separadamente la evolución de las fuentes de financiamiento del SNS/FONASA, y la variación 2005-2008 desagregada por grupos de contribuyentes.

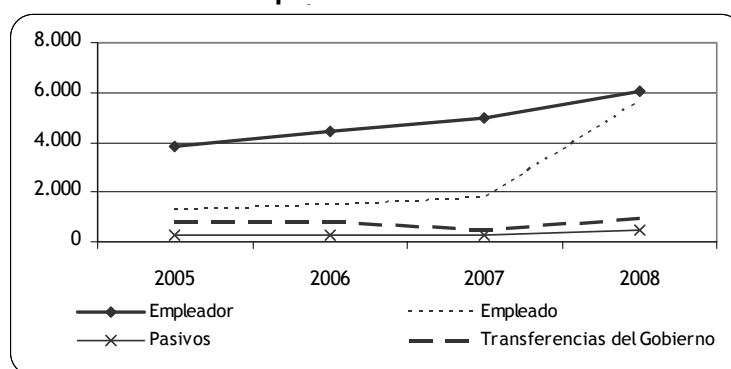
Cuadro 18 - Fuentes de la Seguridad Social del SNS/FONASA
Millones de pesos constantes de 2008

BPS/FONASA	2005	2006	2007	2008	Var. 05-08
Contribuciones del empleador	3.834	4.430	5.004	6.037	2.203
Contribuciones del empleado	1.245	1.478	1.765	5.651	4.406
Contribuciones de pasivos	275	280	291	449	173
Transf. del Gobierno a la Seg. Soc.	834	825	454	926	92
Total	6.188	7.014	7.515	13.063	6.875
Total financiamiento Público	21.040	23.134	24.858	32.219	
% Seg. Social-BPS/ Fin. Público	29,41%	30,32%	30,23%	40,54%	

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Todas las fuentes de financiamiento del Seguro de Salud, ex DISSE ó FONASA, crecen en términos reales en el período considerado. Sin embargo, las variaciones son de muy diferentes magnitudes, fundamentalmente a partir del año 2007 en que se inicia la reforma del sistema de financiamiento.

Gráfico 5 - Evolución de las contribuciones al SNS/FONASA
Millones de pesos constantes de 2008



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

El aumento entre 2007 y 2008 de las contribuciones de los empleados se debe a razones diversas. En primer lugar, el número de beneficiarios del SNS en este período se incrementó en 110% lo que equivale a 723.153 personas. Dentro de este número, 307.829 son nuevos contribuyentes. Los trabajadores privados presentan una variación del 28% (164.525) y los Pasivos se incrementan en 46% (22.694). A su vez, en 2007 comenzaron a incorporarse los funcionarios Públicos (los

primeros en entrar al SNS no tenían ningún tipo de cobertura facilitada por su organismo), alcanzando en diciembre de 2008 a 120.610 beneficiarios. Este aumento de contribuyentes, acompañado del aumento de la tasa de aporte al FONASA para financiar la inclusión de los menores de 18 años y discapacitados de cualquier edad a cargo de los mismos¹¹, explica en parte el crecimiento del total de aportes de los empleados en el período, el cual resulta mayor que el incremento de los aportes realizados por los empleadores.

En segundo lugar, entre 2005 y 2008 se produjo un aumento de 18% en el salario real entre 2005 y 2008, lo que contribuyó también al incremento en la recaudación del BPS por concepto de aportes de los empleados.

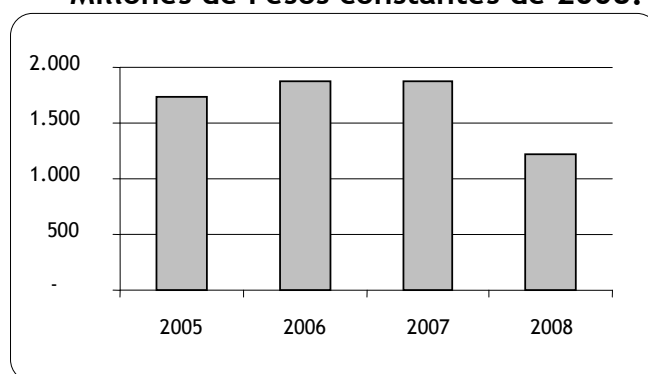
Cuadro 19 - Evolución de los beneficiarios del BPS/FONASA 2005-2008

Agentes de financiamiento	2005	2006	2007	2008
Activos Privados	584.856	630.130	671.781	749.381
Pasivos	49.394	50.173	52.560	72.088
Maestros	16.906	31.124	32.141	-
Judiciales	3.434	3.501	3.522	-
Activos Públicos	-	-	24.480	120.610
Menores	-	-	-	435.664
Total	654.590	714.928	784.484	1.377.743

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP, en base a datos del BPS

El mayor aporte de los empleadores, con una variación del 57%, se explica tanto por el incremento del número de trabajadores en el FONASA como por el incremento de los salarios reales. La tasa de aporte al seguro de los empleadores no varía con la reforma y continúa siendo del 5%, lo que explica, en parte, una variación menor a la del aporte de los trabajadores. Además, el aumento de los salarios desde la instalación de los Consejos de Salarios en 2005 provocó que los empleadores deban realizar menores aportes por concepto de complemento de cuota para que sus empleados obtengan cobertura a través de la Seguridad Social. En el período considerado, el monto total aportado por complemento de cuota tuvo una disminución de aproximadamente 30%.

**Gráfico 6 Evolución del Complemento de Cuota realizado por los empleadores
Millones de Pesos constantes de 2008.**



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

11 4.5% si el contribuyente no tiene hijos y presenta un salario mayor a 2.5 BPC, o 6% si tiene hijos y presentan un salario mayor a 2.5 BPC.

Los jubilados, por su parte, incrementan sus aportes tanto por el incremento del número de jubilados de menores ingresos que eligen ingresar al FONASA, por el ingreso al seguro de todos los nuevos jubilados a partir de enero de 2008, como por el incremento del valor real de las jubilaciones.

La variación real de las transferencias del gobierno al Seguro de Salud es la menor en el conjunto de fuentes, con un valor del 11%. Este comportamiento se explica por una importante caída de las transferencias destinadas al FONASA en el año 2007, producto de un importante aumento de los ingresos originada en la incorporación de los trabajadores públicos (el FONASA comienza a recibir aportes de 8% por estos trabajadores), así como en un incremento de los salarios. En el año 2007 estas transferencias disminuyen un 45% con respecto al año 2006, y esta variación es compensada con un incremento de las contribuciones mayor al incremento del gasto del Seguro de Salud para contratar cobertura en salud para sus beneficiarios. En cambio, en el año 2008 las fuentes provenientes de impuestos se duplican respecto al 2007, con el objetivo de complementar las contribuciones de trabajadores y jubilados que permitan incorporar a los menores de 18 años a cargo de los aportantes.

Resulta interesante analizar la evolución de la participación de cada grupo contribuyente a la Seguridad Social del BPS/FONASA durante los años en cuestión.

Cuadro 20 - Participación de las Fuentes del BPS/FONASA por año, serie 2005-2008

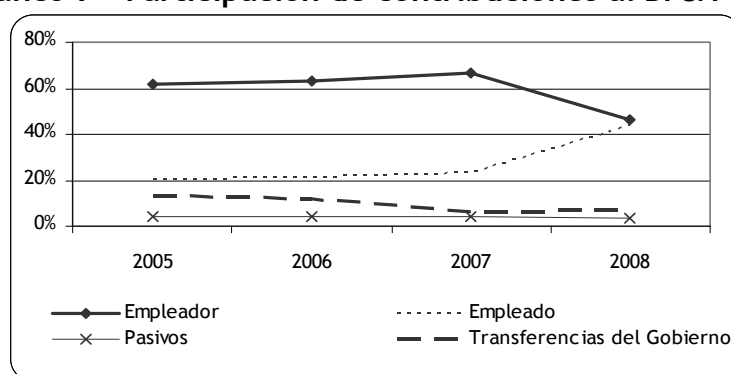
BPS/FONASA	2005	2006	2007	2008
Contribuciones de los empleadores	61,96%	63,17%	66,59%	46,21%
Contribuciones de los empleados	20,13%	21,08%	23,49%	43,27%
Contribuciones de pasivos	4,45%	3,99%	3,88%	3,44%
Transferencia del Gobierno a la Seg. Social	13,47%	11,76%	6,04%	7,09%
Total	100%	100%	100%	100%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Desde el 2005 al 2007, la participación de cada grupo se mantiene relativamente estable, destacándose que tanto la participación del empleador como la del empleado -que rondan el 64% y 22% respectivamente- se incrementan levemente en este sub-período.

A partir de la implementación de la Reforma de la Salud, con la creación del SNIS, las principales modificaciones se visualizan en las contribuciones del empleado y empleador. Las contribuciones respectivas en 2008 convergen al entorno del 40%.

Gráfico 7 - Participación de contribuciones al BPS/FONASA



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Fuentes Públicas sin seguridad social hacia los agentes financiadores

Luego de una revisión exhaustiva del destino de la Seguridad Social como fuente de financiamiento, resulta pertinente analizar la evolución del resto de los recursos públicos utilizados para financiar el gasto en salud.

Para esto, veremos qué sucedió con la evolución de estos flujos hacia los agentes de financiamiento que reciben ingresos provenientes de impuestos generales y de impuestos departamentales y/o de “precios”.

Dentro del agente “otros organismos públicos” no solo incluimos a la Administración Central, Entes Autónomos y Servicios descentralizados, sino también a un grupo de agentes de financiamiento, los cuales aparecen desagregados en las CNS, a saber: BHU, BSE, BROU, ANCAP y CHASSFOSE.

**Cuadro 21 - Destino de las Fuentes Públicas sin Seguridad Social
En millones de pesos constantes de 2008**

Agentes	2005	2006	2007	2008	Var. % 2005-08
ASSE	5.455	6.368	7.394	8.507	55,94%
MSP	320	550	526	688	115,14%
Universidad	790	860	904	1.015	28,47%
Comisiones Honorarias	179	184	219	219	22,55%
IMM	481	490	483	485	0,89%
Intendencias del Interior	325	333	327	329	1,11%
FNR	1.851	1.642	1.541	1.428	-22,84%
Otros Organismos Públicos	1.095	1.171	1.207	1.036	-5,40%
Total	10.495	11.597	12.600	13.706	30,59%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Los recursos destinados a ASSE crecen 56% en términos reales y los destinados al Ministerio de Salud Pública se duplican a lo largo del periodo. Los recursos provenientes de impuestos destinados a la Universidad para la atención en salud brindada por el Hospital de Clínicas y cobertura en salud de sus funcionarios y familias crece un 28%. Por otra parte el monto de recursos destinados al Fondo Nacional de Recursos y hacia otros organismos públicos disminuye en el período reflejando por un lado una mayor recaudación del Fondo Nacional de Recursos desde el FONASA y por otro lado una menor incidencia del financiamiento de cobertura de trabajadores públicos a través de impuestos y precios por su ingreso al Seguro Nacional de Salud.

A continuación, para obtener una visión mas clara de la evolución de las fuentes públicas de financiamiento para el sector salud, se desagregan las mismas, y se observa su comportamiento en el período 2005-2008.

Cuadro 22 - Impuestos Generales hacia los agentes financiadores
Millones de pesos constantes de 2008

Impuestos Generales	2005	2006	2007	2008	Var. % 05-08
ASSE	5.455	6.368	7.394	8.507	55,94%
MSP	320	550	526	688	115,14%
Universidad	790	860	904	1.015	28,47%
Comisiones Honorarias	178	184	219	219	22,55%
FNR	1.851	1.642	1.541	1.428	-22,84%
Otros Organismos Públicos	229	330	351	448	95,71%
Total	8.823	9.934	10.933	12.304	39,45%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Coherente con el resultado presentado previamente, la financiación vía impuestos generales se incrementa en este período un 39.45%. El único Agente de financiamiento que presenta una variación negativa de esta Fuente de financiamiento es el FNR. Más adelante se expondrán algunas razones, presentándose en un punto aparte por considerarlo un agente particular e importante para el sistema de salud uruguayo.

En términos relativos, es el MSP quien recibe un mayor incremento de recursos para gastos en salud, mientras que ASSE es quien percibe una variación absoluta mayor y quien tiene una participación mayor en todos los años en cuanto a la financiación a través de los Impuestos Generales.

Cuadro 23 - Impuestos Departamentales hacia los agentes receptores
Millones de pesos constantes de 2008

Impuestos departamentales	2005	2006	2007	2008	Var. % 05-08
Comisiones Honorarias	0,286	0,492	0,351	0,351	22,55%
IMM	480,78	489,80	482,59	485,05	0,89%
Intendencias del Interior	325,18	332,83	326,72	328,80	1,11%
Total	806,25	823,13	809,65	814,19	0,99%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Los Impuestos departamentales como fuente de financiación se mantienen relativamente constantes a los largo del período. A la interna, son el conjunto de las Comisiones Honorarias quienes tienen un incremento relativo mayor alcanzando un 22.5%, pero en términos absolutos es pequeño al ser su peso significativamente menor en el total de los agentes que reciben recursos de los Impuestos departamentales.

**Cuadro 24 - Precios hacia los agentes receptores de los mismos
Millones de pesos constantes de 2008**

Precios	2005	2006	2007	2008	Var. % 05-08
BHU	51,62	40,91	40,57	63,10	22,22%
BROU	272,51	248,36	266,07	201,07	-26,22%
ANCAP	107,11	108,37	108,63	74,23	-30,70%
Otros Organismos Públicos	431,82	439,23	438,25	246,68	-42,87%
Chassfose	3,18	3,52	3,18	3,18	-0,05%
Total	866	840	857	588	-32,09%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Como se había adelantado previamente, la fuente “Precios” como financiadora del gasto en salud ha disminuido un 32% entre 2005 y 2008. En el grupo de “Otros organismos Públicos” es en el que disminuyen en mayor proporción los recursos provenientes de esta fuente, tanto en términos absolutos como relativos. La razón fundamental es que éstos organismos se incorporan al SNS con lo cual ya no es la propia institución quien financia la cobertura de sus funcionarios, sino que la financiación es a partir de los aportes de empleados, empleadores y transferencias a la seguridad social.

Fuentes Privadas

**Cuadro 25 - Destino de la Fuente Hogares hacia los Agentes de financiamiento
Millones de pesos constantes de 2008**

Agentes	2005	2006	2007	2008	Var. %
ASSE	203	179	164	178	-12,30%
Sanidad Militar	35	37	39	36	2,14%
Sanidad Policial	9	10	22	23	149,65%
Universidad	86	77	60	0 ¹²	-100,00%
Comisiones Honorarias	6	0,11	7	7	22,55%
Intendencias del Interior	31	31	31	31	1,11%
BHU	14	11	11	17	22,22%
ANCAP	16	16	16	19	16,54%
Caja Notarial	134	134	151	144	7,35%
IAMC	9.308	9.099	9.385	7.021	-24,57%
Seguros Privados Integrales	1.429	1.792	1.920	2.141	49,81%
Seguros parciales	2.300	2.300	2.300	2.086	-9,30%
Pagos directos de los hogares	6.568	6.349	6.173	6.176	-5,96%
TOTAL	20.138	20.036	20.278	17.878	-11,22%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

El financiamiento de los Hogares disminuye 11.22%; esta disminución es provocada fundamentalmente por el menor monto de recursos que éstos destinan a las IAMC, tanto en

12 FE DE ERRATAS: El gasto de hogares destinado a la Universidad no es cero sino \$ 41.459.504. Lamentablemente el error fue detectado momentos antes de la impresión de este documento.

términos absolutos (2.287 millones) como relativos (24.6%). Por su parte, también disminuyen de manera significativa el financiamiento de los hogares hacia ASSE y los “pagos directos de los hogares”. Los incrementos a resaltar, de estos recursos, se producen en Sanidad Policial y en los Seguros Privados Integrales, estos últimos igualmente reflejan que quienes tienen mayor poder adquisitivo eligen libremente a este prestador de servicios de salud.

Fuentes de Financiamiento hacia el Fondo Nacional de Recursos

Debido a la importancia y peculiar existencia del Fondo Nacional de Recursos con respecto a otros países, se hace hincapié en este agente, exponiendo a continuación la evolución de sus Fuentes de Financiamiento.

Cuadro 26 - Fuentes de Financiamiento hacia el Fondo Nacional de Recursos
Millones de pesos constantes 2008

Fuentes de Financiamiento	2005	2006	2007	2008
Impuestos Generales	1.851	1.642	1.541	1.428
Contribuciones Empleador	476	526	535	495
Contribuciones Empleado	155	175	189	464
Contribuciones Pasivos	34	33	31	37
Transferencias del Gobierno	103	71	18	76
Total	2.619	2.448	2.314	2.500

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Previo al análisis de la evolución de las fuentes de financiamiento, resulta importante aclarar que las contribuciones tanto del empleador, del empleado así como de los pasivos no son propiamente contribuciones sobre los salarios. Luego de que cada beneficiario realiza su aporte al FONASA, el administrador del mismo destina un importe al FNR por cada contribuyente, correspondiente a la cuota del FNR, única y obligatoria para todos los usuarios del SNIS. Por otra parte los prestadores integrales recaudan la cuota del FNR que luego es volcada al mismo. Para su exposición en las matrices se distribuye el pago al FNR del FONASA en forma proporcional a las contribuciones y transferencias del gobierno a la seguridad social, mientras que en el caso de los usuarios del sistema privado y organismos públicos se considera como fuente de financiamiento los impuestos generales por tratarse de una contribución obligatoria al sistema de salud.

En términos generales los recursos destinados hacia el FNR presentan una evolución levemente negativa. Las razones que priman a la hora de justificar esta situación son tres. Por un lado, la cuota que cada beneficiario debe realizar al FNR como seguro para enfermedades catastróficas ha disminuido en el período considerado, y esto no ha sido compensado por el aumento de beneficiarios. Por otro, algunos tratamientos que antes eran considerados como de medicina altamente especializada, debido a los avances, se han incluido dentro del PIAS, con lo cual se disminuyeron los recursos destinados a esas prestaciones dirigiéndose a otras especialidades de mayor costo pero con menor cantidad de casos. Por último es importante resaltar las modificaciones administrativas del propio FNR, para mejorar los controles y evitar la demanda inducida de ciertos tratamientos.

La evolución de los Impuestos Generales y las Transferencias del Gobierno a la Seguridad Social se comportan en este mismo sentido, mientras que las contribuciones presentan una tendencia creciente influenciada principalmente por el incremento de beneficiarios al SNS.

b- MATRIZ AGENTES DE FINANCIAMIENTO-PROVEEDORES

En este apartado se analizan los flujos de recursos desde los agentes de financiamiento hacia los principales proveedores de servicios de salud.

Recursos destinados hacia las IAMC como proveedor

En una primera instancia se exponen los recursos canalizados desde los diferentes agentes de financiamiento hacia el principal proveedor privado de salud, las IAMC. El primer cuadro presenta la evolución de los mismos en todo el período considerado para luego en el cuadro siguiente observar la participación de cada agente en la financiación de este proveedor para los años punta del período considerado, 2005 y 2008.

Cuadro 27 - Agentes financiadores de las IAMC
Millones de pesos constantes de 2008

Agentes	2005	2006	2007	2008	Var. Absoluta
Sanidad Militar	87	67	76	145	59
Sanidad Policial	246	264	282	290	44
Universidad	182	186	190	112	-70
IMM	261	270	263	266	4
Intendencias del Interior	243	251	244	247	4
BPS-FONASA	6.188	7.014	7.496	12.211	6.023
BPS-Sanatorio	78	277	323	323	245
BSE*	0	54	19	90	90
BHU	14	11	15	46	32
BROU	219	193	212	142	-76
ANCAP	42	43	44	32	-10
FNR	592	556	539	521	-71
Otros Organismos Públicos	517	640	561	476	-41
Chassfose	78	82	79	79	1
Caja Notarial	26	26	29	28	2
IAMC	9.308	9.099	9.385	7.021	-2.287
Seguros Convencionales	452	452	452	441	-11
Total	18.445	19.486	20.210	22.469	4.023

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

* No contamos con información para el BSE como agente financiador de las IAMC para el año 2005 y debido a las fluctuaciones presentadas en el período, se optó por no hacer ningún supuesto sobre el gasto para ese año.

Las principales variaciones absolutas, que se dan en sentido contrapuesto, se producen en el BPS/FONASA con un incremento de 6.023 millones, y en las IAMC con una disminución de 2.287 millones. Aquí se muestra claramente la incidencia de la creación del Seguro Nacional de Salud lo cual conlleva una menor participación de las IAMC como agente financiador de ellas mismas.

Cabe resaltar la disminución de la Universidad, BROU, “Otros Organismos Públicos” y FNR, como agentes financiadores de las IAMC. Estas variaciones oscilan entre 41% y 76%.

**Cuadro 28 - Agentes financiadores de las IAMC.
Participación porcentual**

Agentes	2005	2008
BPS-FONASA	33,55%	54,35%
IAMC	50,46%	31,25%
FNR	3,21%	2,32%
Otros Organismos Públicos	2,80%	2,12%
Seguros Convencionales	2,45%	1,96%
BPS-Sanatorio	0,42%	1,44%
Sanidad Policial	1,34%	1,29%
IMM	1,42%	1,18%
Intendencias del Interior	1,32%	1,10%
Sanidad Militar	0,47%	0,65%
BROU	1,18%	0,63%
Universidad	0,99%	0,50%
BSE	-	0,40%
Chassfose	0,42%	0,35%
BHU	0,07%	0,20%
ANCAP	0,23%	0,14%
Caja Notarial	0,14%	0,12%
Total	100%	100%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Al comienzo del periodo el principal agente financiador de las IAMC eran las propias instituciones actuando como agentes recaudadores de cuotas y tasas moderadoras de los hogares. Sin embargo, la implementación de la reforma determinó que el BPS-FONASA pasara a constituir el principal agente recaudador de las IAMC. El resto de los agentes individualmente considerados, tienen una participación que no alcanza el 3.5% en todo el período.

Recursos canalizados a través del FNR como agente

Las principales receptoras de los recursos que administra el FNR como agente de financiamiento son las IMAE. Estas pueden ser privadas, públicas, pertenecientes a las IAMC, o incluso localizadas en el exterior del país.

**Cuadro 29 - Destino de recursos del FNR
Millones de pesos constantes 2008**

Destino de los Recursos	2005	2006	2007	2008
IMAE Privada	1.185	1.096	1.050	1.156
IMAE Pública	156	104	116	127
IMAE en IAMC	592	556	539	521
IMAE del exterior	31	28	26	29
FNR	655	663	582	667
Total	2.619	2.448	2.314	2.500

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Como denota el cuadro anterior los perceptores de los recursos provenientes del FNR mantienen sus participaciones relativas en el total. En concordancia con los recursos destinados al FNR como agente, en general disminuye levemente lo destinado a los proveedores de servicios contratados por el agente administrador, siendo el propio FNR la excepción como proveedor de servicios, el cual puede proveer por ejemplo medicamentos de alto costo.

c- MATRIZ COSTO DE FACTORES-PROVEEDORES

La Matriz de Costo de los Factores, muestra la composición del gasto según los factores de producción del Sector Salud. Permite analizar la evolución de cada factor en el período por cada proveedor de servicios de salud, pudiendo de esta manera realizar diferentes agregaciones, y analizar el costo de éstos según proveedores públicos y privados, entre otras cosas.

Se ha buscado que los factores de producción considerados se adecuen a los planteados en la clasificación ICHA¹³, de todas maneras siguen existiendo algunas diferencias. Los factores presentados en el análisis son: dentro de los Desembolsos Corrientes (RC.1) las Compensaciones a empleados y propietarios (Remuneraciones) (RC. 1.1), Medicamentos (RC. 1.2.1.1), y Suministros y servicios (RC. 1.2.1.2). Estos tres rubros corresponden a los gastos operativos. Por otro lado, también dentro de los Desembolsos Corrientes, se encuentran los Gastos financieros que involucra, en la clasificación adoptada, a los Intereses (RC. 1.4), y Otros gastos corrientes (RC.1.9). Por último las Amortizaciones constituyen lo que en la clasificación ICHA se considera Consumo de capital fijo (RC. 1.3).

Los Gastos de capital (RC.2) se construyen a partir de la Inversión en estructuras (RC. 2.1) y la Inversión en equipos (RC.2.2).

A continuación se presenta la evolución del costo de los diferentes factores de producción para el total de los prestadores públicos y para el total de los privados y la evolución del costo de los factores de los principales prestadores del subsector público y privado, ASSE y IAMC respectivamente.

Cuadro 30 - Costo de factores en el Sector Público - período 2005-2008
Millones de Pesos constantes de 2008.

PRESTADORES PÚBLICOS	2005	2006	2007	2008
Remuneraciones de empleados	5.051	6.112	7.042	8.418
Medicamentos	1.468	1.349	1.355	1.578
Otros suministros y servicios	3.716	3.648	3.984	4.212
Gastos financieros y otros	143	262	32	275
Consumo de Capital Fijo	11	7	8	8
Sub total	10.389	11.378	12.420	14.491
Inversión en Estructuras	58	69	91	108
Inversión en Equipos	40	48	67	99
Transferencias de Capital	0	0	0	0
Sub total	179	300	462	1.066
s/c	0	0	0	0
TOTAL	10.568	11.678	12.882	15.557

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Dentro de los Costos Operativos, que incluyen las remuneraciones a los empleados, los medicamentos, y otros suministros y servicios, son las remuneraciones las que presentan el mayor incremento en términos reales (67%), lo que en términos absolutos representa 3.368 millones.

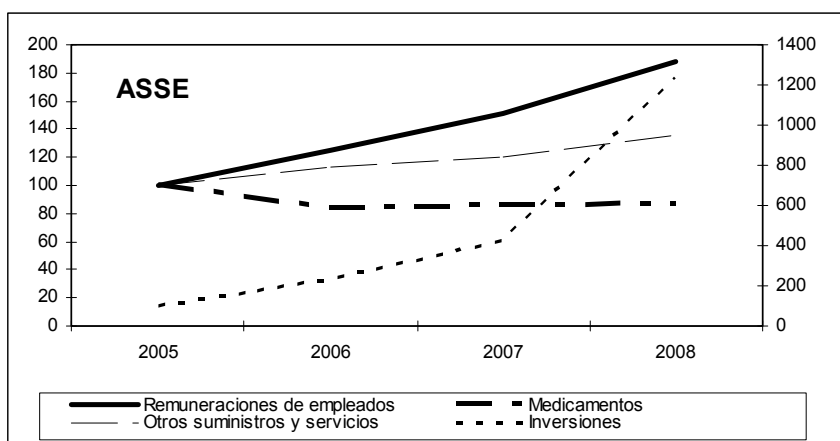
Para el conjunto de los proveedores públicos, el gasto en medicamentos se mantiene estable con una leve tendencia al alza (8% en términos reales) en línea con la evolución moderada de los precios de los mismos en relación con el resto de los precios del sector¹⁴ y está determinada especialmente por la depreciación del dólar en los años recientes.

Dentro de los gastos de capital, se incluye Inversión en estructuras, inversión en equipos y transferencias de capital. Es necesario aclarar, por un lado, que en este período no se constataron transferencias y por otro, que en virtud de que la información de rendición de cuentas (de donde se tomaron los datos de ASSE) no permite separar claramente la inversión en estructuras de la realizada en equipos se contabiliza todo en el total y no por rubro de inversión. Las inversiones totales se incrementan más que las remuneraciones en términos relativos, 495% y 67% respectivamente, lo que en términos absolutos significa 887 millones.

ASSE representó el 57,4% del gasto total entre 2005 y 2008 constituyéndose como el principal proveedor público de servicios de salud.

En el gráfico siguiente se destaca la evolución pronunciada de sus inversiones que se incrementaron 1129% (783 millones) en el período. Cabe recordar que esto sucede en términos relativos porque en inversiones se parte de un gasto muy bajo, con lo cual los incrementos absolutos resultan en grandes incrementos relativos.

Gráfico 8 - Evolución del Costo de los Factores de ASSE.



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Otro de los factores de gran crecimiento fueron las *remuneraciones*, que lo hicieron un 87.8% en términos reales (2459 millones). Durante el período 2005-2009 uno de los principales objetivos de la administración fue la equiparación salarial de los trabajadores de ASSE con los trabajadores de las IAMC, ya que los primeros se encontraban en una situación sumamente desventajosa. A modo de ejemplo, el salario promedio de enfermería de ASSE en 2005 representaba el 69% del

14 Se compara la evolución en el período 2005-2008 del IPC de productos medicinales y farmacéuticos (9.17%) con la del IPC general (32.21%) y en particular la del IPC de cuidados médicos y conservación de la salud (22.44%).

de las IAMC, llegando a equiparar ambos al final del período. El cumplimiento de este objetivo implicó que buena parte de los aumentos presupuestales para ASSE tuvieran ese destino¹⁵.

Cuadro 31 - Costo de factores en el Sector Privado - período 2005-2008
Millones de Pesos constantes de 2008.

PRESTADORES PRIVADOS	2005	2006	2007	2008
Remuneraciones de empleados	13.672	14.630	15.120	17.541
Medicamentos	5.179	4.836	4.999	4.811
Otros suministros y servicios	9.161	9.069	9.519	9.532
Gastos financieros y otros	1.626	1.637	1.312	1.484
Consumo de Capital Fijo	628	599	589	592
Sub total	30.266	30.772	31.540	33.959
Inversión en Estructuras	188	535	517	627
Inversión en Equipos	152	266	283	298
Transferencias de Capital	0	0	0	0
Sub total	340	802	800	926
s/c	46	0	47	50
TOTAL	30.652	31.573	32.387	34.935

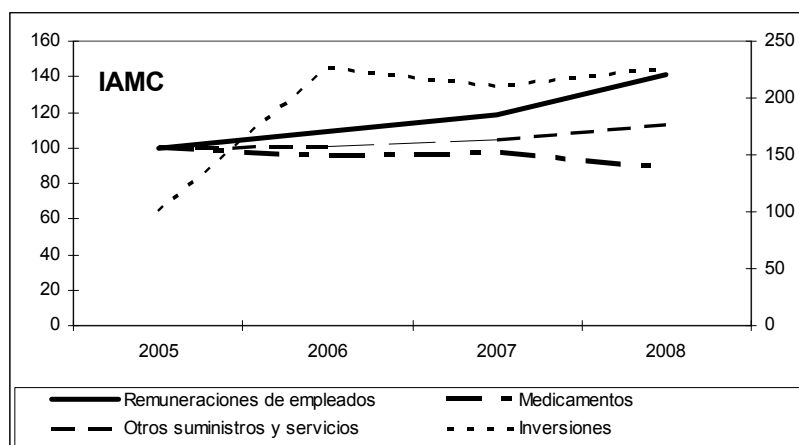
FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

El crecimiento de los Costos Operativos en el Sector Privado ha sido sensiblemente menor (12% en términos reales) que en el sector público, lo que se explica por un menor incremento de la masa salarial (28%) y una disminución en términos reales del resto de los rubros.

Dentro de los gastos de capital, se verifica un importante crecimiento de las inversiones en estructuras que se incrementaron 234% en términos reales, particularmente a partir de 2006. Además, las inversiones en equipos crecieron 96% en el periodo.

Las Instituciones de Asistenta Médica Colectivas, son en conjunto, el principal grupo de prestadores privados en Uruguay ya que representan el 62% del gasto total de los proveedores de salud.

Gráfico 9 - Evolución del Costo de los Factores de IAMC.



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

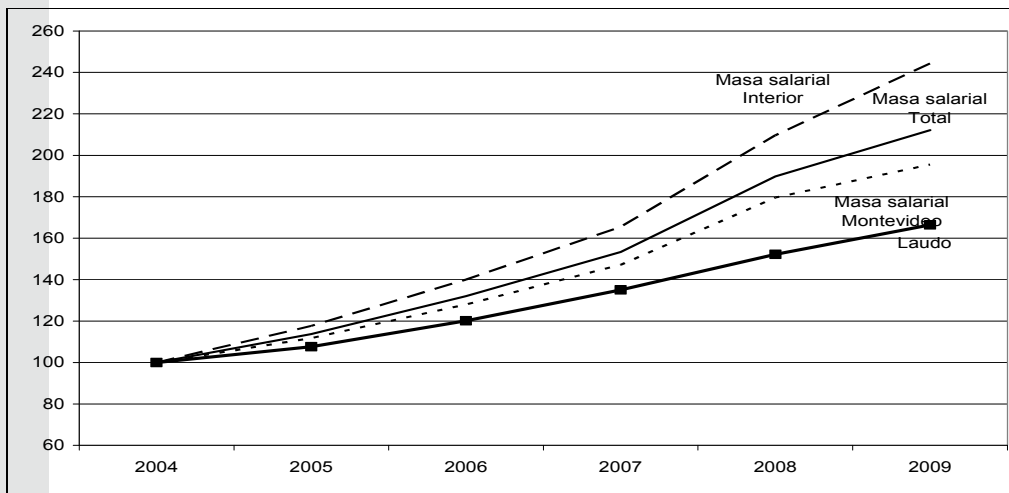
15 Basado en "Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud", División Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública, 2010.

Este grupo de prestadores presenta un crecimiento del gasto operativo de 19%, las remuneraciones que crecieron 41% en términos reales, el rubro de mayor crecimiento e incidencia.

La explicación de este incremento puede encontrarse, tanto en el aumento de las dotaciones de trabajadores para hacer frente a la mayor demanda de servicios de salud como en el aumento de los salarios.

En este sentido, el informe sobre el desempeño del subsector mutual en el período 2004-2009¹⁶, demuestra que mientras que la masa salarial más que se duplica a nivel país entre 2004 y 2009, el incremento de salarios por el laudo fue de 66.4%. Esta diferencia es en parte explicada por un aumento de 7.8% de la cantidad de recursos humanos entre 2007 y 2009, lo que corresponde a 2.948 nuevos trabajadores en el sector. La otra parte del incremento de la masa salarial se debe al aumento de los salarios por encima del laudo (mayor en el Interior en comparación con Montevideo) por parte de las propias instituciones para poder captar trabajadores escasos debido al aumento de la demanda asistencial.

**Gráfico 10 - Evolución de la masa salarial y los salarios en las IAMC.
Índice base 2004.**



Fuente: Tomado de “El Desempeño del Sector Mutual 2004-2009”
División Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Octubre 2009

Por otro lado, se destacan los medicamentos por ser el único rubro que evolucionó a la baja en el período. Este comportamiento puede encontrar diversas explicaciones. En primer lugar, como ya se comentó al analizar los costos de los prestadores públicos, la evolución de los precios de los medicamentos en el período estuvo por debajo de la que experimentaron el resto de los precios del sector y de la economía en su conjunto. Es posible que las instituciones hayan conseguido precios menores al negociar con los proveedores de medicamentos. Por otro lado, hay algunos medicamentos de alto costo que eran proporcionados por las IAMC y que en el período en cuestión pasaron a estar en la órbita del FNR, lo que implicó que disminuyera el gasto asociado a los mismos.

¹⁶ “El Desempeño del Subsector Mutual 2004-2009”, División Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Octubre 2009.

En el siguiente cuadro se presenta la evolución de la participación de los costos de los distintos factores en el total del gasto del sistema (público y privado).

Cuadro 32 - Evolución de la participación del costo de los factores en el gasto total

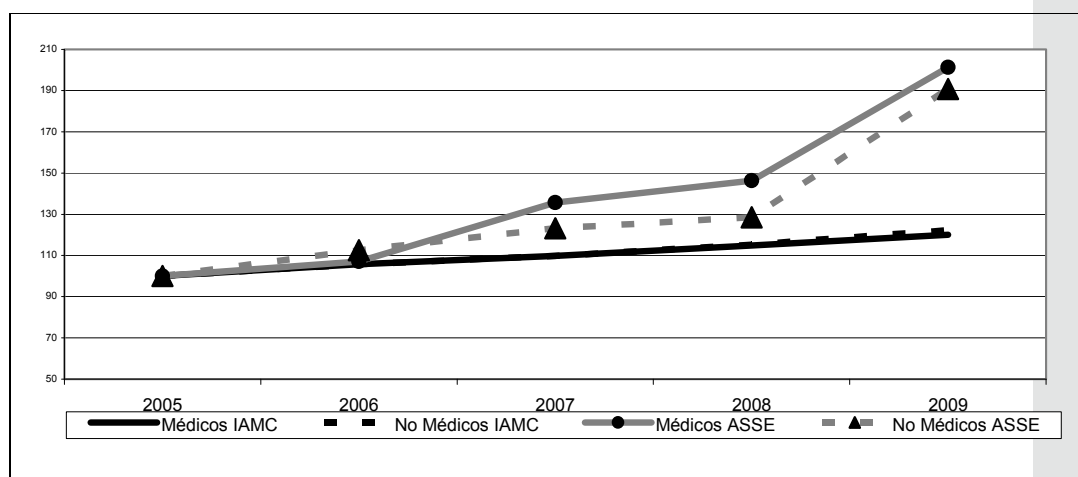
Total del sistema	2005	2006	2007	2008
Remuneraciones	45,42%	47,96%	48,96%	51,41%
Medicamentos	16,13%	14,30%	14,04%	12,65%
Otros Suministros y servicios	31,24%	29,40%	29,83%	27,22%
Gastos financiamiento y otros	4,29%	4,39%	2,97%	3,48%
Amortizaciones	1,55%	1,40%	1,32%	1,19%
Gastos Corrientes	98,63%	97,45%	97,11%	95,96%
Inversión Estructuras	0,60%	1,40%	1,34%	1,46%
Inversión Equipos	0,47%	0,73%	0,77%	0,79%
Transf. Capital	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gastos de Capital	1,39%	2,55%	2,91%	4,04%

FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

La evolución del gasto en los distintos factores para el conjunto del sistema, muestra que mientras que los costos operativos han bajado su participación, las inversiones, tanto en equipos como en estructuras, pasan de representar tan solo el 1,39% a 4,04%.

Sin embargo, el costo de mayor peso relativo en los gastos operativos, es decir, el gasto que se destina a remuneraciones, creció debido a las políticas de recuperación y equiparación salarial entre trabajadores públicos y privados de la salud que se comentaron anteriormente. El siguiente gráfico permite observar la evolución de los salarios reales de trabajadores médicos y no médicos de ambos subsectores en el período.

Gráfico 11 - Evolución de los salarios reales de médicos y no médicos por subsector



Fuente: Tomado de “Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud”.
División Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Marzo 2010.

La evolución de la participación del rubro *medicamentos* resulta de particular interés. A pesar de que en el período 2005-2008 se produce un aumento de unidades vendidas del 26.7%¹⁷, al

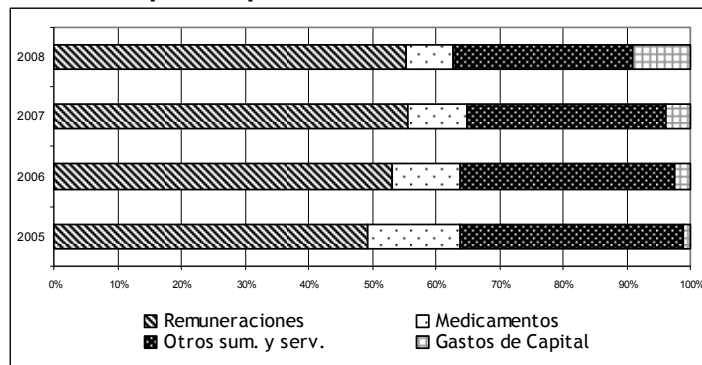
17 Informe: Lic. Lourdes Galván y Cr. Javier Díaz

medir la evolución real (en pesos constantes de 2008) su participación en el total disminuye y por tanto el gasto en medicamentos reduce su participación pasando de 16 a 13%. Las posibles explicaciones a este comportamiento, que ya se manejaron en el análisis por prestadores, radican en la evolución de los precios de los medicamentos por debajo de los precios del sector, la depreciación del dólar y en la mejora de las negociaciones con los laboratorios. La caída en los precios logró compensar el incremento de las ventas.

En el análisis del total del sistema no cabe la justificación de los medicamentos de alto costo pues, si bien dejaron de representar un costo para las IAMC, los son para el FNR.

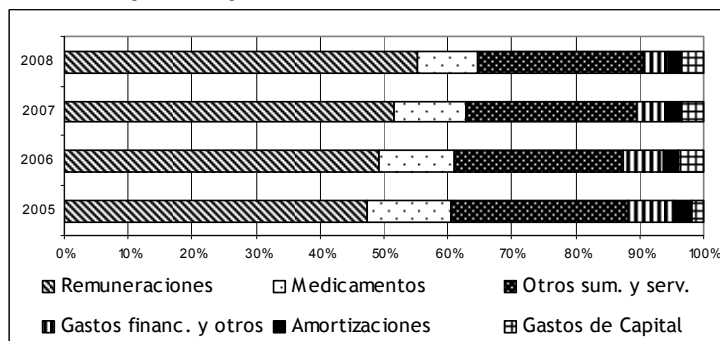
Como se observa en los dos gráficos siguientes, estas mismas tendencias se verifican también en los dos principales representantes de los subsectores público y privado.

Gráfico 12 Evolución de la participación del costo de los factores en el gasto de ASSE



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

Gráfico 13 Evolución de la participación del costo de los factores en el gasto de las IAMC



FUENTE: División Economía de la Salud (DES) - MSP

V. CONCLUSIONES .

El Gasto en Salud en Uruguay creció 23,2% en términos reales entre los años 2004 y 2008, alcanzando los 2.410 millones de dólares en 2008 lo que representa el 7,5% del Producto Interno Bruto (PIB). Esta relación disminuye en un punto porcentual en el período reflejando un excepcional desempeño del producto, con un crecimiento real de 32%.

El análisis de la serie de gasto y financiamiento en el período 2005-2008 permite identificar los principales cambios del modelo de financiamiento impulsado por la reforma del sistema de salud. Las Fuentes de financiamiento constituyen la dimensión del gasto donde se observan las modificaciones más notorias. Las fuentes públicas de financiamiento aumentan 53,2 % en

términos reales mientras que las fuentes privadas disminuyen un 11,2% provocando que la participación de las primeras en el total del gasto sea de un 64%.

Los resultados desde el punto de vista de los Agentes de financiamiento del sistema presentan participaciones similares a las fuentes, debido a la particular característica de nuestro sistema de salud en que las fuentes públicas de financiamiento tienen como destino principal agentes de financiamiento público, y a su vez es muy baja la proporción de fuentes privadas que se canalizan hacia estos agentes.

El incremento de la participación de las fuentes públicas responde a un importante aumento real tanto del financiamiento a través de impuestos 36,23%, como a través de la seguridad social 75.6%, teniendo como principales destinos ASSE y FONASA respectivamente. El crecimiento de las fuentes públicas se inicia en el 2005, afectado por un importante incremento presupuestal de los agentes públicos, y a partir del 2007 se suma un incremento del 74% en las fuentes del Seguro Nacional de Salud, aumentando notoriamente su tasa de variación.

El importante incremento en el valor real de salarios y pasividades así como de la tasa de empleo observados en el período, resultó en un aumento de gran magnitud en los ingresos recaudados por el BPS para financiar el Seguro Nacional de Salud administrado por la Junta Nacional de Salud.

El gasto privado de los hogares en salud disminuye un 11,2% en términos reales entre 2005 y 2008 como resultado fundamentalmente del ingreso de más de 600.000 nuevos beneficiarios al FONASA, lo que implicó una importante reducción en el financiamiento a través de cuotas de prepago. A su vez, el gasto de bolsillo de los hogares disminuye en 5 puntos porcentuales.

La ampliación de la cobertura del SNS señalada, implicó a su vez una menor importancia de las IAMC como agente de financiamiento aunque mantuvieron su participación en el gasto como proveedores de servicios. Por su parte ASSE aumenta su participación como agente de financiamiento y como proveedor de servicios, lo que sumado al incremento de sus recursos y a la disminución de su población usuaria, resultó en una disminución importante de la brecha existente en el gasto per cápita entre IAMC y ASSE.

La evolución del Costo de los Factores de producción de los servicios de salud, muestra un importante crecimiento del costo de la mano de obra, como producto de la política de recuperación salarial llevada adelante en el sector y del ingreso de nuevo personal, en particular en las IAMC. Asimismo, se produjo en el quinquenio un importante incremento de las inversiones, aunque en el caso de ASSE el punto de partida era muy bajo.

Por su parte, el gasto en medicamentos para el total del sistema cayó 4% en términos reales a pesar de que las unidades vendidas aumentaron 26,7%. La evolución de los precios de los medicamentos por debajo de los del resto del sector y de la economía, asociado al comportamiento del dólar y la obtención de mejores precios con los proveedores, parecen haber más que compensado el aumento de las cantidades consumidas.

PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS DE TRABAJO

Por último, queremos destacar la intención de avanzar hacia las cifras de Gasto en Salud por Funciones de acuerdo a la clasificación internacional ICHA. Esto nos permitirá tener una visión

más completa de la evolución del sistema y constituir a las Cuentas en Salud en un insumo cabal para la toma de decisiones políticas y para el análisis del sector de especialistas y la comparación internacional.

VI. ANEXOS

**Anexo A- Matrices.
Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2005 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.**

Fuentes de Financiamiento	FS. 1.1 Fondos Públicos				FS. 1.2 Otros Fondos Públicos				FS. 2 Fondos Privados			
	FS. 1.1.1 Fondos del Gobierno Territorial		FS. 1.2.1 Empresas públicas (Precios)	Contribuciones del empleador	FS. 1.2.2 Contribuciones a la Seguridad Social	Contribuciones de pasivos	Contribuciones del empleado	Transferencias del Gobierno a la seguridad social	FS. 2.2 Hogares	FS. 2.3		
	FS. 1.1.1 Impuestos Generales	FS. 1.1.2 Impuestos Departamentales								Financiamiento Privado		Total
			OTROS	OTRO	OTRO							
PÚBLICOS												
ASSE	4.620.777.419								171.690.942			4.792.468.361
MSP	270.882.366								29.919.293	29.407.424		300.289.790
Sanidad Militar					86.511.854	105.736.711	591.377.088		29.919.293	4.311.818		817.856.763
Sanidad Policial					65.305.820	59.445.847	454.917.895		7.880.886	1.246.963		588.797.411
Universidad	668.993.770								72.921.461			741.915.231
Comisiones Honorarias	151.068.448	242.676							4.755.683			156.066.807
IMM		407.241.707										407.241.707
Intendencias del Interior		275.443.472							26.031.885			301.475.358
BPS - Seguro de Salud - Disse					3.247.394.419	1.054.857.942	706.014.728					5.241.495.504
BPS - Sanatorio							598.191.694					598.191.694
BSE					382.827.883							382.827.883
BHU						6.583.817			11.495.211			61.805.994
BROU					43.726.966							230.824.610
ANCAP					230.824.610				13.488.017			104.212.246
FNR	1.568.041.660				90.724.229	130.874.466	87.594.070					2.218.345.267
Otros Org. Públ	193.675.567				402.898.811							559.444.573
Chassofse					365.769.006							71.514.887
					2.693.198	13.225.321	52.997.620					
PRIVADOS												
Caja Notarial									113.844.565			113.844.565
IAMCS									7.884.593.427			7.884.593.427
Seguros Privados Integrales									1.210.261.831			1.210.261.831
Seguros Convencionales												620.211.512
Seguros parciales					387.632.195	232.579.317			1.947.898.607			1.947.898.607
Pagos directos de los hogares									5.563.291.382			5.563.291.382
Total	7.473.439.230	682.927.856	733.738.009	4.420.753.308	1.603.303.421	416.581.098	2.491.093.095	17.058.073.190	34.966.204	34.914.875.410		

Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2005 - Clasificación ICHA. Pesos corrientes.

Agentes de Financiamiento / Proveedores	HF.1 Gobierno General										HF.2 Sector Privado						Total						
	HF.1.1 Gobierno Central					HF.1.2 Fondos de la Seguridad Social					HF.2.1 Seguro Social Privado	HF.2.2 Seguros Privados			Pagos directos de los hogares excluido los gastos compartidos								
	ASSE	MSP	HF.1.1.1.2		Indefinidos del Interior	BPS - Seguro de Salud - Dase	BPS - Saborito	FIR	Clasiose	BSE		BHU	BROU	ANCP		Otros Org publicos		Caja Mutual	Seguros Privados Integrales	Seguros Convencionales	Seguros Parciales		
			Sanidad Militar	Sanidad Policial																		Universidad	C Honorarios
HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.2	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Indefinidos del Interior	MMA	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior	Indefinidos del Interior					
Proveedores Públicos																							
ASSE	4.791.521.805																						
MSP	300.289.790	5.000.000																					
Hospital Militar		660.379.621																					
Hospital Policial	946.356	836.615	380.109.648																				
Hospitales de Clínicas				307.609.351																			
Unidades públicas																							
BPS - Saborito							132.523.114																
BSE - Saborito							531.697.520																
BHU										50.074.974													
BROU										35.030.936													
ANCP											67.610.228												
OTROS PUBLICOS												33.279.109											
Comisiones honorarias																							
Políticas MMA																							
Indefinidos del Interior																							
FIR																							
Proveedores Privados																							
IAMCS																							
Seguros Privados Integrales																							
Seguros parciales																							
MMA privado																							
MMA en el exterior																							
Servicios contratados en el exterior																							
Caja Mutual																							
Otros proveedores privados																							
Total	4.792.468.361	300.289.790	817.856.743	586.797.411	741.915.231	156.066.807	407.247.707	301.475.338	5.241.495.504	598.191.634	2.218.345.267	71.514.887	382.827.883	61.005.994	230.824.610	104.212.447	159.444.573	7.884.932.427	1.210.261.831	620.211.512	1.947.898.607	5.563.291.382	34.914.876.411

Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2005 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Costo de los Factores	RC.1 Desembolsos Corrientes										RC.2 Gastos de Capital				Total General												
	OPERATIVOS					FINANCIEROS					AMORTIZACIÓN					Total	s/c										
	RC 1.1 Compensaciones a empleados y propietarios		RC 1.2 Suministros y Servicios			RC 1.3 Intereses ; RC 1.9 Otros gastos corrientes		RC 1.4 Intereses ; RC 1.9 Otros gastos corrientes			RC 2.1 Inversión en Estructuras		RC 2.2 Inversión en Equipos					RC 2.3 Transferencias de Capital									
	Remuneraciones de empleados	RC 1.2.1.1 Medicamentos	RC 1.2.1.1 Otros suministros y servicios	RC 1.2.2 Servicios	Gastos financieros y otros	Consumo de Capital Fijo	RC 2.1		RC 2.2		RC 2.3																
Proveedores Públicos																											
ASSE	2.371.930.839	695.876.811	1.669.972.187																4.737.779.837			58.741.968				4.796.521.805	
MSP	916.495.61	721.860.66	63.248.104		712.048.98														298.288.629			1.757.934				300.289.790	
Hospital Militar	374.110.955	133.780.455	80.629.974		16.079.879														604.601.213			15.617.908				660.379.620	
Hospital Policial	239.597.565	54.551.531	81.024.583																375.173.679							382.451.299	
Hospital de Clínicas	376.839.074	44.314.279	150.193.798																571.347.151			7.068.521				587.609.551	
Imaes publicos	58.672.387	5.239.437	59.800.071		4.421.093														132.523.114							132.523.114	
BPS - Sanatorio	35.003.767	42.838.098	446.867.650																528.711.892			2.985.629				531.697.521	
BSE - Sanatorio	241.960.918	14.112.109	117.278.219		1.869.456														375.220.702			7.439.738				382.660.440	
BHU	26.030.977	11.853.721	9.109.663		3.080.613														50.074.974							50.074.974	
BRU	29.132.202	432.642	5.466.092																35.030.936							35.030.936	
ANCAP	26.273.448	17.417.417	19.552.243		4.268.580														67.511.688			98.540				67.610.228	
Comisiones Honorarias	127.930.870		25.195.067		764.483														154.974.732			1.012.096				156.066.807	
Políclínicas IMA	138.151.272	14.326.746	32.418.463																184.896.481							184.896.481	
Intendencias del Interior	71.184.803	7.729.006	17.041.405																95.955.215							95.955.215	
Otros publicos	25.860.261,66	284.778	6.901.587		70.854														33.219.109							33.219.109	
FNR	43.714.764	128.257.334	363.033.211		19.599.357														554.604.666							554.604.666	
Proveedores Privados																											
IAMCS	7.457.796.810	2.017.466.408	4.360.659.607		1.138.437.133														15.417.567.426			124.450.318				15.697.251.620	
Seguros Privados Integrales	409.432.754	138.976.177	662.993.650		57.754.701														1.274.499.917			4.502.300				1.279.018.237	
Seguros Parciales	1.147.496.417	20.717.447	818.375.038		121.507.963														2.147.238.649							2.147.238.649	
IMAE privado	444.435.429	39.688.031	452.977.480		33.489.186														1.003.844.733							1.003.844.733	
Imae en el exterior	11.530.503	1.029.673	11.752.120		868.849														26.043.907							26.043.907	
Serv. Contratados en el exterior																											
Caja Notarial		9.309.338																	9.309.338							9.309.338	
Otros proveedores privados	2.109.873.053	2.159.693.375	1.452.616.743		25.379.470														3.860.175							3.860.175	
Total	15.858.608.630	5.630.080.880	10.907.106.906		1.498.796.515				34.436.153.591									208.707.676				164.932.984				34.914.875.410	

Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2006 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Fuentes de Financiamiento	FS.1 Fondos Públicos						FS.2 Fondos Privados			Total	
	FS.1.1 Fondos del Gobierno Territorial		FS.1.2 Otros Fondos Públicos				FS.2.2 Hogares	Otro Financiamiento Privado	FS.2.3		
	FS.1.1.1 Impuestos Generales	FS.1.1.2 Impuestos Departamentales	FS.1.2.1 Empresas públicas (Precios)	Contribuciones del empleador	Contribuciones del empleado	Contribuciones de pasivos					Transferencias del Gobierno a la seguridad social
Agentes de Financiamiento											
Públicos											
ASSE	5.775.696.770							162.706.931		5.938.403.701	
MSP	498.738.677							28.763.672		527.502.349	
Sanidad Militar					102.262.379	83.669.220	559.533.951	33.410.227		778.875.777	
Sanidad Policial					77.205.831	82.866.506	484.761.903	9.508.590	745.127	655.087.957	
Universidad	779.757.318							69.441.931	34.252.161	883.451.410	
Comisiones Honorarias	166.867.267	445.814						102.638	10.290.169	177.705.888	
IMM		444.260.170								444.260.170	
Intendencias del Interior		301.885.813						28.530.924		330.416.737	
BPS - Seguro de Salud - Disse				4.018.475.342	1.340.950.459	254.140.458	748.093.460			6.361.659.720	
BPS - Sanatorio							815.381.672			815.381.672	
BSE				419.522.136						419.522.136	
BHU			37.108.221					9.755.235		52.450.712	
BROU			225.266.323		5.587.256					225.266.323	
ANCAP			98.293.128					14.613.289		112.906.417	
FNR	1.489,148,653			476.920.845	159,146,734	30,161,908	64,557,261			2,219,935,400	
Otros Org. Públ	299,627,178									698,014,432	
Chasfose			3,188,240		14,810,460	2,910,225	59,349,721			80,258,645	
Privados											
Caja Notarial								121,379,239		121,379,239	
IAMCS								8,253,232,431		8,253,232,431	
Seguros Privados Integrales								1,625,772,905		1,625,772,905	
Seguros Convencionales				415,078,110	249,046,866					664,124,976	
Seguros parciales								2,085,817,645		2,085,817,645	
Pagos directos de los hogares								5,758,223,742		5,758,223,742	
Total	9,009,835,862	746,591,797	762,243,166	5,329,996,433	1,949,009,984	453,748,316	2,731,677,967	18,172,495,727	74,051,129	39,229,650,382	

Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2006 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Agente de Financiamiento	HF.1 Gobierno General									HF.2 Sector Privado						Total								
	HF.1.1 Gobierno Central				HF.1.2 Fondos de la Seguridad Social				HF.1.3 Gobierno Municipal				HF.2.1 Seguro Social Privado				HF.2.2 Seguros Privados			HF.2.3 Gasto de bolsillo de los hogares				
	HF.1.1.1 Gobierno Central			Umicidad	C Honorarias	HF.1.3.1 Gobierno Municipal		BPS - Seguro de Salud - Daje	RNR	Cuasiros	BSE	BHU	BRDU	ANCP	Otros Org. públi		HF.2.1.1 Gasto de bolsillo de los hogares		HF.2.2 Seguros Privados			HF.2.3.1 Gasto de bolsillo de los hogares		
	ASSE	MSP	Sanidad Militar	Sanidad Política	Intendencias del Interior	Intendencias del Interior	BPS - Seguro de Salud - Daje	RNR	Cuasiros	BSE	BHU	BRDU	ANCP	Otros Org. públi	IWMS		Caja Mixta	Seguros Privados Integrales	Seguros Convencionales	Seguros Parciales	Pagos directos de los hogares			
Proveedores	Proveedores Públicos												Proveedores Privados						Total					
ASSE	5,938,164,871	5,000,000																					5,938,179,887	
MSP		57,502,349																						57,502,349
Hospital Militar				713,251,207																				713,251,207
Hospital Policial	238,830			415,422,147												40,361								416,012,980
Hospital de Clínicas					715,152,995																			715,152,995
Areas públicas																	94,399,493							94,399,493
BPS - Saborito						548,728,036																		548,728,036
BSE - Saborito							200,163,142		42,171,199															370,163,142
BHU																								42,171,199
BRDU									29,537,400															29,537,400
ANCP										72,397,033														72,397,033
AP Otros Públicos												251,200,154												251,200,154
Comisiones Honorarias											177,705,888													177,705,888
Políticas IWMS										197,987,894														197,987,894
Intendencias del Interior													102,749,229											102,749,229
FIR															601,151,925									601,151,925
Proveedores Privados																								
IWMS		60,413,480	29,865,810	168,298,415		245,303,741	227,667,508	6,361,659,720	251,200,169	49,316,745	10,279,513	174,977,599	39,400,036	904,600,400	590,206,642	74,766,667	23,419,925	8,251,222,070			400,941,334			17,674,339,863
Seguros Privados Integrales																				1,625,772,905				1,716,443,968
Seguros parciales																				166,031,244		2,085,817,465		2,251,848,709
IME privado																								994,223,896
IME en el exterior																								2,539,616
Servicios contratados en el exterior																								0
Caja Mixta																								14,041,123
Otros proveedores privados																								5,938,690,134
Total	5,938,403,701	57,502,349	778,875,777	655,087,937	883,451,410	177,705,888	444,280,770	330,416,737	6,361,659,720	915,381,672	419,532,136	62,480,712	225,246,323	112,906,417	2,219,935,400	698,014,621	80,139,645	121,379,239	8,251,222,431	1,625,772,905	664,124,976	2,085,817,465	5,798,223,742	39,229,650,382

**Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2006 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.**

Costo de los Factores Proveedores	RC.1 Desembolsos Corrientes						RC.2 Gastos de Capital				Total General	
	OPERATIVOS			FINANCIEROS			Total	RC 2.1 Inversión en Estructuras	RC 2.2 Inversión en Equipos	RC 2.3 Transferencias de Capital		s/c
	RC 1.1	RC 1.2	RC 1.3	RC. 1.4	Consumo de Capital Fijo	Total						
	Remuneraciones de empleados	Medicamentos y servicios	Otros suministros y servicios	Intereses ; Gastos financieros y otros	Consumo de Capital Fijo							
Proveedores Públicos												
ASSE	3.173.359.698	623.853.274	2.014.071.268			5.811.284.240				146895647		5.958.179.887
MSP	110.578.337	119.485.736	75.315.965	203.110.476		508.490.514				19.011.835		527.502.349
Hospital Militar	386.625.627	108.357.259	167.574.560	3.628.697		666.186.143	36.154.098	10.910.966		47.065.064		713.251.207
Hospital Policial	252.911.199	58.535.012	95.225.289	160.000		406.831.500	246928	8934552		9.181.480		416.012.980
Hospital de Clínicas	475.545.782	43.352.253	157.800.864			676.698.899	21.492.616	16.961.480		38.454.096		715.152.995
Imaes públicos	41.793.793	3.732.181	42.597.070	3.149.254		94.399.493						94.399.493
BPS - Sanatorio	286.348.433	40.425.698	210.493.465			539.315.377	4.735.279	4.677.380		9.412.659		548.728.036
BSE - Sanatorio	278.597.861	10.858.056	78.425.048	1.944.735		369.825.701		337.441		337.441		370.163.142
BHU	27.934.116	8.878.689	76.398	5.281.997		42.171.199						42.171.199
BRUJ	28.813.066	558.174	166.160			29.537.400						29.537.400
ANCAP	42.393.152	19.839.096	10.005.786			72.238.034		158.998		158.998		72.397.033
Comisiones Honorarias	144.968.196	834.343,16	28.319.175	764.625		176.083.318	25.981,03	1.526.455	70.133	1.622.570		177.705.888
Políclínicas IMM	146.878.201	15.947.541	35.162.153			197.987.894						197.987.894
Intendencias del Interior	76.224.973	8.276.251	18.248.005			102.749.229						102.749.229
Otros públicos	19.018.948	352.760	5.596.741	75.871		25.120.154						25.120.154
FNR	52.015.158	160.279.962	369.318.276	19.538.529		601.151.925						601.151.925
Proveedores Privados												
IAMCS	8.694.081.793	2.063.672.607	4.714.551.133	1.089.761.580	435.090.770	16.997.157.884	457.898.519	219.283.460		677.181.979		17.674.339.863
Seguros Privados Integrales	734.338.897	19.513.369	682.126.773	207.580.493	23.076.528	1.666.636.060	27.656.740	22.151.168		49.807.908		1.716.443.968
Seguros Parciales	1.204.641.658	21.749.174	859.130.058	127.559.051	41.091.042	2.254.170.983						2.254.170.983
IMAE privado	440.175.965	39.307.662	448.636.149	33.168.226	32.935.894	994.223.896						994.223.896
Imae en el exterior	11.302.805	1.009.339	11.520.045	851.691	845.725	25.529.606						25.529.606
Serv. Contratados en el exterior												0
Caja Notarial	1.611.053	6.338.787	6.091.282			14.041.123						14.041.123
Otros proveedores privados	2.183.511.124	2.235.070.258	1.503.315.479	26.265.255	10.528.017	5.958.690.134						5.958.690.134
Total	18.813.669.835	5.610.227.482	11.533.767.142	1.722.840.481	550.015.766	38.230.520.705	548.210.161	284.941.901	70.133	999.129.677		39.229.650.382

Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2007 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Fuentes de Financiamiento	FS.1 Fondos Públicos					FS. 2 Fondos Privados			Total
	FS.1.1 Fondos del Gobierno Territorial		F. S 1.2 Otros Fondos Públicos			FS.2.2 Hogares	FS.2.3 Otro	Financiamiento Privado	
	FS.1.1.1 Impuestos Generales	FS.1.1.2 Impuestos Departamentales	FS.1.2.1 Empresas públicas (Precios)	F.S.1.2.2 Contribuciones a la Seguridad Social					
				Contribuciones del empleador	Contribuciones de empleado	Transferencias del Gobierno a la seguridad social			
Públicos									
ASSE	7.147.260.855					158.290.885			7.305.551.740
MSP	508.450.372						39.411.291		547.861.663
Sanidad Militar					118.058.271	96.593.131	37.838.974		903.724.362
Sanidad Policial					84.583.104	89.310.861	21.316.995	3.516.911	782.610.659
Universidad	873.881.483						57.770.762	85.802.724	1.017.454.969
Comisiones Honorarias	211.289.874	339.416					6.651.473		218.280.762
IMM		466.513.991							466.513.991
Intendencias del Interior		315.832.741					29.849.035		345.681.775
BPS - Seguro de Salud - Disse					1.706.262.782	281.652.698			7.264.326.929
BPS - Sanatorio					4.837.294.727				1.006.780.357
BSE					417.424.765				1.006.780.357
BHU						5.904.997			417.424.765
BROU			39.218.524				10.310.004		55.433.525
ANCAP			257.203.718						257.203.718
FNR			105.012.945				15.612.328		120.625.273
Otros Org. Públ	1.489.444.609				517.374.137	30.124.239	17.376.184		2.236.812.956
Chassfose	338.965.899		423.652.556						762.618.456
			3.072.045		14.764.054	2.982.489			79.741.032
Privados									
Caja Notarial							146.116.171		146.116.171
IAMCS							9.072.616.867		9.072.616.867
Seguros Privados Integrales							1.855.817.668		1.855.817.668
Seguros Convencionales					442.388.262	265.432.957			707.821.219
Seguros parciales							2.223.054.459		2.223.054.459
Pagos directos de los hogares							5.967.119.337		5.967.119.337
Total	10.569.293.092	782.686.148	828.159.788	6.214.481.891	2.377.499.953	500.663.418	2.757.312.480	128.730.926	43.761.192.652

Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2007 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Agente de Financiamiento	HF.1 Gobierno General														HF.2 Sector Privado					Total						
	HF.1.1 Gobierno Central				HF.1.2 Fondos de la Seguridad Social		HF.1.3 Gobierno Municipal				HF.1.4 Gobierno General excluida la Seguridad Social				HF.2.1 Seguro Social Privado		HF.2.2 Seguros Privados									
	ASE		MSP		Sanidad Militar	Sanidad Policial	Universidad	C-Honorarios	Intendencia del Interior		BPS - Seguro de Salud - Doble	FNR	Cuasiros	BSE	BHU	BROU	ANCAP	Otros Org. públi	Social Privado		Caja Mutual	Seguros Privados Integrales	Seguros Privados Convencionales	Seguros Parciales	Pagos directos de los hogares excludo los gastos compartidos	
	ASE	MSP	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Universidad	C-Honorarios	Intendencia del Interior		BPS - Seguro de Salud - Doble	FNR	Cuasiros	BSE	BHU	BROU	ANCAP	Otros Org. públi	IAWCS									
Proveedores Públicos																										
ASE	7.302.795.459		5.000.000					18.192.061	21.112.055																	7.347.099.615
MSP	547.881.663								22.082																	547.881.663
Hospital Militar			822.264.195																							822.264.195
Hospital Policial	2.726.281								1.019.084	407.579										119.578						516.333.122
Hospital de Clinicas																										833.446.792
Lineas publicas																										112.349.431
BPS - Sanatorio																										596.253.498
BSE - Sanatorio																										398.385.135
BHU																										40.538.476
BROU													28.378.720													28.378.720
ANCAP																										77.160.411
AP Otros Publicos																										29.828.058
Comisiones-Honorarios																										218.200.762
Politicicas IAW																										21.014.549
Intendencias del Interior																										109.309.636
FNR																										583.042.280
Proveedores Privados																										
IAWCS																										19.536.997.336
Seguros Privados Integrales																										1.945.275.242
Seguros parciales																										2.422.489.362
IAWCS privado																										1.095.189.777
Linea en el exterior																										25.120.957
Servicios contratados en el exterior																										45.391.013
Caja Mutual																										16.902.685
Otros proveedores privados																										6.300.470.015
Total	7.305.591.740	547.881.663	910.774.362	782.610.659	1.017.454.969	218.200.762	466.513.991	7.264.326.939	1.006.780.357	417.424.765	55.433.523	251.203.718	120.625.273	22.288.812.956	762.618.456	79.744.032	446.116.171	9.072.616.867	1.855.817.668	707.821.719	2.223.054.459				5.967.119.337	43.761.192.692

Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2007 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Costo de los Factores	RC.1 Desembolsos Corrientes						RC.2 Gastos de Capital				Total General		
	OPERATIVOS			FINANCIEROS			AMORTIZACIÓN		RC 2.1	RC 2.2		RC 2.3	s/c
	RC 1.1	RC 1.2		RC 1.4 Intereses ; RC 1.9 Otros gastos corrientes	RC 1.3	Consumo de Capital Fijo	Inversión en Estructuras	Inversión en Equipos					
		Compensaciones a empleados y propietarios	Medicamentos						Otros suministros y servicios	Gastos financieros y otros			
Proveedores													
Proveedores Públicos													
ASSE	3.173.359,698	623.853,274	2.014.071,268		5.811.284,240						146.895,647		5.958.179,887
MSP	110.578.337	119.485,736	75.315,965	203.110,476	508.490,514						19.011,835		527.502,349
Hospital Militar	386.625,627	108.357,259	167.574,560	3.628,697	666.186,143			36.154,098	10.910,966		47.065,064		713.251,207
Hospital Policial	252.911,199	58.535,012	95.225,289	160.000	406.831,500			246.928	8.934,552		9.181,480		416.012,980
Hospital de Clínicas	475.545,782	43.352,253	157.800,864		676.698,899			21.492,616	16.961,480		38.454,096		715.152,995
Imaes públicos	41.793,793	3.732,181	42.597,070	3.149,254	94.399,493								94.399,493
BPS - Sanatorio	278.597,861	40.425,698	210.493,465	1.944,735	539.315,377			4.735,279	4.677,380		9.412,659		548.728,036
BSE - Sanatorio	27.934,116	8.878,689	76.398	5.281,997	42.171,199			337,441			337,441		370.163,142
BHJ	28.813,066	558,174	166,160		29.537,400								42.171,199
BROU	42.393,152	19.839,096	10.005,786		72.238,034				158,998		158,998		72.397,033
ANCAP	144.968,196	834,343	28.319,175	764,625	176.083,318			25,981	1.526,455	70,133	1.622,570		177.705,888
Comisiones Honorarias	146.878,201	15,947,541	35.162,153		197.987,894								197.987,894
Policlinicas IMM	76.224,973	8.276,251	18.248,005		102.749,229								102.749,229
Intendencias del Interior	19.018,948	352,760	5.596,741	75,871	25.120,154								25.120,154
Otros públicos	52.015,158	160.279,962	369.318,276	19.538,529	601.151,925								601.151,925
Proveedores Privados													
IAMCS	8.694,081,793	2.063,672,607	4.714,551,133	1.089,761,580	435,090,770			457,898,519	219,283,460		677,181,979		17.674.339,863
Seguros Privados Integrales	734.338,897	19.513,369	682.126,773	207,580,493	23.076,528			27.656,740	22.151,168		49,807,908		1.716.443,968
Seguros Parciales	1.204.641,658	21.749,174	859.130,058	127,559,051	41.091,042								2.254.170,983
IMAE privado	440.175,965	39.307,662	448.636,149	33.168,226	994.223,896								994.223,896
Imae en el exterior	11.302,805	1.009,339	11.520,045	851,691	25.529,606								25.529,606
Serv. Contratados en el exterior													0
Caja Notarial	1.611,053	6.338,787	6.091,282		14.041,123								14.041,123
Otros proveedores privados	2.183.511,124	2.235.070,258	1.503.315,479	26.265,255	10.528,017								5.958.690,134
Total	18.813.669.835	5.610.227.482	11.533.767.142	1.722.840.481	550.015.766			548.210.161	284.941.901	70.133	999.129.677	0	39.229.650.382

Matriz Fuente de Financiamiento/ Agente de Financiamiento Año 2008 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Fuentes de Financiamiento	FS.1 Fondos Públicos										FS. 2 Fondos Privados		Total				
	FS.1.1 Fondos del Gobierno Territorial			F.S.1.2. Otros Fondos Públicos				FS.2.2 Hogares	FS.2.3 Otro Financiamiento Privado	FS. 3 Fondos del Resto del Mundo	Financiamiento Externo						
	FS.1.1.1 Impuestos Generales	FS.1.1.2 Impuestos Departamentales	FS. 1.2.1 Empresas públicas (Precios)	FS.1.2.2 Contribuciones a la Seguridad Social													
				Contribuciones del empleador	Contribuciones del empleado	Contribuciones de pasivos	Transferencias del Gobierno a la seguridad social										
Públicos																	
ASSE	8.506.628.295										177.755.669	993.423	117.035.010				8.802.412.397
MSP	688.015.161											57.809.563					745.824.724
Sanidad Militar								130.319.804	106.625.294	911.653.656	36.078.404	10.820.821					1.195.497.979
Sanidad Policial								99.203.845	108.983.029	655.043.207	23.227.631	4.023.945					890.481.656
Universidad	1.014.654.328											103.648.761	100.000.000				1.218.303.089
Comisiones Honorarias	218.570.923	351.112									6.880.682						225.802.717
IMM		485.045.065															485.045.065
Intendencias del Interior		328.798.029									31.074.371						359.872.400
SNS- JUNASA- BPS								6.036.558.950	5.651.496.412	448.842.379	925.615.634						13.062.513.376
BPS - Sanatorio																	1.041.474.008
BSE								515.188.596									515.188.596
BHU																	89.183.639
BRU								63.096.307	9.500.191		16.587.141						201.068.573
ANCAP								201.068.573									92.786.953
FNR								74.229.562			18.557.391						2.499.958.713
Otros Org. Públ	1.428.473.652							495.163.721	463.578.012	36.817.410	75.925.918						694.181.134
Chasfose	447.500.290																82.488.908
Privados																	
Caja Notarial																	144.285.150
IAMCS																	7.021.273.915
Seguros Privados Integrales																	2.140.572.596
Seguros Convencionales																	721.176.303
Seguros parciales																	2.085.809.830
Pagos directos de los hogares																	6.176.142.008
Total	12.303.842.650	814.194.206	588.253.194	7.497.646.457	6.639.812.201	704.353.378	3.670.665.333	17.878.244.789	177.296.512	217.035.010	50.491.343.730						

Matriz Agente de Financiamiento/Proveedor Año 2008 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Agentes de Financiamiento	HF.1. Gobierno General										HF.2. Sector Privado					Total								
	HF.1.1. Gobierno General excluida la Seguridad Social					HF.1.2. Fondos de la Seguridad Social					HF.2.1. Seguro Social Privado			HF.2.2. Seguros Privados			HF.2.3. Gasto de bolsillo de los hogares excluido los gastos compartidos							
	HF.1.1.1. Gobierno Central		C. Honorarios			HF.1.1.3. Gobierno Municipal		BPS - Seguro de Salud - Dase			PNR		BSE		BHU		BROU		ANCIAP		Otros Org. públ.			
	ASE	MSP	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Univestad	Indenencias del Interior	IMN	Indenencias del Interior	BPS - Seguro de Salud - Dase	PNR	Clasifose	BSE	BHU	BROU	ANCIAP		Otros Org. públ.	IMICS	Caja Notarial	Seguros Privados Integrales	Seguros Convencionales	Seguros Parciales	Pagos directos de los hogares	
Proveedores Públicos																								
ANSE	8.799.617,234		4.998.694					670.913,686	21.839,618														9.497.364,232	
MSP	745.824,724																							745.824,724
Hospital Militar		1.040.710,570						22.822																1.042.733,392
Hospital Policial	2.800,163		2.474,927	600.370,695				1.055,309			495,341													607.297,917
Hospital de Clínica				1.106.328,531																				1.106.528,531
Unes públicas																								127.325,664
BPS - Sumamo								666.879,295																666.879,295
BSE - Sumamo									424.833,105															424.833,105
BHU																								36.698,845
BROU													32.972,676											32.972,676
ANCIAP														59.864,788										59.864,788
AP Otros Públicos																								34.507,352
Comisiones Honorarias																								225.802,717
Políticas IMN																								218.286,273
Indenencias del Interior																								113.283,423
PNR																								666.664,221
Proveedores Privados																								
IMICS																								22.488.705,115
Seguros Privados Integrales																								2.453.039,701
Seguros parciales																								2.276.107,782
M.I.F. privado																								1.563.144,554
Unes en el exterior																								28.744,948
Servicios contratados en el exterior																								49.860,943
Caja Notarial																								16.690,873
Otros proveedores privados																								6.176.142,008
Total	8.802.413,397	745.824,724	1.195.497,979	890.461,656	1.218.303,089	225.802,717	485.045,065	359.872,400	13.062.213,376	1.041.474,008	2.499.955,719	82.488,908	515.188,596	87.183,639	201.088,573	92.186,935	694.181,134	7.021.275,915	144.283,150	2.140.572,596	721.176,303	2.085.809,830	6.176.142,008	50.491.343,730

Matriz Costo de los Factores/ Proveedores Año 2008 - Clasificación ICHA.
Pesos corrientes.

Costo de los Factores	RC.1 Desembolsos Corrientes										RC.2 Gastos de Capital				Total General			
	OPERATIVOS					FINANCIEROS					AMORTIZACIÓN					s/c		
	RC 1.1		RC 1.2		RC 1.2.1	RC 1.4		RC 1.9		RC 1.3	RC 2.1		RC 2.2				RC 2.3	
	Compensaciones a empleados y propietarios	Remuneraciones de empleados	Medicamentos	Otros suministros y servicios	Gastos financieros y otros	Consumo de Capital Fijo	Inversión en Estructuras	Inversión en Equipos	Transferencias de Capital	Total	Total	Total						
Proveedores Públicos																		
ASSE	5.259.425.109	711.141.784	2.674.150.183		258.289.398				8.644.717.076									9.497.364.232
MSP	179.462.396	203.613.657	98.303.122						739.668.573									745.824.724
Hospital Militar	538.556.584	154.375.424	252.644.468		800.000				946.376.476									1.042.753.392
Hospital Policial	383.747.434	44.825.177	157.241.800		160.000				585.974.411									607.297.917
Hospital de Clínicas	734.287.075	73.483.276	222.094.540		4.247.702				1.029.864.891									1.106.528.531
Imaes públicos	56.371.304	5.033.951	57.454.760						127.325.664									127.325.664
BPS - Sanatorio	352.862.737	44.645.653	210.594.422						611.128.883									616.819.245
BSE - Sanatorio	298.016.596	12.992.854	110.323.926						421.333.377									424.833.105
BHU	21.254.937	6.327.579	580.999		8.535.329				36.698.845									36.698.845
BROU	31.737.568	413.296	752.426						32.903.290									32.972.676
ANCAP	35.131.868	16.440.969	8.291.951						59.864.788									59.864.788
Comisiones Honorarias	186.176.295	1799830.472	32.914.309		930.182				222.583.449									225.802.717
Policlínicas IMM	161.936.644	17.582.536	38.767.094						218.286.273									218.286.273
Intendencias del Interior	84.039.812	9.124.760	20.118.851						113.283.423									113.283.423
Otros públicos	30.397.513	469.090	3.598.608						34.504.952									34.507.352
FNR	65.057.818	275.882.614	324.072.038		1.651.751				666.664.221									666.664.221
Proveedores Privados																		
IAMCS	12.423.188.406	2.111.344.905	5.804.514.380		916.803.002				21.721.854.560									22.468.705.115
Seguros Privados Integrales	988.056.866	180.094.349	674.897.845		369.696.078				33.588.370									2.425.209.701
Seguros Parciales	1.216.364.807	21.960.829	867.490.810		128.800.411				41.490.926									2.276.107.782
IMAE privado	511.938.887	45.716.082	521.778.355		38.575.720				1.156.314.554									1.156.314.554
Imae en el exterior	12.726.344	1.136.461	12.970.944		958.958				28.744.948									28.744.948
Serv. Contratados en el exterior																	49.860.943	49.860.943
Caja Notarial	1.915.080	7.535.002	7.240.790						16.690.873									16.690.873
Otros proveedores privados	2.386.590.262	2.442.944.693	1.643.132.495		28.708.075				6.512.882.709									6.512.882.709
Total	25.959.242.341	6.388.884.772	13.743.929.118		1.758.156.607				48.450.107.526									50.491.343.730
									599.894.689									1.991.375.261
									735.070.740									397.368.131
									264.847									264.847

Anexo B- Descripción de Agentes de Financiamiento y Proveedores del sistema de salud

Introducción

El objetivo de este apartado es realizar una breve descripción de los agentes de financiamiento y proveedores de servicios de salud en Uruguay desde el año 2004 al 2008.

Se presentarán clasificados en agentes y proveedores públicos y privados. Una particularidad del sistema de salud uruguayo es que varios organismos son a la vez agentes de financiamiento y proveedores de servicios de salud.

La descripción incluye las características institucionales del organismo junto con una breve reseña histórica del mismo y una descripción de la cobertura poblacional y la forma de financiamiento del agente o proveedor en cuestión. Se presenta además información relativa a la función de producción, es decir infraestructura, recursos humanos y tecnología y acerca de las prestaciones brindadas. Por último se presentan para los proveedores de servicios de salud algunos datos de producción.

Cabe aclarar que la completitud de la información no es la misma para todos los agentes y proveedores. Se presenta la información de aquellos organismos que fue posible relevar mediante la colaboración de cada uno de los involucrados y con información sobre algunos proveedores de salud disponible en el Sistema Nacional de Información (SINADI) de la División Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

Agentes de Financiamiento y Proveedores Públicos de Salud

1. Agente de Financiamiento y Proveedor: Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Características institucionales

Hasta el año 2007 la Administración de Servicios de Salud del Estado fue un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud Pública. Ese año se aprueba la Ley 18.161 que aumenta la autonomía relativa de ASSE estableciéndolo como un servicio descentralizado relacionado al Poder Ejecutivo a través del MSP.

Este prestador público cuenta con hospitales y centros de Salud en todo el territorio nacional, ubicándose en Montevideo los hospitales especializados y de referencia nacional.

Cobertura poblacional

Hasta agosto de 2007 ASSE daba cobertura a la población del país mediante dos modalidades, una gratuita y una arancelada. Con respecto a la cobertura gratuita encontrábamos el carné de asistencia gratuita otorgado a las personas de menores ingresos, el carné gratuito de asistencia vitalicia y el carné gratuito materno/infantil. En la modalidad arancelada, se encontraban los carnés arancelados que brindaban cobertura a partir del cobro de un determinado arancel según la prestación solicitada.

Pueden acceder al “carné de asistencia gratuita”, las personas radicadas en el país cuyo ingreso mensual no supere las 25 Unidades Reajustables¹⁸.

El “carné arancelado” puede ser de 2 tipos: Bonificado 1 y Bonificado 2, asociados a diferentes niveles de descuento según los ingresos de los interesados. Cabe destacar que si la persona no cumple con la condición de ingresos para recibir alguno de estos 2 carné, puede obtener cobertura pagando el arancel correspondiente a la prestación, pero sin bonificación.

A partir de la Reforma de la Salud en agosto de 2007, ASSE puede brindar asistencia financiada a través del FONASA a trabajadores públicos o privados y jubilados de menores ingresos que opten por dicha institución. A partir de enero de 2008 también los hijos menores de 18 años y discapacitados a cargo de los trabajadores que ingresan al SNS pueden obtener cobertura de salud en ASSE. Toda persona que obtenga cobertura de salud a partir del FONASA puede optar por ASSE como su prestador integral de salud.

Desde el mes de Julio de 2009, por Decreto del Poder Ejecutivo 267/009 se crean 3 tipos de cuotas mensuales -cuota individual, colectiva y familiar- para quienes presenten un ingreso superior al tope máximo establecido para obtener un carné arancelado pero deseen atender su salud en ASSE.

En el siguiente cuadro se presenta la información acerca de la evolución de la cantidad de usuarios de ASSE para el período 2005-2008.

Cuadro 1 - Evolución usuarios ASSE.

ASSE	2005	2006	2007	2008
Total afiliados	1.510.718	1.484.543	1.301.347	1.210.592

FUENTE: 2005-2006 capítulo ASSE, libro BM; 2007 - 2008 Departamento de gestión de la información de ASSE¹⁹

A comienzos del período analizado ASSE brindaba asistencia a poco menos del 50% de la población del país, 1.554.488 personas y en 2008 el número de usuarios se reduce en 240.000 usuarios aproximadamente. En diciembre de 2007 ASSE tenía 18.467 afiliados a través del FONASA número que asciende a 96.402²⁰ un año después.

Financiamiento

Más del 90% de los recursos de ASSE provienen de Rentas Generales a partir del presupuesto votado en el Parlamento Nacional con el Presupuesto Quinquenal y las correcciones aplicadas por las sucesivas leyes de Rendición de Cuentas, es decir que en última instancia es financiada a través de impuestos generales y contribuciones. El resto del financiamiento es a través del

18 El valor de cada UR en enero de 2008 era de 340,74, unos 16 dólares aproximadamente.

19 Resulta pertinente hacer la aclaración sobre la fidelidad de la información sobre el número de usuarios. Previo a 2007 este dato presentaba varios problemas principalmente por actualización de los usuarios reales. Desde 2007, el Departamento de Gestión de la Información de ASSE hizo un trabajo exhaustivo para reflejar esta realidad. Igualmente, mediante correcciones necesarias para trabajar en base a años previos, se pueden tomar los datos que exhibimos en este cuadro para 2005-2006 como una buena aproximación de los beneficiarios para ese período.

20 Benia, W, Isabella, F, Katzkowicz, N y Yapor, M. Elaboración para próxima publicación.

gasto realizado directamente por los hogares en la compra de servicios de atención, y a partir de agosto de 2008 recibe también ingresos provenientes del FONASA. En la actualidad también se financia con las cuotas prepagas de afiliados individuales.

Infraestructura, RRHH, tecnología y prestaciones

Infraestructura

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) cuenta con una Red de Atención Integral a la Salud constituida por 66 Unidades Ejecutoras, 53 de ellas se encuentran distribuidas en el interior del país, de las cuales 18 son Centros Departamentales y 35 Centros Auxiliares; de ellos dependen más de 300 policlínicas, algunas dependen solo de ASSE, otras actúan en convenio con las policlínicas correspondientes a las intendencias.

En Montevideo se cuenta con la Red de Atención del Primer Nivel, integrada por 12 Centros de salud y una red de más de 100 puntos de atención. La RAP-ASSE es la unidad ejecutora de la Administración de los Servicios del Estado, que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana. Asimismo cuenta con 5 unidades ejecutoras para la atención de pacientes agudos²¹ y un conjunto de servicios especializados²².

Para completar la información relativa a infraestructura se presenta a continuación un cuadro con la cantidad de camas disponibles en ASSE, totales y por servicio.

Cuadro 2 - Camas disponibles en ASSE.

	2004	2005	2006	2007	2008
Camas Totales	6.395	6.486	6.480	6.450	6.463
Cuidados Moderados-Médico Quirúrgicos	4.009	4.282	4.209	4.142	4.138
CI/CTI	160	170	178	166	162
Tratamiento siquiátrica	1.702	1.517	1.583	1.637	1.645
Residencia geriátrica	524	516	510	505	518

FUENTE: Elaboración propia en base a información del Departamento de Gestión de la información de ASSE

21 Centro Hospitalario Pereira Rossell (Hospital pediátrico de referencia nacional) , Hospital Maciel, Hospital Pasteur, Centro Hospitalario del Norte “Gustavo Saint Bois”, Hospital Español “Juan José Crottogini”

22 Hospital de Ojos “José Martí” (inaugurado en el año 2007, se ha constituido en el primer Centro Oftalmológico Público de Referencia Nacional, brindando atención oftalmológica a población con cobertura de ASSE, proveniente de todo el país), Hospital Vilardebó (Centro de atención psiquiátrica) , Centro Geriátrico “Dr Luis Piñeyro Del campo”, Instituto Nacional de Reumatología, Instituto Nacional del Cáncer, Centro Nacional de Información de Referencia de la Red de Drogas “Portal Amarillo”(centro nacional de atención a los consumidores de drogas, en el que se lleva a cabo atención ambulatoria con diversas estrategias terapéuticas, y a su vez, cuenta con un sector para internación.), Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología “Prof. Dr. José Luis Bado”, Servicio Nacional de Sangre, Instituto Nacional de Donación y Trasplante , Laboratorio Francisco Dorrego y las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi.

Respecto a la capacidad asistencial de ASSE en el resto del territorio nacional, cuenta con hospitales en las localidades más importantes del interior del país (Centros Auxiliares), en las capitales departamentales (Centros Departamentales y Regionales) y en Montevideo los Hospitales de Referencia Nacionales e Institutos de Especialidades ya mencionados, los cuales varían en su nivel de complejidad. Cuenta además con unidades para el primer nivel de atención: Policlínicas Barriales, Policlínicas Rurales, Consultorios Médicos y Centros de Salud.

Recursos humanos

El siguiente cuadro presenta los cargos de ASSE para 2007 y 2008, del mismo se desprende que en 2008 el 25% son cargos médicos, el 29% de enfermería, el 24% de Administración servicios y oficios (ASO) y el 6% Técnicos No Médicos (TNM). Hay 3413 cargos (16%) que no pudieron clasificarse según actividad por falta de información.

Cuadro 3 - Evolución trabajadores ASSE según actividad

	2007	2008
Médicos	4905	5481
Enfermería	5862	6276
TNM	2597	1352
ASO	5433	5178
Otros	1769	3431
Total	20566	21718

FUENTE: Elaboración propia en base a información del Lotus Note.

Datos de producción.

La producción asistencial de la Administración de Servicios de Salud del Estado desde el año 2004 a 2008 puede observarse en el siguiente cuadro:

Cuadro 4 - Producción Asistencial ASSE 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Consultas	6.360.972	6.299.015	6.109.573	6.148.029	6.052.830
Egresos	167.747	170.792	164.344	164.770	161.787
Cirugías	47.338	46.266	45.501	41.431	48.716
Nacimientos	21.550	19.967	19.713	18.194	17.843
Promedio de estadía	6,6	6,5	6,1	6	6,3
Consultas/Egresos	38	37	37	37	34
Int. Quirúrgicas/Egresos	0,28	0,30	0,28	0,25	0,30
Consultas Policlínica/Consultas Urgencia	2,42	2,6	2,82	2,9	3,09

FUENTE: Elaboración propia en base a información del Departamento de Gestión de la información de ASSE.

2. Agente de Financiamiento y Proveedor: Ministerio de Salud Pública (MSP)

Características Institucionales

El MSP es la principal autoridad sanitaria del país y es el responsable de planificar, regular y conducir la política de salud. El MSP cuenta con las siguientes Unidades Ejecutoras:

- La DIGESA es responsable de promover la salud de la población, desarrollando las bases técnicas de políticas que garanticen el acceso a las prestaciones de salud a la población, regulando los servicios de salud, tecnologías, medicamentos, alimentos y productos que actúan sobre la salud humana. La DIGESA ejerce las funciones técnicas-políticas de supervisión, planificación y vigilancia sanitaria en todo el territorio nacional. También cuenta con un Cuerpo de Fiscalizadores de la Salud, creado recientemente, que es responsable de ejercer las funciones de vigilancia y policía sanitaria.
- La DIGESE es responsable de proporcionar los servicios de apoyo administrativo y financiero para el correcto funcionamiento de todo el MSP. La DIGESE cuenta también con una División de Economía de la Salud, responsable de generar información y análisis sobre el funcionamiento económico-asistencial de los servicios de salud, además de los estudios concernientes a la implementación del Seguro Nacional de Salud²³.
- Asimismo la Ley 18.211 crea la JUNASA como un organismo desconcentrado, responsable de administrar el Seguro de Salud y de orientar la construcción y conducción del sistema. La JUNASA está integrada por dos miembros del MSP, uno de los cuales lo preside, más un miembro del MEF y del BPS. También lo integran representantes de las organizaciones de usuarios, trabajadores y prestadores integrales de salud. La JUNASA es responsable de dar seguimiento a los Contratos de Gestión que los Prestadores de Salud firman con el MSP, buscando asegurar los derechos y obligaciones de la población amparada por el Seguro.

El MSP como Autoridad Sanitaria tiene competencias muy amplias en materia de regulación sectorial, vigilancia y de ejercicio de la policía sanitaria. La creación del SNIS exige el desarrollo de nuevas competencias en materia de rectoría sectorial:

- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico- financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

²³ El proyecto de ley de presupuesto para el quinquenio 2011-2015 propone la creación de la Dirección del Sistema Nacional Integrado de Salud, de la cual pasaría a depender al División Economía de la Salud del MSP.

- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

El MSP cuenta con una dotación de recursos humanos importante, en cantidad y calidad. El Censo de Funcionarios del MSP realizado en setiembre del 2007 indica una plantilla de mil funcionarios. Donde el 65% de estos son menores de 50 años; y 3 de cada diez hace más de 20 años que se desempeña como funcionario del MSP. En cuanto al nivel de escolaridad el 76% posee estudios terciarios; esto demuestra que el MSP cuenta con un personal de funcionarios jóvenes y de alto nivel educativo.

Además, el Ministerio está orientado a favorecer la concentración horaria de sus trabajadores en el sector público. Para ello promovió la Ley 18.193, que establece la compatibilidad de acumulación de cargos públicos en el sector salud, favoreciendo la concentración profesional en el sector público.

Financiamiento

La mayor parte de los recursos del ministerio provienen de Rentas Generales a partir del Presupuesto Quinquenal y las correcciones de las sucesivas leyes de Rendición de Cuentas, es decir que en última instancia es financiado a través de impuestos generales.

3. Agente de Financiamiento: Sanidad Militar - Proveedor: Hospital Militar

Características Institucionales

La Misión de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas es dar apoyo a las mismas protegiendo y recuperando la salud de sus integrantes y la salud de sus familiares cuando corresponda.

Para cumplir con dicha misión se encarga de: obtener y mantener el máximo potencial humano a través de la provisión de atención ambulatoria y hospitalaria en el nivel de prevención primario y por especialidades. Generar acciones de investigación y enseñanza para impulsar la eficiencia tanto individual como institucional, cooperar en investigaciones y estudios epidemiológicos llevados adelante por el Ministerio de Salud Pública. Mantener la especificidad e integración de su Servicio en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recomendar los niveles de equipamiento y abastecimiento, como recuperación de los Servicios. Construir una reserva de apoyo sanitario para hacer frente a situaciones de desastre o emergencias nacionales.

Cobertura Poblacional

Se distinguen dos grupos de beneficiarios directos del Servicio de Sanidad Militar.

Por un lado, aquellos funcionarios de las Fuerzas Armadas a los cuales se les hace extensiva la cobertura a sus familiares. Se entiende como familiares a los respectivos cónyuges, hijos legítimos o naturales solteros menores de 21 años, si cursan estudios y no poseen recursos propios el beneficio se extiende hasta los 27 años, hijos incapaces, menores legitimados, adoptados o en situaciones análogas aceptadas, padre y/o madre sin recursos propios. Dentro del grupo de titulares con esta extensión del beneficio, encontramos a todo el personal militar, los funcionarios equiparados del ministerio de defensa nacional y de los organismos que lo integran, en cualquier caso estando en actividad o retiro, el personal militar de las fuerzas armadas extranjeras que cumplen misiones oficiales en el país, si existe reciprocidad en el trato.

Por otro lado, otro grupo de titulares de las Fuerzas Armadas que no perciben la cobertura de sus familiares. Estos son: Los alumnos de las escuelas o institutos de formación Militar, los funcionarios civiles no equiparados al Ministerio de Defensa Nacional y de los organismos que lo integran en actividad o jubilación, los reservistas en situación de instrucción militar del propio Ministerio, siempre que la enfermedad haya originado en actos de servicios o con motivo del mismo, los pensionistas del servicio de retiros y pensiones de las Fuerzas Armadas.

Para el año 2007 los usuarios del Hospital Militar ascendían a 166.700 y su estructura era la siguiente:

Cuadro 5 - Estructura de edad y sexo de Usuarios Hospital Militar.

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 - 14	15.431	15.689	31.120
15 - 24	13.146	15.153	28.299
25 - 44	18.007	18.730	36.737
45 - 64	22.705	24.084	46.789
65 en adelante	13.807	9.948	23.755
TOTALES	83.096	83.604	166.700

FUENTE: Elaboración propia en base a información Hospital Militar.

Financiamiento

Sanidad Militar cuenta con un seguro de salud propio el cual es financiado mediante los aportes de los militares en actividad, de los retirados y a través de transferencias del Gobierno Central (Rentas Generales). Este financiamiento se complementa con el pago de tickets y órdenes por parte de los usuarios, lo que se considera gasto directo de los Hogares y por el cobro de venta de servicios a otros organismos.

Las contribuciones de los beneficiarios del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, se calcula sobre la retribución básica de Soldado de 2da pero el porcentaje de aporte varía según el rango militar de los beneficiarios.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

Para proveer los servicios de salud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas cuenta con un Hospital Central con 448 camas para pacientes agudos, centros de atención periférica y policlínicas.

Prestaciones

Los aportes al Seguro de Salud, otorgan el derecho a la cobertura integral de todos sus beneficiarios. Para cumplir con este servicio, complementan sus servicios con contratación externa. Cuando los estudios de procedimientos de diagnóstico en diversas especialidades no pueden ser cubiertas por las dependencias del Hospital Central se contratan clínicas externas u otros prestadores, tanto públicos como privados. En el área de estudios imagenológicos el Hospital solo cuenta con 7 profesionales lo que hace evidente la contratación parcial de esta prestación. Para los traslados especializados tanto en Montevideo como en el Interior del país son realizados mediante contratación de emergencias médico móviles. En el interior del país existen convenios con el MSP y el Ministerio de Defensa Nacional para la asistencia en segundo y tercer nivel de atención.

4. Agente de Financiamiento: Dirección Nacional de Sanidad Policial - Proveedor: Hospital Policial

Características Institucionales

La Dirección Nacional de Sanidad Policial es la institución encargada de asegurar servicios de salud a los funcionarios policiales y sus familias.

Cobertura Poblacional

En Montevideo, se brinda cobertura a policías en actividad, retirados, pensionistas, cónyuges e hijos hasta 21 años de edad y discapacitados sin límite de edad, y padres de policías cuyos ingresos sean inferiores a 2 salarios mínimos. En el Interior del país se realiza la atención a través de contrataciones con las IAMC pero estos convenios solo abarcan a policías y retirados. Los familiares se asisten en ASSE a través de un convenio con la Dirección Nacional de Sanidad Policial.

Financiamiento

Esta cobertura de salud se financia a través de contribuciones de policías en actividad y retirados (pasivos), transferencias desde el gobierno central, el pago directo de los hogares a través de copagos y otro financiamiento como la venta de servicios (alquiler del CTI pediátrico)

5. Agente de Financiamiento: Universidad de la República - Proveedor: Hospital de Clínicas

Universidad de la República

Características institucionales, Cobertura poblacional, Financiamiento y Prestaciones

La Universidad de la República en su rol de Agente de Financiamiento, destina parte del presupuesto que se le asigna a través de Rentas Generales para financiar al Hospital de Clínicas.

Por otro lado, hasta el año 2008, este organismo se encargaba de la cobertura en salud de sus funcionarios y sus respectivos familiares pagándoles cuotas mutuales en la Institución de Asistencia Médica Colectiva elegida.

A partir de julio de 2008, en el marco de la Reforma de la salud, los funcionarios de la Universidad ingresaron al SNS financiado por el FONASA, por lo que, tanto el empleador como el empleado realizan los aportes correspondientes para la cobertura en salud del funcionario y los menores de 18 años y discapacitados a su cargo.

Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Características Institucionales

Forma parte de la Universidad de la República y como Hospital Universitario es además un ámbito de formación de técnicos y profesionales de los sectores directamente vinculados a la salud, cumpliendo roles sanitarios a la vez que educativos.

Cobertura Poblacional

El Hospital funciona como un hospital general, para episodios de alta complejidad y es un nosocomio de referencia nacional. Son usuarios del Hospital de Clínicas los beneficiarios de ASSE de todo el país en aquellas tareas para lo cual es referencia nacional.

Financiamiento

El financiamiento del Hospital de Clínicas proviene mayormente del Presupuesto Nacional asignado a la Universidad de la República (impuestos), y también por recursos de libre disponibilidad generados por servicios facturados por el Hospital de Clínicas tanto a otros prestadores como a usuarios.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y PrestacionesInfraestructura

En el año 2008, el Hospital de Clínicas contaba con 426 camas para la atención de adultos y 10 camas especializadas para la atención de recién nacidos (7 camas de CTI neonatal y 3 camas de Cuidados Intermedios neonatal).

Recursos Humanos

En el 2008 el Hospital de Clínicas contaba con 3.232 funcionarios, 698 son docentes, 2.481 no docentes y 53 pasantes.

Datos de producción

En el siguiente cuadro se presentan indicadores de la Producción asistencial del Hospital de Clínicas desde el año 2004 al 2008.

Cuadro 6 - Producción Asistencial Hospital de Clínicas 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Consultas en emergencia	41.247	39.804	42.436	47.314	46.273
Con. en Consulta Externa	156.934	145.591	145.318	143.644	142.261
Total Egresos Hospitalarios	9.034	8.851	8.982	9.347	8.993
Porcentaje Ocupacional	86,72%	86,58%	86,78%	89,50%	83,64%
Promedio Días de Estadía	16	16	15	15	14
Total Cirugías	5.111	5.326	5.793	5.206	4.632
Partos	1.077	1.012	883	1.043	1.051

FUENTE: HOSPITAL DE CLÍNICAS “Dr. Manuel Quintela”,
Rendición de Cuentas y Solicitud Adicional para el año 2008..

6. Agente de Financiamiento y Proveedor: Comisiones Honorarias

Las Comisiones Honorarias son personas jurídicas de derecho público no estatal dedicadas a promover, coordinar y desarrollar planes, programas y acciones concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por distintos tipos de enfermedades (cáncer, tuberculosis, cardiovasculares, etc.)

Para las Cuentas Nacionales de Salud contamos con información con diferente grado de desagregación para: Comisión Honoraria para la salud Cardiovascular, Comisión Honoraria de Lucha antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado y de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.

Cobertura Poblacional

Potencialmente se encuentran incluidos todos los habitantes del país. Los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud son dirigidos a toda, o un segmento de la población según el objetivo del programa.

Financiamiento

Para su funcionamiento, las Comisiones Honorarias se financian a través de Impuestos Generales y/o Departamentales, donaciones y en menor medida por proventos, recaudados por la prestación de alguno de sus servicios.

Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular:

Cometidos y Atribuciones

A) Promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas expuestas o afectadas por enfermedades cardiovasculares.

B) Proporcionar en forma sistemática información destinada a la población y aportar y requerir informes técnicos a organismos nacionales e internacionales de salud.

C) Impulsar programas de difusión coordinando las acciones pertinentes con entidades oficiales o privadas, asistenciales, sociales, sindicales, culturales, deportivas, cooperativas, fundaciones, etc.

D) Promover la educación de la población acerca del necesario control de los factores de riesgo cardiovascular, recurriendo fundamentalmente a los sistemas formal e informal de educación pública.

E) Estimular, con la participación de los servicios correspondientes, planes de investigación (básica, epidemiológica y operativa) impulsando los esfuerzos científicos nacionales para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

F) Propiciar, a través del intercambio con centros y organismos internacionales especializados, el adiestramiento de personal afectado a los programas, así como su actualización.

G) Programar y presupuestar anualmente su plan de actividades, realizar inversiones y aplicar recursos, informando al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.

H) Concertar con el Banco de la República Oriental del Uruguay y demás Bancos del Estado fórmulas de asistencia financiera para ejecutar sus programas.

Comisión Honoraria de Lucha antituberculosa y Enfermedades Prevalentes:

Cometidos y Atribuciones

Los principales programas son de carácter preventivo (y de investigación) dentro de los cuales encontramos:

- Programa Nacional de Control de Tuberculosis
- Programa Nacional Operativo de Inmunizaciones
 - Programa Ejecutivo de Vacunación Antirrábica (1994)
- Programa de Detección Precoz de Hipotiroidismo Congénito
 - Programa de Detección Precoz de Hipotiroidismo Congénito
- Programa Nacional de Pesquisa Neonatal
- Programa de eliminación de la enfermedad de Hansen.

Para implementar estos programas, la Comisión cuenta con Centros Periféricos pertenecientes a la CHLA-EP en el territorio nacional, Laboratorio Bacteriológico que procesa en su planta física más del 95% de la bacteriología de todo el país. Además se cuenta desde 1987 con el Laboratorio Dr. Albert Calmette, encargado del almacenamiento (Nivel Central de Cadena de Frío) y distribución de todas las vacunas incluidas en el Programa Nacional de Inmunizaciones. Hace posible el funcionamiento de la Red Nacional de Cadena de Frío. Se incorpora el Servicio Nacional de Sangre (1988-2000), abastece a todo el país con sueros y reactivos. La comisión trabaja junto con el Laboratorio del Banco de Previsión Social y hasta 1996 con el Centro de Medicina Nuclear para la detección precoz de hipotiroidismo congénito.

Datos de Producción

El Laboratorio Bacteriológico recibe aproximadamente 30.000 muestras clínicas anuales las cuales se procesan con microscopía fluorescente y cultivos convencionales en medios sólidos. Las muestras especiales y los hemocultivos son procesados con el sistema de cultivos rápidos MB-BacT.

Se realizan aproximadamente 450 pruebas anuales de sensibilidad a fármacos antituberculosos en todos los pacientes con cultivo positivo.

Desde el 2005 este laboratorio centraliza los estudios bacteriológicos para el programa contra la enfermedad de Hansen.

Esta Comisión es la encargada de mantener un stock permanente de vacunas en los puestos asignados para tal función: los Centros Periféricos (CPs) de CHLA-EP.

Para la detección precoz de hipotiroidismo congénito se realiza la distribución del material necesario para la toma de muestra y las mismas se reciben semanalmente, controlándose la calidad de la muestra y del llenado de datos que identifican a la madre y al niño. Se procede luego al envío de las muestras al Laboratorio del Banco de Previsión Social y hasta el año 2006 al Centro de Medicina Nuclear, para su procesamiento. Se coordina la búsqueda activa de sospechosos para la toma de segunda muestra de confirmación a través de los CPs de CHLA-EP. Desde 2004 se realiza un monitoreo del cumplimiento del tratamiento en niños del interior del país.

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer:

Cometidos y Atribuciones

La Comisión ha estructurado un Plan mediante el cual pretende reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer, y aumentar las tasas de sobrevivencia de la población afectada por esta enfermedad.

Dispone de 137 funcionarios en cargos de dirección, coordinación, técnicos (asistente social, radiólogo, anatómo patólogo, citotécnico, colposcopista, enfermero, entre otros) y administrativos.

Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado:

Cometidos y Atribuciones

La Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, (CNHD) es una entidad pública de derecho privado que funciona en la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública.

Su función es la elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación e integración social del discapacitado.

La Sede Central se encuentra ubicada en la capital del país, pero existen comisiones departamentales integradas por: un delegado del Ministerio de Salud Pública, que la preside, un delegado del Ministerio de Educación y Cultura, un delegado del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, un delegado del Consejo Directivo Central de ANEP, un delegado de la Intendencia Municipal, dos delegados de las Organizaciones de Discapacitados del Departamento. Existirán comisiones regionales y subcomisiones locales las que conjuntamente con comisión departamental tienen como objetivo hacer efectiva la aplicación de los programas formulados con la Comisión Nacional, evaluar la ejecución de dichos programas y formular recomendaciones al respecto, entre otros.

Prestaciones

Dentro de los servicios que presta esta comisión encontramos: transporte adaptado para personas con movilidad reducida, asesoramiento en trámites de importación de autos adaptados, información sobre discapacidad, Registro Nacional de personas con discapacidad, registro de instituciones de y para personas con discapacidad, Biblioteca, Publicaciones y Servicio de asesoramiento legal.

Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata:

Características Institucionales

Sus finalidades son:

A) Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia -hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos.

B) Velar por la situación de los familiares del enfermo mental y asesorarlos en la realización de gestiones, tales como obtención de licencias, trámites jubilatorios, juicios de incapacidad, etc.

C) Fundar y administrar un “Hogar-Taller” destinado especialmente a aquellos enfermos mentales que no tengan amparo familiar y cuyo estado les permita continuar la cura, realizando trabajos adecuados por los que puedan obtener una remuneración.

D) Proponer al Ministerio de Salud Pública y por su intermedio, a los demás organismos públicos, las medidas que considere convenientes para el cumplimiento de las finalidades anteriores.

El “Patronato del Psicópata” esta dirigido por una Comisión Honoraria de 15 miembros, integrada de la siguiente forma:

- A) Ocho personas designadas por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ministerio de Salud Pública.
- B) Cuatro miembros natos que serán: El Profesor de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, el Inspector General de Psicópatas, el Director del Hospital Vilardebó y el Director de la Colonia “Doctor Bernardo Etchepare”.
- C) Un delegado por cada una de las siguientes Instituciones: Sociedad de Psiquiatría, Liga Uruguaya Contra el Alcoholismo y Asociación pro-Enfermos Mentales del Hospital Vilardebó.

Financiamiento

Esta Comisión se financia mediante una subvención anual proveniente de Rentas Generales que en 2008 ascendió a \$3.059.806 , el producido de las hospitalidades pagadas por asistencia de enfermos en el Hospital Vilardebó y en la Colonia “Doctor Bernardo Etchepare”, donaciones provenientes de Organismos del Estado, Entes Autónomos, Servicios Descentralizados y Gobiernos Departamentales, donaciones, herencias o legados de particulares, y los proventos que resultaren del funcionamiento del “Hogar-Taller”.

7. Agente de Financiamiento: Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) - Proveedor: Policlínicas IMM

Características Institucionales y Antecedentes Históricos

Además de la atención a la salud brindada a la población del departamento de Montevideo por parte del Servicio de Atención a la Salud (SAS), la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) cubre los servicios de salud de sus funcionarios y sus familiares.

El SAS de la Intendencia Municipal de Montevideo fue creado en el Presupuesto Quinquenal 1968-1972 y actualmente depende de la División Salud que a su vez depende del Departamento de Desarrollo Social.

En el momento de su creación, el Servicio carecía, en general, de la infraestructura adecuada para prestar atención del primer nivel en las comunidades periféricas. Las policlínicas que funcionaban en esa época eran en total 14, pero al reasumir el gobierno democrático el Servicio contaba tan solo con 12 policlínicas, de las cuales 6 funcionaban en locales propios de la IMM, y las restantes se encontraban instaladas en locales pertenecientes a comisiones de fomento o instituciones deportivas. En esa época se llevó a cabo el Proyecto “Estudio del Sistema de Servicios de Salud”, Proyecto PNUD URU/22/001 y OMS/OPS. URU/5101 que concluyó en el diseño de una Red de Atención Ambulatoria Primaria para la Ciudad de Montevideo. Dicha propuesta consideró que la Atención Primaria era la estrategia válida y práctica para hacer universalmente accesible la asistencia sanitaria esencial a las personas y familias. Con esa finalidad se suscribió en setiembre de 1985 un Convenio entre la IMM y el MSP, el cual estableció en sus aspectos fundamentales:

- que la IMM sería responsable de administrar el primer escalón de complejidad de Atención Primaria de Salud en el Departamento de Montevideo, en coordinación con el MSP; debiendo

por lo tanto programar las actividades, organizar los recursos, brindar acciones, supervisar y controlar el funcionamiento de sus policlínicas, en el marco de las políticas y programas nacionales del Ministerio de Salud Pública.

- Para la coordinación del programa descrito en el citado Convenio se constituyó un Comité de Coordinación cuyas funciones eran:
 - Realizar la programación conjunta de las actividades.
 - Adaptar las Normas de los Programas Nacionales.
 - Supervisar el cumplimiento de las Normas y Programas Nacionales.
 - Evaluar la marcha de las actividades.

Como consecuencia del Convenio de Atención Primaria de la Salud se comenzó la construcción de 5 policlínicas (Iriarte, Punta de Rieles, Paso de la Arena, Parque Bellán, y Casabó) que sustituían a las que funcionaban en locales de comisiones de fomento y/o deportivas, y 3 completamente nuevas: La Paloma, Colón e Inve 18 (La Teja). Por otra parte, en este período se refaccionaron las policlínicas Inve 9 y 10, Inve 16 y Giraldez.

Actualmente, el Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo, desarrolla actividades de atención a la salud en el primer nivel con sus 21 policlínicas municipales y diferentes convenios.

Por su parte, el Fondo de Salud de los funcionarios fue creado por el Decreto 12.900 del 12/12/1963 de la Junta Departamental de Montevideo.

Cobertura poblacional de las policlínicas

Cualquier persona puede recibir asistencia en las policlínicas municipales. Las mismas no tienen población objetivo definida en números y solo se entregan medicamentos en forma gratuita a los beneficiarios de ASSE que tengan carné de asistencia.

Cobertura del Seguro de Salud

En cuanto a la cobertura de los funcionarios, la IMM tiene convenios con las IAMC. De un total de 23.319 cuotas mensuales pagadas en 2008, 19.196 son afiliaciones al CASMU, dados los importantes beneficios ofrecidos por esta institución en cuotas y tasas moderadoras. Adicionalmente, se ofrece a los funcionarios la incorporación de otros familiares, pagando dicho funcionario el mismo valor cuota, por lo que se suman 2.370 cuotas de adultos y 1.165 cuotas del Plan Adolescente en 2008.

La cobertura del seguro de salud a los funcionarios y familiares incluye las siguientes prestaciones: 12 órdenes de medicamentos, 6 órdenes a consultorio y una orden a domicilio - no de urgencia, por año. También cubre lentes solo para funcionarios, y el rubro "otros" que es el gasto por concepto de ayuda económica que es un apoyo extraordinario que realiza la IMM ante situaciones de salud de familiares directos de funcionarios que lo soliciten, previa valoración de un tribunal especial - con participación del gremio y autoridades

Financiamiento

La fuente de financiamiento de las Policlínicas Municipales es el presupuesto municipal, no existiendo ninguna fuente específica destinada a salud.

A nivel del Seguro de Salud, el aporte de los trabajadores es de un 2% de sus ingresos nominales, pero la cobertura del Seguro de Salud es voluntaria, por lo que hay en 2008 435 funcionarios que no aportan, y 67 que aportan para darle cobertura a su núcleo familiar aunque tienen su cobertura por otro empleo a través de la Seguridad Social. El aporte de la IMM al Seguro de Salud es el monto que surge de la diferencia entre el aporte de los trabajadores y ex trabajadores, y la erogación necesaria.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones del SAS

Infraestructura

El Servicio cuenta con 21 policlínicas de atención a la salud (6 en el centro de la ciudad, 7 en el Este y 8 en el Oeste), un puesto de inmunizaciones, 4 policlínicas odontológicas, 3 policlínicas comunitarias y un puesto de atención odontológica. Dichos puntos asistenciales realizan consultas en medicina general, pediatría, ginecología, psicología e inmunizaciones en el primer nivel de atención.

Además la IMM tiene Convenios con Organizaciones sociales y comunitarias para el funcionamiento de 7 Policlínicos Odontológicos, 5 Policlínicas y 4 Policlínicas Móviles para atender la zona rural y suburbana del departamento.

Adicionalmente se realizan convenios con el Instituto de Higiene/Parasitología para la realización de paraclínicas, y con la UDELAR en general, siendo las Policlínicas Municipales espacios de práctica - aprendizaje y extensión universitaria en las carreras de medicina, trabajo social, enfermería y odontología.

Cuadro 7 - Policlínicas por región del departamento.

Región	Zona	Policlínicas Municipales	Policlínicas Odontológicas	Policlínicas Comunitarias	Móviles
ESTE	6	INVE 9 Y 10 INVE 16	E. Erría71		
	8	J.P Varela	J.P Varela		
	9	Punta Rieles		F. Maroñas	
	10	Giraldez		Quinta de Batlle	
	11	Casavalle y Los Angeles			
CENTRO	1	Barrio Sur- Serv Médicos*			
	2	L. Tirapare			
	3	Crottogini			
	4	Mercado Modelo			
	5	Buceo			
	16	E. Vecinos			
OESTE	12	Colón	Puesto atención odontológica*		Móvil Zona 12
	13	Lavalleja		Z. Sánchez	
	14	A. Lanza - P. Bellan - La Teja		Zonal 17 (7 centros)	
	17	Casabó - La Paloma	Puesto odontológico-Zona 17		Móvil Zona 17
	18	Paso de la Arena			Móvil Zona 18

* Corresponden a puestos de: Inmunizaciones en IMM en Zona 1 y atención odontológica en Jardines de Peñarol en Zona 12. Fuente: Elaboración propia en base a información de la IMM.

Tecnología

A nivel de tecnología disponible la IMM cuenta con un laboratorio de citología instalado desde 1995 y un colposcopio ubicado en una policlínica de referencia.

Recursos Humanos

La distribución del personal de las policlínicas de acuerdo a las ocupaciones se resume en el siguiente cuadro

Cuadro 8 - Dotación de RR.HH. Servicio de Atención a la Salud - IMM

Personal de dirección	6
Administrativo	94
Personal médico	79
Personal técnico no medico	61
Odontólogos	15
Psicólogos	19
Chofer	1
Sereno	1
Total	276

FUENTE: Elaboración propia en base a información gt lsIMM

Datos de Producción

A continuación se presenta los datos de consultas por Especialidad y Región del año 2008.

Cuadro 9 - Consultas por especialidad y región. Año 2008.

ESPECIALIDADES	REGION ESTE		REGION CENTRO		REGION OESTE		TOTALES SAS	
	Nº Atenciones	%	Nº Atenciones	%	Nº Atenciones	%	Nº Atenciones	%
M. GENERAL	21.788	17,3	20.738	26,8	44.713	23,0	87.239	22
PEDIATRIA	19.761	15,6	9.404	12,1	30.236	15,6	59.401	15
GINECOLOGIA	16.220	12,8	6.887	8,9	26.910	13,8	50.017	13
ODONTOLOGIA	26.615	21,1	10.598	13,7	32.252	16,6	69.465	17
SICOLOGIA	2.373	1,9	2.588	3,3	3.358	1,7	8.319	2
ENFERMERIA	36.437	28,9	25.913	33,4	51.715	26,6	114.065	29
NUTRICION	2.762	2,2	1.356	1,8	4.473	2,3	8.591	2
A. SOCIAL	318	0,3	0	0,0	670	0,3	988	0
TOTALES	126.274	100	77.484	100	194.327	100	398.085	100

FUENTE: Elaboración propia en base a información de la IMM

8. Intendencias del Interior

La fuente de información referente al gasto en salud de las Intendencias del Interior fue obtenida a partir de un informe elaborado por OPP para el año 2005.

Para los años siguientes se procedió a realizar una estimación en base a índices.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública está recabando datos directamente de las Intendencias que serán utilizadas para las futuras Cuentas Nacionales de Salud.

9. Agente de Financiamiento: Banco de Previsión Social (BPS) (Seguro de Salud y Área de Salud) - Proveedor: Sanatorio BPS

BPS- Seguro de Salud: ex DISSE luego FONASA

Características institucionales, Cobertura Poblacional, Financiamiento y Prestaciones

El Banco de Previsión Social, como instituto de la seguridad social, es entre otras cosas, el organismo encargado de la recaudación de los aportes destinados a la Seguridad Social de los trabajadores y dentro de ésta del Seguro de Salud de los trabajadores.

Hasta agosto de 2007, cuando se pone en marcha la reforma de la salud, todo trabajador privado afiliado al Seguro Social por Enfermedad (ex DISSE) tenía derecho a la atención de su salud a través de una mutualista. Los jubilados de menores ingresos también obtienen cobertura a través del seguro desde 1996 a partir de la aprobación de la Ley 16.713.

El BPS obtenía ingresos para financiar el seguro a través de los aportes personales de los trabajadores activos (3%), de los pasivos²⁴, aportes patronales (5%), complemento de cuota patronal, transferencias del gobierno para cobertura de maestros y judiciales, y las transferencias del gobierno al sistema de seguridad social para cubrir su déficit (no existe una transferencia específica del gobierno central para el seguro de enfermedad).

Éstos ingresos financiaban: las cuotas mutuales y los aportes al Fondo Nacional de Recursos de los trabajadores activos, de los pasivos, de los patrones, de maestros y judiciales, cierto monto de órdenes y ticket de pasivos y gastos de cobertura prenatal.

La Ley 18.131, crea en 2007 el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que comienza a funcionar en agosto de ese año y financia las prestaciones de asistencia médica de los beneficiarios del seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados, de los funcionarios públicos que no obtenían cobertura de salud a partir de su condición laboral y de otros dependientes del Estado. A partir del 1º de enero de 2008, con la creación del SNIS continúan incorporándose progresivamente otros colectivos al Seguro Nacional de Salud, empezando por los menores de 18 años y discapacitados a cargo sin importar la edad, que cumplan la condición de ser hijos de trabajadores activos incorporados al FONASA. El BPS recauda los aportes de los distintos actores y el Fondo es administrado por la Junta Nacional de la Salud (JUNASA), quien emite las órdenes de pago a los prestadores que reciben dichos pagos por parte del BPS. Posteriormente ingresaron el resto de funcionarios públicos (que ya tenían cobertura), funcionarios de la ANEP, Judiciales, y de la Universidad de la República. Como contrapartida, se modificaron sus aportes.

²⁴ Aquellos pasivos que optaban por tener la cobertura aportaban el 3% y para quienes no realizaban la opción dicho aporte era del 1%.

El FONASA se financia mediante aportes patronales realizados por el Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas (5% de total de retribuciones sujetas a montepío) y complementos de cuota, los aportes realizados por trabajadores públicos y privados (6% si el trabajador tiene menores o discapacitados a cargo, 4,5% si no tiene y 3% si sus ingresos no superan las 2,5 BPC independientemente de tener menores y discapacitados a cargo o no), aportes de jubilados cuyos ingresos no superan las 2,5 BPC (3% de su pasividad) aportes de jubilados de mayores ingresos (1%) y a partir de enero de 2008 4,5% de aporte de los nuevos jubilados en caso de no tener hijos a cargo o 6% en caso contrario. Además se autoriza al Poder Ejecutivo a atender las insuficiencias financieras del FONASA.

Todos los beneficiarios del FONASA tienen derecho a optar por una Institución de Asistencia Médica Colectiva, ASSE o un Seguro Privado Integral (con algunas diferencias a los dos casos anteriores) para atender su salud y la de sus hijos menores de 18 años y discapacitados a cargo.

Como parte de la Reforma, desde la creación del Seguro Nacional de Salud, persiguiendo el objetivo del cambio en el modelo de atención y de gestión, se modifican los Contratos entre el BPS y los prestadores de servicios de salud pertenecientes al SNIS. Se realizan Contratos de Gestión entre la JUNASA y los prestadores, quienes deben cumplir las obligaciones sobre todos los usuarios del SNIS, sean o no beneficiarios del SNS.

Por otra parte se modifica la forma en que el BPS como agente recaudador, paga mensualmente a las instituciones, por los beneficiarios del Seguro. Previa a la reforma, el BPS pagaba por cada beneficiario la cuota²⁵ correspondiente a la IAMC elegida por el usuario. Actualmente se desembolsa una Cuota Salud que tiene dos componentes: uno correspondiente al riesgo del afiliado, asociado al sexo y la edad del mismo, y otro por cumplimiento de metas asistenciales.

BPS- Área de Salud (BPS agente de financiamiento de la cobertura de salud de sus trabajadores)

Características institucionales

Además de la función de agente de financiamiento de la cobertura de salud de los trabajadores a través de la Seguridad Social, el Banco de Previsión Social es también agente de financiamiento para la cobertura de salud de sus propios funcionarios.

Cobertura poblacional y prestaciones

La cobertura alcanza solamente a los funcionarios beneficiarios que no gozan de otra cobertura y que se encuentran al día en el pago de las cuotas mutuales a la IAMC donde se atienden. El monto de la cuota de prepago en la IAMC, se liquidaba hasta el año 2008 conjuntamente con las retribuciones mensuales. Los funcionarios no recibían prestaciones complementarias de salud asistencial. A partir del 2008 ingresan al SNS realizando los correspondientes aportes al FONASA.

²⁵ Dichas cuotas se calculaban como un promedio ponderado de los diferentes valores de cuota para los afiliados individuales y por convenios colectivos declarados por la Institución. El BPS pagaba el 88,6% de esa cuota promedio más una sobrecuota de inversión. De esta forma existían tantos valores de cuota pagados por el BPS como cantidad de instituciones.

BPS como proveedor: Servicio Materno Infantil

Características Institucionales

El Banco de Previsión Social incorpora en 1943 dentro de sus servicios las Asignaciones Familiares. Este servicio consiste en prestaciones económicas (transferencias monetarias) al trabajador por tenencia de hijo menor, esto no se considera en las CNS por no ser gasto en salud. A partir del año 1950 se suma la prestación de servicios de atención médica materno-infantil, principalmente de carácter preventivo, que comprende también la atención hospitalaria del parto para la trabajadora y la esposa del trabajador.

Cobertura Poblacional

Son beneficiarios de estas prestaciones, los hijos o menores a cargo de los trabajadores de la actividad privada, así como las cónyuges que no estén amparadas por otro sistema de salud. Estas prestaciones alcanzaron a 560,682 en diciembre de 2008.

Fuentes de Financiamiento

El agente de financiamiento es en este caso el BPS mediante transferencias del gobierno a la Seguridad Social.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

Para la asistencia materno- infantil el BPS cuenta con un sanatorio en Montevideo (Unidad de perinatología -ex sanatorio Canzani-) con 61 camas obstétricas, 44 pediátricas y un CTI; 5 centros materno-infantiles en Montevideo; un centro materno - infantil en Pando y un departamento de especialidades y malformaciones congénitas.

Se contratan externamente los siguientes servicios: Servicios de diagnóstico y tratamiento; Servicios de Traslado y Hospedaje; Asistencia médica Contratada; Atención primera infancia Interior.

Recursos Humanos

En el ex Sanatorio Canzani trabajaban en el año 2004, 200 profesionales de la Salud.

Prestaciones

Las prestaciones son brindadas en Montevideo a través de servicios propios, y en el Interior del país los beneficios se brindan por intermedio de IAMC, de ASSE y de algunos sanatorios privados.

Las Prestaciones del Servicio Materno Infantil comprenden: Asistencia a la madre durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido; Asistencia primaria Infantil, odontológica y de Ortodoncia; Asistencia Integral al menor con malformación congénita y Ayudas económicas a Discapacitados.

Datos de Producción

En el siguiente cuadro se presentan la cantidad de consultas médicas y odontológicas para el período 2005-2007.

Cuadro 10 - Consulta por especialidad en el BPS

Consultas	2005	2006	2007
Consultas médicas	125.509	125.329	138.111
Consultas odontológicas	76.117	76.712	76.021

FUENTE: Elaboración propia en base a información BPS

En este mismo período los partos asistidos por el Servicio Materno Infantil en todo el país ascendieron a aproximadamente 10.000, 7000 de los cuales correspondieron al interior; representando el 20% de los nacimientos a nivel nacional. En Montevideo los nacimientos son asistidos a través de los servicios propios y para los del Interior del país se contrata la asistencia a terceros efectores tanto públicos como privados.

En el año 2008 el Sanatorio contaba con 50 camas para madres y 40 camas para bebés.

10. Agente de Financiamiento: Banco de Seguros del Estado (BSE) - Proveedor: Sanatorio del BSE

Características Institucionales

El Banco de Seguros del Estado, empresa del Estado uruguayo dedicada a los seguros, fue creado por a fines de 1911. Desde su creación hasta 1993, ejerció el monopolio de la comercialización en los riesgos de automóviles, accidentes del trabajo y cauciones.

La ley 16.426 declara libertad de elección de las empresas aseguradoras para la celebración de contratos de seguros sobre todos los riesgos, exceptuando:

- Los celebrados por las personas públicas estatales
- Los relativos a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- Los seguros de fianza a que alude el Art. 503 de la Ley 15.903 del 10 de noviembre de 1987.

En este marco, todas las empresas privadas deben contar obligatoriamente con seguros contra la ocurrencia de accidentes laborales, los cuales son cubiertos por el Banco de Seguros del Estado.

Cobertura Poblacional

En la Central de Servicios Médicos (CSM), sanatorio propiedad del Banco de Seguros son atendidas todas las personas que sufren accidentes laborales. Esta cobertura es brindada directamente por la CSM en Montevideo, y a través de convenios realizados con Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en el interior del país.

Financiamiento

El BSE como agente de financiamiento recibe transferencias de la Seguridad Social provenientes de las contribuciones del empleador. El BSE financia de esta manera los servicios necesarios para cumplir con el Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que es monopolio del BSE. Dichos servicios son brindados por la institución proveedora de salud dentro del BSE, la CSM o mediante convenios con IAMC en el interior.

También, antes de que los trabajadores del BSE ingresaran al SNS, financiaba las cuotas mutuales de sus funcionarios, ex -funcionarios y sus familias. A partir de marzo de 2008 el BSE paga a sus funcionarios y familiares una compensación para el pago de órdenes y tickets.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

La Central de Servicios Médicos se distribuye en seis plantas físicas. Cuenta con tres pisos de internación, con capacidad para 100 camas aproximadamente y Policlínicas. Tiene 4 Departamentos: Cirugía General, Cirugía Reparadora, Cirugía Ósea y Emergencia

Para la atención de sus funcionarios el BSE cuenta con una policlínica propia en Montevideo y en el interior del país en caso necesario contrata con instituciones de FEMI.

Recursos Humanos

Cuentan con químicos, odontólogos, técnicos, personal de enfermería y de servicio, personal administrativo y 45 cargos médicos²⁶.

Prestaciones

Tras la ocurrencia de un accidente laboral, la cobertura brindada por el BSE comprende gastos de asistencia, a cargo de la CSM, así como prestación económica durante el tiempo que dure el tratamiento.

Datos de Producción

Para el año 2008 la CSM atendió aproximadamente 22.802 siniestros, también se presentaron 29.373 siniestros en el Interior realizando un promedio de 8 consultas por cada uno. Atendió 18.000 emergencias anuales, realizó más de 1.742 intervenciones quirúrgicas anuales y aproximadamente 450 tratamientos de fisioterapia diarios.

26 Información de 2008

11. Agente de Financiamiento: Banco Hipotecario del Uruguay (BHU) - Proveedor: BHU

Características institucionales

El Banco Hipotecario del Uruguay creado en 1892 y nacionalizado en 1912 es un ente público cuya misión es facilitar el acceso a la vivienda de las familias uruguayas, a través de operaciones de crédito.

Cobertura poblacional

El BHU a través de su Estatuto y por Resolución del directorio brinda cobertura de salud a funcionarios y ex - funcionarios del organismo. Allí se establece el marco normativo que regula las prestaciones a brindar, ya sea como servicio propio o contratado.

Financiamiento

A partir de noviembre de 2005, los trabajadores del organismo aportan un 2% sobre sus ingresos para recibir cobertura. Por otro lado el funcionario abona copagos diferenciados según nivel de atención y tipo de consulta (consultorio o en domicilio) y ticket de medicamento.

Los funcionarios del BHU ingresaron al SNS en agosto de 2008.

El Ministerio de Salud Pública cuenta con información actualizada que será utilizada para las futuras ediciones de Cuentas Nacionales de Salud.

Prestaciones

El BHU brinda prestaciones en salud fundamentalmente a través de servicios contratados, disponiendo de servicios propios para atención ambulatoria en consultorio y a domicilio para medicina general, y para procedimientos de rehabilitación. También cuenta con programas de salud específicos en Medicina Preventiva : programa de Salud Bucal, Tabaquismo, Salud integral de la mujer de mediana edad y obesidad, y por último programas de salud ocupacional.

12. Agente de Financiamiento y Proveedor: Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU)

Características institucionales, cobertura poblacional y financiamiento

El BROU funciona desde el 22 de octubre de 1896 y la misión desde su creación fue brindar servicios financieros accesibles a toda la población a costos adecuados, estimular el ahorro y fomentar la producción de bienes y servicios contribuyendo al desarrollo económico y social del país.

El organismo pagaba, hasta su ingreso al SNS, las cuotas mutuales de todos sus funcionarios, ex - funcionarios y sus respectivos familiares. Dichos servicios eran contratados a una IAMC. Cuando en 2008 ingresan los trabajadores al FONASA, éstos y sus hijos menores o discapacitados a cargo tienen la cobertura a través del SNS, mientras que el resto de sus familias continúan teniendo la cobertura a cargo del BROU.

Previo al 2008, toda la cobertura era financiada mediante el ingreso por “precios” que recibe el BROU por sus servicios.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Prestaciones

Además de las prestaciones brindadas por el prestador contratado, el organismo financia, cuando es necesario, los gastos en atención odontológica, psicológica, los gastos de parto, de la afiliación prenatal, gastos en reeducación (psicomotricidad, y/o foniatría), en aparatos, en tratamientos integrales en casos de autismo, retardo mental severo, adicciones, tratamientos oncológicos, trastornos en la alimentación, dislexia, sordomudez, trastornos motores, y gastos en fisioterapia. El organismo cuenta además con algunos servicios de salud que brinda en policlínicas propias.

13. Agente de Financiamiento y Proveedor: ANCAP

Características institucionales y Cobertura poblacional

Son beneficiarios de la Asistencia Integral que brinda el organismo los funcionarios y ex funcionarios permanentes y personal marítimo.

Todos los beneficiarios tienen cobertura integral. En Montevideo brinda algunos servicios en instalaciones propias y contrata la internación en IAMC, mientras que en el interior se brinda por medio de IAMC contratadas.

Todos los beneficiarios pagan los mismos valores de ticket, excepto aquellos ex funcionarios cuyos ingresos del núcleo familiar no superen las 30 UR que pagan un ticket especial. (25% del valor del ticket común)

En agosto de 2008 los funcionarios de ANCAP ingresaron al SNS por lo que desde entonces, ellos y sus menores a cargo, tienen los derechos y obligaciones de todos los beneficiarios FONASA.

Financiamiento

Con anterioridad a su ingreso al SNS, el financiamiento de estas prestaciones se realizaba mayoritariamente a través de precios, es decir, aportes realizados por ANCAP a partir de sus utilidades. Por otro lado los funcionarios pagan tasas moderadoras al momento de recibir algunas prestaciones en los servicios propios de ANCAP.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

ANCAP cuenta con servicios ambulatorios propios, tanto para consulta coordinada en consultorio y domicilio, como urgencia y emergencia institucional.

La internación domiciliaria también es propia mientras que el servicio de internación que incluye cuidados básicos, cuidados moderados y CTI/CI, son contratados, así como la Urgencia y Emergencia.

Prestaciones

El servicio de salud de ANCAP presta a sus funcionarios las siguientes especialidades médicas básicas: Medicina general, Cirugía general y Ginecología, tanto a través de asistencia ambulatoria convencional, como asistencia hospitalaria. En cuanto a especialidades médicas brinda, con servicios propios, asistencia en: dermatología, fisioterapia, endocrinología, gastroenterología, infectología, medicina interna, neurología, psiquiatría y reumatología. Con servicios contratados se prestan las siguientes especialidades: alergología, hematología, geriatría-gerontología, medicina transfusional, nefrología, neumología, oncología, terapia del dolor.

Además brinda atención a sus funcionarios en algunos Programas de Salud específicos como: salud cardiovascular, tabaquismo, alcoholismo, vacunación antigripal, prevención del melanoma, carné de salud de Activos y programas de salud ocupacional.

Se dispone de información mas detallada para el año 2009 que será incluida en las futuras ediciones de las Cuentas Nacionales de Salud.

14. Agente de Financiamiento: Fondo Nacional de Recursos (FNR) - Proveedor: Instituciones de Medicina Altamente Especializada (IMAES)

Fondo Nacional de Recursos como Agente de Financiamiento

Características institucionales

El FNR comenzó a funcionar el 1º de diciembre de 1980 en aplicación del Decreto-ley N° 14.897 de 23 de mayo de 1979 y su decreto reglamentario. El marco normativo fue modificado posteriormente con la aprobación de la Ley N° 16.343 de 24 de diciembre de 1992.

Brinda la cobertura financiera para asegurar el acceso de toda la población del país, independientemente de su situación socioeconómica, a un conjunto de prestaciones médicas de alta especialización e impacto económico.

De acuerdo a la ley fundacional del año 1980, el FNR es una persona pública no estatal que financia actos médicos que se realizan en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Estos institutos pueden ser públicos o privados y son previamente habilitados por el Ministerio de Salud Pública.

Cobertura poblacional

Todas las personas que acrediten su residencia en el país tienen derecho a la cobertura del Fondo Nacional de Recursos si reúnen alguna de las siguientes condiciones: poseer carné de asistencia otorgado por ASSE como usuario del sistema público; ser beneficiario del FONASA (Seguridad Social), ser afiliado de una Institución de Asistencia Médica o Seguro Integral como aportante individual o ser beneficiario de la Sanidad Militar o Policial.

Los recursos se utilizan para financiar la asistencia en el país o en el exterior. Para este último caso, se realiza un estudio de la situación patrimonial y de ingresos del núcleo familiar del paciente, a partir del cual se establece si tiene la obligación o no de cubrir un porcentaje del costo.

Financiamiento

El FNR como agente de financiamiento obtiene fondos provenientes del aporte del Estado para el pago de los actos médicos a los habitantes con cobertura a través del Ministerio de Salud Pública - ASSE; el aporte de los Entes Autónomos, Servicios Descentralizados y Administraciones Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia esté directamente a su cargo; el aporte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que transfieren el aporte mensual de sus afiliados individuales; el reintegro del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas por los actos médicos realizados a sus beneficiarios; el aporte por afiliación directa de las personas que deseen contratar individualmente un seguro para estas prestaciones; el producido de impuestos que se aplican a determinados juegos de azar previstos especialmente por la ley; y hasta agosto de 2007 el aporte del Seguro de Salud del BPS y luego de esta fecha el aporte del FONASA por todas las personas que tienen cobertura de salud a través de la Seguridad Social.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

Las prestaciones que se efectúan en el país se realizan en IMAEs, los cuales se ubican en diferentes instituciones del sector público o privado, o bien funcionan como centros independientes.

Recursos Humanos

A todo el personal del FNR se le exige de forma anual una declaración jurada de incompatibilidades, en la que deben detallar sus actividades profesionales y laborales y las de sus familiares directos. La mayor parte del personal se desempeña en régimen de dedicación exclusiva.

Prestaciones

La legislación dispone que corresponde a la Comisión Honoraria Administradora fijar el listado de afecciones, técnicas y medicamentos que estarán cubiertos por el FNR. Para la inclusión de nuevas prestaciones (técnicas y medicamentos) se requerirá el asesoramiento de una Comisión Técnica Asesora.

A continuación se enumeran las técnicas cubiertas:

- Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria
- Estudios hemodinámicos, Angioplastias transcoronarias y cirugías cardíacas
- Implante de marcapasos y cardiodesfibriladores
- Trasplantes
- Tratamientos de grandes quemados
- Artroplastia de cadera y de rodilla (prótesis)
- Implante coclear
- Litotricia de la vía urinaria
- Actos médicos cubiertos en el exterior

Y los siguientes tratamientos con medicamentos: Cáncer Colo-rectal, Diabetes, Leucemias y GIST, Cáncer de riñón, Cáncer de mama, Fibrosis Quística, Hepatitis C, Rituximab, Farmacológico del Tabaquismo, Esclerosis Múltiple, Tumores del sistema nervios central, Tratamiento de la Enfermedad de parkinson (Cabergolina)

En el año 2005 se incorporó a las prestaciones la cobertura de tratamientos con medicamentos de alto costo cuando se encuentran dentro de los protocolos establecidos.

IMAES (Públicas y Privadas) y FNR como Proveedor

Características institucionales, Cobertura Poblacional y Financiamiento

Las IMAE son instituciones que se encargan de la medicina altamente especializada y su agente de financiamiento es el Fondo Nacional de Recursos, siendo sus beneficiarios aquellos cubiertos por el FNR según lo expuesto previamente.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

En el año 2008 existían 22 instituciones de medicina de esta naturaleza, algunas de las cuales son parte de una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

Las IAMC que cuentan con IMAE son la Asociación Española, Casa de Galicia, Casmu, Comepa, Crame, Impasa, Mucam, y el Hospital Evangélico. Además los siguientes proveedores privados: Hospital Británico, Hospital Italiano, Sanatorio Americano, Sanatorio Uruguay, STR-INU, Uniquer, Centro Cardiovascular, INCC, y el ICI cuentan con IMAEs.

Las IMAEs públicas se encuentran en el Banco de Prótesis, el Hospital de Clínicas, el Hospital Maciel, y el Centro Nacional de Quemados (Cenaque).

Prestaciones

El Fondo Nacional de Recursos puede considerarse como prestador en tanto facilita directamente a los beneficiarios medicamentos de alto costo y algunos dispositivos terapéuticos en las prestaciones que cubre.

Las prestaciones de medicina altamente especializada brindadas por las IMAEs, en tanto, incluyen: Cardiología, grandes quemados, Hemato-oncología, Nefrología y Traumatología, es decir las prestaciones que se especificaron en detalle como cubiertas por el FNR.

Datos de Producción

En la siguiente tabla se muestra el total de actos autorizados en cada técnica incluyendo las cifras correspondientes a años anteriores (2004 - 2008).

Cuadro 11 - Actos autorizados por tipo de Prestación-

Acto médico	2004	2005	2006	2007	2008
Hemodinamia adulto	3202	3329	3057	3073	3241
Hemodinamia infantil	192	151	144	119	103
Angioplastia coronaria	2284	2719	2841	2658	2779
Cateterismo terapéutico	114	131	132	108	118
Cirugía cardíaca adulto	1793	1871	1847	1957	2058
Cirugía cardíaca infantil	206	218	195	194	176
Marcapasos implantes	932	939	903	964	937
Cardiodesfibrilador implantes	50	39	49	47	68
Trasplante cardíaco	14	9	5	5	8
Prótesis cadera implante	2025	2265	2139	2514	2211
Prótesis cadera recambio	155	134	125	146	161
Prótesis rodilla implante	890	920	797	870	1135
Prótesis rodilla revisión	14	16	11	19	22
Implante coclear	11	15	5	12	12
TILU	1306	1361	838	0	0
Quemados	175	177	173	175	171
TMO	110	109	89	99	129
Trasplante renal	107	129	134	113	127
Hemodiálisis	440	475	436	416	503
DPCA	57	32	34	66	50
Tratamiento Hepatitis C	0	21	35	38	49
Tratamiento Leucemia y Gist.	0	91	52	113	51
Tratamiento linfomas	0	69	97	55	125
Tratamiento Cáncer de mama	0	0	11	302	96
Tratamiento anemia en IRC	0	0	222	78	461
Tratamiento inmunosupresor	0	0	0	2	107
Tratamiento Fibrosisquística	0	0	0	0	10
Tratamiento cáncer de riñón	0	0	0	0	0
Tratamiento Cáncer de colon	0	0	0	0	0

FUENTE: Elaboración propia en base a información FNR

15. Agente de Financiamiento y Proveedor: Otros Organismos Públicos**Características Institucionales**

La clasificación “Otros Organismos Públicos” resulta ser un conjunto de Instituciones Públicas, agrupadas por su carácter de agente de financiamiento. Solo algunos presentan la doble característica de ser Agentes y Proveedores de alguna prestación de salud.

Los organismos incluidos son los pertenecientes a la Administración Central (Presidencia de la República y Ministerios), el Poder Legislativo, el Poder Judicial, el Tribunal de Cuentas y el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, los Entes Autónomos (ANEP, AFE, BCU, UTE), y Servicios Descentralizados (INAU, ANP, ANTEL, DNC)²⁷.

Infraestructura y Prestaciones

Previo a la Reforma del Sistema de Salud, existía una disparidad de situaciones de acuerdo a si se trataba de un inciso de la Administración Central o Ente Autónomo y Servicios Descentralizados. Esta disparidad de situaciones generaba problemas de inequidad al interior de los funcionarios públicos de acuerdo a lo señalado en el punto 1. Descripción del sistema de salud antes del 2007 del presente informe.

Posteriormente a la reforma, con la inclusión de la totalidad de los funcionarios públicos al Seguro Nacional de Salud, este beneficio se reduce a los familiares y/o ex funcionarios que no pertenecen al SNS, debido a que los funcionarios obtienen cobertura integral financiada por el FONASA.

Analizando otro grupo de beneficios, solo cuatro instituciones declaran poseer una policlínica y prestar servicios de salud directamente a sus funcionarios, a saber: ANTEL, BCU, UTE y ANP. Dentro de las principales tareas que realizan se encuentra el otorgamiento de Certificaciones Médicas.

Algunos organismos tienen cobertura de Emergencia Médico Móvil en el edificio donde desarrollan sus tareas, con lo cual está cubierto toda persona que se encuentre dentro del mismo y requiera de atención médica urgente.

Otros beneficios que otorgan algunas de estas instituciones son el pago de lentes, audífonos, de tratamientos psicológicos, odontológicos, órdenes y tickets utilizados en la IAMC o Seguro Privado al que pertenezca el beneficiario, entre otros.

Financiamiento

Los recursos con los que cuentan estos organismos públicos provienen de Impuestos Generales y cuando se trata de Empresas Públicas la fuente de financiamiento es vía precios de los bienes y servicios que brindan. Situación que se ha modificado a partir de la inclusión de los mismos al SNS, exceptuándose la cobertura adicional que reciben los trabajadores de determinados organismos.

16. Agente de Financiamiento: Comisión Honoraria Administradora del Seguro de Salud para los Funcionarios de Obras Sanitarias del Estado (Chassfose)

Características Institucionales y Cobertura Poblacional

En el año 2008, los beneficiarios de este seguro de salud son los 4.400 funcionarios activos y 1.814 ex funcionarios jubilados de OSE.

²⁷ En 2005 se incluyen además PLUNA y el Instituto Nacional de Colonización.

Financiamiento

Los funcionarios de OSE y de Chassfose y ex funcionarios jubilados de OSE y de Chassfose aportan el 1,5 % del salario o de las jubilaciones que perciben.

Obras Sanitarias del Estado como empleador aporta el 6 % del salario que perciben los beneficiarios de Chassfose. Además se aporta por la cobertura de servicios odontológicos de todo el interior y por el servicio de emergencia médica de la planta de agua potable de Aguas Corrientes.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Prestaciones

El aporte da lugar a la contratación de servicios de salud en una IAMC. Además del pago de la cuota mutual los titulares tienen como beneficio la cobertura de órdenes a consultorio y parte del costo del ticket de medicamentos (1/3 del costo queda a cargo del usuario), en algunos casos es por el total de órdenes y en otros por una cantidad en el año, para lo cual existen distintos convenios con las IAMC.

En ambos casos se brinda cobertura total de tasas moderadoras por técnicas de diagnóstico, psicoterapia con tope por sesión, lentes con topes según el tipo, aparatos ortopédicos (compra o alquiler), centros de rehabilitación, prótesis, y todo aquello que no brinden las IAMC y/o FNR, lo que deberá ser analizado asunto por asunto por la Comisión Honoraria. En estos casos la cobertura se realiza según escala de salarios y los porcentajes de apoyo van de un 75% a un 30% del costo de los mismos.

Se brinda además cobertura de gastos de locomoción y viático, para beneficiarios que deben ser asistidos fuera del lugar en que residen habitualmente, cobertura de Asistencia Odontológica Integral para funcionarios, cónyuge e hijos menores de 21 años, con apoyo de recursos humanos de OSE.

Los beneficios que se otorgan a familiares del titular son: lentes, psicoterapia, aparatos ortopédicos; reeducación psicomotriz; foniatría, fisioterapia; ortodoncia; centros de rehabilitación; centros para discapacitados intelectuales. En estos casos se contribuye con el 50% de las escalas de salarios del titular, estas prestaciones deberán contar con el aval de la Comisión Honoraria.

Recursos humanos

Chassfose cuenta con 8 funcionarios: 1 Administradora General, 1 Contador/Asesor Contable, 1 Jefe Área Social, 1 Jefe Contabilidad, 1 Jefe de Administración y Control, 2 Oficiales de 1º y 1 Auxiliar Administrativo. Aparte se contratan los servicios de 1 Asesor Letrado y 1 Asistente Social.

Agentes de Financiamiento y Proveedores Privados de Salud

1. Agente de Financiamiento y Proveedor: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

Características Institucionales

Las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) son el principal componente del subsector privado. Según la normativa vigente las IAMC pueden ser: a) asociaciones asistenciales (mutualistas); b) cooperativas de profesionales, y c) servicios de asistencia (creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y, eventualmente, a los familiares de aquél); d) instituciones de asistencia médica privada de profesionales.

Todas ellas son entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral, que no persiguen fines de lucro, y que actúan como entidad aseguradora y prestadora de servicios a la vez. Son uno de los principales agentes privados de financiamiento además de proveedoras de servicios de salud.

Los precios (una de las principales fuentes de ingresos de las instituciones) se encuentran regulados por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), siendo éstos: las cuotas individuales y colectivas; las cuotas BPS (hasta la puesta en marcha de la Reforma de la Salud en agosto de 2008) y las cápitas FONASA y metas asistenciales (luego de dicha fecha), así como también las tasas moderadoras (órdenes de consultas, de exámenes diagnósticos y tratamientos, y tickets de medicamentos del área ambulatoria).

Cobertura Poblacional

Existen diferentes tipos de afiliación a las IAMC: los afiliados individuales pagan directamente una cuota a la institución que escogen; los afiliados colectivos se afilian mediante convenio entre la institución y una empresa u organismo al que pertenecen; los afiliados a través de la Seguridad Social, fueron hasta agosto de 2008 los trabajadores privados afiliados mediante la ex-DISSE y, luego de la Reforma de la Salud, son los afiliados FONASA (trabajadores públicos y privados, hijos menores de 18 años y discapacitados a cargo del beneficiario, jubilados de menores ingresos y aquellas personas que, sin importar el monto de ingresos, han ido jubilándose luego); por último los afiliados parciales son aquellos que también pagan directamente una cuota a la institución pero por una cobertura de carácter parcial.

En el siguiente cuadro se presenta la evolución de usuarios al subsector IAMC desde 2004 a 2008.

Cuadro 12 - Población cubierta.

	Individuales	Colectivo	Seguridad Social	Parciales	Total
2004	404.139	340.306	585.983	32.440	1.363.119
2005	401.840	328.560	645.968	39.073	1.415.450
2006	385.143	330.475	701.667	33.481	1.450.867
2007	380.145	319.900	764.066	26.678	1.491.874
2008	276.327	235.213	1.280.406	13.521	1.806.750

FUENTE: Censos de Usuarios- Sinadi- DIGESE - MSP

En 2004 las IAMC brindaban cobertura al 42% de la población del país mientras que en 2008 asisten al 56% de los uruguayos²⁸.

Financiamiento

Las IAMC, en su doble rol dentro de las Cuentas Nacionales como agente de financiamiento y proveedor, brindan servicios que son adquiridos por distintos agentes de financiamiento.

En primer lugar, las propias IAMC son agentes financiadores de ellas mismas, al recaudar las cuotas de prepago (individuales, colectivas y parciales) y tasas moderadoras (órdenes de consulta, tickets de medicamentos y técnicas de diagnóstico) que pagan los hogares.

Otro de los principales agentes financiadores de estas instituciones es el Seguro de Enfermedad del BPS, es decir el BPS contrata a las IAMC para brindar los servicios de salud a sus beneficiarios a través del FONASA.

Por otro lado, las IAMC prestan servicios a los funcionarios policiales del interior del país, servicios que son adquiridos por Sanidad Policial. Las intendencias municipales, la Universidad de la República, las empresas públicas, y otros organismos públicos también contratan con las IAMC.

La Caja Notarial contrata en el interior del país los servicios de las IAMC para sus beneficiarios que así lo escojan.

Otra fuente de financiamiento es la compra de los servicios de medicina altamente especializada (IMAE) en propiedad de las IAMC, realizada por el FNR.

Es decir que en última instancia el financiamiento para la compra de servicios de salud a las IAMC proviene de: impuestos generales y contribuciones, impuestos departamentales, cuotas pagas por organismos paraestatales y públicos, contribuciones y transferencias del gobierno a la seguridad social y el pago de cuotas individuales y copagos realizado por los hogares.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

En el año 2008 había en el país 40 IAMC²⁹, 12 de ellas con sede principal en Montevideo y las restantes 28 en el interior del país³⁰. En 14 de los 18 departamentos del interior hay por lo menos una sede secundaria de alguna de las instituciones con sede central en la capital³¹.

Las 40 instituciones suman en 2008 un total de 3381 camas; de éstas, 569 corresponden a CTI/CI, siendo 425 de ellas de adultos y 144 CTI/CI pediátricas. La mayoría de las camas (2750) corresponden a Cuidados Moderados (cirugía, ginecología, medicina, pediatría (234),

28 Total de la población Censo 2004- INE- : 3.241.003

29 Actualmente hay 39 IAMC por la absorción de IMPASA por el SMI

30 En 2007 la Sociedad Mutualista Obrera de Juan Lacaze fue absorbida por el Círculo Católico, por lo tanto hasta esa fecha las IAMC eran 41.

31 Canelones cuenta con 68 sedes secundarias a lo largo de todas sus localidades, luego le sigue Colonia con 13, San José con 9, con 3: Florida, Rocha y Rivera, con 2: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Río Negro y Treinta y Tres y con 1 Durazno, Rivera y Salto. La institución con mayor presencia en todo el país es Mucam con un total de 38 sedes en 13 departamentos del interior. Luego se encuentra el CCOU con 19 sedes en 5 departamentos, y Casmu y Evangélico con 15 sedes en 3 y 5 departamentos respectivamente. En Canelones están presentes 11 de las 12 instituciones.

polivalente y psiquiatría) y el resto (62) son camas de cuidados básicos. Como se observa en el cuadro siguiente la cantidad de camas no ha variado significativamente desde 2006. Por otra parte, solo 4 de las 40 instituciones contratan el total de camas.

Cuadro 13 - Cantidad de camas.

	CTI/CI	Cuidados Básicos	Cuidados Moderados	Total Camas
2006	569	66	2742	3377
2008	569	62	2750	3381

FUENTE: Elaboración propia en base a información de División Economía de la Salud DIGESE- MSP

Tecnología

Del total de IAMC, 35 cuentan con block quirúrgico propio, 34 con servicio de radiología propio, 27 con ecógrafo, 25 con tomógrafo, 4 con resonador magnético (2 en Montevideo, 1 Paysandú y 1 Río Negro) y 2 con medicina nuclear.

Prestaciones

La totalidad de las IAMC brindan a sus usuarios los tres niveles de atención y prestan cobertura integral. Previo a la Reforma de la Salud las IAMC debían prestar cobertura integral, de acuerdo a la definición dada por el decreto ley 15.181 de 1981 y sus normas reglamentarias. Después de enero de 2008, como prestadoras del SNIS, según lo establece la Ley 18.211, deben suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones aprobados por el MSP. Estos programas incluyen actividades de promoción y protección de salud; diagnóstico precoz y tratamiento de los problemas de salud-enfermedad; recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; y acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes³².

Recursos Humanos

El siguiente cuadro permite observar la cantidad del total de trabajadores de las IAMC en 2007 y 2008

Cuadro 14 - Evolución de cantidad de trabajadores IAMC.

	2007	2008
Médicos	11021	12157
Enfermería	8950	10404
TNM	3827	5364
ASO	8467	11740
Total	32265	39665

FUENTE: Elaboración propia en base a información SCARH.

32 Se permite ofrecer atención con cobertura parcial siempre que este tipo de cobertura no supere el 10% del total de afiliados.

Alrededor del 30% del total de cargos en las IAMC es de trabajadores médicos, el 26% son cargos de enfermería, el 13% de técnicos no médicos y el resto corresponde a trabajadores de administración, servicios y oficios.

Datos de Producción

Cuadro 15 - Producción Asistencial Total IAMC 2005-2008.

	2005	2006	2007	2008
Consultas urgentes	101.368	109.326	119.742	149.125
Consultas no urgentes	643.764	661.647	698.391	833.782
Total Egresos	15.939	16.371	16.875	18.782
% Ocupacional en CM	74,17	70,11	64,45	69,39
% Ocupacional en CTI/CI	58,43	53,97	47,69	53,02
Promedio Días de Estadía CM	4,45	4,57	4,64	5,20
Promedio Días de Estadía CTI/CI	5,05	5,03	5,16	5,27
Total Cirugías	7.999	8.267	8.301	9.719
Total Partos Naturales	731	746	735	809
Total Cesáreas	555	587	620	685

FUENTE: Elaboración propia en base a información del Sinadi Asistencial - DIGESE - MSP

En el cuadro anterior se presentan totales e indicadores de la producción asistencial de las IAMC del país desde 2005 a 2008.

Las consultas se presentan discriminadas en Urgentes y No Urgentes, dentro de Urgentes se encuentran las realizadas en domicilio y en urgencia centralizada, las No Urgentes incluyen consultas en consultorio y en domicilio no urgente (radio).

Dentro de los Egresos están incluidos no solo los egresos de sanatorio (cuidados básicos, moderados, CTI/CI de adultos y pediátrico) sino también los de internación domiciliaria.

2. Agente de Financiamiento y Proveedor: Seguros Privados Integrales

Características Institucionales

A diferencia de las IAMC, los Seguros privados en su mayoría operan como sociedades anónimas, pero también tienen el doble rol de agentes de financiamiento y proveedores de servicios.

La principal diferencia con las IAMC, en su rol de agente de financiamiento, se encuentra en que, de acuerdo al artículo 22 de la ley 18.211 y al decreto de 2 de Enero de 2008, los seguros cobran una cuota según el riesgo asistencial de la persona, la cual no se encuentra regulada. Los Seguros Privados ofrecen entonces cobertura mediante el régimen de libre contratación y aún si se trata de afiliados FONASA están habilitados a cobrarle al usuario la diferencia entre el monto pagado por el FONASA y valor de la cuota de mercado que le correspondería.

Son Seguros Privados Integrales aquellos autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3º del Decreto-Ley Nº 15.181, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley Nº 16.060.

Al ingresar al SNIS como prestadores integrales, los Seguros deben asegurar y brindar a sus usuarios FONASA los mismos derechos asistenciales que quienes opten por otra entidad integrante del SNIS. Por otro lado, mediante el régimen de libre contratación se continúan ofreciendo distintos paquetes de prestaciones cuyo precio depende del servicio que se brinda y del nivel de riesgo de la población potencialmente demandante.

Cobertura Poblacional

Los Seguros Privados hasta 2008 solo podían brindar servicios a quienes se afiliaran mediante el régimen de libre contratación, es decir afiliados individuales y algunos por convenios colectivos; luego de 2008 también afilian a través del FONASA.

En el siguiente cuadro se presenta la evolución del total de usuarios de Seguros Privados desde diciembre de 2005 a diciembre 2008.

Cuadro 16 - Afiliados Seguros Integrales.

	2005	2006	2007	2008
Total afiliados	59.885	64.995	69.167	74.789

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI - DIGESE- MSP.

Los afiliados a través del FONASA ascienden a 25.524 en diciembre de 2008.

Financiamiento

La principal vía de financiamiento de los Seguros Privados es a través del pago directo que realizan los hogares. Esta vía era la única hasta 2008 cuando la Reforma del Sistema permitió a los Seguros Privados dar cobertura a usuarios a través del FONASA.

Infraestructura, RRHH, Tecnología y Prestaciones

Infraestructura

Existen en 2008 6 Seguros Privados Integrales, todos ellos localizados en Montevideo:

- Medicina Personalizada: tiene varios paquetes diferenciales: mp10 incluye alta tecnología en el exterior, consultas a médicos del exterior y servicio fúnebre sin costo; mp20 es más económico y se accede a consultas y exámenes mediante copagos y mp20 Plus es idéntico al anterior pero con acceso a alta tecnología en el exterior.
- Blue Cross & Blue Shield: Es una de las multinacionales más grandes del mercado de la salud, y uno de los seguros privados más exclusivos. Posee también varios planes, que otorgan coberturas diferenciales, con posibilidad de interconsultas e internación en el exterior.
- Summum: tiene tres paquetes, Clásico, Pmc y Sismed. Los dos últimos ofrecen la posibilidad de consultar profesionales y centros de diagnóstico a nivel nacional e internacional.
- Hospital Británico: Se especializa en la venta de servicios tanto a Salud Pública como a mutualistas. También contrata sus servicios la Caja Notarial para la atención de la salud de sus beneficiarios.
- Seguro Americano: Es el seguro ofrecido por el Sanatorio Americano, entidad perteneciente a la FEMI. Surgió como una institución exclusivamente quirúrgica y luego amplió su oferta. Ofrece un seguro integral desde 1998.

El sexto seguro, de menor tamaño que los anteriores es COPAMHI. Hasta mediados de 2008 existió un séptimo seguro: IPAM que cerró en ese año.

La mayoría de los servicios brindados por estas instituciones son comprados a otros prestadores del sistema de salud.

Recursos Humanos

El siguiente cuadro muestra la cantidad de trabajadores de Seguros Privados en 2008 y 2009.

Cuadro 17 - Trabajadores Seguros Privados.

Categorías	2008
Médicos	1068
Enfermería	351
TNM	402
ASO	471
Total	2292

FUENTE: elaboración propia en base a SCARH.

El 47% de los recursos humanos son médicos, apenas el 15% personal de enfermería, los técnicos no médicos son el 18% y el 21 % restante personal administrativo, de servicios y de oficios.

3. Agente de Financiamiento y Proveedor: Seguros Parciales

En las matrices de CNS las Emergencias Móviles están consideradas dentro de Seguros Parciales. Sin embargo sólo se cuenta con información relativa a Emergencias para realizar la descripción de los Agentes de financiamiento, que por otro lado explican la mayor parte de ese rubro. Sin embargo contamos con información sobre gasto y financiamiento del resto de los Seguros Parciales a los efectos de confeccionar las matrices.

Emergencias Móviles (EM)

Características Institucionales

Las emergencias móviles forman parte del subsector privado y constituyen servicios parciales de salud, los cuales incluyen la asistencia médica de emergencia, de urgencia, y aquellos llamados de baja complejidad, sean estos a domicilio, en policlínica o incluso a través de consultas telefónicas.

Las emergencias puras (clave uno o emergencia con riesgo de vida) constituyen sólo cerca del 5% de las asistencias que realizan los servicios de emergencia móvil en nuestro país.

Cobertura Poblacional

Existen 2 tipos de afiliaciones a las emergencias móviles: afiliación individual, que es aquella en que el beneficiario contrata su seguro de atención de forma directa con la institución prestadora, abonando por sí mismo la cuota o prima que corresponda; y afiliación colectiva, que es aquella en que el beneficiario contrata su seguro de atención con la Emergencia Móvil a través de un tercero, ya sean Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Seguros Privados de cobertura total o parcial, u otro tipo de Instituciones.

Según los datos que se desprenden de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el año 2006, el porcentaje de personas del país que se encontraba afiliado a una Emergencia Médico Móvil es superior al 23%. La mayoría de los afiliados se concentran en Montevideo (casi el 65% los que residen en la capital está afiliado a alguna emergencia móvil).

Se constata que sólo el 2.7% de los afiliados a las Emergencias tienen a las mismas como única cobertura de salud. La mayoría de las personas que no poseen otra cobertura son jóvenes de entre 20 y 44 años (36%), seguidos por las personas del tramo etario siguiente (45 a 64) que representan casi un 22%, y seguidos éstos por los niños de entre 5 y 14 años de edad (18%).

Financiamiento

Las Emergencias Móviles también tienen el doble rol de agentes de financiamiento y proveedoras de servicios de salud. De esta manera al igual que las IAMC recaudan cuotas individuales pagas por los hogares, en este caso esta vía de financiamiento es mas del 90% del total.

Por otro lado el BHU, otros organismos públicos, Chassfose y los Seguros Convencionales compran servicios a las Emergencias Móviles, en tanto proveedores de servicios de salud, para la atención de sus funcionarios. En última instancia el financiamiento de estos servicios se efectúa a través de precios (el pago recibido por las empresas públicas), contribuciones, cuotas pagas por organismos paraestatales y públicos y contribuciones del empleado, empleador y pasivos de seguros convencionales a la Seguridad Social.

Infraestructura, RRHH y Tecnología

Infraestructura

Las emergencias móviles cuentan con policlínicas, si bien su función medular es la de brindar asistencia en situaciones de emergencia médica. Para ello cuenta con una flota de ambulancias, denominadas también “Móvil de Apoyo Vital Avanzado”, “Móvil de Apoyo Vital Básico” y Autos con médicos, además de las bases de salida³³.

Recursos Humanos

Cerca del 80% de los trabajadores de las emergencias móviles son dependientes, mientras que el restante 20% de ellos son contratados por estas instituciones.

Más del 70% de los trabajadores ejercen funciones de carácter asistencial, aproximadamente el 35% de los trabajadores son médicos, 17% enfermeros/as y 13% choferes, mientras que el 30% restante se dedica a administración, servicios y oficios.

La información obtenida, relativa a la Caja Notarial y los Seguros Convencionales se utilizó para confeccionar las matrices, aunque no fue se obtuvo información relevante para la descripción como agentes de financiamiento.

33 “Informe Emergencias Móviles. 2do Semestre de 2009”. División Economía de la Salud. MSP, 2010

Anexo C
Clasificación ICHA para Matriz de Costo de los Factores

RC.1 Desembolsos corrientes

RC.1.1 Compensaciones a empleados y propietarios

RC.1.1.1 Sueldos

RC.1.1.2 Contribuciones sociales

RC.1.1.3 Ingresos de trabajo no salariales

RC.1.2 Suministros y servicios

RC.1.2.1 Suministros de materiales

RC.1.2.1.1 Drogas y medicamentos

RC.1.2.1.2 Otros suministros

RC.1.2.2 Servicios

RC.1.3 Consumo de capital fijo

RC.1.4 Intereses

RC.1.5 Subvenciones a proveedores *

RC.1.6 Transferencias a hogares *

RC.1.9 Otros gastos corrientes

RC.2 Gastos de capital

RC.2.1 Edificios

RC.2.2 Equipo móvil

RC.2.2.1 Vehículos

RC.2.2.2 Otros

RC.2.3 Transferencias de capital a proveedores*

*Estas categorías no aplican cuando se clasifican los costos de los recursos que enfrentan los proveedores

Tomado de “Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud”, 2004, Banco Mundial, OMS y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

VII. SIGLAS

AFE: Administración de Ferrocarriles del Estado
 ALC: América Latina y el Caribe
 ANCAP: Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland
 ANEP: Administración Nacional de Educación Pública
 ANP: Administración Nacional de Puertos
 ANTEL: Administración Nacional de Telecomunicaciones
 ASO: Administración Servicios y Oficinas
 ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado
 BCU: Banco Central del Uruguay
 BHU: Banco Hipotecario del Uruguay
 BPS: Banco de Previsión Social
 BROU: Banco de la República Oriental del Uruguay
 BSE: Banco de Seguros del Estado
 CASE: Comisión Andina de Salud y Economía
 CENAQUE: Centro Nacional de Quemados
 CEPAL: Comunidad Económica Para América Latina y el Caribe
 CHASSFOSE: Comisión Honoraria de Administración del Seguro de Salud de OSE
 CPAP: Continuous Positive Airway Pressure
 CPs: Centros Periféricos
 CSM: Central de Servicios Médicos
 DES: División Economía de la Salud
 DIGESA: Dirección General de la Salud
 DIGESE: Dirección General de Secretaría
 DISSE: Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad
 DNC: Dirección Nacional de Correos
 DPCA: Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria
 FEMI: Federación Médica del Interior
 FNR: Fondo Nacional de Recursos
 FONASA: Fondo Nacional de Salud
 IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
 ICHA: internacional Classification health Account
 IMAE: Instituciones de Medicina Altamente Especializada
 IMM: Intendencia Municipal de Montevideo
 INAU: Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay
 INE: Instituto Nacional de Estadística
 IPC: Índice de Precios al Consumo
 JUNASA: Junta Nacional de Salud
 MEF: Ministerio de Economía y Finanzas
 MERCOSUR: Mercado Común del Sur
 MSP: Ministerio de Salud Pública
 OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
 OMS: Organización Mundial de la Salud
 OPS: Organización Panamericana de la Salud
 OSE: Obras Sanitarias del Estado
 OSE: Obras Sanitarias del Estado
 PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
 RRHH: Recursos Humanos
 SAS: Servicio de Atención a la Salud

SINADI: sistema Nacional de Información

SNC: Sistema de Cuentas Nacionales

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS: Seguro Nacional de Salud

TCA: Tribunal de lo Contencioso Administrativo

TMO: Transplante de Médula Ósea (son actos médicos pagados por el fnr, pag 25)

TNM: Técnicos No Médicos

UdelaR: Universidad de la República

UNIQUER: Unidad de Niños Quemados y Reparadora

USAID United States Agency for International Development

UTE: Usinas Termoeléctricas del Estado

VIII. BIBLIOGRAFIA

Benia W, Isabella F, Katzkowicz N, Yapor M. ASSE en la reforma de la Salud. En: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro; metas cumplidas y desafíos renovados del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP; 2010 p. 72 - 99

BID, OCDE. Sistema de Cuentas de Salud. Washington: BID; 2002.

OMS. Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud: con aplicaciones para los países de ingresos bajos y medios. [en línea] [consulta 2011 feb. 28] Ginebra: OMS; 2004. URL disponible en: <http://www.who.int/nha/docs/Spanish%20Guide.pdf>

OPS. Perfil de los sistemas de salud: República Oriental del Uruguay. [en línea] [consulta 2011 feb. 28] Washington: OPS; 2009. URL disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=149

Raciborska Dorota A, ed. Cuentas de salud: las estadísticas para monitoreo de equidad en los sistemas de salud: estudios de caso de Argentina, Colombia, España y México. [en línea] [consulta 2011 feb. 28] Trabajo presentado en el Taller Subregional de Capacitación en Elaboración de Estadísticas Económicas del Sector Salud, junio 2007, Santiago, Chile, CEPAL, Ministerio de Salud de Chile, OPS/OMS. URL disponible en: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque143.pdf>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud. Cuentas de salud en Uruguay 2004. [en línea] [consulta 2011 feb. 28] Montevideo: MSP; abr 2006. URL disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/msp-cuentasnacionales2004.pdf>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud. Inequidades en el Sistema de Salud uruguayo. Montevideo: MSP; jul 2006.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud. El desempeño del sector mutual 2004-2009. [en línea] [consulta 2011 feb. 28] Montevideo: MSP; oct. 2009. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3717,18098>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud. Logros y desafíos en términos de equidad en Salud en Uruguay. [en línea] [consulta 2011 feb. 28] Montevideo: MSP; mar.2010. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4216,18902>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud. Empresas de emergencia móvil terrestre. Montevideo: MSP; 2010.

Páginas WEB consultadas

www.fnr.gub.uy

www.asse.com.uy

www.urucan.org.uy/

www.chlaep.org.uy

www.cardiosalud.org

www.parlamento.gub.uy

<http://www.dnsffaa.gub.uy/>

