

Desempeño de los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud

2010- 2014

**Área Economía de la Salud
Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud**



Autoridades

Dra. Susana Muñiz
Ministra de Salud Pública

T.A Elena Clavell
Directora General del SNIS

Ec. Ida Oreggioni
Gerente Área Economía de la Salud

Dr. Luis Gallo
Presidente de la Junta Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Andrés Prieto
Victoria Arbulo
Javier Olivera
Gimena Castelao
Gimena Touriño
Gissel Firpo
Ida Oreggioni
Inés Reyes
Lourdes Galván

Colaboradores

Cecilia Artagaveytia
Cecilia Cárpena
Cintya Buffa
Gabriela Pradere
Giselle Jorcín
Inés Burgos
Laura Rivas
Leticia Dos Reis
Naldi Borges
Sandra Farina

Agradecimientos

División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud- DIGESNIS
Dirección Desarrollo Institucional de ASSE

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2 LOS USUARIOS DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES | 6 |
| 2.1 Población por prestador | 6 |
| 2.2 Población usuaria por quintil de ingreso | 8 |
| 2.3 Población usuaria por edad y sexo | 9 |
| 2.4 Población usuaria por regiones | 10 |
| 2.5 Evolución de afiliados totales | 11 |
| 2.6 Evolución de afiliados FONASA | 13 |
| 3 CÓMO SE UTILIZAN LOS SERVICIOS DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES DEL SNIS | 16 |
| 3.1 Indicadores de atención ambulatoria - Consultas | 16 |
| 3.2 Indicadores de atención en internación - Indicadores de estructura | 18 |
| 3.3 Indicadores de utilización en internación - Egresos | 20 |
| 3.4 Días de hospitalización (DCO) | 22 |
| 3.5 Indicadores de desempeño de camas | 23 |
| 3.6 Indicadores de Centro Quirúrgico | 24 |
| 3.7 Indicadores de utilización de servicios de diagnóstico | 27 |
| 3.8 Análisis por edad y sexo de las consultas y los Día Cama Ocupados (DCO) | 29 |
| 4 INGRESOS Y GASTOS DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES PÚBLICOS: ASSE, SANIDAD MILITAR, SANIDAD POLICIAL Y HOSPITAL DE CLÍNICAS | 33 |
| 4.1 Administración de los Servicios de Salud del Estado | 33 |
| 4.2 Otros prestadores públicos: Militar, Policial y Hospital de Clínicas | 38 |
| 5 INGRESOS Y GASTOS DE LOS PRESTADORES PRIVADOS INTEGRALES | 41 |
| 5.1 La situación económico financiera de las IAMC | 41 |
| 5.2 Los Seguros Privados Integrales en el SNIS | 73 |
| 6 LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y LAS METAS ASISTENCIALES | 75 |
| 6.1 Indicadores de calidad y cambio de modelo | 75 |
| 6.2 Evolución de algunos indicadores de metas asistenciales | 82 |
| 7 CONCLUSIONES | 91 |

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es analizar el desempeño de los principales prestadores de servicios de salud en Uruguay durante el periodo 2010 - 2013. A diferencia del antecedente que cubrió el periodo 2004-2009¹, en donde se analizaba el desempeño del conjunto de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), en este documento se incorporó a todos los prestadores integrales tanto privados –instituciones mutuales y seguros privados-, como públicos –Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas- buscando tener mirada al sector en su conjunto.

El trabajo considerará aspectos relacionados a la situación asistencial, las principales características de los usuarios de los servicios e información económico-financiera de los prestadores en el marco de la Reforma del Sistema de Salud llevada adelante desde 2007. El nivel de profundidad con que se analizan estos aspectos difiere para los distintos prestadores en la medida en que la información disponible no es homogénea en cantidad y calidad.

En el caso de la información asistencial, se dispuso de información desagregada para las IAMC y los seguros privados y se verificó una notoria mejora en el acceso a datos de ASSE, particularmente desde 2010. En el caso de ASSE, se constata que existe diferente calidad en los registros dada la multiplicidad de Unidades Ejecutoras del organismo.

Los datos económicos y financieros de las IAMC surgen de los estados contables auditados que se presentan en el Sistema Nacional de Información (SINADI) en el MSP. En el caso de ASSE los datos surgen de la información de Rendición de Cuentas que la Contaduría General de la Nación (CGN) publica en su sitio web y datos suministrados por la propia institución para el ejercicio 2013. Para el resto de los proveedores públicos de salud, los datos surgen fundamentalmente de la CGN complementados con información recabada en el marco de la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud. Es de destacar que se dispuso de escasa información económica de los seguros privados.

Los datos sobre los usuarios surgieron de los censos de usuarios del SINADI, del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) y del BPS en el caso de los afiliados FONASA. Asimismo, se procesaron datos de la Encuesta Continua de Hogares 2013 que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por último, la información relativa a recursos humanos de las instituciones surge del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) que está disponible desde 2006 y depende de la División RRHH del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Para realizar el análisis de los datos asistenciales y de usuarios se utilizaron dos criterios. En primer lugar se agrupó a las instituciones mutuales del interior de acuerdo al criterio de regionalización que utiliza ASSE de manera de contar con datos que pudieran compararse. En este sentido, se agruparon las IAMC del país en las regiones Norte, Oeste, Este y Sur de acuerdo al siguiente cuadro:

¹ “El desempeño del sector mutual 2004-2009” (2009), División Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública.

| Regiones ASSE | | | |
|---|-----------------------|----------------------|------------|
| Regional Norte | Regional Oeste | Regional Este | Sur |
| Rivera | Río Negro | Maldonado | Montevideo |
| Tacuarembó | Soriano | Rocha | Canelones |
| Artigas | Colonia | Treinta y Tres | |
| Salto | Flores | Cerro Largo | |
| Paysandú | Florida | Lavalleja | |
| | Durazno | | |
| | San José | | |
| IAMC por Regiones ASSE² | | | |
| CASMER | AMEDRIN | AMECOM | Montevideo |
| COMERI | CAMY | CRAME | CAAMEPA |
| COMTA | CAMS | COMERO | CRAMI |
| GREMEDA | ORAMECO | IAC | COMECA |
| SMQS | CAMEC | COMETT | |
| COMEPA | CAMOC | CAMCEL | |
| | COMEFLO | COMECEL | |
| | COMEF | CAMDEL | |
| | CAMEDUR | | |
| | AMSJ | | |

Adicionalmente se realizó un análisis particular de las instituciones mutuales Montevideo para lo que se las clasificó en 4 categorías que surgieron de cruzar dos variables: el tamaño de la institución -medida a través del número de afiliados- y un Índice de Envejecimiento (IE) que mide la relación entre el número de usuarios mayores de 65 años de edad y los menores de 15. Las IAMC de Montevideo quedaron agrupadas de la siguiente manera:

| Grupos de IAMC de Montevideo | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------|
| | IE < 0,8 | IE > 0,8 |
| <100,000 afiliados | Grupo 1 | Grupo 2 |
| | CUDAM | EVANGÉLICO |
| | COSEM | CASA DE GALICIA |
| | GREMCA | CÍRCULO CATÓLICO |
| | UNIVERSAL | |
| >100,000 afiliados | Grupo 3 | Grupo 4 |
| | MUCAM | ESPAÑOLA |
| | SMI | CASMU |

² La institución UMERCO fue absorbida por el Círculo Católico en el año 2012. Para los ejercicios 2010 y 2011 dicha institución fue considerada dentro de la Región Oeste .

El documento tiene la siguiente estructura: en la primera parte se presentan datos sobre la evolución y la composición de la masa de usuarios o afiliados de las instituciones que prestan servicios integrales de salud. La composición se analiza a partir de la edad y el sexo de la población, así como de variables socio-económicas como forma de obtener una aproximación del perfil de riesgo que manejan.

En la segunda parte, se analiza la evolución que han tenido en estos años algunas variables asociadas al uso de los servicios de acuerdo a la zona geográfica, el tipo de prestador y variables demográficas como edad y sexo. Si bien se incluyen datos sobre la utilización de los servicios en los seguros privados, en análisis más detallado se realiza para las IAMC y ASSE.

En tercer lugar se analiza la evolución que tuvieron los ingresos y egresos de los principales prestadores públicos como ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial y el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República.

A continuación se considera la variación de los ingresos, egresos y los resultados obtenidos por los prestadores privados de servicios de salud a lo que se agrega un análisis de la evolución económico financiera desde el punto de vista de la rentabilidad, la solvencia, la liquidez y las inversiones en bienes de uso de las IAMC. Se incluye además un breve análisis de los seguros privados integrales.

Luego, se presentan los principales indicadores de calidad y cambio de modelo con que se cuenta actualmente; y en último lugar se presentan las principales conclusiones.

2. LOS USUARIOS DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES

El análisis de desempeño del sector requiere conocer la evolución y la composición de la masa de usuarios o afiliados de las instituciones que prestan servicios integrales de salud. La composición se analizará a partir de la edad y el sexo de la población, así como de variables socioeconómicas que permitan una aproximación al pool de riesgo que manejan y el perfil de sus usuarios. Se busca entender y dimensionar las diferencias que existen en las características de la población usuaria de cada prestador.

2.1 Población por prestador

Si se analiza la cobertura en salud de la población uruguaya según tipo de institución a partir de datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) se observa que el 57,1% de las personas respondió tener cobertura a través de instituciones mutuales y el 27,8% a través de ASSE o el Hospital de Clínicas. Los dos grandes grupos de prestadores concentran por ende el 85% de la cobertura si se analizan las respuestas dadas en la ECH.

Para que la población según tipo de cobertura de salud sume 100% (y no más), se consideró necesario excluir los casos de doble cobertura, la más común de las cuales se da para aquellas personas que declaran tener derechos para la atención sanitaria en Sanidad Militar/Policial a la vez que la tienen en ASSE. A estas personas se las agrupa dentro de la población con cobertura de Sanidad Militar o Sanidad Policial y no dentro de las personas con derechos en ASSE.

Cuadro 1: Población por prestador. Año 2013

| | % |
|------------------------|------|
| ASSE-HC | 27,8 |
| IAMC | 57,1 |
| Seguro Privado | 2 |
| Policial-Militar | 6,9 |
| BPS | 0,2 |
| Policlínica | |
| Municipal ³ | 1,4 |
| Otro | 2,7 |
| No cubierto | 2 |
| Población País | 100 |

Fuente: Elaboración propia en base a ECH 2013

El 2% de las personas declara en la ECH que no tiene cobertura en ningún prestador. La existencia de este colectivo plantea cierta inconsistencia con la lógica de un Sistema de Salud como el uruguayo en el que en teoría no existen personas que no posean derechos de atención a la salud. Este porcentaje –que sigue una tendencia decreciente: 4,2% (2004), 3,6% (2008) y 2,6% (2011)- da cuenta de diferentes grupos de personas. Por un lado, aquellos que presentan una menor aversión al riesgo debido a que cuentan con los medios para pagar de bolsillo una cuota de afiliación individual en caso de necesitarlo. Por otro, casos de carencia de cobertura por informalidad en el mercado de trabajo, y por último un grupo de población que

³ Las policlínicas municipales y el Banco de Previsión Social no son prestadores integrales de servicios de salud. Quienes declaran tener cobertura en esos dos prestadores de servicios, están cubiertos en realidad por algún otro prestador integral.

declara no poseer cobertura aunque de hecho sí la tiene pero desconoce este derecho. Asimismo, pueden encontrarse casos de respuestas erróneas a esta pregunta en la ECH⁴.

La categoría “Otro” incluye la atención parcial a sus funcionarios que ofrecen las policlínicas de algunas empresas u organismos públicos como ANCAP y el Banco Hipotecario del Uruguay y la cobertura que ofrecen, mediante una cuota prepaga, algunos seguros parciales.

El Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) reúne los datos de afiliados de cada uno de los prestadores identificados por el documento de identidad. El prestador de servicios envía mensualmente el padrón de afiliados en donde registra las altas y bajas y pueden producirse casos de cédulas de identidad repetidas que puedan llevar a casos de personas con doble cobertura.

Según los registros del RUCAF, a junio de 2014 más de 2,12 millones de personas están registradas en una IAMC y casi 1,2 millones en los servicios de salud de ASSE.

Cuadro 2: Afiliados por prestador. Junio 2014

| | |
|------------------|------------------|
| IAMC | 2.125.900 |
| ASSE | 1.119.064 |
| Militar | 152.875 |
| Policial | 120.000 |
| Seguros Privados | 96.524 |
| Total | 3.614.363 |

Fuente: RUCAF

Desde el punto de vista del financiamiento tanto Sanidad Militar como Sanidad Policial se mantienen por fuera del Seguro Nacional de Salud (SNS)⁵. Tienen derecho a atenderse en el servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas los funcionarios en actividad y los retirados así como los familiares directos de estos a partir de un aporte obligatorio. En el caso de la Dirección Nacional de Sanidad Policial, cuyo proveedor de servicios es el Hospital Policial, brinda cobertura a policías en actividad, retirados, cónyuges e hijos de hasta 21 años de edad y con discapacidades sin límite de edad, y padres de policías cuyos ingresos sean inferiores a 2 salarios mínimos. A los funcionarios policiales en actividad o retiro residentes en interior Sanidad Policial les paga la cobertura en instituciones mutuales que tengan convenio con el Ministerio del Interior.

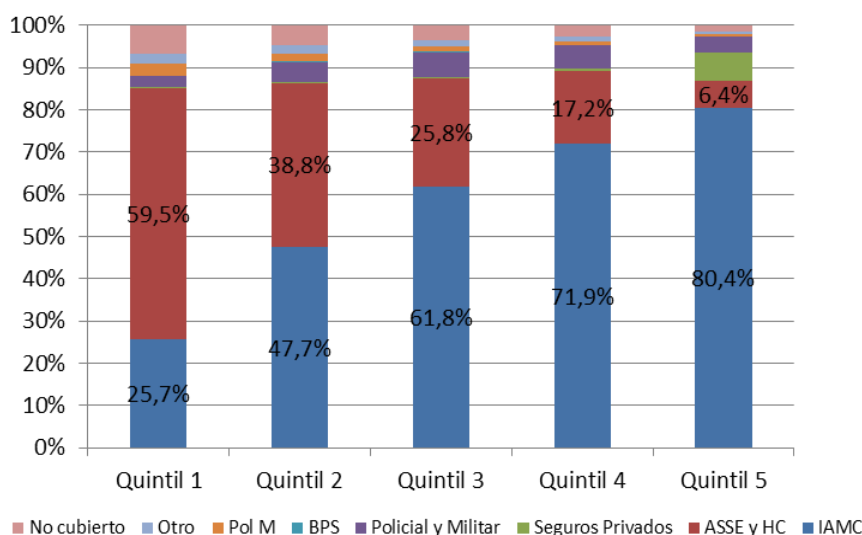
⁴ Para un análisis específico de esta proporción de la población se recomienda leer “El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay” (2012)

⁵ Sanidad Militar cuenta con un seguro de salud propio financiado mediante aportes de militares en actividad y retirados y a través de transferencias del Gobierno Central. De acuerdo al artículo 94 de la ley 18.834 la contribución de cada beneficiario es una proporción de las retribuciones nominales de acuerdo al siguiente detalle: 1% para ingresos de 0 a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC), 2,5% para ingresos entre 2,5 y 5 BPC y 4% para ingresos superiores a 5 BPC.

2.2 Población usuaria por quintil de ingreso

El gráfico siguiente muestra, a partir de los datos de la ECH 2013 la distribución por tipo de prestador de cada uno de los quintiles de ingresos de la población.

Gráfico 1: Cobertura por prestador según tramo de ingreso



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH 2013

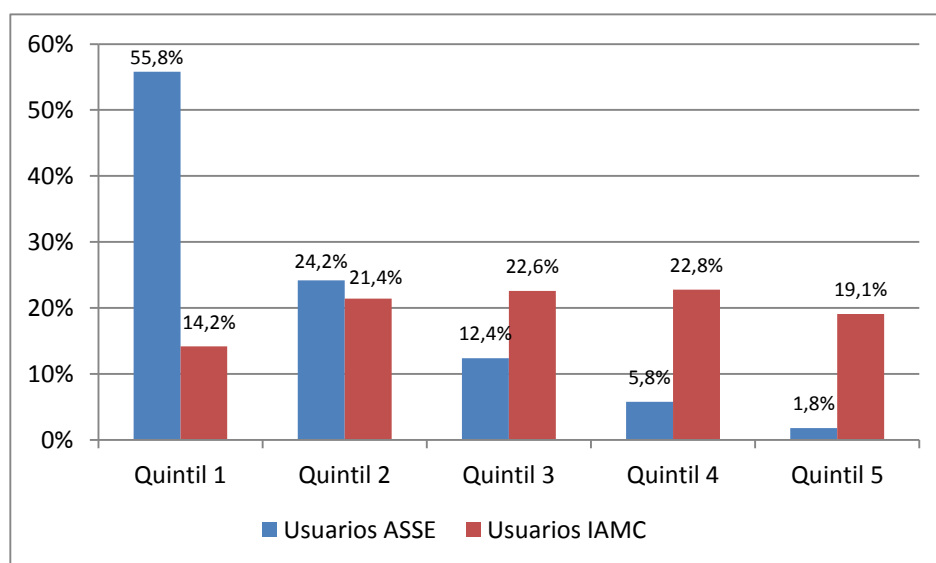
Como se observa casi el 60% del quinto más pobre de la población declara que atiende su salud en ASSE. La proporción de quienes se atienden en ASSE dentro de cada quintil disminuye a medida que se avanza hacia los tramos de ingreso superior.

En el otro extremo, la población usuaria de IAMC crece a medida que se avanza hacia la población de mayores ingresos y llega a constituir el 80,4% del quinto más rico de la población. La Población usuaria de Seguros Privados Integrales se concentra en el 20% que percibe mayores ingresos donde constituye el 6,7% del total, por encima de la población que declara tener cobertura en ASSE.

Por otra parte, el porcentaje de población que en la ECH declaró que no tiene cobertura de salud (2% del total) disminuye a medida que se avanza hacia la población de mayor ingresos lo que podría resultar coherente con la interpretación que indica que una parte de quienes declaran que no están cubiertos, pero desconoce este derecho.

El gráfico 2 permite la comparación de la población usuaria de ASSE y el sistema IAMC en su conjunto se observa que la mayoría de los usuarios se concentra en el primer quintil de ingresos, mientras que la población de las IMAC se distribuye de manera más homogénea, con el 70% de sus afiliados ubicados en el 60% central de la distribución de ingresos.

Gráfico 2: Población ASSE e IAMC por quintil de ingresos



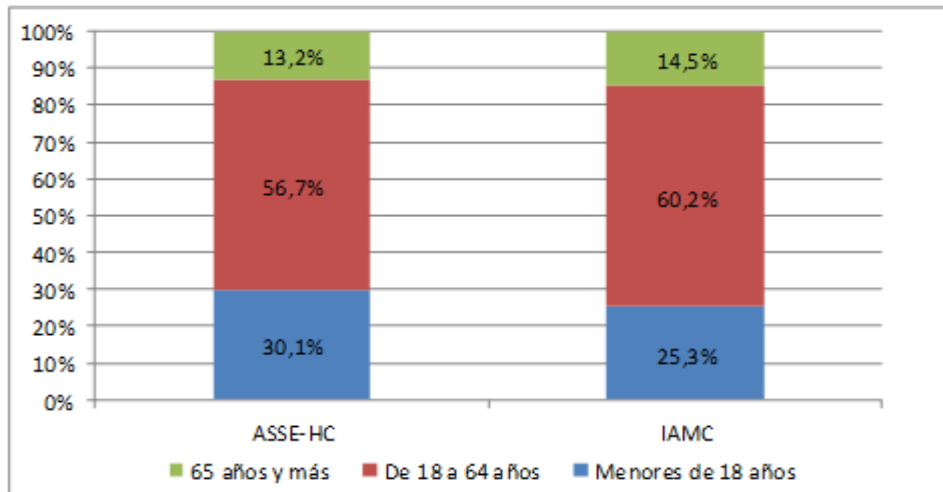
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH 2013

Se destaca que el 80% de la población de ASSE pertenece a alguno de los dos quintiles de ingresos más bajos.

2.3 Población usuaria por edad y sexo

Nuevamente utilizando datos de la ECH 2013, no se observan en la población usuaria de ASSE y el sistema IAMC grandes diferencias en la distribución etaria. El gráfico 3 muestra que en ASSE, la población menor de 18 años tiene un peso relativo mayor. Antes de 2007, la población menor de 18 años tenía un peso sustancialmente mayor en el subsistema público porque el sistema anterior basaba su cobertura en la población activa en el mercado de trabajo. Luego, la obtención del derecho a ingresar al FONASA por parte de los niños coincidió con una mayor preferencia de los padres por el sistema mutual en la cobertura de los niños, con lo que el peso de la población más joven en ASSE disminuyó. Tras esa elección inicial, muchas afiliaciones de menores han vuelto a ASSE debido a la menor carga que significa el pago de órdenes y tickets en el caso del prestador público.

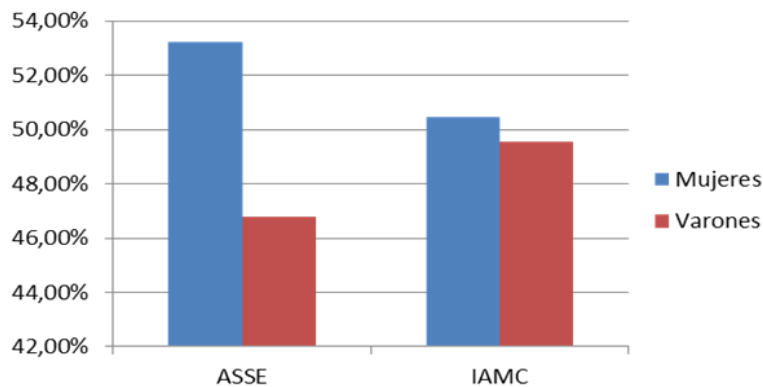
Gráfico 3: Población ASSE e IAMC por tramo de edad



Fuente: Censo de Usuarios - SINADI

A su vez en la distribución por sexos, se observa un claro predominio de las mujeres en ASSE a diferencia de los que sucede en el sistema IAMC en donde la distribución entre sexos es relativamente más pareja. Este resultado tiene implicancias a nivel del mayor riesgo que asume el prestador público ya que la población femenina tiene un gasto esperado mayor, en particular a lo largo del periodo reproductivo del ciclo de vida.

Gráfico 4: Población ASSE e IAMC por sexos



Fuente: Censo de Usuarios - SINADI

2.4 Evolución de la población usuaria por regiones

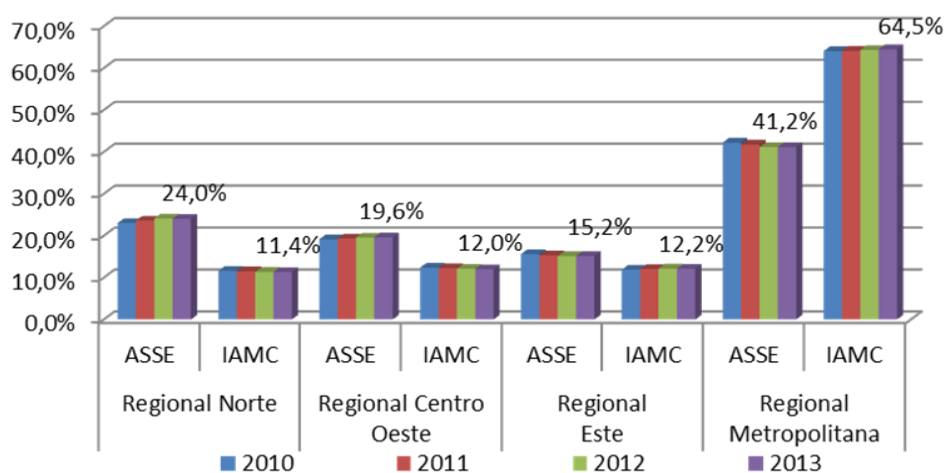
Como se observa en el gráfico siguiente, tanto en ASSE como en las instituciones mutuales la mayoría de los usuarios están en la región metropolitana lo que refleja la concentración de la población del país en el sur. De todas formas, en ASSE la concentración es menos marcada que en el sistema IAMC en donde el 64.5% de los usuarios están ubicados en esa región en 2013. En particular, el 60% de los usuarios de las IAMC lo son de una institución con sede principal en

la capital mientras que en ASSE la relación es inversa, sólo el 26,4% de sus afiliados son de Montevideo.

En el periodo analizado, la región norte es la única en donde en términos absolutos ASSE cuenta con mayor cantidad de usuarios que el conjunto de las mutualistas de la zona.

En el caso de las IAMC, los datos de los censos de usuarios del SINADI registran la población en función de la ubicación de la sede principal de la institución, por lo que no son estrictamente comparables con los de ASSE.

Gráfico 5: Población usuaria por regiones

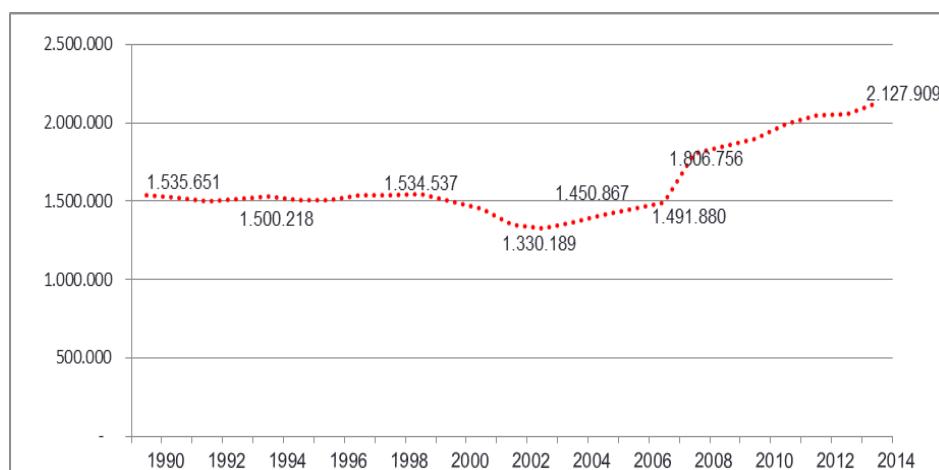


Fuente: Censos Usuarios - SINADI

2.5 Evolución de afiliados totales

Durante la década de 1990, los afiliados a las IAMC estuvieron en el entorno del millón y medio de personas, alcanzando el máximo histórico en 1999 con 1.548.074, tras el cual, como consecuencia de la crisis económica y social comienza un período de caída sostenida hasta 2003, que llevó al sistema IAMC a perder más de 200.000 afiliados.

Gráfico 6: Evolución del número de usuarios de las IAMC

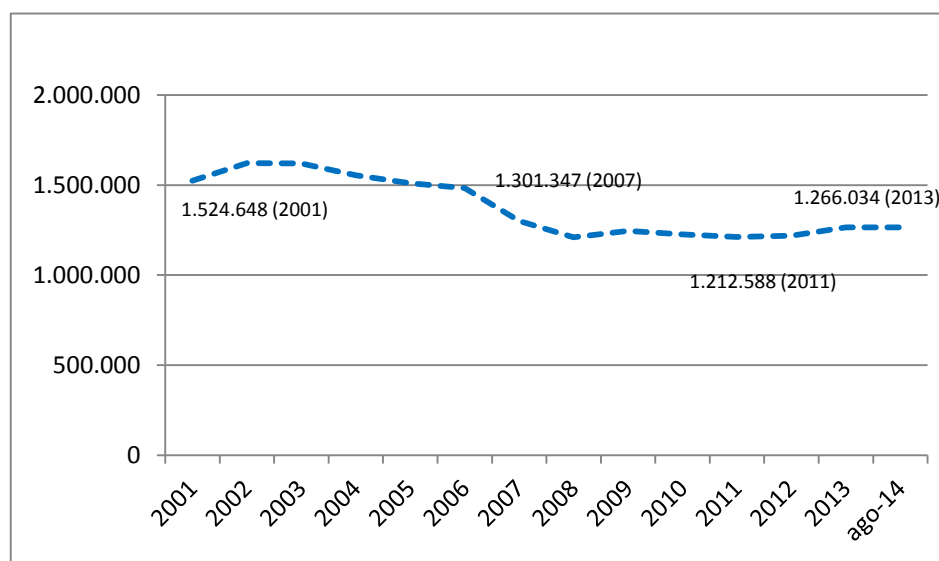


Fuente: Censos Usuarios- SINADI

Luego de la fuerte recuperación de afiliados del sistema mutual operada particularmente luego de 2007 en el marco de la puesta en marcha de la Reforma de la Salud, las instituciones mutuales continuaron creciendo. En particular, el aumento de afiliados en el período 2010-2013 fue de 12% y está explicado principalmente por el incremento de los afiliados FONASA. Si se considera un periodo más largo encontramos que el aumento de afiliados entre 2005 y 2013 fue de 45% e implicó un número absoluto de nuevos afiliados de 643.400 personas.

Tras una caída en 2011, los afiliados totales a ASSE han crecido incorporándose unos 54 mil nuevos usuarios y si se compara 2013 con 2010, los afiliados a ASSE crecieron 3,23%. Nuevamente, si se analiza un periodo más largo, se observa que los afiliados de 2013 son 16,2% menos que en 2005 y 2,7% inferiores que en 2007, año de inicio de la reforma del sistema de salud.

Gráfico 7: Evolución del número de usuarios de ASSE

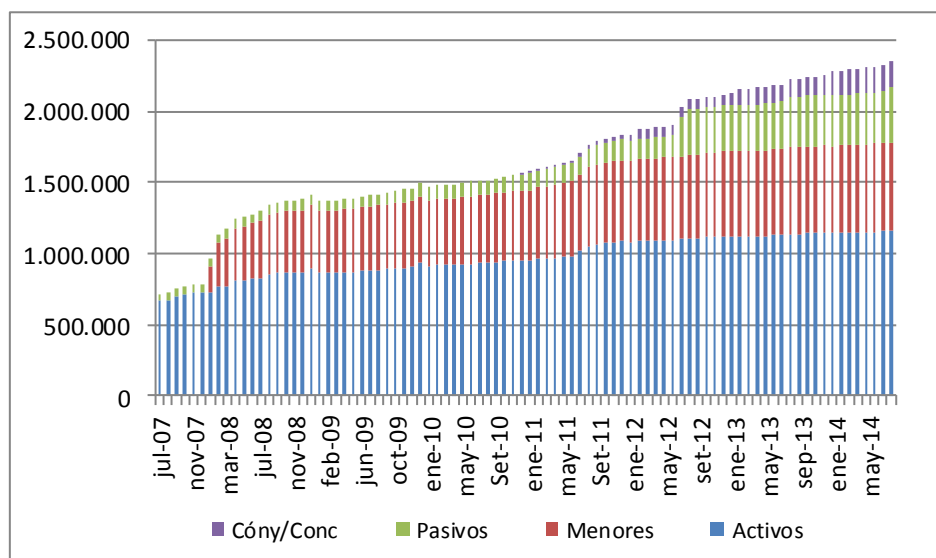


Fuente: Censos Usuarios- SINADI y Departamento de Gestión de la Información de ASSE

2.6 Evolución de afiliados FONASA

Entre enero de 2010 y mayo de 2014, el número de afiliados FONASA creció 61% y alcanzó los 2.360.179.

Gráfico 8: Afiliados FONASA por categoría

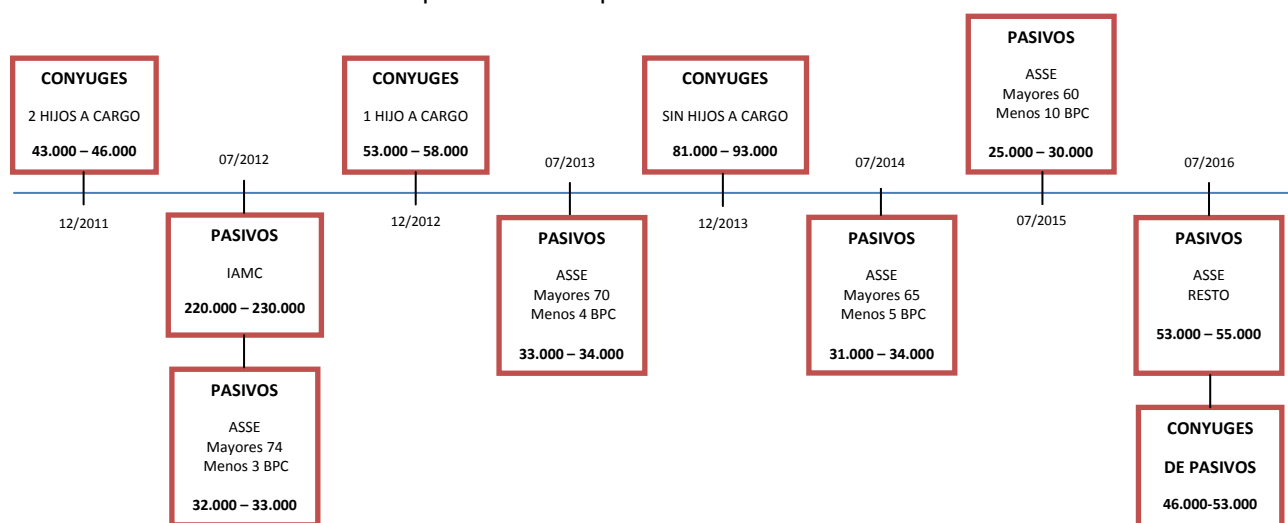


Fuente: BPS

El gráfico permite apreciar la evolución en el tiempo del número de personas incorporadas al FONASA y la composición del total según la condición que genera el ingreso al Seguro Nacional de Salud (SNS). Allí aparecen desagregados los trabajadores activos –privados y públicos–, los menores de 18 años (y mayores con discapacidad a cargo de un trabajador o cónyuge), pasivos y cónyuges o concubinos de trabajadores.

Los usuarios de los servicios de salud afiliados a través del SNS constituían en 2010 el 50% de total y tres años después ese porcentaje alcanzó el 65,5% del total. En el cuadro siguiente se presenta un esquema con la evolución de las incorporaciones de la población al FONASA de la tercera etapa de ingresos de colectivos tal como está previsto en la ley 18.731.

Cuadro 3: Esquema de incorporaciones al FONASA 2011-2016



Fuente: “El camino hacia la Cobertura Universal en Salud en Uruguay” (2012), OPS-OMS / DIGESNIS- DES

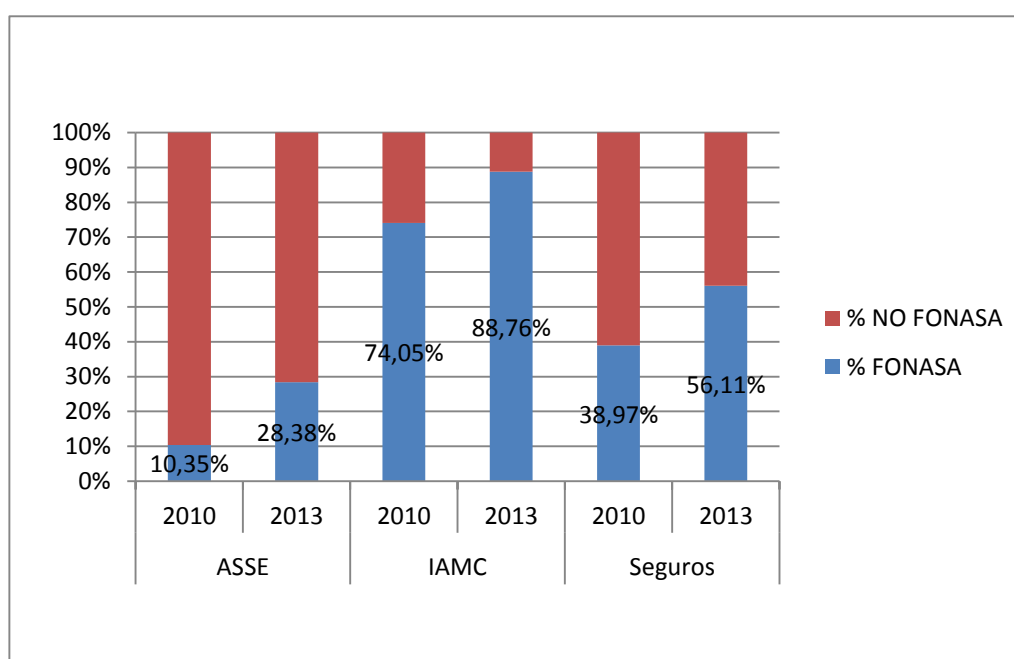
Durante el periodo analizado, se fueron incorporando al SNS jubilados y pensionistas según se encontraran en diciembre 2010 en un prestador privado integral o ASSE y de acuerdo a su edad y nivel de ingresos (desde los de mayor edad y con menores ingresos hasta los de menor edad y de mayores ingresos). El 1° de julio de 2012 se incorporaron jubilados y pensionistas mayores de 74 años, con ingresos que no superaban la suma de 3 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) mensuales. En julio de 2013, ingresaron jubilados y pensionistas mayores de 70 años cuyo ingreso total estaba por debajo de las 4 BPC y en julio de 2014, lo hicieron los mayores de 65 años, con ingresos menores a 5 BPC.

La incorporación al SNS de los profesionales y de las Cajas de auxilio se efectiviza en julio de 2011, a partir de la ley 18.731. Por otro lado, la Ley 18.211 de creación del SNIS establecía a partir de diciembre de 2010 la incorporación de cónyuges o concubinos de trabajadores de acuerdo a la cantidad de hijos a cargo (de más hijos a cargo a menos).

En 2013, el 81,65% tiene cobertura en una IAMC, el 16% en ASSE y el 2,3% restante en los seguros privados. En 2010 el peso relativo de las IAMC era mucho mayor y cercano al 90%. El cambio en los pesos relativos se debe al aumento registrado en ASSE ya que en 2010 daba cobertura sólo al 7,8% de los FONASA.

El gráfico 9 muestra la evolución de los afiliados FONASA dentro del total de los afiliados de cada tipo de prestador, se verifica que han crecido como proporción del total de afiliados tanto en las IAMC, ASSE, como en los seguros privados.

Gráfico 9: Afiliados FONASA – No FONASA por prestador

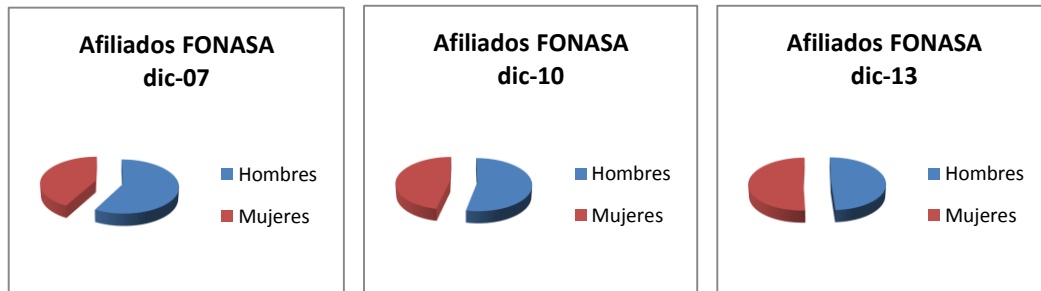


Fuente: Censo de usuarios SINADI

En ASSE se observa que la proporción de afiliados FONASA dentro del total es significativamente más baja en comparación con las IAMC y los Seguros Privados. En 2013, los afiliados FONASA de ASSE que constituyeron 28,38%, frente a 88.76% de las IAMC y 56,11% en los seguros privados.

Como se observa en los gráficos siguientes, entre 2007 y 2013 cambió la composición por sexos de los afiliados FONASA incrementándose la participación femenina en el total. A fines de 2007 las mujeres constituían el 42,1% del total, mientras que en 2010 alcanzaron el 46,6% y a fines de 2013 la proporción de mujeres es de 50,8%.

Gráfico 10: Afiliados FONASA por sexos



Fuente: BPS

3. CÓMO SE UTILIZAN LOS SERVICIOS DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES DEL SNIS

Una mayor demanda de servicios de salud no necesariamente está correlacionada con altas necesidades de atención, ni una mayor utilización está directamente vinculada con una mejor salud. En la utilización de servicios de salud convergen no solo la necesidad de atender enfermedades, sino aspectos económicos, sociales, demográficos y culturales que determinan diferencias en la intensidad con la que diferentes grupos de personas hacen uso de las consultas, estudios, etc.

Al comparar las tasas de utilización entre prestadores o entre regiones, es necesario tener en consideración las características diferentes de la población que se atiende. En este apartado se analizará la evolución que han tenido en estos años algunas variables asociadas al uso de los servicios de acuerdo a la zona geográfica, el tipo de prestador y variables demográficas como edad y sexo.

3.1 Indicadores de atención ambulatoria - Consultas

El promedio de consultas totales al año por afiliado para el conjunto de las IAMC en 2013, fue de 6,8 consultas mientras que en ASSE alcanzó las 4,6 consultas. Esta diferencia es el reflejo fundamentalmente de las diferencias existente en las consultas no urgentes ya que las urgentes son similares en ambos prestadores.

Cuadro 4: Consultas centralizadas y a domicilio por afiliado. Año 2013.

| | IAMC | | | ASSE | | |
|-----------------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Consultas no urgentes | 5,6 | 5,7 | 5,7 | 3,1 | 3,6 | 3,3 |
| Consultas urgentes | 1,3 | 0,9 | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 1,3 |
| Total consultas | 6,9 | 6,7 | 6,8 | 4,5 | 4,9 | 4,6 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Los valores menores que se observan en el prestador público pueden explicarse porque en ASSE algunas consultas del proceso de atención son realizadas por técnicos no médicos y no son incluidas en lo que se informa al SINADI Asistencial⁶. Otra posible explicación es la no existencia dentro de ASSE en la mayor parte del país de consultas a domicilio (informan consultas en Montevideo y unas pocas consultas en algún departamento más), pero también podría explicarse por un subregistro⁷.

Como se observa en el gráfico siguiente, las consultas totales en las IAMC son mayores que en ASSE. Tanto en ASSE como en las IAMC, se repite a grandes rasgos la misma distribución entre regiones. La región Oeste presenta los mayores valores, seguida por la región Este, y luego las Sur y Norte en ese orden. Sin embargo, al mirar la evolución que han tenido las consultas entre 2010 y 2013 dentro de cada región y para los dos grandes prestadores, no se observa un patrón único, por lo que es difícil hablar de un “comportamiento regional”.

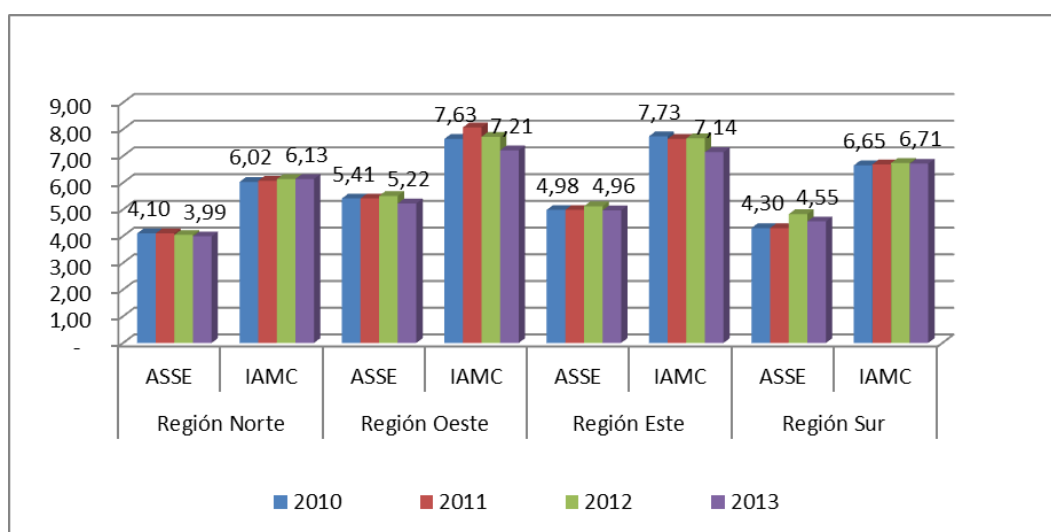
⁶ Un ejemplo de ellos son las consultas de control de embarazo realizadas por parteras obstetras

⁷ Esta consideración se aplica en general a todos los indicadores descritos en este informe

Si analizamos separadamente las consultas urgentes y no urgentes, encontramos que las no urgentes, por su mayor peso relativo, explican la distribución observada en las consultas totales. Las consultas urgentes por afiliado no han tenido entre 2010 y 2013 una trayectoria marcada ya que en algunas regiones el indicador cae –es el caso de la región norte de ASSE y región este de IAMC región - y en otras sube –regiones este de ASSE y sur de las IAMC-.

En las consultas urgentes, se observan bajos valores de las IAMC de la región sur, probablemente relacionado con la fuerte presencia de las Emergencias Móviles en esa región, que satisfacen parte de la demanda de las consultas urgentes en domicilio⁸.

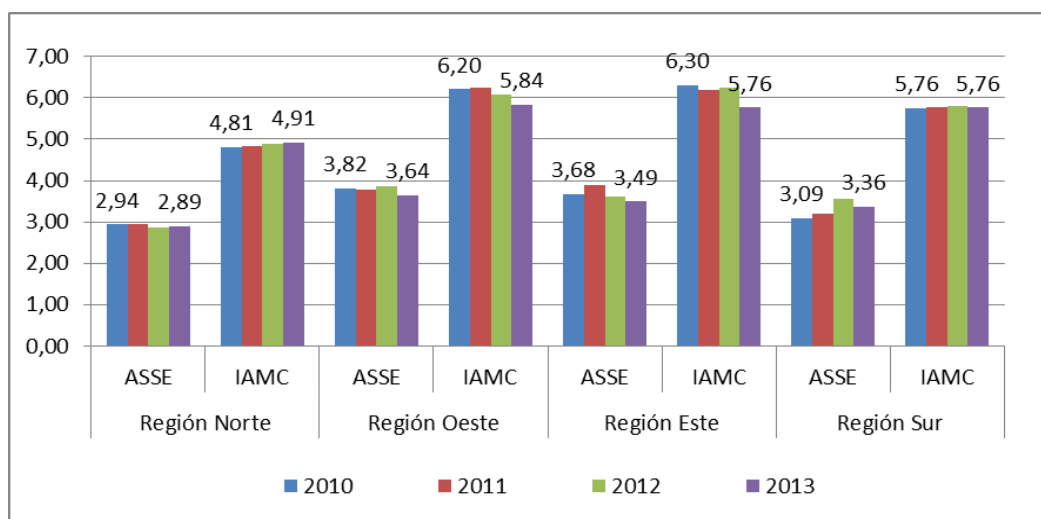
Gráfico 11: Consultas totales por afiliado por año ASSE- IAMC por regiones



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

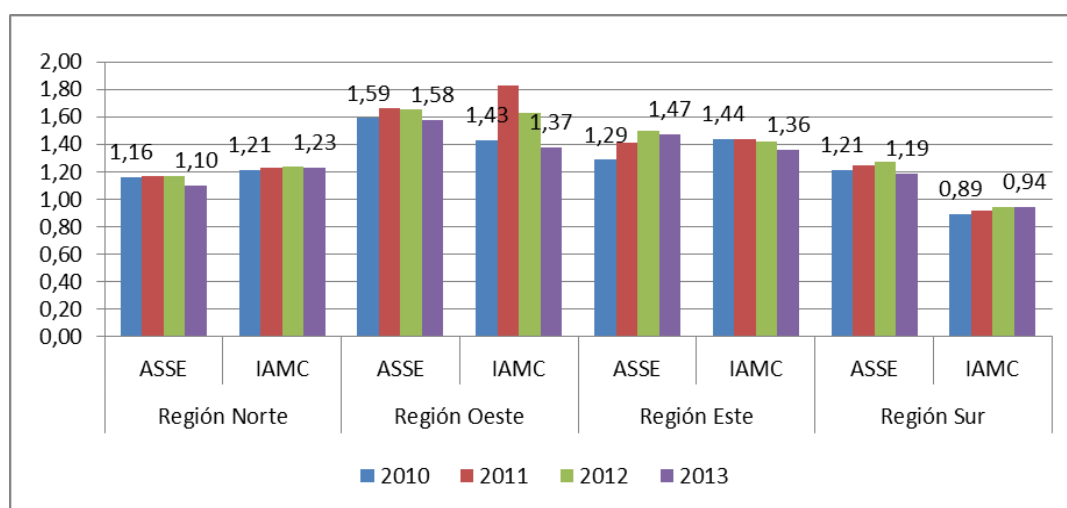
⁸ La caída de las consultas urgentes en la región Oeste de las IAMC -que explica la caída de las consultas totales-, obedece a la fuerte disminución que muestran los valores de este indicador en la Asociación Médica de Soriano en donde pasó de 4,6 consultas urgentes por afiliado por año en 2011 a 1,5 en 2013. De todas formas, dado que el dato es una observación numéricamente distante del resto es probable que el valor del año 2011 esté sobrevaluado por errores en la registración o el procesamiento de la información.

Gráfico 12: Consultas no urgentes por afiliado por año ASSE- IAMC por regiones



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Gráfico 13: Consultas urgentes por afiliado por año ASSE- IAMC por regiones



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

3.2 Indicadores de atención en internación - Indicadores de estructura

Los datos que se presentan en la tabla siguiente corresponden al promedio de camas disponibles informadas por el sector durante el ejercicio 2011. Se incluyen aquí las camas propias de cada institución, estén destinadas a afiliados propios o a terceros, según nivel de cuidados.

Cuadro 5: Camas disponibles por nivel de cuidados. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|---|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Camas disponibles en cuidados básicos | 0 | 42 | 42 | 1.139 | 286 | 1.425 |
| Camas disponibles en cuidados moderados | 1.365 | 2.068 | 3.433 | 2.441 | 1.684 | 4.125 |
| Camas disponibles en CTI-CI | 194 | 429 | 624 | 72 | 114 | 185 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Durante el ejercicio 2013 el sector de las IAMC contó en total con 3.433 camas de Cuidados Moderados, de las cuales 40% se ubican en instituciones del Interior y 60% en instituciones de Montevideo. ASSE totaliza 4.125 camas en todo el país, con una relación inversa, 60% en el interior y 40% en Montevideo, lo que es consistente con la distribución de sus usuarios. El 74% de los usuarios de ASSE son del interior del país.

Las camas de CTI/CI de las IAMC fueron 624 en todo el país, presentando aún una mayor concentración en la capital, siendo la distribución en este caso de 31% en el interior y 69% en Montevideo. ASSE cuenta con 185 camas, de las cuales el 39% está en el Interior, y el 61% en Montevideo.

En el caso de las IAMC, la disponibilidad de camas por afiliado es de 1,6 camas de Cuidados Moderados cada mil afiliados y de 0,29 camas de CTI-CI cada mil afiliados. En el caso de CTI-CI, se registra una mayor disponibilidad de camas por afiliado en Montevideo respecto al Interior (0,34 vs. 0,21 camas cada mil afiliados respectivamente), aunque esta diferencia ha disminuido respecto de años anteriores. Por otra parte, la distribución de las camas de Cuidados Moderados en Montevideo e interior, es similar.

ASSE tiene una disponibilidad global en Cuidados Moderados de 3,4 camas cada mil afiliados, con una mayor concentración en Montevideo (5,1) respecto al interior (2,7) porque es la capital del país donde se encuentran los hospitales de mayor nivel de complejidad. Aun así, la mayor disponibilidad de ASSE en el interior (2,7) respecto a las IAMC (1,6), unida a su bajo porcentaje ocupacional (53%), puede sugerir una capacidad sobredimensionada.

La disponibilidad total de CTI-CI de ASSE alcanza las 0,15 camas cada mil usuarios y también están más concentradas en Montevideo (0,34 contra 0,08 camas cada mil usuarios del interior). Contrario a lo que sucede con Cuidados Moderados, la baja disponibilidad en el interior respecto a las IAMC junto al alto porcentaje ocupacional, indican recursos propios insuficientes, lo que se evidencia en la necesidad de ASSE de contratar CTI-CI a demanda.

En la modalidad alternativa de internación de Cuidados Básicos⁹ las IAMC cuentan con 42 camas, correspondientes a una única institución de Montevideo. ASSE en tanto cuenta con 1.425 camas, de las cuales 1.139 se encuentran en el interior, fuertemente concentradas en San José (974 camas), por la presencia de instituciones de atención de pacientes psiquiátricos crónicos (Colonias Santín C. Rossi y Etchepare).

⁹ Se considera como Cuidados Básicos aquellos sectores de internación específicamente diseñados y destinados a tal fin, tales como sector destinado a adultos mayores de alto riesgo, o pacientes geriátricos, o sectores destinados específicamente a cuidados paliativos, a los que se les haya asignado un número de camas de dotación predefinido.

3.3 Indicadores de utilización en internación - Egresos

A continuación se presentan los indicadores de uso en Cuidados Moderados, CTI-CI e Internación Domiciliaria. Esta última, es una modalidad alternativa que se encuentra extendida entre las instituciones prestadoras del Sistema Nacional Integrado de Salud¹⁰.

En el ejercicio 2013 se registraron para las IAMC de Montevideo más egresos de Internación Domiciliaria y de CTI-CI respecto de las IAMC del Interior y menos de Cuidados Moderado. Al igual que con las camas disponibles, en ASSE los egresos son mayores en Montevideo en todas las modalidades. Además, en ASSE existe en CTI-CI una mayor concentración de los egresos en Montevideo –la proporción respecto al interior es de 4 a 1- en relación a la concentración que se da en el indicador camas disponibles (la relación es 1,6 a 1). Según información de ASSE, este hecho puede responder a que existe un subregistro de egresos de CTI-CI en el interior.

Cuadro 6. Egresos por nivel de cuidados. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|--|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Internación Domiciliaria ¹¹ | 11,3 | 12,7 | 12,1 | 0,1 | 2,4 | 1 |
| Cuidados Moderados | 117,5 | 96,6 | 105,3 | 112,4 | 147,7 | 122 |
| CTI - CI | 7,3 | 10,4 | 9,8 | 3,4 | 13,1 | 6 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

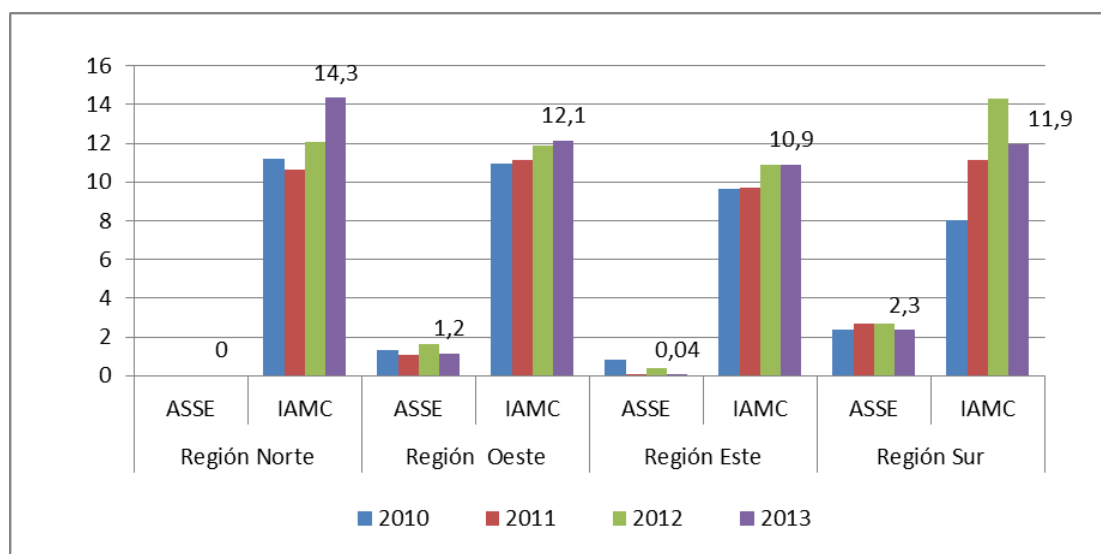
Considerando los distintos grupos de instituciones según la regionalización de ASSE, se puede observar:

1. En Internación Domiciliaria existe un comportamiento claramente diferenciado entre las IAMC y ASSE como reflejo de un bajo desarrollo de esta modalidad ASSE que se limita a Montevideo, Maldonado y San José. En el caso de las IAMC, la Región Sur muestra un pico en el año 2012 que se debe al marcado aumento en 2011 al 2012 que presentaron las tres instituciones de mayor población afiliada. La Región Norte a su vez muestra un aumento en el 2013, que también se debe al comportamiento de una institución.

¹⁰ Durante el ejercicio 2013, 35 de las 38 IAMC contaban con dicha modalidad.

¹¹ En el caso de la internación domiciliaria solo se consideran para el cálculo los afiliados a las instituciones que tienen esa modalidad de internación.

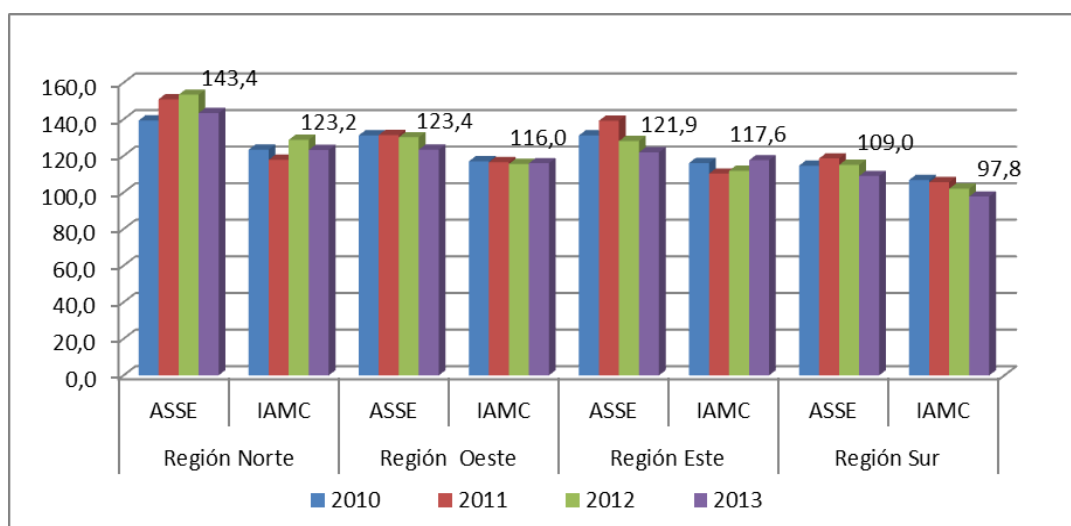
Gráfico 14: Egresos en Internación Domiciliaria por mil afiliados



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

- En Cuidados Moderados se observa menor dispersión de los datos, y una relación inversa respecto a Internación Domiciliaria, es decir, valores mayores en ASSE que en las IAMC, más allá que algunos grupos regionales de las IAMC y de ASSE se superponen debido a la variabilidad dentro de cada sector. Puede observarse además que en ambos sectores la región Norte se mantiene en los mayores valores y la región sur muestra los menores.

Gráfico 15: Egresos en Cuidados Moderados por mil afiliados



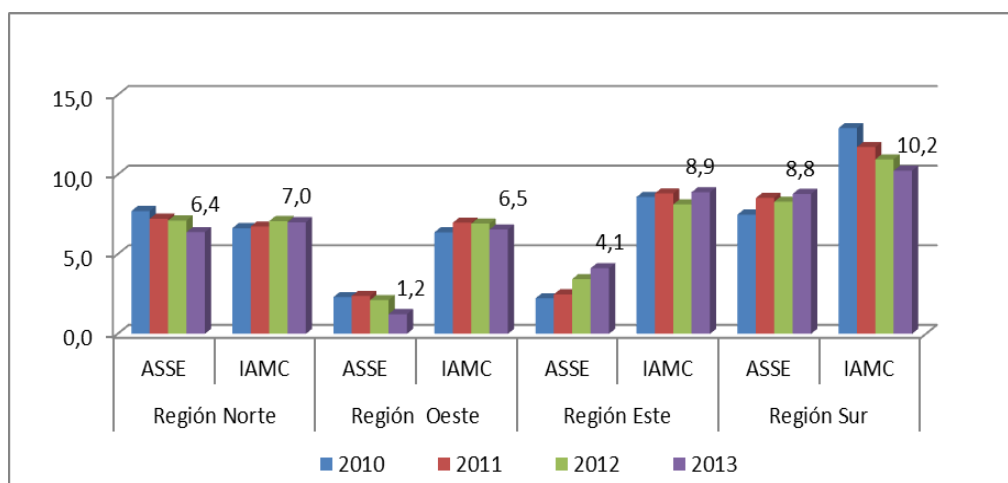
Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

- En CTI-CI se observa que las regiones Norte, Oeste y Este de las IAMC comparten la franja de valores entre 6 y 9 egresos por mil afiliados por año, con las regiones sur y norte de ASSE.

La región sur de las IAMC se encuentra en los valores más altos, aunque se observa a lo largo del período una tendencia decreciente. Esta mayor utilización refleja el comportamiento de dos instituciones que se encuentran dentro de los grupos con mayor índice de envejecimiento, cuyos valores a lo largo del período prácticamente duplican el valor más alto de las demás instituciones.

Las regiones Este y Oeste de ASSE muestran los valores más bajos, la primera en ascenso y la segunda en descenso.

Gráfico 16: Egresos CTI por mil afiliados por año



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

3.4 Días de hospitalización (DCO)

Durante el ejercicio 2013 las IAMC registran 473 DCO cada mil afiliados por año en Cuidados Moderados y 63 DCO en CTI-CI y es mayor en las IAMC de Montevideo que en las del interior. En el primer caso, la mayor cantidad de DCO no acompaña, como se vio anteriormente, a un mayor número de egresos, mientras que en el caso de CTI-CI, egresos y DCO, sí.

En Internación Domiciliaria en cambio las instituciones del interior registran un indicador más alto de DCO por mil afiliados que en las de Montevideo. De todas manera hay que tener en cuenta que en esta modalidad de internación, el indicador presenta gran variabilidad entre instituciones debido a las diferencias en el tipo de pacientes ingresados en los servicios de internación domiciliaria y de acuerdo a cómo están implementados dichos servicios.

ASSE muestra valores llamativamente altos en Cuidados Moderados de Montevideo (casi tres veces los valores de ASSE interior e IAMC de todo el país) a lo largo del período, en parte por una mayor cantidad de egresos, pero sobre todo por concentrar en Montevideo los hospitales de referencia nacional con pacientes que requieren internaciones más prolongadas¹².

¹² Sin embargo, de acuerdo a información aportada por ASSE, el peso relativo de este fenómeno es escaso, ya que los casos enviados al área metropolitana no superan el 5 - 10%.

En CTI-CI, ASSE tiene valores menores a las IAMC en el Interior y mayores en Montevideo. Eso determina una mayor concentración de la demanda en Montevideo lo que seguramente está explicado también por la concentración de hospitales de referencia en la capital y adicionalmente por el efecto del subregistro de las internaciones en CTI-CI contratadas a demanda que ya fuera mencionado.

La Internación Domiciliaria de ASSE muestra, al igual que en las IAMC, valores mayores en el interior que en Montevideo, lo que se debe a los altos valores de días de hospitalización en internación domiciliaria informados en el departamento de San José lo que seguramente no corresponda al concepto de internación domiciliaria, sino a pacientes que se encuentran desinstitucionalizados en domicilios de cuidadores particulares y son informados en dicha modalidad.

Cuadro 7: Días cama ocupados por nivel de cuidados. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|--------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Internación Domiciliaria | 157,3 | 113,4 | 132,2 | 81,9 | 29,5 | 67,7 |
| Cuidados Moderados | 428,4 | 503,4 | 472,8 | 522,5 | 1.463,20 | 779,1 |
| CTI - CI | 45,9 | 74,3 | 62,6 | 26,9 | 111 | 49,8 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

3.5 Indicadores de desempeño de camas

El promedio de estadía para las IAMC en 2013 de 4,6 días de internación en Cuidados Moderados, 6,5 días en CTI-CI y 11 días en Internación domiciliaria. Estos valores se han mantenido relativamente constantes desde años anteriores.

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

En ASSE a nivel país se observan promedios de estadía de 6,5 días en Cuidados Moderados, 7,5 días en CTI-CI y 37,2 días en Internación Domiciliaria. Son valores mayores a los de las IAMC en todos los grupos. Sin embargo, en CTI-CI el promedio de estadía de Montevideo (6,7) es menor al del Interior (8,6), lo que puede estar relacionado, entre otros factores, a una mayor presión de demanda en Montevideo y a dificultades en la coordinación de traslados que prolonguen las estadías en CTI-CI del Interior.

En particular, llaman la atención los valores de ASSE en internación domiciliaria en el interior, con un promedio de estadía de 305 días. Esto obedece, seguramente a los casos ya mencionados, que son registrados en esta modalidad en el departamento de San José (pacientes que se encuentran desinstitucionalizados en domicilios de cuidadores particulares).

Cuadro 8: Promedio de estadía según nivel de cuidado. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|--------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Internación Domiciliaria | 14,5 | 8,6 | 11 | 305,3 | 11,2 | 37,2 |
| Cuidados Moderados | 3,9 | 5,2 | 4,6 | 4,8 | 9,9 | 6,5 |
| CTI - CI | 5,7 | 6,9 | 6,5 | 8,6 | 6,7 | 7,5 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

El porcentaje ocupacional en las IAMC se ubica en el año 2013 -para Cuidados Moderados- en 73% para Montevideo y 62% para el Interior, mientras que en CTI-CI es de 57% y 43% respectivamente. Si se consideran los DCO por terceros, el indicador aumenta en aquellas instituciones que desarrollan venta de servicios y pasan a 79% y 63 % en Cuidados Moderados y 67% y 60% para CTI-CI. El porcentaje ocupacional en las IAMC del Interior es menor que en las IAMC de Montevideo, tanto en Cuidados Moderados, como en CTI-CI, ya que a pesar de tener un menor número de Días Cama Disponibles tienen aún menos Días Cama Ocupados, lo cual se refleja en un porcentaje ocupacional más bajo.

En ASSE, el porcentaje ocupacional en Cuidados Moderados está más polarizado entre Montevideo (79%) y el Interior (53%). En CTI-CI, sin embargo, los valores son similares (86% en Montevideo contra 85% en el Interior), como consecuencia de una menor disponibilidad de camas respecto a las IAMC, lo que probablemente se vincule con una utilización intensiva del recurso y la necesidad de contratación de servicios a terceros en momentos de mayor demanda.

En promedio y para 2013, los sectores de Cuidados Moderados del Interior -tanto de las IAMC como de ASSE- registran porcentajes ocupacionales por debajo de los parámetros de eficiencia del recurso cama (75%)¹³.

Cuadro 9: Porcentaje Ocupacional según nivel de cuidados. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|--------------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Cuidados Moderados | 61,7 | 73,3 | 68,8 | 53 | 78,7 | 63,5 |
| CTI - CI | 43,1 | 57,2 | 52,5 | 84,8 | 86,4 | 85,8 |

| Porcentaje Ocupacional con Días Cama Ocupados por Terceros | IAMC | | | ASSE | | |
|--|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Cuidados Moderados | 62,7 | 78,7 | 72,4 | 53,1 | 78,7 | 63,6 |
| CTI - CI | 59,8 | 70,8 | 67,2 | 84,8 | 86,4 | 85,8 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

3.6 Indicadores de Centro Quirúrgico

Durante 2013 las cirugías con utilización de Block Quirúrgico registradas en las IAMC del país, correspondió a 70 intervenciones por mil afiliados por año, con una proporción de 70% coordinadas y 30% de urgencia que se viene observando en años anteriores.

¹³ Lo mismo se puede decir respecto de CTI-CI de las IAMC en el interior.

En ASSE se observa un total más bajo: 43 intervenciones por mil afiliados por año. Sin embargo, se verifica una mayor concentración en Montevideo.

Cuadro 10: Intervenciones quirúrgicas coordinadas y urgentes por mil afiliados. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|--------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| IQ coordinadas con internación | 31,5 | 25,3 | 27,9 | 10,9 | 26 | 15 |
| IQ coordinadas ambulatorias | 16,5 | 21,7 | 19,6 | 5,9 | 18,1 | 9,2 |
| IQ coordinadas total | 48 | 47,1 | 47,5 | 16,7 | 44,2 | 24,2 |
| IQ urgentes | 20 | 23,4 | 22 | 13,6 | 32,8 | 18,8 |
| IQ Totales | 68,1 | 70,5 | 69,5 | 30,3 | 76,9 | 43 |

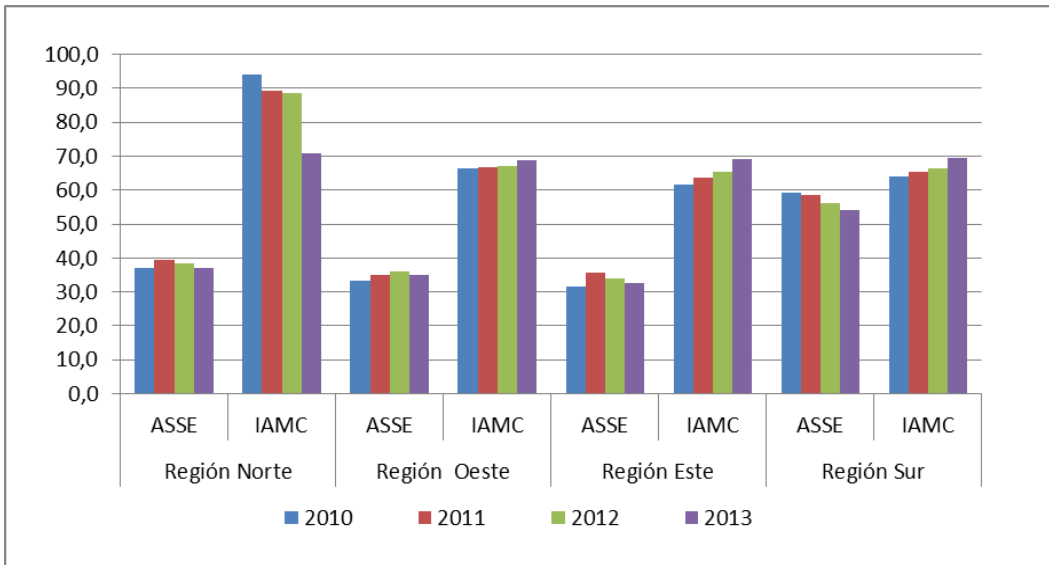
Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

En relación con los grupos de instituciones según regionalización de ASSE, puede observarse que la distribución de las cirugías de ASSE entre sus distintas regiones refleja el mayor peso relativo de Montevideo. En efecto, la región sur muestra valores sensiblemente mayores (60 cirugías por mil afiliados por año, en leve descenso) que las otras tres regiones, que se agrupan en el rango de 30 a 40 cirugías, sin mayores variaciones durante el período. Esta distribución se observa tanto en cirugías urgentes como coordinadas, aunque es más evidente en las coordinadas, lo cual es esperable por su mayor peso relativo, y probablemente esté relacionado con los mismos factores mencionados en los servicios de internación, a lo que se agregaría, según información aportada por ASSE, un menor acceso a las cirugías coordinadas en el interior.

En cuanto a las IAMC, las distintas regiones muestran comportamientos muy similares, en el rango de 60 a 70 cirugías con una leve tendencia al aumento, a excepción de la región Norte, que mostró valores sensiblemente mayores entre 2010 y 2012, bajando bruscamente a valores similares al resto de los grupos en el ejercicio 2013. El cambio en 2013 responde a una institución, que en el año 2012 realizó una serie de consultas al SINADI relativas a criterios de registro, y que a consecuencia de ello a partir de setiembre/2012 ajustó los mismos¹⁴. Nuevamente, los valores de cirugías coordinadas se asemejan a los de las totales, en tanto las urgentes muestran valores relativamente menores y más constantes.

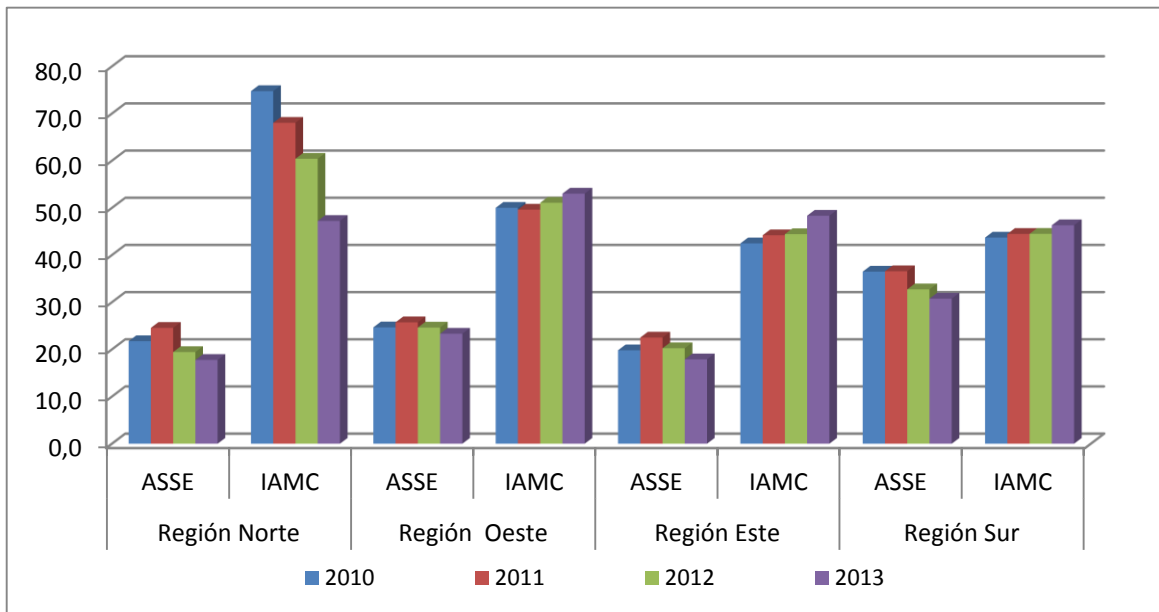
¹⁴ Por lo tanto, es legítimo deducir que los valores previos estaban sobredimensionados, y que el valor de 2013 (similar al de las demás regiones) es el más confiable.

Gráfico 17: Intervenciones quirúrgicas totales por región y año.



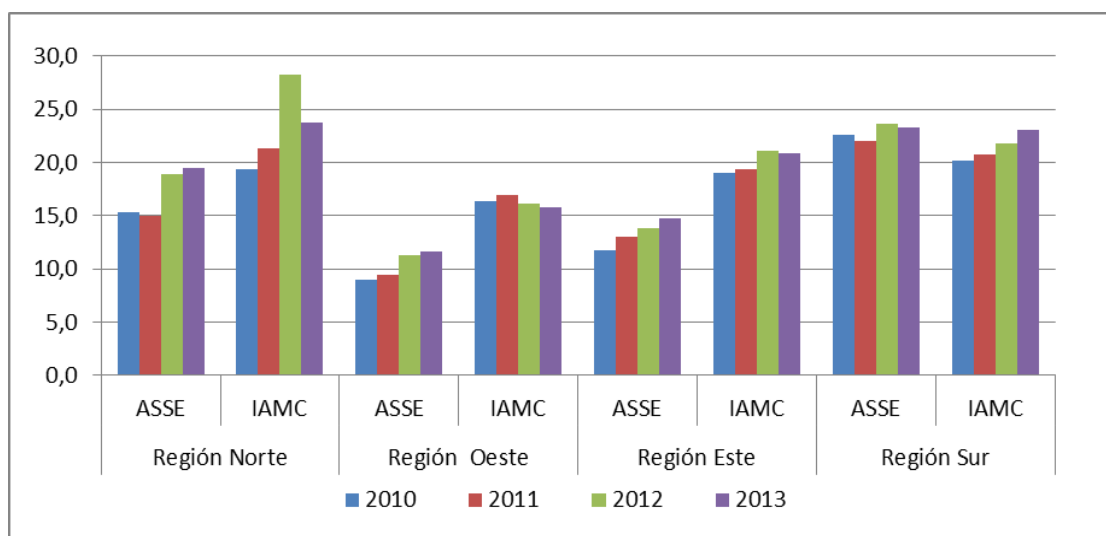
Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Gráfica 18: Intervenciones quirúrgicas coordinadas por región y año



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Gráfica 19: Intervenciones quirúrgicas urgentes por región y año. IAMC y ASSE



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

3.7 Indicadores de utilización de servicios de diagnóstico

Con relación a los exámenes de laboratorio, la media registrada en el grupo IAMC en 2013, es de 5,9 estudios por afiliado por año, algo mayor al año 2012 (5,0), sin mayores diferencias entre Montevideo e Interior, y con una proporción de alrededor del 85% de estudios ambulatorios.

ASSE, en tanto, presenta una media global similar (5,2 estudios por afiliado por año), aunque con un mayor uso en Montevideo que en el Interior. A su vez, dentro de Montevideo el peso relativo de la Internación es mayor que en el resto de los grupos, lo que es compatible con la concentración en Montevideo de los hospitales de mayor complejidad.

Se mantiene la tendencia levemente creciente de los estudios de laboratorio, ya observada en los últimos años tanto en las IAMC como en ASSE, fundamentalmente a expensas de los estudios ambulatorios.

Cuadro 11: Exámenes de laboratorio por afiliado. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|-------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Atención ambulatoria | 4,8 | 5 | 4,9 | 3,6 | 5 | 4 |
| Internación | 0,7 | 1 | 0,9 | 0,7 | 2,1 | 1,1 |
| Total exámenes de laboratorio | 5,5 | 6,1 | 5,9 | 4,4 | 7,4 | 5,2 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Para los exámenes de radiología convencional, el grupo IAMC tiene un valor global país de 0,43 estudios por afiliado por año, similar en Montevideo e Interior y con la misma proporción

Ambulatoria / Internación que para el laboratorio. La tendencia decreciente observada en las IAMC en los últimos años no continuó en el año 2013.

ASSE presenta un valor global de 0,39 estudios por afiliado por año, con las mismas características que el laboratorio (mayor concentración en Montevideo, y dentro de éste, mayor peso relativo de la Internación que en los otros subgrupos). Sus valores permanecen relativamente estables.

Cuadro 12: Exámenes de radiología por afiliado. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Atención ambulatoria | 0,39 | 0,36 | 0,37 | 0,29 | 0,38 | 0,31 |
| Internación | 0,05 | 0,06 | 0,05 | 0,02 | 0,09 | 0,04 |
| Total ex de radiología | 0,44 | 0,43 | 0,43 | 0,32 | 0,55 | 0,39 |

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

En la tabla se presenta el número de ecografías, ecodoppler, TAC, RNM y endoscopias que las instituciones realizan en promedio en el año cada mil afiliados. Como en otros años, se observa una clara heterogeneidad en la utilización de estos servicios al interior de estos promedios, tanto entre las IAMC, como entre los departamentos de ASSE.

En cuanto a la distribución entre Montevideo y el Interior, a lo largo del tiempo las IAMC no han mostrado grandes diferencias, salvo en el caso de las Resonancias Nucleares Magnéticas, donde el grupo Montevideo ha registrado un indicador ostensiblemente mayor que el del Interior, posiblemente vinculado a una mayor accesibilidad geográfica, dada la concentración de los Resonadores en la capital del país.

ASSE en cambio, además de valores menores a las IAMC, muestra diferencias regionales en el uso de todos los procedimientos observados, con una mayor utilización en Montevideo, reflejando el efecto de los factores ya mencionados (concentración de los hospitales de mayor complejidad, a lo que se suma la mayor disponibilidad de equipamiento en Montevideo).

Cuadro 13: Estudios por mil afiliados por año. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|-------------|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Ecografías | 284,7 | 245,5 | 261,7 | 158,4 | 245,6 | 182,2 |
| Ecodoppler | 27,6 | 38,8 | 34,2 | 18,8 | 23,2 | 20 |
| TAC | 80,4 | 70,8 | 74,8 | 35,44 | 109,2 | 55,6 |
| RNM | 12,7 | 19,9 | 16,9 | 5,2 | 10,1 | 6,5 |
| Endoscopías | 28,5 | 27,1 | 27,7 | 11,3 | 25,8 | 15,3 |

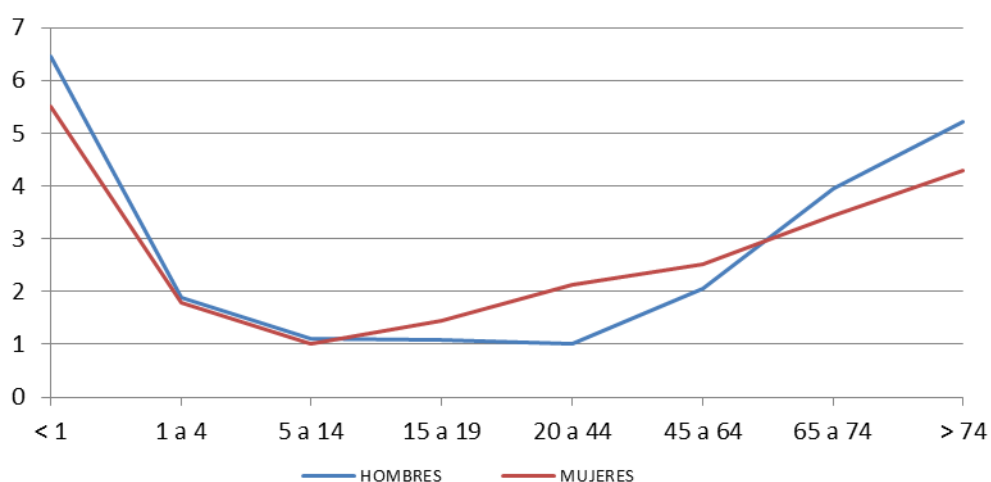
Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud - DIGESNIS

3.8 Análisis por edad y sexo de las consultas y los DCO

El gasto en salud cambia según las necesidades de los individuos y estas necesidades dependen de características personales como la edad, el sexo, la morbilidad y las circunstancias sociales. Si bien no existe un predictor “ideal” del riesgo inherente a la atención de la salud, variables como edad y sexo son factores importantes en las variaciones del gasto.

La reforma de la salud, introdujo cambios en las formas de pago a los prestadores. En particular el pago de cápitas busca ajustar lo que reciben los prestadores al riesgo implícito de la población que atiende. El cálculo de las cápitas surge de cruzar información asistencial -tasas de utilización por producto- e información de costos de la provisión de los servicios. Por ende, conocer la utilización por sexo y edad es relevante. El siguiente gráfico representa la estructura relativa de cápitas vigente.

Gráfica 20: Estructura vigente de cápitas relativas



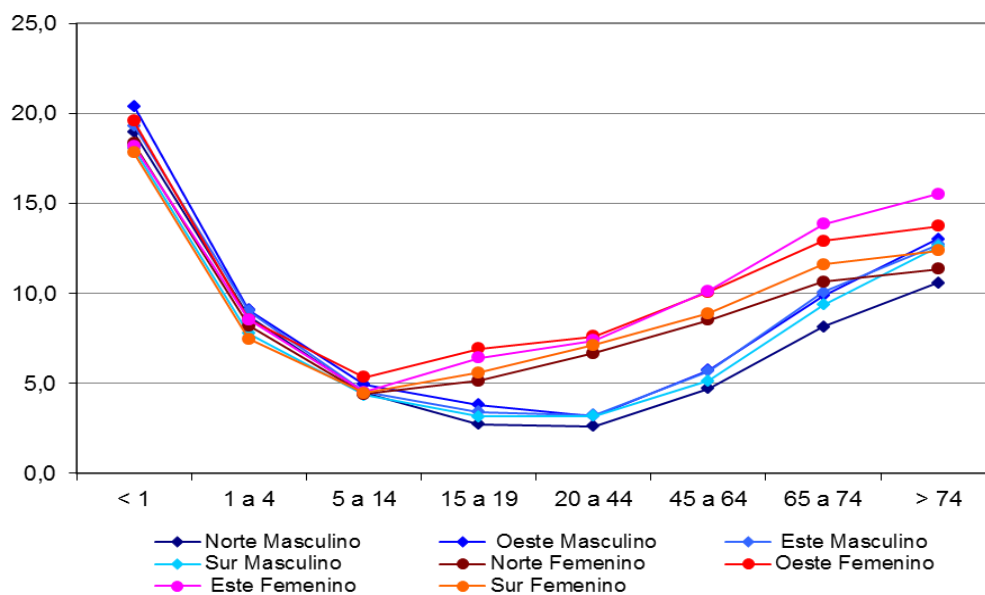
Fuente: Área Economía de la Salud - DIGESNIS

A continuación se presentan las consultas totales por afiliado correspondientes al ejercicio 2013 por edad y sexo. Como era esperable, se observa una mayor frecuencia de utilización en los menores de 1 año (que tienen controles en salud pautados), y los mayores de 74 años en ambos sexos.

Por otro lado, la distribución por sexo muestra que hasta los 14 años las consultas mantienen una proporción similar en ambos sexos, y a partir de los 15 y hasta los 74 años, se observa una mayor utilización en el sexo femenino. Este patrón de utilización según edad y sexo se presenta de igual manera en los distintos grupos y regiones de IAMC¹⁵.

¹⁵ No se grafica el comportamiento de ASSE ya que el alto peso relativo de la categoría “sin discriminar por edad” invalida los datos discriminados.

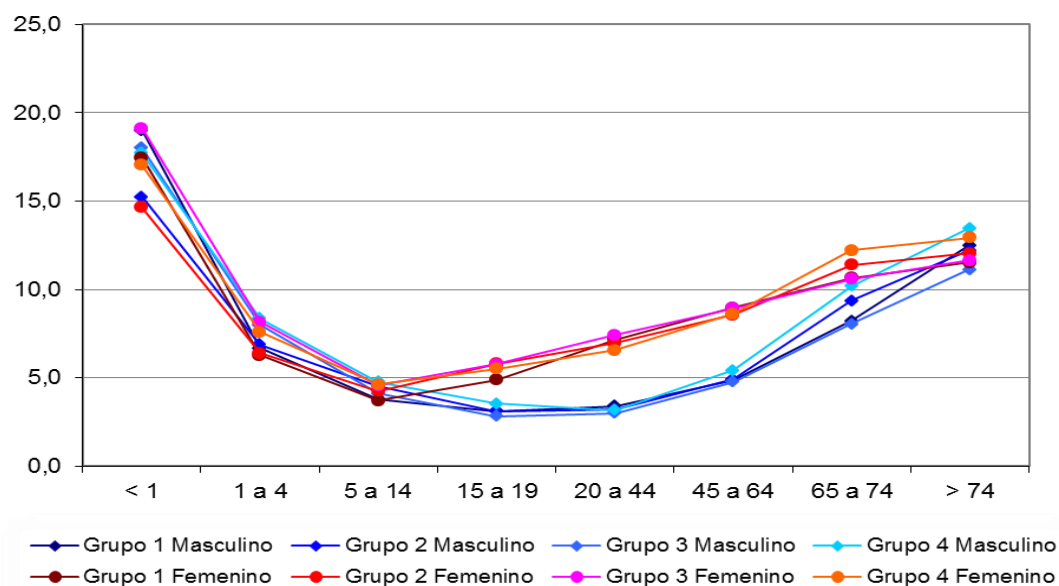
Gráfica 21: Consultas totales por afiliado según rango de edad y sexo. Total IAMC por regiones. Ejercicio 2013



Fuente: Área Economía de la Salud - DIGESNIS

Los tramos etarios mayores a 15 años de ambos sexos de la Región Norte son los que presentan una menor utilización de consultas.

Gráfica 22: Consultas totales por afiliado por año según rango de edad y sexo. Grupos IAMC Montevideo. Ejercicio 2013



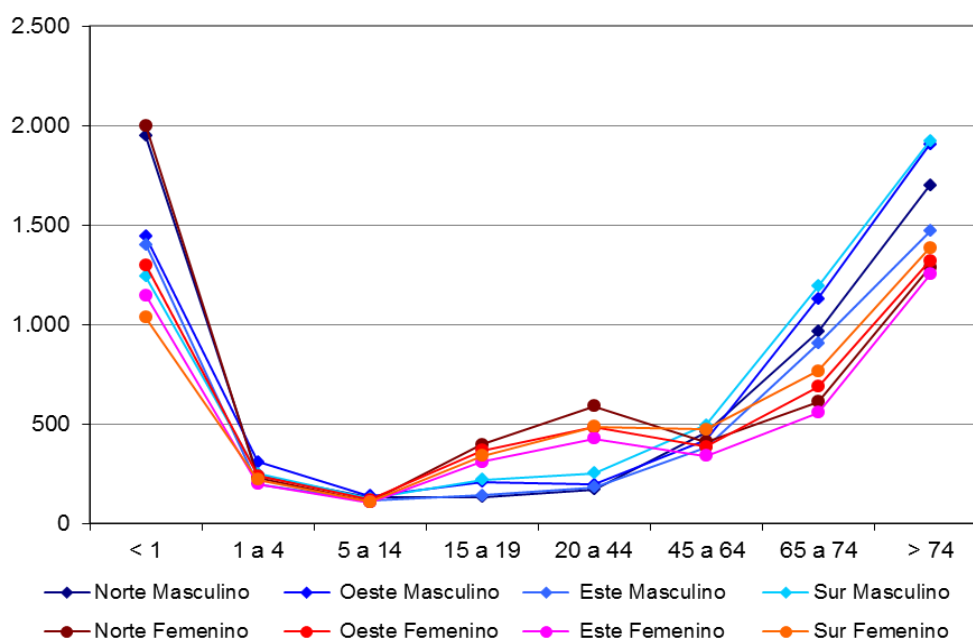
Fuente: Área Economía de la Salud - DIGESNIS

La utilización de las consultas en los grupos de Montevideo es mucho más homogénea que cuando se analiza por regiones. Gráficamente se observa claramente que las líneas están superpuestas en casi todos los tramos etarios. La diferencia la marcan los hombres y mujeres del Grupo 4, que es el que reúne a las instituciones de mayor tamaño y con mayor índice de envejecimiento.

El siguiente gráfico muestra la distribución de los Días Cama Ocupados en cuidados moderados según grupos de edad y sexo por regiones y para los grupos definidos en las IMAC de la capital.

Al igual que en las consultas, y como es esperable, la mayor utilización se registra para ambos sexos en los mayores de 74 años tras un incremento a partir de los 65 años. Asimismo se observa pico de utilización entre los menores de 1 año y entre las mujeres en edad reproductiva, principalmente en las que tienen entre 20 y 44 años.

Gráfica 23: DCO Cuidados Moderados por mil afiliados por año según rango de edad y sexo. Total IAMC por regiones. Ejercicio 2013

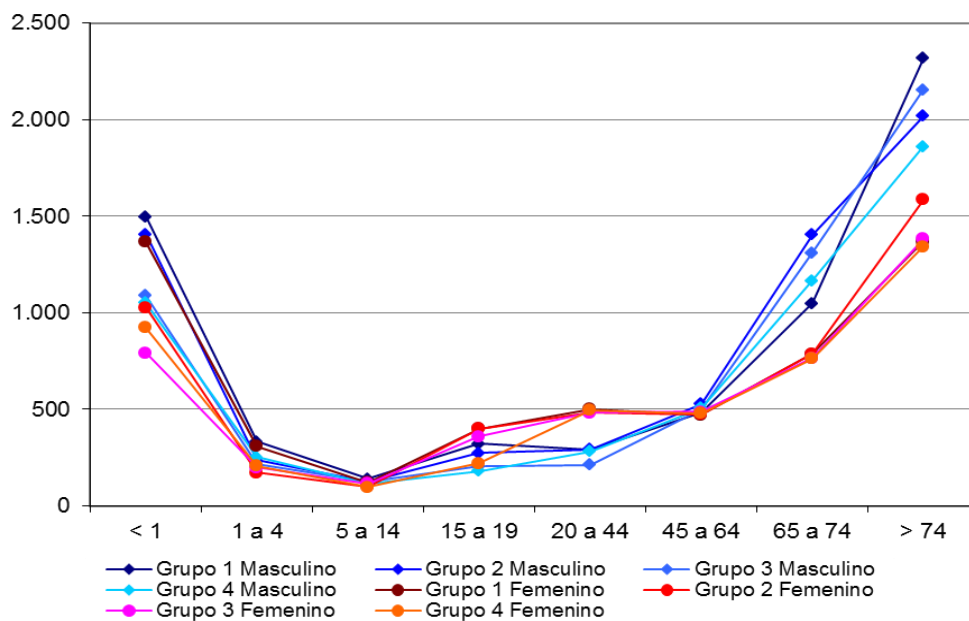


Fuente: Área Economía de la Salud - DIGESNIS

La utilización de DCO en CM de las niñas y niños de la Región Norte se ubica muy por encima de las demás. En el otro extremo del ciclo de vida son los usuarios de ambos sexos de la región sur y los varones del Oeste los que utilizan más días cama en cuidados moderados que el resto.

En el análisis por grupos de la capital, las mayores diferencias se dan este caso en los varones de los tramos de los extremos. En particular, los menores de 1 de los grupos 1 y 2 y los mayores de 74 del grupo 1. (menos de 100 mil afiliados e índice de envejecimiento menor a 0,8)

Gráfica 24: DCO Cuidados Moderados por mil afiliados según rango de edad y sexo. Grupos IAMC Montevideo. Ejercicio 2013



Fuente: Área Economía de la Salud - DIGESNIS

4. INGRESOS Y GASTOS DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES PÚBLICOS: ASSE, SANIDAD MILITAR, SANIDAD POLICIAL Y HOSPITAL DE CLÍNICAS

4.1 Administración de los Servicios de Salud del Estado

El análisis de las cifras económico – financieras de ASSE se realiza a partir de los datos sobre gastos e ingresos de las rendiciones de cuentas de la Administración Central que publica en su página web la Contaduría General de la Nación (CGN). Asimismo, se utilizó información suministrada por ASSE correspondiente a la ejecución presupuestal del año 2013.

4.1.1 Evolución de los ingresos de ASSE

ASSE financia sus actividades a partir de dos fuentes de ingresos. En primer lugar las partidas provenientes del presupuesto nacional –Rentas Generales, Recursos de Afectación Especial y los fondos provenientes de préstamos internacionales- y en segundo, los ingresos provenientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA) por sus componentes de cápitas y metas¹⁶.

El artículo 59 de la Ley 18.211 establece el mecanismo de ajuste del presupuesto de ASSE en el marco del cambio del modelo de financiamiento y plantea que, se pague por los afiliados FONASA la diferencia entre el valor de la cápita correspondiente y el valor de la cuota promedio de ASSE.

Por otro lado, cabe mencionar que en julio de 2009 el Poder Ejecutivo fijó los valores de las cuotas de afiliaciones individuales, colectivas y de núcleo familiar que ASSE podría cobrar. Estos valores se han ajustado desde 2011 conjuntamente con los aumentos de cuota de las instituciones mutuales, a partir de una paramétrica de costos específica para el prestador público y en función de las variaciones de precios registradas.

Cuadro 14: Estructura de ingresos de ASSE

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|
| Presupuesto Nacional | 89,0% | 85,8% | 79,8% | 71,4% |
| FONASA | 11,0% | 14,2% | 20,2% | 28,6% |
| TOTAL | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Rendición de Cuentas (CGN)

En 2013 los pagos recibidos por ASSE del Fondo Nacional de Salud sumaron 5.921 millones de pesos aproximadamente, unos 289 millones de dólares. Esta cifra reafirma la tendencia histórica al crecimiento en la participación de esos fondos en el total de los ingresos de la institución. Entre 2010 y 2013, los ingresos FONASA de ASSE se triplicaron en pesos constantes y pasaron de constituir el 11% de los ingresos totales del organismo en 2010 a cerca de 30% en 2013. Asimismo, el porcentaje que representa ASSE en el total de egresos del FONASA creció desde 9% en 2010 a 14% en 2013.

¹⁶ ASSE cobra la Meta del Niño, la niña y la mujer (Meta 1) desde el inicio del sistema de pago por desempeño y desde comienzos de 2012, la meta por contratación de médicos de alta dedicación (Meta 4)

ASSE se encuentra evaluando la implementación de nuevos mecanismos de asignación presupuestal entre las unidades asistenciales distribuidas en las diferentes regiones. El presupuesto global a asignar entre regiones o unidades, es aquel destinado al cumplimiento del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) y busca generar insumos al proceso de regionalización de la organización. El nuevo mecanismo implica la asignación de presupuesto buscando atribuir a las direcciones regionales las responsabilidades por la cobertura y prestación de servicios de los afiliados residentes en cada región de competencia. En este sentido se analiza además los mecanismos que permitan converger en el tiempo el presupuesto histórico y el que surgiría de asignar los fondos a cada región en función al riesgo cubierto por cada una de estas.¹⁷

4.1.2 Evolución de los gastos de ASSE

Entre 2010 y 2013, los gastos operativos de ASSE crecieron 16,3% en términos absolutos, lo que en promedio significa un crecimiento anual en pesos constantes de 5,2%.

Cuadro 15: Evolución del Gasto Operativo de ASSE en pesos constantes

| | Variación 2010-13 | Promedio Anual |
|--|-------------------|----------------|
| Costo Total En RRHH | 14,5% | 4,6% |
| Consumo de Medicamentos | 21,2% | 6,7% |
| Consumo de Materiales y Suministros | 3,5% | 1,2% |
| Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento | 21,7% | 6,8% |
| Otros Egresos | -10,0% | -3,3% |
| Servicios Asistenciales Contratados | 46,6% | 13,9% |
| Total | 16,3% | 5,2% |

Fuente: Rendición de Cuentas (CGN)

Dentro de los gastos operativos, el mayor aumento está representado por los Servicios Asistenciales Contratados que crecieron a un promedio anual de 13,6% y cerraron el periodo con un aumento de 46,6% en valores constantes.

Cuadro 16: Servicios asistenciales contratados por ASSE. Año 2013

| | Pesos (\$) | (%) |
|-----------------------------|----------------------|------------|
| Ambulancias y equipos | 71.802.944 | 4,7 |
| Profesionales y técnicos | 127.497.784 | 8,4 |
| CTI | 449.131.741 | 29,5 |
| Estudios | 392.699.426 | 25,8 |
| Tratamientos | 38.143.463 | 2,5 |
| Servicios de Internación | 52.391.805 | 3,4 |
| Otros servicios contratados | 391.227.054 | 25,7 |
| Total | 1.522.894.217 | 100 |

Fuente: Rendición de Cuentas (CGN). Año 2013

En 2013, cerca del 30% de los servicios contratados externamente por ASSE corresponde a servicios de CTI (de adultos, pediátricos y neonatales), y más de la cuarta parte fueron estudios

¹⁷ Actualmente se encuentra en desarrollo el piloto de esta propuesta en la Regional Este.

(de laboratorios, radiológicos, resonancias magnéticas, tomografías, angiografías y estudios oftalmológicos y cardiológicos).

En este sentido cabe mencionar que a mediados de 2014 se celebró entre ASSE y la FEMI un convenio marco para la complementación de servicios en las unidades de cuidado intensivo de adultos, niños y recién nacidos que se espera tengan un impacto positivo, no sólo desde el punto de vista asistencial contando con servicios disponibles y cercanos, sino que los precios que se acuerdan entre ASSE y las instituciones de la FEMI están por debajo de los resultantes de la licitación realizada por la UCA.

Por otro lado, se destaca el aumento del gasto de funcionamiento y mantenimiento que creció 21,7% en el periodo y el de consumo de medicamentos que lo hizo un 21,2% entre 2010 y 2013. La estimación del consumo de medicamentos se realizó a partir del Objeto de Gasto 152 “Productos medicinales y farmacéuticos”.

El Costo de los RRHH, que se estimó sumando Grupo 0 “servicios personales” y diversos objetos de naturaleza salarial incluidas en el Grupo 7 “Transferencias”, creció 14,5% entre 2010 y 2013, a un promedio de 4,6% anual.

El gasto operativo de ASSE en 2013 fue algo menos de 20.000 millones de pesos, unos 975 millones de dólares.

Cuadro 17: Estructura de egresos operativos ASSE

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Promedio 2010-2013 |
|--|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Costo Total En RRHH | 61,7% | 61,1% | 60,9% | 60,7% | 61,1% |
| Consumo de Medicamentos | 7,6% | 8,0% | 8,2% | 7,9% | 7,9% |
| Consumo de Materiales y Suministros | 12,3% | 12,0% | 11,5% | 10,9% | 11,7% |
| Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento | 11,8% | 12,2% | 12,6% | 12,4% | 12,2% |
| Otros Egresos | 0,6% | 0,6% | 0,5% | 0,5% | 0,5% |
| Servicios Asistenciales Contratados | 6,0% | 6,1% | 6,4% | 7,6% | 6,5% |

Fuente: Rendición de Cuentas (CGN)

A lo largo del periodo, el gasto destinado a los Recursos Humanos estuvo en torno al 61% y ha tenido una tendencia leve decreciente a pesar del aumento en términos constantes que tuvo el costo del personal. La proporción que ocupa el costo del personal en ASSE en relación al costo operativo total es inferior al que tiene en las IAMC que estuvo en torno al 64% en el periodo.

El gasto en personal creció 14,5% en valores constantes entre 2010 y 2013, lo que representa un crecimiento anual de 4,6%. De acuerdo a cifras de ASSE, el monto de recursos destinados a gasto en personal en 2013 fue 12.830 millones de pesos, aproximadamente, lo que representó el 60,7% del total del gasto.

En el periodo analizado, el número de trabajadores –médicos y no médicos- cada 1.000 afiliados creció 4%, pasando de 17,8 en 2010 a 18,6 en 2013.

Cuadro 18: Trabajadores cada 1000 afiliados

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Medicina Familiar | 0,08 | 0,14 | 0,12 | 0,16 |
| Medicina general | 1,3 | 1,34 | 1,17 | 1,4 |
| Pediatría | 1,98 | 2,13 | 1,9 | 1,95 |
| Ginecología | 0,99 | 1 | 1,02 | 1 |
| Esp. Médicas | 1,35 | 1,39 | 1,23 | 1,36 |
| Esp. Quirúrgicas | 0,6 | 0,62 | 0,54 | 0,58 |
| Practicantes- Residentes | 0,34 | 0,54 | 0,62 | 0,4 |
| Médicos | 4,35 | 4,72 | 4,34 | 4,53 |
| Lic. Enfermería | 0,81 | 0,85 | 0,88 | 0,93 |
| Aux. Enfermería | 4,92 | 4,96 | 4,7 | 4,98 |
| TNM | 1,99 | 2,05 | 2,09 | 2,15 |
| ASO | 5,76 | 5,81 | 5,7 | 5,96 |
| No médicos | 13,48 | 13,68 | 13,37 | 14,02 |
| Total | 17,83 | 18,4 | 17,7 | 18,55 |

Fuente: Dirección Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud de la DIGESNIS y Censos de Usuarios (SINADI)

El aumento en el número de médicos cada 1.000 afiliados fue de 4,3% y alcanzó a 4,53 en 2013. Dicho aumento se explica sobre todo por el crecimiento en el número de médicos de Medicina General y de Familia. En el caso del personal no médico, el aumento respecto del número de afiliados fue de 3,97% en el periodo, destacándose el crecimiento de 13,9% en el número de Licenciados en Enfermería por cada 1.000 afiliados. En la comparación 2013/2010, el total de trabajadores (médicos y no médicos) cada 1.000 afiliados ha crecido en ASSE, mientras que en las IAMC ha presentado un evolución descendente, lo que ha llevado a que se reduzca la brecha en estos indicadores en 6% aproximadamente en el período.

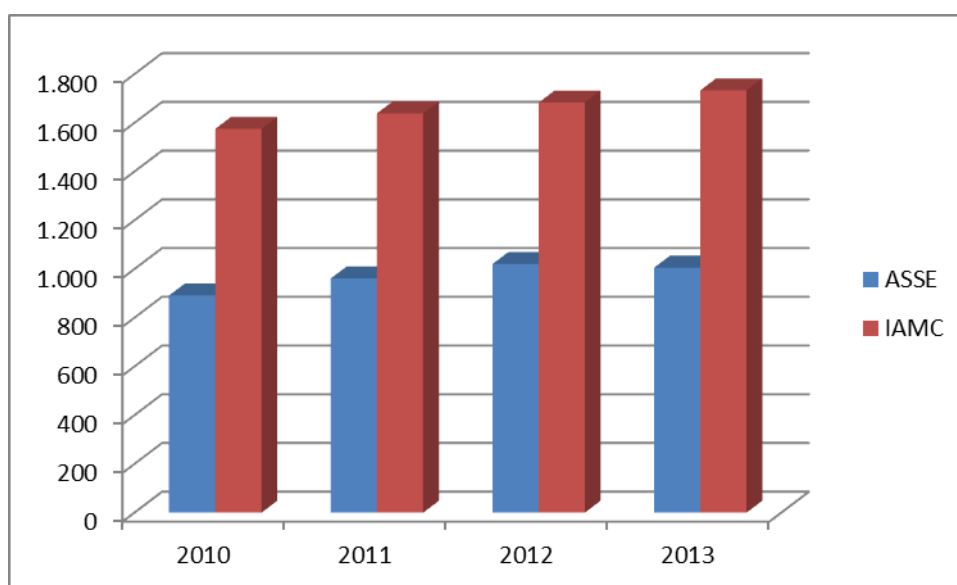
En ASSE, el gasto de funcionamiento y mantenimiento, así como el consumo de materiales y suministros ocupan una proporción más alta del gasto operativo si se la compara con el conjunto de las IAMC. Mientras que el gasto de funcionamiento y mantenimiento es el 12,2% en ASSE, en las IAMC es de 6,9%. Por su parte, el consumo de materiales de suministros es el 11,7% del total de gasto operativo, cuando en las IAMC es 4,7%.

El incremento que tuvo el gasto en servicios asistenciales contratados, determina que crezca su peso en el total pasando de 6% del total en 2010 a 7,6% en 2013, aunque se mantiene por debajo de la proporción que representan en el conjunto de las IAMC (13,8% en promedio).

El peso que tiene el Consumo de Medicamentos en el gasto operativo total permaneció constante lo largo del periodo, en torno a 8%, cifra similar a la registrada en las IAMC. Si nos concentramos en el consumo de medicamentos ambulatorios se observa que el número de recetas por consulta (3,2) y el de recetas por afiliado (14,6) permaneció invariante en el periodo y está por encima del que registran el conjunto de las instituciones mutuales. De todas maneras, en la evolución en estos 4 años de ambos indicadores se verifican diferencias entre las regiones ASSE. Mientras que en la Región Norte y Oeste las recetas por consulta y por afiliado en 2013 son inferiores a las registradas en 2010, en la región Este permanecen aproximadamente constantes y en el Sur crecen.

El gasto por afiliado en ASSE creció 12,8% entre 2010 y 2013. Dicha variación se produjo como consecuencia de un mayor aumento del gasto operativo absoluto (16,3%) en relación con el incremento en el número de usuarios (3,2%).

Gráfica 25: Gasto mensual por usuario ASSE – IAMC



Fuente: Rendición de Cuentas (CGN), Estados Contables IAMC y Censos de Usuarios (SINADI)

En la medida en que el incremento del gasto por usuario de ASSE fue mayor que el registrado por el sistema mutual –donde creció 10%–, la brecha existente entre ASSE y las IAMC se redujo 2,5% entre 2010 y 2013, confirmando una tendencia que se verifica desde 2008.

En 2013, el gasto mensual por usuario en ASSE alcanzó los 1.364 pesos aproximadamente 33% menos que el del conjunto de las instituciones mutuales.

El monto de recursos destinado a inversiones que fueron efectivamente ejecutados por ASSE aumentó 24,8% a lo largo del periodo en valores constantes. Sin embargo, este crecimiento “punta a punta” es consecuencia de aumentos sucesivos en 2011 y 2012 pero una caída en 2013. En 2011 las inversiones crecieron 34,3% respecto a 2010 y en 2012 lo hicieron 17,8% respecto a 2011. Sin embargo en 2013 el monto de recursos ejecutados en Inversiones cayó 21,1% respecto de 2012.

De todas maneras, el monto de recursos destinado a inversiones continúa representando una proporción relativamente baja del gasto total del organismo, aunque es un porcentaje mayor que el que destinan las IAMC. En promedio, se destinó a las inversiones 4,25% del gasto operativo de la institución. (Las IAMC destinaron alrededor del 3% del gasto operativo del sector). Si se consideran las inversiones por afiliado se observa que han crecido en valores constantes un 21% en el periodo aunque presentaron fuertes fluctuaciones entre años derivadas no solo de la variación del valor absoluto del monto ejecutado, sino del número de usuarios del organismo. En el promedio de los cuatro años analizados, las inversiones por usuario fueron 29 dólares por afiliado.

El 75% de las inversiones realizadas en los 4 años fueron en estructura edilicia, el 12,5% fueron en equipamiento médico y no médico y el resto fueron inversiones de diversa índole. Las inversiones en estructura edilicia crecieron casi un 60% en el periodo y destacan los proyectos de construcción del Centro Hospitalario de Libertad, las reformas de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, la construcción del nuevo hospital de Colonia y las reformas de los hospitales Pasteur y Español.

Cuadro 19: Inversión en obra nueva y remodelaciones en pesos corrientes

| | En \$corrientes |
|------|--------------------|
| 2010 | 259.441.023 |
| 2011 | 361.886.710 |
| 2012 | 416.651.643 |
| 2013 | 706.211.478 |

Fuente: Presentación de ASSE para la Rendición de Cuentas 2013

4.2 Otros prestadores públicos: Militar, Policial y Hospital de Clínicas

En el presente análisis de desempeño del sector se incluye información sobre otros prestadores públicos de servicios de salud como el servicio de Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Nacional, Sanidad Policial del Ministerio del Interior y el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República.

Para estos prestadores, se dispuso información en materia de ingresos y gastos realizados a lo largo del periodo analizado, aunque no se contó con datos sobre utilización de los servicios por parte de los usuarios como en el caso de ASSE y las instituciones mutuales. La fuente de información utilizada para analizar los gastos e ingresos de estas instituciones son los balances de ejecución presupuestal publicados por la Contaduría General de la Nación (CGN)¹⁸.

Los ingresos que financian los gastos de estos tres prestadores públicos son únicamente los que surgen del Presupuesto Nacional ya que se mantienen por fuera del Seguro Nacional de Salud y por eso no perciben ingresos provenientes del FONASA. En el caso de los tres prestadores, parte de los ingresos provienen de Fondos de Libre Disponibilidad –una parte de los cuales son proventos- y que surgen de la venta de servicios a otros prestadores.

Como se dijo, el Hospital Militar y el Policial atienden a los funcionarios del Ministerio de Defensa y del Interior que se encuentran en actividad, así como a retirados y los familiares de estos. El Hospital de Clínicas por su parte, atiende fundamentalmente a usuarios de ASSE, sin perjuicio de la prestación de servicios a cualquier otro tipo de usuarios con cobertura de prestadores públicos o privados. Como hospital universitario, el Hospital de Clínicas cumple en paralelo funciones asistenciales y de docencia e investigación y de hecho las tareas de formación de los médicos se realizan cuando se concreta la atención a la salud de los pacientes. Por ende, ambas tareas resultan inseparables en la práctica, aunque conceptualmente son tareas diferentes. En este sentido, no existen criterios objetivos y aceptados para determinar cuánto del total del gasto es atribuible a la función salud dentro del gasto del Clínicas. Adicionalmente, la información disponible resultaba insuficiente para estimar la proporción del gasto total que corresponde específicamente a la actividad asistencial. Por lo anterior, se consideró la ejecución presupuestal realizada por toda la Unidad Ejecutora 015 “Hospital de Clínicas” del inciso Universidad de la República.

¹⁸ Los datos se tomaron de la página web de CGN porque a diferencia de los tomos de rendición de cuentas, permiten la apertura por grupo y objeto de gasto que habilita la clasificación de los diferentes gastos de acuerdo al interés de nuestro trabajo

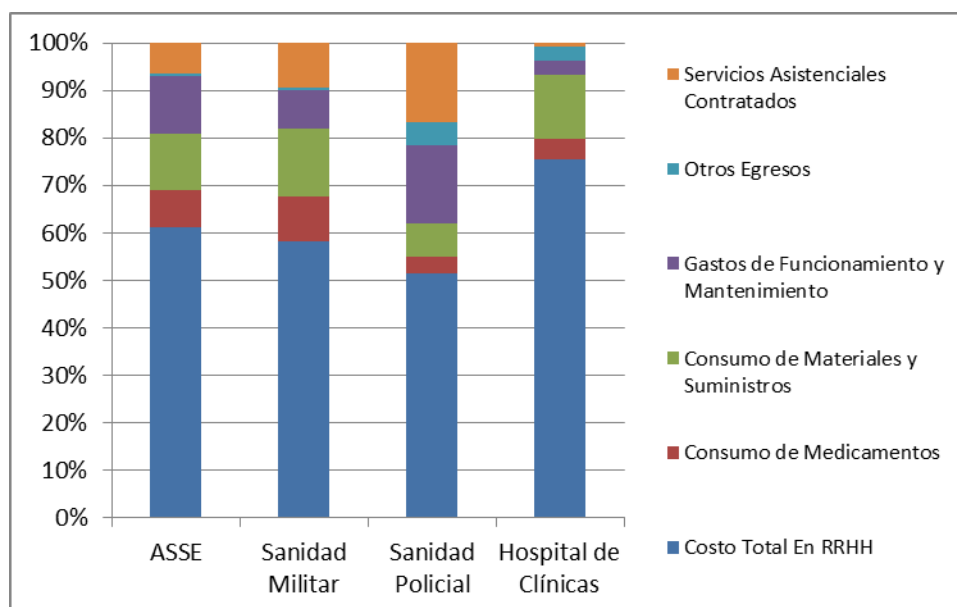
Los tres prestadores integran junto con las intendencias, el Banco de Seguros del Estado (BSE), el Banco de Previsión Social (BPS) y ASSE, la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) creada en la ley de presupuesto nacional de 2010. El principal objetivo de la RIEPS es el aprovechamiento racional de los recursos tanto humanos, como materiales y financieros, además de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse en el futuro. Con el funcionamiento de la RIEPS se busca fortalecer el eje público y aprovechar las fortalezas de cada organismo que la integra intercambiando y complementando servicios para evitar duplicaciones.

De todas maneras, desde hace años existen acuerdos por los que ASSE compra servicios de Sanidad Militar lo que permite la utilización de la capacidad ociosa del Hospital Militar. Asimismo, a través de un convenio los funcionarios militares residentes en el interior del país y sus familiares pueden hacer uso de las policlínicas de ASSE.

Por otra parte, entre Sanidad Policial y ASSE existen una serie de convenios para la complementación de servicios. En noviembre de 2010, se suscribió el Convenio de Complementación Asistencial entre el Ministerio de Salud Pública, la Universidad de la República, ASSE y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para que las actividades del Hospital de Clínicas se complementen con las de los demás componentes del subsector público de salud en el marco de la RIEPS. Según ese convenio, el Hospital de Clínicas recibe anualmente una partida de créditos con destinado a gastos de funcionamiento, que se aplican a la prestación de asistencia de usuarios de ASSE.

En el gráfico siguiente se presenta la estructura del gasto operativo para el promedio del periodo en el caso de los tres prestadores mencionados, al que se agrega los datos de ASSE buscando realizar una comparación.

Gráfica 26: Estructura de gasto operativo. Promedio período 2010-2013



Fuente: Elaboración propia en base a datos Rendiciones de Cuenta (CGN)

Como se observa, de los cuatro prestadores públicos el mayor peso del gasto en recursos humanos se da en el Hospital de Clínicas en donde representó el 75,4% del total. En contraste, en Sanidad Policial el costo de los Recursos Humanos para el periodo analizado fue de 51,4%. Por otra parte, los servicios asistenciales contratados a terceros tienen un comportamiento

inverso en estos dos prestadores. Mientras que en el Hospital de Clínicas son solo el 0,84% en Sanidad Policial representaron el 16,6%.

La estructura de gastos operativos de Sanidad Militar es similar a la de ASSE con un peso relativo de los recursos humanos en el entorno al 60% y de los servicios contratados del 10%.

El costo de los medicamentos en relación al total del gasto operativo fue más alto en Sanidad Militar (9,82%), mientras que en Clínicas alcanzó el 4,42% y en Sanidad Policial 3,53%.

El total de gastos operativos en el total del gasto de los tres prestadores públicos analizados se mantuvo en el orden del 96% del total.

Cuadro 20: Variación (%) del gasto en pesos constantes entre 2010 y 2013

| Rubros de Gasto | Sanidad Militar | Sanidad Policial | Hospital Clínicas |
|--|-----------------|------------------|-------------------|
| Costo de RRHH | 25,1 | 31,4 | 10,4 |
| Consumo de Medicamentos | 8,9 | 15,7 | 3,4 |
| Consumo de Materiales y Suministros | -15,4 | -10,1 | 10 |
| Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento | -6 | 7,8 | -5,8 |
| Egresos Financieros | 12,8 | 20,4 | 161,9 |
| Otros Egresos | 42,8 | 153 | -4 |
| Servicios Asistenciales Contratados | 36,2 | 9,9 | 225,1 |
| Inversiones | 2 | 150,6 | -33,4 |
| Total | 14,6 | 35,7 | 8,1 |

Fuente: Rendiciones de Cuenta CGN

En términos constantes el gasto de los tres prestadores públicos creció aunque es notorio el mayor crecimiento registrado por el gasto de Sanidad Policial, en donde además se verifica el mayor crecimiento del gasto destinado a los Recursos Humanos y las Inversiones. En el caso de las inversiones, Sanidad Policial realizó un fuerte incremento en el equipamiento en el Hospital Policial sobre todo en 2012 y 2013. También en Sanidad Policial creció el gasto en medicamentos y lo hizo por encima de Sanidad Militar y el Hospital de Clínicas.

En Sanidad Militar, en tanto, se identifica un crecimiento más parejo del gasto en sus diferentes conceptos, mientras que en el Clínicas se observa un fuerte incremento en los Servicios Asistenciales Contratados en particular a partir del año 2011 y más acentuados en los estudios a través de la Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines del Estado (UCAMAE). De todas maneras, los servicios contratados externamente en el Hospital de Clínicas representan una parte menor del gasto operativo total, en el entorno del 1%.

En el caso de la disminución de las inversiones en el Hospital de Clínicas, se observa una notoria caída de las inversiones edilicias que supera el 38% en valores constantes si se compara 2013 con 2010.

5. INGRESOS Y GASTOS DE LOS PRESTADORES PRIVADOS INTEGRALES

5.1 La situación económico financiera de las IAMC

5.1.1 Los Ingresos operativos

Los ingresos operativos del sector crecieron un 22% en términos reales en el período 2010-2013, llegando en el último ejercicio a alrededor de 43 mil millones de pesos. Parte de este crecimiento se explica por el incremento de afiliados al sector que, como ya se mencionó, fue del orden del 11%. En 2013 el ingreso operativo promedio mensual por afiliado fue aproximadamente de \$1700.

Continúa consolidándose la importancia de los ingresos provenientes del FONASA en la estructura operativa del sector. En el último ejercicio casi las tres cuartas partes de los ingresos operativos fueron a través de esa fuente. En los ingresos de prepago representan el 88%.

Cuadro 21: Estructura Ingresos Operativos

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Cápitales | 53,69% | 55,96% | 61,78% | 65,94% |
| Metas | 4,47% | 4,54% | 4,72% | 5,31% |
| Sustitutivo Tasas | 0,29% | 0,35% | 0,44% | 0,61% |
| Crédito Fiscal | 0,93% | 2,31% | 2,04% | 1,32% |
| Sobrecuota de inversión Ley N° 18.922 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,67% |
| Total Ingresos FONASA | 59,37% | 63,16% | 68,98% | 73,86% |
| Total Ingresos Prepago | 83,49% | 83,57% | 83,93% | 84,00% |
| Ordenes | 2,00% | 1,89% | 1,68% | 1,45% |
| Tiques | 6,77% | 6,97% | 6,93% | 6,92% |
| Total de Ordenes y Tiques | 8,77% | 8,87% | 8,60% | 8,36% |
| Venta de Servicios | 7,57% | 7,39% | 7,40% | 7,55% |
| Otros Ingresos Operativos | 0,42% | 0,39% | 0,23% | 0,23% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

Tanto el peso relativo de órdenes y tickets como la venta de servicios se mantienen estables en el período, en el entorno del 8,5% y 7,5% respectivamente. Esto muestra que los principales cambios se registraron a la interna de los ingresos de prepago, con el trasiego de ingresos por cuotas a ingresos FONASA. Este comportamiento es totalmente esperable debido a la incorporación al SNS de colectivos como los cónyuges y los jubilados, que previamente se pagaban una cuota individual o estaban afiliados a través de convenios colectivos.

Entre el promedio de las instituciones con sede principal en Montevideo y las del interior, la principal diferencia en la estructura de sus ingresos se ubica en el peso relativo de las tasas moderadoras. En las de la capital históricamente ha sido mayor, ubicándose en 2013, en casi un 9% de los ingresos operativos mientras que en el interior es del 7,5%. La venta de servicios tiene guarismos similares en ambos casos y similares a los del promedio sectorial (7,5%).

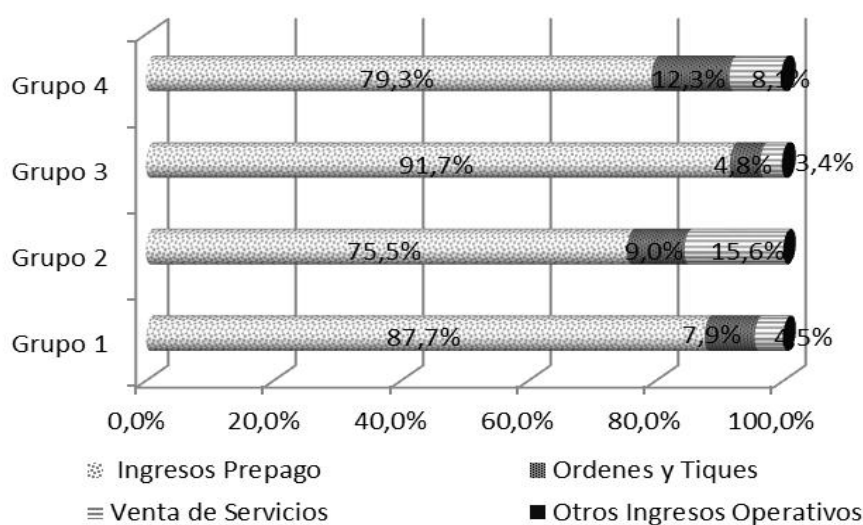
Sin embargo, si miramos por regiones encontramos que el mayor peso relativo de los ingresos FONASA se encuentra en las instituciones de la región Oeste y el menor en la Sur.

Las tasas moderadoras en tanto, son casi 9% en la región sur, seguramente está influyendo allí el peso de estos ingresos en las instituciones de la capital que fuese mencionado

anteriormente. Por último la venta de servicios presenta el mayor guarismo en la región Oeste alcanzando el 8,7% de los ingresos.

Dentro de los grupos de Montevideo, es de destacar que en el Grupo 3, los ingresos FONASA explican el 86% de los ingresos operativos, es también en este grupo donde es mayor el peso relativo de los afiliados FONASA con un 94%, cuando en el promedio sectorial son el 88%. En el Grupo 4 en tanto, se destaca el alto peso relativo de las tasas moderadoras, el mayor de todo el subsector, 12,3%.

Gráfica 27: Estructura de ingresos operativos. Grupos Montevideo



Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

a) Ingresos prepago regulados: FONASA (cápitales, metas, y sobrecuota) y cuotas individuales

El Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas regulan semestralmente los aumentos que se autorizan a las IAMC y IAMPP para sus cuotas, cápitales, metas asistenciales y tasas moderadoras. El mecanismo de ajuste semestral está pautado en el Contrato de Gestión celebrado entre los prestadores y la JUNASA y se basa en una paramétrica de costos del sector calculada a partir de los Estados Contables presentados por las instituciones ante el SINADI.

Por otro lado, la Ley 18.922 y el Decreto 427/012, establecen que a partir de enero de 2013 la JUNASA tiene la facultad de disponer el pago de una sobrecuota de inversión a las IAMC, destinada al financiamiento de proyectos de inversión previamente aprobados por el MEF y el MSP. Las instituciones percibirán mensualmente del FONASA el 3,51% de las cápitales del mes por concepto de sobrecuota de inversión. Se pagará por un máximo de hasta 24 meses, con tres meses de descanso luego de percibidos 12 meses y el monto no podrá superar en ningún caso el 70% de la inversión total de cada institución, además, la institución debe demostrar que puede afrontar el restante 30%. Trimestralmente las instituciones deben rendir cuentas de lo ejecutado en el trimestre ante Economía de la Salud quien frente a la existencia de incumplimientos comunica a la JUNASA para que se establezca la interrupción del pago.

En el período de análisis los aumentos autorizados fueron los siguientes:

Cuadro 22: Aumentos de precios autorizados en el período 2010 - 2013

| Entrada en vigencia | Cápita | Meta | Cuota | Tasas |
|---------------------|--------|-------|-------|-------|
| 01/01/2010 | 5,00% | 3,68% | 5,00% | 5,00% |
| 01/07/2010 | 5,77% | 3,29% | | 5,77% |
| 01/01/2011 | 2,62% | 3,47% | 2,62% | 2,58% |
| 01/07/2011 | 7,74% | 4,89% | 2,47% | 5,74% |
| 01/01/2012 | 2,74% | 2,74% | 2,74% | 1,49% |
| 01/09/2012 | 7,79% | 7,79% | 7,79% | 7,79% |
| | | | | 5,84% |
| 01/01/2013 | 0,85% | 0,85% | 0,85% | 1,20% |
| | | | | 0,90% |
| 01/07/2013 | 8,66% | 8,66% | 8,66% | 8,64% |
| | | | | 6,48% |
| 01/07/2013 | 0,38% | 0,38% | 0,38% | 0,38% |
| | | | | 0,29% |

Fuente: Sitio Web de Presidencia de la República

Actualmente el 90,5% % de los ingresos operativos del sector IAMC se encuentran regulados por el Poder Ejecutivo. De éstos, 82,1% son ingresos de prepago, 73,86% corresponde a ingresos percibidos del FONASA (cápitales, metas, sustitutivo de tickets y sobrecuota de inversión) y el 8,24% a cuotas individuales y colectivas. El 8,36% restante son ingresos por órdenes y tickets que serán analizados en el punto siguiente.

b) Tasas moderadoras: barrera de acceso para los usuarios y fuente de ingresos para las instituciones

La política de tasas moderadoras en el período ha perseguido básicamente dos objetivos, mejorar el acceso a la población usuaria de las IAMC priorizando a determinados colectivos de afiliados y un conjunto de prestaciones seleccionadas, y reducir gradualmente su peso en el ingreso total de las IAMC, tendiendo a que las órdenes y tickets pasen a cumplir realmente el rol moderador de la demanda para el cual fueron creadas.

Como se mencionó anteriormente, la mayor parte de los ingresos de las IAMC, se encuentran regulados. En la mayoría de los casos, la disminución en los ingresos por tasas moderadoras se sustituyó por aumentos en las cuotas de prepago, lo cual implicó un costo fiscal adicional.

A continuación se reseñan las principales medidas tomadas entre 2010 y 2014¹⁹:

- Setiembre de 2010: se reglamenta la ley de diciembre de 2008 de “Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, la normativa que regula el precio de las tasas moderadoras de las IAMC incorporó las condiciones de acceso económico a las prestaciones de salud sexual y reproductiva.

¹⁹ Por un detalle más amplio de la política de tasas moderadoras desarrollada a partir del año 2005, consultar: Costos compartidos en Salud. Tasas Moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera. Proyecto “Avances y consolidación de la Cobertura Universal en Salud en Uruguay” OPS-OMS / DES-DIGESNIS- MSP. Laura Rivas, Sandra Farina, Ida Oreggioni, Diciembre 2013.

- Noviembre de 2010 (Decreto 336/010): se establece un tope máximo para la consulta ginecológica.
- Enero de 2011 (Decreto 383/010): se incorporan al catálogo de prestaciones de salud (PIAS) la Vasectomía y la Ligadura tubaria por vía laparoscópica sin cobro de tasa moderadora y se establece que no se puede aumentar el valor de ninguna tasa fuera de la fecha establecida por los decretos.
- Julio de 2011 (Decreto 245/011): se establece como tope máximo para todas las tasas moderadoras el valor de \$ 1000 (valor sin timbres ni impuestos).
- Enero de 2011 (Decreto 009/011) y continuando con la reglamentación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, se establecen los métodos anticonceptivos que deben ser brindados en forma obligatoria con un ticket con un valor más bajo al precio de mercado (anticonceptivo oral hormonal y condones masculinos)
- Octubre de 2011 (Decreto 366/011): incorporación al PIAS de una serie de prestaciones de Salud Mental y se fijan los precios de las tasas moderadoras o copagos para acceder a ellas. En este caso, y por primera vez desde el año 2005, se considera explícitamente en el cálculo del financiamiento de algunas prestaciones de salud mental, la existencia de un copago que las cofinancia.
- Año 2012 (Decretos 292/012, 210/013 y 283/013): existen aumentos diferenciales para las distintas tasas según su monto y topes máximos para todas.
- Agosto 2012 (Decreto 292/012): se autoriza a las IAMC a solicitar la creación de nuevas tasas ya existentes en el resto del sector y al aumento especial de aquellas que se encuentren muy por debajo del promedio del total del país. En el mismo decreto se incorpora al Catálogo de Prestaciones de Salud (PIAS) la colocación del Dispositivo Intrauterino (DIU) sin el cobro de tasa moderadora.
- Diciembre 2012 (Decreto 428/012): se reglamenta la Ley Nº 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo y se establecen las tasas relacionadas con las consultas, paraclínica y medicamentos en el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En el mismo decreto se fija el valor máximo de la consulta con médico de referencia.
- Julio del 2013 (Decreto 210/013): se exonera del pago de tasa moderadora a todos los estudios de colpocitología oncológica (PAP).
- Agosto 2013 (Decreto 235/013): establece que las IAMC solo podrán cobrar una tasa moderadora equivalente a un ticket de medicamento por cada tratamiento con antibióticos con la dosis suficiente para cubrir la totalidad del tratamiento.
- Octubre de 2013: se establece que solo se podrá cobrar (Ordenanza Ministerial nº 816) una tasa moderadora para los estudios de Resonancia Nuclear Magnética y para Tomografía Axial Computarizada por cada región.
- Julio de 2014 (Decreto 190/014): se establece como tope máximo para todas las tasas moderadoras el valor de \$ 800 (valor sin timbres ni impuestos).

Las tasas moderadoras son la segunda fuente de ingresos de las IAMC luego de los ingresos de prepago. En el período de análisis y a nivel sectorial se han ubicado en el entorno del 8,5% de los ingresos operativos. Si se amplía el análisis a 2004, año previo a que se comenzara con la nueva política de tasas moderadoras en el marco de la reforma del sistema, se observa una caída de casi 4 puntos porcentuales ya que en aquel momento explicaban el 12,1% de los ingresos sectoriales.

En términos reales, entre 2010 y 2013, los ingresos por tasas crecieron un 16%. Si bien a priori podría pensarse que las medidas tomadas deberían haber provocado una caída de estos ingresos hay que tener en cuenta que en el mismo período se conjugaron otra serie de factores que implicaron un aumento en la demanda de servicios: aumento de los afiliados al sector (11%), políticas de mejoras al acceso, y mejora en el nivel de ingresos de la población.

Los ingresos por tasas se componen en 2013 en un 83% de tickets de medicamentos y análisis diagnósticos y de laboratorio (6,9% de los ingresos operativos) y un 17% de órdenes a consulta (1,45%). Al inicio del período esta relación era de 77% y 23%.

Cuadro 23: Ingresos por tasas moderadoras. Año 2013

| Regiones | Norte | Oeste | Este | Sur | Interior |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| Ordenes | 1,15% | 1,58% | 1,37% | 1,49% | 1,39% |
| Tiques | 6,26% | 5,69% | 5,78% | 7,46% | 6,11% |
| Total Tasas Moderadoras | 7,41% | 7,27% | 7,15% | 8,95% | 7,50% |
| Grupos Montevideo | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 | Grupo 4 | Montevideo |
| Ordenes | 1,35% | 1,40% | 0,41% | 2,30% | 1,49% |
| Tiques | 6,55% | 7,59% | 4,35% | 9,95% | 7,47% |
| Total Tasas Moderadoras | 7,89% | 8,99% | 4,76% | 12,26% | 8,96% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

La importancia relativa de las tasas moderadoras en los ingresos operativos varía entre regiones pero principalmente entre los grupos de instituciones de la capital. En la región sur el alto peso relativo cercano al 9% lo explican las instituciones de la capital.

La principal diferencia se presenta entre los Grupos 3 y 4. En el primero, que es el que nuclea a las instituciones grandes y con población relativamente joven, el peso relativo de las tasas es del 5% y en el segundo, que es de instituciones grandes y con población envejecida, supera el 12% de los ingresos operativos. La situación puede explicarse, por un lado, por políticas de tasas moderadoras diferentes. En un caso la estrategia de al menos una de las instituciones del grupo es la de tener tasas con precios inferiores al promedio sectorial e incluso exoneración de tasas como política para la captación de afiliados. En el grupo 4, en tanto, la política de tasas no apunta a captar socios con precios bajos, sino que incluso, los precios de las tasas se ubican por encima de los precios promedio. También puede estar explicando la marcada diferencia entre grupos, la estructura de riesgo de la población de las instituciones. Es decir, en última instancia el propio criterio de clasificación, ya que es de esperar que poblaciones más envejecidas como las del Grupo 4 tengan una mayor utilización de consultas, estudios y medicamentos.

También existen diferencias entre grupos en la composición de las tasas moderadoras, es decir, en el peso relativo que tienen los tickets y las órdenes en el total. En particular, en el grupo 3, el 92% de los ingresos por tasas son tickets y básicamente tickets de medicamentos (80,5% de los ingresos por tasas), cuando en el promedio del sector explican, como se mencionara anteriormente, el 83% de los ingresos por tasas. En general, en las instituciones del interior del país, el peso relativo de los tickets de medicamentos (67,5% de los ingresos por tasas) es superior al promedio de las instituciones con sede principal en la capital (59% de los ingresos por tasas).

c) La venta de servicios en los ingresos de las IAMC

El tercer componente en importancia en los ingresos de las IAMC es el que proviene de la venta de servicios asistenciales. A nivel sectorial esta fuente representa en 2013, el 7,5% de los ingresos, manteniéndose estable en todo el período analizado y presentando guarismos similares en el promedio de instituciones del interior y con sede principal en la capital.

El rubro con mayor peso en el total de ventas del sector son los servicios de medicina altamente especializada, 38,4%, luego los servicios ambulatorios, 17,6% y la internación en CTI (adultos, pediátrico y de niños), 15,8%.

Las instituciones con sede principal en Montevideo tienen diferentes lógicas de negocio y también distintos grados de integración que implican que en algunos casos la venta de servicios sea una de las principales fuentes de ingresos y otras en las que este ingreso es totalmente marginal. Las diferencias se encuentran tanto entre grupos como a la interna de éstos. En los extremos se ubican el Grupo 3 con apenas el 3,4% de los ingresos operativos generados vía la venta de servicios y el Grupo 2 donde este rubro explica casi el 16%.

El Grupo 2, está integrado por MUCAM y SMI que si bien promedian 3,4%, tienen realidades bien diferentes. En el caso de MUCAM menos del 2% de sus ingresos operativos se generan por esa vía mientras que en el SMI las ventas alcanzan casi el 10%.

En el Grupo 2, en tanto, se encuentran Casa de Galicia y Hospital Evangélico, las dos instituciones del sector donde las ventas de servicios tienen mayor peso relativo en los ingresos. En el caso de Casa de Galicia, casi la cuarta parte de sus ingresos (24%) tienen ese origen y el 78% de esas ventas son de servicios de medicina altamente especializada. En el Hospital Evangélico, en tanto, el 18,5% de los ingresos se generan mediante la venta de servicios asistenciales.

5.1.2 Los principales egresos del sector

Entre 2010 y 2013 los gastos operativos del sector aumentaron 22,3% en términos reales, apenas por encima del aumento de los ingresos (22%). El gasto por afiliado, en tanto creció 10%.

Cabe aclarar que en el cálculo del costo por afiliado se están considerando gastos vinculados a la venta de servicios, es decir, a la atención brindada a usuarios de otras instituciones. Esto sucede por la imposibilidad de poder discriminar, con la información disponible en los Estados Contables, entre costos vinculados a afiliados de la institución y aquellos que se originan en la atención de afiliados provenientes de otras instituciones que compran servicios.

Los cambios más notorios en la estructura de gasto son el aumento del peso relativo del total de remuneraciones, considerando remuneraciones y cargas sociales vinculadas a personal asistencial y administrativo y honorarios profesionales, en casi 3 puntos porcentuales de los ingresos y la caída en un punto y medio del gasto en medicamentos. Estos dos rubros que en conjunto representan el 72,8% de los gastos del sector (73,3% de los ingresos) serán analizados con mayor profundidad a continuación.

Cuadro 24: Estructura Gasto (como % de ingresos operativos)

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Remuneraciones y cargas sociales CSP | 50,58% | 51,92% | 52,67% | 54,04% |
| Remuneraciones y cargas sociales GAV | 8,12% | 8,47% | 8,44% | 7,54% |
| Honorarios Profesionales | 3,59% | 3,80% | 3,95% | 4,04% |
| Medicamentos | 8,97% | 8,36% | 8,02% | 7,72% |
| Materiales y suministros | 5,00% | 4,81% | 4,66% | 4,54% |
| Servicios Salud Contratados | 13,98% | 13,81% | 13,92% | 13,77% |
| Gasto funcionamiento CSP + GAV | 6,07% | 5,96% | 5,86% | 5,61% |
| Gasto mantenimiento CSP + GAV | 1,26% | 1,06% | 0,96% | 0,92% |
| Amortizaciones CSP + GAV | 2,26% | 2,07% | 2,03% | 1,94% |
| Otros CSP + GAV | 0,62% | 0,50% | 0,66% | 0,63% |
| Total Costo Servicios Prestados | 88,86% | 88,99% | 89,48% | 90,07% |
| Total Gasto Administración y Ventas | 11,61% | 11,77% | 11,70% | 10,69% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

Si bien el peso relativo de los Costos de los servicios prestados tiene guarismos similares en el promedio de instituciones de la capital y el interior, 90,4% y 89,6% respectivamente, los gastos de administración y ventas son mayores en Montevideo donde alcanzan el 12,05% de los ingresos contra un 8,7% en el interior. La diferencia se concentra principalmente en el rubro retribuciones y cargas sociales, es decir, que los gastos vinculados al personal que realiza tareas administrativas y de servicios tiene mayor importancia relativa en las instituciones con sede principal en la capital.

Del análisis de la estructura de gasto por regiones surge que las principales diferencias se encuentran en el peso relativo de las remuneraciones, en particular en la región oeste explican el 61,4% de los ingresos mientras que en la norte y la sur se ubican 5 puntos porcentuales por encima.

Dentro de los grupos de Montevideo hay claras diferencias, principalmente entre los Grupos 1 y 4, vinculadas con los diferentes grados de integración de las empresas que implican que las remuneraciones y los servicios contratados se comporten de manera diferente. En el Grupo 1 el total de remuneraciones representa el 58% de los ingresos mientras que en el 4 alcanzan el 72,6%. La contraparte de esto está en el peso relativo que los servicios asistenciales contratados tienen en uno y otro, 24,53% y 8,06% respectivamente. Si consideramos ambos rubros en conjunto el peso relativo en el grupo de instituciones más integradas es de 80,61% mientras que en el grupo 1 es 82,7%, pero como es de esperar los rubros vinculado a materiales y suministros, mantenimiento, funcionamiento e incluso medicamentos son mayores en las instituciones con servicios propios (más integradas).

a) Los recursos humanos y las remuneraciones en las IAMC

Las remuneraciones, teniendo en cuenta las retribuciones al personal asistencial y administrativo, las cargas sociales y los honorarios profesionales, representan en el año 2013 el 65,13% de los gastos del sector y el 65,62% de los ingresos operativos.

A lo largo del período, y más aún si se compara con los años pre reforma, ha aumentado considerablemente el peso relativo de este rubro de gasto situación que se explica tanto por la recuperación salarial en el sector como por el aumento de las dotaciones para adecuar los recursos disponibles a una demanda de servicios creciente en el marco de la reforma sectorial.

En el año 2005 estos mismos rubros de gasto explicaban el 51,8% de los costos operativos sectoriales.

Cuadro 25: Remuneraciones en los costos operativos

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| Norte | 60,67% | 61,87% | 61,48% | 62,42% |
| Oeste | 63,04% | 64,73% | 65,98% | 66,83% |
| Este | 63,05% | 64,31% | 65,30% | 65,66% |
| Sur | 61,86% | 63,70% | 64,29% | 65,17% |
| Grupo 1 | 55,95% | 58,24% | 57,81% | 57,70% |
| Grupo 2 | 58,86% | 61,03% | 62,11% | 62,13% |
| Grupo 3 | 64,42% | 66,33% | 67,46% | 69,77% |
| Grupo 4 | 65,55% | 67,17% | 67,41% | 68,43% |
| Total Montevideo | 62,19% | 64,03% | 64,50% | 65,38% |
| Total Interior | 61,74% | 63,22% | 64,02% | 64,74% |
| Total Sector | 62,01% | 63,70% | 64,31% | 65,13% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

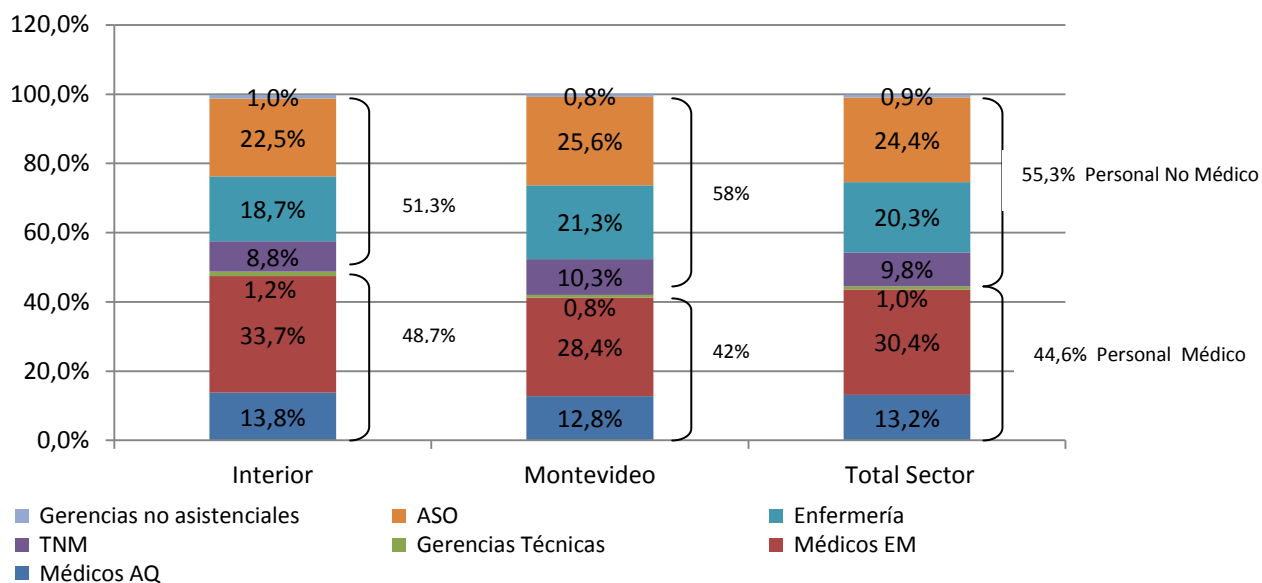
El peso relativo es mayor en todo el período en las instituciones con sede principal en la capital. Sin embargo, del análisis por regiones surge que el mayor peso relativo se presenta en las instituciones del oeste con 66,8%. De todos modos los comportamientos individuales dentro de las regiones no son homogéneos.

Los comentarios realizados anteriormente para los grupos de la capital sobre los diferentes pesos relativos de las remuneraciones en los ingresos en función del grado de integración de los servicios de las instituciones, se mantienen tal como queda de manifiesto en el cuadro anterior, al observarlo en relación a los costos operativos. Es decir, en aquellos grupos constituidos por instituciones que se caracterizan por tener una menor integración de sus servicios y contratarlos a otros prestadores, como el grupo 1, el peso relativo de las remuneraciones en los ingresos es menor que en el resto (no alcanzan a representar el 60%). Por otro lado, en los demás grupos, en particular en aquellos con mayor integración de sus servicios, las remuneraciones se acercan al 70% de los costos (grupo 4 - 68,4% y grupo 3 - 69,8%). Estos grupos son además, los de instituciones de mayor tamaño y algunas de ellas se caracterizan por ser “vendedoras de servicios asistenciales”.

Otra diferencia interesante entre grupos es la importancia relativa de los honorarios profesionales, esto tiene que ver con el tipo de vínculo laboral de los trabajadores con las empresas. En promedio pesan más en las instituciones del interior que en las de la capital, 5,8% y 2,9% respectivamente. Las diferencias son más acentuadas entre los grupos de Montevideo donde en el Grupo 1 representan el 6,1% de los ingresos operativos mientras que en el Grupo 4 no alcanzan el 1%.

Si se analiza la composición interna de la masa salarial en términos de personal médico y personal no médico, no hay cambios en el período manteniéndose en el entorno de 45% y 55% respectivamente del total de la masa salarial sectorial.

Gráfico 28: Distribución de la masa salarial. Año 2013

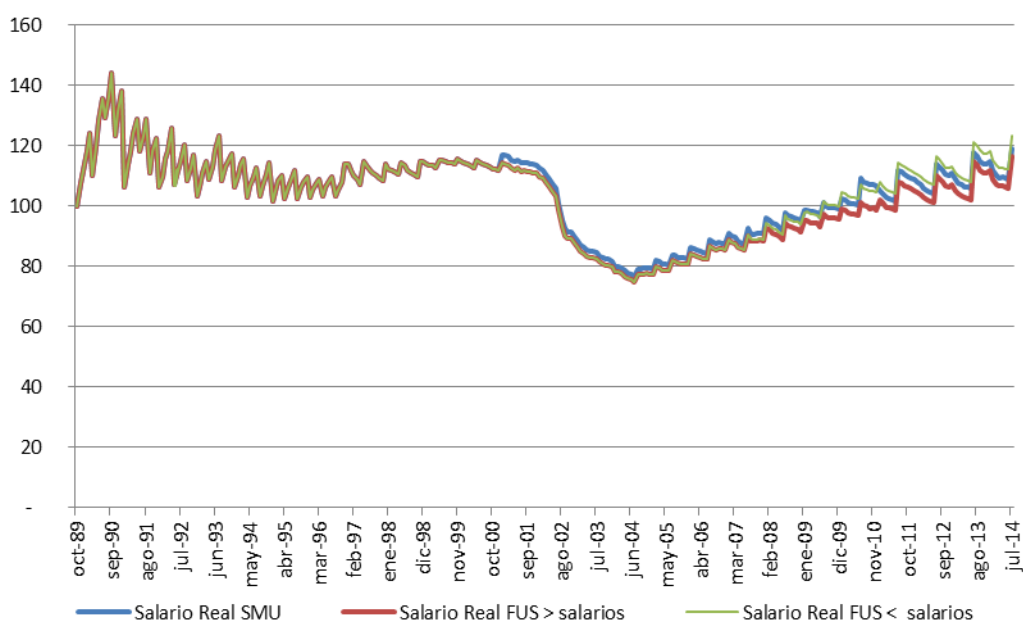


Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

En las instituciones del interior el peso relativo de la masa salarial del personal médico es mayor que en Montevideo. Del análisis regional surge que la región Oeste es la única donde es mayor el peso relativo de las remuneraciones médicas.

En el gráfico siguiente se presenta la evolución del salario real médico y no médico del sector en las últimas décadas. De allí se desprende que en los últimos años se han logrado recuperar los valores previos a la crisis del año 2002.

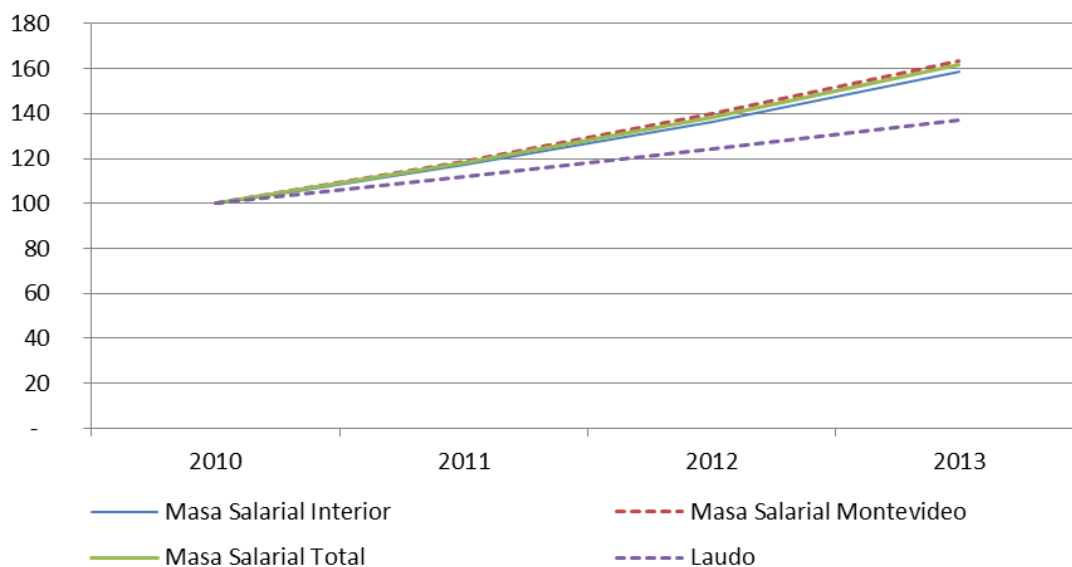
Gráfico 29: Evolución Salario Real. Base octubre de 1989



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MTSS sobre los laudos del Grupo 15.

La mayor recuperación se observa en los salarios de los trabajadores no médicos de menores salarios (Salario Real FUS < salarios). En el gráfico siguiente se compara la evolución de los aumentos salariales establecidos en los laudos por Consejo de Salarios con la evolución de la masa salarial a partir de los estados de resultado de las IAMC.

Gráfico 30: Evolución de la masa salarial y los salarios. Índice base 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MTSS sobre los laudos del Grupo 15 y datos del Balance Anual de las IAMC.

Como se observa, mientras el aumento sectorial promedio otorgado por laudo en el período fue de 37%, la masa salarial del conjunto de instituciones aumentó casi un 62%. Esta brecha

entre el aumento del salario y el de la masa salarial puede explicarse por una mayor cantidad de trabajadores y/o por aumentos salariales realizados por algunas empresas.

Cuadro 26: Trabajadores cada 1000 afiliados IAMC

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Medicina Familiar | - | - | 0,00 | 0,00 |
| Medicina general | 2,12 | 2,12 | 2,09 | 2,13 |
| Pediatría | 3,28 | 3,07 | 3,15 | 3,24 |
| Ginecología | 1,66 | 1,52 | 1,49 | 1,42 |
| Esp. Médicas | 2,33 | 2,24 | 2,19 | 2,21 |
| Esp. Quirúrgicas | 0,97 | 0,93 | 0,92 | 0,92 |
| Médicos | 6,39 | 6,23 | 6,18 | 6,24 |
| Aux. Enfermería | 5,91 | 5,63 | 5,68 | 5,65 |
| Lic. Enfermería | 1,22 | 1,15 | 1,17 | 1,20 |
| TNM | 3,59 | 3,44 | 3,60 | 3,70 |
| ASO | 8,40 | 7,99 | 8,11 | 8,17 |
| No médico | 19,13 | 18,20 | 18,57 | 18,72 |
| Total | 25,52 | 24,43 | 24,75 | 24,97 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y censos de usuarios.

En cuanto a la dotación de trabajadores en relación a los afiliados, el sector no presenta grandes cambios entre 2010 y 2013. Cabe recordar que en ese período hubo un aumento de la cantidad de usuarios del 12%, por lo tanto tiene que haber existido un ajuste de la cantidad de trabajadores de magnitud similar. Sin embargo, sí existen diferencias si se observan estos mismos indicadores entre regiones. Las mayores diferencias se encuentran en la disponibilidad de trabajadores de las instituciones de las regiones sur y este.

Cuadro 27: Trabajadores cada 1000 afiliados por región

| | Norte | Oeste | Este | Sur |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Médico Familia | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,03 |
| Médico General | 1,90 | 2,52 | 1,99 | 2,25 |
| Pediatra | 2,70 | 2,61 | 2,40 | 3,91 |
| Ginecólogo | 1,45 | 1,63 | 1,35 | 1,54 |
| Esp. Médicas | 1,68 | 1,79 | 1,31 | 2,75 |
| Esp. Quirúrgicas | 0,87 | 0,95 | 0,84 | 1,10 |
| Médicos | 5,16 | 6,13 | 4,94 | 6,87 |
| Auxiliar Enfermería | 4,98 | 5,58 | 5,12 | 5,92 |
| Lic. Enfermería | 1,02 | 0,90 | 0,84 | 1,36 |
| TNM | 3,35 | 3,36 | 2,93 | 4,08 |
| ASO | 7,06 | 8,04 | 6,93 | 8,63 |
| No médico | 16,66 | 17,87 | 16,28 | 19,98 |
| Total | 21,75 | 24,03 | 20,81 | 27,20 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y Censos de usuarios.

Las mayores diferencias entre la región sur y el resto se encuentran en la disponibilidad de pediatras, especialidades médicas, y técnicos no médicos. Aquí seguramente está pesando que dentro de la región sur se encuentra el departamento de Montevideo y es justamente en esas especialidades donde existen los mayores problemas en el interior del país.

Cuadro 28: Trabajadores cada 1000 afiliados por grupos de Montevideo

| | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 | Grupo 4 |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Médico Familia | 0,01 | 0,06 | 0,00 | 0,06 |
| Médico General | 1,21 | 3,40 | 2,47 | 3,31 |
| Pediatra | 3,37 | 6,60 | 4,60 | 8,07 |
| Ginecólogo | 2,03 | 3,93 | 1,72 | 2,99 |
| Esp. Médicas | 2,25 | 4,77 | 3,50 | 5,16 |
| Esp. Quirúrgicas | 1,68 | 2,89 | 1,65 | 2,06 |
| Médicos | 5,7 | 13,2 | 9,0 | 11,0 |
| Auxiliar Enfermería | 3,14 | 8,44 | 6,06 | 7,66 |
| Lic. Enfermería | 0,61 | 1,74 | 1,47 | 1,99 |
| TNM | 2,32 | 6,61 | 4,04 | 6,55 |
| ASO | 0,00 | 10,34 | 7,20 | 10,57 |
| No médico | 12,5 | 27,1 | 18,8 | 26,8 |
| Total | 18,86 | 40,18 | 27,99 | 39,01 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y censos de usuarios.

También se observan diferencias entre los grupos de instituciones con sede principal en la capital. En particular, entre el Grupo 1, que es el que reúne a las instituciones con servicios menos integrados y que por tanto contrata una mayor cantidad de servicios a terceros y los Grupos 2 y 4, que no sólo son los que tienen servicios más integrados sino que son los que atienden poblaciones más envejecidas.

b) El consumo de medicamentos en los egresos de las IAMC y la comparación con ASSE

Los medicamentos son el tercer componente del gasto del sector en importancia relativa, representando en 2013 el 7,6% de los costos operativos totales. En el período analizado se observa una caída en su participación, más aún, si nos remitimos al año 2005, por ejemplo, donde este rubro explicaba más del 13% del gasto sectorial.

Como se observa en el cuadro siguiente, en los Grupos de Montevideo existe una diferencia de hasta 4 puntos porcentuales en el peso de este gasto en la estructura de costos de las instituciones. La diferencia puede radicar en la capacidad de negociar mejores precios o podría estar dando indicios sobre una menor utilización de medicamentos. Esta última hipótesis será retomada al analizar las recetas expedidas por usuario por año y por consulta.

Cuadro 29: Medicamentos en los costos operativos

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------|--------|-------|-------|-------|
| Norte | 9,31% | 8,67% | 8,29% | 7,93% |
| Oeste | 9,32% | 8,74% | 8,40% | 8,10% |
| Este | 9,68% | 9,09% | 8,60% | 8,23% |
| Sur | 8,66% | 8,02% | 7,66% | 7,43% |
| Grupo 1 | 8,83% | 8,02% | 7,78% | 7,39% |
| Grupo 2 | 8,39% | 7,75% | 7,51% | 7,32% |
| Grupo 3 | 6,16% | 5,67% | 5,31% | 5,04% |
| Grupo 4 | 10,08% | 9,45% | 9,03% | 8,91% |
| Total Montevideo | 8,73% | 8,04% | 7,68% | 7,42% |
| Total Interior | 9,22% | 8,67% | 8,30% | 8,02% |
| Total Sector | 8,93% | 8,29% | 7,93% | 7,66% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

En términos reales el consumo de medicamentos aumentó en el período un 4,8%, muy por debajo del aumento del total del gasto operativo que fue del 22,3%. Cabe mencionar que en el período el Índice de precios de medicamentos evolucionó por debajo del índice general.

En 2013 el 81% del gasto en este rubro es consumo de medicamentos ambulatorios, gasto que creció 10% desde 2010. El gasto en medicamentos consumidos en modalidad de internación, en tanto, cayó 13% en términos reales.

A continuación se presenta la cantidad de recetas expedidas por afiliado por año y por consulta, por prestador y por región, haciendo la comparación con ASSE. A nivel global y en todo el período ASSE expide una mayor cantidad de recetas por usuario y por consulta que las IAMC. Sin embargo, el indicador por afiliado cae en una receta por afiliado en el 2013 ubicándose en guarismos similares al observado en las IAMC.

Cuadro 30: Recetas por usuario por año y por consulta. ASSE – IAMC

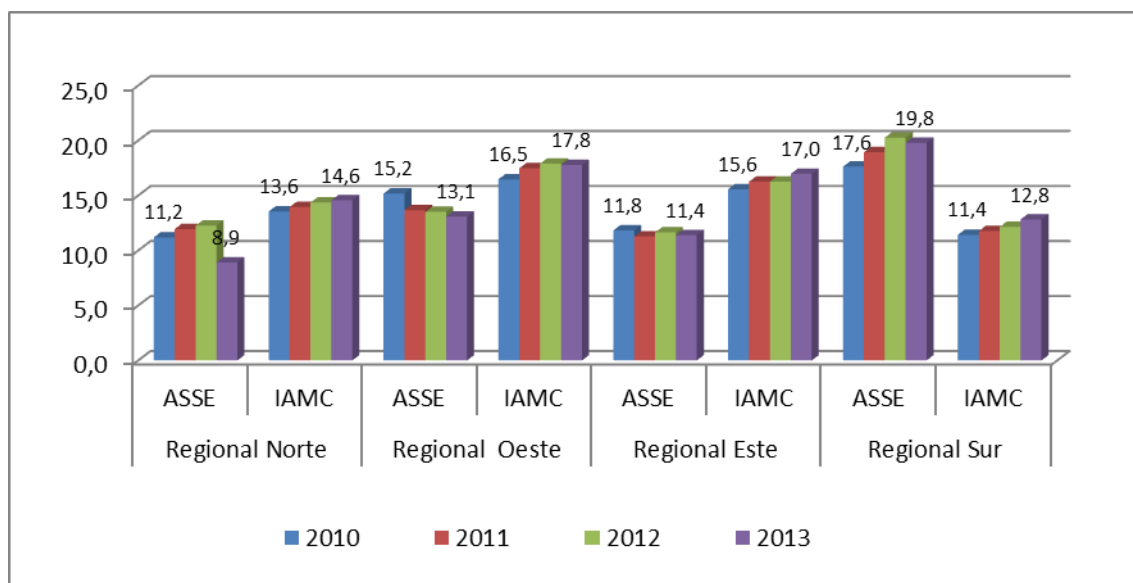
| ASSE | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------------------------|------|------|------|------|
| Nº de recetas por afiliado por año | 13,9 | 15,1 | 15,7 | 14,6 |
| Nº de recetas / consultas | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 3,2 |
| IAMC | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Nº de recetas por afiliado por año | 12,8 | 13,3 | 13,6 | 14,1 |
| Nº de recetas / consultas | 1,9 | 1,9 | 2,0 | 2,1 |

Fuente: SINADI Asistencial y censo usuarios SINADI

En el gráfico siguiente se presentan las recetas expedidas por afiliado por año en las diferentes regiones en ambos prestadores. De allí se desprende en primer lugar que en el caso de las IAMC, la región sur se ubica muy por debajo de las demás, en particular en 2013 tiene una diferencia de 5 recetas por afiliado por año con la región oeste. Esta situación obedece al peso que las instituciones de Montevideo tienen en la región sur ya que en todo el período las instituciones con sede principal en la capital expiden alrededor de 5 recetas menos por afiliado por año que el promedio de instituciones del interior.

Por otro lado, llama la atención el indicador para ASSE en la región sur que es de casi 20 recetas por afiliado por año en el último año. Más que duplica al mismo indicador en la región norte que es el más bajo y es consistente con la menor utilización ambulatoria observada en esa región en el capítulo de utilización.

Gráfico 31: Recetas por afiliado por año



Fuente: SINADI Asistencial y censos de usuarios

Dentro de los grupos de Montevideo, también se observan importantes diferencias y se confirma la hipótesis planteada en párrafos anteriores.

Cuadro 31: Número de recetas por afiliado

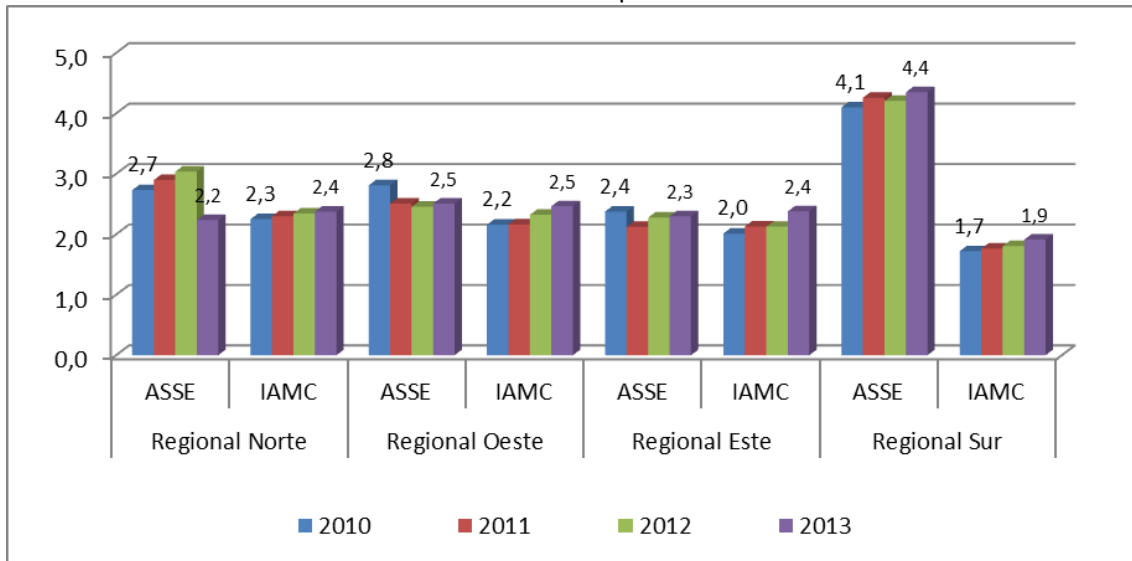
| | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 | Grupo 4 |
|------|---------|---------|---------|---------|
| 2010 | 8,46 | 12,80 | 7,26 | 14,26 |
| 2011 | 8,80 | 13,38 | 7,78 | 14,57 |
| 2012 | 9,13 | 14,06 | 8,07 | 15,16 |
| 2013 | 9,52 | 14,72 | 8,44 | 16,41 |

Fuente: SINADI Asistencial y censos de usuarios.

En todo el período analizado, en el grupo 3, donde se observaba un menor peso relativo de los medicamentos en el gasto, la utilización está muy por debajo de la observada en el resto. Más aún, las recetas por usuario del grupo 4 casi duplican a la del grupo 3. Esto se vincula con el perfil etario de las poblaciones que atienden uno y otro, mientras el grupo 4 reúne a las instituciones grandes con poblaciones envejecidas, el grupo 3 hace lo propio con las instituciones grandes pero con poblaciones más jóvenes.

Por otro lado, las recetas por consulta tienen un comportamiento más homogéneo entre regiones y entre ASSE e IAMC. Nuevamente es la región Sur de ASSE la que se despegó del resto más que duplicando a lo observado en el resto. El promedio de ASSE, también en este caso es mayor al del total de IAMC, 3,2 y 2,1 recetas por consulta en 2013, respectivamente.

Gráfico 32: Recetas por consulta



Fuente: SINADI Asistencial

En los grupos de IAMC de la capital se mantiene el mismo comportamiento descrito para las recetas por usuario. Los grupos con poblaciones más envejecidas expiden casi una receta más por consulta que los que tienen menor índice de envejecimiento.

Cuadro 32: Número de recetas por consulta

| | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 | Grupo 4 |
|------|---------|---------|---------|---------|
| 2010 | 1,5 | 1,9 | 1,2 | 2,0 |
| 2011 | 1,5 | 2,0 | 1,3 | 2,0 |
| 2012 | 1,6 | 2,0 | 1,3 | 2,0 |
| 2013 | 1,6 | 2,2 | 1,4 | 2,2 |

Fuente: SINADI Asistencial y censos de usuarios.

En el período 2010-2013 la política de tasas no tuvo medidas específicas para los tickets de medicamentos como sí las tuvo en el período anterior. El gasto en medicamentos ambulatorios creció 10% y los ingresos por tickets de medicamentos lo hicieron en un 29%, por encima de la variación de los ingresos totales por tasas moderadoras, 24,5%.

Cuadro 32: Evolución del financiamiento del consumo de medicamentos ambulatorios

| Indicador | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|------|------|------|------|
| Ingresos Tiques / Consumo Medicamentos Ambulatorios | 71% | 79% | 81% | 83% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

El gasto que hacen las instituciones para cubrir la demanda de medicamentos en atención ambulatoria es financiado, en promedio, en un 83% por el propio beneficiario con los ingresos abonados por concepto de tickets de medicamentos.

En 30 de las 37 instituciones el gasto en medicamentos ambulatorios es mayor a lo que se recauda por concepto de tickets. Esta diferencia, que podría considerarse como una brecha de ingresos es de 483 millones de pesos en 2013 para el total del sector. Entre 2010 y 2013 la brecha se ha reducido. Mientras en 2010 los tickets financiaban el 71% del gasto ambulatorio, en 2013 se llega a 83,4%.

Este aumento en la recaudación que se observa a pesar de las diferentes medidas que se han tomado en el marco de la política de tasas desarrollada puede explicarse, por un lado, por la estrategia de reducción de las unidades por envase desarrollada por las instituciones y los laboratorios y por otro lado, por una mayor utilización vinculada entre otras cosas al aumento de los ingresos de los hogares.

5.1.3 Rentabilidad, solvencia y liquidez

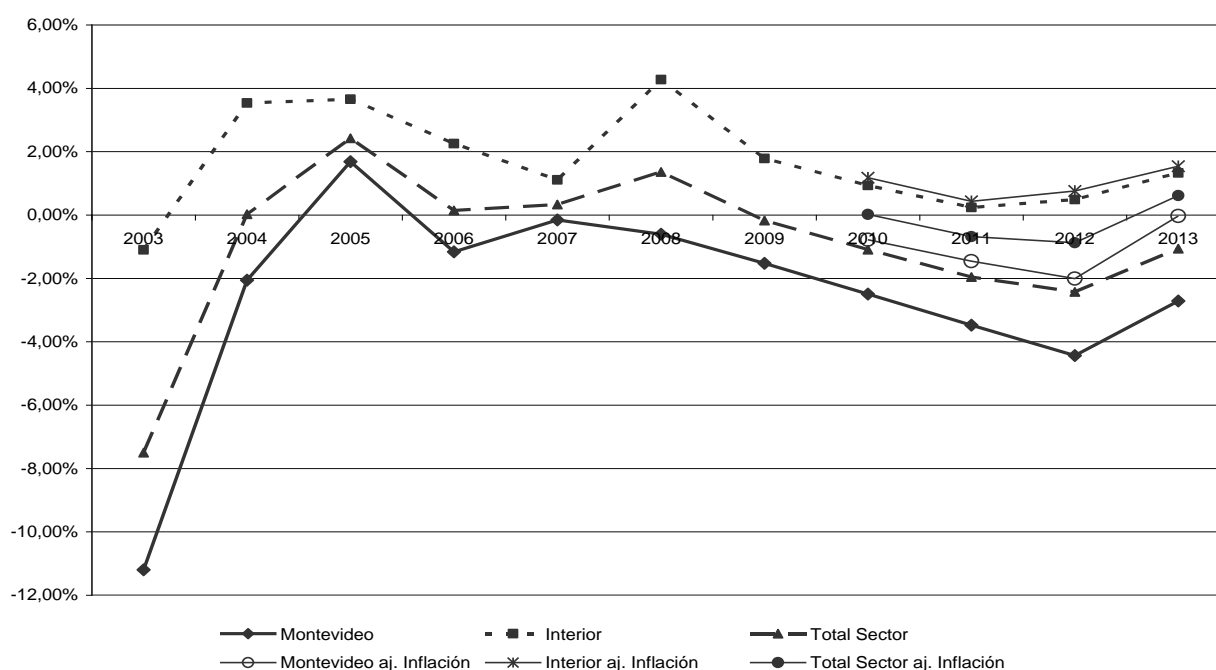
a) Análisis de rentabilidad

La gestión de los ingresos y egresos analizados anteriormente se refleja luego en los resultados económicos obtenidos por cada una de las 38 instituciones que conforman el subsector IAMC.

La trayectoria de resultados económicos sectoriales en la última década muestra una importante recuperación luego del impacto que la crisis económica del año 2002 tuvo en el sector, en particular, en las instituciones con sede principal en la capital del país.

El proceso de reforma que comienza en el año 2005, y los cambios que esto produjo en las estructuras de ingresos y egresos, ha logrado que los resultados logren cierta estabilidad en tanto, oscilan entre resultados superavitarios y deficitarios que en ningún caso superan el 3% de los ingresos operativos netos.

Gráfico 33: Resultados totales en relación a los ingresos operativos netos



Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

En particular, a partir de 2007, cuando se instrumenta el nuevo mecanismo de pago a los prestadores en el marco del SNS, el sector presenta resultados inusualmente positivos en 2008, luego la tendencia es ligeramente decreciente, sin llegar a niveles que comprometan al sector, y en el último ejercicio se observa una recuperación que, si bien es leve, es de esperar se mantenga en próximos ejercicios.

Esta última afirmación se sustenta en el propio diseño del cronograma de entrada de colectivos al SNS, el cual tenía implícito que el ingreso de los pasivos entre 2012 y 2016 impactaría positivamente, en particular, en aquellas instituciones con estructuras donde estos colectivos tienen un mayor peso relativo. Asimismo, es razonable prever, que esta situación se consolide en 2016 con el ingreso de todos los pasivos.

Cuadro 32: Evolución de los resultados sectoriales

| Estado de Resultados (\$) | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Ingresos Operativos | 27.740.071.059 | 31.783.662.334 | 36.776.685.329 | 42.676.096.582 |
| Costos Operativos | 27.870.318.153 | 32.026.351.785 | 37.210.706.247 | 43.002.972.677 |
| Resultado Operativo | -130.247.095 | -242.689.451 | -434.020.918 | -326.876.096 |
| Resultado Operativo/ IO | -0,47% | -0,76% | -1,18% | -0,77% |
| Ingresos No Operativos | 819.879.895 | 868.303.720 | 896.168.074 | 1.352.152.882 |
| Egresos No Operativos | 993.411.415 | 1.247.372.635 | 1.355.496.226 | 1.477.998.336 |
| Resultado No Operativo | -173.531.520 | -379.068.915 | -459.328.152 | -125.845.454 |
| Resultado No Operativo/ IO | -0,63% | -1,19% | -1,25% | -0,29% |
| Resultado del Ejercicio | -303.778.614 | -621.758.366 | -893.349.070 | -452.721.550 |
| Resultado del Ejercicio/IO | -1,10% | -1,96% | -2,43% | -1,06% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

En el ejercicio cerrado el 30 de setiembre 2013 el resultado sectorial (mirando la serie histórica) es levemente deficitario en un 1,06% de los ingresos operativos. Es de destacar, una mejora considerable a nivel operativo respecto al ejercicio anterior.

No obstante, esta situación puede encontrar su explicación en que a partir del 1° de enero de 2013, las instituciones comenzaron a percibir la sobrecuota de inversión²⁰. Si bien éstos son ingresos genuinos que las instituciones reciben, están destinados al financiamiento de los proyectos de inversión aprobados por el MEF y el MSP, por lo tanto, es interesante hacer el ejercicio de observar los *resultados del sector sin sobrecuota de inversión*.

A setiembre de 2013 (último ejercicio cerrado) eran 22 las instituciones que percibían ingresos por sobrecuota de inversión. Si se resta el monto total percibido por ese concepto del total de ingresos operativos y del resultado del ejercicio, el déficit sectorial se acentúa a un 1,74%. De todas maneras no se revierte la tendencia de mejora que muestra el sector respecto a ejercicios anteriores.

Por otro lado, no se puede dejar de mencionar el *impacto de Casa de Galicia, CASMU y Española en los resultados obtenidos*. Estos tres prestadores que tienen una historia de

²⁰ En un próximo apartado se retoma con mayor detalle la sobrecuota de inversión.

resultados deficitarios, reúnen al 22% de los afiliados a las IAMC.²¹ En diciembre de 2008, la Ley 18.439 crea el Fondo de Garantía²² para la reestructuración de pasivos de las IAMC como un instrumento a ser utilizado por aquellas instituciones que se encuentren en situación de insolvencia o grave dificultad económica. Las tres instituciones mencionadas se acogieron al Fondo de Garantía para lo que tuvieron que presentar, entre otras cosas, planes de reestructuración que vuelvan viable a la institución en el mediano plazo.

Si se quita a estas tres IAMC, los resultados sectoriales a nivel operativo y total son superavitarios en 1,14% y 0,86%, respectivamente. Cabe mencionar que en el ejercicio 2013 el cierre de Casa de Galicia fue inusualmente superavitario en un 8,22%, situación explicada totalmente por el resultado no operativo y vinculado a importantes ganancias por quita obtenidas luego de realizar significativas cancelaciones de deuda²³. El peso relativo de los resultados obtenidos por estas tres instituciones es de tal magnitud que logra revertir el déficit operativo a nivel sectorial con el consiguiente impacto en los resultados totales.

Por último, es necesario mostrar además, los resultados sectoriales que surgen de los Estados Contables tal como las instituciones los presentan al SINADI desde 2010, es decir, con el Ajuste Integral por Inflación.

Cuadro 33: Evolución de los resultados ajustados por inflación

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------------|------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Ingresos Operativos | 28.671.804.632 | 32.871.569.087 | 38.243.635.482 | 44.582.078.692 |
| Resultado Operativo | -108.036.653 | -233.142.343 | -395.698.593 | -285.357.503 |
| Resultado del Ejercicio | 5.472.015 | -224.912.499 | -336.156.047 | 273.098.618 |
| Resultado Operativo/IO | -0,38% | -0,71% | -1,03% | -0,64% |
| Resultado del Ejercicio/IO | 0,02% | -0,68% | -0,88% | 0,61% |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

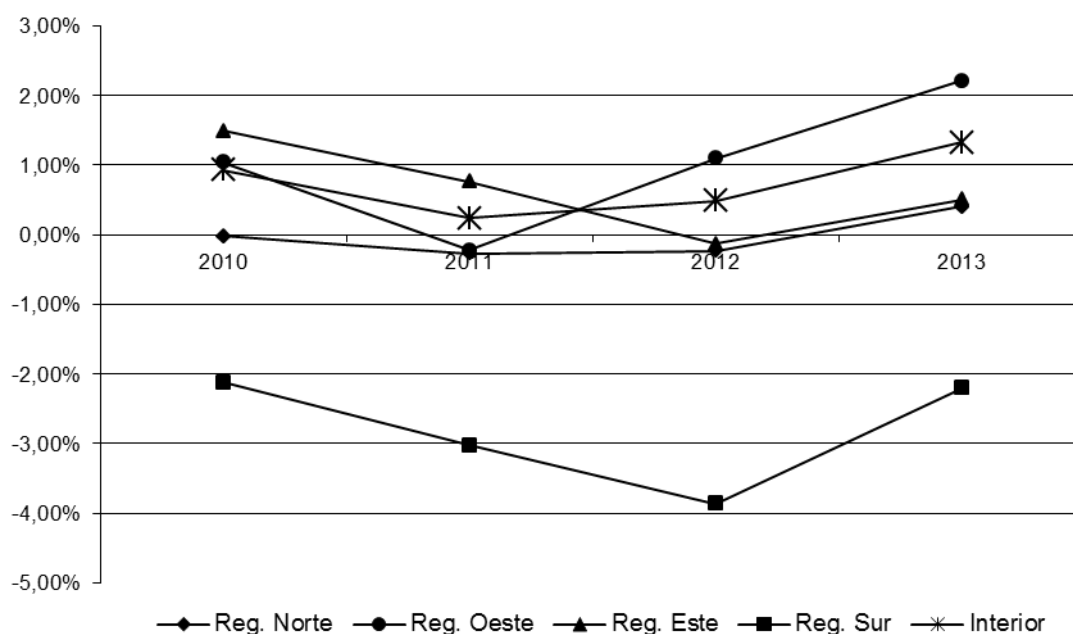
El resultado sectorial ajustado por inflación es superavitario en 0,6% de los ingresos operativos. A nivel de la gestión operativa, sin embargo, no se revierte el déficit. Esto se explica por los resultados no operativos que ajustados por inflación son 1,3% superavitarios. Allí es donde juega el ajuste por inflación, en particular, en el rubro Resultados por Desvalorización Monetaria de los resultados financieros.

²¹ A setiembre de 2013 el total de usuarios afiliados a las IAMC era de 2.090.288, el 88,2% eran afiliados FONASA.

²²El Fondo de Garantía es administrado y representado por el MEF y se integra con recursos provenientes de Rentas Generales. El fondo estará destinado a garantizar el repago del financiamiento que obtengan las instituciones.

²³ En el apartado de instituciones de Montevideo se retoma el caso particular de Casa de Galicia.

Gráfico 34: Resultados por regiones

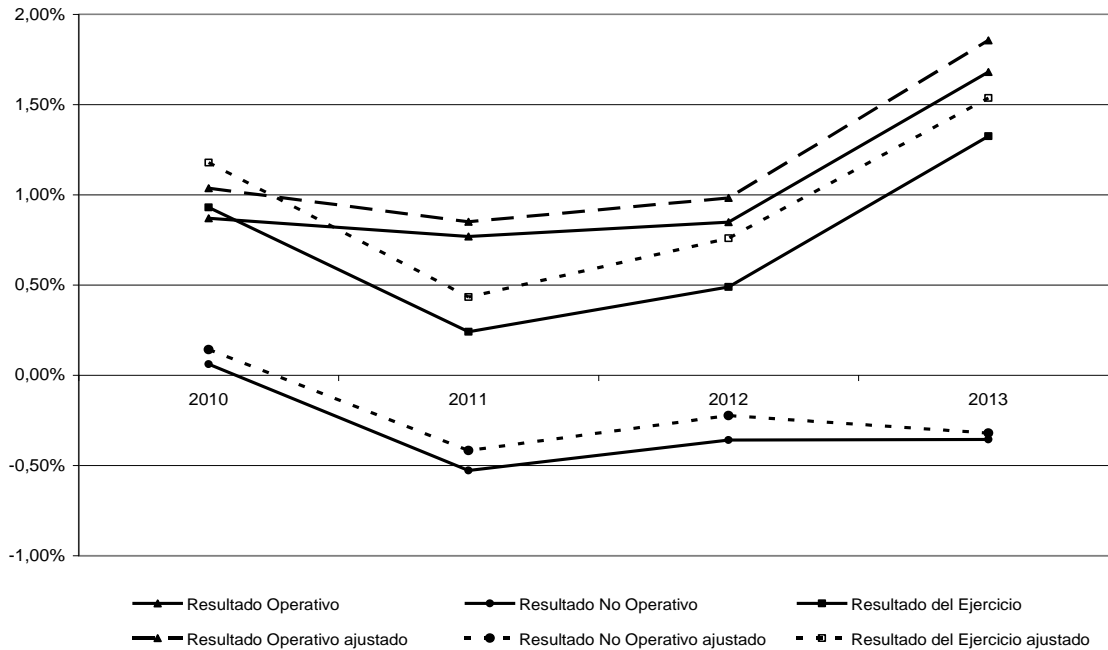


Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

En todas las regiones se observa una recuperación respecto a ejercicios anteriores. El gráfico es elocuente en cuanto a cómo los resultados de la región sur, influenciados por las instituciones con sede principal en la capital, presentan los peores resultados del sector. Por otro lado, es de destacar la performance de las instituciones de la región oeste, en particular las tres de Colonia, la de Durazno y una de las de Río Negro. Sin considerar a la región sur, los peores resultados los presenta la región norte explicados, en particular, por las instituciones de Artigas y Tacuarembó.

Vale la pena además de a nivel de regiones observar los resultados en el conjunto del interior y de Montevideo. Como lo ha sido a lo largo de la historia del sector, el comportamiento de las instituciones del interior es bien diferente a las de la capital. Durante todo el período, en conjunto, han obtenido resultados operativos y totales superavitarios. De todos modos, no es un grupo totalmente homogéneo.

Gráfico 35: Resultados IAMC del interior en relación a los ingresos operativos netos



Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

El resultado total del ejercicio 2013, a valores históricos fue superavitario en un **1,32%** de los ingresos. Como se observa en el gráfico anterior, la gestión operativa no es un problema para las instituciones del interior observadas en conjunto, allí también el resultado es superavitario, en este caso en 1,68%. Por otro lado, el déficit a nivel no operativo es bastante insignificante ya que no alcanza al 1% de los ingresos (-0,56%) y se encuentra en los mismos guarismos que en el ejercicio anterior. De las 27 instituciones que conforman el sector en el interior, sólo 9 presentan resultados deficitarios.

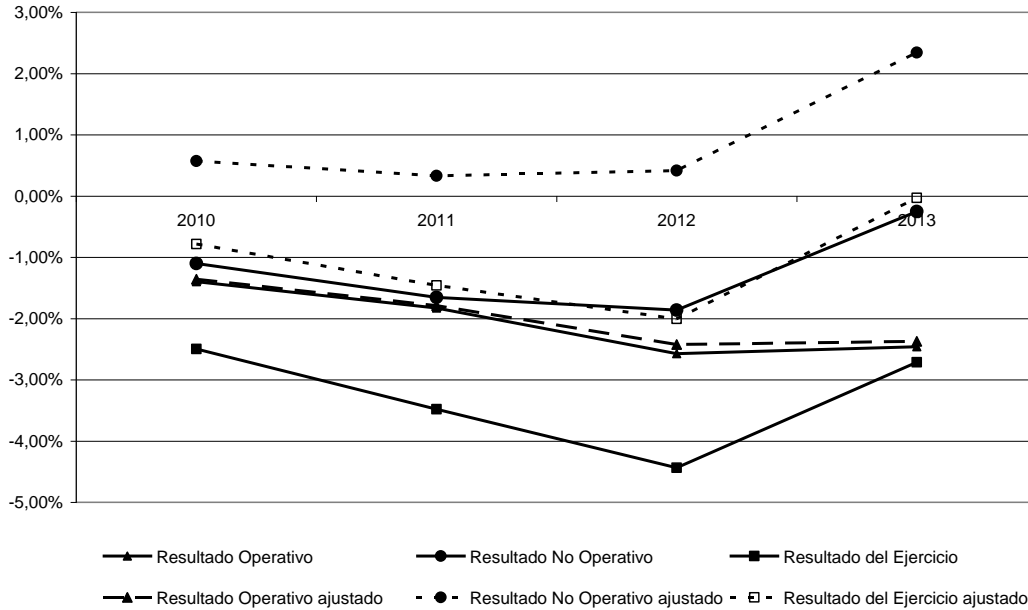
Los resultados ajustados por inflación, en tanto, siguen la misma tendencia que los históricos, siendo el resultado del ejercicio 1,54%.

El resultado del ejercicio 2013, a valores históricos, en las instituciones con sede principal en Montevideo fue deficitario en -2,71% de los ingresos; alrededor de 684 millones de pesos. En este caso también representa una importante recuperación respecto al ejercicio anterior, explicada en particular, por la mejora a nivel no operativo. Aquí sin lugar a dudas influye la situación de Casa de Galicia mencionada anteriormente.

La gestión operativa, como se observa en el siguiente gráfico, se mantiene en niveles similares a los del ejercicio anterior, en el entorno del -2,5% de déficit. En este caso el resultado histórico y el ajustado por inflación son bastante similares, ya que como se mencionó anteriormente, el efecto del ajuste se encuentra en lo no operativo.

El resultado total ajustado por inflación es deficitario pero en apenas -0,03% de los ingresos operativos.

Gráfico 36: Resultados Montevideo en relación a los ingresos operativos netos



Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

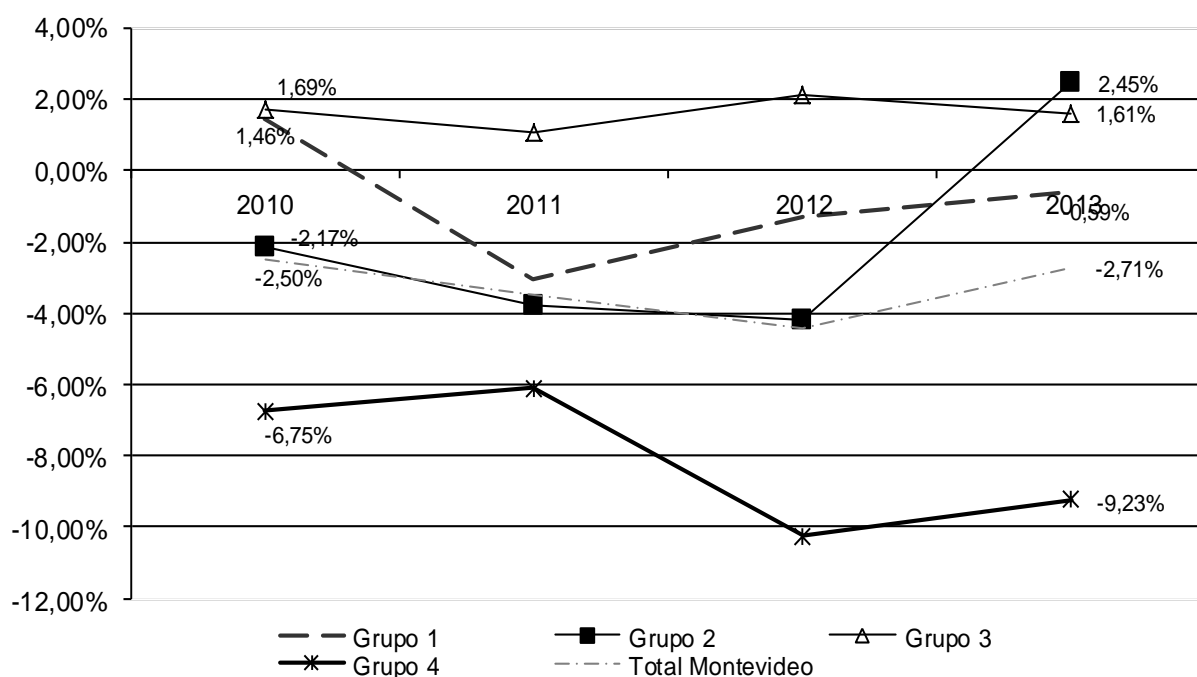
Estos resultados se explican por el comportamiento de las once instituciones con sede principal en la capital. De éstas, seis cerraron el ejercicio 2013 con resultados deficitarios, a valores históricos.

Como se ha realizado a lo largo del documento y dada la heterogeneidad entre las instituciones con sede principal en la capital, es importante observar que sucede con los resultados en los cuatro grupos definidos.

Los peores resultados los presenta, en todo el período, el grupo 4 que reúne a las instituciones de mayor tamaño y con población más envejecida y que cuentan con una larga historia de resultados deficitarios. Sin embargo, cabe esperar, que sea justamente en estas instituciones donde la inclusión de todos los pasivos al FONASA en 2016 tenga un mayor impacto en los ingresos, pues percibirán por la población mayor de 65 años una cápita ajustada al gasto esperado de esta población. Esto no implica que en ese momento se logren revertir los resultados deficitarios pero al menos existirá un ajuste importante en sus ingresos.

Por otro lado, el grupo con mejores resultados, y con mayor estabilidad en el período, es el Grupo 3, conformado por las instituciones mayor tamaño pero con población más joven.

Gráfico 37: Resultados Grupos Montevideo



Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

b) Análisis de la Solvencia y la Liquidez del sector

El análisis de algunos indicadores de liquidez y solvencia permite una aproximación al nivel de endeudamiento del sector y la capacidad para hacer frente a esas obligaciones.

En el ejercicio 2013 el pasivo total del sector ascendió a alrededor de 682 millones de dólares²⁴. En términos reales la deuda cae un 0,24% respecto al ejercicio anterior, explicado por una disminución del 3,4% en el pasivo de largo plazo. Seguramente allí se observa el impacto de la cancelación de deuda de Casa de Galicia que implicó que su pasivo disminuyera un 9% en términos reales.

El 46,8% de la deuda del sector se explica por los pasivos de las tres instituciones del Fondo de Garantía (63% del pasivo de Montevideo).

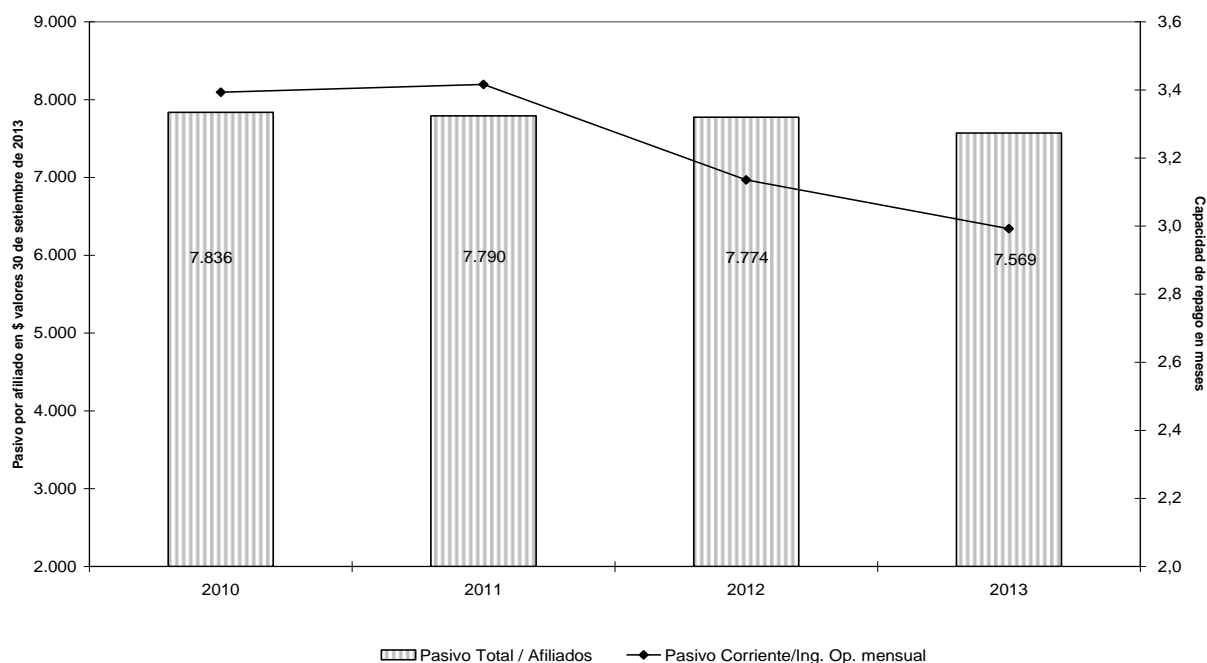
Se mantienen las diferencias de ejercicios anteriores en cuanto a la estructura del pasivo entre las instituciones del interior y de la capital. El 90% de la deuda de las instituciones del interior es de corto plazo mientras que en Montevideo solo el 59% es pasivo corriente.

Tradicionalmente para el análisis de la solvencia y la liquidez del sector se utilizan el pasivo total por afiliado y la capacidad de repago²⁵. La evolución de estos indicadores en los últimos ejercicios se presenta en el gráfico siguiente.

²⁴ Tipo de cambio \$23,2

²⁵ La capacidad de repago se calcula como la cantidad de meses de ingresos operativos que deberían destinarse para cancelar el pasivo corriente.

Gráfico 38: Evolución pasivo por afiliado y capacidad de repago



Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

El pasivo por afiliado a nivel sectorial cae levemente por el juego del aumento de los afiliados en 2,45% y la caída real del pasivo de 0,24% respecto a 2012. La capacidad de repago, en tanto, se mantiene en el entorno de los 3 meses, no obstante es de destacar la disminución constante en los últimos cuatro ejercicios, que marca una fortaleza a nivel de liquidez.

Cuadro 34: Indicadores de solvencia y liquidez

| Montevideo | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Pasivo Total / Afiliados | 9.731 | 9.651 | 9.901 | 9.554 |
| Pasivo Corriente / Pasivo Total | 60,5% | 63,8% | 58,8% | 59,4% |
| Capacidad de repago | 3,7 | 3,8 | 3,5 | 3,3 |
| Interior | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Pasivo Total / Afiliados | 5.199 | 5.183 | 4.760 | 4.755 |
| Pasivo Corriente / Pasivo Total | 84,6% | 85,2% | 88,0% | 89,7% |
| Capacidad de repago | 2,9 | 2,8 | 2,6 | 2,5 |

Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

Cuadro 35: Indicadores de solvencia y liquidez por regiones

| Indicadores de solvencia y liquidez- Regiones | Pasivo Total / Afiliados | | Pasivo Corriente / Pasivo Total | | Capacidad de repago | |
|---|--------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------------------|------|
| | 2010 | 2013 | 2010 | 2013 | 2010 | 2013 |
| | Reg. Norte | 5.596 | 5.228 | 84,0% | 88,4% | 3,20 |
| Reg. Oeste | 4.783 | 4.484 | 86,9% | 93,6% | 2,71 | 2,44 |
| Reg. Este | 4.466 | 4.219 | 87,1% | 81,7% | 2,59 | 2,05 |
| Reg. Sur | 9.449 | 9.186 | 61,6% | 60,9% | 3,69 | 3,26 |

| Indicadores de solvencia y liquidez – Grupos Montevideo | Pasivo Total / Afiliados | | Pasivo Corriente / Pasivo Total | | Capacidad de repago | |
|---|--------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|---------------------|-------------|
| | 2010 | 2013 | 2010 | 2013 | 2010 | 2013 |
| | Grupo 1 | 6.632 | 5.637 | 72,8% | 84,4% | 3,25 |
| Grupo 2 | 11.995 | 10.963 | 57,2% | 66,5% | 3,97 | 3,78 |
| Grupo 3 | 3.384 | 4.845 | 98,9% | 66,7% | 2,61 | 2,26 |
| Grupo 4 | 14.957 | 15.754 | 52,4% | 39,0% | 4,44 | 3,14 |
| Montevideo | 9.731 | 9.554 | 60,5% | 59,4% | 3,74 | 3,31 |

Fuente: Estados Contables IAMC - SINADI

5.1.4 Las inversiones en el sub sector IAMC en el período 2010- 2014

El análisis consta de tres partes, en la primera se analiza el nivel de inversiones a partir de la información presentada por las instituciones en las planillas de altas y bajas de bienes de uso de los Estados Contables auditados. En la segunda parte, se analizan los expedientes de solicitud de autorización de inversión presentados ante la AES entre 2010 y 2013 y por último, se realiza un breve análisis de los proyectos financiados con la sobrecuota de inversión que se operativiza a partir de enero de 2013.

a) Análisis de los Bienes de Uso en los Estados Contables

Para poder analizar la evolución de los Bienes de uso a partir de la información enviada por las instituciones junto a los Estados Contables, se corrigen las altas de “inmueble mejoras” con las bajas de “obras en construcción”. Esto obedece a que las obras en inmuebles, pueden ser realizadas durante un lapso que comprenda más de un ejercicio. Al ser terminada la obra, el monto invertido se expone como inmueble mejoras, dándose de baja de obras en construcción. De no realizarse el ajuste, el nivel de inversión de ese año se vería sobredimensionado.

Por otro lado, cabe mencionar que las altas de infraestructura se ajustan por la variación entre el Índice del Costo de la Construcción (ICC) promedio del ejercicio y el ICC promedio del ejercicio 2013; por su parte el equipamiento se ajusta por la variación del TC promedio del ejercicio.

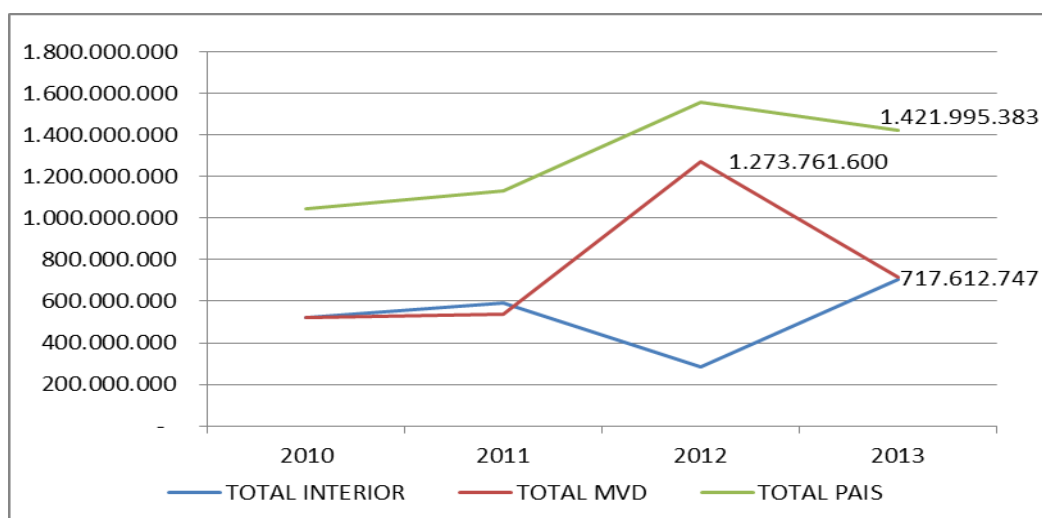
Una de las limitaciones más importantes para realizar este análisis, es la dificultad de comparar el nivel de inversión con el stock de bienes de uso. Esto se debe principalmente a que las instituciones tienen diferentes formas de valorar sus bienes de uso, de modo que sería muy difícil poder llegar a un valor constante que pudiera ser comparable.

b) Evolución del Total de Altas de Bienes de Uso.

En el ejercicio 2013 el sector invirtió alrededor de 1.400 millones de pesos (58 millones de dólares), esto representa el 3,3% de los ingresos operativos del sector. Como se observa en el gráfico, el sector no solo no ha dejado de invertir en el período sino que la tendencia ha sido creciente. La variación real entre 2010 y 2013 fue de 36.3%.

La relación entre inversión e ingresos operativos se ubica en todo el período en el entorno del 3%, con un máximo de 3,9% en el año 2012.

Gráfico 39: Evolución de total de altas de bienes de Uso. En pesos corrientes

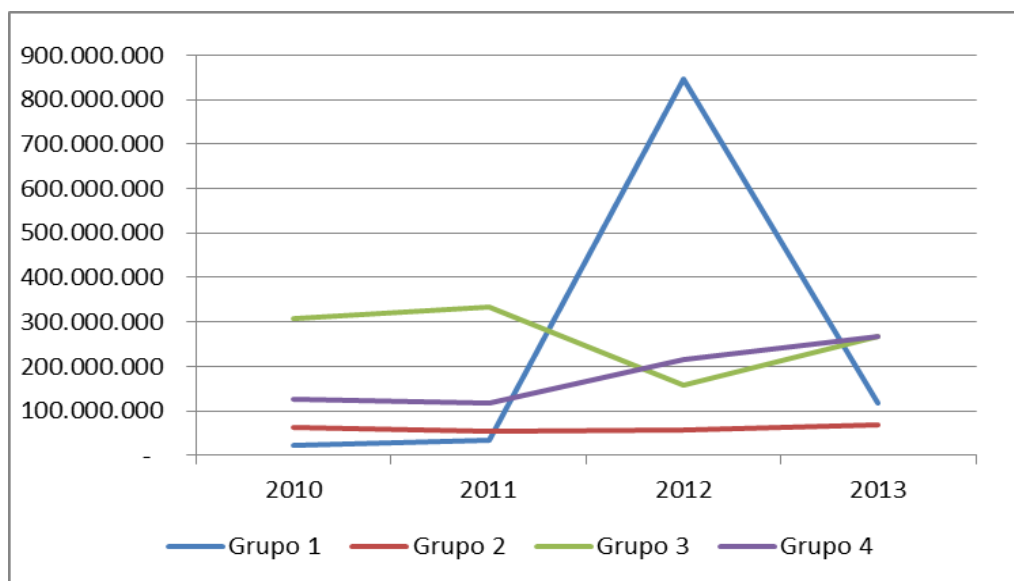


Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

Las altas en bienes de uso, en valores absolutos, se distribuyen en porcentajes cercanos al 50% para Montevideo e Interior, con excepción del ejercicio 2012 en donde el total de altas de instituciones con sede principal en Montevideo supera el 80%. Cabe mencionar que las inversiones realizadas por estas últimas no necesariamente tienen que haberse realizado en Montevideo ya que muchas cuentan con sedes secundarias en el interior, pero dada la manera en que se recopila la información de las planillas de bienes de uso no puede identificarse el lugar específico donde se ejecutó.

En el último ejercicio hay una leve caída del nivel de inversión que se explica por el incremento inusual registrado en el 2012, 37,64% respecto a 2011. Ese marcado aumento se produce en Montevideo y se debe a la adquisición del Hospital Italiano por parte de Universal, esto explica también el pico en el nivel de altas del Grupo 1, tal como lo muestra la gráfica siguiente.

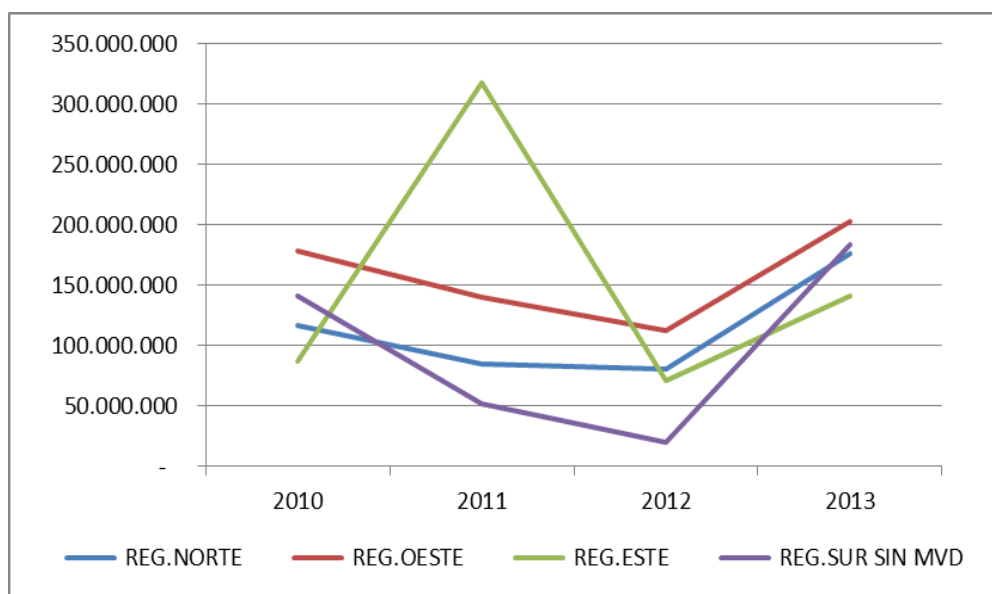
Gráfico 40: Evolución de Total de Altas de Bienes de Uso en pesos constantes. Grupos Montevideo



Fuente: Estados Contables IAMC - SINADI

En las instituciones del interior, el nivel de altas de bienes de uso en el año 2012 cae un 52%, situación que se observa, en distinta medida, al interior de cada grupo. Sin embargo, en 2013 se recuperan los niveles de inversión de años anteriores. El pico observado en la región este en el ejercicio 2011 se explica por las inversiones realizadas en inmuebles y en equipamiento médico quirúrgico en una de las instituciones de Maldonado.

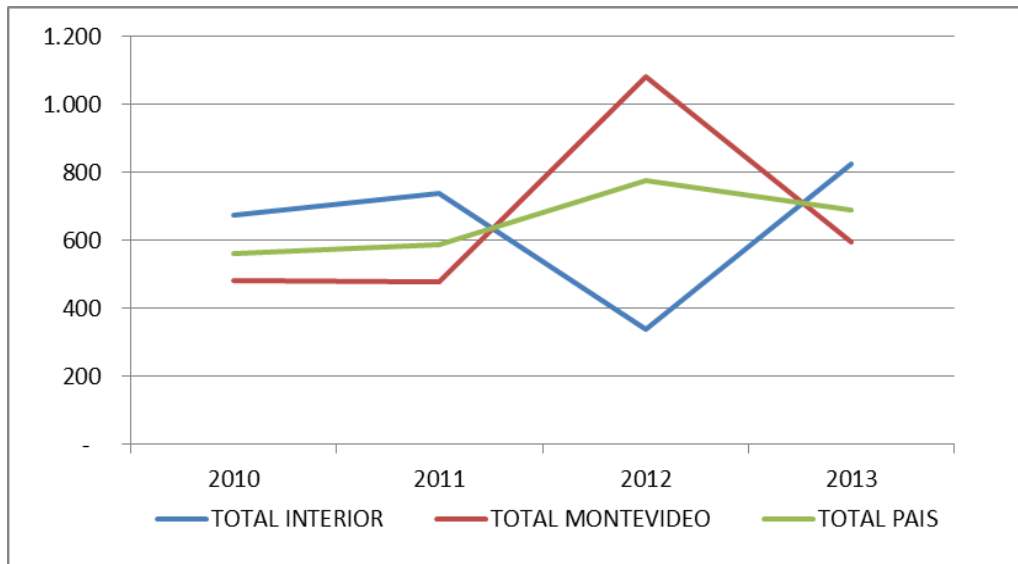
Gráfico 41: Evolución de Total de Altas de Bienes de Uso en millones de pesos constantes. Regiones del Interior



Fuente: Estados Contables IAMC- SINADI

Otra manera de poder analizar el nivel de inversión es mediante el indicador: altas de bienes de uso/Nº de afiliados promedio.

Gráfico 42: Evolución Índice Altas Bienes de Uso en relación al número de afiliados promedio.

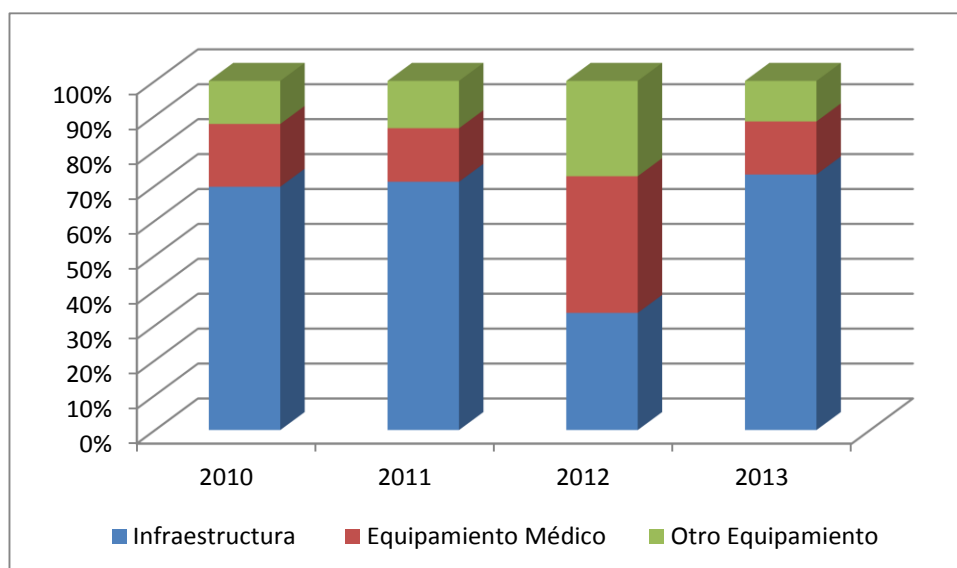


Fuente: Estados Contables IAMC - SINADI

A nivel del sector la inversión por afiliado fue en el 2013 de \$688, es decir, alrededor de U\$S 34 por afiliado. Por otro lado, la inversión por usuario realizada en promedio en la capital es el 70% de la realizada por las instituciones del interior en el último ejercicio.

Además de analizar el nivel de inversión realizada por el sector es interesante observar en qué se invierte. Los rubros que mayor peso relativo tienen sobre el total de inversiones en bienes de uso son, los inmuebles, no amortizables es decir, terrenos y obras en construcción y amortizables como las mejoras y panteones, y los equipos e instalaciones. Estos dos rubros representan en el entorno del 80% del total de inversiones realizadas en el sector en los cuatro años considerados.

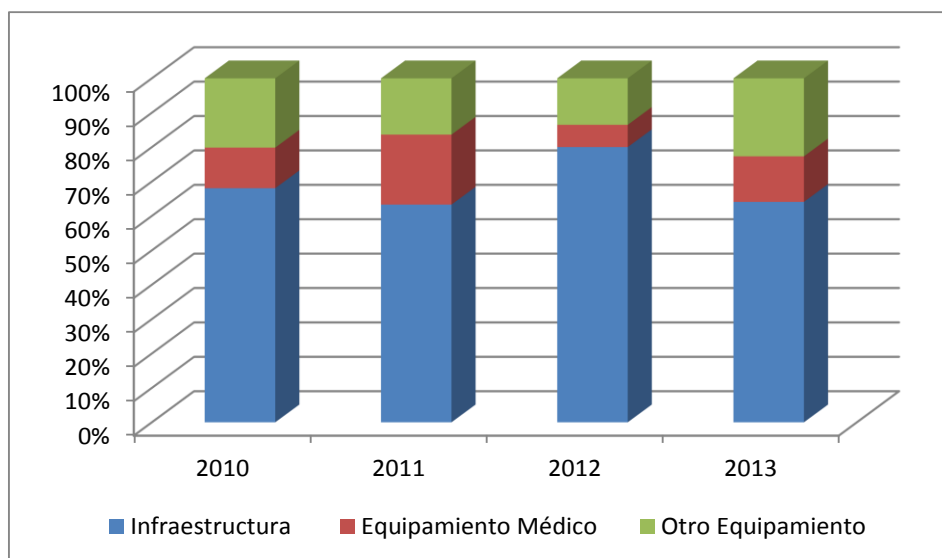
Gráfico 43: Participación en el Total de Bienes de Uso – Interior



Fuente: Estados Contables IAMC - SINADI

En el interior se destaca en el año 2012 la importancia relativa del equipamiento médico y de otro equipamiento en el total de la inversión. Este cambio en los pesos relativos obedece en realidad a la variación del rubro infraestructura, que cae en términos reales un 77% respecto a 2011.

Gráfico 44: Participación en el Total de Bienes de Uso – Montevideo



Fuente: Estados Contables IAMC - SINADI

c) Solicitudes de inversión ingresadas por expediente en el período

El Área Economía de la Salud es la encargada de realizar el estudio de viabilidad económica de las inversiones para las que los prestadores integrales privados, básicamente IAMC, solicitan autorización. En función del tipo de inversión que se trate el análisis se complementa con el realizado por el Departamento de Evaluación de Tecnología de la DIGESA o por el Departamento de Registro de Prestadores de la División Servicios de Salud de la DIGESNIS.

En el período Enero 2010 – Diciembre 2013 ingresaron a Economía de la Salud un total 132 expedientes solicitando el estudio de la viabilidad económica – financiera de la inversión en ellos expuesta. De este total, 110 son los que se consideraron en este análisis y hacen un monto total de U\$S 74.594.993²⁶.

A continuación se sistematiza y clasifica la información de los expedientes en función de si se trata de inversiones en inmuebles, tecnología u otro tipo.

El 65% de los expedientes aprobados son para realizar inversiones en infraestructura, concentrando el 69% del monto total. De los 72 expedientes que integran este grupo:

- 36 solicitudes presentadas por 6 IAMC de Montevideo,
- 5 solicitudes presentadas por 2 seguros privados integrales
- 31 solicitudes prestadas por 14 entidades del interior.

El 87% del monto total corresponde a obras y el 13% restante a la compra de inmuebles.

Por su parte, las solicitudes de inversión en tecnología comprenden la adquisición, para reposición o para incorporación, de nuevas tecnologías para tratamiento y/o diagnóstico. Estas solicitudes representan el 26% de las aprobadas y concentran el 17% del monto total.

Los 29 expedientes que integran este grupo, se dividen en:

- 18 solicitudes presentadas por 5 IAMC de Montevideo,
- 3 solicitudes presentadas por un seguro privado integral,
- 8 solicitudes presentadas por 7 prestadores del interior.

Las solicitudes de inversión en tecnología en el período hacen un total de 12,7 millones de dólares y se componen de la siguiente manera:

²⁶ De los que se dejan por fuera del análisis 17 fueron archivados antes de emitir opinión y 4 corresponden a prestadores parciales (Dos expedientes los inició un prestador de Montevideo por la compra de 2 angiografos y 1 tomógrafo por U\$S 2.3 millones y los otros 2 corresponden a un prestador del interior (sociedad de 2 IAMC) por la compra de un resonador magnético y un tomógrafo por un total de U\$S 1.3 millones)

Cuadro 36: Detalle de las inversiones en tecnología

| Inversión en Tecnología | Cantidad | Dólares |
|-------------------------|----------|-------------------|
| Resonador | 2 | 2.705.660 |
| Tomógrafo | 7 | 2.575.638 |
| Angiógrafo | 3 | 2.053.800 |
| Equipo Da Vinci | 1 | 1.700.000 |
| RX | | 989.219 |
| Ecógrafos | | 183.108 |
| Instrumentos varios | | 2.518.586 |
| Total | | 12.726.011 |

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, una institución de Montevideo solicitó autorización para la compra de una emergencia móvil. Dicha transacción representa el 13% del monto total aprobado. Otra presentó solicitud de autorización para realizar una hipoteca de un inmueble, por un monto que representa el 0.4% del monto total.

Por último, en este período se destacan 7 solicitudes para la venta de inmuebles por un monto que representa el **0.8%** del total aprobado. Estas solicitudes corresponden a 2 IAMC de Montevideo y 2 del interior.

d) Los proyectos financiados con sobrecuota de inversión

En el marco de la reforma del sistema de salud y frente al importante incremento de afiliados experimentado por el sector, al cambio del modelo de atención impulsado y a las modificaciones exigidas en el ámbito laboral (como la disminución de la cantidad de pacientes por hora), los prestadores plantean la necesidad de mayor infraestructura y de contar con financiamiento para el mismo.

Es así que en el Memorándum de entendimiento firmado junto al Contrato de Gestión del año 2011, "El Poder ejecutivo se compromete a promover una modificación legal que habilite el pago de una sobrecuota de inversión, para aquellas instituciones firmantes del nuevo Contrato de Gestión...".

Luego, en la Ley 18.922 del 6 de julio de 2012 y el Decreto 427 del 28 de diciembre de ese mismo año, se establece que la JUNASA tiene la facultad de disponer el pago de una sobrecuota de inversión a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a partir del 1° de enero de 2013, destinada al financiamiento de proyectos de inversión previamente aprobados por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

La normativa determina que las instituciones perciban mensualmente del FONASA un porcentaje de las cápitas del mes por concepto de sobrecuota de inversión que no puede superar el 3% de los ingresos por cápita y cuotas del sector. Desde enero de 2013 a agosto de 2014 ese porcentaje fue del 3,55% y a partir de setiembre es del 3,44%.

Se pagará por este concepto por un máximo de hasta 24 meses, con tres meses de descanso luego de percibidos 12 meses y el monto no podrá superar en ningún caso el 70% de la inversión total de cada institución. La institución debe demostrar que puede afrontar con

fondos propios, provenientes de su operativa o mediante la obtención de préstamos, el restante 30%.

Trimestralmente las instituciones deben rendir cuentas de lo ejecutado ante el Área Economía de la Salud. Para esto existen intercambios previos donde se da cuenta de la metodología para el llenado de las planillas de rendición de cuentas. Se solicita además la entrega de todos los comprobantes y documentación que respalde lo allí declarado.

Para el control de los proyectos de Historia Clínica Electrónica, así como todo otro proyecto vinculado al área informática, se cuenta con el apoyo de AGESIC que se encarga de analizar el proyecto y controlar el cumplimiento de lo desarrollado y/o ejecutado en cada trimestre.

Por otro lado, el control de los avances de obra y la fiscalización de las construcciones corresponde al Departamento de Evaluación de la Conformidad de la División Servicios de Salud de la DIGESNIS.

En caso de que exista cualquier tipo de observación o incumplimiento las dependencias correspondientes comunican a la JUNASA, quien puede definir la solicitud de información ampliatoria o incluso establecer la interrupción del pago de la sobrecuota.

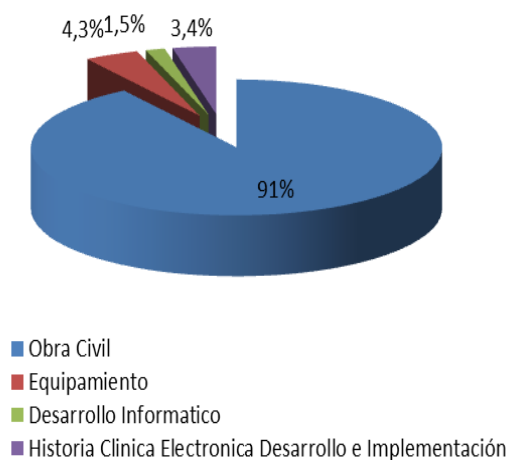
De las 38 instituciones que conforman el sector, 37 presentaron proyectos solicitando la autorización para el cobro de la sobrecuota de inversión, 11 con sede principal en la capital, lo que no implica que vayan a desarrollar todo el proyecto en la capital, y 26 del interior del país. Dos instituciones del interior culminaron con sus primeros proyectos y solicitaron la autorización para el segundo. De los 39 proyectos presentados resta la aprobación de dos.

El monto total de las inversiones proyectadas por el sector, en el marco de sobrecuota de inversión, es alrededor de 2.800 millones de pesos (120 millones de dólares aproximadamente). Este monto surge de la sumatoria de los presupuestos totales de los proyectos presentados, es decir, que parte de ese monto será financiado con sobrecuota y parte por las instituciones. Como ya se mencionó, en algunos casos la sobrecuota financia menos del 70% y los proyectos tienen distintos períodos de ejecución, algunos se ejecutan en el ejercicio 2013 pero hay otros que involucran hasta 5 ejercicios.

Cabe recordar que sólo en el ejercicio 2013, el sector invirtió 1.400 millones de pesos, la mitad de lo que se financiará con sobrecuota, y en ese caso con financiamiento 100% de las instituciones. No es fácil poder identificar en la información de altas y bajas brindada en los balances qué parte de esos montos están vinculados a Sobrecuota. De todos modos es de esperar que en el ejercicio 2013, y dados los períodos de ejecución de estos proyectos, sea marginal lo que está allí incluido.

En el siguiente gráfico se presentan los principales conceptos de inversión. El 91% corresponde a la realización de obras, incluye obra nueva y remodelaciones. Si bien uno de los objetivos que se planteó con la sobrecuota fue el de incentivar la inversión en la digitalización de los sistemas de información, en particular en la implementación de la Historia Clínica Electrónica que se viene impulsando a través de Salud.uy, sólo el 4,9% de la inversión está vinculado a este tipo de proyectos (1,5% Desarrollo Informático y 3,4% HCE – desarrollo e implementación).

Gráfica 45: Conceptos en los que se invierte



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, a julio de 2014 el monto pagado por concepto de sobrecuota de inversión ascendía a 907 millones de pesos. El 57% de esos fondos tuvo como destino 10 de las 11 instituciones con sede principal en Montevideo.

En julio 2014 la relación entre lo ejecutado y lo presupuestado en cada uno de los rubros mostraba que la mayor ejecución se observa en equipamiento con un 35% y la menor en obra civil con un 17%, lo que es coherente con la propia naturaleza de la inversión.

Gráfica 46: Relación presupuestado y ejecutado



Fuente: Elaboración propia

5.2 Los Seguros Privados Integrales en el SNIS

A diferencia de las IAMC, los Seguros Privados Integrales en su mayoría operan como sociedades anónimas. Por otro lado, los seguros cobran una cuota según el riesgo asistencial de la persona, la cual no se encuentra regulada, es decir, que ofrecen cobertura mediante el régimen de libre contratación. Incluso es diferente el pago que reciben estos prestadores por sus afiliados FONASA. El SNS paga a los seguros privados el menor valor entre la cuota salud más la cuota del Fondo Nacional de Recursos y la suma de aportes personal y patronal.

Según datos de la ECH, que ya fueron presentados en el primer capítulo, si bien hay presencia de usuarios de los seguros en todos los quintiles de la distribución del ingreso se concentran básicamente en los de mayores ingresos.

Desde el punto de vista del análisis, el principal problema se encuentra en la calidad de la información económico- financiera con que se cuenta. Los seguros privados presentan ante el SINADI sus estados contables pero no existe un único formato diseñado por el regulador como en el caso de las IAMC. A esto se suma que los cierres de ejercicio son diferentes.

Son siete los Seguros Privados Integrales que existen en el país, todos ellos con sede en Montevideo y con contrato vigente con la JUNASA por lo que dan cobertura a población FONASA.

Los seguros privados integrales brindan cobertura a poco más de 91 mil personas en 2013, el 56,11% de ellos a través del FONASA. Mientras el crecimiento del total de usuarios fue del 12,5% en el período, los afiliados a través del SNS lo hicieron en un 62%.

El gasto mensual por usuario de los seguros privados en el 2013 fue de casi \$3900, más del doble del realizado por las IAMC.

Con la información disponible de seis seguros²⁷ se elaboró la estructura relativa de gasto que se presenta a continuación. Es clara la diferencia tanto con las IAMC como con los prestadores públicos donde el peso relativo de las remuneraciones supera, y en algunos casos ampliamente, el 50% del gasto.

Cuadro 37: Estructura relativa de Gasto

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Remuneraciones de empleados | 45,5% | 47,3% | 48,0% | 48,9% |
| Medicamentos | 14,3% | 13,7% | 13,2% | 12,3% |
| Otros suministros y servicios | 28,4% | 27,1% | 26,1% | 25,4% |
| Gastos Financieros y otros | 9,6% | 9,7% | 10,6% | 11,5% |
| Consumo de capital fijo | 2,2% | 2,2% | 2,1% | 1,9% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Estados Contables Seguros Privados - SINADI

Como contrapartida, y como una característica particular de este tipo de prestadores, el 25% del gasto se destina a “otros suministros y servicios” y es de esperar que buena parte de ese

²⁷ No se cuenta con los Estados Contables de PRIMEDICA, de todos modos se trata de un prestador muy pequeño con apenas 1611 afiliados en diciembre de 2013.

rubro esté explicado por la contratación de servicios asistenciales. La mayoría de los seguros privados contrata la internación, y en algunos casos, también la atención ambulatoria. Sólo una institución cuenta con recursos propios de internación (110 camas de Cuidados Moderados y 22 camas de CTI-CI).

También merece mención el peso relativo de los medicamentos en el total del gasto ya que alcanza el 12,3%, cuando tanto en ASSE como en las IAMC representa alrededor del 8%. Sin embargo, la utilización de medicamentos ambulatorios es en los seguros menor a la observada en los demás prestadores integrales.

Cuadro 38: Recetas por usuario y por consulta

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------------------------|------|------|------|------|
| N° de recetas por afiliado por año | 8,6 | 9,2 | 9,3 | 9,3 |
| N° de recetas por consulta | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,3 |

Fuente: SINADI Asistencial y Censo usuarios SINADI

Los afiliados de los seguros consumen alrededor de 5 recetas menos por año que los usuarios de ASSE y de las IAMC y el indicador de recetas por consultas es la mitad del de las IAMC.

En cuanto a la utilización de consultas los seguros privados con 8,4 por afiliado por año presentan guarismos mayores a los observados en los demás prestadores. En las IAMC ese mismo indicador es de 6,8 y en ASSE 4,6. La principal diferencia se observa en las consultas no urgentes.

En contrapartida, los egresos por mil afiliados por año son menores que en los otros prestadores tanto en cuidados moderados (88 por mil afiliados por año) como en CTI- CI (6 por mil afiliados por año). Se observa el mismo comportamiento en los Día Cama Ocupados por mil afiliados por año, con 330 en Cuidados Moderados (472, 8 en las IAMC y 779 en ASSE) y 31 en CTI- CI (62,6 en las IAMC y 49,8 en ASSE).

Una de las principales diferencias con los demás prestadores en cuanto a la utilización se observa en la actividad quirúrgica. Mientras en las IAMC se realizan 69,5 intervenciones quirúrgicas por mil afiliados por año, en los seguros ese indicador es de 83 (en ASSE 43). La diferencia se explica básicamente por las intervenciones ambulatorias coordinadas, que ascienden a 40 por mil afiliados por año cuando en las IAMC son 19,6 y en ASSE apenas 9,6.

Por último, mientras en la actividad de laboratorio no hay mayores diferencias con lo observado en las IAMC y en radiología convencional es apenas superior (0,57 contra 0,43 por afiliado por año), en todos los demás estudios considerados (Ecografías, Ecodoppler, TAC, RNM y Endoscopías) la utilización de los afiliados a los seguros supera hasta en 3 y 4 veces a la de los usuarios de las IAMC.

6. LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y LAS METAS ASISTENCIALES

Otra dimensión fundamental a la hora de evaluar el desempeño de los prestadores de servicios de salud es el de la calidad, más aún en el marco de un proceso de reforma que apunta al cambio del modelo de atención. Por otro lado, lograr contar con información que permita hacerlo no es una tarea fácil, básicamente porque los servicios que necesitamos evaluar y comparar nos son homogéneos, sumado a la dificultad de llegar a un consenso sobre el concepto mismo de calidad en salud y los indicadores más adecuados para evaluarla.

Los tiempos de espera o tiempos de demora son resultado del proceso de gestión que desarrolla cada institución para brindar atención a sus usuarios, y obviamente están estrechamente vinculados al cambio en el modelo de atención. Son por tanto una forma de evaluar la accesibilidad y la disponibilidad de recursos, constituyéndose además, en un indicador sensible para medir la calidad de la atención.

Sin embargo, se requiere de dos cuestiones fundamentales. Por un lado, contar con buenos sistemas de información que aseguren que se está midiendo lo mismo en todos los prestadores (homogeneizar el objeto a evaluar). Por otro, lograr romper con la idea fuertemente arraigada en la población de asociar alta especialización, tecnología, y resolución inmediata con calidad asistencial.

En este marco, se identifica la necesidad de establecer un marco normativo que garantice una gestión de agenda de consulta externa homogénea para todas las instituciones prestadoras del SNIS. Surge así, a partir de la ordenanza 603 de 2012, el sistema de Agenda de Consulta Externa, que se espera además, “contribuya a la disminución de los usuarios en espera de otorgamiento de cita y permita una medición certera del tiempo de espera, así como de la eventual demanda insatisfecha”.

El sistema se encuentra en proceso de implementación en los prestadores, siendo obligatorio su uso en todas las especialidades. En particular, en el año 2014 hubo importantes avances en la mejora de la calidad de los registros así como también en los tiempos de espera reportados. Es de esperar que a mediano plazo se cuente con indicadores oportunos y de buena calidad que permitan considerar el análisis de los tiempos de espera como una de las dimensiones a tener en cuenta a la hora de evaluar la calidad de los servicios prestados.

Por otro lado, las metas asistenciales han sido la principal herramienta utilizada hasta el momento para impulsar tanto cambios en el modelo de atención como a nivel de la gestión institucional. Este componente de la cuota salud constituye un pago por desempeño atado al cumplimiento de ciertos indicadores, mediante el cual se impulsan cambios en los procesos de atención a la interna de las instituciones. La existencia de las metas ha significado importantes avances en la reorientación del modelo de atención y en la reorganización de los servicios de salud.

Uno de los principales cambios en cuanto al diseño de las metas en el periodo analizado se encuentra en que a partir del 2010, y a través de la figura del médico de referencia, comienza a componerse la transversalidad de los programas de salud. Este médico será responsable del control de salud y monitoreo de su población. De esta forma, las metas asistenciales, que comenzaron en 2009 por la referenciación y que incorporaron en 2010 la consulta de control con las características descritas en los programas de salud de cada tramo etario, continuaron avanzando en 2012, incorporando los indicadores de control según pauta ministerial.

Por otro lado, en el año 2012 se crea, la Meta 4, que tiene como objetivo impulsar el nuevo régimen de trabajo médico de alta dedicación. Las especialidades incluidas en la meta son medicina general, medicina familiar, pediatría y ginecología; a los cuales se agregaron medicina interna y medicina intensiva. Estos nuevos cargos de alta dedicación son de suma importancia, ya que se espera permitan reducir el problema del multiempleo en el sector salud, además de estipular una población de referencia en la propia definición del cargo e incorporar actividades institucionales y de capacitación dentro del horario de trabajo, con el consecuente impacto en la calidad de los servicios brindados.

6.1 Indicadores de calidad y cambio de modelo

El SINADI Asistencial cuenta con una serie de indicadores que pueden vincularse con el cambio del modelo de atención y con la calidad asistencial y que son los que están disponibles actualmente para aproximarse al análisis de esta dimensión del desempeño sectorial.

Cuadro 38: Indicadores de calidad y cambio de modelo. Año 2013

| | IAMC | | | ASSE | | |
|---|----------|------------|------------|----------|------------|------------|
| | Interior | Montevideo | Total País | Interior | Montevideo | Total País |
| Índice de cesáreas | 47 | 55,2 | 51,6 | 33,3 | 28 | 31 |
| Porcentaje de embarazadas captadas en 1er. Trimestre | 84,8 | 88 | 86,6 | 55,5 | 52 | 54 |
| Razón consultas no urgentes / consultas urgentes | 4,27 | 6,26 | 5,26 | 2,46 | 2,92 | 2,58 |
| Razón consultas en policlínica / consultas en urgencia centralizada | 4,85 | 7,52 | 6,08 | 2,46 | 3 | 2,59 |
| Consultas esp. básicas / Consultas especialidades | 1,4 | 0,83 | 1,04 | 0,87 | 2,58 | 1,84 |

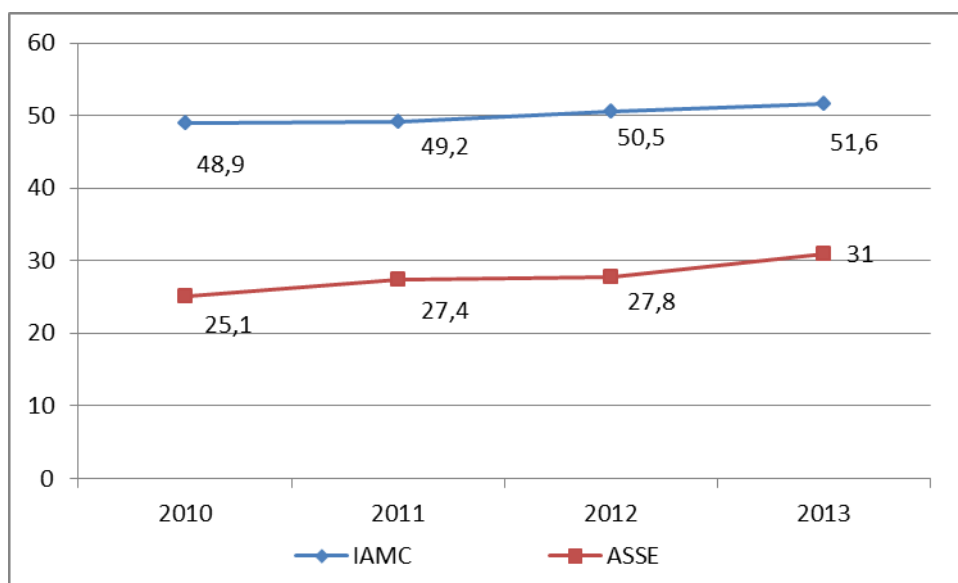
Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud - DIGESNIS

Con relación al índice de cesáreas, si bien no se cuenta con un estándar óptimo para dicho indicador²⁸, se observa que los valores de ASSE, con casi 20 puntos de diferencia están muy por debajo de los de las IAMC. Sin embargo, dado que ASSE muestra valores mayores en el interior que en Montevideo, la diferencia entre ambos grupos está aún mucho más polarizada en Montevideo, y es menos marcada en el Interior.

Por otro lado, las IAMC de Montevideo, con un 55% de cesáreas dentro del total de partos, presentan un indicador casi 10 puntos porcentuales por encima que las del interior. Es de destacar, que tal como se observa en el gráfico siguiente, en los dos grupos de instituciones se registra un aumento sostenido en este indicador en los últimos años, manteniéndose la diferencia existente entre ambos.

²⁸ En la bibliografía se maneja un límite de 15%, establecido arbitrariamente por la OMS en 1985, pero no aceptado unánimemente por la comunidad científica.

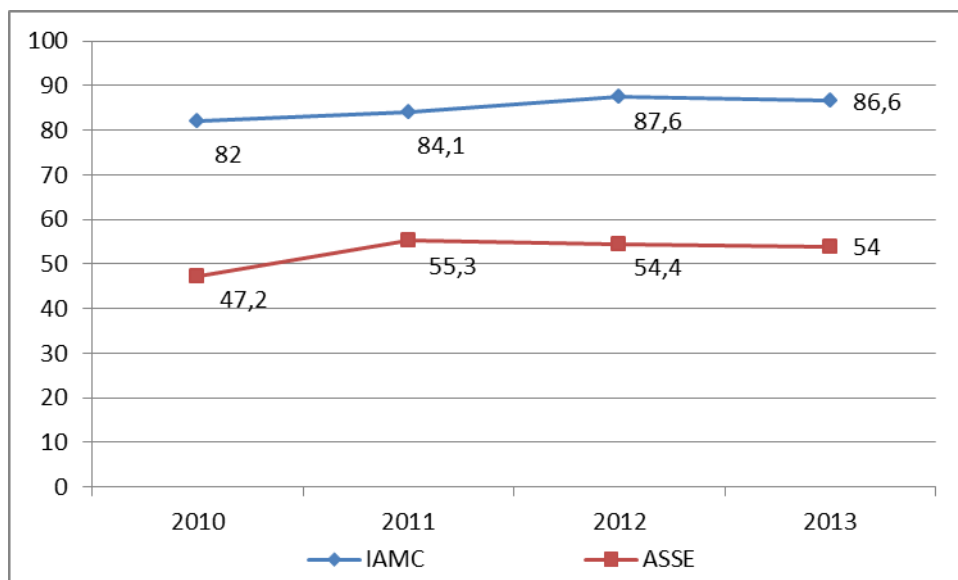
Gráfica 47: Evolución del Índice de cesáreas



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Un segundo indicador que se vincula con el modelo de atención desarrollado es el porcentaje de embarazadas captadas en el 1er trimestre de embarazo. La tendencia en ascenso observada en este indicador en los últimos años está estrechamente vinculada con la implementación de políticas ministeriales que impulsan el cambio de modelo de atención a través de las ya mencionadas metas. En el último año, en ambos prestadores el indicador parece haberse estabilizado.

Gráfica 48: Porcentaje de embarazadas captadas en el 1er trimestre



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Las IAMC registran en promedio para el total del país un 87% de captación precoz, con una diferencia a favor de las instituciones con sede principal en la capital (88 % vs. 85%).

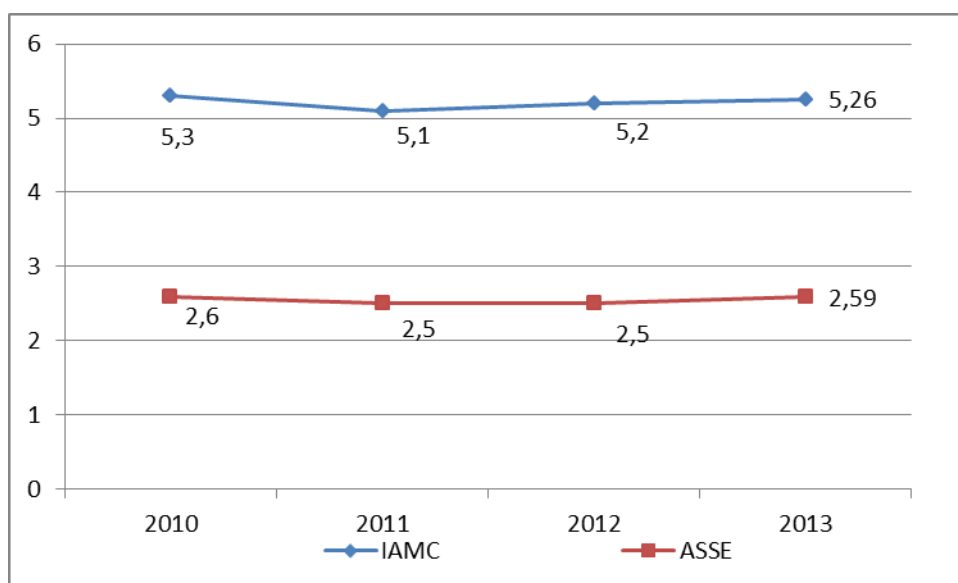
En ASSE, en tanto, se observan valores considerablemente más bajos que las IAMC pero con una importante mejora en el período. Una posible explicación para esta diferencia significativa puede radicar en los perfiles de la población atendida en uno y otro caso. Como se presentaba en el primer capítulo continúan existiendo diferencias socioeconómicas importantes entre la población que atiende un prestador y otro, y es de esperar que la población de ASSE con menores niveles de ingreso asociados a menores niveles educativos sea más difícil de captar. Otra característica interesante es que en ASSE el indicador es levemente mejor en el interior (56%) que en Montevideo (52%), contrario a lo observado en las IAMC.

Por otro lado, más allá de que no se tienen estándares que establezcan la “relación ideal” entre lo urgente y no urgente, podría considerarse como una fortaleza en el marco del cambio de modelo de atención que las consultas no urgentes predominen en forma notoria frente a las consultas urgentes. De todas maneras no puede leerse este indicador de manera lineal, pues podría pasar que aumenten las consultas no urgentes pero éstas sean de peor calidad o que tengan una peor resolutiveidad. Es decir, no debe ser un objetivo en sí mismo que aumenten las consultas no urgentes ya que esto no implica necesariamente avances en el cambio de modelo de atención.

Las IAMC presentan en 2013 una relación de consultas no urgentes / urgentes de 5,3 para el total del sector, con un mayor peso de consultas urgentes en las del interior frente a las de Montevideo (4,3 consultas no urgentes por cada consulta urgente en las primeras, frente a 6,3 consultas no urgentes por cada consulta urgente en las segundas). No se registran cambios si se observa el período analizado punta a punta. Si se va unos años hacia atrás, en 2007 la relación era de 5,9.

Si solamente se toman en cuenta las consultas centralizadas, es decir, consultas en policlínica vs. urgencia centralizada, los valores son globalmente mayores (6,1 para el total país), lo que indica que en los servicios ambulatorios centralizados el peso relativo de la consulta coordinada es mayor que en domicilio. Además, hay una mayor diferencia entre las IAMC del interior y las de la capital (aproximadamente 5,1 en Interior y 8,1 en Montevideo).

Gráfica 49: Razón Consultas no urgentes/consultas urgentes



Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

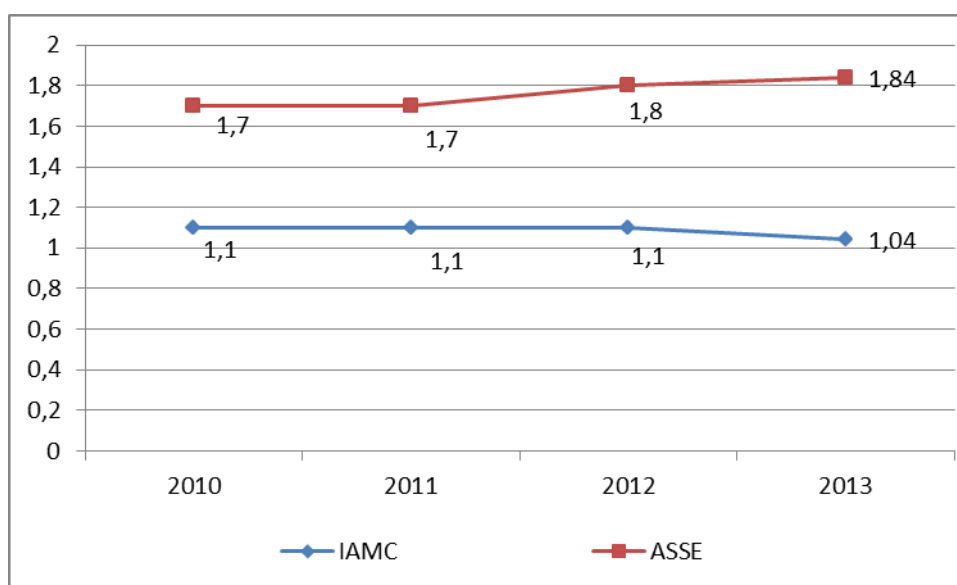
ASSE muestra relaciones consultas no urgentes / urgentes globalmente más bajas que las IAMC (2,6), con una diferencia menos marcada entre el interior (2,5) y Montevideo (2,9). Como se mencionó en el capítulo de utilización de los servicios, la cantidad de consultas no urgentes de ASSE puede estar subrepresentada en tanto existen allí algunas consultas realizadas por técnicos no médicos que no se incluyen en la información enviada al SINADI, como por ejemplo los controles de embarazo atendidos por parteras obstetras.

En ASSE prácticamente no hay variaciones de estos valores si se comparan las consultas en policlínica contra las de urgencia centralizada, situación estrechamente vinculada con que las consultas en domicilio son casi inexistentes en este prestador.

Por último, otra manera de aproximarse al análisis de los avances en el cambio de modelo a partir de los indicadores disponibles en el SINADI Asistencial es a través de la relación entre las consultas en especialidades básicas con las de otras especialidades. Es decir, mide el peso de las consultas realizadas en medicina general, pediatría y ginecología respecto a las de cirugía, especialidades quirúrgicas y especialidades médicas. En 2013, se registra una razón de 1,0 para el total de IAMC del país, con un mayor peso de especialidades básicas en las IAMC del interior (1,4) respecto a las de Montevideo (0,8).

ASSE muestra valores globalmente más altos que las IAMC (1,8 consultas en especialidades básicas por cada consulta de especialidades), con valores mayores en el interior (2,6) que en Montevideo (0,9)

Gráfica 50: Razón Consultas especialidades básicas /consultas especialidades



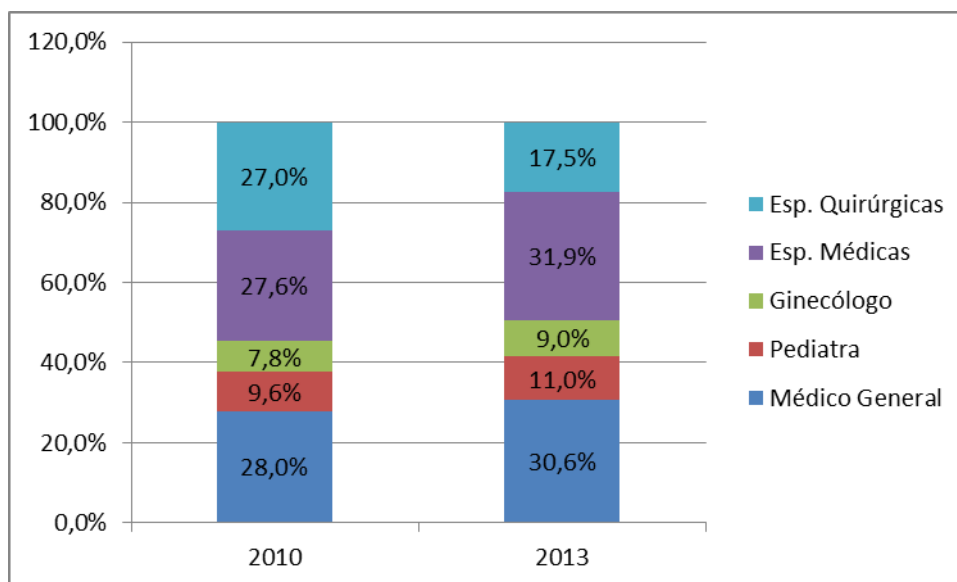
Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

De acuerdo con esto, ASSE y el interior mostrarían un comportamiento más acorde al modelo impulsado a partir de la Reforma de Salud, aunque también podría estar evidenciando una menor accesibilidad, funcional o geográfica, a los especialistas médicos.

Para el caso de las IAMC y a partir de información proporcionada por la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud, se pueden analizar las horas médicas contratadas en las diferentes especialidades de modo de observar, en este caso desde el lado de la oferta, si han existido ajustes que vayan en el sentido del cambio del modelo de atención.

En el siguiente gráfico se presentan cómo se distribuyen las horas médicas contratadas en policlínica entre especialidades quirúrgicas, especialidades médicas, ginecología, pediatría y medicina general en los años 2010 y 2013.

Gráfica 51: Horas médicas contratadas en policlínica por especialidad IAMC



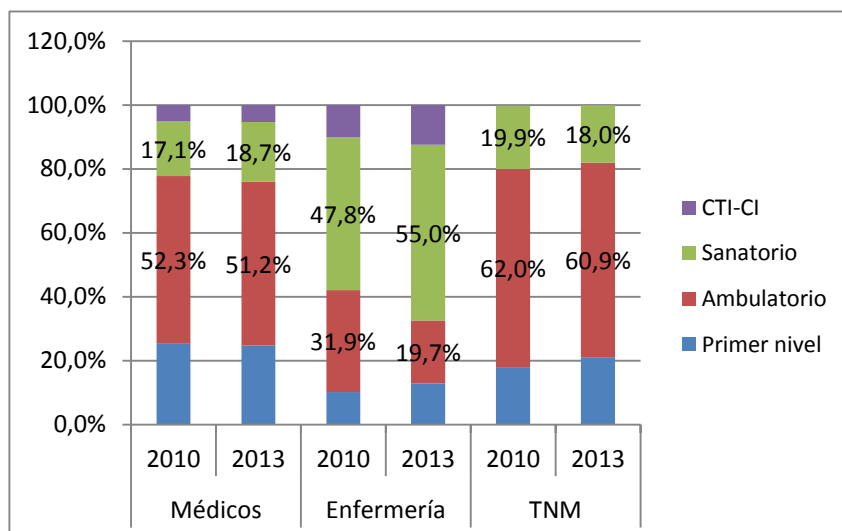
Fuente: SCARH- División Evaluación y Monitoreo del personal de Salud- DIGESNIS

El total del sector incrementó en un 10% las horas contratadas en policlínica en el período considerado, el mayor incremento se observó en las horas de ginecología, pediatría y especialidades médicas (27%). En cuanto al peso relativo de cada categoría, el cambio más relevante está dado por la caída de las especialidades quirúrgicas en casi 10 puntos.

Por otro lado, también es interesante observar cómo se distribuyen las horas contratadas en los diferentes niveles asistenciales. Se presentan por un lado los datos de las IAMC con sede principal en Montevideo y por otro las del interior.

A nivel del sector, el 56,4% de las horas médicas contratadas se destinan a ambulatorio y a esto se suma un 22% para primer nivel de atención. En el caso de enfermería, la mayor parte de las horas, 55%, se destinan a sanatorio, lo que es esperable por las propias características del trabajo, más incentivo en internación.

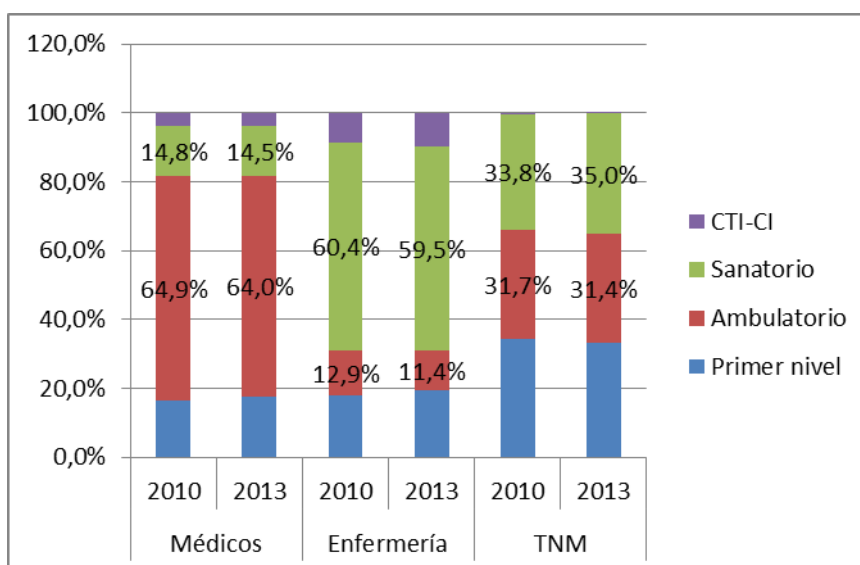
Gráfica 52: Horas contratadas por nivel asistencial. IAMC Montevideo



Fuente: Sistema Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH)- División Evaluación y Monitoreo del personal de Salud- DIGESNIS

En las IAMC de Montevideo, el principal cambio observado en el período se da en las horas de enfermería, pues aumentan un 37% las horas contratadas para sanatorio y un 45% las de CTI.

Gráfica 53: Horas contratadas por nivel asistencial. IAMC Interior



Fuente: Sistema Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH)- División Evaluación y Monitoreo del personal de Salud- DIGESNIS

En el interior la principal variación se da en el aumento de horas contratadas de técnicos no médicos, manteniéndose incambiada la distribución por nivel asistencial.

6.2 Evolución de algunos indicadores de metas asistenciales

Habiendo presentado ciertos indicadores que pueden vincularse con la calidad y el cambio de modelo asistencial se pretende en este apartado destacar la evolución entre 2010 y 2013 de los principales indicadores vinculados a las metas, y que actúan como incentivos fundamentalmente a la atención preventiva y al cambio de los modelos de trabajo.

Para un mayor detalle, la Rendición de Cuentas JUNASA 2013, describe cada una de las cuatro metas existentes en la actualidad y presenta los resultados para ese año.²⁹

6.2.1 Meta 1 – Salud del niño, niña y mujer

La Meta 1 impulsa acciones relacionadas con el control de los niños en los primeros tres años de vida, el control de las embarazadas y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica. En el año 2010, la meta ya llevaba dos años de implementación, pero esta continuó avanzando en el período generando un fortalecimiento del Programa Nacional de Atención a la Niñez con énfasis en la vigilancia y control adecuados del crecimiento, el desarrollo, el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, así como en la detección precoz de defectos congénitos.

A partir del año 2010 se fortalece la atención en salud del recién nacido a través del indicador de captación del recién nacido y visita domiciliaria de los de riesgo. De este modo las instituciones deben comenzar a instrumentar programas de seguimiento de la atención dada a estos usuarios. A su vez, en dicho año se extiende la cobertura del control en salud hasta la primera infancia (hasta 3 años de edad). También se avanza en la detección de situaciones de violencia doméstica en las mujeres, con el objetivo de dar un impulso al cumplimiento del Programa Nacional de Mujer y Género.

En el año 2012 se profundizan aspectos referidos a la cobertura de controles de salud del niño, entendida ésta como el control de salud que integra acciones que en cantidad y calidad garantizan la correcta atención de los individuos según la normativa de los programas de salud. Durante el año 2013 se incorporan los controles específicos del desarrollo en la primera infancia y se incorpora la determinación de la hemoglobina para valoración de la anemia en el primer año de vida.

Dada la importancia que tienen en el cambio de modelo de atención se consideran presentan cinco indicadores de la meta: captación del recién nacido, Visita domiciliaria del recién nacido de riesgo, ecografía de cadera y los controles en los primeros tres años de vida.

a) Captación del Recién Nacido

Este indicador refiere a lograr el control en salud de los niños en los primeros 10 días de vida. La captación temprana, permite no sólo prevenir alteraciones en la salud sino evitar mortalidad de los niños en los primeros días de vida.

²⁹ <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/rendicion-de-cuentas-junasa-2013>

Cuadro 39: Captación del Recién Nacido IAMC por regiones

| | Promedio 2010 | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 99% | 100% | 100% | 100% |
| Regional Oeste | 99% | 100% | 100% | 100% |
| Regional Este | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Regional Sur | 99% | 100% | 100% | 100% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Cuadro 40: Captación del Recién Nacido grupos IAMC Montevideo y Seguros privados

| | Promedio 2010 | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|---------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Grupo 1 | 98% | 100% | 100% | 100% |
| Grupo 2 | 99% | 100% | 100% | 100% |
| Grupo 3 | 99% | 100% | 100% | 100% |
| Grupo 4 | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Seguros | 89% | 99% | 87% | 94% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Todas las regiones del país y todos los grupos de Montevideo, en el caso de las IAMC, presentan un muy buen desempeño de este indicador en el período, con valores de 100% a partir del año 2011. En comparación, los Seguros presentan valores inferiores e inestables.

ASSE trabajó durante el 2010, en el caso de Meta 1, sin metas fijadas sin embargo, continuó enviando información en relación a su desempeño en cada uno de los indicadores. De todos modos si bien este desempeño es variable dependiendo de cada indicador, sigue manteniéndose por debajo del desempeño del sector privado.

Cuadro 41: Captación del Recién Nacido ASSE por regiones

| | Promedio 2010 | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 91% | 90% | 96% | 97% |
| Regional Oeste | 92% | 89% | 92% | 92% |
| Regional Este | 87% | 84% | 89% | 85% |
| Regional Sur | 71% | 64% | 74% | 62% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

La variabilidad del desempeño de este indicador en ASSE refleja la distinta situación a la que se enfrenta la institución con respecto a las IAMC, como ser su alto grado de descentralización, la presencia en todos los departamentos del país, la diversidad de condiciones en las que prestan sus servicios, así como las características particulares de sus usuarios.

b) Visita domiciliaria del Recién Nacido de Riesgo

Este indicador apunta a disminuir la mortandad de los niños nacidos bajo situación de riesgo incluidos prematuridad, defectos congénitos, madre adolescente, entre otros. Muchas de las

muerres de estos niños están relacionadas con la falta de cuidados necesarios en el domicilio, por lo que en la visita, no solo se realiza el control de salud al niño, sino que se releva información del contexto socio cultural del niño que puedan atentar contra su salud.

Cuadro 42: Visita Domiciliaria RNR IAMC por regiones

| | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 97% | 100% | 100% |
| Regional Oeste | 99% | 100% | 100% |
| Regional Este | 100% | 100% | 100% |
| Regional Sur | 99% | 100% | 100% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Cuadro 43: Visita Domiciliaria RNR IAMC Montevideo y Seguros Privados

| | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|---------|---------------|---------------|---------------|
| Grupo 1 | 96% | 100% | 100% |
| Grupo 2 | 100% | 100% | 100% |
| Grupo 3 | 100% | 100% | 100% |
| Grupo 4 | 100% | 100% | 100% |
| Seguros | 96% | 93% | 96% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Cuadro 44: Visita Domiciliaria RNR ASSE

| | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 69% | 73% | 78% |
| Regional Oeste | 56% | 71% | 80% |
| Regional Este | 57% | 78% | 79% |
| Regional Sur | 42% | 44% | 57% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

La visita domiciliaria comienza a implementarse en el año 2011 teniendo para el año 2013 un buen desempeño en todas las regiones en el sector privado. En el caso de ASSE, si bien el indicador fue creciendo en todas las regiones, el desempeño se encuentra muy por debajo al de las IAMC.

c) Control en los primeros tres años de vida

Estos indicadores apuntan a los controles de salud del niño en sus primeros años, que permita un seguimiento en su crecimiento y desarrollo y generen instancias de intercambio entre los integrantes del equipo de salud y las familias.

d) Control en el Primer año de vida

Este indicador ha presentado cambios a lo largo del tiempo, donde se fueron incorporando al control distintos aspectos, como ser el cumplimiento del esquema de vacunación (CEV) y la valoración bucal.

Cuadro 45: Control del Primer año IAMC por regiones

| IAMC | Promedio 2010 | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 83% | 78% | 75% | 90% |
| Regional Oeste | 88% | 92% | 92% | 96% |
| Regional Este | 93% | 93% | 95% | 99% |
| Regional Sur | 86% | 89% | 93% | 96% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Cuadro 46: Control del Primer año IAMC Montevideo por grupos y Seguros

| Montevideo | Promedio anualidad | 1era | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|------------|--------------------|------|---------------|---------------|---------------|
| Grupo 1 | 84% | | 84% | 96% | 96% |
| Grupo 2 | 96% | | 98% | 94% | 96% |
| Grupo 3 | 80% | | 86% | 81% | 95% |
| Grupo 4 | 81% | | 87% | 96% | 96% |
| Seguros | 81% | | 80% | 63% | 70% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Puede observarse que la región Norte es la que ha presentado menores indicadores durante el período analizado, aunque los mismos han sido mayores al 75%. Si se observa al interior de Montevideo, no se aprecian grandes diferencias en el desempeño. Sin embargo, nuevamente los seguros presentan porcentajes bastante menores que el resto de las IAMC.

Cuadro 47: Control del primer año

| ASSE | Promedio 2010 | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 59% | 59% | 60% | 62% |
| Regional Oeste | 51% | 63% | 59% | 58% |
| Regional Este | 67% | 61% | 67% | 73% |
| Regional Sur | 25% | 28% | 49% | 50% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

ASSE ha presentado una tendencia irregular en el cumplimiento del indicador destacándose la Región Este, aunque la misma está muy por debajo del resto de los prestadores del país.

e) Control en el segundo año de vida

Este indicador también incorporó en el 2011 la valoración bucal a los controles en salud que establece la pauta.

Cuadro 48: Control del Segundo año

| IAMC | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Regional Norte | 69% | 72% | 85% |
| Regional Oeste | 77% | 80% | 84% |
| Regional Este | 78% | 85% | 90% |
| Regional Sur | 71% | 78% | 84% |
| Montevideo | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
| Grupo 1 | 69% | 82% | 85% |
| Grupo 2 | 75% | 78% | 84% |
| Grupo 3 | 61% | 66% | 80% |
| Grupo 4 | 72% | 78% | 84% |
| Seguros | 72% | 69% | 69% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Cuadro 49: Control en el tercer año

| IAMC | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Regional Norte | 58% | 66% | 82% |
| Regional Oeste | 74% | 77% | 81% |
| Regional Este | 72% | 80% | 87% |
| Regional Sur | 68% | 76% | 80% |
| Montevideo | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
| Grupo 1 | 66% | 80% | 82% |
| Grupo 2 | 71% | 75% | 80% |
| Grupo 3 | 63% | 66% | 78% |
| Grupo 4 | 68% | 75% | 77% |
| Seguros | 68% | 61% | 58% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Puede observarse que el desempeño de las instituciones respecto a los controles tanto en el segundo como en el tercer año de vida ha mejorado en el período en todas las regiones, y nuevamente son los seguros integrales quienes muestran un peor desempeño

Control del segundo año

Cuadro 50: Control del Segundo año

| ASSE | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 48% | 59% | 60% |
| Regional Oeste | 41% | 54% | 58% |
| Regional Este | 55% | 59% | 66% |
| Regional Sur | 24% | 34% | 47% |

Control Tercer año

| ASSE | Promedio 2011 | Promedio 2012 | Promedio 2013 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Regional Norte | 41% | 51% | 40% |
| Regional Oeste | 39% | 50% | 45% |
| Regional Este | 53% | 61% | 49% |
| Regional Sur | 23% | 32% | 34% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

En el caso del prestador público, los controles del segundo año, han ido aumentando levemente en el período analizado. En el caso de los controles de tres años, se observa una disminución en todas las regiones para el año 2013 que se explica por la subdeclaración de algunos departamentos respecto al control odontológico, lo que hace bajar los valores de cumplimiento.

6.2.2 Metas 2 y 3 – Médico de referencia y Adulto mayor

Las metas 2 y 3 se sustentan en la estrategia de estructurar el primer nivel de atención en torno a equipos de salud en donde el médico de referencia aparece como elemento central del proceso de atención de los individuos a lo largo de sus vidas. A partir de la segunda mitad del año 2010 se pasó de una estrategia de referenciación de los afiliados a una exigencia de controles de salud a determinados grupos poblacionales con su médico de referencia.

Se presentan los indicadores de referenciación de los usuarios a un médico de referencia en la población adulta. Este indicador refiere a la cantidad de adultos que cuentan con al menos un control con su médico de referencia desde el inicio de la meta. Este control incluye la realización de un screening preventivo realizado con su médico de referencia, con aplicación de cuestionario o interrogatorio sobre hábitos de vida, factores de riesgo; presión arterial; medidas antropométricas: control de peso, talla y cintura; solicitud de paraclínica: glicemia y fecatest.

Cuadro 51: Adultos referenciados

| IAMC | Dic-10 | Dic-11 | Dic-12 | Dic-13 | Abr-14 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Regional Norte | 6% | 20% | 33% | 47% | 50% |
| Regional Oeste | 7% | 27% | 39% | 47% | 50% |
| Regional Este | 10% | 29% | 43% | 52% | 54% |
| Regional Sur | 8% | 26% | 38% | 47% | 50% |

| Montevideo | dic-10 | dic-11 | dic-12 | dic-13 | abr-14 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Grupo 1 | 7% | 26% | 38% | 48% | 51% |
| Grupo 2 | 7% | 26% | 38% | 48% | 50% |
| Grupo 3 | 9% | 26% | 38% | 48% | 50% |
| Grupo 4 | 7% | 25% | 38% | 46% | 50% |
| Seguros | 8% | 19% | 24% | 42% | 44% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

La Meta 3 tiene como objetivo el promover una atención integral del adulto mayor a través de su médico de referencia. La atención a ser recibida por el adulto mayor se enmarca en las pautas consensuadas por el Programa Nacional del Adulto Mayor, teniendo como guía de actuación lo explicitado en el Carné del Adulto Mayor (CAM).

Para dicha meta se presentan los indicadores de referenciación de los usuarios a un médico de referencia en la población adulta mayor. Estos dos indicadores refieren al porcentaje de afiliados referenciados que fueron captados por el médico de referencia con la consulta de control desde el inicio de la meta.

Referenciación Adultos 65 a 74 años:

En este tramo etario, la exigencia es de un control anual del adulto con su médico de referencia. El control, además de la entrega del carné del adulto mayor, se incluye el relevamiento de cinco preguntas claves para determinar el estado de salud del adulto.

Cuadro 52: Referenciación 65 a 74 años

| IAMC | dic-10 | dic-11 | dic-12 | dic-13 | abr-14 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Regional Norte | 16% | 28% | 47% | 61% | 64% |
| Regional Oeste | 17% | 36% | 50% | 62% | 67% |
| Regional Este | 17% | 35% | 53% | 64% | 69% |
| Regional Sur | 17% | 34% | 47% | 62% | 68% |

| Montevideo | dic-10 | dic-11 | dic-12 | dic-13 | abr-14 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Grupo 1 | 17% | 32% | 46% | 60% | 67% |
| Grupo 2 | 13% | 37% | 45% | 61% | 68% |
| Grupo 3 | 17% | 38% | 49% | 65% | 70% |
| Grupo 4 | 18% | 31% | 46% | 62% | 68% |
| Seguros | 1% | 7% | 8% | 30% | 23% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

En este tramo etario, la exigencia es de un control semestral del adulto con su médico de referencia. En este caso al igual que en el tramo etario anterior, el control incluye la entrega

del carné del adulto mayor y el relevamiento de cinco preguntas claves para determinar el estado de salud del adulto.

Cuadro 53: Referenciación 75 y más

| IAMC | dic-10 | dic-11 | dic-12 | dic-13 | abr-14 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Regional Norte | 15% | 23% | 45% | 57% | 60% |
| Regional Oeste | 20% | 31% | 51% | 61% | 66% |
| Regional Este | 17% | 36% | 50% | 61% | 70% |
| Regional Sur | 17% | 26% | 41% | 55% | 60% |
| Montevideo | dic-10 | dic-11 | dic-12 | dic-13 | abr-14 |
| Grupo 1 | 17% | 23% | 41% | 58% | 62% |
| Grupo 2 | 11% | 23% | 37% | 55% | 61% |
| Grupo 3 | 16% | 29% | 41% | 56% | 60% |
| Grupo 4 | 19% | 26% | 41% | 53% | 58% |
| Seguros | 5% | 14% | 18% | 40% | 21% |

Fuente: Departamento de Control de Prestadores. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

Al observar los indicadores de las Metas 2 y 3 por regiones, puede apreciarse en términos generales que el mejor desempeño lo tiene la Región Este durante todo el período, mientras que la región con menor desempeño ha sido la Región Norte.

Si se analiza la Región Sur, no hay grandes diferencias en los grupos salvo los seguros que presentan un desempeño muy por debajo del resto de las instituciones. ASSE no envía información sobre los indicadores de referenciación de las metas 2 y 3.

6.2.3 Meta 4 - Cargos de alta dedicación

En el año 2010 se inició un proceso de reforma del laudo médico con el objetivo de mejorar la calidad de atención y favorecer el cambio de modelo de atención hacia una estrategia de APS, a través de la creación de Cargos de Alta Dedicación (CAD).

En la medida que la reforma del mercado de trabajo médico es gradual, se entendió que la mejor forma de financiarlo era a través de las metas asistenciales y no de las cápitas. Por lo tanto, una de las principales diferencias con las otras metas es que financia costos y es “permanente”, esto implica que cuando se elimine la meta se trasladará a las cápitas.

Por otro lado, es la primera meta asistencial, que teniendo como objetivo el cambio de modelo asistencial, se traslada directamente a los trabajadores, responsables en última instancia de su consecución, y por ende los empodera con los objetivos asistenciales que impulsa la rectoría. Es de esperar que en términos generales, la mejora en las condiciones de trabajo y la calidad de vida de los trabajadores de la salud, redunde en una mejora de la calidad asistencial y del vínculo entre el médico y los usuarios – familias.

La meta 4 actualmente incluye medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina interna, medicina intensiva de adultos y pediátrica y neonatología.

Los nuevos cargos médicos definidos implican:

- Ampliación de la carga horaria en policlínica, como forma de mejorar el acceso al médico de referencia

- Mecanismo de referenciación de la población que determina un máximo de población referenciada por médico, lo que impacta también en la accesibilidad
- Polifuncionalidad, que contribuye a la atención longitudinal e integral de la población de referencia
- Nuevo mecanismo de pago variable en policlínica centrado en estimular la referenciación y el correcto registro en la historia clínica
- Incorporación al cargo de horas que no son de atención directa a los usuarios, para el desarrollo de actividades comunitarias o Desarrollo Profesional Médico Continuo

Al día de hoy las IAMC han contratado alrededor de 230 cargos de alta dedicación.

Este mismo proceso se dio en ASSE a partir de la Ley de Presupuesto Nacional de 2010. En este caso se suma al objetivo de cambio de modelo de atención, la ampliación de la cobertura en algunas especialidades críticas, por lo que abarca más especialidades médicas que en el subsector privado (medicina familiar, pediatría, ginecología, anestesia, medicina intensiva de adultos y pediátrica, neonatología, cirugía pediátrica y nefrología). Estas últimas especialidades no se financian a través de la Meta 4. ASSE terminará el año 2014 con 113 cargos de alta dedicación.

7. CONCLUSIONES

En el período 2010 – 2013 los cambios más destacados en el desempeño del sector salud estuvieron claramente determinados por los avances en el proceso de incorporación gradual de colectivos al SNS.

De la mano del ingreso de nuevos colectivos previstos en la Ley 18.211 y posteriormente en la Ley 18.731 continuó creciendo el número de afiliados FONASA. En el periodo analizado el número de personas afiliadas a algún prestador a través del FONASA creció más de 60% y alcanza a más de 2,36 millones de personas. Este hecho determina que la población FONASA crezca en importancia dentro de la población total atendida tanto por las instituciones mutuales, ASSE y los seguros privados integrales.

En particular, considerando a las IAMC en su conjunto casi el 89% de sus afiliados en 2013 son FONASA, mientras que en el año 2010 representaban el 74%. El aumento de los afiliados FONASA en las mutualistas determina por un lado, el crecimiento de 22% en términos reales de los ingresos operativos y por otro, un mayor peso de los ingresos que se obtienen por esta vía en relación al total de ingresos. En ese sentido, en el ejercicio 2013, casi las tres cuartas partes de los ingresos operativos provinieron de la atención a los afiliados FONASA.

De igual forma, el aumento de los afiliados FONASA repercutió en que tras una caída en 2011, el número de afiliados de ASSE haya retomado el crecimiento incorporándose unos 54 mil nuevos usuarios desde su punto más bajo en 2008. De igual manera que en las IAMC, los ingresos obtenidos por atender a la población FONASA han crecido como proporción del total de ingresos del organismo, pasando en este caso de un 11% a casi un 30%.

La población atendida por las instituciones mutuales y por ASSE no presenta diferencias significativas en su perfil etario, aunque en el caso de ASSE hay un mayor peso relativo de los menores de 18 años. Dentro de los usuarios totales de ASSE, existe un claro predominio de las mujeres, mientras que para el sistema mutual la distribución por sexos es relativamente pareja. A nivel socioeconómico, se observa que la mayoría de los usuarios de ASSE, 56%, pertenece al 20% más pobre de la población, lo que marca una diferencia con las IAMC, en donde la distribución por tramos de ingreso es más homogénea.

En cuanto a la utilización de los servicios asistenciales, en estos cuatro años, las consultas – urgentes y no urgentes- realizadas por los usuarios se mostraron relativamente estables tanto en ASSE como en el conjunto de las IAMC, pero se constató más actividad ambulatoria en las instituciones mutuales. Si bien no hay diferencias notorias entre Montevideo e interior, se observa que las consultas urgentes en las IAMC de Montevideo son relativamente más bajas, lo que probablemente esté vinculado a la mayor presencia de las emergencias móviles en ese departamento.

La disponibilidad de camas en cuidados moderados muestra que a nivel del sistema IAMC, el 40% de ellas están en instituciones del interior y el 60% en instituciones con sede principal en Montevideo, mientras que en ASSE la relación es la inversa. Esto es coherente con la distribución de la población de uno y otro entre el interior y la capital, mientras que en ASSE el 73,6% de los usuarios es del interior, las IAMC concentran el 60% de su población en las instituciones con sede principal en la capital. En las IAMC se verifica que la disponibilidad de camas de CTI-CI es mayor en Montevideo, tienen una mayor ocupación y promedios más altos de estadía. Mientras tanto, en ASSE se observa un alto nivel de ocupación en camas de CTI-CI del interior, pero con promedios de estadía mayores en Montevideo vinculado a que en la

capital se encuentran los hospitales de mayor nivel de complejidad. Esa misma razón explica que en ASSE se observe mayor demanda y utilización en Cuidados Moderados y CTI-CI en Montevideo. Esto se observa también en la actividad quirúrgica y estudios paraclínicos.

Durante el periodo, continuó la aplicación de la política de tasas moderadoras que busca mejorar el acceso de los usuarios y reducir el peso que tienen en el ingreso total de las IAMC.

A pesar de ello, entre 2010 y 2013 los ingresos que perciben las instituciones por tasas crecieron 16% en términos reales lo que se explica por el aumento de los afiliados del sector, políticas de mejoras al acceso y los mejores nivel de ingresos de la población. De todas maneras si se considera el inicio de la política de tasas moderadoras en 2004 se observa una caída de casi 4 puntos porcentuales ubicándose en el entorno del 8,5% de los ingresos operativos.

A esta política se suma la regulación por parte del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas y la JUNASA de los aumentos de cuotas, cápitas, metas asistenciales, tasas moderadoras y la sobrecuota de inversión. En función de lo anterior, se verifica que en el último ejercicio, el 90,5% de los ingresos operativos del sector IAMC están regulados por el Poder Ejecutivo.

El ingreso por venta de servicios asistenciales en las IAMC representó en 2013, el 7,5% de los ingresos del conjunto de las instituciones y se mantuvo estable en el período analizado. Entre las instituciones existen diferentes lógicas de negocio y distintos grados de integración vertical lo que determina que en algunos casos la venta de servicios sea una de las principales fuentes de ingresos y otras en donde este ingreso es marginal. En el periodo, el tipo de servicios vendido con mayor peso en el total del sector fueron los servicios de medicina altamente especializada.

A nivel del gasto, se observa que tanto en ASSE como en las instituciones mutuales consideradas en su conjunto crece el gasto operativo por afiliado, pero lo hace más en ASSE por lo que se reduce la brecha existente en el gasto por afiliado entre ambos prestadores. En el caso de ASSE, el mayor incremento del gasto se observa en los servicios asistenciales contratados. Por otro lado, también aumentan las inversiones, sobre todo las edilicias, lo que determina que si se compara la evolución de las inversiones en los dos grandes prestadores, se observa que en ASSE representaron una proporción mayor de los gastos operativos

En términos constantes los recursos ejecutados por Sanidad Policial, Sanidad Militar, y el Hospital de Clínicas crecieron, aunque es notorio el mayor crecimiento registrado por el gasto del primero.

Si se analiza la estructura del gasto se destaca un mayor costo de los recursos humanos y un peso decreciente de medicamentos en IAMC mientras que en ASSE se verificó un peso levemente creciente de los medicamentos y en los Servicios Contratados. Adicionalmente, hay un fuerte crecimiento del Salario Real en IAMC y una estabilidad del número de trabajadores cada 1000 afiliados. En ASSE se verifica un aumento en el número de trabajadores cada 1.000 afiliados lo que también implica que se reduzca la brecha con el sector mutual.

En cuanto a las IAMC es de destacar que la trayectoria de resultados económicos del subsector en la última década muestra una importante recuperación luego del impacto de la crisis económica del año 2002. El proceso de reforma ha logrado que los resultados presenten cierta estabilidad, en tanto oscilan entre resultados superavitarios y deficitarios que en ningún caso superan el 3% de los ingresos operativos netos. En el último ejercicio se observa una recuperación que, si bien es leve, es de esperar se mantenga en próximos ejercicios ya que el

propio diseño del cronograma de entrada de colectivos al SNS tiene implícito que el ingreso de los pasivos entre 2012 y 2016 impacte positivamente, en particular, en aquellas instituciones con estructuras donde estos colectivos tienen un mayor peso relativo. Asimismo, es razonable prever, que esta situación se consolide en 2016 con el ingreso de todos los pasivos. Por otro lado, desde el punto de vista del endeudamiento del sector la deuda se mantiene estable e incluso cae levemente en términos reales en el último ejercicio. La capacidad para hacer frente a ese pasivo se mantiene, no obstante es de destacar la disminución constante en los últimos cuatro ejercicios de los meses de ingresos necesarios para cancelar la deuda de corto plazo lo que está marcando una fortaleza a nivel de la liquidez del sector.

Los Seguros Privados Integrales brindan cobertura al 2% de la población del país, y al 2,3% de los afiliados FONASA, y su población está concentrada en los quintiles de mayores ingresos. El gasto por usuario duplica al de las IAMC, y su estructura se diferencia del resto de los prestadores integrales por un menor peso de las remuneraciones y del consumo de medicamentos, a expensas de una mayor participación de los servicios contratados. Con respecto a la utilización, presenta mayores guarismos tanto en consultas, como en centro quirúrgico y estudios, y se destaca un muy bajo indicador de recetas por afiliado.

La evaluación del desempeño sectorial en aspectos relacionados con la calidad y el cambio del modelo de atención, se ve obstaculizada por la información disponible. Surge la necesidad del desarrollo consensuado de indicadores y metodologías de evaluación que den cuenta de estas dimensiones del desempeño, así como de sistemas de información que los sustenten. Sin embargo es pertinente destacar los importantes avances que en este sentido han representado los sistemas de información desarrollados tanto a nivel de los prestadores como del MSP, para el control de las Metas Asistenciales y para el cumplimiento de la normativa de Agenda de Consulta Externa.

La regulación económica del sector es un tema que merece algunos comentarios en función de la experiencia del período analizado. En particular se destaca la importancia de avanzar en la regulación de precios para la venta y complementación de servicios entre prestadores, como requisito para incentivar una gestión más eficiente y evitar las consecuencias del poder de mercado que surge respecto a algunos recursos escasos y en determinados espacios geográficos.

En suma, la reforma del sistema de salud ha implicado importantes y permanentes cambios e innovaciones tanto en las fuentes de financiamiento como en las exigencias asistenciales y de gestión a los prestadores. También ha resultado en mayores y constantes desafíos para la rectoría. En ese contexto, el desempeño del sector muestra una importante estabilidad en los últimos cuatro años, tanto desde el punto de vista económico como asistencial, con lo cual las bases para continuar avanzando en el cambio del modelo de atención y la cobertura universal parecen comenzar a afirmarse.