

DESEMPEÑO DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES DEL SNIS

2014- 2016

A 10 años de la reforma sanitaria



**Ministerio
de SALUD**

Área Economía de la Salud

División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud

Dirección General de JUNASA

Noviembre 2017

Contenido

1.	Introducción	3
2.	Fuentes de información y aspectos metodológicos	4
3.	Los usuarios de los prestadores del SNIS	6
3.1.	Población por prestador	7
3.2.	Perfil de los usuarios por prestador	10
3.3.	Usuarios del Seguro Nacional de Salud	13
4.	Cómo se utilizan los servicios de los principales prestadores del SNIS	17
4.1.	Indicadores de atención ambulatoria – Consultas	17
4.2.	Indicadores de atención en internación - Indicadores de estructura	19
4.3.	Indicadores de utilización en internación – Egresos	21
4.4.	Días de hospitalización (DCO)	24
4.5.	Indicadores de desempeño de camas	25
4.6.	Indicadores de Centro Quirúrgico	27
4.7.	Indicadores de utilización de servicios de diagnóstico	30
4.8.	Análisis por edad y sexo de las consultas y los DCO	33
4.9.	Análisis de las recetas de medicamentos en atención ambulatoria	38
5.	Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	42
5.1.	Evolución de los ingresos de ASSE	42
5.2.	Evolución de los gastos de ASSE	44
6.	Otros prestadores públicos: Militar, Policial y Hospital de Clínicas	49
7.	Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	54
7.1.	Análisis de los principales ingresos de las IAMC	54
7.2.	Análisis de los principales egresos en las IAMC	63
7.3.	Costos unitarios en las IAMC	72
7.4.	La situación económico financiera de las IAMC	73
8.	Los Seguros Privados Integrales	85
9.	Las Emergencias Móviles	90
10.	Otros indicadores de modelo asistencial y de gestión	95
10.1.	Otros indicadores de desempeño asistencial	95
10.2.	Los tiempos de espera	100
10.3.	Horas médicas contratadas	104
10.4.	Cargos de alta dedicación	107
11.	Síntesis	108

1. Introducción

El trabajo busca analizar el desempeño de los principales prestadores de servicios de salud en Uruguay entre 2014 y 2016. A diferencia del anterior informe sectorial que abarcaba el periodo 2010 – 2013, el presente cubre no sólo a todos los prestadores integrales privados (instituciones mutuales y seguros privados) y públicos (ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial y Hospital de Clínicas), sino que avanza incorporando a algunos prestadores parciales de servicios de salud como las emergencias móviles.

Se consideran aspectos asistenciales, las características de los usuarios de los servicios e información económico-financiera de los prestadores en el marco de la Reforma del Sistema de Salud que cumple 10 años. La profundidad del análisis difiere para los distintos prestadores en la medida en que la información disponible no es homogénea en cantidad y calidad.

El documento se inicia con la presentación de los datos sobre la evolución y la composición de la masa de usuarios o afiliados de las principales 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 buscando obtener una mejor aproximación al perfil de los usuarios.

En la segunda parte, se analiza la evolución que han tenido las variables asociadas al uso de distintos servicios de salud, de acuerdo a la zona geográfica, al tipo de prestador –IAMC y ASSE- y a algunas variables demográficas como edad y sexo. Los datos sobre la utilización de los servicios en los seguros privados se presentan en el capítulo específico sobre estos prestadores.

En la tercera parte se analiza la evolución de los ingresos y los gastos de ASSE y en el apartado siguiente se describe cómo variaron los ingresos y egresos del resto de los prestadores integrales públicos –Sanidad Militar, Sanidad Policial y el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República- y se compara su evolución con la que tuvo ASSE.

A continuación, se considera la variación de los ingresos y egresos de las instituciones mutuales, así como un análisis de los costos unitarios de la provisión de los servicios de salud por parte de estos prestadores y finalmente un análisis de la evolución económico financiera que incluye la evolución de la rentabilidad, la solvencia, la liquidez y las inversiones en bienes de uso de las IAMC.

El punto 7 del informe analiza al subsector de los seguros privados de cobertura integral, tanto en lo referido a la información económico-financiera disponible, como en materia de indicadores de uso de los servicios por parte de sus afiliados.

El octavo apartado presenta información sobre las emergencias móviles con unidades terrestres. Si bien la información disponible tiene aún problemas de cobertura, dada la

importancia de estas empresas de cobertura parcial de servicios de salud, se entiende importante exponer datos sobre su actividad junto con los de los demás prestadores integrales.

Por último, se presentan otros indicadores de desempeño para finalmente arribar a una síntesis del trabajo.

2. Fuentes de información y aspectos metodológicos

Para la elaboración del presente trabajo se dispuso de datos no homogéneos en cuanto a la calidad y cantidad.

Así, para los indicadores asistenciales, se dispuso de información desagregada para las IAMC y los seguros privados y se verificó una mejora continua en los datos de ASSE desde el año 2010.

Los datos económicos y financieros de las IAMC surgen de los estados contables auditados presentados en el Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud. En el caso de ASSE, los datos surgen de la ejecución presupuestal publicada en el sitio web de la Contaduría General de la Nación (CGN) y de información proporcionada por la propia institución. Para el resto de los prestadores públicos de servicios de salud, los datos surgen fundamentalmente de la CGN. A diferencia del sector IAMC, no se dispuso de información para todos los seguros privados integrales. En el caso de estas empresas, no hay una única fecha de cierre de ejercicio contable, así como tampoco existen criterios comunes para presentar los datos económico-financieros. Como consecuencia, la información que se expone en el caso de los seguros privados integrales presenta limitaciones de cobertura y detalle.

La información sobre los usuarios surge 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 2016 que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por último, la información relativa a recursos humanos de las IAMC surge del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) que desde 2007 releva información de desempeño, dedicación, ocupación y remuneración de los recursos humanos de salud (RHS) de las IAMC y de los Seguros Integrales. Este sistema depende de la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA). Para el caso de ASSE, se utilizó como fuente de los datos al sistema Lotus Notes de ASSE. Dicho sistema cuenta con la plantilla de trabajadores de ASSE, discriminada por unidades ejecutoras, servicios y subservicios, tipos de contrato, funciones y salarios. En esta base de datos, solo figura la carga horaria contratada para los trabajadores médicos que han firmado el compromiso funcional, lo que determina que no se presente la misma información para ASSE que para las IAMC.

Para realizar el análisis de los datos asistenciales y de usuarios se utilizaron dos criterios. En primer lugar se aplicó el mismo criterio de agrupación a las IAMC del interior y a las diferentes

regiones de ASSE que el utilizado en el informe sectorial anterior¹ de manera de contar con datos que pudieran compararse. Como resultado, las IAMC del país y las diferentes unidades de ASSE quedaron agrupadas en las regiones norte, oeste, este y sur de acuerdo al siguiente detalle:

ASSE			
Norte	Oeste	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			
Norte	Oeste	Este	Sur
CASMER	AMEDRIN	AMECOM	Montevideo
COMERI	CAMY	CRAME	CAAMEPA
COMTA	CAMS	COMERO	CRAMI
GREMEDA	ORAMECO ²	IAC	COMECA
SMQS	CAMEC	COMETT	
COMEPA	CAMOC	CAMCEL	
	COMEFLO	COMECEL ³	
	COMEF	CAMDEL	
	CAMEDUR		
	AMSJ		

En segundo lugar, se clasificaron las IAMC de Montevideo en cuatro grupos, según la cantidad de población afiliada y el Índice de Riesgo (IR) de cada institución -calculados para cada caso- y se obtuvo la siguiente clasificación:

Grupos Montevideo	Índice de Riesgo menor o igual a 0,32	Índice de Riesgo mayor a 0,32
Menos de 100.000 afiliados	COSEM	CASA DE GALICIA
	UNIVERSAL	EVANG
	CUDAM	CCOU
	GREMCA	
Más de 100.000 afiliados	MUCAM	Española
	SMI	CASMU

¹ Desempeño sectorial 2010-2013

² Su fusión por absorción con CAMEC se aprobó el 12/12/2014.

³ Su fusión por absorción con CAMCEL se aprobó el 13/12/2013.

El Grupo 1 quedó conformado por las instituciones con menos de 100 mil afiliados y con un IR menor o igual a 0,32, es decir: COSEM, UNIVERSAL, CUDAM y GREMCA. En el Grupo 2, hay también instituciones con menos de 100 mil afiliados, pero con un IR superior a 0,32. Estas son: Casa de Galicia, Hospital Evangélico y Círculo Católico. A su vez, el Grupo 3 está conformado por MUCAM y SMI que tienen más de 100 mil afiliados y presentan un IR menor o igual a 0,32. Por último, el Grupo 4 está conformado por la Asociación Española y el CASMU, instituciones con más de 100 mil afiliados y con un IR superior a 0,32.

El IR puede tomar valores entre cero y uno. Si una institución presentara un IR igual a 1, ello implicaría que toda su población afiliada está formada por varones menores de 1 año (cápita máxima), e indicaría el mayor riesgo posible. Los valores observados para estos once prestadores están entre 0.2 y 0.4.

El Índice de Riesgo para cada caso se calculó a partir de la siguiente relación⁴:

$$IR = \frac{\left(\sum_{i=1}^{i=16} \text{Cáp.rel}_i * \text{pobl}_i \right) / \text{Pobl.total}}{\text{Cáp.máx}}$$

3. Los usuarios de los prestadores del SNIS

En este apartado se describirá a través de distintas dimensiones de análisis, la cobertura de salud que brindan los prestadores integrales -públicos y privados- a la población. La principal fuente de información utilizada para ello es el Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal⁵ a diciembre de 2016. Además, serán utilizadas otras fuentes de información como la base de datos de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) administrada por el Banco de Previsión Social (BPS) y la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2016⁶.

⁴ La sumatoria de 1 a 16 corresponde a los 8 tramos de edad para cada uno de los sexos utilizados para el cálculo de las cápitales.

⁵ El RUCAF reúne los padrones de los prestadores públicos y privados e incluye variables como el sexo, la edad, prestador, tipo de cobertura, departamento y localidad en la que residen los usuarios del SNIS.

⁶ Para acceder a más información sobre la cobertura de salud de la población uruguaya, se puede consultar el "Informe de cobertura poblacional del SNIS según prestador" de abril de 2017, disponible en el sitio web <http://msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/informe-cobertura-poblacional-del-snis-seg%C3%BAn-prestador>

3.1. Población por prestador

En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de registros por prestador que ofrece el RUCAF a diciembre de 2016. Estos registros superan la población estimada por el INE para el país para ese mismo momento (3.493.205), en tanto existen personas con múltiples coberturas de salud.

Cuadro 1. Afiliaciones (registros) por institución. Diciembre 2016

Prestador	Registros	%
IAMC	2.158.126	57,3%
ASSE	1.248.484	33,1%
Sanidad Militar	138.815	3,7%
Sanidad Policial	119.391	3,2%
Seguros Privados	104.206	2,8%
Total registros	3.769.022	100%

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF.

Consideradas en su conjunto, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) son el principal prestador: el 57,3% de los registros del RUCAF corresponde a alguna de ellas. En la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en tanto, los registros superan 1,2 millones, el 33% del total y los Seguros Privados Integrales constituyen el 2,8% de los registros. Sanidad Militar y Policial en conjunto explican casi el 7% de los registros del RUCAF, y es en estos dos prestadores, como veremos a continuación, en donde se encuentran buena parte de las personas con múltiple cobertura.

Los 3.769.022 registros del RUCAF corresponden a 3.512.437 personas ya las personas pueden tener una o más coberturas integrales vigentes dentro del sistema⁷. Del análisis de los datos surge que son 3.270.777 las personas que cuentan con una única cobertura integral vigente (el 93,1% de las personas) y 241.660 son las que tienen múltiples coberturas, casi un 7% del total de las personas con cobertura integral.

⁷ La cantidad de personas continúa por encima de las proyecciones de población por varias razones. En primer lugar, en el RUCAF existen afiliaciones que corresponden a personas residentes en el exterior (uruguayos o extranjeros), que no son tenidas en cuenta dentro del censo de población del INE, fuente a partir de la cual se construyen las proyecciones de población del país. En segundo lugar, se debe tener presente que las proyecciones de población son estimaciones, y como tales tienen cierto margen de error. En tercer lugar, existe un desfase temporal entre el momento en que la persona afiliada a una institución fallece y el momento en que efectivamente se le da de baja al registro correspondiente, en particular para aquellas coberturas que no son a través del FONASA.

Cuadro 2. Número de personas con una única cobertura integral vigente

Prestador	Personas	%
IAMC	2.004.875	57,1%
ASSE	1.120.221	31,9%
Seguros Privados	89.283	2,5%
Sanidad Policial y Militar	56.398	1,6%
TOTAL	3.270.777	93,1%

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF.

Dentro de las 241.660 personas con múltiple cobertura, 226.660 cuentan con dos coberturas (93,8%), 14.843 tienen tres coberturas (6,1%) y 157 son las personas que tienen asociadas cuatro coberturas (0,1%).

Las personas con cobertura en Sanidad Militar, que además presentan cobertura en otro tipo de institución, son 103.517, casi un 43% de quienes cuentan con múltiple cobertura. De estas 103.517 personas, la mayoría presenta cobertura adicional en ASSE (52%); le siguen las IAMC (48%) y el Hospital Policial (2%). Una alta proporción de los beneficiarios de Sanidad Militar (o familiares) que presentan una segunda cobertura en ASSE, está constituido por residentes en el interior del país que atienden su salud en los servicios de ASSE en virtud del convenio con la Dirección de Sanidad Militar y por ende no configuran estrictamente casos de doble cobertura.

Dentro de quienes tienen cobertura en Sanidad Policial, son 98.291 las personas con otra cobertura adicional, de las que aproximadamente el 59% presenta además una afiliación a una IAMC (58.441), casi el 48% en ASSE (46.778) y entorno al 2,6% presenta además cobertura en Sanidad Militar. En el caso de los beneficiarios titulares de Sanidad Policial del interior del país que presentan una segunda cobertura en IAMC, se trata en general de funcionarios cuya cuota es pagada por Sanidad Policial a través de un convenio con la Federación Médica del Interior (FEMI), por lo que tampoco serían estrictamente casos de doble cobertura. A su vez la cobertura para los familiares de los funcionarios es convenida con ASSE en el interior del país.

Es posible encontrar además otros tipos de múltiples coberturas. En particular, 35.388 personas tienen cobertura en una IAMC y en ASSE; 8.152 en una IAMC y un Seguro Privado; 4.084 en un Seguro Privado y ASSE, y 7.676 personas están afiliadas a más de una IAMC.

Si en cambio consideramos la información que surge de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de 2016, se observa que el 98% de la población declara tener derechos vigentes en alguno de los prestadores integrales de salud que integran el SNIS. Este porcentaje ha ido creciendo en los últimos años: era 92,2% en 2006 y 96,6% en 2010.

Cuadro 3. Personas con derechos de atención (excluyente) por prestador⁸

Prestador	Personas	%
IAMC	2.054.376	60,2%
ASSE	1.028.607	30,1%
Seguro Privado	71.869	2,1%
Sanidad Militar y Policial	158.454	4,6%
Doble cobertura	101.981	3,00%
TOTAL (con cobertura integral)	3.415.287	100,0%
Sin cobertura integral	63.355	1,8%
TOTAL	3.478.642	100,0%

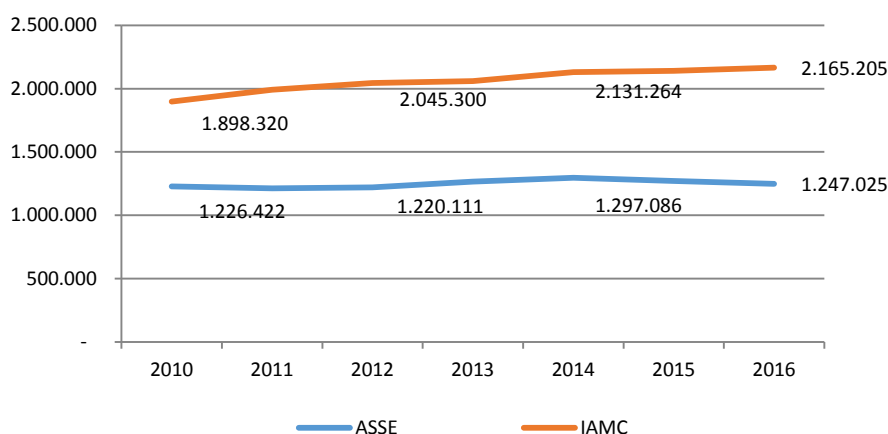
Fuente: AES, MSP en base a ECH 2016, INE.

Como se observa, los porcentajes de cobertura de IAMC, ASSE y Seguros Privados que surgen de la ECH, resultan similares a los presentados previamente a partir de los registros del RUCAF. Sin embargo, la doble cobertura es posible que se encuentre subestimada debido a la forma en que se releva la cobertura en salud en la ECH⁹.

⁸ Se trata de las personas que declaran tener derechos de atención en los distintos prestadores integrales del SNIS. Se presenta también a quienes declaran tener doble cobertura y los que contestan que no poseen cobertura integral de su salud.

⁹ A partir de la ECH no es posible identificar situaciones de múltiple cobertura entre IAMC, como tampoco entre Seguros Privados. De igual manera, en la medida que Sanidad Militar y Policial se indagan conjuntamente, no es posible identificar quiénes cuentan con cobertura en uno o en ambos.

Gráfico 1. Evolución de los afiliados de los principales prestadores del SNIS: IAMC y ASSE



Fuente: AES, MSP en base a Censos de Usuarios, SINADI.

El gráfico anterior muestra, a partir de los Censos de Usuarios que las instituciones presentan mensualmente en el SINADI¹⁰, la evolución que ha tenido la cantidad de usuarios de los principales prestadores del SNIS, ASSE y IAMC a lo largo de los últimos siete años.

Entre 2010 y 2016, las IAMC aumentaron 14% sus afiliados, mientras que en ASSE el aumento fue de 1,7%. Si consideramos solamente los últimos 3 años, en ASSE se registra una caída del 4% en los afiliados, mientras que en las IAMC hay un crecimiento del 2%.

3.2. Perfil de los usuarios por prestador

A continuación se analizará la población de los prestadores integrales en función del sexo de los afiliados, del ingreso de los hogares, además de la condición de actividad y la región.

Cuadro 4. Proporción de afiliados con cobertura integral, según sexo y prestador

Prestador	Hombres	Mujeres
IAMC	48,5%	51,5%
ASSE	47,3%	52,7%
Sanidad Policial	47,5%	52,5%
Sanidad Militar	52,9%	47,1%
Seguros Privados	45,9%	54,1%

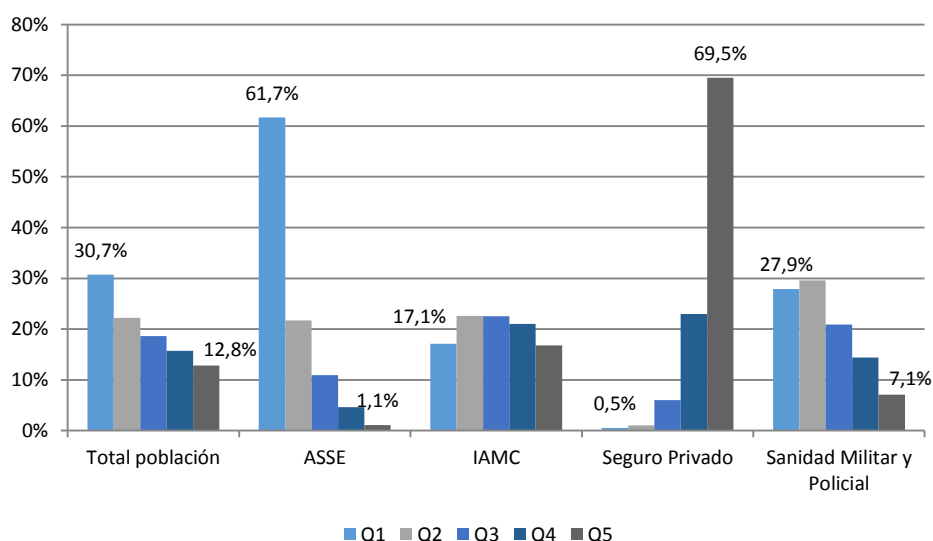
Fuente: AES, MSP en base a RUCAF, diciembre 2016.

La distribución por sexo en la mayoría de los prestadores se asemeja a la observada a nivel de la población en general, a excepción de lo que sucede en los registros de Sanidad Militar, en los que se observa que la mayoría son masculinos en virtud de la fuerte presencia de los varones en las Fuerzas Armadas.

¹⁰ Sistema Nacional de Información, Área Economía de la Salud, Dirección general de JUNASA, MSP.

En el siguiente gráfico se presenta la población del país y la de los prestadores integrales, distribuida en función de los quintiles de ingreso de los hogares. Si bien a nivel país el 30% de las personas se ubican en el primer quintil de la distribución, es decir, en el 20% de hogares de menores ingresos, en la población de ASSE las personas del primer quintil se encuentran sobre representadas, alcanzando el 61,7% del total de población de este prestador.

Gráfico 2. Porcentaje de personas con cobertura integral por quintiles de ingresos de los hogares, por prestador y total país



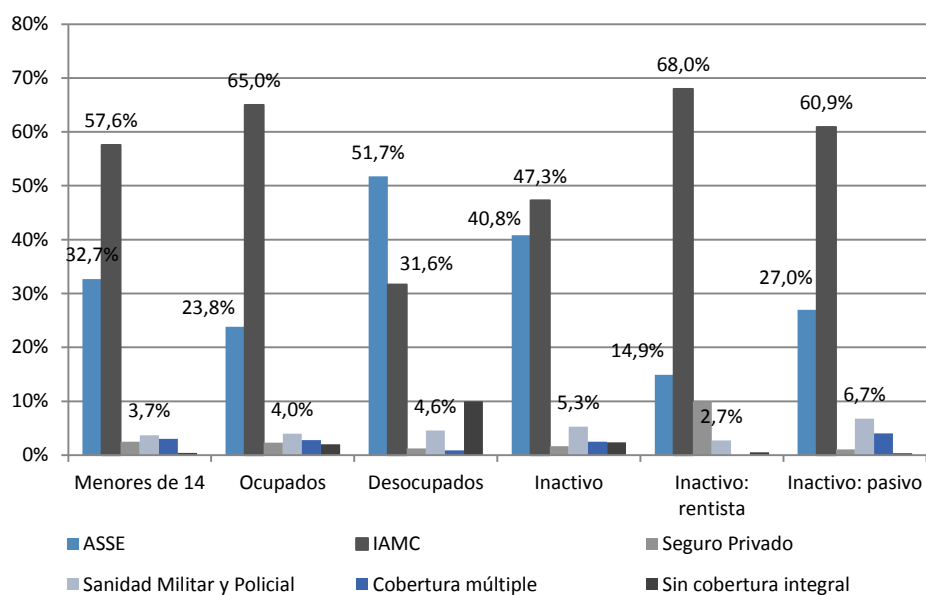
Fuente: AES, MSP en base a ECH 2016, INE.

En las IAMC, en tanto, las personas se encuentran distribuidas de forma más homogénea por quintil, aunque el primero y el quinto tienen un menor peso relativo, en el entorno del 17%. En los Seguros Privados la mayoría de los usuarios, 69,5%, se ubican en el quinto quintil de la distribución, es decir, en el 20% de los hogares de mayores ingresos. Por último, los afiliados de Sanidad Militar y Policial, pertenecen en su mayoría a los quintiles 1 y 2 (hogares de menores ingresos): 27,9% y 29,6% respectivamente. El 14% que se ubica en el quintil 4 y el 7% que está en el 20% de los hogares de mayores ingresos, seguramente reúna a los altos mandos de ambas fuerzas. Cabe mencionar que la distribución de las personas con cobertura integral por quintiles de ingresos y por prestador no ha sufrido cambios importantes, al menos en los últimos 4 años.

Otra dimensión interesante a observar es cómo se distribuyen las personas con cobertura integral por prestador en función de su condición de actividad¹¹.

¹¹ Dentro de la categoría “Desocupados” se incluye a quienes buscan trabajo por primera vez, a los desocupados propiamente dichos y en seguro de paro. A su vez, dentro de la categoría “Inactivo” se incluye a quienes realizan quehaceres del hogar, estudiantes y otros inactivos.

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

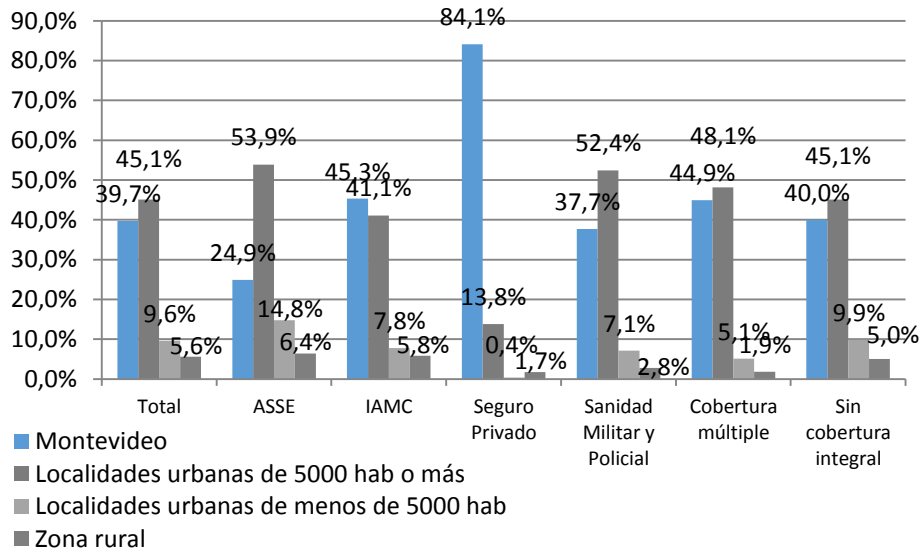


Fuente: AES, MSP en base a ECH 2016, INE.

El 57,6% de los *menores de 14 años* tienen cobertura en una IAMC y el 32,7% en ASSE. Dentro de los *ocupados*, el 65% está en una IAMC, el 23,8% en ASSE, 4% en Sanidad Militar y Policial y 2,8% en un Seguro Privado. Algo llamativo es que un 2% de quienes declaran estar ocupados contestan no tener cobertura integral de salud lo que no es consistente con nuestro modelo de Seguro Nacional de Salud basado en la Seguridad Social. Los *desocupados*, en tanto, en su mayoría atienden su salud en ASSE, 51,7%, aunque un 31,6% lo hace en una IAMC y un 4,6% en Sanidad Militar y Policial. Este último caso seguramente corresponde a familiares de los funcionarios de las fuerzas armadas y la policía. Por otro lado, el 10% de los desocupados declara no tener cobertura integral, en este caso si bien la respuesta parece coherente por la falta de vínculo declarada con el mercado laboral, no lo es desde el punto de vista de los derechos, en tanto, pueden atender su salud en el principal prestador público, ASSE. En otro orden, el 47,3% de los inactivos se encuentra en una IAMC, el 40,8% en ASSE y el 5,3% en Sanidad Militar y Policial (es presumible que también se trate de familiares). En el caso de los *rentistas*, el 68% tiene cobertura en una IAMC y el 10% en un Seguro Privado. Por último, el 60,9% de los pasivos tienen cobertura en una IAMC, 27% en ASSE y 6,7% en Militar y Policial.

Como último punto de este apartado se analizará la cobertura por prestador y por región del país. Sólo el 24,9% de los usuarios de ASSE se encuentran en Montevideo, mientras que el 53,9% en localidades del interior del país de más de 5 mil habitantes. La población de ASSE que reside en zona rural tiene un peso relativo algo superior que en el total del país, 6,4% y 5,6% respectivamente. En el caso de las IAMC, el 45,3% de su población está en Montevideo, el 48,9% en localidades del interior y un 5,8% en zonas rurales. En los Seguros Privados, dado que su actividad se concentra en la capital, el 84% de su población es de Montevideo aunque hay un 14,2% de sus usuarios con residencia en localidades del interior. Más de la mitad de la población usuaria de la Sanidad Militar y Policial, en tanto, se encuentra en localidades de más de 5 mil habitantes y solo el 37,7% en la capital.

Gráfico 4. Porcentaje de personas con cobertura integral por región y total país por prestador



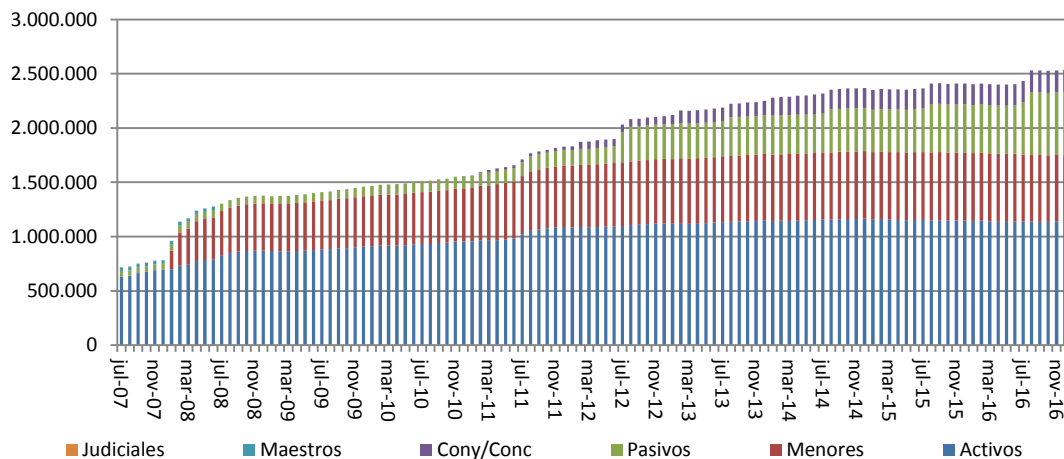
Fuente: AES, MSP en base a ECH 2016, INE.

Por último, el 48% de quienes declaran tener una cobertura múltiple de salud se encuentran en localidades de más de 5 mil y 44,9% en Montevideo, mientras que quienes dicen no tener cobertura integral se distribuyen de forma similar a la población del país.

3.3. Usuarios del Seguro Nacional de Salud

Luego de haber analizado la cobertura en salud a nivel de todo el país, es interesante detallar lo que sucedió con la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud a lo largo de los últimos años.

Gráfico 5. Evolución de los afiliados al Seguro Nacional de Salud



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

Tal como lo estableció la Ley N°18.731, en julio de 2016 culminó el proceso de incorporación gradual de los pasivos al FONASA. De esta manera, se cierra el año 2016 con más de 2,5 millones de personas dentro del Seguro, cifra que representa el 73% de la población del país. De acuerdo a información proporcionada por BPS, el 45% de los asegurados son trabajadores activos, el 24% menores de edad, el 23% son pasivos y el 8% restante, cónyuges.

La mayoría de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud han optado por una IAMC, grupo de prestadores que a diciembre 2016 cuenta con 1.974.057 usuarios FONASA, un 78% del total. Por otra parte, el 20% ha optado por ASSE y el 2% restante por un Seguro Privado Integral. Cabe recordar, que en el marco del SNS son estos tres los prestadores por los que pueden optar los usuarios.

Cuadro 5. Usuarios FONASA por prestador

Prestador	Afiliados FONASA
IAMC	1.974.057
ASSE	496.233
Seguros Privados	45.393
TOTAL FONASA	2.515.683

Fuente: AES, MSP en base a RUCAF. Diciembre 2016.

En las IAMC los afiliados FONASA representan el 91% del total de usuarios, mientras que en ASSE constituyen el 39,7% del total de usuarios.

A continuación, se analizará si existen diferencias entre la población FONASA y la NO FONASA en cuanto al peso relativo de hombres y mujeres y tramos de edad.

Cuadro 6. Usuarios FONASA y NO FONASA por edad y por prestador

Tramo de edad	IAMC		ASSE		Seguros Privados	
	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA	FONASA	NO FONASA
0 - 4	6,8%	2,1%	4,1%	9,2%	9,4%	9,2%
5 -14	14,6%	3,5%	11,6%	16,0%	14,4%	14,0%
15-19	5,1%	14,0%	5,5%	11,2%	5,7%	5,8%
20-44	35,0%	37,5%	29,4%	37,2%	34,9%	38,4%
45-59	17,6%	22,9%	17,9%	14,7%	20,8%	19,1%
60-74	12,7%	14,0%	19,4%	8,1%	10,8%	10,5%
75-95+	8,1%	6,0%	12,2%	3,5%	4,1%	3,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

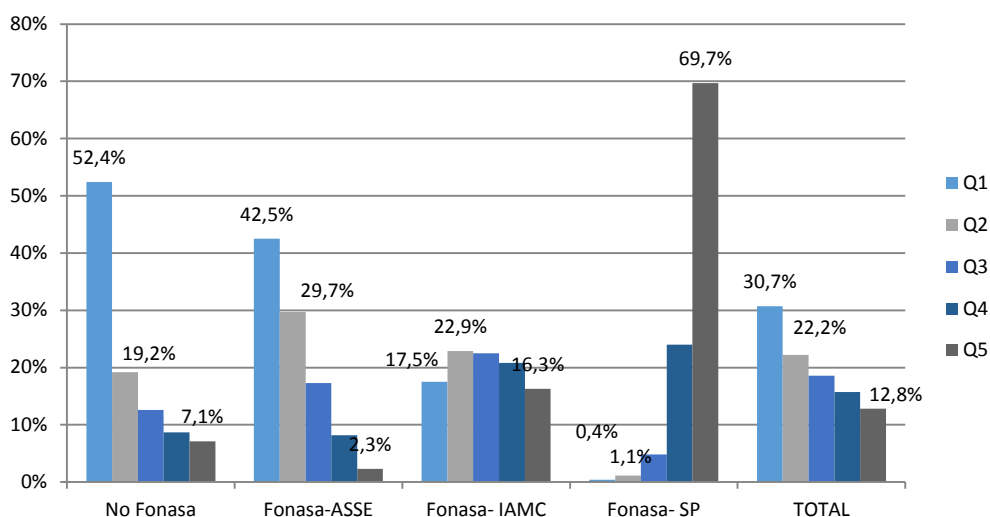
Fuente: AES, MSP en base a RUCAF. Diciembre 2016.

Mientras que en las IAMC el peso relativo de los menores de 4 años es mayor entre los usuarios FONASA, en el caso de ASSE sucede lo contrario. Por otro lado, en ASSE la población

FONASA mayor de 60 años tiene un peso relativo mayor, que el que se observa en el resto de los prestadores y en su población NO FONASA.

Otra dimensión interesante para el análisis de los usuarios del FONASA por prestador, es conocer el quintil de la distribución de ingresos de los hogares en la que se ubican.

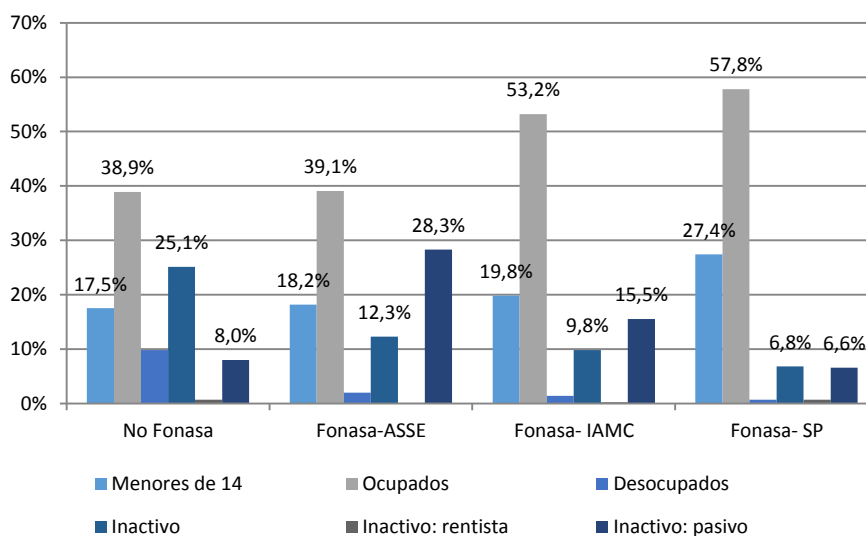
Gráfico 6. Porcentaje de personas con cobertura FONASA por quintiles de ingresos de los hogares, por prestador y total país



Fuente: AES, MSP en base a ECH 2016, INE.

En primer lugar, el 52,4% de los usuarios NO FONASA se encuentran en los hogares de menores ingresos (quintil 1). Lo mismo sucede con el 42,4% de los FONASA que optaron por ASSE como prestador, donde un 29,7% además, se ubica en el segundo quintil. En el caso de las IAMC, al igual que se observaba con el total de la población de este prestador, sus usuarios se distribuyen de forma más homogénea en los quintiles de distribución del ingreso, con un peso relativo apenas superior de los quintiles 2 y 3 (22,9% y 22,5% respectivamente). Por último, los usuarios FONASA que optan por un Seguro Privado, provienen en su gran mayoría de los hogares de mayores ingresos. El 24% se encuentra en el cuarto quintil y el 69,7% en el quinto.

Gráfico 7. Porcentaje de personas con cobertura FONASA por condición de actividad y prestador



Fuente: AES, MSP en base a ECH 2016, INE.

Por último, analizamos la condición de actividad de los beneficiarios del FONASA por prestador. Dentro de los usuarios FONASA de ASSE, como en todos los casos por el vínculo del SNS con el mercado de trabajo, el mayor peso relativo lo tienen los ocupados con 39%, y luego se destaca la importancia de los pasivos, 28,3%. Los familiares de los trabajadores o pasivos FONASA que optan por ASSE se encuentran en las categorías menores de 14 (18,2%), inactivo (quehaceres del hogar, estudiante, u otro) 12,3% o desocupados, 2%. En el caso de las IAMC es mayor la importancia relativa de los ocupados dentro sus usuarios FONASA (53,2%) y los pasivos solo alcanzan el 15,5%. En el caso de los Seguros el 85% de los usuarios FONASA son ocupados y menores de 14 años.

A modo de comparación se presenta la condición de actividad de los NO FONASA, donde llama la atención el peso de los ocupados, 38,9%, que seguramente se explique por aquellos trabajadores que están todavía por fuera del FONASA, en particular, trabajadores de las intendencias y de las Fuerzas Armadas y la Policía.

4. Cómo se utilizan los servicios de los principales prestadores del SNIS

Una mayor demanda de servicios de salud, no necesariamente está correlacionada con una alta necesidad de atención, así como tampoco una mayor utilización de los mismos está directamente vinculada con un mejor estado de salud. En la utilización de servicios de salud convergen no sólo la necesidad de atender enfermedades, sino también aspectos económicos, sociales, demográficos y culturales que determinan diferencias en la intensidad con la que los distintos grupos de personas hacen uso de las consultas, los procedimientos diagnósticos, etc.

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

4.1. Indicadores de atención ambulatoria – Consultas

El promedio de consultas totales al año por afiliado para el conjunto de las IAMC en 2016, fue de 6,7, mientras que en ASSE dicho guarismo alcanzó las 4,5 consultas. Esta diferencia de algo más de dos consultas por afiliado por año, refleja fundamentalmente las diferencias existentes en las consultas no urgentes ya que las urgentes son similares en ambos prestadores.

Cuadro 7. Consultas centralizadas y a domicilio por afiliado. Año 2016

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

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Los menores valores 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 por ende no son incluidas en lo que se informa al SINADI Asistencial¹². Otra posible explicación es la no existencia dentro de ASSE, en la mayor parte del país, de consultas a domicilio (se informan consultas en Montevideo y unas pocas consultas en algunos otros departamentos), pero también podría deberse a un subregistro vinculado a la gran extensión de la red asistencial de este prestador a lo largo del país, en donde conviven realidades muy diversas que dificultan el registro, síntesis y envío de la información¹³.

¹² Un ejemplo de ellos son las consultas de control de embarazo realizadas por parteras obstetras.

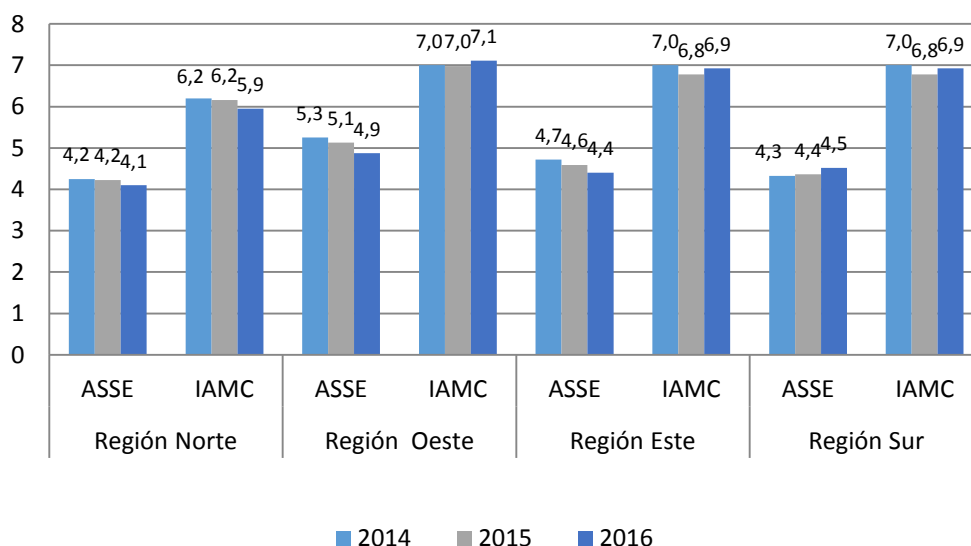
¹³ Esta consideración se aplica en general a todos los indicadores descritos en este informe.

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. Las regiones oeste, este y sur han confluído en este período en valores cercanos a las 7 consultas por afiliado por año, en tanto la región norte se mantiene por debajo, con 6 consultas por afiliado por año.

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 mantuvieron entre 2014 y 2016 un perfil similar al período del informe anterior, con valores más estables.

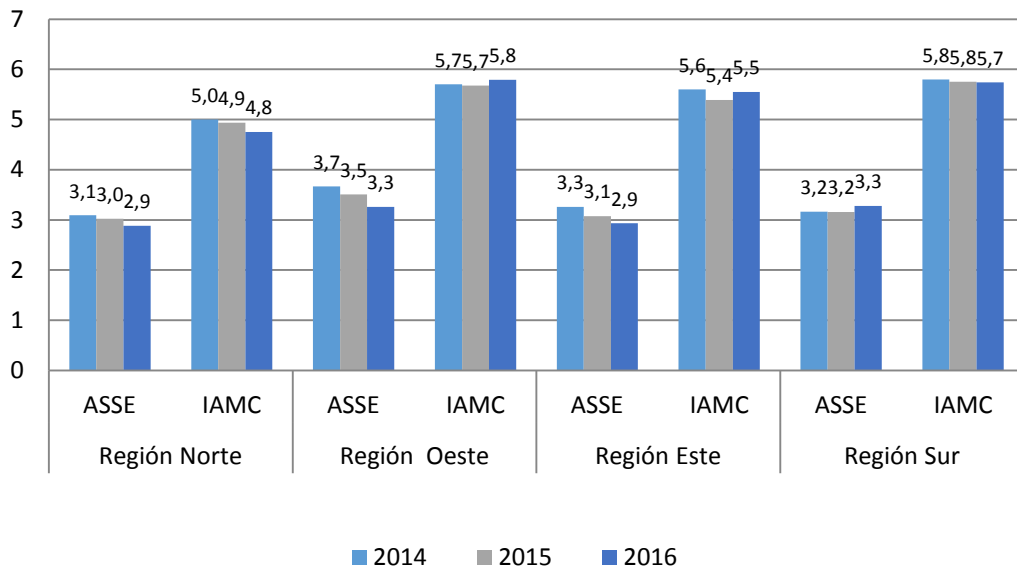
En las consultas urgentes, nuevamente se observan bajos valores de las IAMC de la región sur, probablemente relacionado con la fuerte presencia de las Emergencias Móviles en esa región, que satisfacen parte de la demanda de las consultas urgentes en domicilio.

Gráfico 8. Consultas totales por afiliado por año ASSE- IAMC por regiones



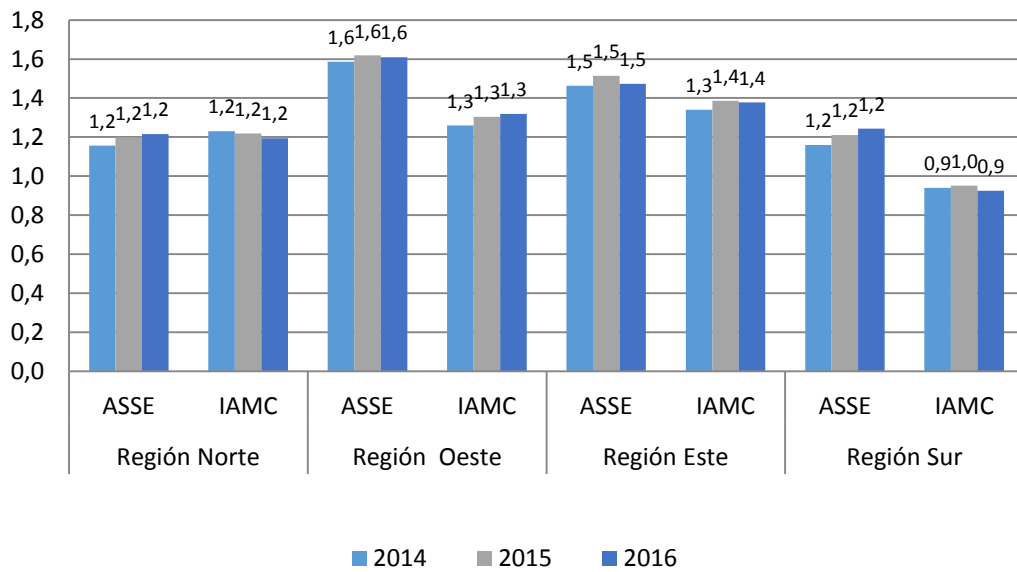
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Gráfico 9. Consultas no urgentes por afiliado por año ASSE- IAMC por regiones



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Gráfico 10. Consultas urgentes por afiliado por año ASSE- IAMC por regiones



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

4.2. Indicadores de atención en internación - Indicadores de estructura

Los datos que se presentan en la siguiente tabla corresponden al promedio de camas disponibles informadas por el sector durante el ejercicio 2016. Se incluyen aquí las camas propias de cada institución, destinadas a afiliados propios o a terceros, según nivel de cuidados.

Cuadro 8. Camas disponibles según nivel de cuidados. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Camas disponibles en Cuidados Básicos	0	16	16	966	274	1.240
Camas disponibles en Cuidados Moderados	1.507	2.053	3.559	2.320	1.607	3.927
Camas disponibles en CTI-CI	235	466	701	75	119	194

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Durante el ejercicio 2016 el sector de las IAMC contó en total con 3.559 camas de Cuidados Moderados, de las cuales 42% se ubican en instituciones del interior y 58% en instituciones de Montevideo. ASSE totaliza 3.927 camas en todo el país, con una relación inversa: 59% en el interior y 41% en Montevideo, lo que es consistente con una mayor presencia de usuarios en el interior del país¹⁴.

Las camas de CTI/CI de las IAMC fueron 701 en todo el país, presentando una mayor concentración en la capital: 67% de las mismas están en Montevideo. ASSE cuenta con 194 camas, de las cuales el 39% está en el interior y 61% en Montevideo.

Desde el año 2013, ASSE presenta una caída sostenida en el número total de camas de Cuidados Moderados que pasaron de 4.125 a 3.927 (caída del 5%), coincidiendo con una disminución del 2% en el número total de usuarios. La diferencia entre estas variaciones apuntaría a una adecuación de la capacidad de internación sobredimensionada como se menciona más adelante. En cuanto a las camas de CTI-CI, el número se ha mantenido relativamente constante, con un aumento en el último año del período.

En el sector de las IAMC, el número de camas de Cuidados Moderados en 2016 cortó la tendencia descendente que se verificaba desde 2013. En ese año, el número de camas de Cuidados Moderados era de 3.466 y en 2016 fue 3.559. En el caso de CTI-CI, el número de camas totales aumentó en cada año del período.

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 0,30 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 (0,35 vs. 0,24 camas cada mil afiliados respectivamente), aunque esta diferencia sigue disminuyendo respecto de años anteriores. Por otra parte, la distribución de las camas de Cuidados Moderados en Montevideo e interior es similar.

¹⁴ Como se vio en el capítulo anterior, el 75,1% de los usuarios de ASSE residen en el interior del país.

ASSE tiene una disponibilidad global en Cuidados Moderados de 3,1 camas cada mil afiliados, con una mayor concentración en Montevideo (4,9) respecto al interior (2,5) porque es en la capital del país donde se encuentran los hospitales de referencia nacional. Aun así, la mayor disponibilidad de ASSE en el interior (2,5) 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 0,16 camas cada mil usuarios y también están sensiblemente más concentradas en Montevideo (0,36 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 Básicos¹⁵, las IAMC contaron hasta abril de 2016 con 16 camas, que correspondían enteramente a una única institución de Montevideo (Asociación Española), pero a partir de esa fecha, dicho sector de internación dejó de funcionar. ASSE en tanto, cuenta con 1.240 camas, de las cuales 966 se encuentran en el interior, y están fuertemente concentradas en San José (83%) por la presencia de instituciones de atención de pacientes psiquiátricos crónicos (Colonias Santín C. Rossi y Etchepare).

4.3. 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 de internación que se encuentra relativamente extendida entre las instituciones prestadoras del Sistema Nacional Integrado de Salud¹⁶.

En el ejercicio 2016 se registraron para las IAMC de Montevideo más egresos de CTI-CI respecto de las IAMC del interior y menos de Internación Domiciliaria y Cuidados Moderados. Al igual que con las camas disponibles, en ASSE los egresos son mayores en Montevideo en todas las modalidades. Específicamente en CTI-CI una mayor concentración de los egresos en Montevideo –la proporción respecto al interior es de aproximadamente 4 a 1- con respecto 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 (por el evento de la contratación a demanda).

¹⁵ Se considera Cuidados Básicos a aquellos sectores de internación específicamente diseñados y destinados a tal fin, como los de adultos mayores de alto riesgo o pacientes geriátricos, o sectores de cuidados paliativos, a los que se les haya asignado un número de camas de dotación predefinido.

¹⁶ Durante el Ejercicio 2016, 31 de las 36 IAMC contaron con dicha modalidad.

Cuadro 9. Egresos por mil afiliados, según nivel de cuidados. Año 2016

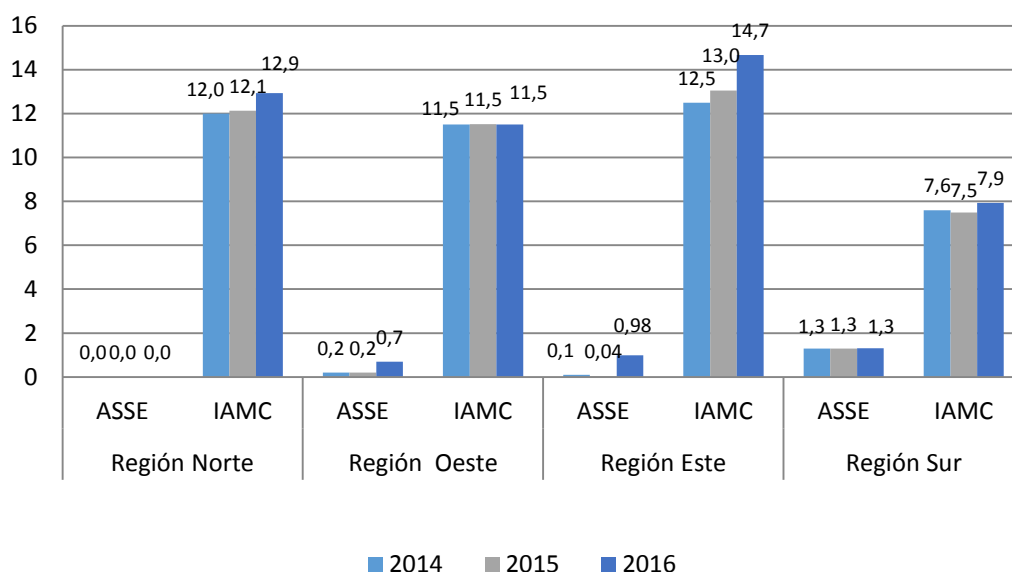
	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Internación Domiciliaria ¹⁷	12,3	8,2	9,9	0,5	1,8	0,8
Cuidados Moderados	114,7	92,9	101,9	100,1	141,8	111,0
CTI - CI	8,1	10,2	9,3	3,1	13,1	5,8

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Considerando los distintos grupos de instituciones para las cuatro regiones definidas, 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 en ASSE, que se limita a Montevideo, Maldonado y San José. En el caso de las IAMC, en el año 2016 se observa un aumento de la actividad en las regiones sur, norte y este, más marcado en ésta última.

Gráfico 11. Egresos en Internación Domiciliaria por mil afiliados



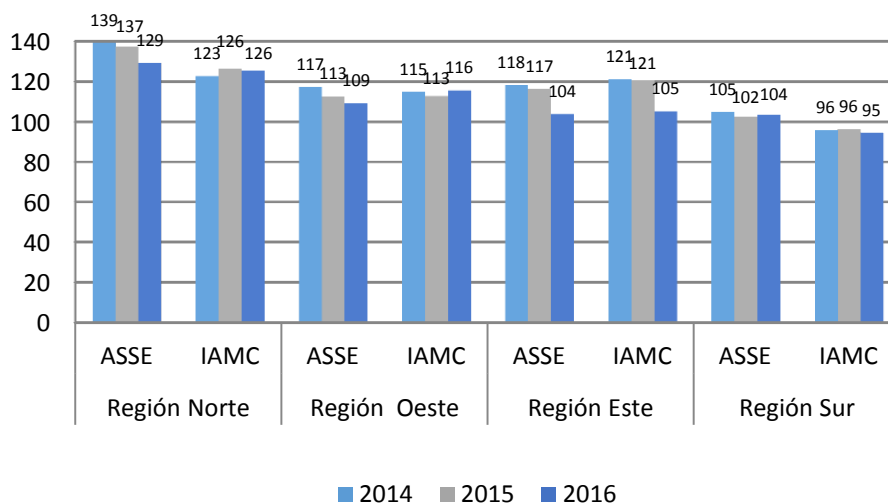
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

2. En Cuidados Moderados se observa menor dispersión de los datos, y a la inversa que Internación Domiciliaria, valores mayores en ASSE, más allá que algunos grupos regionales de las IAMC y de ASSE se superponen debido a la variabilidad dentro de cada sector. Puede

¹⁷ En el caso de la internación domiciliaria solo se consideran para el cálculo los afiliados a las instituciones que tienen esa modalidad de internación.

observarse además que en ambos sectores la región norte se mantiene en los mayores valores y la región sur muestra los menores.

Gráfico 12. Egresos en Cuidados Moderados por mil afiliados



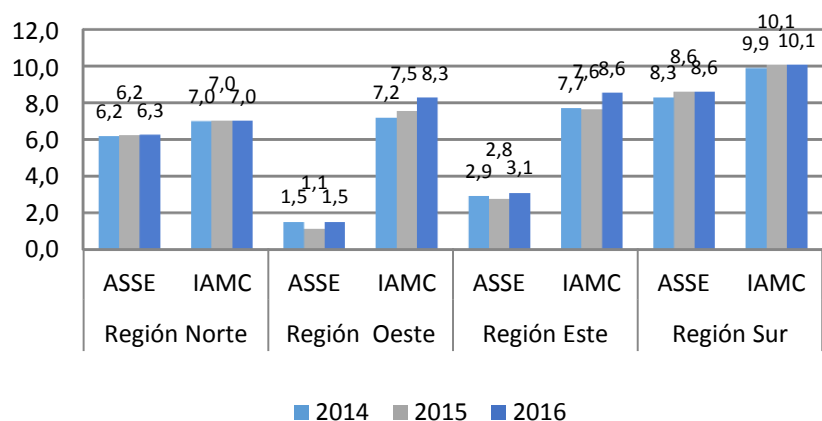
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

- En CTI-CI se observa que las regiones norte, oeste y este de las IAMC comparten la franja de valores que oscilan entre 7 y 8 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, estabilizándose en 9 egresos por mil afiliados por año luego de la tendencia decreciente en el período 2010-2014. Esta mayor utilización refleja el comportamiento de dos instituciones –Asociación Española y Casa de Galicia- que se encuentran dentro de los grupos con mayor índice de riesgo, 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.

Gráfico 13. Egresos CTI por mil afiliados por año



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

4.4. Días de hospitalización (DCO¹⁸)

Durante el ejercicio 2016, las IAMC registran 465 DCO cada mil afiliados por año en Cuidados Moderados y 65 DCO en CTI-CI siendo mayores estos indicadores 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 están acompasados.

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

ASSE, por su parte, 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, de mayor complejidad. Esto implica por un lado, que los pacientes atendidos requieren internaciones más prolongadas y por el otro, que se reciben pacientes del interior del país, aumentando el indicador de DCO por afiliado de Montevideo, ya que se contabiliza la utilización pero no al afiliado, que queda referenciado a su departamento de origen (utilización cruzada).

En CTI-CI, ASSE tiene valores menores a las IAMC en el interior y mayores en Montevideo. Eso refleja una mayor concentración de la demanda en Montevideo lo que seguramente vuelva a estar explicado por la ubicación de los hospitales de referencia y adicionalmente por el efecto

¹⁸ Días Cama Ocupados (DCO)

del subregistro de las internaciones en CTI-CI contratadas a demanda en el interior del país, 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 10. Días cama ocupados por mil afiliados, según nivel de cuidados. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Internación Domiciliaria	149,0	66,6	100,6	64,8	27,4	55,0
Cuidados Moderados	445,9	478,9	465,3	498,4	1.383,2	729,9
CTI - CI	50,6	75,5	65,3	27,0	126,2	53,0

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

4.5. Indicadores de desempeño de camas

El promedio de estadía para las IAMC en 2016 fue de 4,5 días de internación en Cuidados Moderados, 6,5 días en CTI-CI y 10 días en Internación domiciliaria. Estos valores se han mantenido relativamente estables a través del tiempo.

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 6,9 días en Cuidados Moderados, 9,9 días en CTI-CI y 28,7 días en Internación Domiciliaria. Son valores mayores a los de las IAMC en todos los grupos. En Cuidados Moderados el promedio de estadía de Montevideo (10,4) es el doble que el del interior (5,2), lo que estaría vinculado a los mismos factores descritos para la diferencia en los DCO: internaciones de mayor complejidad en centros de referencia de la capital del país, factores de lejanía de residencia de los usuarios del interior internados en Montevideo, con dificultades en la coordinación de traslados que prolonguen las estadías, etc. En CTI-CI los valores son similares en Montevideo e interior.

Vuelven a llamar la atención los valores de ASSE en internación domiciliaria en el interior del país, con un promedio de estadía de casi 41 días. Esto obedece seguramente, a los casos ya mencionados, que son registrados en esta modalidad en el departamento de San José.

Cuadro 11. Promedio de estadía según nivel de cuidados. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Internación Domiciliaria	12,6	8,2	10,4	40,6	12,3	28,7
Cuidados Moderados	4,0	4,9	4,5	5,2	10,4	6,9
CTI - CI	6,0	6,7	6,5	10,3	9,7	9,9

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Para Cuidados Moderados, el porcentaje ocupacional en las IAMC se ubica en el año 2016 en 75% para Montevideo y 65% para el interior, mientras que en CTI-CI es de 57% y 47% respectivamente. Si se consideran los DCO por terceros, el indicador aumenta en aquellas instituciones que desarrollan venta de servicios y pasan a 83% y 67 % en Cuidados Moderados y 74% y 63% 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 (77%) y el interior (55%). Sin embargo, en CTI-CI los valores son similares (85% en Montevideo contra 78% en el interior) y en ambos casos altos, como consecuencia de una menor disponibilidad de camas por afiliado 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 2016, 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%). Lo mismo se puede decir respecto de CTI-CI en las IAMC de Montevideo y del interior.

Cuadro 12. Porcentaje Ocupacional según nivel de cuidados. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Cuidados Moderados	64,9	75,4	71,0	55,3	76,6	64,1
CTI - CI	46,7	56,9	53,4	77,8	84,6	82,0

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Cuadro 13. Porcentaje Ocupacional según nivel de cuidados con Días Cama Ocupados por Terceros. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Cuidados Moderados	66,7	83,0	76,2	55,4	76,6	64,2
CTI - CI	62,6	73,6	69,8	77,8	84,6	82,0

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

4.6. Indicadores de Centro Quirúrgico

Durante 2016 el indicador de cirugías con utilización de Block Quirúrgico registrado en las IAMC del país, correspondió a 73 intervenciones por mil afiliados, con una proporción de 70% coordinadas y 30% de urgencia que se viene observando desde años anteriores. No existen diferencias en el indicador entre las instituciones de Montevideo y del interior del país.

En ASSE se observa un indicador sensiblemente más bajo: 45 intervenciones por mil afiliados, verificándose una mayor concentración en Montevideo respecto al interior (relación 2,6 a 1), lo que puede explicarse al factor ya mencionado de la centralización de hospitales de referencia en la capital de país y el problema de la utilización cruzada, así como a un menor acceso a algunos tipos de cirugía en los centros de ASSE del interior del país.

Cuadro 14. Intervenciones quirúrgicas coordinadas y urgentes por mil afiliados. Año 2016

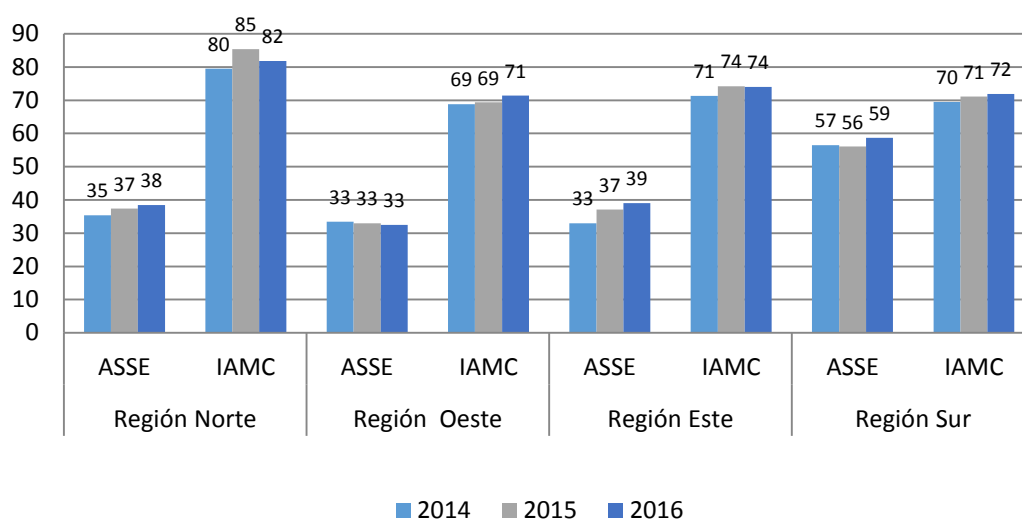
	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
IQ coordinadas con internación	34,0	25,1	28,8	10,1	26,1	14,3
IQ coordinadas ambulatorias	18,7	25,6	22,7	7,8	27,3	12,9
IQ coordinadas total	52,7	50,7	51,5	17,9	53,4	27,2
IQ urgentes	21,0	22,2	21,7	14,2	29,8	18,3
IQ Totales	73,8	72,8	73,2	32,1	83,2	45,5

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

En relación a los grupos de instituciones según regiones, puede observarse que la distribución de las cirugías de ASSE entre las distintas regiones refleja el mayor peso relativo de Montevideo. En efecto, la región sur muestra valores sensiblemente mayores (de 56 a 59 cirugías por mil afiliados por año) que las que presentan 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.

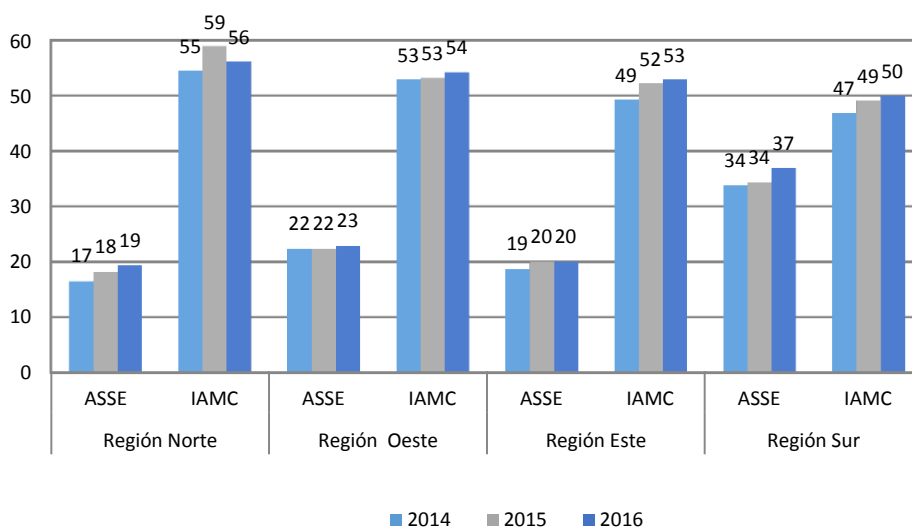
En cuanto a las IAMC, las distintas regiones muestran comportamientos similares, en el rango de 70 a 90 cirugías sin una tendencia marcada. La región norte se mantiene con valores mayores a las demás. Nuevamente, los valores de cirugías coordinadas se asemejan a los de las totales, en tanto las urgentes muestran valores relativamente menores y más constantes.

Gráfico 14. Intervenciones quirúrgicas totales por 1.000 afiliados, por región y año



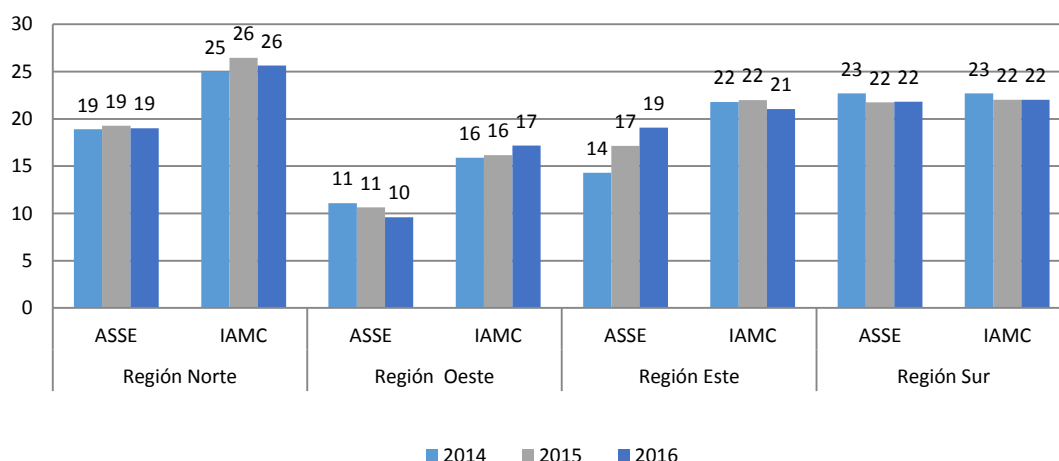
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Gráfico 15. Intervenciones quirúrgicas coordinadas por 1.000 afiliados, por región y año



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Gráfico 16. Intervenciones quirúrgicas urgentes por 1.000 afiliados, por región y año. IAMC y ASSE



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

4.7. Indicadores de utilización de servicios de diagnóstico

Con relación a los exámenes de laboratorio, la media registrada en el grupo IAMC en 2016, fue de 6,4 estudios por afiliado, con una diferencia de casi un examen por afiliado entre Montevideo (6,8) e interior (5,9). A su vez, el 85% de los estudios son ambulatorios y el 15% restante son estudios realizado durante las internaciones.

ASSE, en tanto, presenta una media global similar (5,8 estudios por afiliado por año), aunque con una mayor diferencia en el uso entre Montevideo e interior. A su vez, dentro de Montevideo el peso relativo del uso en 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 y su utilización en internación aumentada.

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 15. Exámenes de laboratorio por afiliado. Año 2016

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

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Para los exámenes de radiología convencional, el grupo IAMC tiene un valor global país de 0,44 estudios por afiliado por año, igual en Montevideo e interior. A su vez, el 91% de los exámenes radiológicos convencionales se realizaron durante la atención ambulatoria y el 9% durante la internación.

ASSE presenta un valor global algo más bajo, de 0,36 estudios por afiliado por año, con las mismas características que los exámenes de laboratorio (mayor concentración en Montevideo, y dentro de éste, mayor peso relativo de la internación que en los otros subgrupos). En el caso de ASSE, se evidencia una leve tendencia descendente en este indicador respecto a años anteriores, no observado en el sector IAMC.

Cuadro 16. Exámenes de radiología por afiliado. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Atención ambulatoria	0,39	0,40	0,40	0,27	0,36	0,29
Internación	0,05	0,04	0,04	0,03	0,07	0,04
Total ex de radiología	0,44	0,44	0,44	0,30	0,52	0,36

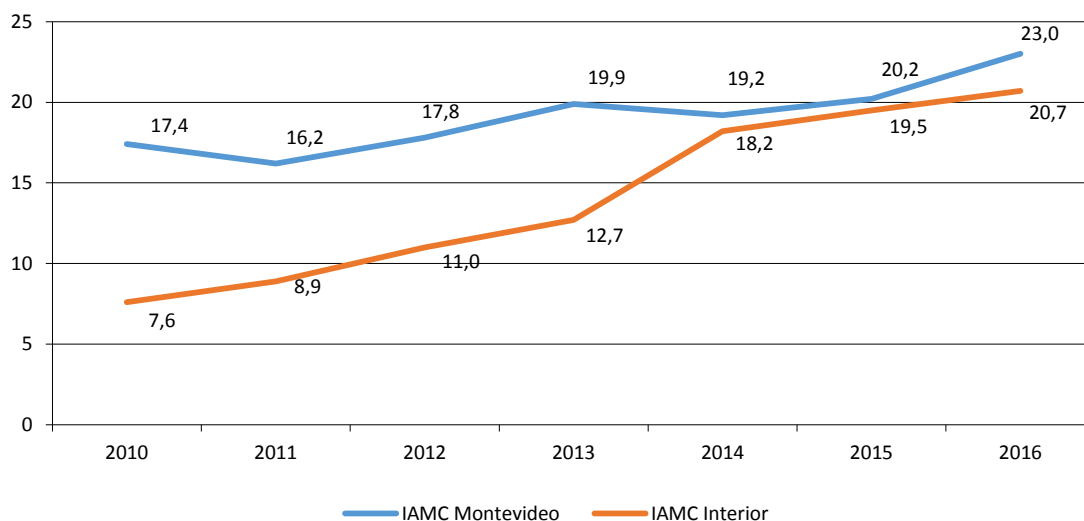
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

En el Cuadro 18, se presenta el número de ecografías, ecodoppler, TAC, RNM y endoscopías que las instituciones realizan en promedio en el año cada mil afiliados. Como en otros años, se encuentra al interior de estos promedios una clara heterogeneidad en la utilización de los servicios, tanto entre las diferentes IAMC, como entre los departamentos de ASSE.

En cuanto a la distribución entre Montevideo y el interior, se observa a lo largo del tiempo una utilización similar en el caso de ecografías y endoscopías; una mayor utilización de ecodoppler en Montevideo y de TAC en el interior del país. A diferencia de lo que venía ocurriendo hasta el 2013, a partir de 2014 se empareja la utilización de RNM, con un aumento considerable en el

uso en las instituciones del interior del país. Esto puede explicarse por la instalación durante el 2013 de dos Resonadores Magnéticos al norte del Río Negro, uno en Paysandú y otro en Tacuarembó¹⁹.

Gráfico 17. Cantidad de resonancias cada 1.000 afiliados



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

ASSE en cambio, además de valores menores a las IAMC, muestra diferencias regionales en el uso de todos los servicios diagnósticos 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.

¹⁹ Ver informe "Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay" - OPS-OMS / Área Economía de la Salud - DIGESNIS-MSP. Año 2014.

Cuadro 17. Estudios por mil afiliados. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Ecografías	317,8	294,4	304,0	160,0	220,9	176,0
Ecodoppler	32,1	48,3	41,6	15,9	24,7	18,2
TAC	91,3	77,9	83,4	32,9	93,8	48,8
RNM	20,7	23,0	22,0	6,2	10,5	7,3
Endoscopías	30,7	29,8	30,1	9,4	26,9	14,0

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

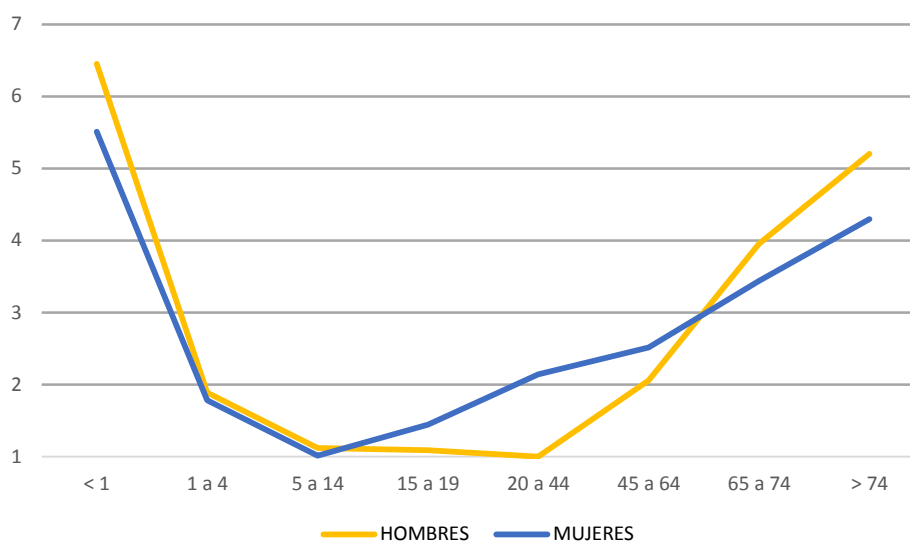
4.8. Análisis por edad y sexo de las consultas y los DCO

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 explicativos importantes de 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 atienden. El cálculo de las cápitas surge de cruzar información asistencial -tasas de utilización por producto- e información de costos de la provisión de los servicios. Por ende, conocer la utilización de los servicios por sexo y edad es relevante. El siguiente gráfico representa la estructura relativa de cápitas vigente, es decir la relación entre el gasto esperado de los diferentes tramos de edad (y sexo) y el del tramo de hombres de 20 a 44 años²⁰.

²⁰ Decreto N° 188/2017

Gráfico 18. Estructura de cápitas relativas. Julio 2017



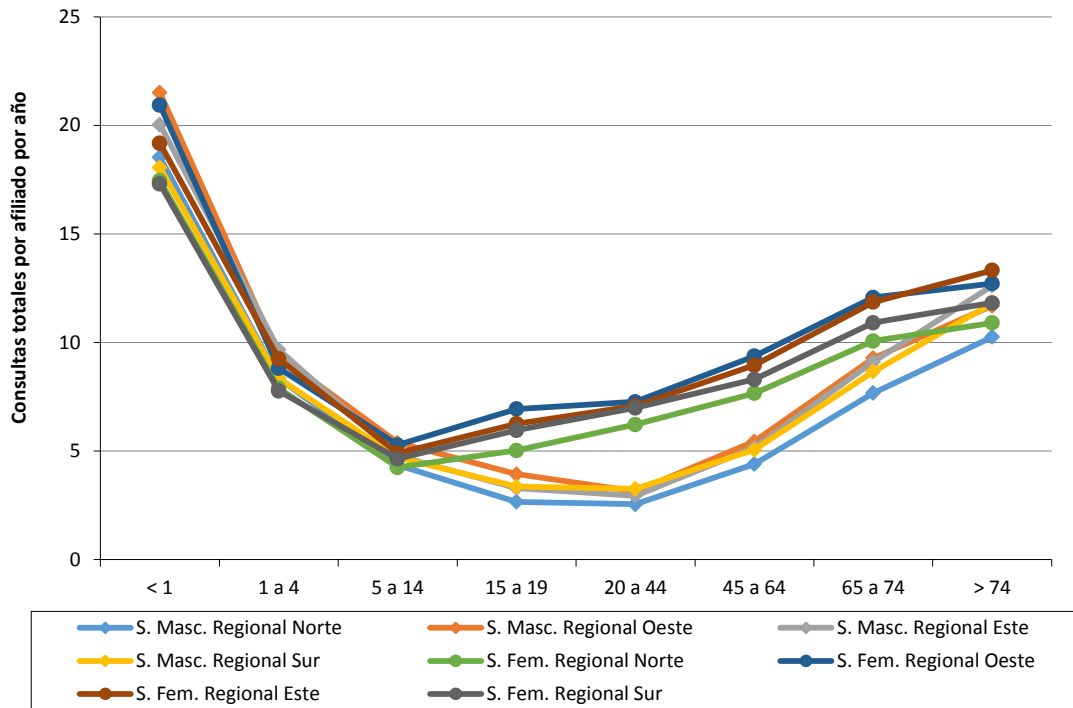
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

A continuación, se presentan las consultas totales por afiliado correspondientes al ejercicio 2016 por edad y sexo. Como era esperable, se repite la 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 IAMC²¹.

²¹ No se grafica el comportamiento de ASSE ya que el alto peso relativo de la categoría “sin discriminar por edad y sexo” invalida los datos discriminados.

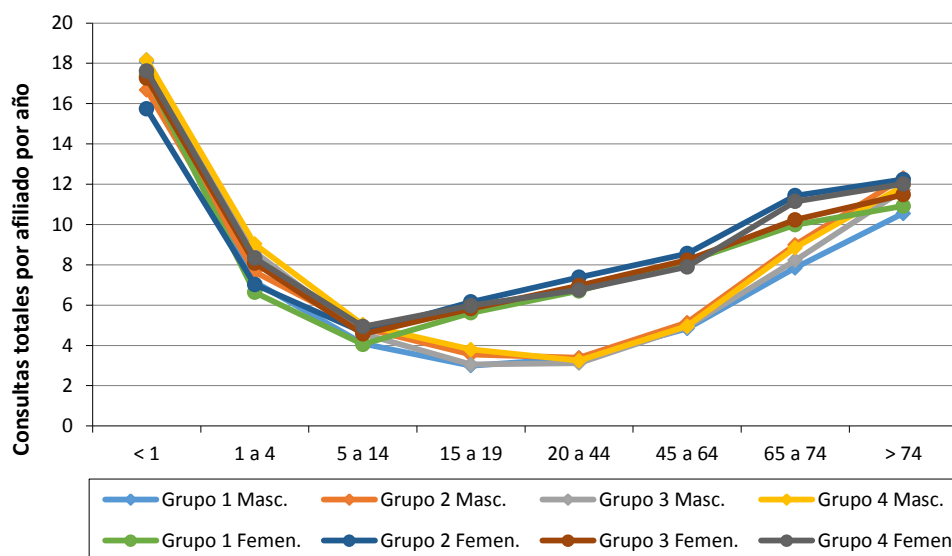
Gráfico 19. Consultas totales por afiliado según rango de edad y sexo. Total IAMC por regiones. Ejercicio 2016



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

Como se observa, los tramos etarios mayores a 15 años de ambos sexos de la región norte son los que presentan una menor utilización de consultas.

Gráfico 20. Consultas totales por afiliado por año según rango de edad y sexo. Grupos IAMC Montevideo. Ejercicio 2016



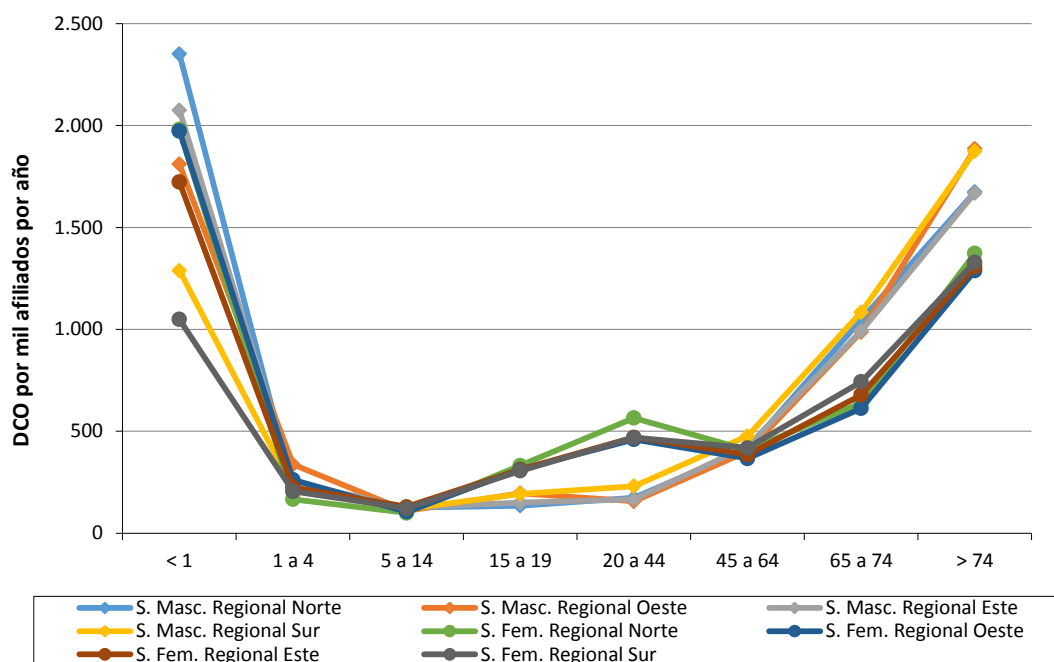
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

La utilización de las consultas en los grupos de Montevideo es mucho más homogénea que cuando se analiza por regiones. Gráficamente se observa de forma clara 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 riesgo.

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 un 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.

Gráfico 21. DCO Cuidados Moderados por mil afiliados por año según rango de edad y sexo. Total IAMC por regiones. Ejercicio 2016

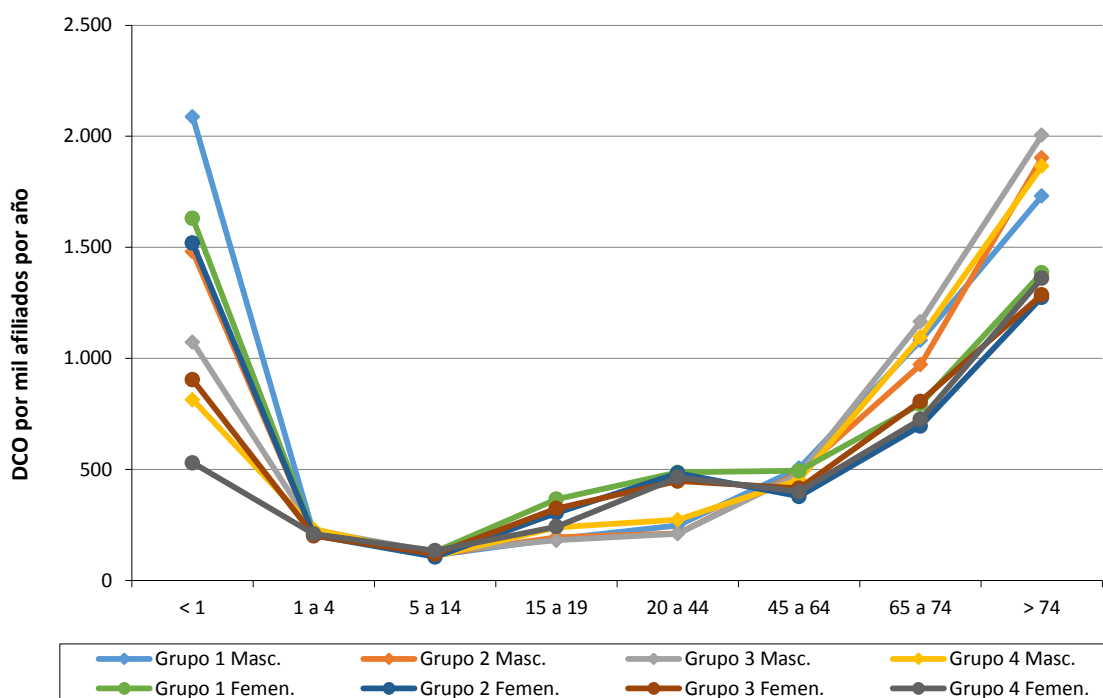


Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

La utilización de DCO en CM de los niños de la región norte se ubica por encima de los demás. En el otro extremo del ciclo de vida, los usuarios del sexo masculino utilizan más días cama en cuidados moderados que las mujeres.

En el análisis por grupos de la capital, las mayores diferencias se presentan en este caso en los varones de los tramos de los extremos. En particular, los menores de 1 año del grupo 1 (menos de 100 mil afiliados e índice de riesgo menor a 0,32), y los mayores de 74 años de los cuatro grupos.

Gráfico 22. DCO Cuidados Moderados por mil afiliados según rango de edad y sexo. Grupos IAMC Montevideo. Ejercicio 2016



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial.

4.9. Análisis de las recetas de medicamentos en atención ambulatoria

A continuación, se presenta la cantidad de recetas expedidas en atención ambulatoria por afiliado por año y por consulta, por prestador y por región. A nivel global, hasta 2013 ASSE expedía una mayor cantidad de recetas por usuario que las IAMC. Sin embargo, este indicador venía con una tendencia a la baja en ASSE y al alza en las IAMC, equiparándose en 2014 y cruzándose a partir de ese año, llegando en 2016 a una diferencia de 1,5 recetas por afiliado por año entre ambos prestadores, a favor de las IAMC. Esta disminución de recetas expedidas podría explicarse en parte por cambios en los sistemas de información de farmacia que han sido notificados por ASSE, que podrían haber generado cambios en la forma de registro de las recetas expedidas.

Con respecto al indicador de recetas por consulta, si bien también muestra una leve tendencia descendente en ASSE por la caída de las recetas expedidas, continúa siendo mayor que el del sector IAMC, por la importante diferencia en menos en el número de consultas totales en ese prestador como ya fuera mencionado.

Cuadro 18. Recetas por usuario por año y por consulta. ASSE – IAMC

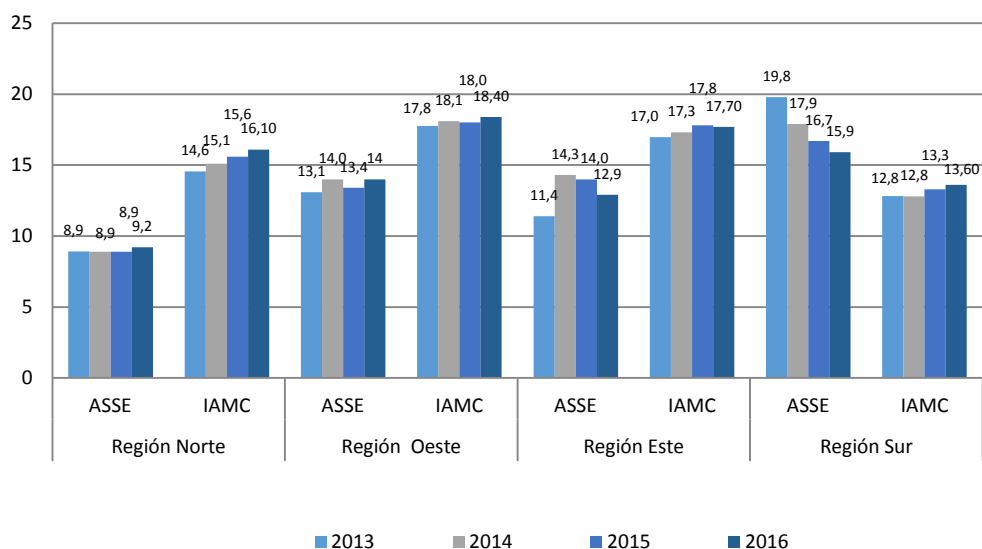
ASSE	2013	2014	2015	2016
Nº de recetas por afiliado por año	14,6	14,4	13,8	13,4
Nº de recetas / consulta	3,2	3,2	3	3
IAMC	2013	2014	2015	2016
Nº de recetas por afiliado por año	14,1	14,2	14,7	14,9
Nº de recetas / consulta	2,1	2,1	2,2	2,2

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial y Censo de Usuarios.

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 las IAMC mantienen la leve tendencia al aumento ya vista en el período anterior, conservando las diferencias relativas entre regiones. La región sur sigue ubicándose por debajo de las demás, con una diferencia de 5 recetas por afiliado por año con las regiones oeste y este, que son las que muestran valores mayores. 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 por sus altos valores desde el período anterior (casi 20 recetas por afiliado por año). Sin embargo, ha mostrado en este período una marcada tendencia descendente hasta 15 recetas por afiliado por año, que la acerca a los valores de las regiones oeste y este (que a su vez aumentaron a valores cercanos a las 14 recetas por afiliado por año). La región norte se mantiene estable en valores de 9 recetas por afiliado por año, consistente con la menor utilización ambulatoria observada en esa región.

Gráfico 23. Recetas por afiliado



Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial y Censo de Usuarios.

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

Cuadro 19. Número de recetas por afiliado

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
2013	9,52	14,72	8,44	16,41
2014	9,8	14,78	8,7	15,84
2015	10,19	15,09	8,92	17,08
2016	10,48	15,42	9,14	17,33

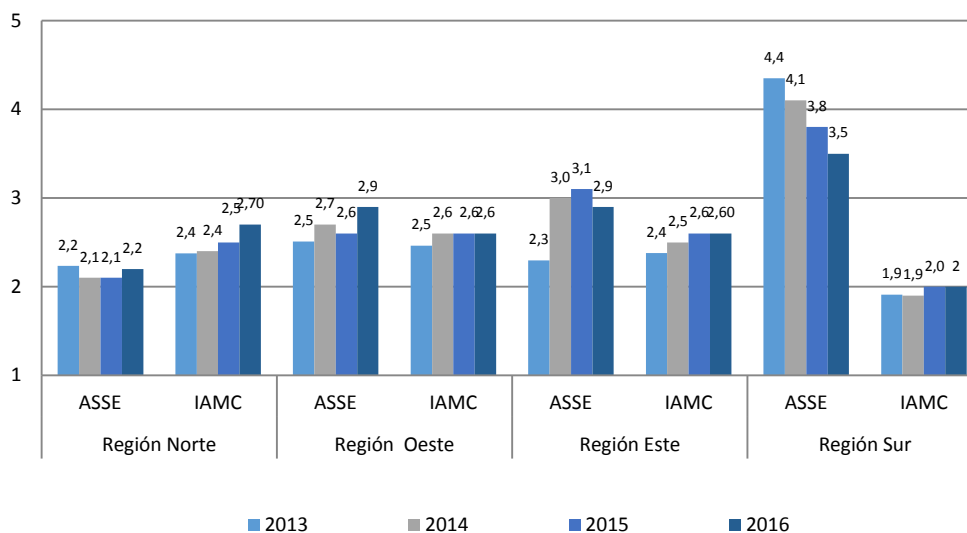
Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial y Censo de Usuarios.

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, con mayor consumo de medicamentos, 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. La región sur de ASSE vuelve a destacarse, duplicando lo observado en el resto. Sin embargo, al igual que en indicador de recetas por afiliado por año, muestra una marcada tendencia al descenso (de 4,4 a 3,5 recetas por consulta), acercándose a la región este, la que a su vez aumentó de 2,3 a alrededor de 3 recetas por consulta. El

promedio de ASSE, también en este caso es mayor al del total de IAMC, 3,0 y 2,2 recetas por consulta en 2016, respectivamente.

Gráfico 24. Recetas por consulta



Fuente: AES, MSP en base a datos de 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 20. Número de recetas por consulta

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
2013	1,6	2,2	1,4	2,2
2014	1,7	2,1	1,4	2,2
2015	1,7	2,1	1,4	2,3
2016	1,8	2,2	1,5	2,4

Fuente: AES, MSP en base a datos de SINADI Asistencial y censos de usuarios.

5. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

La descripción y el análisis de las cifras económico – financieras de ASSE se realiza a partir de los datos sobre ejecución presupuestal que publica en su página web la Contaduría General de la Nación (CGN).

5.1. Evolución de los ingresos de ASSE

ASSE financia sus actividades con las partidas provenientes de Rentas Generales en el Presupuesto Nacional, los ingresos provenientes del FONASA -por sus componentes de cápitas y metas-, la venta de servicios y en menor medida, a través de las cuotas prepagas abonadas por afiliados individuales que eligen a ASSE como su prestador de servicios de salud.

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 IAMC, a partir de una paramétrica de costos específica para ASSE, en función de las variaciones de precios registradas.

Asimismo, el artículo 59 de la Ley 18.211, de creación del SNIS, establece el mecanismo de ajuste del presupuesto de ASSE. Dicho artículo dispone que el Ministerio de Economía y Finanzas incremente los créditos de ASSE en la financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial", tomando en cuenta la variación de la recaudación por los usuarios FONASA que tenga el inciso. El inciso segundo de dicho artículo indica que se reducen los créditos en la financiación Rentas Generales (1.1) en función de la variación mensual en el número de usuarios del padrón de ASSE.

En definitiva, los recursos que ASSE recibe por los afiliados FONASA dependen de la diferencia entre el valor de la cápita correspondiente y el valor de la cuota promedio de ASSE, que se calcula a partir del cociente entre el gasto total de ASSE y el número de usuarios.

A partir de la ley 19.355 de Presupuesto Nacional 2015-2019 y de la ley de Rendición de Cuentas 2015, se introducen algunas modificaciones en el mecanismo anterior. En el marco del importante crecimiento de los recursos provenientes del FONASA, se buscó evitar que las bajas de créditos en Rentas Generales afectaran el crédito permanente del organismo, en particular a las retribuciones personales. Se mantiene el financiamiento con Rentas Generales de las retribuciones personales, con lo que el financiamiento FONASA se destina al resto de los rubros de funcionamiento y eventualmente a inversiones.

Cuadro 21. Participación de las distintas fuentes en el financiamiento de ASSE

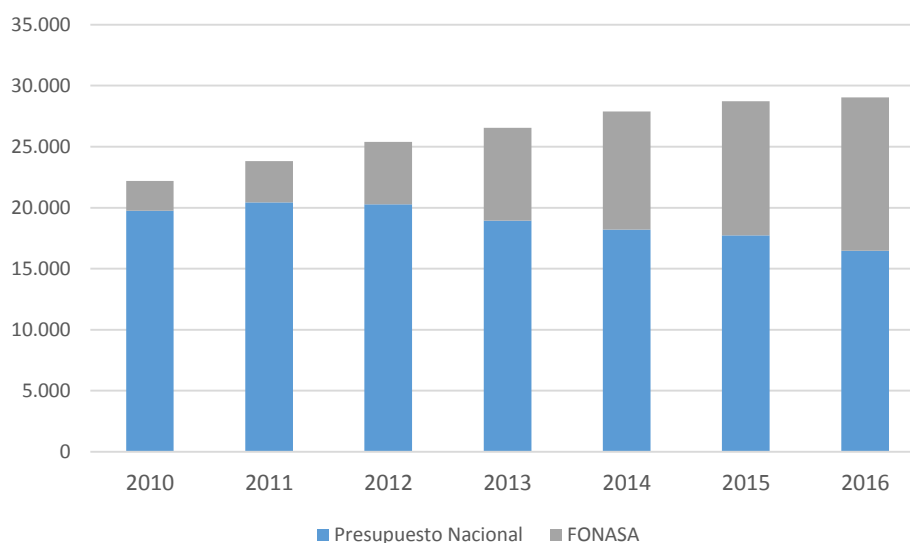
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Presupuesto Nacional	89%	86%	80%	71%	61%	59%	58%
FONASA	11%	14%	20%	29%	35%	38%	42%

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

Entre 2010 y 2016, los recursos totales de ASSE crecieron 31% en términos reales, alcanzando en 2016 a 29.027 millones de pesos, unos 962 millones de dólares. Por su parte, los recursos de ASSE que provienen del FONASA se multiplicaron por cuatro en valores constantes desde 2010 y alcanzaron en 2016, los 12.557 millones de pesos, unos 416 millones de dólares. Desde 2014, el financiamiento FONASA de ASSE creció 29% en valores constantes.

Esta cifra confirma la tendencia al crecimiento en la participación de esos fondos en el financiamiento de las actividades del organismo. Entre 2010 y 2016, los ingresos FONASA de ASSE pasaron de financiar el 11% del gasto del organismo en 2010, a representar el 42% del total en 2016.

Gráfico 25. Evolución de las fuentes financiamiento de ASSE en millones de pesos constantes de 2016



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

Asimismo, el porcentaje que representa ASSE en el total de egresos del FONASA creció desde 7,4% en 2010 a 17,2% en 2016.

5.2. Evolución de los gastos de ASSE

Entre 2014 y 2016, los gastos operativos²² de ASSE crecieron 5,4% en términos reales, alcanzando en 2016 los 28.200 millones de pesos. El crecimiento registrado por los gastos operativos entre 2014 y 2016 por debajo del 16% de aumento que registró entre 2010 y 2013.

Cuadro 22. Gasto Operativo de ASSE

	Estructura 2016	Variación 2014- 2016	Var. prom. anual
Costo Total En RRHH	61,4%	2,2%	0,7%
Consumo de Medicamentos	8,1%	12,2%	4,1%
Consumo de Materiales y Suministros	11,2%	6,8%	2,3%
Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento	9,8%	19,8%	6,6%
Otros Egresos	0,5%	1,6%	0,5%
Servicios Asistenciales Contratados	9,1%	7,6%	2,5%
Total Egresos Operativos	100,0%	5,4%	1,8%

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

El costo de los recursos humanos -que incluye el Rubro 0 “Servicios Personales”, la transferencias a Comisión de Apoyo y al Patronato del Psicópata, la remuneración a médicos de familia y diversos objetos de gasto vinculados a beneficios sociales percibidos por los funcionarios-, llegó al 61% del total de los gastos operativos en 2016. El gasto en recursos humanos tuvo un crecimiento relativamente bajo entre 2014 y 2016 (2,2%), mientras que entre 2010 y 2013 había sido de 14,5%.

La cantidad de personas trabajando en ASSE en relación a la cantidad de usuarios para el período estudiado, aumentó tanto para el personal médico, como para el no médico. Dicho aumento, en el caso del personal médico es de 10%, mientras que en el del personal no médico es de 17%. Dentro de la categoría de trabajadores médicos, el mayor aumento se observa en los médicos generales (21%) y de familia (11%). En el caso de los trabajadores no médicos, el aumento de personal en relación a los afiliados, se encuentra entre 15% y 18% dependiendo del grupo.

²² Es el gasto que no considera las inversiones ni los egresos financieros.

Cuadro 23. Cantidad de trabajadores de ASSE cada 1000 usuarios.

	2014	2015	2016
Medicina Familiar	0,18	0,19	0,2
Medicina general	2,1	2,18	2,55
Pediatría	2,06	2,28	2,21
Ginecología	0,55	0,54	0,56
Esp. Médicas	1,47	1,5	1,59
Esp. Quirúrgicas	0,71	0,72	0,77
Practicantes- Residentes	0,6	0,58	0,59
Médicos	5,03	5,14	5,51
Aux. Enfermería	5,16	5,63	6,03
Lic. Enfermería	1,12	1,17	1,29
TNM	4,59	4,84	5,42
ASO	5,62	5,82	6,53
No médicos	16,49	17,46	19,27
Total	21,52	22,6	24,78

Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de Lotus Notes, ASSE (octubre 2014, noviembre 2015 y agosto 2016) y Censo de Usuarios, SINADI.

Este mismo indicador se estimó para cada región del país, para el año 2016. Las unidades ejecutoras de referencia nacional se encuentran en la región sur, por lo que gran parte del personal disponible para la población usuaria de ASSE, se concentra en dicha zona. Dicha región es la que cuenta con la mayor cantidad de personas trabajando por usuario en todas las categorías de profesionales. Si se compara entre sí a las demás regiones, la norte es la que presenta el indicador más bajo de personal en relación a los afiliados.

Cuadro 24. Cantidad de trabajadores de ASSE cada 1000 usuarios por regiones. Año 2016

	Norte	Oeste	Este	Sur
Médico Familia	0,08	0,12	0,12	0,35
Médico General	1,23	3,04	2,48	3,34
Pediatra	1,65	1,66	2,01	2,99
Ginecólogo	0,4	0,59	0,56	0,7
Esp. Médicas	0,88	1,07	0,94	2,59
Esp. Quirúrgicas	0,5	0,72	0,61	1,14
Médicos	2,91	3,5	5,88	8,53
Auxiliar Enfermería	4,24	4,98	5,03	8,07
Lic. Enfermería	1,11	0,76	0,81	1,87
TNM	2,61	4	3,71	8,56
ASO	3,41	4,17	4,57	9,82
No médico	11,37	13,91	14,12	28,32
Total	14,28	17,41	20	36,85

Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de Lotus Notes – ASSE y Censo de Usuarios – SINADI. Agosto 2016.

Si no se considera la región sur, el personal de enfermería -licenciados y auxiliares- por afiliado es el que presenta las menores diferencias entre zonas del país.

Es importante destacar que en el período analizado todas las regiones aumentaron la cantidad de trabajadores por usuarios. En la región norte el personal médico aumentó en un 4%, destacándose dentro de estos el aumento del número de pediatras por afiliado que alcanzó el 18%. En dicha región, el personal no médico por afiliado creció 10%, destacándose, un incremento de un 18% en los Auxiliares de Enfermería y de un 25% en enfermería profesional.

En la zona oeste, este y sur, el mayor incremento se verifica en Medicina General (30%).

Dentro de los gastos operativos, el mayor aumento se registró en los gastos de funcionamiento y mantenimiento que crecieron 19,8%, a un promedio anual de 6,6%. Por otro lado, se destaca el aumento del consumo de medicamentos cuyo gasto creció 12,2% entre 2014 y 2016. La estimación del consumo de medicamentos se realizó a partir del Objeto de Gasto 152 “Productos medicinales y farmacéuticos”.

Los servicios asistenciales contratados, que constituyen aproximadamente el 9% del gasto operativo aproximadamente, crecieron 7,6% en los tres años analizados, por debajo del 55% de aumento registrado entre 2014 y 2010.

Cuadro 25. Variación del gasto en servicios asistenciales contratados

	Var (%) 2014-2016	Estructura 2016
Ambulancias y locomoción contratada	12,8%	18%
Profesionales y técnicos	-36,6%	4%
CTI	7%	25%
Estudios	-1,6%	20%
Tratamientos	49,6%	5%
Servicios de Internación	-7,4%	2%
Otros servicios contratados	20,4%	26%
Total	7,6%	100%

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

En 2016, cerca del 25% de los servicios contratados externamente por ASSE correspondió a servicios de CTI (de adultos, pediátricos y neonatales), y una quinta parte fueron estudios (de laboratorios, radiológicos, resonancias magnéticas, tomografías, angiografías y estudios oftalmológicos y cardiológicos). Por su parte, el 18% del total correspondió a locomoción contratada, incluyendo ambulancias.

Dejando de lado “Otros”, los Tratamientos fueron los servicios cuya contratación más creció (aunque significan una parte relativamente menor en el total), seguido de la contratación de locomoción. De todas maneras, el ritmo de crecimiento de los gastos en contratación de ambulancias y servicios de locomoción disminuyó drásticamente ya que entre 2010 y 2014 era de 30% aproximadamente.

El gasto operativo por usuario en ASSE en 2016 fue de 1.880 pesos y creció 7% entre 2014 y 2016. Dicho aumento se produjo como consecuencia del crecimiento en el gasto de ASSE en valores constantes y de una leve caída en los usuarios (1,3% entre 2014 y 2016).

Como prestador integral, ASSE brinda a sus usuarios el conjunto de servicios y prestaciones incluidas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Si se excluye del gasto total del organismo el gasto ejecutado por las unidades que desarrollan actividades no incluidas en el PIAS, es posible arribar a una estimación del gasto PIAS de ASSE.

En 2016, el Gasto PIAS²³ de ASSE alcanzó los 27.243 millones de pesos, aproximadamente el 97% del gasto total del organismo, lo que determina un gasto PIAS mensual por usuario de 1.808 pesos.

Entre 2014 y 2016, las inversiones han presentado una caída importante en valores constantes, cercana al 29%. Esta caída revierte el crecimiento, profundizando la pérdida de peso de las mismas en el total de los gastos del organismo. Mientras que las inversiones representaban el 4% del gasto total en el 2014, en 2016 son el 3%.

²³ Se estimó restando del total del Gasto Operativo, los egresos de las Unidades Ejecutoras 07 (Hospital Vilardebó), 013 (Colonia Dr. Bernardo Etchepare), 063 (Hospital Piñeyro del Campo), 069 (Colonia Santín Carlos Rossi), 078 (Portal Amarillo) y 086 (PPL)

Si se consideran las inversiones por usuario en ASSE, las mismas cayeron de manera importante en el periodo analizado: 34% en valores constantes entre 2014 y 2016. Medido en dólares, las inversiones por afiliado en 2016 fue de 21 dólares aproximadamente, muy por debajo de los 32 dólares registrado en 2014 y de la inversión por afiliado en las IAMC (43 dólares).

El 75% de las inversiones realizadas en los 3 años analizados fueron en estructura edilicia, el 20% fueron en equipamiento médico y no médico y el resto fueron inversiones de diversa índole. Las inversiones en estructura edilicia cayeron un 16% en el periodo, mientras que la inversión en equipos cayó 47%.

6. Otros prestadores públicos: Militar, Policial y Hospital de Clínicas

En el presente análisis de desempeño se incluye información sobre otros prestadores públicos de servicios de salud como lo son el Servicio de Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Nacional, el de Sanidad Policial del Ministerio del Interior y el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República. La información relativa a estos prestadores se presentará junto con la de ASSE para facilitar la comparación de las estructuras de gastos e ingresos de los prestadores públicos de servicios de salud.

Para estos prestadores, se dispuso de 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 es la página web de la Contaduría General de la Nación (CGN)²⁴.

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

El Hospital de Clínicas financia sus actividades únicamente a partir de las fuentes que surgen del Presupuesto Nacional²⁵ – Rentas Generales (1.1) y Recursos de Afectación Especial (1.2)- mientras que los servicios de salud del Ministerio de Defensa y del Interior, disponen además del financiamiento 1.8 denominado “Fondo de terceros administrados por ley”, de carácter extrapresupuestal²⁶.

Cuadro 26. Fuentes de financiamiento de los prestadores públicos. Año 2016

	ASSE	Hospital de Clínicas	Sanidad Militar	Sanidad Policial
1.1 Rentas generales	60%	91%	71%	68%
1.2 Recursos de afectación especial	40%	9%	0%	1%
1.8 Fondos de terceros administrados por ley			29%	31%

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

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, respectivamente. El Hospital de Clínicas por su parte, atiende fundamentalmente a

²⁴ 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

²⁵ Como parte del Convenio de Complementación Asistencial firmado entre la Udelar, ASSE, el Ministerio de Salud y el MEF, el Hospital de Clínicas recibe fondos procedentes de Rentas Generales destinados a gastos de funcionamiento derivados de la atención de los usuarios de ASSE.

²⁶ En el caso de Sanidad Militar y Policial, la financiación 1.8 se nutre del aporte de los funcionarios de los ministerios de Defensa Nacional y del Interior, respectivamente, para financiar parcialmente los servicios de salud que reciben. En la medida que se trata de recursos extrapresupuestales, su utilización no está sometida a los controles externos que sí reciben los fondos presupuestales.

usuarios de ASSE²⁷. 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.

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.

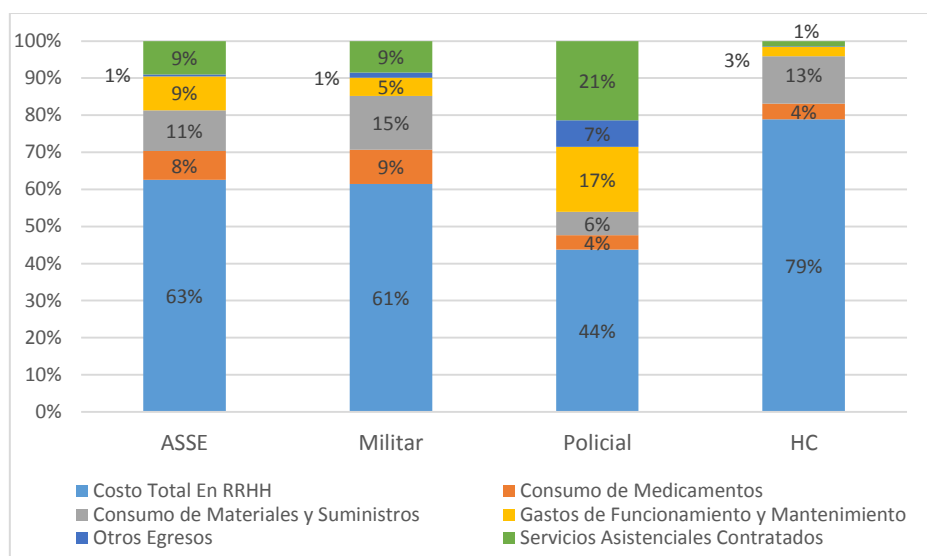
En noviembre de 2010, se suscribió el Convenio de Complementación Asistencial entre el Ministerio de Salud Pública, la Universidad de la República, ASSE y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para que las actividades del Hospital de Clínicas se complementen con las de los demás componentes del subsector público de salud en el marco de la RIEPS. Según ese convenio, el Hospital de Clínicas recibe anualmente una partida de créditos 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 operativo²⁸ 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.

²⁷ Se incluye tanto a los beneficiarios con carné de atención gratuita o arancelada y a los cotizantes del FONASA que hayan optado por ASSE como prestador de servicios.

²⁸ No considera los recursos destinados a inversiones y los egresos de carácter financiero

Gráfico 26. Estructura del gasto operativo promedio 2014-2016.



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

Como se observa, de los cuatro prestadores públicos, el mayor peso del gasto en recursos humanos corresponde al Hospital de Clínicas en donde representó el 79% del total. Esta cifra y el bajo peso relativo que tienen los servicios asistenciales contratados en el hospital universitario se explican porque es un hospital integrado verticalmente que realiza por sí mismo los distintos servicios que ofrece.

Por su parte, el peso de los recursos humanos en los gastos operativos es similar en ASSE y Sanidad Militar, mientras que en Sanidad Policial es bastante menor como consecuencia de que la cobertura de la atención en salud de los funcionarios del interior del país se realiza a partir de convenios con instituciones mutuales.

Como consecuencia de ello, los Servicios Asistenciales contratados por Sanidad Policial representan una mayor proporción de los costos operativos en relación a los demás prestadores analizados. Mientras que representan el 21% del total en Sanidad Policial, en ASSE y Sanidad Militar son el 9% y en el Hospital de Clínicas es de tan solo 1%.

El gasto en medicamentos en relación al total del gasto operativo es mayor en ASSE y Sanidad Militar, mientras que en Sanidad Policial, el Gasto de Funcionamiento y Mantenimiento en relación al gasto operativo es más alto que en los demás prestadores públicos.

Cuadro 27. Variación (%) del gasto operativo en pesos constantes entre 2014 y 2016

	ASSE	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Hospital de Clínicas
Costo Total En RRHH	2,2%	9,2%	4,7%	4,6%
Consumo de Medicamentos	12,2%	46,3%	10,5%	6,9%
Consumo de Materiales y Suministros	6,8%	10,3%	-5,8%	14,1%
Gastos de Funcionamiento y Mantenimiento	19,8%	36,3%	28,3%	0,6%
Otros Egresos	1,6%	109,4%	-50,9%	94779,9%
Servicios Asistenciales Contratados	7,6%	-46,0%	-17,8%	4,1%
Total	5,4%	6,8%	-3,2%	5,8%

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

En términos constantes el gasto operativo de tres de los cuatro prestadores públicos creció: ASSE (5,4%), Sanidad Militar (6,8%) y Hospital de Clínicas (5,8), mientras que en Sanidad Policial cayó 3,2% entre 2014 y 2016.

Por su peso en el total, el crecimiento de casi 7% del gasto operativo en Sanidad Militar fue consecuencia del aumento en el gasto en recursos humanos (9,2%). Sin embargo, el gasto que más creció en el periodo en Sanidad Militar fue el consumo de medicamentos que lo hizo un 46,3%, seguido de funcionamiento y mantenimiento (36,3%)²⁹.

Por su parte, entre 2014 y 2016, el gasto destinado a contratar servicios asistenciales cayó de forma importante tanto en Sanidad Militar, como en Sanidad Policial, mientras que creció en el Hospital de Clínicas y en ASSE. En Sanidad Policial, el consumo de medicamentos fue el que más creció dentro de los gastos operativos, mientras que los gastos en compra de materiales y suministros fue el de mayor aumento en el Hospital de Clínicas.

Considerando la variación del número de usuarios y del gasto operativo de cada uno de los prestadores del subsistema público, es posible aproximarse al gasto por usuario³⁰ que realiza cada uno de ellos. El gasto por usuario en Sanidad Militar fue el que más creció, entre los prestadores públicos integrales de servicios de salud: aproximadamente 15% entre 2014 y 2016 como consecuencia del crecimiento del 6,8% del gasto operativo y una caída de 7% en el total de usuarios. En 2016, el gasto mensual por afiliado en Sanidad Militar alcanzó los 1.782 pesos.

Como se vio en el capítulo precedente, en la medida que el gasto operativo de ASSE creció 5,4% y a su vez, se produjo una leve caída en los usuarios (1,3% entre 2014 y 2016), el gasto por afiliado creció casi 7% y alcanzó los 1.872 pesos mensuales en 2016.

Por su parte, en Sanidad Policial el gasto por usuario cayó 1,2% y fue de 2.019 pesos en 2016. Lo anterior se produjo como consecuencia de una mayor disminución del gasto en valores absolutos en relación a la caída en el número de usuarios.

²⁹ La categoría "Otros egresos" tiene un peso muy menor en el gasto operativo.

³⁰ En el caso del Hospital de Clínicas, es difícil conocer el número de usuarios de manera precisa ya que, como se dijo atiende a usuarios de ASSE y a población fluctuante con cualquier otro tipo de cobertura.

Los recursos destinados a inversiones, tanto en Sanidad Militar, Policial, como en el Hospital de Clínicas han presentado fluctuaciones a lo largo del periodo analizado: en todos los casos cayeron en el 2015 -respecto de 2014- y se recuperaron en 2016.

Entre 2015 y 2014, los recursos destinados a inversiones en Sanidad Militar crecieron más de 80% en valores constantes, pero luego en 2016 cayeron 70% respecto de 2015. En el periodo analizado, las principales inversiones fueron la construcción de dos nuevas torres en el Hospital Militar -que incluyen habitaciones de internación, nuevo equipamiento, un IMAE cardiológico y otro traumatológico, tratamientos de reproducción asistida y CTI neonatal- y obras en el laboratorio farmacéutico. En promedio, las inversiones por usuario en Sanidad Militar alcanzaron unos 51 dólares anuales, el ratio más alto entre los prestadores públicos.

En el caso de Sanidad Policial, las inversiones crecieron 22% en valores constantes entre 2014 y 2015, pero cayeron 32% entre 2015 y 2016. En el periodo las inversiones en Sanidad Policial se concentraron en equipamiento y tecnología, destacándose la compra de un microscopio de neurocirugía y otro de oftalmología, un ecógrafo para ecografía ginecológica 4D y otro para ecografía general, doppler y mamografía. De todas maneras, medidas en relación a los usuarios, las inversiones en Sanidad Policial fueron en promedio unos 11 dólares entre 2014 y 2016, sustancialmente menores a las de Sanidad Militar.

Los recursos destinados a inversiones en ASSE presentan una tendencia decreciente entre 2014 y 2016, mostrando una caída de 29%, más acentuada en la inversión en equipos. En el periodo, aproximadamente el 75% de las inversiones se concentraron en obra edilicia, destacándose en las obras en el Nuevo Hospital de Colonia, en el Hospital Pasteur y en el CTI pediátrico de Salto. En el caso de ASSE, las inversiones por usuario promediaron unos 27 dólares, por encima de las inversiones en Sanidad Policial, pero bastante por debajo de las realizadas en Sanidad Militar en el periodo.

En el caso del Hospital de Clínicas, el incremento de 10% entre 2014 y 2016, se explica fundamentalmente por el incremento de la inversión en equipos.

7. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

7.1. Análisis de los principales ingresos de las IAMC

Los ingresos operativos del sector crecieron 7,5% en términos reales en el período 2014 - 2016 y constituyeron en el último ejercicio 63.000 millones de pesos, aproximadamente. En línea con la pauta de inclusión de colectivos al SNS –los pasivos comenzaron a ingresar en 2012 y terminaron de hacerlo en julio de 2016-, las IAMC comenzaron a percibir el 100% del valor de la cápita asociada a ese colectivo³¹ recién a partir del 1° de julio del año pasado, por lo que el efecto sobre los ingresos operativos del sector en el periodo de análisis es parcial.

En 2016, el ingreso operativo mensual por afiliado en el sector de las IAMC fue aproximadamente 2.453 pesos. En valores constantes, el ingreso promedio mensual en el 2013 era de 2.228 pesos, por lo que aumentó 10,1% en tres años.

En relación a los ingresos operativos, el total de ingresos de prepago alcanza al 84% de los ingresos operativos del sector.

En el 2016, el 82,5% de los ingresos operativos del sector correspondieron a ingresos de prepago. Dentro de los ellos, el 75% fueron ingresos percibidos del FONASA (cápitales, metas, sustitutivo de tiques y sobrecuota de inversión), mientras que el 4,6% correspondió a ingresos por cuotas individuales y colectivas, el 2,9% son ingresos por crédito fiscal y el 1,7% corresponde a otros ingresos de prepago.

En este sentido, continúa consolidándose la importancia de los ingresos provenientes del FONASA dentro de la estructura operativa del sector. Mientras que en 2010 estos ingresos representaban el 60% de los ingresos operativos, como se dijo, en el último ejercicio, alcanzaron las tres cuartas partes.

³¹De acuerdo al numeral 2) del artículo 1° de la ley 18.731 se trata de los jubilados y pensionistas que contaban con cobertura mutual al 1° de diciembre de 2010

Cuadro 28. Estructura de los ingresos operativos de las IAMC

	2014	2015	2016
Cápitax	66,5%	67,0%	67,9%
Metas	5,4%	5,4%	5,5%
Sustitutivo Tasas	0,7%	0,8%	1,1%
Sobrecuota de inversión Ley N° 18.922	1,6%	1,6%	0,6%
Total Ingresos FONASA	74,1%	74,7%	75,0%
Cuotas Individuales y Colectivos	7,4%	5,6%	4,6%
Crédito Fiscal Ley N° 18.464	1,5%	2,5%	2,9%
Otros Ingresos de Prepago	1,9%	1,7%	1,7%
Total Ingresos Prepago	84,6%	84,5%	84,2%
Ordenes	1,4%	1,4%	1,3%
Tiques	6,8%	6,9%	6,6%
Total de Ordenes y Tiques	8,2%	8,3%	7,9%
Venta de Servicios	7,1%	7,1%	7,9%
Otros Ingresos Operativos	0,2%	0,2%	0,2%

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

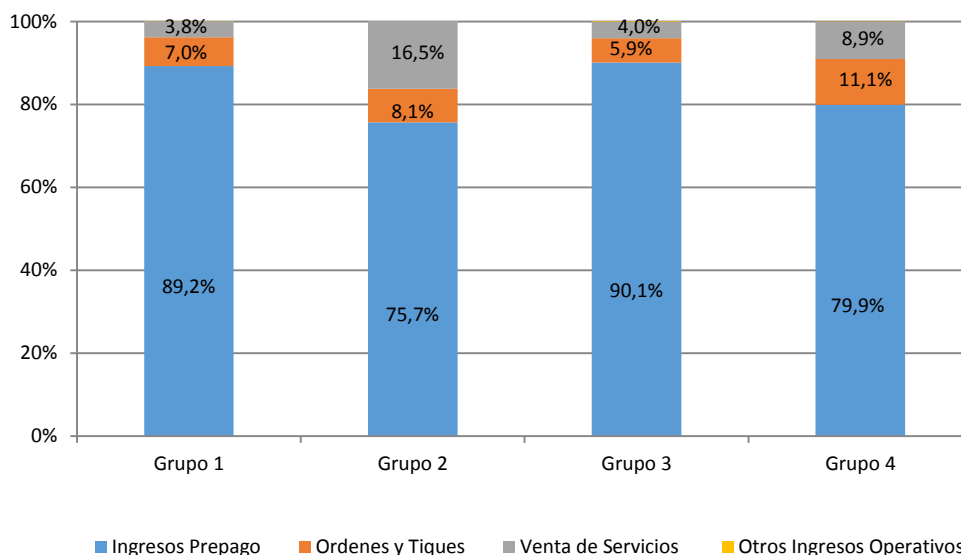
Las órdenes y tiques, la venta de servicios y los otros ingresos operativos tienen un peso relativo en torno al 8,2%, 7,4% y 0,2% respectivamente. Tanto la venta de servicios, como los ingresos derivados de las órdenes y tiques han perdido peso relativo desde 2010, cuando significaban 7,6% y 8,8% respectivamente.

En el período analizado, el peso relativo de los ingresos de prepagos en el total de ingresos es similar para Montevideo e interior. En el 2016 este guarismo fue de 83,6% en la capital y 85% para las instituciones del interior.

En el caso de las tasas moderadoras, el comportamiento es similar a lo expresado en el párrafo anterior. En Montevideo el peso relativo de órdenes y tiques es mayor en un punto porcentual respecto al interior (8,3% y 7,3% respectivamente). Otro tanto sucede con la venta de servicios que tiene guarismos similares en ambos casos.

Si bien el peso de los ingresos FONASA en la estructura de los ingresos operativos es similar en las diferentes regiones del país, no sucede lo mismo si consideramos en particular a las instituciones de Montevideo.

Gráfico 27. Estructura de ingresos operativos de acuerdo a los grupos de Montevideo. Año 2016



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

Como se observa, la estructura de ingresos de los grupos 1 y 3 es similar, con ingresos FONASA –incluidos en los ingresos prepago- que explican el 85% de los ingresos operativos. Este grupo es precisamente el que presenta el mayor peso relativo de los afiliados FONASA en el total (96%), en comparación con en el promedio sectorial de 93%. Asimismo, en el Grupo 1 –que tiene también un alto peso relativo de afiliados FONASA (95%)- los ingresos FONASA explican el 84% de los ingresos operativos y en el Grupo 4, en tanto, se destaca el alto peso relativo de las tasas moderadoras, 11%, el mayor de todo el subsector.

a) Ingresos de prepago regulados: FONASA (cápitas, metas y sobrecuota de inversión) y cuotas individuales.

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas regulan semestralmente los aumentos que se autorizan a las IAMC para sus cuotas, cápitas, 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.

En el período de análisis los aumentos autorizados por el Poder Ejecutivo fueron los siguientes:

Cuadro 29. Aumentos autorizados por el Poder Ejecutivo

Fecha de entrada en vigencia	Cápita	Meta	Cuota	Tasas
01/01/2014	1,51%	1,51%	1,51%	1,51%
01/04/2014	-	-	-9,65% ¹	-
01/07/2014	8,61%	8,61%	8,61%	8,61%
01/07/2014	0,29%	0,24%	0,29%	0,24%
01/11/2014	0,00%	0,00%	\$2 ²	0,00%
01/01/2015	1,61%	1,61%	-12,1% ³	1,61%
01/07/2015	5,58%	5,42%	0,00%	5,42%
01/10/2015	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%
01/01/2016	6,43%	5,69%	0,00%	5,69%
01/07/2016	3,70%	4,53%	0,00%	4,53%

1 - A partir del 1º de diciembre de 2014 las IAMC reducirán el valor de sus cuotas básicas de afiliaciones individuales no vitalicias y las cuotas básicas de convenios colectivos

2 - El aumento autorizado no podría ser superior al que resulte de incrementar en \$2 los valores vigentes.

3 - A partir del 1º de diciembre de 2014 las IAMC reducirán el valor de sus cuotas básicas de afiliaciones individuales no vitalicias y las cuotas básicas de convenios colectivos.

Fuente: AES, MSP en base a decretos.

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 a financiar proyectos de inversión previamente aprobados por el MEF y el Ministerio de Salud. Las instituciones comenzaron percibiendo mensualmente por concepto de sobrecuota de inversión, el 3,51% de las cápitas del mes y el Poder Ejecutivo realizaría ajustes anuales considerando la estructura de ingresos por cápitas y cuotas (individuales y colectivas) para el promedio de las instituciones. Como consecuencia de esos ajustes realizados por el Poder Ejecutivo, a diciembre del 2016 dicho porcentaje fue de 3,35%. Se paga un total de 24 cuotas (una por mes) con tres meses de descanso luego de percibidos 12 meses corridos. En ningún caso el monto percibido por sobrecuota puede superar el 70% de la inversión total de cada institución.

Como se observa en el Cuadro 25, el peso relativo de los ingresos por sobrecuota cae en el año 2016. De acuerdo a la cadencia de pagos prevista, ese año la mayor parte de las instituciones dejaron de percibir ingresos por este concepto.

En 2016, el 90,4% de los ingresos operativos del sector IAMC se encuentran regulados por el Poder Ejecutivo³². Si bien este guarismo es prácticamente el mismo que el registrado en 2013, la distribución interna es distinta, lo cual está en línea con la evolución de los lineamientos propuestos para el FONASA.

³² Los ingresos regulados incluyen a los ingresos de prepago, -que a su vez involucran a todos los ingresos FONASA, crédito fiscal y cuotas individual y colectiva- y los tiques y órdenes.

b) Tasas Moderadoras

El objetivo de la política de tasas moderadoras en el periodo continúa centrado en la mejora del acceso a los servicios por parte de la población, buscando converger hacia un rol efectivamente de moderador de la demanda.

A lo largo del periodo, los ingresos por tasas moderadoras de las IAMC se vieron afectados por los siguientes cambios normativos:

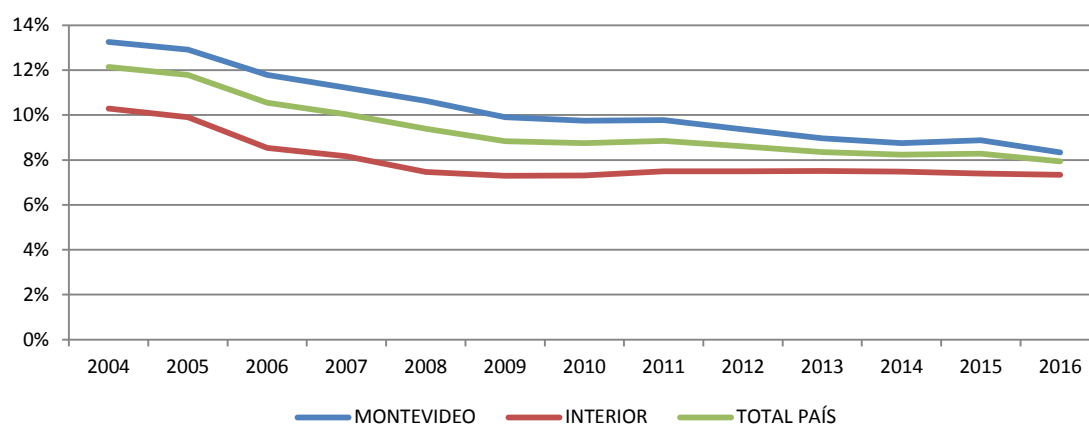
- Agosto 2013 (Decreto 235/013): establece que las IAMC solo podrán cobrar una tasa moderadora equivalente a un tique de medicamento por cada tratamiento con antibióticos con la dosis suficiente para cubrir la totalidad del tratamiento.
- Octubre de 2013: se establece que solo se podrá cobrar (Ordenanza Ministerial nº 816) una tasa moderadora para los estudios de Resonancia Nuclear Magnética y para Tomografía Axial Computarizada por cada región.
- Enero 2014 (Decreto 426/013): se establece la exoneración de la tasa moderadora de anestesia o sedación en procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos cuando hay indicación médica (registrando en la historia clínica la indicación y el motivo). También se exoneran del pago de tasas moderadoras los procedimientos de radioterapia y/o quimioterapia.
- Julio de 2014 (Decreto 190/014): se establece como tope máximo para todas las tasas moderadoras el valor de 800 pesos (valor sin timbres ni impuestos).
- Setiembre de 2014 (Decreto 255/014): establece la exoneración de la tasa moderadora de todos los fármacos oncológicos incluidos en el FTM utilizados en tratamientos onco-hematológicos.
- Octubre de 2014 (Decreto 313/014): autoriza a las IAMC al cobro de copagos para el acceso a los tratamientos de inseminación artificial e inducción de la ovulación.
- Setiembre de 2015 (Decreto 258/015): el acceso a los fármacos Indapamida, Ramipril, Carvedilol, Metildopa y Bupropion, dará derecho al cobro de una única tasa moderadora por el tratamiento mensual.
- Enero 2016 (Decreto 378/015): se incorpora la ecografía estructural fetal al PIAS, exonerada del cobro de tasa moderadora.

Desde Julio de 2014 en que se estableció un precio máximo de 800 pesos para todas las tasas moderadoras, no se ha ajustado ese tope, por lo que representa una rebaja del precio real que debe pagar el usuario.

El crecimiento de los ingresos por tasas moderadoras en términos reales en el período 2014-2016, fue de 3.43%. La explicación de este resultado requiere de un mayor análisis de forma de identificar los efectos precio y cantidad. El crecimiento del número de afiliados y su perfil de utilización de servicios es uno de los aspectos a evaluar, conjuntamente con la variación de los precios promedios específicos de las tasas moderadoras en cada IAMC.

En el ejercicio económico cerrado a setiembre de 2016 los ingresos por tasas moderadoras representaron el 7.93% de los ingresos operativos de las IAMC. Este indicador presentaba un valor de 8.36% en el año 2013, por lo que continúa mostrando una tendencia descendente, aunque a menores tasas que en los primeros años de la reforma.

Gráfico 28. Recaudación por tasas moderadoras como porcentaje de los ingresos operativos de las IAMC



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

A su vez, como se aprecia en el gráfico anterior, puede observarse una marcada reducción de la brecha existente entre Montevideo e interior.

Cuadro 30. Ingresos por tasas moderadoras en los ingresos operativos, por región. Año 2016

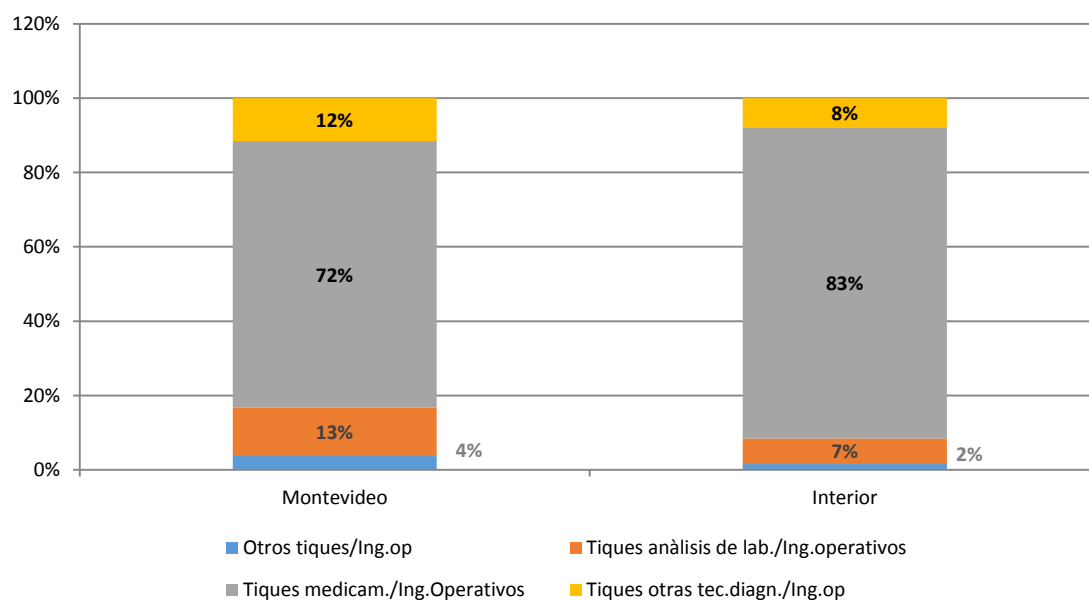
Regiones	Norte	Oeste	Este	Sur	Interior
Ordenes	1,0%	1,5%	1,2%	1,4%	1,3%
Tiques	5,9%	5,6%	5,9%	7,0%	6,1%
Total Tasas Moderadoras	6,9%	7,1%	7,2%	8,4%	7,3%
Grupo Montevideo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Montevideo
Ordenes	1,1%	1,2%	0,7%	2,1%	1,4%
Tiques	5,9%	6,9%	5,2%	9,0%	7,0%
Total Tasas Moderadoras	7,0%	8,1%	5,9%	11,1%	8,3%

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

Se continúa observando un mayor peso del total de la recaudación por este concepto en las instituciones de Montevideo y en particular en el grupo conformado por la Asociación Española y CASMU, aunque también en este caso se produce una disminución del indicador, que pasa de 12.6% en el año 2013 a 11.09% en el 2016.

Los ingresos por tiques (medicamentos, estudios y análisis), representan un 83% del total de la recaudación por tasas moderadoras. Esta participación se ha mantenido estable en los últimos años, y es similar en las IAMC del interior del país y de la capital. Sin embargo, dentro de esta categoría, los ingresos por tiques de medicamentos tienen un mayor peso en el interior del país, y como contracara en las IAMC de Montevideo la proporción de ingresos por análisis diagnósticos y de laboratorio es mayor que en el interior.

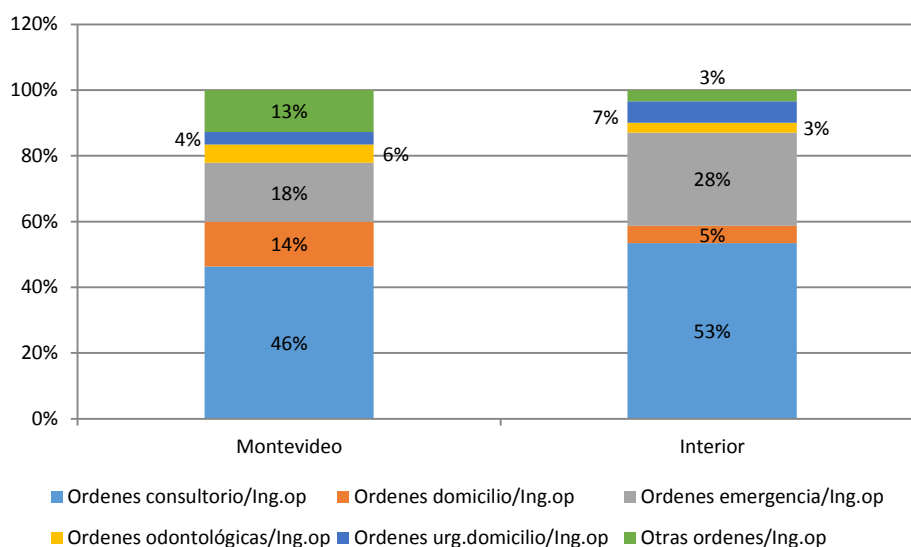
Gráfico 29. Estructura de ingresos por tiques. Año 2016



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

Los ingresos por órdenes también presentan diferencias en su estructura al comparar la capital del país con el interior.

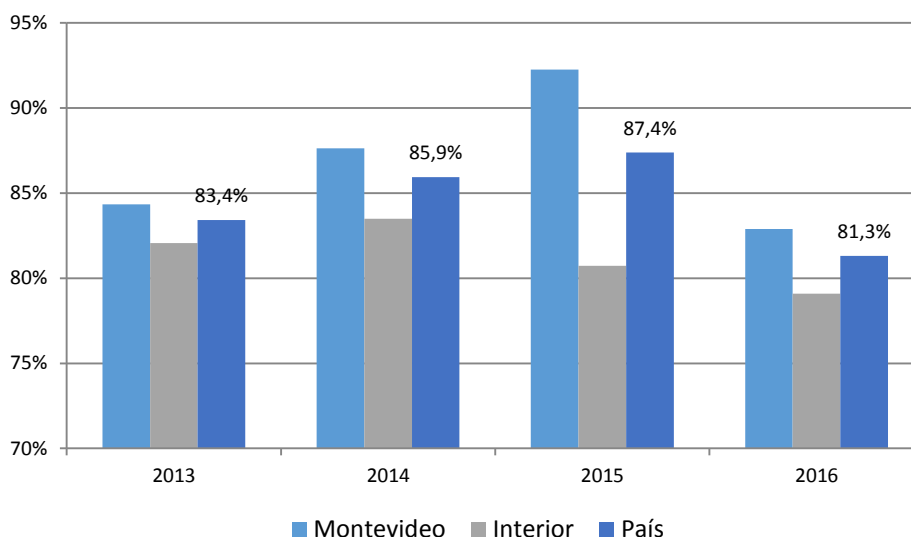
Gráfico 30. Estructura de ingresos por órdenes. Año 2016



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

En un próximo informe que profundice en el tema tasas moderadoras, se realizará el análisis de los efectos precio y cantidad que podrían explicar los resultados observados.

Gráfico 31. Ingresos por tiques de medicamentos como proporción del gasto en medicamentos ambulatorios. 2013-2016



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

La proporción del gasto en medicamentos ambulatorios que podría ser financiada a través de ingresos por tiques, disminuyó con respecto a años anteriores. Es importante destacar que no es la función de los tiques financiar este gasto, ya que es a través de las cápitas y cuotas de las IAMC donde está considerado el gasto esperado por este concepto. Sin embargo, se trata de

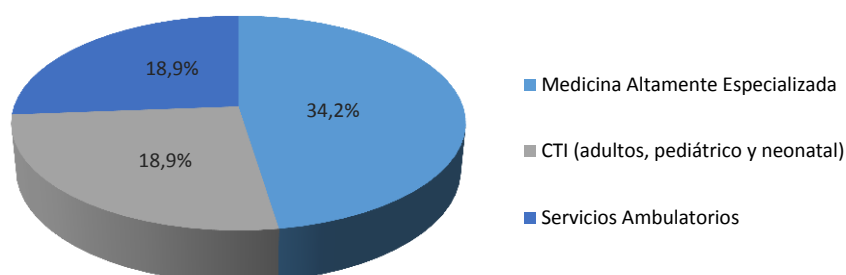
un indicador que es monitoreado por parte del MSP como forma de identificar la interacción de las distintas fuentes de financiamiento, y las condiciones de acceso de los usuarios a los medicamentos.

c) La venta de servicios

La venta de servicios asistenciales es el tercer componente en orden de importancia a nivel de los ingresos de las IAMC. Esta fuente representó el 7,9% de sus ingresos operativos en el año 2016, observándose un guarismo similar tanto para el promedio de instituciones del interior y las que tienen sede en la capital.

El peso relativo de los principales componentes de la venta de servicios ha permanecido relativamente igual que el observado entre 2010 y 2013. Como se aprecia el componente de mayor peso en el total, es la venta de servicios de medicina altamente especializada, seguido por la venta de servicios ambulatorios y de internación en CTI.

Gráfico 32. Principales componentes de venta de servicios para el total del país. Año 2016.



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

Sin embargo, a nivel de las instituciones de Montevideo, el peso relativo de la venta de servicios en los ingresos presenta diferencias importantes. Por un lado se encuentran las instituciones del Grupo 1 –COSEM, Universal, CUDAM y GREMCA- con el 3,8% de los ingresos operativos generados a través de la venta de servicios y en el otro extremo se observa a las del Grupo 2 –Casa de Galicia, Evangélico y Círculo Católico- donde este componente explica casi el 16,5% de los ingresos.

A su vez, existe una heterogeneidad importante al interior del Grupo 1 en tanto Universal percibe el 11,3% de sus ingresos a través de la venta de servicios y CUDAM, COSEM y GREMCA un promedio de 1,1% de sus ingresos.

Por su parte, Casa de Galicia y Hospital Evangélico del Grupo 2, así como la Asociación Española (Grupo 4) son las instituciones del sector donde las ventas de servicios tienen mayor peso relativo en los ingresos (28%, 14% y 14% respectivamente). Para estas instituciones, los

servicios de medicina altamente especializada, son los que generan mayores ingresos por venta de servicios (para Casa de Galicia estos servicios generan el 66% de su total de ventas).

7.2. Análisis de los principales egresos en las IAMC

Entre el 2014 y 2016, el gasto operativo del sector IAMC se incrementó 8,5% en términos reales, mientras que los afiliados crecieron 1,8%. En función de ello, el gasto operativo por afiliado aumentó 6,5%³³. En 2016, el gasto operativo por afiliado alcanzó 2.466 pesos.

Cuadro 31. Estructura del gasto como porcentaje de los ingresos operativos netos, para el subsector IAMC

	2014	2015	2016
Remuneraciones y cargas sociales CSP	54,6%	55,0%	55,0%
Remuneraciones y cargas sociales GAV	6,8%	6,3%	6,2%
Honorarios Profesionales	4,0%	4,0%	4,1%
Medicamentos	7,2%	7,3%	7,7%
Materiales y suministros	4,3%	4,4%	4,6%
Servicios Salud Contratados	13,7%	13,9%	13,8%
Gasto funcionamiento CSP + GAV	5,5%	5,1%	5,6%
Gasto mantenimiento CSP + GAV	0,8%	0,9%	0,9%
Amortizaciones CSP + GAV	1,9%	1,8%	1,9%
Otros CSP + GAV	0,7%	0,8%	0,8%
Total Costo Servicios Prestados	89,6%	90,1%	91,2%
Total Gasto Administración y Ventas	9,9%	9,4%	9,3%

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

Como se observa, entre 2014 y 2016 no ocurrieron cambios notorios en la estructura de los gastos del subsector IAMC en relación a los ingresos operativos. En todos los casos las variaciones no alcanzan el punto porcentual.

El total de los costos de los servicios prestados en relación a los ingresos presenta guarismos similares en Montevideo y el interior. Para estos tres años, el incremento del costo de los servicios respecto de los ingresos operativos fue de 1,6 puntos porcentuales en términos reales. Si se consideran los Gastos de Administración y Ventas, la diferencia entre Montevideo e interior para el año 2016 es más notoria: en Montevideo significan el 9,7% de los ingresos y en el interior, 8,6%.

³³ Dada la imposibilidad de discriminar en la información disponible en los Estados Contables entre los costos vinculados a afiliados de la institución y aquellos que se originan en la atención de afiliados de otras instituciones que compran servicios, el cálculo del gasto por afiliado incluye los gastos vinculados a la venta de servicios.

Del análisis por regiones, surge que en el peso relativo de las remuneraciones y el de los servicios de salud contratados es donde hay mayores diferencias. Al igual que en el periodo 2010-2013, la región Oeste es donde mayor peso tienen las remuneraciones: 69,2%. En el otro extremo se ubica la región norte donde el total de remuneraciones representa el 61,8% de los ingresos.

Respecto a los servicios de salud contratados, la región norte es donde tienen mayor incidencia a nivel de ingresos (16,5%), en tanto la región oeste presenta la menor incidencia (9,9%). Ambos indicadores, -el peso relativo de las remuneraciones y el de los servicios asistenciales contratados-, indicaría que las instituciones más integradas se ubican en la zona oeste y las de menor integración se ubicarían en la zona norte.

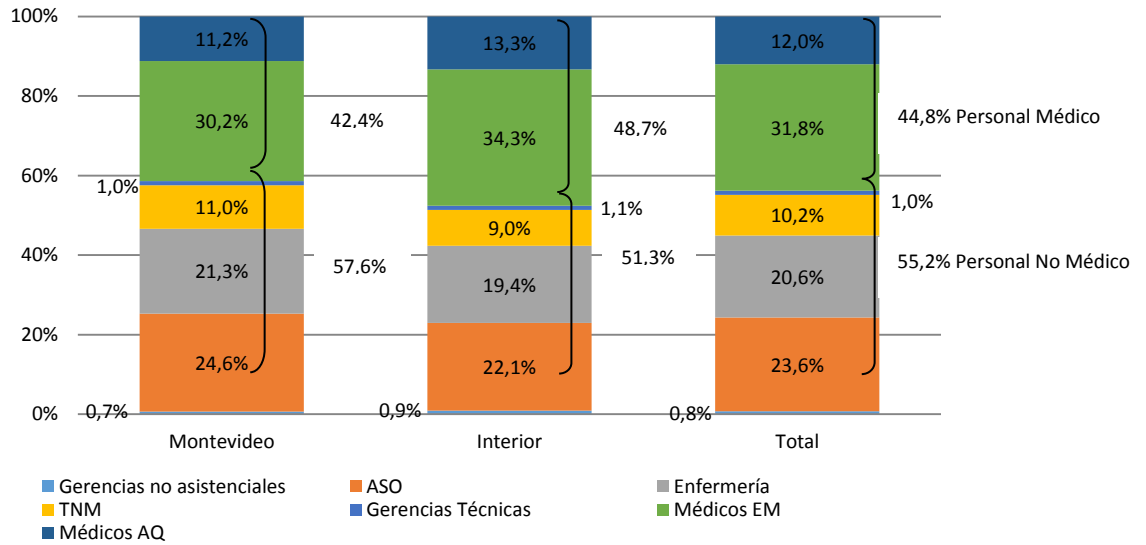
A nivel de Montevideo, el valor de ambos indicadores no permite ser concluyentes acerca del grupo en el que existe mayor nivel de integración. Si se considera el peso de los servicios de salud contratados externamente, en el Grupo 4 - CASMU y Asociación Española- y en el Grupo 3 -integrado por MUCAM y SMI- se encuentran las instituciones más integradas, ya que el peso de los servicios de salud contratados, son los más bajos: 8% y 13,7% de los ingresos, respectivamente. En el extremo opuesto se encuentran las instituciones del Grupo 1 -integrado por CUDAM, GREMCA, COSEM y Universal-, en donde los servicios de salud contratados es el más alto (31%), muy por encima del promedio del sector (15%).

Por su parte, el Grupo 1 -integrado por CUDAM, GREMCA, COSEM y Universal-, es el que muestra el peso relativo más bajo a nivel de las remuneraciones (53,7%), mientras que en el Grupo 3, el peso de las remuneraciones es el más alto del sector (70,4%), seguido de las instituciones del Grupo 3 con el 67,4%.

a) Los recursos humanos y las remuneraciones en las IAMC

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 torno al 45% y 55% respectivamente del total de la masa salarial sectorial. Como se observa en el gráfico siguiente, en las instituciones del interior el peso relativo de la masa salarial del personal médico es mayor que en Montevideo.

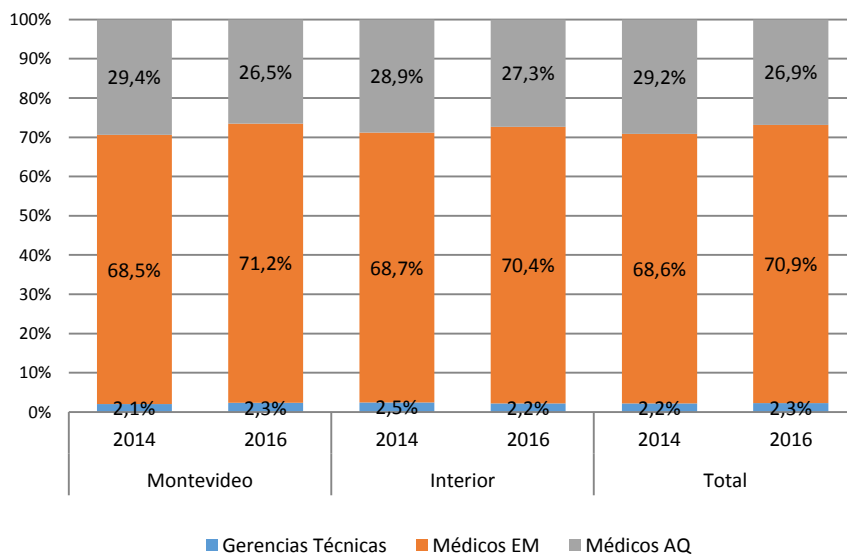
Gráfico 33. Distribución de la masa salarial. Año 2016



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

En cuanto a la distribución de la masa salarial médica se identifica un incremento del peso relativo de las especialidades médicas y una caída del peso relativo de las especialidades quirúrgicas. Este fenómeno se observa en mayor medida en las instituciones de Montevideo.

Gráfico 34. Distribución de la masa salarial médica

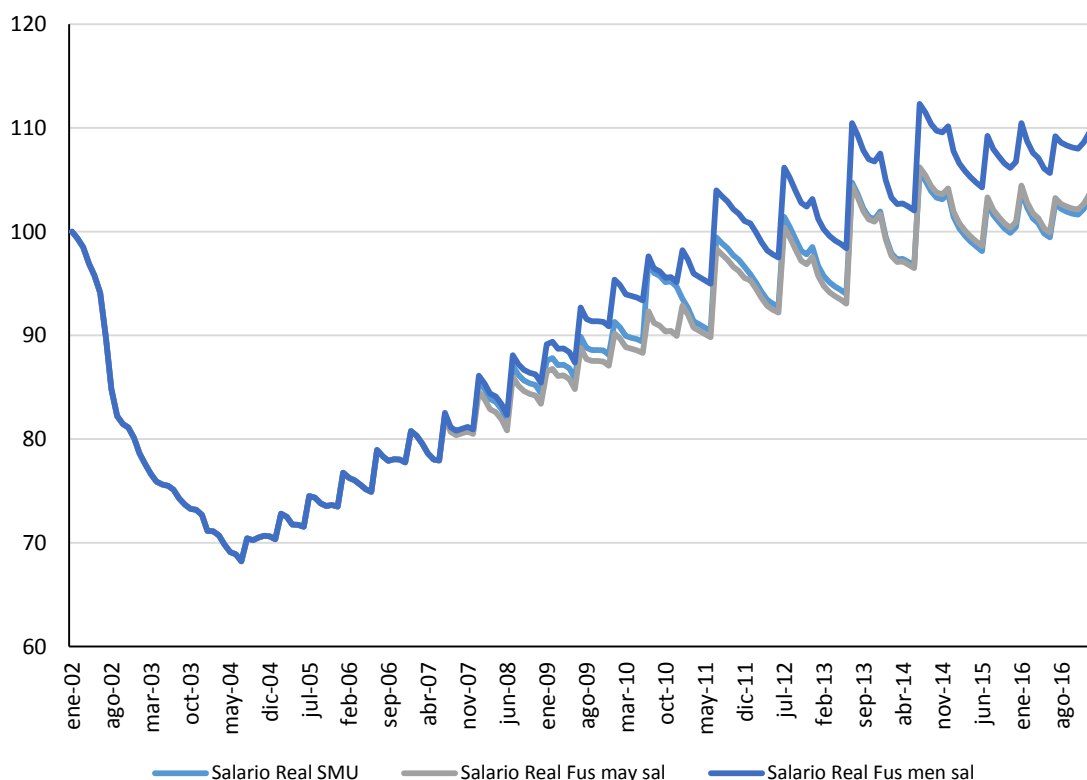


Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

En el gráfico siguiente se presenta la evolución del salario real médico y no médico del sector en la última década. La marcada pérdida de poder adquisitivo observada luego de la crisis de 2002, motivó que durante los primeros cinco años de la reforma el eje central estuviera en

alcanzar una serie de incrementos reales que permitieran la recuperación del salario real perdido, lo que se observa en la evolución de los laudos del sector privado. La recuperación salarial ha continuado una vez alcanzados los niveles pre crisis, y es posible afirmar que en los últimos diez años (marzo 2007 a marzo 2017) los salarios reales del sector han tenido un incremento real mínimo de 32%.

Gráfico 35. Evolución de laudos salariales del subsector privado 2002 – 2016. Salario real – Base enero 2002.



Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de MTSS.

Las características de la evolución salarial antes mencionadas se mantienen al considerar cómo ha sido la trayectoria de los salarios efectivamente pagados en este sector. Como se muestra en el siguiente cuadro, los salarios reales del sector privado en todos los casos presentan una variación entre 2008 y 2016 por encima de lo establecido en los acuerdos de Consejo de Salarios.

Cuadro 32. Variación del salario real - Personal Asistencial – IAMC - 2008 a 2016

	Variación %
Laudos	
Médicos	21
FUS salarios mayores	23
FUS salarios menores	27
Remuneraciones efectivas IAMCs	
Valor hora EB	42
Valor hora EM	49
Valor acto AQ	39
Valor hora Lic. Enf	28
Valor hora Aux. Enf.	26
Val hora otros prof de la salud	23
Índice de Salario Real	32
Producto Bruto Interno¹	30

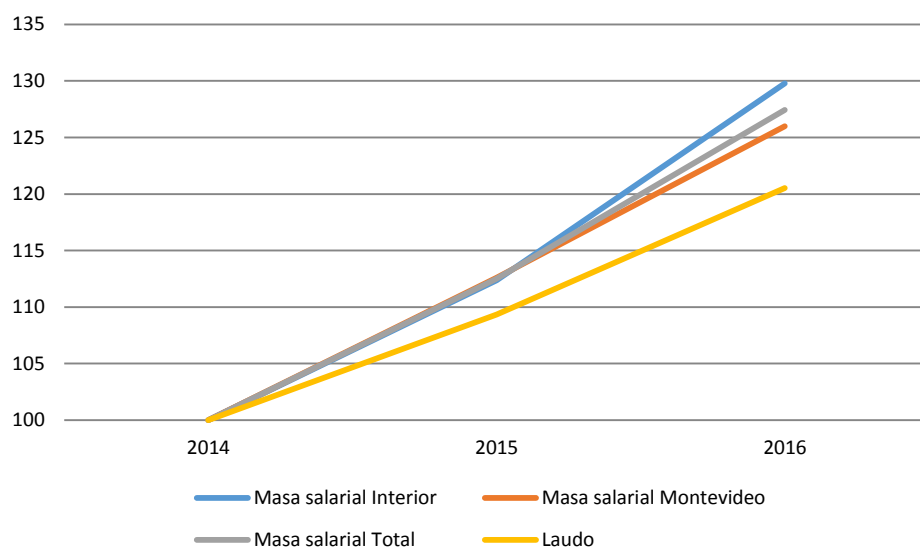
1: Último dato disponible Año 2015

Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH, MTSS, BCU.

De esta manera, es posible constatar que en el sector privado las pautas salariales se han respetado e incluso en ciertos casos la evolución real fue superior, a la vez que ubica al sector en su conjunto en una realidad en materia de salarios marcadamente diferente a la de los años inmediatos a la crisis.

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 36. Evolución de la masa salarial y los salarios. Índice base 2014



Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos del MTSS sobre los laudos del Grupo 15 y Estados Contables IAMC-SINADI.

Como se observa, mientras el aumento sectorial promedio otorgado por laudo en el período fue de 20%, la masa salarial del conjunto de instituciones aumentó un 27%. Esta brecha puede explicarse por los aumentos salariales por encima de los laudos y/o por una mayor cantidad de trabajadores.

Cuadro 33. Trabajadores cada 1000 afiliados IAMC³⁴

	2014	2015	2016
Medicina Familiar	0,01	0,01	0,02
Medicina general	2,4	2,34	2,42
Pediatría	2,92	2,76	2,79
Ginecología	0,66	0,62	0,62
Esp. Médicas	1,91	1,84	1,87
Esp. Quirúrgicas	0,94	0,94	0,98
Médicos	5,04	4,99	5,11
Aux. Enfermería	5,19	5,2	5,22
Lic. Enfermería	1,16	1,2	1,22
TNM	3,21	3,32	3,35
ASO	7,68	7,98	8
No médico	17,25	17,7	17,8
Total	22,28	22,7	22,91

Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH y Censo de Usuarios.

En cuanto a la dotación de trabajadores en relación a los afiliados, el sector no presenta grandes cambios entre 2014 y 2016. Se puede destacar el incremento de la cantidad de médicos de familia trabajando en las IAMC.

Al analizar los indicadores por regiones, se observa que las mayores diferencias se encuentran en la disponibilidad de trabajadores de las instituciones de la región sur y las regiones este y norte.

³⁴ La metodología utilizada para el cálculo de las dotaciones difiere de la empleada en informes anteriores. Por esta razón no es posible comparar los datos. En este caso se presentan las dotaciones promedio mensuales, mientras que en informes anteriores se presentaban las dotaciones anuales, lo que implica indicadores más altos.

Cuadro 34. Trabajadores cada 1000 afiliados por región – IAMC. Año 2016

	Norte	Oeste	Este	Sur
Médico Familia	0,01	0	0,01	0,02
Médico General	2,37	3,15	2,53	2,4
Pediatra	2,77	2,24	2,3	3,2
Ginecólogo	0,72	0,75	0,7	0,64
Esp. Médicas	1,62	1,8	1,33	2,23
Esp. Quirúrgicas	0,96	0,93	0,97	1,18
Médicos	4,87	5,7	4,98	5,6
Auxiliar Enfermería	5	5,23	5,34	5,25
Lic. Enfermería	1,11	1,07	1,05	1,31
TNM	3,07	3,48	2,95	3,53
ASO	6,97	8,04	6,72	8,42
No médico	16,15	17,81	16,07	18,51
Total	21,02	23,51	21,05	24,11

Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH y Censo 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.

Cuadro 35. Trabajadores cada 1000 afiliados por grupos de Montevideo. Año 2016

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Médico Familia	0,03	0,03	0,01	0,04
Médico General	1,79	3,85	1,78	3,73
Pediatra	3,34	5,93	2,59	6,56
Ginecólogo	1,24	1,48	0,68	0,91
Esp. Médicas	2,5	4,75	2,29	3,68
Esp. Quirúrgicas	2,07	3,23	1,4	2,34
Médicos	7,08	12,7	5,43	10,38
Auxiliar Enfermería	3,53	7,52	4,57	6,44
Lic. Enfermería	0,71	1,84	1,06	1,87
TNM	2,55	5,25	3,4	4,84
ASO	7,7	9,68	7,28	9,33
No médico	14,49	24,28	16,32	22,49
Total	21,58	36,99	21,75	32,87

Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH y Censo de Usuarios.

También se observan diferencias entre los grupos de instituciones con sede principal en la capital. En particular, entre el Grupo 1 y 3, que son las que presentan menores índices de envejecimiento de la población afiliada 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. La

cantidad de médicos y no médicos en función de los afiliados es sensiblemente mayor en estos últimos grupos.

b) El gasto en medicamentos

El consumo de medicamentos es el tercer componente del gasto en importancia relativa. En este período, el peso relativo del gasto en medicamentos volvió a crecer, tras mostrar una tendencia a la baja entre 2010 y 2013. Para el total del sector, en el 2016, este gasto representó el 7,7% de los ingresos, con diferencias mínimas entre Montevideo e interior.

Cuadro 36. Costo de los medicamentos en relación a los ingresos operativos

	2014	2015	2016
Norte	7,7%	7,8%	8,1%
Oeste	7,5%	7,7%	8,1%
Este	7,7%	7,6%	7,8%
Sur	7,0%	7,0%	7,5%
Grupo 1	5,9%	6,2%	6,3%
Grupo 2	7,2%	7,3%	7,7%
Grupo 3	5,8%	6,0%	6,3%
Grupo 4	8,4%	8,1%	8,8%
Total Montevideo	7,0%	7,0%	7,5%
Total Interior	7,5%	7,6%	8,0%
Total Sector	7,2%	7,3%	7,7%

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

Dentro de Montevideo se observan algunas diferencias. El mayor peso de los medicamentos se observa en el Grupo 4. En particular, hay 2,5 puntos porcentuales de diferencia con el Grupo 1.

En el periodo analizado, el incremento del gasto en medicamentos en el subsector alcanzó el 20%, una variación superior al crecimiento del gasto total (8,5%)³⁵.

Respecto a la distribución interna del gasto en medicamentos, en 2016 se observa la misma estructura del año 2013, con un consumo de los medicamentos ambulatorios que representa el 81% del gasto total en medicamentos. Sin embargo, en lo que hace al comportamiento del gasto en los medicamentos de internación, lejos de observar una caída como ocurrió en el período anterior, desde el 2014 al 2016 este gasto se incrementó un 21% en términos reales. El rubro con mayor crecimiento de los identificados en el Estado de Resultados, fue Medicamentos Contra el SIDA Internación, que pasó de 4,4 millones de pesos en el 2014 a 10,3 millones en el 2016.

³⁵ A lo largo de estos tres años, la variación acumulada del IPC-Medicamentos que estima el Instituto Nacional de Estadística, superó el 30%.

7.3. Costos unitarios en las IAMC

Los datos utilizados en este apartado surgen de la información por centros de costos de la planilla de Estructura de Costos de Atención a la Salud (ECAS) y de la información asistencial presentada ante el SINADI. La planilla ECAS determina el costo para cada centro considerando el total de los costos de los servicios prestados para dicho centro, al que se suma la cuota parte de los Gastos de Administración y Ventas y se resta el costo de venta de servicios del centro según la estimación realizada por la propia institución. El costo unitario se calcula como el cociente entre el costo total del centro y la utilización para dicho centro en el período de análisis.

Entre 2014 y 2016 se observa una variación real acumulada, tanto para Montevideo como para el interior, del 13% y el costo por afiliado equivalente³⁶ se ubica para cada uno de los años en el entorno de los 12.000 pesos, tanto para las instituciones de Montevideo como para las del interior³⁷.

Si se comparan los costos de ASSE³⁸ con los costos medios del conjunto de las IAMC, se observa que tanto el costo de las intervenciones quirúrgicas como el de los DCO de CTI-CI de adultos, son 20% superiores en el caso del prestador público. Sin embargo, el costo de las consultas ambulatorias en ASSE se encuentra por debajo del de las IAMC, a excepción de la consulta ambulatoria centralizada no urgente en donde el costo es similar para ASSE y el conjunto de las IAMC.

El incremento de costos unitarios del subsector IAMC entre el 2014 y 2016, fue diferente en función del producto asistencial analizado. El menor incremento se produjo en el costo de la internación domiciliaria (13%), mientras que los mayores fueron los de la consulta ambulatoria (38%) -que pasó de 1.899 pesos a 2.621 pesos- y el de las intervenciones quirúrgicas (36%). Tal como se vio en el Capítulo 3, no se verificaron cambios significativos en la utilización de las intervenciones quirúrgicas, por lo que el aumento del costo unitario en este caso, está directamente asociado a un incremento de los costos totales.

³⁶ Se trata de una unidad de medida equivalente que intenta reflejar el riesgo asociada a cada afiliado según su sexo y edad. Se calcula considerando la población usuaria y las cápitas relativas.

³⁸ Para este prestador sólo se dispone de la información para el año 2014.

Cuadro 37. Costos unitarios de diferentes productos asistenciales³⁹. En pesos constantes de 2016

	2014			2015			2016		
	Mvd	Int.	País	Mvd	Int.	País	Mvd	Int.	País
Costo de la consulta en atención ambulatoria	1.945	1.830	1.899	2.392	2.199	2.238	2.558	2.271	2.621
Costo del DCO de Internación Domiciliaria	2.917	3.432	3.169	4.215	2.966	3.310	4.927	3.051	3.569
Costo del DCO Internación en Cuidados Básicos	10.238	-	10.238	17.350	-	17.350	nc	nc	nc
Costo del DCO de Internación en Cuidados Moderados	8.724	9.824	9.193	9.801	12.821	12.002	11.222	12.980	11.866
Costo del DCO de Internación en CTI y CI de Adultos	21.027	28.857	27.364	32.489	35.598	35.326	34.645	35.539	34.515
Costo del DCO de Internación en CTI y CI Pediátrico	36.148	38.646	37.397	33.952	45.197	41.624	38.745	50.956	47.275
Costo del DCO de CTI-CI Total				35.256	41.084	37.276	35.657	39.325	38.321
Costo del Uso de BQ por Intervenciones quirúrgicas	41.134	31.708	35.907	50.806	37.000	44.094	49.911	44.614	48.886

Fuente: AES, MSP en base a la planilla ECAS y SINADI Asistencial.

Si se comparan los costos unitarios de Montevideo e interior para el año 2016, se observa que son similares para la mayoría de los productos asistenciales a excepción del DCO de internación domiciliaria donde el costo de Montevideo es 62% superior al del interior. Esta diferencia se produce por el doble efecto de un costo total superior para el total de IAMC de Montevideo, y tal como se mencionó en el Capítulo 3, una mayor utilización de esta modalidad en las instituciones del interior.

Por su parte, el costo del DCO de CTI –CI Total es similar en los dos grupos de prestadores. Sin embargo, si se comparan los costos de CTI-CI pediátrico y adulto, se observa que la diferencia entre Montevideo e interior aumenta y esto puede explicarse por la dificultad existente en algunos prestadores para discriminar la información de costos y de utilización entre adultos y pediátrico.

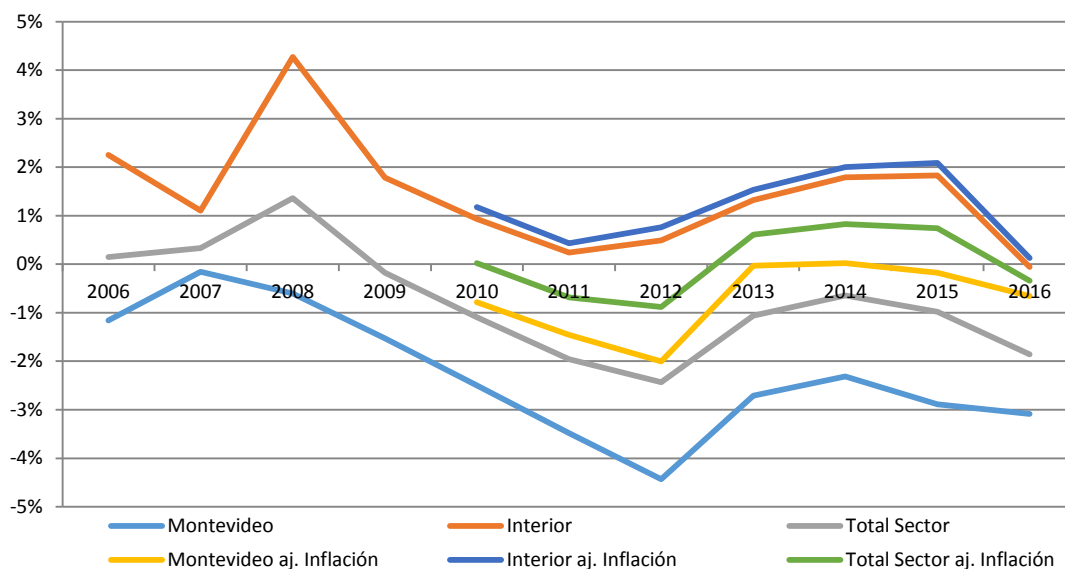
7.4. La situación económico financiera de las IAMC

a) Análisis de rentabilidad

El gráfico siguiente ofrece un panorama de la evolución de los resultados de las IAMC a lo largo de los últimos 10 años. Previo al período de análisis, los resultados tanto de las instituciones de Montevideo como del interior presentaban una mejora en relación a 2012. En el 2014 la mejora continuó para todo el sector, mientras que en 2016 los resultados son similares a los registrados entre 2011 y 2012.

³⁹ En el cuadro se presentan los valores de las medianas de cada grupo de IAMC (Montevideo e interior), para cada año.

Gráfico 37. Resultados totales en relación a los ingresos operativos netos



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

Las IAMC de Montevideo, que habían registrado una recuperación importante de su resultado entre 2012 y 2013, terminan el 2016 con un resultado similar al registrado en 2013.

Las instituciones del interior del país que presentan una mejora en sus resultados hasta 2015, muestran en el último ejercicio una disminución que ubica al indicador en -0,06%.

Como se indicó al inicio del capítulo, la pauta de inclusión de colectivos al SNS determinó que las IAMC comenzaron a percibir el 100% del valor de la cápita del colectivo de jubilados y pensionistas del numeral 2) del artículo 1° de la ley 18.731, recién en julio de 2016. Por esa razón, los Estados Contables de las instituciones –el último ejercicio analizado cerró en setiembre de 2016–, registran una parte menor de estos ingresos por cápitas y por ende, su impacto positivo en los resultados de las instituciones es parcial en el periodo 2014-2016. Por su parte, el número de trabajadores activos afiliados a través del FONASA a una IAMC –por quienes las instituciones perciben el 100% de la cápita–, cayó casi 2% entre 2014 y 2016⁴⁰.

⁴⁰ La tasa de empleo para todo el país tuvo una caída superior al 4% en el mismo periodo.

Cuadro 38. Evolución de los resultados de las IAMC. Pesos corrientes.

Estado de Resultados	2014	2015	2016
Ingresos Operativos	49.510.628.928	55.810.006.190	63.388.470.785
Costos Operativos	49.297.571.221	55.582.364.469	63.714.486.792
Resultado Operativo	213.057.707	227.641.721	-326.016.007
Resultado Operativo/ IO	0,43%	0,41%	-0,51%
Ingresos No Operativos	1.051.516.303	1.185.590.645	1.242.270.551
Egresos No Operativos	1.584.840.315	1.959.841.258	2.095.527.475
Resultado No Operativo	-533.324.012	-774.250.613	-853.256.924
Resultado No Operativo/ IO	-1,08%	-1,39%	-1,35%
Resultado del Ejercicio	-320.266.305	-546.608.892	-1.179.272.931
Resultado del Ejercicio/IO	-0,65%	-0,98%	-1,86%

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

Considerando al subsistema IAMC en su conjunto, el ejercicio cerrado el 30 de setiembre de 2016 muestra un déficit que representa el 1,86% en relación a los ingresos operativos.

Tanto la Asociación Española, CASMU, como Casa de Galicia, presentan una mejora en los resultados –en particular en los resultados operativos-, aunque en 2016 continúan siendo deficitarios. MUCAM muestra un cambio de tendencia y en 2016 sus resultados totales fueron de un déficit de 2,06% de los ingresos operativos. Dada la magnitud de la institución -a setiembre de 2016 los afiliados de MUCAM representaban el 14% del total de afiliados a una IAMC- el resultado de MUCAM compensa las mejoras en los resultados observados en las instituciones nombradas precedentemente.

Los resultados surgidos de los Estados Contables que las instituciones presentan al SINADI desde el 2010 están expresados con el Ajuste Integral por Inflación. A continuación se expone el impacto que genera tal ajuste sobre los resultados.

Cuadro 39. Evolución de los resultados ajustados por inflación⁴¹.

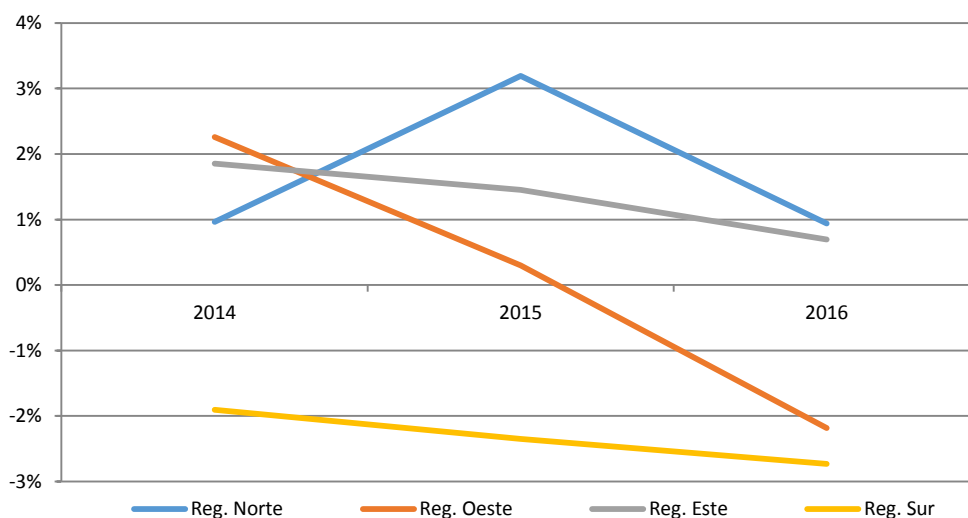
	2014	2015	2016
Ingresos Operativos	51.352.086.411	58.418.122.654	65.834.728.672
Resultado Operativo	227.007.170	261.461.489	-303.019.308
Resultado del Ejercicio	426.017.573	431.883.553	-225.544.932
Resultado Operativo/IO	0,44%	0,45%	-0,46%
Resultado del Ejercicio/IO	0,83%	0,74%	-0,34%

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

⁴¹ Los resultados ajustados por inflación se expresan a precios del 30 de setiembre de cada año.

El ajuste por inflación determina que los resultados de este ejercicio mejoren en comparación con los resultados al final del ejercicio a valores históricos.

Gráfico 38. Resultado total por regiones en relación a los ingresos operativos netos



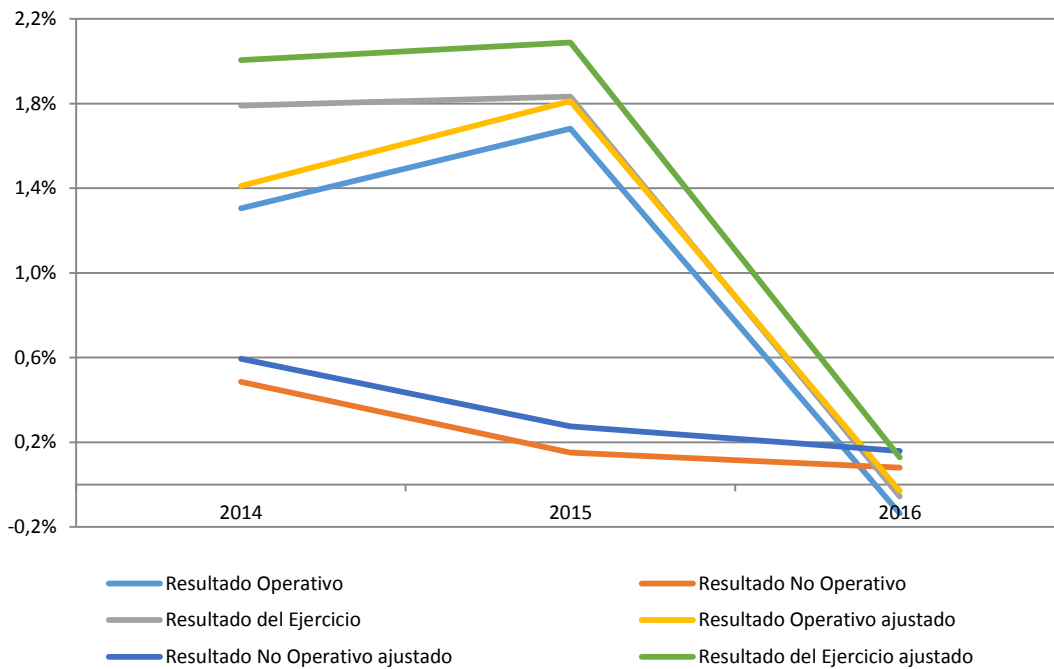
Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI.

Como se observa, la región oeste presenta una marcada disminución de los resultados en relación a los ingresos operativos generados.

La región norte, que en el periodo 2010 – 2013 había presentado los menores superávits, en este periodo se posiciona con el resultado más alto del sector (0,94% en relación a los ingresos operativos). La región oeste, que entre 2010 y 2013 mostró una mejora de los resultados, presenta entre 2014 y 2016 una disminución de más de cuatro puntos porcentuales. Este grupo se compone de 10 IAMC, de las cuales 6 fueron deficitarias en 2016. De estas últimas, las que presentan el mayor déficit son: CAMEC, CAMS, COMEF y AMSJ.

Dadas las diferencias en los resultados que históricamente se han observado entre el interior y Montevideo, es interesante ver su evolución por separado en este período.

Gráfico 39. Resultados en IAMC del interior en relación a los ingresos operativos netos



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

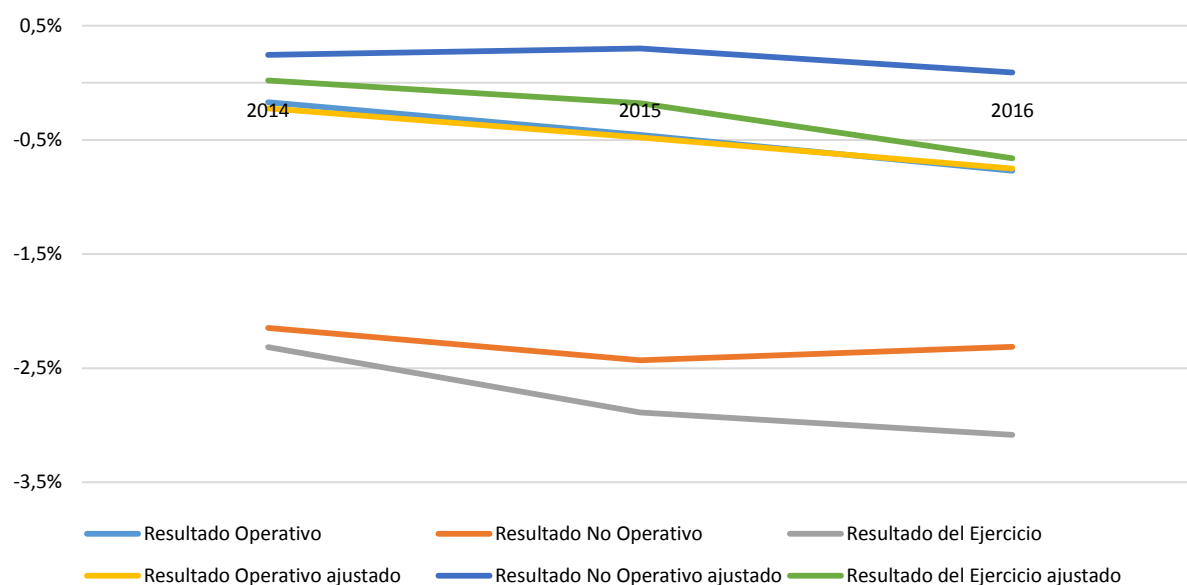
Los resultados de las instituciones del interior de país disminuyeron en el periodo de análisis hasta volverse negativos, aunque cercanos al equilibrio (-0,06%). Tras una mejora verificada en el resultado operativo del 2015 –que alcanza a 1,31%-, este cae en 2016 situándose en un déficit de 0,14% y dado su peso relativo, condiciona el resultado global del ejercicio. Mientras tanto, los Resultados No Operativos se mantienen relativamente estables.

Si se toma como referencia el resultado promedio para todo el país en 2016 (-1,86%), se observa que en el interior hay seis instituciones con déficits superiores: COMEFLO (-2,63%), COMEF (-2,90%), COMERI (-4,13%), CAMS (-3,67%), COMTA (-4,01%), y CAMEC (-4,65%).

Los resultados ajustados por inflación mejoran los resultados a valores históricos. En 2016, el resultado ajustado por inflación presenta un leve superávit: 0,13% en relación a los ingresos totales del subsector.

En Montevideo el resultado del ejercicio 2016 a valores históricos fue deficitario en 3,08% de los ingresos. Si se compara con el resultado registrado en el año 2013, cae poco menos de medio punto porcentual. Sin embargo, el resultado operativo en su conjunto ha mejorado sensiblemente desde 2013, registrando una reducción del déficit en 1,7 puntos porcentuales. Esta comparación resulta importante de mencionar, dado que en el gráfico sólo se observa una leve caída del resultado operativo.

Gráfico 40. Resultados en IAMC de Montevideo en relación a los ingresos operativos netos



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

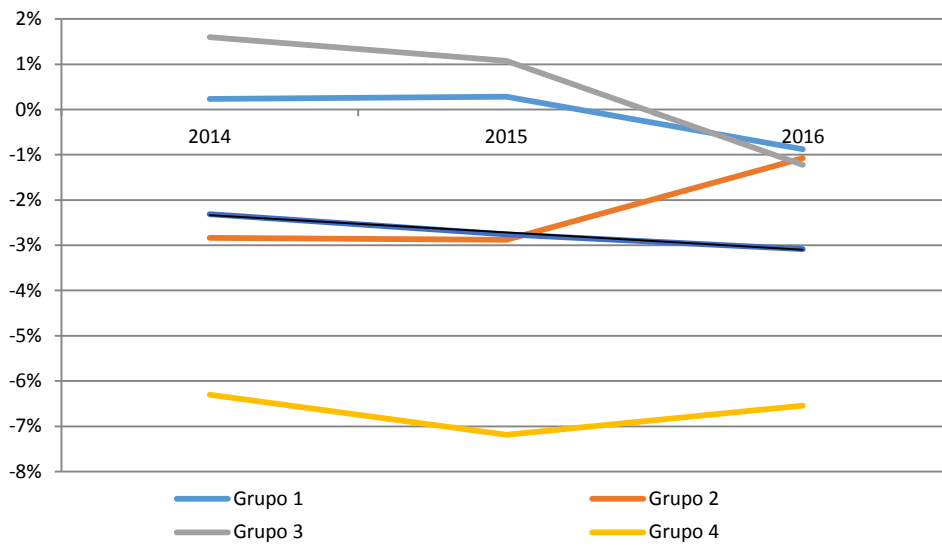
Medidos a valores históricos, de las 11 IAMC con sede principal en la capital, siete de ellas cerraron el último ejercicio con resultados deficitarios. Las instituciones del Grupo 4, son las que presentan mayores déficits. Estas instituciones son las de mayor tamaño, con población más envejecida, y con una tendencia anterior a presentar resultados negativos.

La Asociación Española y el CASMU, son las instituciones de Montevideo que presentan los mayores déficits en 2016: 7,8% y 5,3% respectivamente. No obstante, estos resultados significan una mejora respecto de los obtenidos en años anteriores. En 2013, el déficit de estas dos instituciones fue de 9,9% y 8,6%, en cada caso. Esta mejora está directamente relacionada al incremento de los ingresos operativos.

El Grupo 3 presentó en el período un deterioro de sus resultados, llegando a un déficit de 1,23% en 2016, ocasionado fundamentalmente por el déficit de MUCAM.

Por su parte, las instituciones de los grupos 1 y 2 cerraron 2016 con resultados deficitarios del entorno del 1% respecto a sus ingresos. No obstante, a diferencia de las instituciones del Grupo 1, las del Grupo 2 presentan en el período una mejora en sus resultados.

Gráfico 41. Resultados de los grupos de Montevideo a valores históricos



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

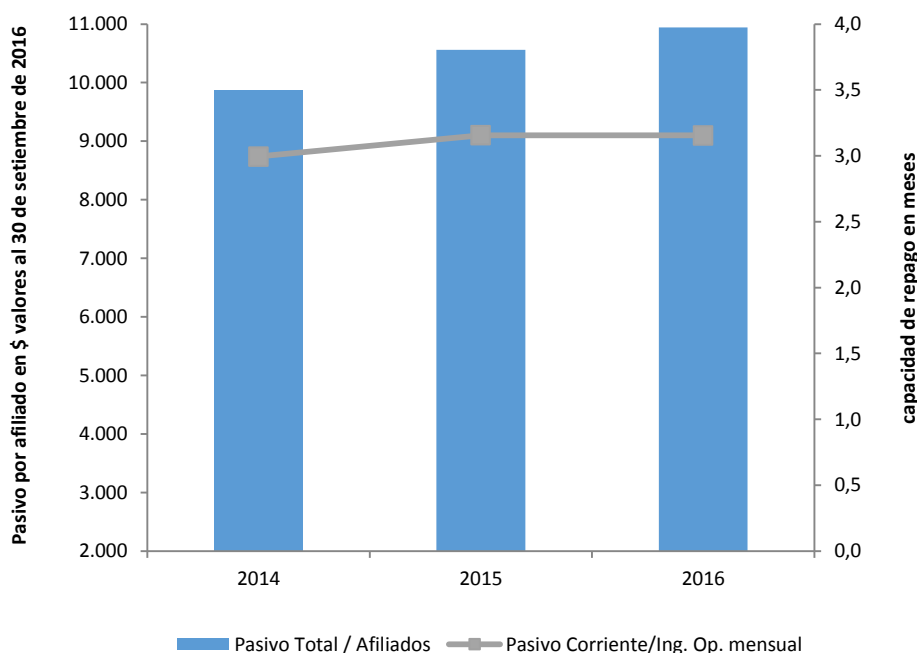
b) Análisis de liquidez y solvencia del sector

Para estos tres años, el nivel de endeudamiento del sector aumentó 12,5% alcanzando casi 808 millones de dólares⁴² en 2016. Si bien el peso de la deuda corriente es sensiblemente mayor – aproximadamente el 70% de la deuda total del sector-, esta última tuvo una evolución similar a la verificada por la deuda de largo plazo: 13,3% y 10,9% respectivamente.

En 2016, la deuda corriente en Montevideo representa el 65% del total y en el interior el 86%. Al igual que en 2013, la deuda de las instituciones de Montevideo constituyó, aproximadamente, las tres cuartas partes de la deuda total del sector.

Para este análisis, utilizaremos los siguientes indicadores: la capacidad de repago⁴³ y el pasivo total por afiliado.

Gráfico 42. Evolución pasivo por afiliado y capacidad de repago



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

El pasivo por afiliado a nivel sectorial tuvo un incremento de 10% en valores constantes en el período, pasando de 9.876 pesos a 10.943 pesos por afiliado. En la medida que la población afiliada no varió sustancialmente, el crecimiento de la deuda por afiliado se debe al incremento del endeudamiento total.

La capacidad de repago, en tanto, no tuvo variaciones importantes en el período y se mantiene en el entorno de los 3 meses. Entre Montevideo e interior este indicador continúa registrando diferencias, tal como puede observarse en el cuadro siguiente.

⁴² Tipo de cambio al 30/09/2016 \$28,63.

⁴³ La capacidad de repago se calcula como la cantidad de meses de ingresos operativos que deberían destinarse para cancelar el pasivo corriente.

Cuadro 40. Indicadores de solvencia y liquidez

	2014	2015	2016
Montevideo			
Pasivo Total / Afiliados	12.345	13.122	13.659
Pasivo Corriente / Pasivo Total	62,5%	65,8%	64,7%
Capacidad de repago	3,3	3,6	3,6
Interior			
Pasivo Total / Afiliados	6.374	6.904	7.041
Pasivo Corriente / Pasivo Total	90,1%	86,1%	86,0%
Capacidad de repago	2,7	2,6	2,5

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

Mientras el pasivo corriente aumenta su participación en la deuda total en las instituciones de Montevideo, lo contrario sucede en las IAMC del interior. Esto último se produce como consecuencia de un crecimiento del endeudamiento corriente de 6%, superior al crecimiento de la deuda total de 58%.

Cuadro 41. Indicadores de liquidez y solvencia por regiones

Regiones	Pasivo Total / Afiliados		Pasivo Corriente / Pasivo Total		Capacidad de repago	
	2014	2016	2014	2016	2014	2016
Reg. Norte	1.349	1.383	88,4%	85,8%	2,8	2,6
Reg. Oeste	1.215	1.345	92,4%	88,1%	2,4	2,4
Reg. Este	1.207	1.439	89,5%	82,9%	2,3	2,5
Reg. Sur	13.069	14.394	64,0%	65,9%	3,3	3,5
Grupos Montevideo	Pasivo Total / Afiliados		Pasivo Corriente / Pasivo Total		Capacidad de repago	
	2014	2016	2014	2016	2014	2016
Grupo 1	1.030	1.097	68,4%	71,6%	2,9	2,8
Grupo 2	2.279	2.506	70,1%	74,4%	3,8	4,2
Grupo 3	1.973	2.120	83,0%	85,4%	2,4	2,5
Grupo 4	6.587	7.503	52,4%	54,1%	4	4,5
Montevideo	12.345	13.659	62,5%	64,7%	3,3	3,6

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

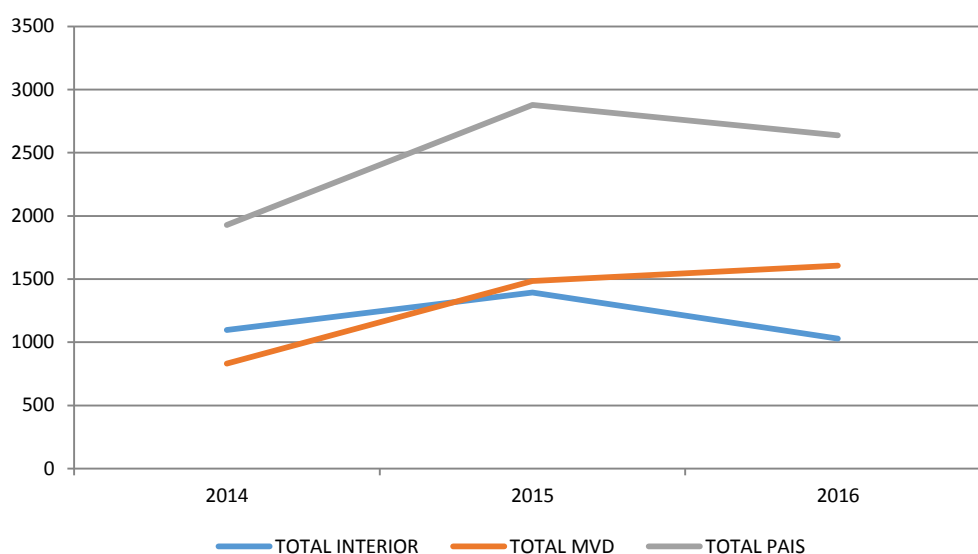
c) Las inversiones en el sub sector IAMC en el período 2014- 2016

En primer término se analiza la evolución y el nivel de inversiones de las IAMC a partir de la información presentada por las instituciones en el anexo de Bienes de Usos de los Estados Contables auditados. En la segunda parte, se analizan las inversiones por afiliados y finalmente la composición de la inversión.

En el último ejercicio, cerrado en setiembre de 2016, el subsector de las IAMC invirtió alrededor de 2.600 millones de pesos (93 millones de dólares), lo que representa el 4% de los ingresos operativos del sector.

Si se comparan las inversiones realizadas en cada año con el ingreso obtenido por sobrecuota de inversión, se observa que en el 2014 este ingreso financió el 45% de las inversiones, y en el 2015, año en donde las altas de bienes de uso alcanzan su máximo con 2.887 millones de pesos, el financiamiento por sobrecuota representó el 33% de las mismas.

Gráfico 43. Evolución del total de altas de bienes de uso. En millones de pesos constantes



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

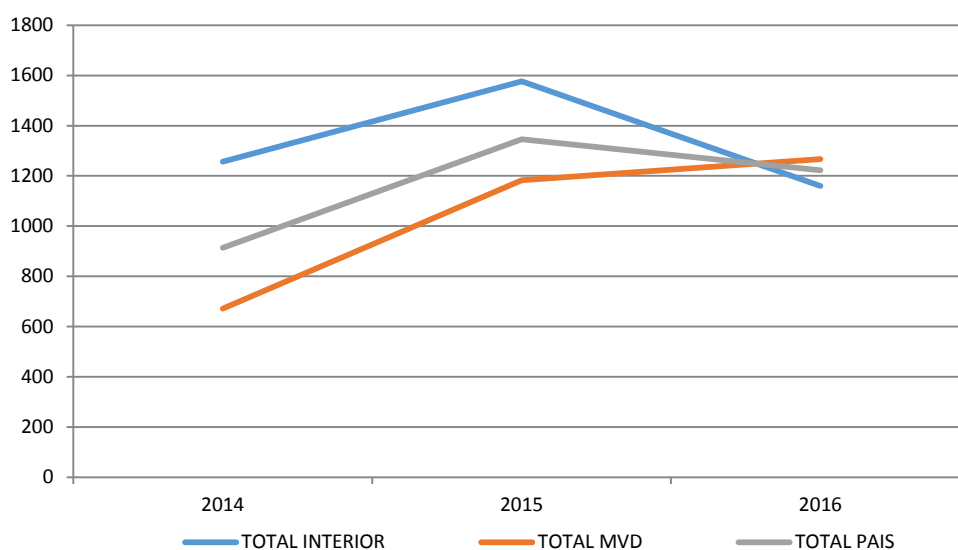
A diferencia de lo ocurrido en los años anteriores, en donde la distribución en valores absolutos era próxima al 50% para Montevideo e interior, en el 2016, las altas de bienes de uso de Montevideo representan el 61% del total invertido en el sector. En este último año, hay una caída del 26% en términos reales en las inversiones de las instituciones del interior del país. Esta caída puede explicarse por la finalización en el ejercicio 2015 de la mayor parte de las inversiones financiadas parcialmente por sobrecuota de inversión.

En cambio, las inversiones de las instituciones con sede en Montevideo en 2016, experimentaron un incremento real del 8% en comparación con el ejercicio anterior. Este

incremento se explica en más del 40% por el inicio de obras de construcción ocurridas en el año 2016. Si observamos en particular el peso relativo de cada una de las instituciones de Montevideo, CASMU y MUCAM explican el 56% de la inversión en obras de construcción del último ejercicio.

Si se analiza el nivel de inversión por afiliado a partir del indicador Altas Bienes de Uso/Número de Afiliados Promedio, encontramos que en 2016, la inversión por afiliado fue de 1.222 pesos (aproximadamente 43 dólares). A su vez, el nivel de inversión por afiliado que realizaron las instituciones del interior, alcanzó al 92% de la inversión por afiliado que hicieron en el mismo periodo las instituciones de Montevideo.

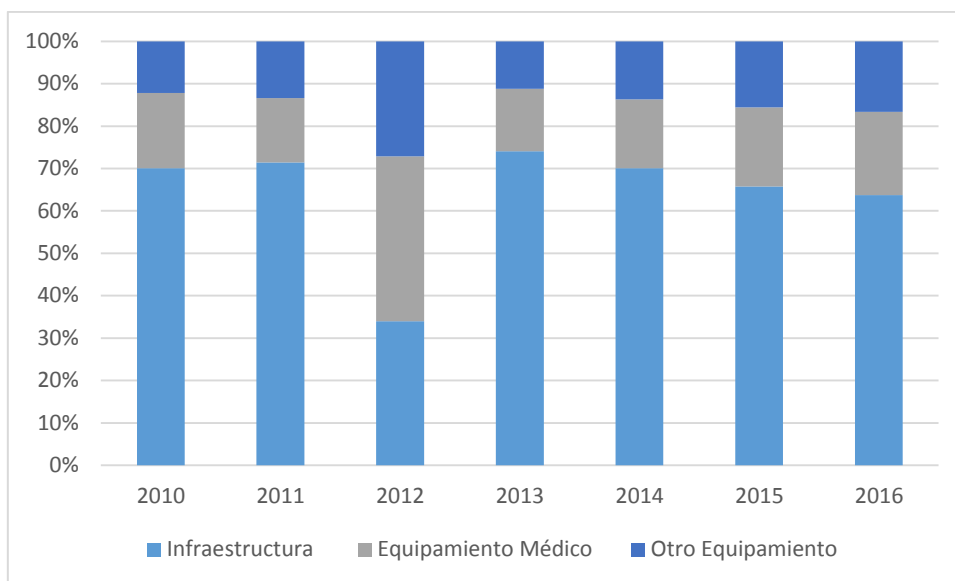
Gráfico 44. Evolución Índice Altas Bienes de Uso / Afiliados Promedio



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

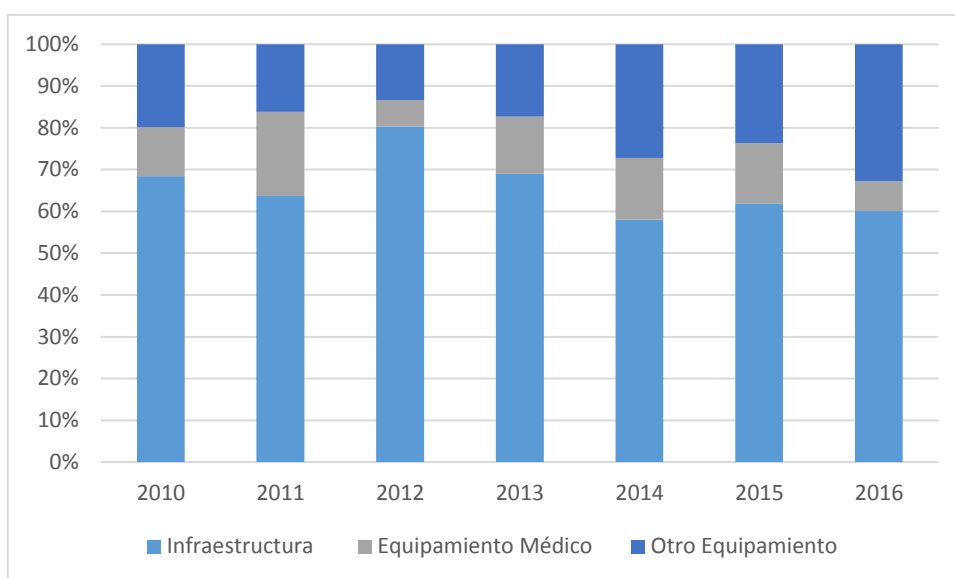
Por tipo de inversión, se verifica que la infraestructura y el equipamiento médico tienen el mayor peso relativo sobre el total de altas de bienes de uso: representaban hasta el 2015 un 80% del total de las inversiones realizadas en el sector. En el 2016 y en particular en Montevideo se observa un incremento del peso relativo de las inversiones en Otro Equipamiento, lo que puede tener su explicación por el impulso dado por la sobrecuota de inversión a invertir en el desarrollo de la historia clínica electrónica.

Gráfico 45. Participación en el Total de Bienes de Uso. IAMC del interior



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI y censos de usuarios.

Gráfico 46. Participación en el Total de Bienes de Uso. IAMC de Montevideo



Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables IAMC-SINADI y censos de usuarios.

8. Los Seguros Privados Integrales

El subsector seguros privados de cobertura integral está conformado por siete prestadores de servicios: Summum, Medicina Personalizada, Seguro Americano, Cophami, Blue Cross and Blue Shield, Hospital Británico y Primédica⁴⁴. Todos ellos tienen sede en la capital del país. Se trata de un sector heterogéneo en lo que refiere al grado de integración de los servicios y a la infraestructura de los prestadores, y en su mayoría operan como sociedades anónimas.

A diferencia del sector IAMC, para este subsector no existe una única fecha de cierre de ejercicio, ni criterios comunes para la presentación de los datos económicos financieros, por lo que el análisis no tiene el mismo grado de detalle.

Los seguros privados integrales cobran a sus usuarios individuales una cuota según el riesgo asistencial de la persona, la cual no se encuentra regulada por el Poder el Ejecutivo, es decir, que ofrecen cobertura mediante el régimen de libre contratación.

Además, el pago que reciben estos prestadores por sus afiliados FONASA es diferente del resto de los prestadores integrales. 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 del RUCAF de diciembre de 2016, que ya fueron presentados en el primer capítulo, los seguros privados cuentan con 104.206 registros y de éstos 89.283 son personas que presentan como única cobertura la del seguro privado. La población cubierta a través del SNS representa el 43% de los afiliados a estos prestadores y asciende a 45.393 personas. Una particularidad de la población de los seguros privados es su concentración en los dos últimos quintiles de la distribución de ingresos de los hogares, es decir, en los hogares de mayores ingresos.

Los dos seguros con mayor cantidad de afiliados son el Hospital Británico y Medicina Personalizada, y explican el 29% y 28% del total de personas afiliadas a los seguros, respectivamente.

El subsector muestra un crecimiento continuo y a tasa creciente de sus afiliados, destacándose el 2012 como el año de mayor crecimiento. La estructura de edad y sexo se ha mantenido estable en el tiempo, con un mayor peso relativo de la población joven que la observada en ASSE o las IAMC.

A partir de las cinco instituciones cuyos estados contables estuvieron disponibles para el ejercicio 2016, se presentan los principales resultados económico financieros del subsector. Considerando los distintos momentos de cierre, se optó por presentar los resultados individuales tal como surgen de cada estado contable.

⁴⁴ Primédica no integra el Seguro Nacional de Salud y no remitió información contable, ni asistencial al SINADI.

Cuadro 42. Estado de Resultados. Año 2016. En miles de pesos

	Valores históricos			Ajustado por inflación	
	31/08/2016	31/12/2016	31/03/2017	30/09/2016	30/09/2016
	Summum	Blue Cross	Hospital Británico	MP ⁴⁵	Americano
Ingresos Operativos	1.135.006	1.014.261	3.212.665	2.135.925	752.972
Costos SS Prestados	-720.549	-732.144	-2.352.608	-1.581.919	-567.460
GAV	-270.659	-207.504	-405.139	-266.898	-153.511
Resultados Operativos	143.798	74.612	454.918	287.108	32.001
Res Diversos	3.771	265	65.212	-	554
Res Financieros	477	7.903	-162.479	13.642	1.584
Impuesto a la Renta	-31.943	-6.219	-2.407	-82.249	-9.971
Resultados No operativos	-27.695	1.949	-99.674	-68.607	-7.833
Resultado Total	116.103	76.561	355.244	218.501	24.168

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

Cuadro 43. Estructura del Estado de Resultados / Ingresos Operativos

Rubros / Ingresos Operativos	Summum	Blue Cross	Británico	MP	Americano
Costos de los SS Prestados	63%	72%	73%	74%	75%
GAV	24%	20%	13%	12%	20%
Resultado Operativo	13%	7%	14%	13%	4%
Resultado Total	10%	8%	11%	10%	3%

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

Como se observa, los 5 seguros que reportan información contable cerraron el ejercicio 2016 con resultados operativos y totales superavitarios.

⁴⁵ MP presenta información agregada, por lo que la estructura de sus ingresos y costos se estimó a partir de la estructura promedio del sector, excluyendo al Hospital Británico, cuya estructura es diferente al resto.

Cuadro 44. Estado de situación patrimonial. Año 2016. En miles de pesos

	Costo histórico			Ajustado por inflación	
	31/08/2016	31/12/2016	31/03/2017	30/09/2016	30/09/2016
	Summum	Blue Cross	Británico	MP	Americano
Activo Corriente	178.432	564.672	3.298.122	419.351	197.990
Activo No Corriente	179.316	113.925	1.893.999	208.381	216.858
Total Activo	357.748	678.597	5.192.121	627.732	414.848
Pasivo Corriente	241.372	305.607	506.935	316.554	175.303
Pasivo No Corriente	-	-	177.293	-	6.415
Total Pasivo	241.372	305.607	684.228	316.554	181.718
Patrimonio	116.376	372.990	4.507.893	311.178	233.130
Pasivo + Patrimonio	357.748	678.597	5.192.121	627.732	414.848

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

La situación de este conjunto de prestadores también es buena si se observan sus indicadores de liquidez y solvencia.

En lo que refiere a liquidez, la capacidad de repago -salvo en el caso de Blue Cross-, está por debajo de los 3 meses, igual cifra que el promedio observado para las IAMC. Si consideramos la razón corriente, salvo en SUMMUM, los valores se ubican por encima de 1, lo que marca una importante capacidad para hacer frente a las deudas de corto plazo.

Cuadro 45. Indicadores de solvencia y liquidez. Año 2016

	Summum	Blue Cross	Británico	MP	Americano
Liquidez 2016					
Activo Corriente/Pasivo Corriente	74%	185%	651%	132%	113%
Pasivo Corriente/Ing. Op. mensual	2,6	3,6	2	1,8	2,8
Solvencia 2016					
Pasivo Total / Afiliados (\$)	16.549	21.285	23.515	11.542	16.494
Leverage (pasivo / activo)	67%	45%	13%	50%	44%
Patrimonio / Pasivo Total	48%	122%	659%	98%	128%
Pasivo C / Pasivo Total	100%	100%	74%	100%	96%

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

En relación a la solvencia, cabe aclarar que el indicador Pasivo Total/Afiliado no es comparable con el sector IAMC. En primer lugar, porque hay seguros que tienen unidades de negocio de gran significación en sus ingresos que no están referidos a afiliados, y en segundo, porque el ingreso operativo mensual por afiliado en los seguros privados es 180% superior al de las IAMC. En lo que refiere al Leverage o a la Razón Patrimonial, los valores, en general, reflejan una mejor solvencia que los indicadores del sector IAMC.

En 2016, el gasto mensual promedio por usuario de los seguros privados fue 4.841 pesos, casi el doble del gasto promedio por usuario observado en las IAMC. Esta relación se mantiene prácticamente incambiada desde 2013. Además, es 2,5 veces superior al gasto por usuario de ASSE en 2016.

Con la información disponible y comparando cuatro años, se elaboró la estructura relativa de gasto de los seguros privados integrales. En este sentido, es clara la diferencia tanto con las IAMC, como con los prestadores públicos, donde el peso relativo de las remuneraciones supera el 60% del gasto. En el caso de los seguros, el peso de las remuneraciones no llega al 50% del gasto.

Cuadro 46. Estructura relativa del gasto en los seguros privados integrales

	2010	2012	2014	2015
Remuneraciones	45,5%	48,0%	47,0%	48,1%
Medicamentos	14,3%	13,2%	11,4%	11,8%
Otros suministros y servicios	28,4%	26,1%	29,1%	26,4%
Gastos Financieros y otros	9,6%	10,6%	10,8%	12,0%
Consumo de capital fijo	2,2%	2,1%	1,7%	1,7%
	100%	100%	100%	100%

Fuente: AES, MSP en base a Estados Contables Seguros Privados. SINADI.

Como contrapartida, y como una característica particular de este tipo de prestadores, el 26,4% del gasto 2016 se destina a “Otros suministros y servicios” y es de esperar que buena parte de ese 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. Solamente el Hospital Británico cuenta con recursos propios de internación. Dicho seguro dispone de 144 camas de Cuidados Moderados y 23 camas de CTI-CI en promedio en el 2016.

En relación al peso de los medicamentos en el total del gasto, si bien se ha reducido en los últimos años, se mantiene por encima de lo observado en ASSE o en las IAMC donde representa alrededor del 8%.

La utilización de medicamentos ambulatorios en los seguros fue, en 2013 y 2014 menor a la observada en los demás prestadores integrales. Sin embargo, en 2016, se ubica en guarismos similares a los de las IAMC de Montevideo (12,9 recetas por afiliado por año). No obstante, no hay que perder de vista que en los Seguros existen diferentes planes que determinan distintas coberturas de medicamentos. En algún caso la cobertura no alcanza a los medicamentos y el afiliado debe adquirirlos fuera de la institución, lo que puede dar lugar a la diferencia observada al inicio del período.

Cuadro 47. Recetas por usuario y por consulta

	2013	2014	2015	2016
N° de recetas por afiliado por año	9,3	9,6	11,6	12,5
N° de recetas por consulta	1,3	1,3	1,6	1,6

Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial y Censo usuarios SINADI.

En cuanto a la utilización de consultas ambulatorias, los seguros privados tienen 8 por afiliado y por año, guarismo mayor a los observados en los demás prestadores. En las IAMC ese mismo indicador es de 6,7 y en ASSE 4,5. La diferencia radica 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 (94,3 por mil afiliados por año), como en CTI- CI (6,7 por mil afiliados por año). Se observa el mismo comportamiento en los Día Cama Ocupados por mil afiliados por año, con 387 en Cuidados Moderados y 27,5 en CTI- CI.

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 73 intervenciones quirúrgicas por mil afiliados por año, en los seguros ese indicador es de 91 (y en ASSE 45). La diferencia se explica básicamente por las intervenciones ambulatorias coordinadas, que ascienden a 40 por mil afiliados por año cuando en las IAMC son 22,7 y en ASSE apenas 12,9 (relación 85% coordinadas vs. 15% urgentes).

Por último, los seguros registran una mayor actividad que las IAMC en todos los servicios de diagnóstico. En laboratorio, radiología y TAC la utilización es levemente superior, mientras que en ecografías, ecodoppler y endoscopías es aproximadamente el doble y es casi seis veces más en el caso de las RNM.

9. Las Emergencias Móviles

Las empresas de emergencia médica con unidades móviles terrestres presentan información asistencial al SINADI, con la que el Área Economía de la Salud elabora un informe semestral. La disponibilidad de dicha información ha mejorado en calidad y en cobertura en los últimos años, aunque no se ha logrado mantener el universo de empresas que la remiten. En este sentido, si bien el Ministerio de Salud tiene la potestad de solicitar información a todas las instituciones de salud, en el caso de las emergencias móviles no se ha establecido ninguna penalización si no se cumple con la entrega.

Se incluyen en este relevamiento a las empresas de emergencia móvil que tienen conformación y actividad independiente de un prestador integral de servicios de salud.

De las 58 empresas que estuvieron operativas entre 2014 y 2016 -a las que se les solicitó información semestralmente-, en promedio respondieron unas 37 de ellas, es decir, un 64% del total de las empresas en actividad. A nivel de afiliados, la cobertura es mayor en la medida que se contó con información completa de las seis empresas de Montevideo, que dan cuenta de más del 70% de los afiliados totales.

Si se considera a las seis empresas de Montevideo, se observa una caída de 8% en el número de usuarios entre 2014 y 2016⁴⁶. En el segundo semestre de 2016, el número de usuarios de las emergencias móviles fue de 780.521, en comparación con los 852.910 que informaron las empresas para el mismo periodo de 2014. Esta caída está explicada fundamentalmente por la disminución en los afiliados de la empresa UCM y en menor medida por SEMM. A su vez, la baja en los afiliados es más acentuada en la franja etaria de menores de 15 años, lo que lleva a un aumento del Índice de Envejecimiento⁴⁷ de los usuarios de estos servicios. La caída en el número de usuarios entre los menores de 15 años alcanzó el 10%, mientras que la verificada entre los mayores de 64 fue de 1%. Este resultado podría responder a una estrategia de los hogares que los lleve a priorizar en el gasto a la franja etaria mayor, con mayores necesidades de utilización.

Sin embargo, es posible que la cobertura de los menores se canalice por otra vía, como por ejemplo, a través de convenios con prestadores integrales o a través de coberturas institucionales (establecimientos educativos, deportivos, laborales, etc.)

Por tipo de afiliación se aprecia que la única de las categorías que cayó durante el periodo es la individual (-36%), mientras que las categorías de afiliación colectiva crecieron: a través de IAMC (2%), a través de Seguros Privados (48%), con otro tipo de Afiliación Colectiva (27%). Esta situación es particularmente clara en dos empresas, UCM y SEMM.

⁴⁶ Para ello se consideraron los datos de los segundos semestres de los tres años objeto de análisis, de forma de contar con información de todas las empresas de Montevideo.

⁴⁷ Este índice mide la relación entre el número de usuarios mayores de 65 años de edad y los menores de 15

En los aumentos en las afiliaciones a través de IAMC o a través de Seguros Privados, podría estar incidiendo el cambio en la estrategia de alguna de las empresas de emergencia asociadas a los prestadores integrales. Mientras tanto, el aumento de afiliados que registra la categoría “Otro tipo de afiliación colectiva”, respondería a la observación más estricta del instructivo de llenado de la información por parte de las propias empresas⁴⁸.

Cuadro 48. Usuarios de las emergencias móviles de Montevideo al 31/12/2016

	2014	2015	2016	Variación
Usuarios totales	852.910	850.293	780.521	-8%
Usuarios < 15 años	151.787	151.045	137.266	-10%
Usuarios > 64 años	185.289	188.865	182.686	-1%
Índice de envejecimiento	1,22	1,25	1,33	9%
Usuarios con afiliación individual	431.688	443.844	276.364	-36%
Usuarios con afiliación colectiva a través de IAMC	179.474	182.914	182.943	2%
Usuarios con af. colectiva a través de seguros	66.305	63.280	98.134	48%
Usuarios con otro tipo de afiliación colectiva	174.259	158.977	221.705	27%
Usuarios sin dato sobre tipo de afiliación	1.184	1.278	1.375	16%

Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

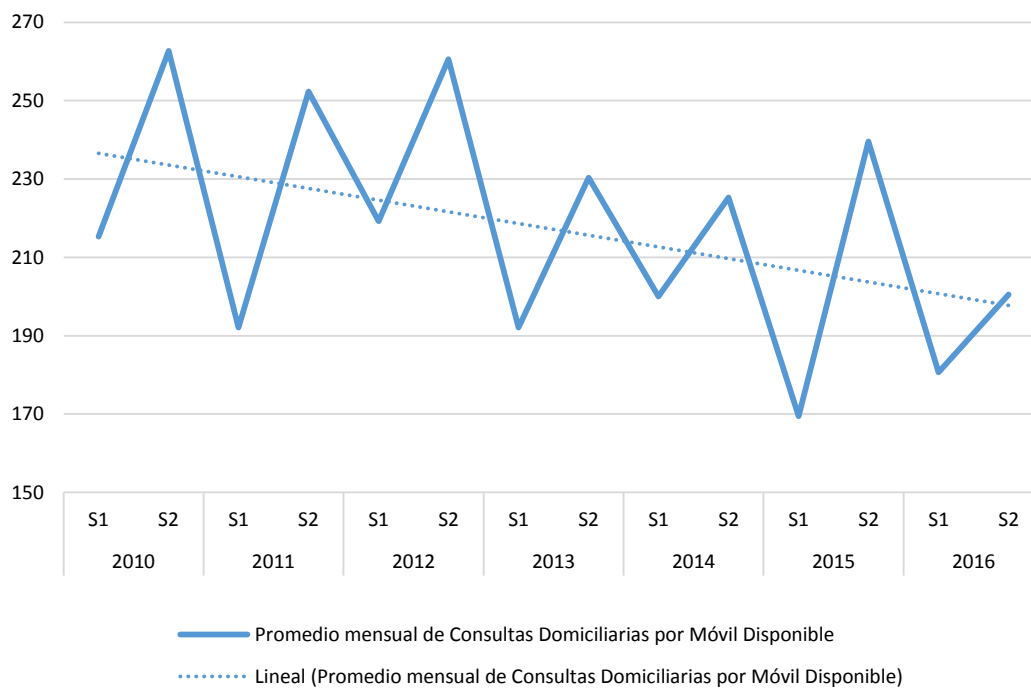
El número de afiliados que reportan las empresas de emergencia móvil del interior del país cuya información ha sido remitida regularmente, es de poco más de 300 mil. Si consideramos el promedio de afiliados y el número de empresas que no informan al SINADI, el total de socios en el interior podría estimarse en 440 mil, aproximadamente. En función de ello, para todo el país, la cantidad de afiliados de las empresas de emergencia móvil rondaría 1,2 millones de personas.

A diferencia de las empresas de Montevideo, las emergencias móviles del interior del país que envían información, no presentan caídas en el número total de afiliados entre 2014 y 2016. En el interior del país también crece el índice de envejecimiento ente los afiliados de las emergencias móviles y cae la participación de las afiliaciones individuales en el total de usuarios, confirmando para todo el país la menor participación de este tipo de afiliaciones en el total.

⁴⁸ El instructivo que reciben las empresas para el llenado de la información sobre afiliados indica que cuando se realice un contrato o convenio entre una empresa de cualquier rubro y una emergencia móvil, todos los empleados de aquella empresa acceden a la afiliación de la emergencia móvil como afiliados por convenio y se deben contabilizar como afiliación Colectiva-Otros, independientemente de que cada afiliado paga la cuota de su bolsillo. En el caso de algunas empresas, en el año 2015 esta población estaba incluida en la categoría de afiliados individuales, mientras que en 2016 se incluyeron en la "Afiliación colectiva Otros".

Si se consideran algunos indicadores de actividad⁴⁹, se constata que al menos en los últimos años, la actividad de las empresas de emergencia móvil presentó un comportamiento estacional, con mayor utilización de estos servicios en el segundo semestre del año.

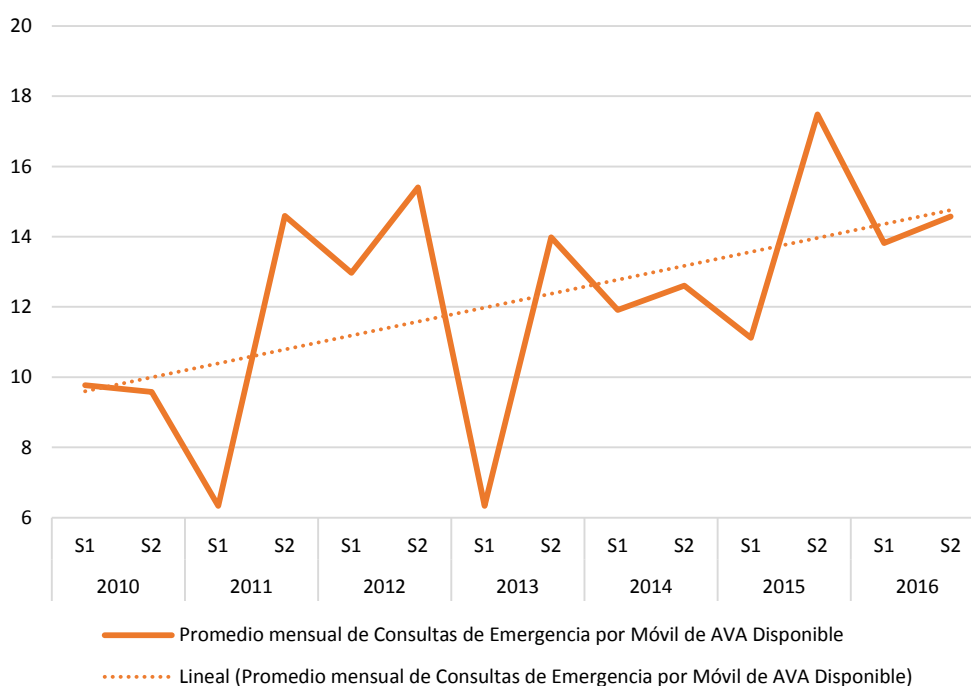
Gráfico 47. Promedio mensual de consultas domiciliarias por móvil disponible



Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

⁴⁹ En este caso se utilizaron dos: el promedio mensual de consultas domiciliarias por móvil disponible y el promedio mensual de consultas de emergencia por móvil de AVA disponible.

Gráfico 48. Promedio mensual de consultas de emergencia por móvil de AVA disponible



Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

Por esta razón, la evolución de los indicadores de utilización de los servicios de las emergencias se observa comparando el mismo semestre en cada uno de los años del periodo analizado.

Todos los indicadores de utilización seleccionados presentan caídas entre 2014 y 2016 para las empresas de Montevideo. El total de consultas de emergencia fue el que más cayó (48%), aunque su incidencia es menor en el total. Por su parte, el total de consultas –domiciliarias y centralizadas- disminuyó 14%.

De la misma manera cayó la actividad en vía pública y en áreas protegidas. La disminución de la actividad en vía pública está relacionada con la mejora en la clasificación de las solicitudes de asistencia en tanto se coordinó y unificó el despacho de unidades a través de la línea 911, a cargo actualmente del SAME (mesa de comando unificado). Sería esperable una optimización en la utilización del servicio, no solamente en la clasificación o codificación de las solicitudes, sino también en el cumplimiento de la solicitud.

Cuadro 49. Indicadores de utilización para las emergencias móviles de Montevideo

	2014	2015	2016	variación
Consultas de emergencia en el semestre	5.459	4.867	2.848	-48%
Consultas domiciliarias en el semestre	415.550	409.293	337.664	-19%
Total de consultas (domiciliarias y centralizadas) en el semestre	545.099	544.134	469.700	-14%
Consultas de emergencia por usuario por año	0,01	0,01	0,01	-43%
Consultas domiciliarias por usuarios por año	0,97	0,96	0,87	-11%

Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

A pesar de la disminución en el número de usuarios de las empresas de Montevideo, creció el número de bases de salida y se mantuvo relativamente constante el número de ambulancias de Apoyo Vital Avanzado⁵⁰. Esto unido a la caída de usuarios, determina una menor productividad de esos móviles y la disminución del promedio de consultas por móvil.

⁵⁰ Las ambulancia de Apoyo Vital Avanzado (AVA) son aquellas unidades móviles (y de traslado) que cuentan con equipamiento y dotación de personal (médico, enfermero y chofer) y están capacitadas para responder a situaciones de Emergencia y Urgencia.

Cuadro 50. Disponibilidad de recursos en el segundo semestre de 2016

	Montevideo	Interior	Total
Número de Bases de Salida	37	67	104
Número de Ambulancias AVA para usuarios propios	98	109	207

Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

Por su parte, el número de traslados secundarios creció. El año pasado, a través del decreto 319/016 se reglamentó la actividad de traslados especializados. En virtud de ello, toda empresa que no estuviera habilitada como emergencia móvil, debe cumplir una serie de requerimientos y condiciones –en materia de infraestructura, recursos materiales y humanos– para continuar con esta actividad. Es plausible que alguna de ellas no haya podido ajustarse para cumplir con los cambios en la normativa y su actividad haya sido asumida por empresas de emergencia móvil.

En el interior del país, el vínculo de las empresas de emergencia móvil con los prestadores integrales es diferente al que existe entre en las empresas de Montevideo. Los vínculos directos con el prestador integral local no son solamente asistenciales (en especial en cuanto a la cobertura de situaciones de emergencia domiciliaria), sino que existe una mayor integración institucional.

En el caso de las empresas del interior que remiten información regularmente, también se observa una caída en los indicadores de utilización seleccionados entre 2014 y 2016, salvo en el caso del total de consultas de emergencia. El total de consultas domiciliarias y centralizadas disminuyó, al igual que el número de consultas de emergencia por usuario en cada año. De la misma manera cayó la actividad en vía pública y en áreas protegidas.

10. Otros indicadores de modelo asistencial y de gestión

10.1. Otros indicadores de desempeño asistencial

A la hora de evaluar el desempeño de los prestadores existen otros indicadores disponibles a partir de la información reportada tanto al Área Economía de la Salud como a la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud, que miden aspectos diferentes de los analizados hasta ahora y que dan cuenta del modelo asistencial y de gestión.

Se analizará a continuación la evolución que han tenido algunos indicadores como el índice de cesáreas, el porcentaje de embarazadas captadas, la relación entre las consultas urgentes y no urgentes, el peso de las consultas de las especialidades básicas.

Luego se tratará la evolución de los tiempos de espera de los usuarios de los servicios, las horas contratadas por especialidad y finalmente otros indicadores asociados a contratación de cargos de alta dedicación.

Cuadro 51. Otros indicadores de desempeño asistencial. Año 2016

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Índice de cesáreas	47,7	51,4	49,8	35	23,1	30,2
Porcentaje de embarazadas captadas en 1er. Trimestre	88	90,8	89,6	68,1	60,4	65
Consultas no urgentes / consultas urgentes	4,3	6,3	5,3	2,2	2,7	2,3
Consultas en policlínica / consultas en urgencia centralizada	4,8	7,9	6,2	2,2	2,8	2,3
Consultas esp. básicas / Consultas especialidades	1,4	0,9	1,1	2,4	0,9	1,8

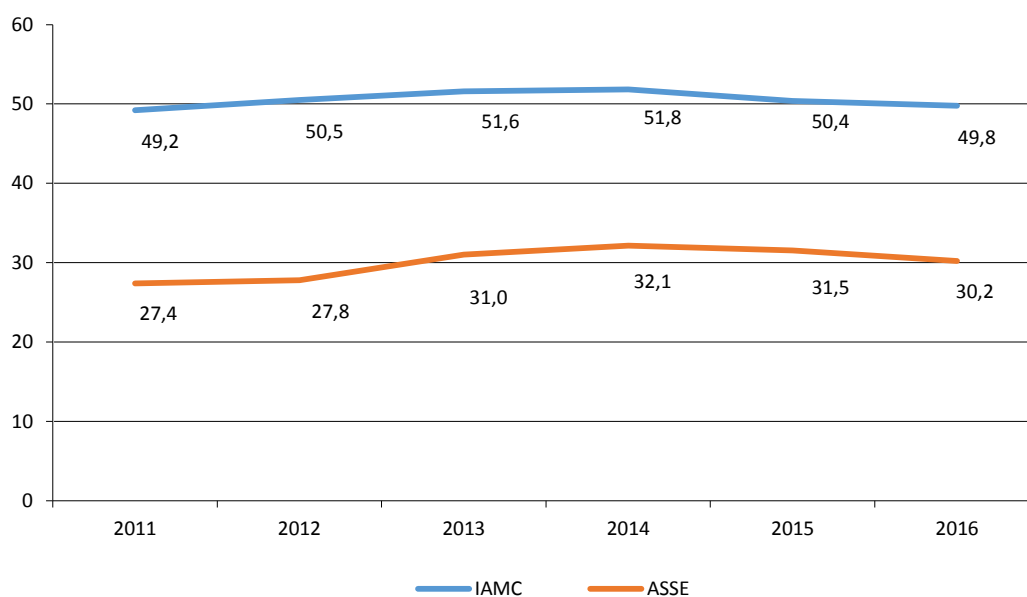
Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

Con relación al índice de cesáreas, si bien no se cuenta con un estándar óptimo para dicho indicador⁵¹, se observa que los valores de ASSE se encuentran casi 20 puntos por debajo de los registrados para las IAMC. Sin embargo, al interior de ASSE se observa una importante diferencia entre Montevideo e interior. En este sentido, la diferencia entre ASSE y IAMC está aún mucho más polarizada si se toma como referencia Montevideo. Por otro lado, las IAMC han reducido la brecha entre las de Montevideo y las del interior, que pasaron de casi 10 puntos en 2013 a menos de 4 en 2016.

Es de destacar, tal como se observa en el gráfico siguiente, que el aumento registrado hasta el 2013 en los dos grupos de instituciones (IAMC y ASSE) se ha detenido e incluso revertido en el último período (aunque el rango de variación es reducido), manteniéndose la diferencia existente entre ambos.

⁵¹ En la bibliografía se maneja un límite de 15%, establecido arbitrariamente por la OMS en 1985, pero no aceptado unánimemente por la comunidad científica.

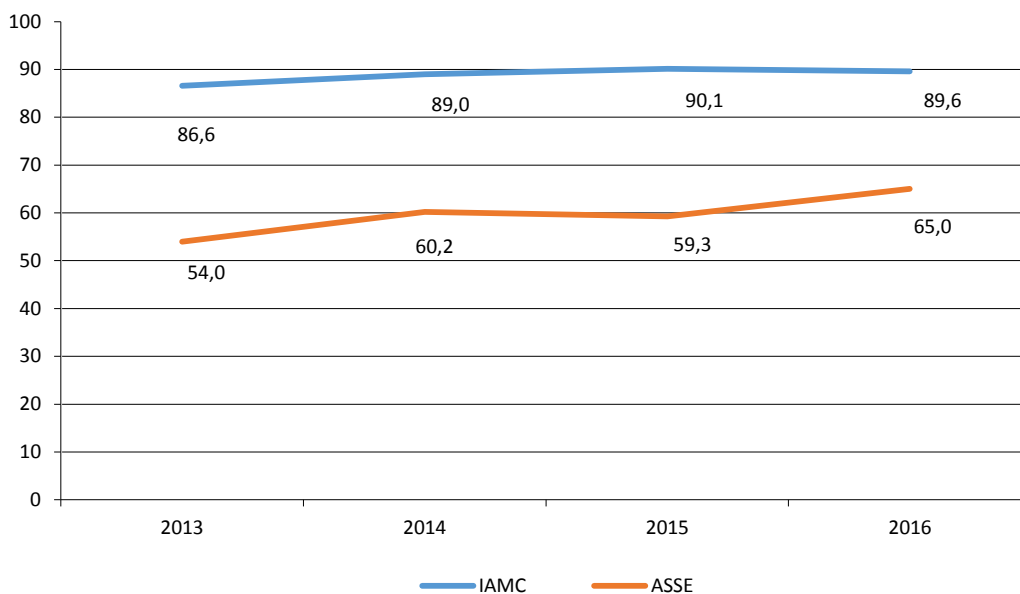
Gráfico 49. Evolución del Índice de cesáreas



Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

Un segundo indicador que se vincula con el modelo de atención es el porcentaje de embarazadas captadas en el primer 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 metas asistenciales. En este período, sigue observándose una mejora, más marcada en ASSE y que está facilitada por el mayor margen de mejora potencial, en tanto las IAMC tienden a estabilizarse al alcanzar el rango del 90%.

Gráfico 50. Porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre



Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

Las IAMC registran en promedio para el total del país un 89,6% de captación precoz, con una diferencia a favor de las instituciones con sede principal en la capital: 91% en relación al 88% de las del interior.

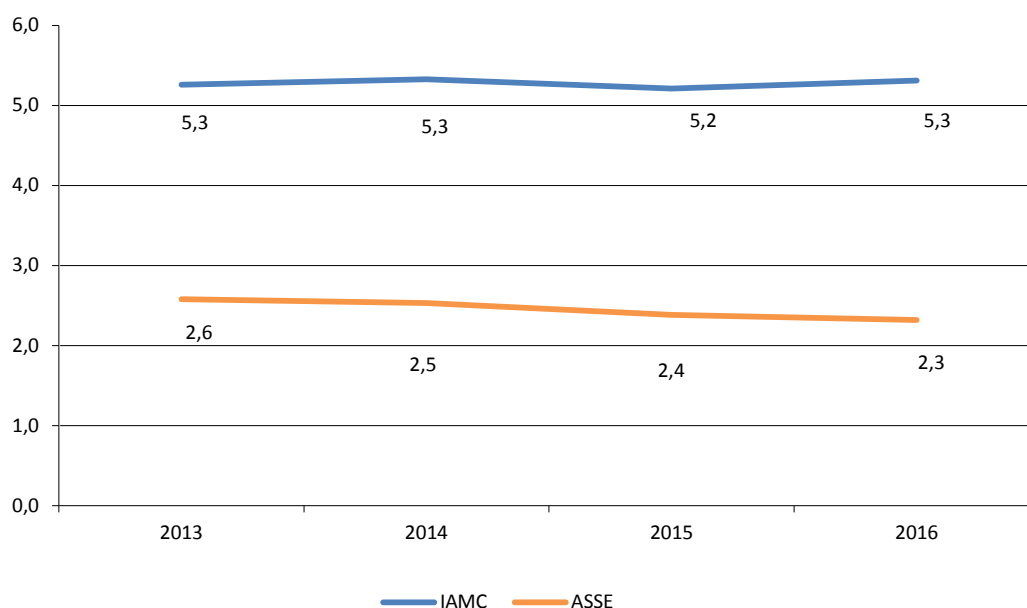
En ASSE, en tanto, se observan valores considerablemente más bajos que en las IAMC, pero con una importante mejora en el período. Una posible explicación para esta diferencia significativa puede radicar en los perfiles de la población atendida en uno y otro caso. Como se analizó en el capítulo inicial, 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 destacable es que en ASSE, el indicador es mejor en el interior (68%) que en Montevideo (60%), contrariamente a lo observado en las IAMC.

Más allá de que no exista un estándar que establezca una cifra ideal en la relación entre la atención ambulatoria no urgente y la urgente, es destacable que las no urgentes predominen en forma notoria frente a las consultas urgentes. De todas maneras, no debería leerse el aumento de las consultas no urgentes de manera lineal porque podría verificarse que las mayores consultas no urgentes sean de peor calidad o tengan un menor nivel de resolutivez.

La relación consultas no urgentes / consultas urgentes en el subsistema IAMC en 2016 fue de 5,3, 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). Adicionalmente, no se registran cambios si se observa el período analizado: en 2007 esa relación era de 5,9.

Si solamente se toman en cuenta las consultas centralizadas, es decir, consultas en policlínica en relación a las urgencias centralizadas, los valores son globalmente mayores (6,2 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. En este caso, existen diferencias entre las IAMC del interior y las de la capital: aproximadamente 4,8 en interior y 7,9 en Montevideo.

Gráfico 51. Razón consultas no urgentes/consultas urgentes



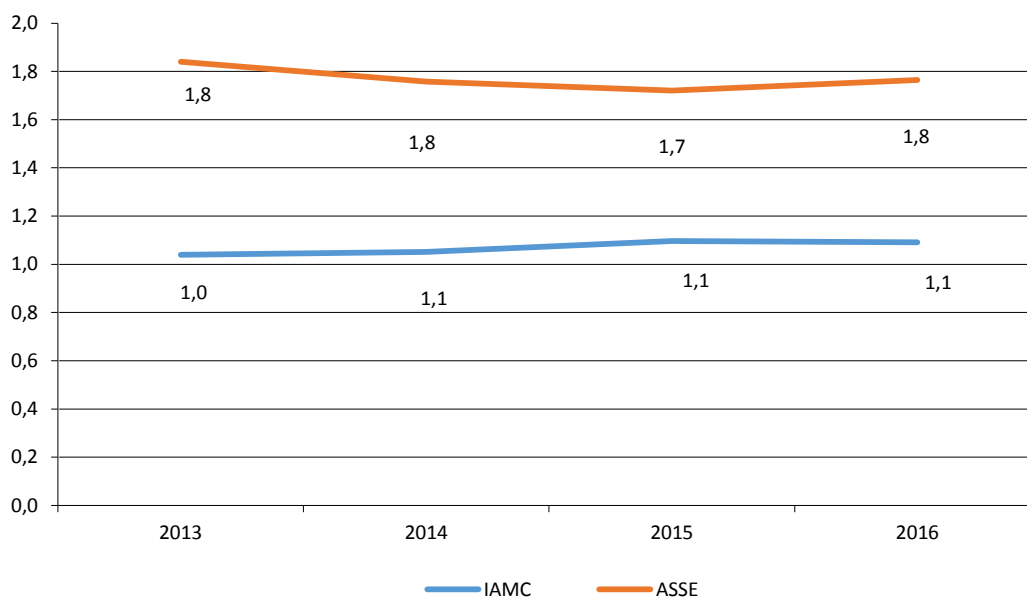
Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

ASSE muestra una relación consultas no urgentes / urgentes globalmente más baja que la de las IAMC (2,3), con una diferencia menos marcada entre el interior (2,2) y Montevideo (2,7), aunque, como se dijo en el capítulo de utilización de los servicios, la cantidad de consultas no urgentes de ASSE puede estar subestimada. En ASSE prácticamente no hay variaciones de estos valores si se comparan las consultas en policlínica contra las de urgencia centralizada, situación que está estrechamente vinculada con el hecho de que las consultas en domicilio son casi inexistentes en este prestador.

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. De esta manera se mide el peso de las consultas realizadas en medicina general, pediatría y ginecología respecto a las de cirugía, especialidades quirúrgicas y especialidades médicas. En 2016, se registró una razón de 1,1 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 (0,9).

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 (2,4) que en Montevideo (0,9).

Gráfico 52. Razón consultas especialidades básicas /consultas especialidades



Fuente: AES, MSP en base a SINADI Asistencial.

De acuerdo con lo anterior, ASSE y las IAMC del 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. En cuanto a la evolución en el tiempo, el indicador no muestra variaciones a lo largo del período para los dos grupos de instituciones.

10.2. Los tiempos de espera

Los tiempos de espera o tiempos de demora, son resultado del proceso de gestión que desarrolla cada institución para brindar atención a sus usuarios. Constituyen una forma de evaluar la accesibilidad y disponibilidad de recursos y es por tanto, un indicador sensible para medir la calidad de la atención.

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

La Ordenanza 603 sobre Agenda de Consulta Externa de octubre de 2012, busca dar respuesta a la necesidad de establecer un marco normativo que garantice una gestión de la agenda de la consulta externa homogénea para todas las instituciones prestadoras del SNIS, permitiendo además una medición más certera del tiempo de espera.

Desde marzo de 2013, fecha de entrada en vigencia del nuevo Sistema de Agenda de Consulta Externa, ha transcurrido un largo proceso de implementación del mismo, con altibajos en las instituciones, siendo obligatorio su uso en todas las especialidades. En julio de ese año se comenzó con el proceso de medición de los tiempos de espera a partir de la información recogida en dicho sistema.

En el marco de la Reforma se extiende la normatización sobre tiempos de espera⁵² en relación a estándares mínimos aceptables para cada especialidad seleccionada⁵³. Se establece un día como plazo máximo en Medicina General, Pediatría y Ginecotología, dos días como tiempo máximo en Cirugía General y un mes en especialidades médicas y quirúrgicas. No se considera la elección del paciente por un profesional en particular sino la disponibilidad de horas de atención en policlínica considerando la especialidad globalmente (tiempo de espera para el primer especialista disponible).

En el siguiente cuadro se muestran los tiempos de espera promedio informados a Economía de la Salud – Sistema de Agenda de Consulta Externa, en las distintas especialidades.

⁵² Decreto N° 359/007

⁵³ Desde 1990, existía una disposición que indicaba que las consultas de Medicina General, Pediatría y Ginecotología en las IAMC, debían efectuarse dentro de las 24 horas de realizada la solicitud. Con el Decreto N° 359/007, la normatización de los tiempos de espera se extiende a otras especialidades y a otros prestadores además de las IAMC

Cuadro 52. Tiempos de espera en días

IAMC Montevideo	Oct-Dic 2014	Oct-Dic 2015	Jun-Dic 2016
Medicina General	0,17	0,17	0,12
Pediatría	0,36	0,33	0,21
Cirugía General	1,14	1,58	1,17
Ginecotocología	0,34	0,44	0,31
Oftalmología	10,15	9,56	7,16
Traumatología	6,49	6,63	5,44
Psiquiatría	2,77	2,67	3,72
Cardiología	3,18	3,53	3,58
Oncología	-	-	4,74
IAMC Interior	Oct-Dic 2014	Oct-Dic 2015	Jun-Dic 2016
Medicina General	0,32	0,31	0,35
Pediatría	0,68	0,59	0,75
Cirugía General	1,9	1,53	1,35
Ginecotocología	1,96	1,53	1,39
Oftalmología	8,04	10,44	8,57
Traumatología	4,64	4,21	5,48
Psiquiatría	5,83	6,09	5,42
Cardiología	4,47	5,51	4,45
Oncología	-	-	6,18
IAMC Total País	Oct-Dic 2014	Oct-Dic 2015	Jun-Dic 2016
Medicina General	0,27	0,26	0,27
Pediatría	0,57	0,5	0,56
Cirugía General	1,64	1,54	1,29
Ginecotocología	1,41	1,15	1,02
Oftalmología	8,76	10,14	8,09
Traumatología	5,27	5,04	5,47
Psiquiatría	4,78	4,87	4,84
Cardiología	4,02	4,83	4,15
Oncología	-	-	5,68

Fuente: AES, MSP en base a Sistema Agenda de Consulta Externa.

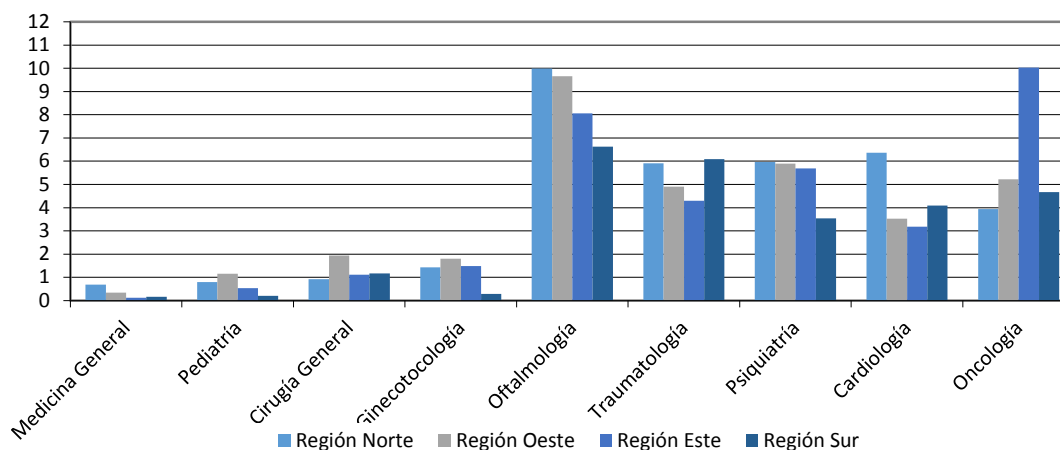
Tanto en el grupo de IAMC de Montevideo como en el del interior, la espera media registrada en los tres períodos se encuentra dentro de lo establecido en la normativa, excepto en ginecotocología de las instituciones del interior (y por su peso, también en el total país) presentando valores promedio por encima de un día. Se observa también, que estos tiempos problemáticos han ido disminuyendo a lo largo del período.

En este punto vale la pena recordar que los tiempos presentados son promedios, que en algunos casos pueden ocultar tiempos de espera individuales por encima de la normativa (y en algunos casos alejándose en gran medida de la misma).

En líneas generales, los promedios de tiempos de espera en las IAMC del Interior son superiores a los de las instituciones de Montevideo en todas las especialidades, presentándose las mayores diferencias en las especialidades básicas (Medicina General, Pediatría y Ginecotocología). Estas diferencias podrían estar vinculadas a la disponibilidad de recursos humanos según la zona geográfica.

Con respecto a las otras especialidades consideradas, presentan, como ya se ha comentado, valores promedios dentro de lo establecido, y no muestran diferencias significativas entre Montevideo e interior.

Gráfico 53. Tiempos de espera en días, total IAMC por regiones. Año 2016



Fuente: AES, MSP en base a Sistema Agenda de Consulta Externa.

En el análisis por regiones geográficas, no se evidencia una tendencia única que muestre una alguna región como más “complicada” en relación a la accesibilidad. Se observan si menores tiempos de espera en la región sur en varias de las especialidades (por el efecto Montevideo seguramente), y en las especialidades básicas se repite que las regiones norte y oeste son las que presentan mayores promedios de tiempos de espera.

Con respecto a ASSE, para la gestión informatizada de la consulta ambulatoria no urgente, así como la extracción de indicadores relacionados -como son los tiempos de espera para acceso a atención en policlínica-, la institución cuenta con más de un sistema informático implantado en Policlínicas, Centro de Salud, Centros Auxiliares y Hospitales de Montevideo e Interior. Hay incluso Unidades Asistenciales de menor complejidad del interior del país que aún no cuentan con sistemas informáticos. En resumen, no existe un sistema único del cual recabar información en forma homogénea.

En ese contexto, ASSE desarrolló en el año 2012 un Sistema Informático para la Gestión de Consultas (SGC), que se encuentra en proceso de expansión en toda la red asistencial del país, tanto en el primer, como segundo y tercer nivel de atención. Durante el 2016, se incorporaron 46 Unidades Asistenciales nuevas, llegándose a 267 UA implantadas en diciembre de 2016. Estaba previsto que durante el 2017 continuara la implantación del sistema en los Hospitales faltantes de Montevideo y en los 12 Centros de Salud y Policlínicas dependientes de la RAP Metropolitana.

Actualmente el SGC es el sistema que se encuentra más expandido en el país, si bien coexiste aún con los otros sistemas informáticos, los cuales registran un porcentaje importante de la demanda asistencial de ASSE. Es importante continuar avanzando en la expansión del sistema, así como en la interoperabilidad del mismo con los otros sistemas.

En función de lo anteriormente planteado y de la implantación progresiva del SGC, los datos de tiempos de espera que surgen actualmente del sistema no son representativos de toda la institución, ni de sus diferentes niveles de complejidad, por lo que no fueron tomados en cuenta para este informe.

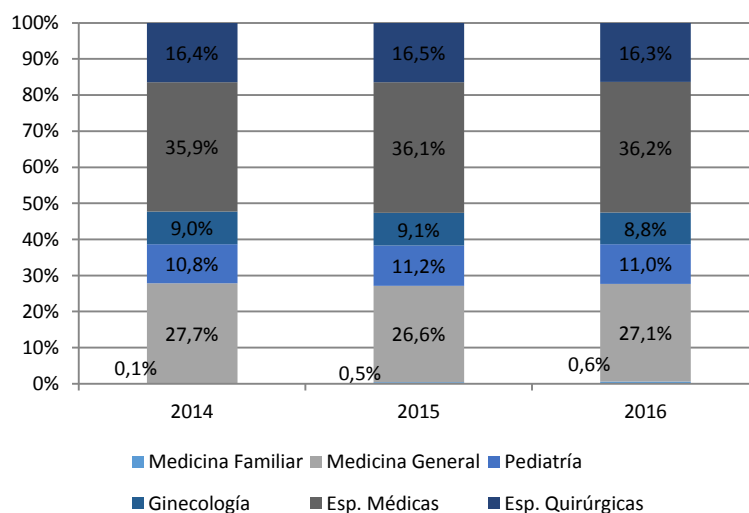
10.3. Horas médicas contratadas

Para el caso de las IAMC y a partir de información disponible en 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.

Dicha información no se presenta para ASSE dado que en su base de datos solo figura la carga horaria contratada para los trabajadores médicos que han firmado el compromiso funcional. No se cuenta con la cantidad de horas contratadas del resto de los trabajadores ni en qué nivel asistencial prestan sus servicios.

En el siguiente gráfico se presenta cómo se distribuyen las horas médicas contratadas en policlínica entre especialidades quirúrgicas, especialidades médicas, ginecología, pediatría, medicina familiar y medicina general en los años 2014 a 2016.

Gráfico 54. Horas médicas contratadas en policlínica por especialidad IAMC



Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH.

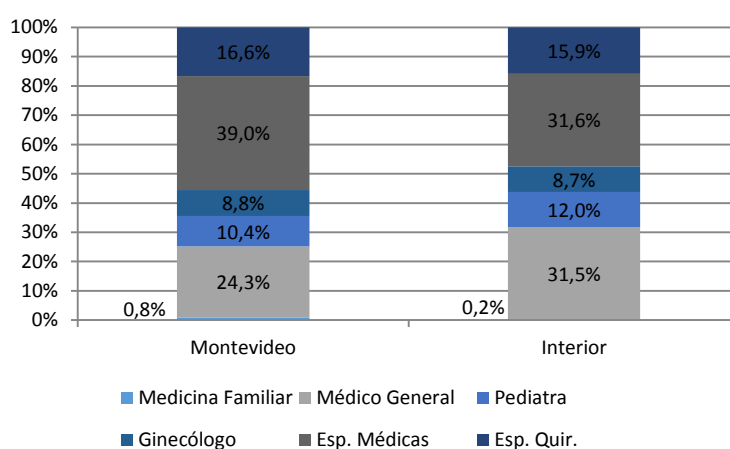
El total del sector incrementó en un 5,9% las horas médicas contratadas en policlínica en el período considerado (Montevideo 6,2%, interior 5,4%). En las IAMC de Montevideo, el mayor incremento se observó en las horas de medicina familiar (418,8%) y pediatría (14,6%). En las

IAMC del interior, el mayor incremento se observó en las horas de medicina familiar (93,2%) y de especialidades médicas (9,7%).

En el período considerado se observa un claro incremento en la cantidad de horas contratadas de policlínica de medicina familiar y comunitaria, sobre todo en las instituciones de Montevideo, aunque su peso relativo en el total de horas de policlínica es muy bajo.

El siguiente gráfico presenta la distribución de horas de policlínica en Montevideo y en el interior. Se observa que las horas de policlínica de medicina general y pediatría tienen un peso relativo mayor en las instituciones del interior, mientras que las horas de policlínica de las especialidades médicas y quirúrgicas tienen un peso relativo mayor en Montevideo.

Gráfico 55. Horas médicas contratadas en policlínica por especialidad IAMC. Año 2016



Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH.

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.

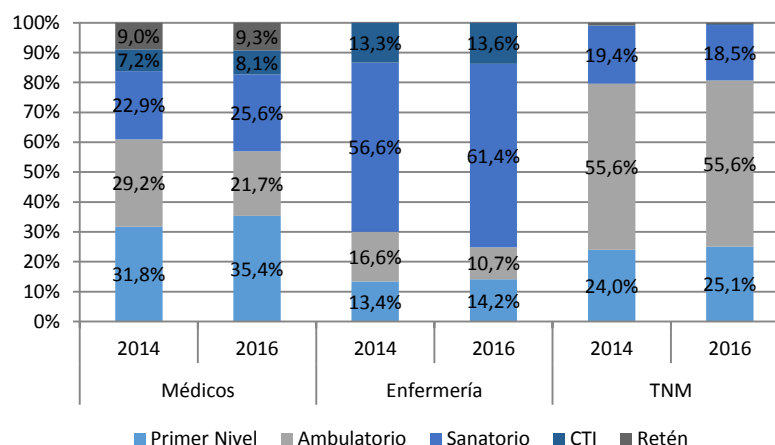
A nivel del sector, el 32% de las horas médicas contratadas se destinan al primer nivel de atención⁵⁴ y a esto se suma un 22% de horas de ambulatorio⁵⁵. En el caso de enfermería, la mayor parte de las horas, 62%, se destinan a sanatorio⁵⁶, lo que es esperable por las propias características del trabajo.

⁵⁴ Dentro del primer nivel de atención se consideran las horas contratadas de policlínica y atención domiciliaria no urgente.

⁵⁵ Dentro de ambulatorio se consideran las horas contratadas de urgencia descentralizada, puerta de emergencia y otras horas ambulatorias.

⁵⁶ Dentro de sanatorio se consideran las horas de internación domiciliaria, sanatorio y guardia interna.

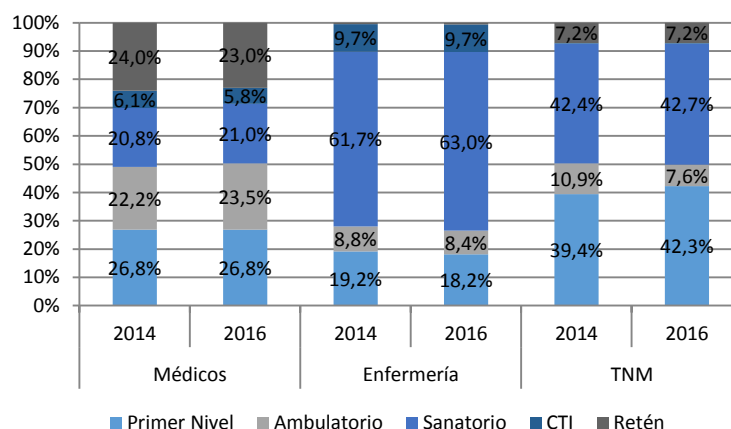
Gráfico 56. Horas contratadas por nivel asistencial – IAMC Montevideo



Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH.

En las IAMC de Montevideo se observa un incremento del peso relativo de las horas destinadas al primer nivel de atención; el principal cambio se observa en las horas médicas.

Gráfico 57. Horas contratadas por nivel asistencial – IAMC interior



Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de SCARH.

En el interior, se observa un leve incremento del peso relativo de las horas contratadas para sanatorio del personal de enfermería, un incremento del peso relativo de las horas contratadas en el primer nivel de profesionales no médicos y una leve caída del peso relativo de las horas contratadas de retén del personal médico.

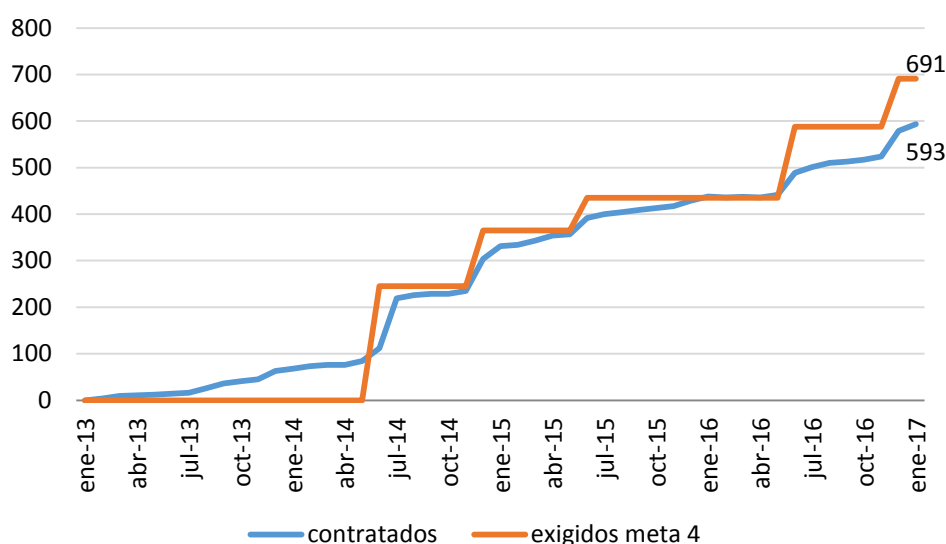
En cuanto a la distribución de las horas contratadas por nivel asistencial se observan algunas diferencias entre las instituciones de Montevideo y el interior. En el caso de los médicos y profesionales no médicos, las horas de retén tienen un peso relativo mayor en las instituciones del interior, mostrando que utilizan en mayor medida la cobertura de algunos servicios con la figura del profesional de retén. En el caso de enfermería, las horas destinadas al primer nivel de atención tienen un peso relativo mayor en las instituciones del interior.

10.4. Cargos de alta dedicación

Los cargos de alta dedicación (CAD) son un beneficio importante para los usuarios del SNIS, en la medida que permiten mejorar su vínculo con el médico tratante, quien tendrá una mayor disponibilidad para atender las necesidades de su población de referencia y podrá dar una mayor continuidad a la atención, tanto en policlínica como en los distintos episodios de enfermedad que requieran atención en cualquier nivel asistencial.

Desde el año 2013 las IAMC han contratado CAD de las diferentes especialidades contempladas en el Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM). La evolución en la contratación de CAD presenta una tendencia similar a las exigencias fijadas a través de la meta 4. Las IAMC, en su mayoría, han contratado CAD siguiendo el cronograma planteado por la meta. A partir de junio 2016 se observa un incremento en la distancia entre los CAD exigidos y contratados. A diciembre de 2016, las IAMC tenían contratados 593 cargos de alta dedicación (85,8% de los cargos exigidos por la meta 4 a diciembre 2016).

Gráfico 58. Cantidad de Cargos de Alta Dedicación (IAMC)



Fuente: DEMPESA, MSP en base a datos de Metas asistenciales - Planilla Meta 4.

En lo que respecta al sector público, ASSE comenzó con la implementación de funciones de alta dedicación (FAD) en el año 2011, incluyendo en la ley de presupuesto una partida anual específica para contratos de alta dedicación horaria con el objetivo de mejorar la cobertura de algunas especialidades médicas. Se crea una comisión integrada por ASSE, SMU, MTSS, MEF y MSP, con el objetivo de discutir y diseñar el NRTM en base a las particularidades de este prestador, nutriéndose de los acuerdos alcanzados para el sector privado con el objetivo de ir hacia un NRTM sectorial.

A diciembre de 2016, para ASSE, dentro del NRTM se encuentran los Médicos Generales y las siguientes especialidades: Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Intensiva de Adultos, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatología y Medicina Interna. ASSE ha presentado

84 funciones de alta dedicación (FAD) de las especialidades comprendidas en el NRTM, de las cuales fueron aprobadas 22 en el marco de la meta 4, las 62 FAD restantes estaban a esa fecha en proceso de estudio y modificación para adaptarse a lo establecido en los distintos acuerdos colectivos y poder ser consideradas para el cómputo de la meta 4.

11.Síntesis

- ***Cobertura según prestador***

A diciembre de 2016 las IAMC reúnen el 57,3% de los registros de cobertura formal reportados al RUCAF, mientras que ASSE alcanza al 33% del total y los Seguros Privados Integrales el 2,8%. Si se considera la información que surge de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), encontramos que en ASSE predominan las personas pertenecientes al quintil de más bajos ingresos (1Q), mientras que en las IAMC existe una distribución de los afiliados relativamente uniforme entre quintiles de ingreso. Por su parte, en los afiliados a los seguros privados integrales predominan las personas que se ubican en el 20% de mayores ingresos.

La mayoría de los usuarios de ASSE (75%) se radican en el interior del país, mientras que predominan los de Montevideo en los afiliados a los Seguros Integrales. Entre las IAMC, la proporción de afiliados de Montevideo e interior son similares.

La cobertura del Seguro Nacional de Salud financiado por el FONASA se ha casi cuadruplicado desde su creación, alcanzando a 2,5 millones de personas a diciembre de 2016, aproximadamente el 73% de la población del país. El 78% de los beneficiarios del SNS está afiliado a una IAMC, el 20% a ASSE y el 2% a algún Seguro Privado Integral.

- ***Utilización de servicios***

ASSE registra 2 consultas totales por afiliado por año menos que las IAMC, reflejando la diferencia en menos de las consultas no urgentes (las consultas urgentes son similares).

En la región sur se siguen observando, como en el período anterior, los menores valores de consultas urgentes en las IAMC.

El 58% de las camas de cuidados moderados en las IAMC se concentran en Montevideo mientras que en ASSE sucede lo contrario con 59% de sus camas en el interior del país. A su vez en el año 2016 se corta la tendencia descendente en el número total de camas de las IAMC y continúa la caída del número total de camas de cuidados moderados de ASSE observada desde el 2013. Las camas de CTI-CI se concentran en la capital del país tanto en IAMC como en ASSE, y en ambos casos ha aumentado el número total, aunque en mayor medida en las IAMC.

En relación a modalidades alternativas de internación, la internación domiciliaria ha ido en aumento a lo largo de los años; en 2016 31 de las 36 IAMC contaron con dicha modalidad. En el caso de ASSE el desarrollo de esta modalidad de internación es bajo, concentrándose en unos pocos departamentos.

Las IAMC registran en promedio 465 DCO cada mil afiliados por año en Cuidados Moderados y 65 DCO en CTI-CI, siendo mayores estos indicadores en las IAMC de Montevideo. ASSE muestra valores llamativamente altos de DCO en Cuidados Moderados en Montevideo (Hospitales de referencia nacional). En CTI-CI, registra menores valores que las IAMC en el interior (subregistro de internación contratada a demanda) y mayores en Montevideo (Hospitales de referencia nacional).

El promedio de estadía de las IAMC para 2016 fue de 4,5 días en Cuidados Moderados y 6,5 días en CTI-CI. ASSE registra mayores valores en ambos niveles de cuidados, 6,9 en Cuidados Moderados y 9,9 en CTI-CI.

En promedio y para 2016, 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%). Lo mismo puede decirse respecto de CTI-CI en las IAMC de Montevideo e interior, mientras que en el caso de ASSE, los porcentajes ocupacionales CTI-CI superan este guarismo, vinculado con una utilización intensiva del recurso y la necesidad de contratación de servicios a terceros en momentos de mayor demanda.

Las IAMC registran 73 intervenciones quirúrgicas por mil afiliados, sin diferencias entre Montevideo e interior. ASSE presenta un indicador sensiblemente menor (45 por mil afiliados), con una mayor concentración en Montevideo respecto al interior (relación 2,5 a 1).

Con respecto a la utilización de servicios diagnósticos, los valores son similares para IAMC y ASSE en exámenes de laboratorio, y levemente inferiores en ASSE en el caso de radiología. En cuanto a la utilización de ecografías, ecodoppler, TAC, RNM y endoscopías se sigue observando una clara heterogeneidad, tanto entre las diferentes IAMC, como entre los departamentos de ASSE. En el caso puntual de RNM a partir de 2014 se empareja la utilización entre las IAMC de Montevideo e interior, con un aumento considerable en el uso de estas últimas, debido a la instalación durante el 2013 de dos Resonadores Magnéticos en Paysandú y Tacuarembó.

Hasta 2013 ASSE expedía una mayor cantidad de recetas por usuarios que las IAMC, presentando este indicador tendencias opuestas, a la baja en el caso de ASSE y al alza en las IAMC. En 2014 se cruzan, llegando en 2016 a una diferencia de 1,5 recetas por afiliado por año a favor de las IAMC (14,9 vs 13,4). El indicador de recetas por consultas, si bien también muestra una leve tendencia descendente en ASSE, continúa siendo mayor que el del sector IAMC, por la importante diferencia en menos en el número de consultas totales en este prestador.

- **Ingresos y gastos**

En el periodo analizado continuó creciendo la importancia relativa de los ingresos procedentes del FONASA tanto en la estructura de ingresos IAMC como en el financiamiento de las actividades de ASSE. En las IAMC los ingresos FONASA crecieron en términos reales 8,7% (por encima del crecimiento real de los ingresos operativos) entre 2014 y 2016. En el mismo periodo, el financiamiento FONASA de ASSE lo hizo 29% en valores reales. Esta evolución determinó que los ingresos FONASA de las IAMC constituyeran 75% del total en 2016, cuando eran 59% en 2010. Por su parte, en ASSE, pasó de constituir tan solo el 11% en 2010 a ser 42% en 2016.

En el periodo 2014-2016, el gasto por afiliado en ASSE creció 7% y se situó en 2016 en 1.880 pesos. En las IAMC, el crecimiento real del gasto por afiliado fue de 6,5% en el mismo periodo y se situó en 2.466 pesos en el año 2016. De esta manera, el gasto por afiliado de ASSE alcanzó al 76,2% del de las IAMC, aproximadamente. Por su parte, el gasto por usuario en los Seguros Privados Integrales fue de 4.841 pesos en 2016, casi el doble del gasto promedio por usuario observado en las IAMC y 2,5 veces superior al gasto por usuario de ASSE.

En cuanto a las IAMC, es de destacar que tras una trayectoria de resultados económicos del subsector marcada por la recuperación entre 2012 y 2014, desde 2015 comienzan a presentar déficits que se sitúan en niveles similares a los registrados entre 2011 y 2012. Considerando al subsistema IAMC en su conjunto, el ejercicio 2016 mostró un déficit de 1,86% de los ingresos operativos a valores históricos, siendo de 0,34% si consideramos los datos ajustados por inflación. Importa recordar que los estados contables de las instituciones registraron solo parcialmente el ingreso por las cápitas asociadas al colectivo de jubilados y pensionistas del numeral 2) del artículo 1° de la ley 18.731, siendo recién en julio de 2016 que se completa la incorporación prevista al FONASA. Las instituciones de Montevideo, cierran con un déficit de 3,08% (a valores históricos) como consecuencia de un cambio de tendencia en los resultados de MUCAM, en tanto la Asociación Española, CASMU, y Casa de Galicia presentaron una mejora en los propios. Tras un periodo de clara mejora en los resultados, las instituciones del interior del país mostraron un leve déficit en 2016 (-0,06% a valores históricos), que se sitúa en cifras similares a los resultados de 2011. Si consideramos los datos ajustados por inflación, mientras Montevideo presenta un déficit de 0,66%, las empresas del interior se ubican en un superávit de 0,13%.

Si bien en el subsistema se observa un leve aumento del endeudamiento por afiliado, la liquidez -medida por la capacidad de repago- se sitúa en los mismos niveles que en los años anteriores, tanto en las instituciones de Montevideo, como en las del interior.

- **Recursos Humanos**

El gasto en recursos humanos de ASSE representa el 61% de su gasto operativo en el año 2016, y creció 2,2% en términos reales con respecto al año 2014, mientras que había crecido 14,5% entre 2010 y 2013. La cantidad de personas trabajando en ASSE en relación a la cantidad de usuarios para el período estudiado, aumentó tanto para el personal médico (10%), como para el no médico (17%). En el primer caso el mayor aumento se observó en los médicos generales y de familia.

En el caso de las IAMC las remuneraciones más honorarios profesionales se mantienen estables en aproximadamente el 65% de los ingresos operativos en el período 2014-2016. También la composición interna de la masa salarial se mantiene estable en el entorno del 45% correspondiente al personal médico y 55% al personal no médico. Al igual que en el periodo 2010-2013, la región Oeste es donde mayor peso tienen las remuneraciones. En las instituciones del interior el peso relativo de la masa salarial del personal médico es mayor que en Montevideo. En cuanto a la distribución de la masa salarial médica se identifica un incremento del peso relativo de las especialidades médicas y una caída del peso relativo de las especialidades quirúrgicas. Este fenómeno se observa en mayor medida en las instituciones de

Montevideo. Las horas de policlínica de medicina general y pediatría tienen un peso relativo mayor en las instituciones del Interior, mientras que las horas de policlínica de las especialidades médicas y quirúrgicas tienen un peso relativo mayor en Montevideo. Sin embargo, entre 2014 y 2016 se observa un claro incremento en la cantidad de horas contratadas de policlínica de medicina familiar y comunitaria, sobre todo en las instituciones de Montevideo. En estas instituciones, se observa un incremento del peso relativo de las horas destinadas al primer nivel de atención, y el principal cambio se observa en las horas médicas. En los últimos diez años (marzo 2007 a marzo 2017) los salarios reales del subsector privado han tenido un incremento real mínimo de 32%.

- **Otros indicadores de modelo asistencial y de gestión**

Otros indicadores que dan cuenta de algunas características del modelo asistencial muestran un índice de cesáreas muy superior en el sector IAMC (50%) en relación al de ASSE (30%), aunque en ambos casos el índice disminuye anualmente desde el año 2014. Por otra parte la proporción de embarazos captados en el primer trimestre es muy superior en las IAMC, y ha crecido permanentemente en los últimos años, en particular en ASSE. Los indicadores que miden la urgencización de las consultas son superiores en ASSE, pero es también superior la relación de consultas en especialidades básicas respecto a la de otras especialidades.

En relación a los tiempos de espera promedio en las IAMC, han presentado mejoras durante todo el período y se encuentran dentro de los máximos establecidos en la normativa, con excepción de ginecología que presenta valores mayores a las 24 horas en el interior del país. En general los indicadores son mayores en el interior, en particular en las especialidades básicas, y en las regiones norte y oeste, en consonancia con la disponibilidad de recursos humanos.

Las horas de policlínica de medicina general y pediatría tienen un peso relativo mayor en las instituciones del interior, mientras que las horas de policlínica de las especialidades médicas y quirúrgicas tienen un peso relativo mayor en Montevideo. En el período considerado se observa un claro incremento en la cantidad de horas contratadas de policlínica de medicina familiar y comunitaria, sobre todo en las instituciones de Montevideo, aunque su peso relativo en el total de horas de policlínica es muy bajo.

A nivel del sector IAMC, el 32% de las horas médicas contratadas se destinan al primer nivel de atención y a esto se suma un 22% de horas de ambulatorio. En el caso de enfermería, la mayor parte de las horas, 62%, se destinan a sanatorio. En las IAMC de Montevideo, se observa un incremento del peso relativo de las horas destinadas al primer nivel de atención, y el principal cambio se observa en las horas médicas. En el interior se observa un leve incremento del peso relativo de las horas contratadas para sanatorio del personal de enfermería, un incremento del peso relativo de las horas contratadas en el primer nivel de profesionales no médicos, y una leve caída del peso relativo de las horas contratadas de retén del personal médico.