

cinve

Documentos de Trabajo

**El sistema de salud en el Uruguay:
una visión integrada**

Carlos Grau Pérez
cinve

Luis Lazarov
cinve

Junio 2000

cinve
Av. Uruguay 1242, C.P. 11.100
Montevideo, Uruguay

ÍNDICE

Introducción	
Cobertura	
Gasto y Financiamiento	
Gasto	
Financiamiento	
Equidad	
Cobertura y condición socio-económica	
Diferenciales en el gasto por beneficiario	
Acceso diferencial a la medicina altamente especializada	
Tasas de mortalidad infantil y nivel de ingreso	
Comportamiento de algunas variables seleccionadas del área asistencial.....	

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analiza el funcionamiento del sector desde una perspectiva integradora. Con esto se pretende incorporar al estudio realizado en los capítulos referidos en forma específica a los diferentes efectores, que tenían como objetivo central el análisis del funcionamiento de los mismos, *las interrelaciones que existen entre los diferentes componentes del sistema, así como analizar desde la perspectiva del sector en su conjunto, la cobertura, la evolución del gasto y financiamiento, su equidad, y sus tendencias en lo que hace al modelo asistencial.*

Se analiza en que medida la dinámica de los diferentes efectores, a pesar de la fragmentación que existe entre los mismos, se puede explicar sin considerar el funcionamiento del resto del sistema. La hipótesis de partida es que, a pesar de que en los diferentes diagnósticos y estudios acerca del sector se destaca la fragmentación como una de sus características principales, no es posible explicar la dinámica del sector si no se consideran las interrelaciones que existen entre sus componentes.

COBERTURA

Para el análisis de la cobertura que se realiza en esta sección se trabaja con información de tipo censal, recabada en el último Censo de Población y Viviendas realizado en nuestro país en el año 1996. Cabe resaltar que existen diferencias en los datos en relación a la otra fuente de información empleada en otras partes de este trabajo, la Encuesta Continua de Hogares, la que tiene carácter muestral, y por lo tanto posiblemente arroje diferencias cuando se expanden sus resultados a la totalidad del país. A pesar de esta limitación, la ECH es empleada ya que permite realizar análisis de tipo temporal, lo que permite identificar la existencia de tendencias, cosa que no permite la información censal.

Cobertura principal según región geográfica

A continuación se describe la cobertura¹ según residencia de la población e instituciones que la brindan.

Población por principal cobertura de salud según área geográfica Año 1996

	Montevideo	Interior	Total del país
MSP	277.647	795.845	1.073.492
IAMC	803.573	677.613	1.481.186
Sanidad Militar	62.737	71.041	133.778
Sanidad Policial	28.032	29.329	57.361
Otros	18.688	18.724	37.412
Sin cobertura	145.497	225.232	370.729
Total	1.336.174	1.817.784	3.153.958

Fuente: Censo de Población y Viviendas del año 1996

¹ Es importante destacar que se está considerando cobertura principal dejando por lo tanto fuera del análisis el efecto de las coberturas múltiples.

Población por principal cobertura de salud según área geográfica
Año 1996
En porcentajes

	Montevideo	Interior	Total del país
MSP	20,8	43,8	34,0
IAMC	60,1	37,3	47,0
Sanidad Militar	4,7	3,9	4,2
Sanidad Policial	2,1	1,6	1,8
Otros	1,4	1,0	1,2
Sin cobertura	10,9	12,4	11,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Censo de Población y Viviendas del año 1996

Los cuadros precedentes muestran la estructura del sistema sanitario desde el punto de vista de la cobertura. *De los mismos se desprende que a nivel del país el MSP y las IAMC concentran el 81% de la cobertura, observándose porcentajes similares al considerar por separado Montevideo e Interior.*

Sin embargo, la participación relativa del MSP y las IAMC es muy diferente en cada región. La participación del MSP es el doble en el Interior en relación a Montevideo, mientras que la de las IAMC es un poco menos del doble en Montevideo que en el Interior. El sistema IAMC concentra en Montevideo el 54% de su población total de afiliados, mientras que el MSP concentra en el Interior el 74% de sus beneficiarios totales.

Distribución geográfica de los beneficiarios de cada prestador

En la mayoría de los casos se observa una distribución geográfica de los beneficiarios de cada prestador similar a la distribución de la población.

El sistema IAMC concentra en Montevideo el 54,3% de sus afiliados, mientras que el MSP concentra en el Interior el 74,1% de sus beneficiarios. Por otro lado el 60,8% de las personas sin cobertura se sitúan en el Interior del país, véase cuadro siguiente.

Distribución geográfica de los beneficiarios de cada prestador
Año 1996
En porcentajes

	Montevideo	Interior	Total del país
Población del país	42,6	57,6	100,0

MSP	25,9	74,1	100,0
IAMC	54,3	45,7	100,0
Sanidad Militar	46,9	53,1	100,0
Sanidad Policial	48,9	51,1	100,0
Otros	50,0	50,0	100,0
Sin cobertura	39,2	60,8	100,0
Total	42,4	57,6	100,0

Fuente: Censo de Población y Viviendas del año 1996

Estructura etarea de los beneficiarios de cada prestador

En el cuadro que se presenta a continuación aparece la estructura etarea de cada prestador. En el mismo se observa que las IAMC presentan un porcentaje de afiliados mayor de 65 años, superior al de la población en su conjunto y al del resto de los prestadores, *es decir las IAMC muestran una población más envejecida que la del resto de los prestadores privados y públicos.*

En el otro extremo se encuentra la masa de beneficiarios de Sanidad Militar, en la que las personas mayores de 65 años representan solamente un 6,7%.

Estructura etarea de los beneficiarios de cada prestador

Tramos de edad	Población Total	MSP	IAMC	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros	Sin Cobertura
0 a 15	25,1	36,4	15,4	29,9	28,8	18,8	27,9
16 a 55	52,9	45,7	56,4	56,9	52,4	57,5	58,7
56 a 65	9,2	6,8	11,8	6,5	8,7	11,0	7,0
Más de 65	12,8	11,1	16,3	6,7	10,1	12,8	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Censo de Población y Viviendas del año 1996

A efectos de contar con un indicador resumen de la estructura etarea de los distintos prestadores se estimó para cada uno de estos la edad media de sus beneficiarios. Esta surge de un promedio ponderado de la edad correspondiente al valor medio de cada uno de los intervalos de edades que se consideran en el cuadro precedente, usándose como ponderadores, el peso relativo que el intervalo de edad tiene en el total. En la medida que el último intervalo de edad es abierto, es decir no tiene límite superior, para el cálculo se consideró como límite superior la esperanza de vida al nacer. En el cuadro que aparece a continuación se presentan los resultados obtenidos.

**Edad promedio de los beneficiarios de cada prestador
Año 1996**

	Población Total	MSP	IAMC	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros	Sin Cobertura
	35,1	30,8	39,6	31,0	33,0	37,4	31,5

Fuente: Elaboración propia en base a información del Censo de Población y viviendas de 1996

Si se analiza la cobertura por grupo de edad resaltan tres fenómenos: a) el 50% de la población del país menor a 15 años tiene su cobertura principal en el MSP, b) el 60% de la población mayor de 65 años tiene su cobertura principal en el sistema IAMC, c) la participación relativa del grupo de personas sin cobertura va disminuyendo sistemáticamente con la edad, véase cuadro siguiente.

Cobertura principal según tramo de edad

	Población Total	MSP	IAMC	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros	Sin Cobertura
0 a 15	100,0	49,6	29,1	5,1	2,1	0,9	13,2
16 a 55	100,0	29,3	50,1	4,5	1,8	1,3	13,0
56 a 65	100,0	25,1	59,9	3,0	1,7	1,4	8,9
Más de 65	100,0	29,4	59,9	2,2	1,4	1,2	5,8

Fuente: Censo de Población y Viviendas del año 1996

Cálculo del impacto que tienen las estructuras etareas sobre el costo promedio de los distintos prestadores

En los cuadros precedentes se observa que existen diferencias en las estructuras etareas de los diferentes efectores. Esto como es sabido, tiene un impacto en los costos promedio en los que estos deben incurrir para brindar atención, ya que, existe una relación entre el costo en atención médica promedio esperado y la edad.

Esto implica, que parte de las diferencias en los costos por beneficiario que se observan entre prestadores pueden venir dadas por los diferenciales que se verifican en las estructuras etareas. Es decir, a igualdad de condiciones, como pueden ser modelo asistencial, nivel salarial, modelo de gestión, etc, se observarían diferencias en los costos medios de las instituciones, o en los costos medios de una institución a lo largo del tiempo, en la medida que las estructuras etareas de las distintas instituciones sean diferentes o se modifiquen a lo largo del tiempo.

Para aislar el efecto etareo en los costos asistenciales de las instituciones, se aplicó a las estructuras etareas observadas, los costos relativos asociados a cada una de las franjas de edad, de forma de poder obtener luego un promedio ponderado de estos costos, representativo del costo promedio por beneficiario de la institución.

A estos efectos se emplearon los siguientes valores:

A) Surgen de “ Informe de análisis de la utilización por franja de edades” , 1997, realizado por Tea Deloitte & Touche.

Franja de edad	Costo relativo Según edad
0 a 15 años	1,34
16 a 55 años	1,00
56 a 65 años	1,98
Más de 65 años	3,30

B) Surgen del estudio “ Planos de Saúde Privados, Níveis de cobertura, Gestao de custos“ , 1996.

Franja de edad	Costo relativo Según edad
0 a 12 años	0,75
13 a 21 años	0,81
22 a 44 años	1,00
45 a 59 años	1,56
60 a 70 años	2,75
Más de 70 años	5,49

C) Surgen del estudio “ Financiamiento de la Salud en la Tercera Edad”, Cuadernos de Economía N° 134, 1998, R. Fischer et. al.

Franja de edad	Costo relativo Según edad
0 a 1 años	1,31
2 a 17 años	0,5
18 a 44 años	1,00
45 a 59 años	1,61
Más de 60 años	3,42

A partir de la información de los costos diferenciales por tramo etareo y la participación relativa de los mismos en cada efector se estimó el costo esperado por beneficiario para cada prestador. Se asume en forma implícita entonces, a los efectos de esta estimación, que la única diferencia en costos se refiere a la que provoca la estructura de edades.

Se tomó como referencia al MSP asignándose un valor de 100,0. Un valor superior a 100,0, como por ejemplo 106,8 en el caso de las IAMC para los valores A), significa un costo esperado promedio superior, al del MSP en un 6,8%, explicado exclusivamente por la existencia de estructuras etareas diferentes.

**Costos relativos por afiliado de los diferentes efectores según su estructura etarea
Año 1996**

	MSP	IAMC	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros	Sin Cobertura
A)	100,0	106,8	91,2	97,9	101,3	90,6
B)	100,0	123,8	89,7	101,1	112,6	88,6
C)	100,0	126,0	94,5	104,3	116,5	94,8
Promedio	100,0	118,9	91,8	101,1	110,1	91,3

Fuente: Elaboración propia

Del cuadro precedente se desprenden las siguientes conclusiones:

* Partiendo de la base del diferencial de costos *asociado exclusivamente a la estructura de edades*, tenemos que los beneficiarios de las IAMC presentan el mayor costo por afiliado. Considerando el valor promedio que surge de las distintas estimaciones que se presentan en el cuadro precedente, tenemos que el mismo es un 18,9% superior al que corresponde a los beneficiarios del MSP. *Esto quiere decir, que de traspasar por ejemplo, la masa de beneficiarios del MSP a las IAMC, el costo promedio de los afiliados de estas últimas, en función al rejuvenecimiento de sus afiliados sería de 111,3, es decir disminuiría en un 6,4%.*

Este porcentaje surge de realizar el siguiente cálculo:

$$(1.500.000*118,9+1.000.000*100)/2.500.000 = 111,3$$

* La masa de beneficiarios con mayor costo promedio en función a su estructura etarea, luego de la de las IAMC, es la correspondiente a "Otros". En este concepto se incluyen los seguros privados no IAMC.

* La estructura etarea de las personas que declaran no tener cobertura, da lugar al menor costo promedio.

En síntesis, la información sobre cobertura muestra un fenómeno de selección adversa que hace que los prestadores privados concentren un riesgo asociado a la edad, superior al que concentran los servicios públicos, y el correspondiente al conjunto de personas que declara no tener cobertura.

GASTO Y FINANCIAMIENTO

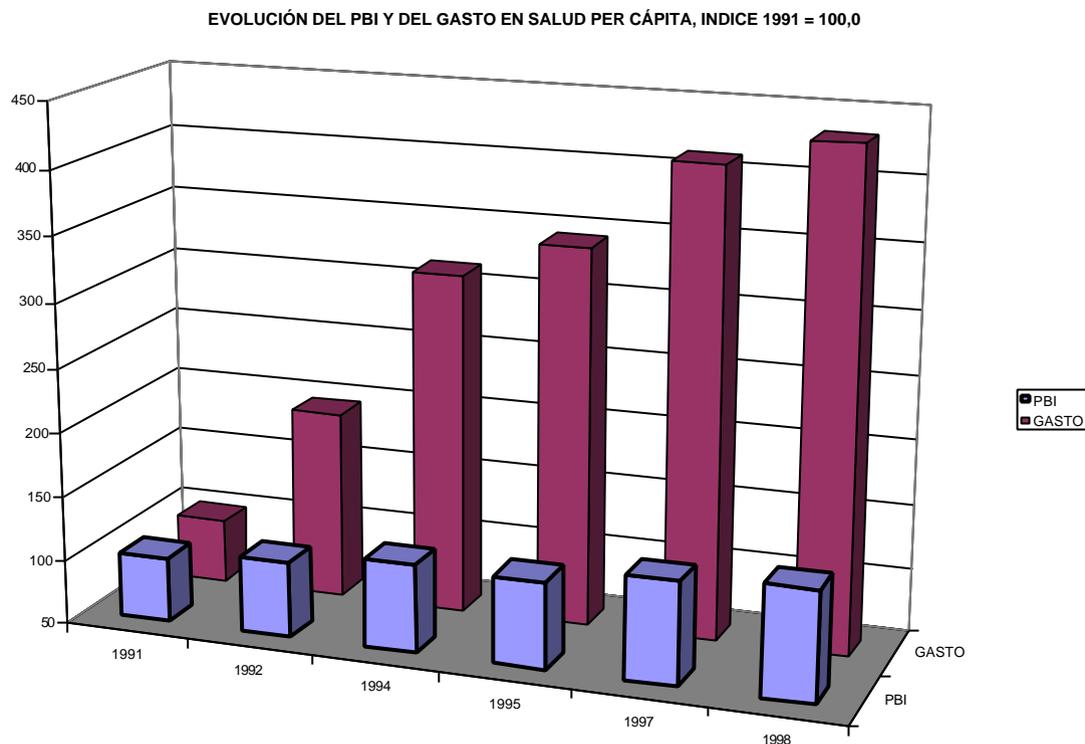
EL GASTO

El gasto en salud de Uruguay es comparable en términos de su participación en la generación de valor agregado del conjunto de la economía al que realizan en promedio los países industrializados, y superior al que realizan los países de la región, representando en nuestro país aproximadamente un 10% desde mediados de los noventa, véase el cuadro siguiente. *Desde este punto de vista el gasto puede considerarse elevado.*

El gasto en salud de Uruguay 1987-1995

Año	Población En miles	Gasto en Salud (Millones US\$)	Gasto en Salud (% del PBI)	Gasto en Salud Per cápita US\$
1987	2.995	482	6,5	161
1991	3.078	807	8,0	261
1992	3.098	979	8,3	316
1994	3.141	1.589	9,8	506
1995	3.162	1.745	10,0	552
1997	3.265	2.163	10,0	662
1998	3.289	2.292	10,2	697

Fuente: Proyecto FISS-MSP



Sin embargo, una forma alternativa de evaluar la magnitud del gasto en salud que realiza el país consiste en calcularlo en función del gasto por habitante. Al considerar este indicador, Uruguay se distancia de los países industrializados, gastando 697 dólares en promedio por habitante en el año 1998, cifra inferior a lo que se observa en los países industrializados, no pudiéndose afirmar entonces, en forma definitiva, que el gasto resulte excesivamente elevado en términos comparativos.

Cabe remarcar que en estas comparaciones no se hace referencia alguna a las necesidades en materia asistencial que pueden venir dadas por las diferencias de cargas de morbilidad existentes entre países, ni a los resultados obtenidos, lo que las limita en forma importante.

De lo anterior se desprende que a partir de la comparación internacional no se puede inferir en forma concluyente acerca de lo excesivo o no del gasto en salud de nuestro país.

No obstante, lo que sí puede afirmarse es que la velocidad a la que ha venido creciendo el gasto en salud en los últimos años puede resultar insostenible en el tiempo.

Esta afirmación surge por un lado, del análisis comparativo de la tasa de crecimiento del PBI de nuestra economía con las tasas de crecimiento que se observan en el gasto en

salud, y por otro lado, del estudio de la evolución que se observa en la participación que el gasto en salud viene teniendo en el gasto total de los hogares en nuestro país.

En el cuadro siguiente se presenta la evolución del PBI de la economía a precios constantes, y del gasto en salud, tomando como base el año 1991.

ÍNDICES BASE 1991 = 100,0
Precios constantes

AÑO	PRODUCTO BRUTO INTERNO	GASTO TOTAL EN SALUD
1991	100,0	100,0
1992	108,0	108,0
1994	118,7	131,1
1997	129,6	152,6
1998	135,3	161,8

La tasa de crecimiento promedio del PBI entre los años 1991 y 1998 fue de 4,4% anual, mientras que el gasto en salud creció a una tasa promedio anual de 7,1%. *A efectos de dar una idea del orden de magnitud del efecto de este diferencial de tasas, puede decirse que de proyectarse en forma mecánica estas tasas en el tiempo, al cabo de 90 años el gasto en salud alcanzaría al 100% del producto del país.*

PARTICIPACIÓN DE LOS DISTINTOS RUBROS DE LA CANASTA DE CONSUMO

	1985	1997
TOTAL	100,0	100,0
ALIMENTOS Y BEBIDAS	39,9	28,5
VIVIENDA	17,6	13,2
<i>CUIDADOS MÉDICOS</i>	<i>9,25</i>	<i>14,3</i>
TRANSPORTE Y COMUNIC	10,4	14,3
ENSEÑANZA	1,3	4,28
OTROS	21,5	25,4

FUENTE: INE

La participación del rubro cuidados médicos en los egresos de los hogares, ha aumentado entre los años 1985 y 1997 un 54,6%. No parece razonable plantear que la participación relativa de este rubro siga creciendo en el futuro en la misma proporción. *De proyectarse para el futuro en forma mecánica el crecimiento observado entre 1997 y 1985, se llegaría a que al cabo de 54 años, la totalidad del gasto de las familias se destinaría al rubro Cuidados Médicos.*

Este incremento en el gasto en salud se da en un contexto caracterizado por:

- ⇒ Número de habitantes casi constante. Un incremento en la cantidad de habitantes podría estar en la base de un crecimiento del gasto en salud.
- ⇒ Sin modificaciones importantes en la morbilidad de la población, salvo la que se desprende de la tendencia al envejecimiento de la población, lo que afecta los gastos asistenciales.
- ⇒ Sin modificaciones importantes en la cantidad de personas con derechos de atención (cobertura formal). Para una población determinada, el crecimiento del gasto en salud podría responder a un incremento en el porcentaje de la población con derechos adquiridos.
- ⇒ Sin modificaciones importantes en la estructura institucional de la cobertura en el período considerado. La aparición de nuevos servicios que provocan sustitución, en la medida que los costos sean diferentes en cada efector, podría explicar el incremento del gasto. También podría explicar el crecimiento del gasto la aparición de nuevos servicios que en lugar de sustituir complementan los servicios que brindan otros efectores, como puede ser por ejemplo las emergencias. En este sentido cabe mencionar la importancia que tiene la incorporación de nuevas técnicas a comienzos de los 90 en el FNR.

- ⇒ Sin modificaciones importantes en el paquete de prestaciones que se incorporan en los distintos tipos de cobertura.
- ⇒ Sin modificaciones importantes en los resultados obtenidos, evidenciándose más bien una tendencia negativa en los resultados obtenidos.
- ⇒ Con algunos indicios de existencia de demanda insatisfecha.

Estructura institucional del gasto

Para poder identificar factores que explican el crecimiento del gasto se describe a continuación la estructura institucional del gasto. Desde este punto de vista tenemos que el gasto público en salud representó en el año 1995² un 28,6% del gasto total en salud del país. A su vez, un 60% del gasto en salud del Sector Público se concentraba en el MSP, como surge del cuadro que se presenta a continuación.

El gasto privado, en el que se incluyen los gastos efectuados por las IAMC, los seguros privados parciales e integrales, el gasto en medicamentos comprados en farmacias externas y la compra directa de servicios de salud por parte de las familias, fue en 1995 de 1.272 millones de dólares, lo que equivale a un 71,4% del gasto en salud total del país (ver el mismo cuadro).

El gasto del sistema IAMC representó en 1995 un 49,6% del gasto total en salud del país, lo que equivale a 5 puntos del PBI.

Mientras que a nivel del sistema IAMC su participación en el gasto total coincide con el porcentaje de población afiliada (aproximadamente 50% en los dos casos), para ASSE-MSP se observa que mientras este da cobertura a un 34% de la población, su participación en el gasto total en salud es de 15%. *Por ende, el gasto medio es menor en ASSE-MSP en relación al sistema IAMC.*

² Último año para el que contamos con información acerca del gasto total del país, clasificada institucionalmente.

Estructura Institucional del Gasto
Valores expresados en miles de dólares
Año 1995

Total del gasto	1.781.293	100,0		
Sector público	509.280	28,6	100,0	
Acciones a la población	40.679	2,3	8,0	
MSP	31.733	1,8	6,2	
Ch de lucha contra en cáncer	2.884	0,2	0,6	
Ch por salud cardiovascular	140	0,0	0,0	
Ch lucha contra la hidatidosis	827	0,0	0,2	
Ch de lucha antituberculosa	5.095	0,3	1,0	
Acciones a las personas	468.601	26,3	92,0	100,0
ASSE	266.726	15,0	52,4	56,9
DNSFFAA	33.269	1,9	6,5	7,1
DNSP	22.743	1,3	4,5	4,9
HHCC	28.065	1,6	5,5	6,0
BPS	40.167	2,3	7,9	8,6
BSE	23.755	1,3	4,7	5,1
ANCAP	9.842	0,6	1,9	2,1
IMM	7.244	0,4	1,4	1,5
FNR	36.141	2,0	7,1	7,7
ANP	649	0,0	0,1	0,1
Sector privado	1.272.012	71,4		100,0
IAMC	883.915	49,6		69,5
FNR	68.890	3,9		5,4
Seg parc emerg mov	104.237	5,9		8,2
Seg parc médicos quir	7.679	0,4		0,6
Seg parc odontológicos	44.868	2,5		3,5
Farmacias externas	114.703	6,4		9,0
Casas de salud y residen	6.434	0,4		0,5
Caja notarial	6.359	0,4		0,5
Asist estrict privada	34.927	2,0		2,7

Fuente: El Gasto en Salud en Uruguay, Años 1994-1995, (1996)

Además de evaluar el nivel de gasto es relevante para analizar la evolución futura del sector, estudiar la tendencia que se observa en el tiempo en la evolución de los distintos componentes institucionales del gasto. Para realizar este análisis existe la dificultad de no contar en el país con información sistemática y homogénea, la información disponible es fragmentaria y no homogénea.

Para poder realizar el análisis de la tendencia del gasto en salud en la última década se construyó una serie con información acerca del gasto del sistema IAMC, de ASSE y del

FNR, los que según la información disponible para el año 1995 representan un 72,8% del gasto total. Para estos tres prestadores se cuenta con información confiable que surge para las IAMC del SINADI, para ASSE de la Contaduría General de la Nación y para el FNR de información contable del propio FNR.

Es importante destacar que al igual que lo que sucede con estimaciones que se han realizado en trabajos previos, al sumar todos los egresos de estos efectores se pueden estar duplicando algunos gastos. Esto se debe a que existe entre los mismos ventas de servicios. No obstante, dado que lo que interesa es analizar la tendencia del gasto y no su nivel, y en la medida que no se observen modificaciones en el peso relativo de estas duplicaciones, las estimaciones de la tendencia, que es lo que se quiere estimar, no se ven afectadas.

**Gasto de los principales prestadores
en millones de dólares corrientes**

Año	IAMC	MSP	FNR	SUB-TOTAL	TOTAL
1991	333	142	33	508	807
1992	440	168	45	653	979
1993	557	247	63	867	n.d.
1994	708	283	82	1.073	1.589
1995	838	261	113	1.212	1.745
1996	902	277	127	1.306	n.d.
1997	966	291	132	1.389	2.163
1998	1.012	314	149	1.475	2.292

Fuente: IAMC-SINADI, MSP-Contaduría General de la Nación y FNR

De la comparación de la evolución del gasto entre 1991 y 1998, entre el sistema IAMC y el MSP se desprende comportamientos dispares que no son explicados por modificaciones en el número de beneficiarios de cada subsistema.

**Evolución del gasto en pesos constantes
Índice 1991 = 100,0**

Año	IAMC	ASSE-MSP	FNR	SUB-TOTAL
1991	100,0	100,0	100,0	100,0
1992	114,1	105,3	121,4	112,1
1993	120,5	131,0	143,8	125,0
1994	133,9	132,7	165,5	135,6
1995	138,2	125,6	201,6	138,8
1996	142,4	112,3	221,6	139,1
1997	147,7	116,7	227,7	144,2
1998	152,7	125,9	257,2	152,0

Fuente: SINADI, Contaduría General de la Nación y FNR

Tasas anuales de variación del gasto a precios constantes

Año	IAMC	ASSE-MSP	FNR	SUB-TOTAL
1992	14,1	5,3	21,4	12,1
1993	5,6	24,4	18,4	11,5
1994	11,1	1,3	15,1	8,5
1995	3,2	-5,3	21,8	2,4
1996	3,0	-10,6	9,9	0,2
1997	3,7	3,9	2,7	3,7
1998	3,4	7,9	12,9	5,4
Promedio Anual	6,2	3,3	14,4	6,2

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro precedente se observa que las tasas de crecimiento del gasto de las IAMC después de ser superiores al 10% en 1992 y 1994, se estabilizan en valores cercanos al 3% en el período 1995-1998. En el FNR se observan tasas de crecimiento del gasto superiores al 15% entre 1992 y 1995

Explicación de las tasas de crecimiento

Para las IAMC

Existen una serie de factores que afectan la evolución de los egresos de las IAMC que pueden ser considerados que son en buena medida independientes de las acciones llevadas

adelante por las mismas. Es decir, son factores ajenos a la propia dinámica de las IAMC pero que inciden en forma significativa en sus egresos. Dentro de este grupo de factores puede considerarse la morbilidad de la masa de afiliados y los precios relevantes del sector, salarios y medicamentos.

Morbilidad

La cantidad de beneficiarios no explica la evolución de los egresos de las IAMC ya que en el período se mantiene prácticamente constante el número de beneficiarios.

Sin embargo, la morbilidad de la masa de afiliados se modificó debido al envejecimiento progresivo que se observa en el conjunto de afiliados al sistema, el que es superior al del conjunto de la población.

Si se toma como índice de envejecimiento de la población beneficiaria del sistema IAMC la participación de afiliados mayor de 65³ años sobre el número total de afiliados, tenemos que el mismo pasó de representar un 12,0% en el año 1990, a representar un 16,6% en el año 1998, es decir se observa un incremento del índice de envejecimiento del 38,3% para el total del país.

Si se analiza en forma separada la situación de Montevideo y del Interior, se observa que el índice aumentó un 43,1% en el Interior y un 37,6% en Montevideo. A pesar de este diferencial, la población de Montevideo es más envejecida que la del Interior, véase el cuadro que se presenta a continuación.

³ Sería conveniente haber trabajado con más de un grupo de edad para los mayores de 65 años, sin embargo la información empleada para estas estimaciones proviene del SINADI y en el mismo no se cuenta con esta información.

**Participación de la población mayor de 65 años
en el total de afiliados al sistema IAMC
En porcentajes**

	Montevideo	Interior	Total
1990	13,3	9,5	12,0
1991	14,1	9,1	12,4
1992	14,4	10,2	12,9
1993	15,2	11,2	13,8
1994	15,3	11,9	14,1
1995	16,2	12,4	14,8
1996	17,3	12,9	15,7
1997	17,8	13,1	16,1
1998	18,3	13,6	16,6

Fuente: SINADI

Este incremento de la participación de la población mayor de 65 años incide en la evolución de los costos del sistema IAMC. A efectos de cuantificar este impacto se toma como referencia un costo promedio para las personas mayores de 65 años 3 veces superior al costo correspondiente a los afiliados menores de 65 años⁴.

⁴ Esto es coincidente con en estudios realizados para otros países, y con los que se han realizado para el caso uruguayo.

**Estimación del impacto en los costos del sistema del envejecimiento
de la masa de afiliados
Total del país**

	Porcentaje Afiliados mayor 65 años	Porcentaje Afiliados menor 65 años	Evolución Del Gasto Por envejecimiento
1990	12,3	87,7	124,7
1991	12,7	87,3	125,5
1992	12,9	86,6	126,7
1993	13,4	85,7	128,5
1994	14,3	85,5	128,9
1995	14,9	85,1	129,9
1996	15,8	84,2	131,7
1997	16,2	83,8	132,4
1998	16,7	83,3	133,4
% var. 98-90			6,9

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI
y parámetros internacionales

Del cuadro precedente se desprende que un 6,9% del 52,7% que crecen en términos reales los egresos de las IAMC entre 1991 y 1998 se puede asignar a un incremento de la morbilidad de la masa de afiliados asociada al envejecimiento de la misma.

**Estimación del impacto en los costos del sistema del envejecimiento
de la masa de afiliados
Montevideo**

	Porcentaje Afiliados mayor 65 años	Porcentaje Afiliados Menor 65 años	Evolución Del Gasto Por envejecimiento
1990	13,3	86,7	126,6
1991	14,1	85,9	128,2
1992	14,4	85,6	128,8
1993	15,2	84,8	130,4
1994	15,3	84,7	130,6
1995	16,2	83,8	132,4
1996	17,3	82,7	134,6
1997	17,8	82,2	135,6
1998	18,3	81,7	136,6
% var. 98-90			7,9

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI
y parámetros internacionales

**Estimación del impacto en los costos del sistema del envejecimiento
de la masa de afiliados
Interior**

	Porcentaje Afiliados Mayor de 65 años	Porcentaje Afiliados Menor de 65 años	Evolución Del Gasto Por envejecimiento
1990	9,5	90,5	119,0
1991	9,1	90,9	118,2
1992	10,2	89,8	120,4
1993	11,2	88,8	122,4
1994	11,9	88,1	123,8
1995	12,4	87,6	124,8
1996	12,9	87,1	125,8
1997	13,1	86,9	126,2
1998	13,6	86,4	127,2
% var. 98-90			6,9

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI y parámetros internacionales

Las remuneraciones

Las remuneraciones presentan una tendencia creciente en el período, mismo si se considera un período de tiempo más extenso.

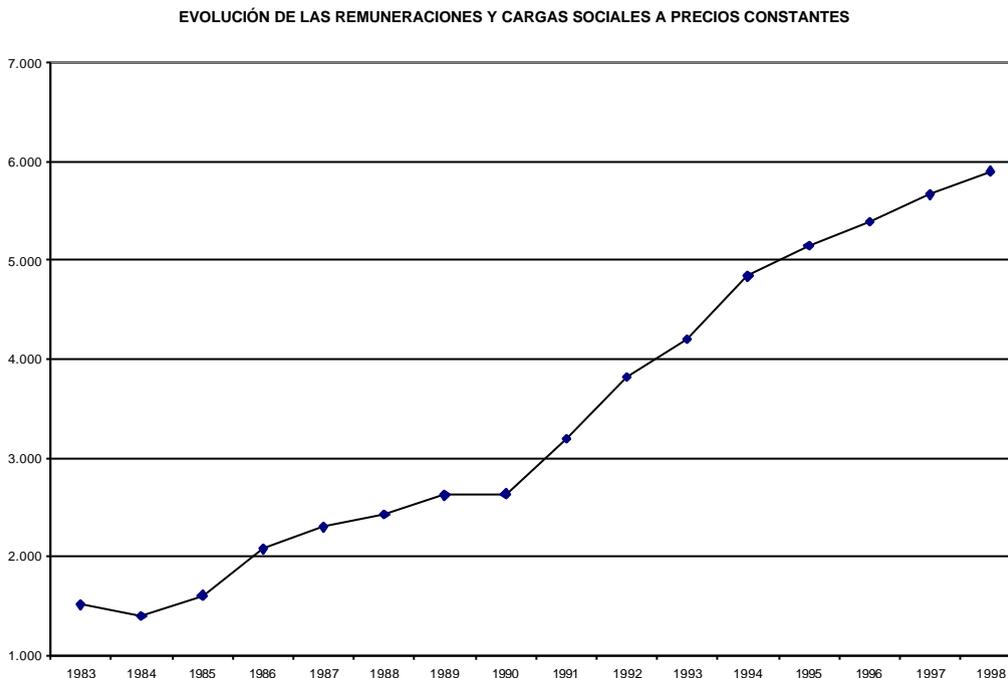
Desde el punto de vista de los cargos por médico, puede afirmarse que los mismos se mantienen a pesar de que el número de médicos crece en forma constante. O sea se observa en la explicación del crecimiento de la masa salarial del sector tanto un efecto precio como un efecto cantidad.

Participación de las Remuneraciones y Cargas Sociales en los Egresos

Años	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
	41,6	39,9	41,7	46,6	48,0	47,9	49,9	49,9
Años	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
	52,3	53,0	54,5	55,8	56,8	56,5	56,0	55,7

Fuente: SINADI

El aumento de la participación de las remuneraciones y cargas sociales en los egresos totales en el período 1983-1998 se da simultáneamente con un crecimiento de los egresos, lo que significa que las remuneraciones crecieron más en el período que los egresos.

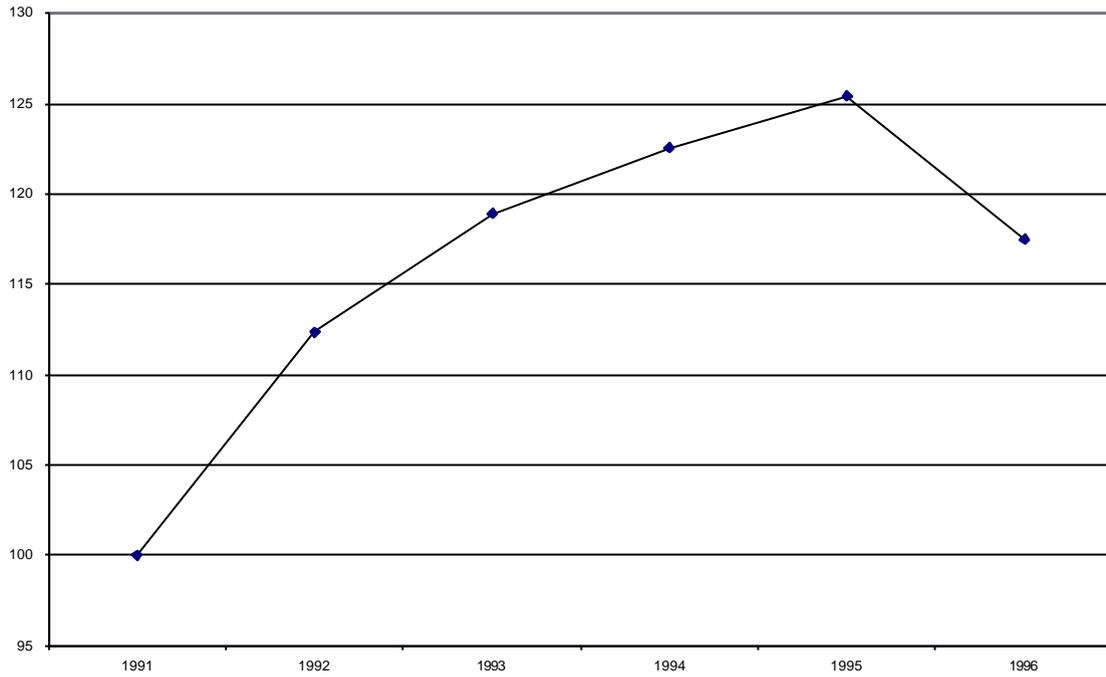


El precio de los medicamentos

A principios de los noventa se observa un incremento importante en el precio de los medicamentos

Por carecer de información no se puede analizar el efecto cantidad y el efecto diversificación, por ejemplo, la medicación vinculada al SIDA.

ÍNDICE DEL PRECIO REAL DE LOS ANTIBIÓTICOS
BASE 1991=100,0

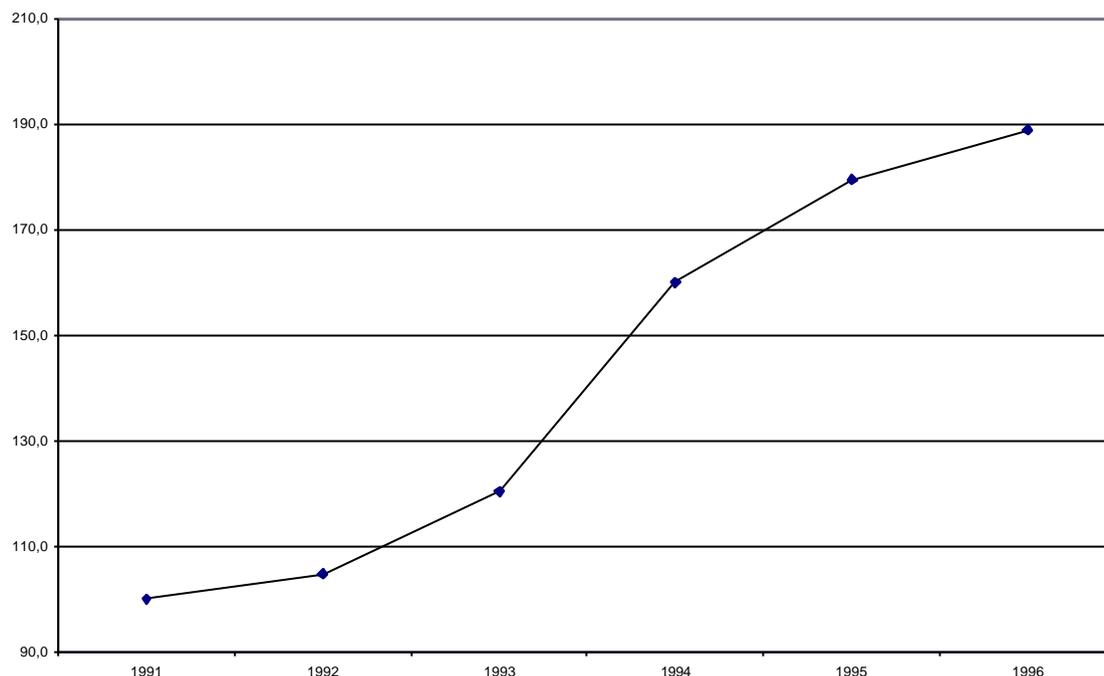


Índice del precio real de medicamentos

Años	Antibióticos	Sicofármacos
1991	100,0	100,0
1992	112,4	104,7
1993	118,9	120,5
1994	122,6	160,1
1995	125,5	179,6
1996	117,5	189,0

Fuente: INE

ÍNDICE DEL PRECIO REAL DE LOS SICOFÁRMACOS
1991=100,0



Fondo Nacional de Recursos

Los factores explicativos del importante crecimiento del gasto del FNR son:

- ⇒ La incorporación de nuevas técnicas a la cobertura del FNR
- ⇒ El incremento en el número de actos por cada técnica
- ⇒ El crecimiento en términos reales del valor unitario correspondiente a cada técnica

A continuación se analiza para un conjunto de técnicas seleccionadas el impacto que sobre la variación de los egresos de las mismas tuvieron por un lado la evolución de la cantidad de actos y por otro lado la evolución del precio que se paga por cada acto. Los cálculos se efectúan considerando los egresos y los precios de cada técnica deflactados por el Índice de Precios al Consumo, es decir se trata de variación reales.

De la observación de los cuadros que se presentan a continuación con los resultados de las estimaciones no se desprende la existencia de un patrón de comportamiento

homogéneo para todas las técnicas, ni para cada una de las técnicas en los distintos períodos de tiempo analizados.

Por ejemplo, al considerar el período 1981-1997, en el caso de los marcapasos y de la prótesis de cadera predomina el efecto cantidad tiene una ponderación sustantivamente superior que en el caso de las hemodinamias y las cirugías cardíacas .

Marcapasos

**Descomposición de las tasas de variación de los egresos totales en precios y cantidades
Para períodos seleccionados**

	1981-1997	1981-1986	1987-1992	1993-1997
Variación de los egresos reales	4,59	7,11	20,68	4,00
Variación de las cantidades	4,91	11,02	8,83	-4,36
Variación del precio real unitario	-0,30	-3,52	10,89	8,74

Fuente: Elaboración propia en base a información del FNR

Hemodinamias

**Descomposición de las tasas de variación de los egresos totales en precios y cantidades
Para períodos seleccionados**

	1981-1997	1981-1986	1987-1992	1993-1997
Variación de los egresos reales	14,64	28,77	20,73	19,16
Variación de las cantidades	9,29	9,33	9,03	14,55
Variación del precio real unitario	4,89	17,78	10,72	4,02

Fuente: Elaboración propia en base a información del FNR

Cirugías cardíacas

Descomposición de las tasas de variación de los egresos totales en precios y cantidades

Para períodos seleccionados

	1981-1997	1981-1986	1987-1992	1993-1997
Variación de los egresos reales	12,43	1,77	24,16	42,85
Variación de las cantidades	8,54	9,45	8,87	11,46
Variación del precio real unitario	3,59	-7,02	14,05	28,16

Fuente: Elaboración propia en base a información del FNR

Prótesis de cadera

Descomposición de las tasas de variación de los egresos totales en precios y cantidades

Para períodos seleccionados

	1981-1997	1981-1986	1987-1992	1993-1997
Variación de los egresos reales	4,85	-6,59	18,54	27,45
Variación de las cantidades	5,22	6,82	2,64	9,27
Variación del precio real unitario	-0,35	-12,56	15,49	16,64

Fuente: Elaboración propia en base a información del FNR

FINANCIAMIENTO

Dada la importancia del gasto y su tendencia al crecimiento, es importante analizar lo que ocurre con el financiamiento del mismo. La característica central de la estructura de financiamiento del gasto en salud de nuestro país es su complejidad.

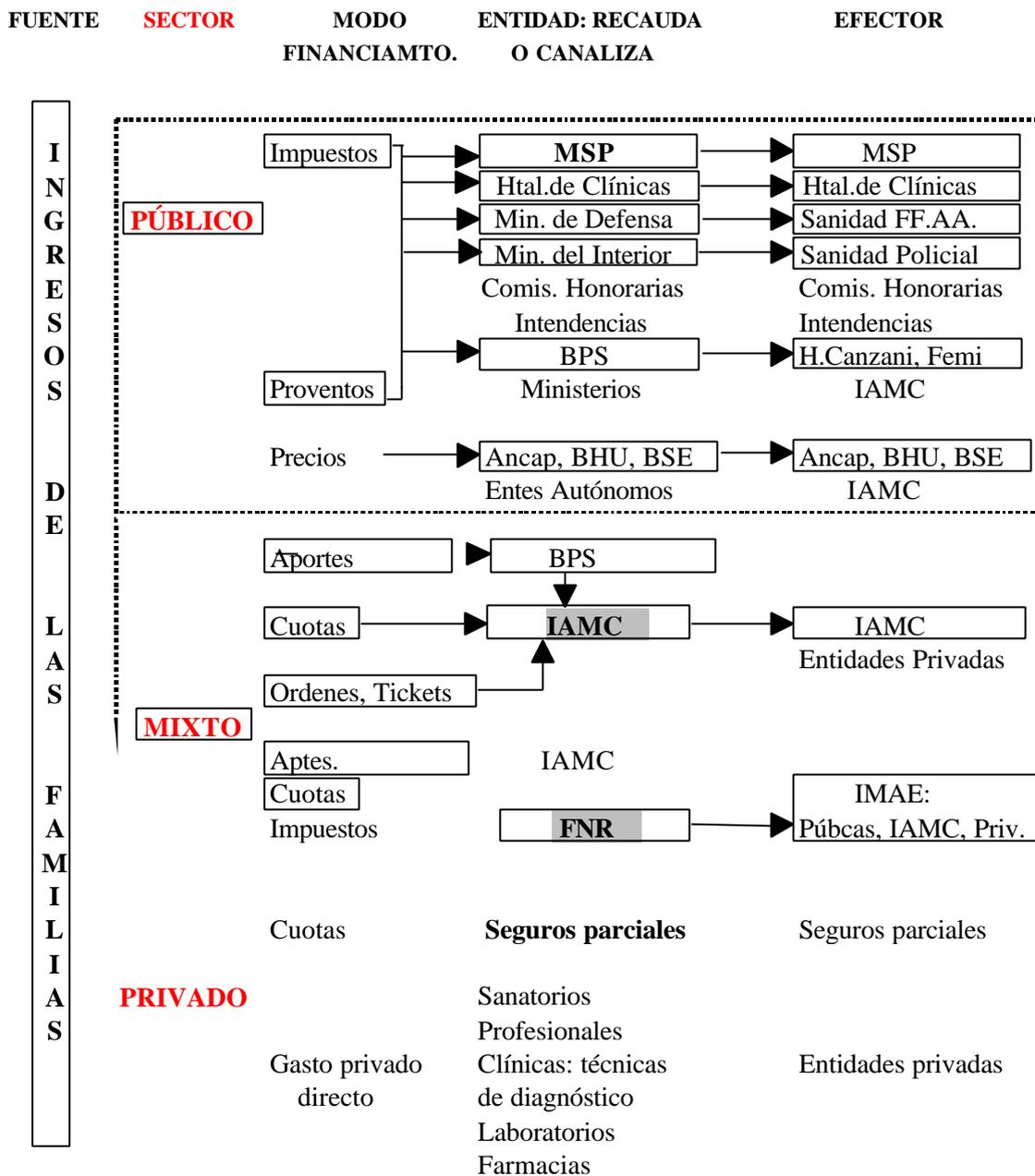
Existe una multiplicidad de fuentes que vuelcan recursos al sector, muchas veces superpuestas, de origen público, privado o mixto. Se presentan a su vez una gran cantidad de modalidades de financiamiento: impuestos, proventos, precios, aportes de los trabajadores, aportes de usuarios, primas, y pagos directos de bolsillo, las cuales imprimen al mecanismo de financiamiento una gran complejidad.

Esta diversidad de fuentes y modalidades provoca a su vez serias dificultades para esclarecer cuales son los principios que contempla este mecanismo de financiamiento.

El impacto en la equidad - como uno de los principios rectores de los sistemas de salud - desde el punto de vista económico financiero del sector, requiere, para una primer aproximación, de un análisis integral del impacto del gasto y de su financiamiento sobre el bienestar de la población que recibe los servicios y los financia de un modo u otro. La complejidad que caracteriza a la actual estructura a través de la cual fluyen los recursos desde las familias hacia los prestadores y la cobertura que éstos otorgan a cambio a la población hace que sea prácticamente imposible identificar en que grado este modelo del sector salud contribuye efectivamente a mejorar la equidad entre la población.

En el cuadro siguiente puede observarse de modo gráfico el nivel de complejidad y fragmentación que presenta el sistema de salud uruguayo a nivel institucional, de fuentes de financiamiento y de canales de gasto de los recursos involucrados.

ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD



El peso relativo del Estado en el sector salud es diferente si se considera el gasto que realiza en su papel de proveedor de servicios, que si se considera su papel como agente financiador. En este último caso hay que tener en cuenta que además de financiar el gasto que realiza en su carácter de prestador casi en un 100%, se debe incluir su papel como agente financiador en lo que hace a las afiliaciones al sistema IAMC a través del BPS, y en lo que hace al financiamiento del gasto en medicina altamente especializada a través del FNR. Si esto se tiene en cuenta, la participación del Estado en el sector salud aumenta sustancialmente. Esto se analiza posteriormente.

La principal fuente de ingresos del Sector Público lo constituyen los impuestos, los que representan un 88% del total de las fuentes de ingresos. La principal fuente de financiamiento del sector privado está constituida por las cuotas y los precios (co -pagos o tasas moderadoras), tal como puede observarse en el siguiente cuadro.

Estructura de modalidades de financiamiento

**En %
Año 1995**

	Impuestos	Precios	Proventos	Cuotas	Total
Sector Público	25,2	2,5	0,9		28,6
MSP	16,1		0,7		16,8
HC	1,5		0,1		1,6
SFFAA	1,6	0,3	0,0		1,9
Sanidad Policial	1,0	0,3			1,3
FNR	2,0				2,0
Otros Públicos	3,0	1,9	0,1		5,0
Sector Privado		29,3		42,1	71,4
IAMC		11,4		38,2	49,6
FNR				3,9	3,9
Otras privadas		17,9			17,9
Total General	25,3	31,8	0,9	42,1	100,0

Estructura de financiamiento de los principales componentes del subsector público
Año 1995
En % del total del financiamiento

	Impuestos	Proventos	Ret. Retribuciones	Total
ASSE	96,0	4,0	0,0	100,0
Sanidad FFAA	83,0	1,0	16,0	100,0
Sanidad Policial	79,0	0,0	21,0	100,0
Hospital de Clínicas	95,0	5,0	0,0	100,0

Fuente: El Gasto en Salud en Uruguay, Años 1994-1995, (1996)

Análisis de la participación relativa del Estado en el financiamiento del sector

Es habitual asociar la participación del sector público en el financiamiento del sector exclusivamente con el gasto que realizan los prestadores públicos. Sin embargo, el sector público financia también actividades asistenciales del sector privado. Por ejemplo, financia los actos de medicina altamente especializada llevados a cabo por IMAE privados, o por ejemplo descuenta del salario de los trabajadores del sector privado un porcentaje que luego emplea para pagar a las IAMC por la atención de estos trabajadores.

A continuación se presenta un cuadro donde se clasifica en una matriz de dos por dos el gasto y el financiamiento entre sector público y privado.

Participación de los Sectores Público y Privado en el Financiamiento y la Provisión de Servicios de Salud
En % del gasto total en salud del país
Año 1995

		<i>PROVISIÓN</i>													
		Pública	Privada												
F	I	N	A	O	MSP-ASSE	16,6	IAMC	15,3							
					P	HHCC	1,5	FNR	5,6						
					ú	BPS	2,3								
					b	BSE	1,3								
					l	FNR	0,3								
					i	DNSFFAA	1,9								
					c	DNSP	1,3								
					o	OTROS	1,0								
					C	TOTAL	26,2	TOTAL	20,9	47,1					
					I	A	M	I	E	N	T	O	d	o	MSP-ASSE
HHCC	0,1	SEGUROS PARCIALES													
P	DNSFFAA	0,0	EMERG. MÓVILES	5,8											
r			MÉD. QUIR.	0,4											
i			ODONTOLÓGICOS	2,5											
v			FARMACIA	6,4											
a			CASAS DE SALUD	0,4											
			ASIST. E. PRIVADA	2,0											
			CAJA NOTARIAL	0,4											
		0,8	TOTAL	52,2											53,0
		27,0		73,1	100,0										

Fuente: Elaboración propia

Al considerar la participación del Estado como agente financiador su participación aumenta en forma significativa en relación a la que tiene como agente prestador. Como prestador el Estado representa un 27%, en tanto que como financiador representa un 47,1%.

EQUIDAD⁵

1. Cobertura y condición socio económica

A pesar de que es reconocido que en Uruguay existe un alto porcentaje con cobertura formal, la población sin cobertura se concentra en los sectores socio económicos más vulnerables, los sectores de bajos ingresos y los desocupados. En Montevideo este fenómeno es más importante que en el Interior.

⁵ No existe en nuestro país un análisis acerca de la distribución del gasto total en salud por niveles de ingreso.

**Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud
según grandes áreas y tramos de ingresos de los hogares
Año 1997**

	Total	No tiene	IAMC Af. Indiv.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS	100,0	5,6	30,4	16,7	33,1	11,0	3,2
0 a 1.000	100,0	17,1	6,8	1,4	73,3	0,8	0,6
1.001 a 3.000	100,0	8,7	13,4	3,7	69,1	2,4	2,7
3.001 a 5.000	100,0	6,5	19,4	8,8	54,9	6,9	3,5
5.001 a 10.000	100,0	5,9	25,9	15,8	35,8	13,3	3,2
10.001 a 15.000	100,0	5,4	35,0	23,0	18,6	14,2	3,7
15.001 a 20.000	100,0	4,1	45,9	24,8	8,3	13,8	3,1
20.001 a 30.000	100,0	2,4	53,5	26,2	5,5	10,2	2,1
30.001 y más	100,0	2,0	60,6	25,0	0,9	8,2	3,2
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
0 a 1.000	100,0	24,5	16,4	1,8	56,4	0,9	0,0
1.001 a 3.000	100,0	14,3	24,4	3,4	51,1	3,6	3,2
3.001 a 5.000	100,0	8,9	30,3	9,6	40,8	6,8	3,5
5.001 a 10.000	100,0	6,8	36,2	17,8	23,8	11,8	3,5
10.001 a 15.000	100,0	4,9	40,1	25,2	13,6	12,3	3,9
15.001 a 20.000	100,0	3,5	48,2	25,7	6,9	13,2	2,4
20.001 a 30.000	100,0	1,8	55,6	27,1	2,4	11,2	2,1
30.001 y más	100,0	1,0	60,6	25,0	1,0	9,2	3,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

**Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud
según grandes áreas y grupos de población.
Año 1997**

	Total	No tiene	IAMC Afiliac. Indiv.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS	100,0	5,6	30,4	16,7	33,1	11,0	3,2

Menores de 14 años	100,0	5,2	30,6	0,4	47,9	11,6	4,3
Inactivos	100,0	4,6	46,4	1,2	34,9	9,2	3,6
Ocupados	100,0	5,7	18,0	39,3	22,0	12,7	2,2
Desocupados	100,0	14,2	22,0	5,1	48,4	6,5	3,8
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
Menores de 14 años	100,0	5,5	46,8	0,4	31,2	11,6	4,6
Inactivos	100,0	4,1	63,3	1,3	18,0	9,8	3,4
Ocupados	100,0	5,3	23,5	44,9	12,1	11,9	2,4
Desocupados	100,0	17,6	32,2	7,2	31,4	6,7	4,9
Interior	100,0	5,6	21,5	13,7	44,9	11,1	3,2
Menores de 14 años	100,0	5,0	19,5	0,3	59,4	11,6	4,1
Inactivos	100,0	5,0	33,5	1,2	47,8	8,8	3,7
Ocupados	100,0	6,1	13,0	34,2	31,2	13,4	2,1
Desocupados	100,0	11,1	12,3	3,1	64,5	6,3	2,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Los cuadros precedentes corresponden a lo que se puede denominar “cobertura formal”, la que se asocia con la existencia de un derecho adquirido para hacer uso de los servicios que brindan las distintas instituciones médicas.

No obstante, puede no existir una correspondencia entre la existencia de estos derechos y su utilización. Esto es probable que suceda cuando para poder hacer uso del derecho asistencial, es necesario asumir un costo, ya sea este pecuniario o no. Como ejemplo de los primeros, puede citarse la existencia de pagos de tasas moderadoras (denominados co - pagos) para la atención ambulatoria en el sector privado IAMC.

Tal como fuera mencionado anteriormente, estas tasas moderadoras se introducen para evitar la utilización innecesaria de los servicios que brindan estas instituciones. Pero con el tiempo este objetivo se ha ido desnaturalizando, siendo en la actualidad una fuente importante de ingresos para el sistema mutual.

Si se analiza la estructura de ingresos del sistema IAMC se observa que los co - pagos moderadores de la demanda incrementan su participación en el tiempo, pasando de representar en el año 1991 un 8,7% a un 11,1% en 1997.

2. Diferenciales en el gasto por beneficiario según prestador

En este cuadro se calcula el gasto por beneficiario de los dos principales efectores del país ASSE y sistema IAMC (estos representan aproximadamente el 90% de la cobertura total del país), no se incluyen los otros debido a que para estos no nos fue posible conseguir información confiable ya sea de gasto o de número de beneficiarios.

El cálculo que se realiza es dividir el gasto de estos efectores para el año 1995 (fuente trabajo del FISS-MSP) entre el número de beneficiarios. El número de beneficiarios del sistema IAMC surge del SINADI (Sistema Nacional de Información). El correspondiente a ASSE es una estimación que surge de la Encuesta Continua de Hogares. No se cuenta en el país con información precisa acerca del número de beneficiarios de ASSE.

Del cuadro se desprende que en el sector privado (IAMC) se gasta por beneficiario más del doble de lo que se gasta en el sector público (ASSE).

Gasto por beneficiario según prestador

	Personas	Gasto total en Miles de US\$	Gasto por benefic en US\$
DNSFFAA	210.000	33.269	158,4
DNSP	110.000	22.743	206,7
MSP	1.026.100	266.726	259,9
IAMC	1.556.200	883.915	568,0
ANCAP	6.200	9.842	1587,4

Para la interpretación del cuadro precedente deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- El número de beneficiarios empleado corresponde a la cobertura formal. Puede suceder que personas con derechos adquiridos para atenderse en un determinado prestador, hagan uso de los servicios de otro prestador. Por ejemplo, puede suceder que un conjunto de la población de bajos ingresos con derechos adquiridos en el sistema IAMC, debido a los copagos, haga uso de los servicios de ASSE-MSP. De verificarse esto último el gasto por beneficiario del sistema IAMC estaría subestimado.

- La información sobre población beneficiaria empleada no incorpora el fenómeno de la doble cobertura

- La población con derechos adquiridos para atenderse en ASSE también tiene derecho de atención en el Hospital de Clínicas. Esto implica que el gasto por beneficiario de ASSE podría estar subestimado por este concepto.

- El gasto por beneficiario del sistema IAMC se obtuvo de dividir el gasto de las IAMC entre el número de beneficiarios del sistema. Sin embargo en los gastos se incluyen también aquellos vinculados a la venta de servicios a terceros y que no están por lo tanto relacionados con la atención a los beneficiarios.

- Algunos de los efectores que forman parte del cuadro, brindan cobertura parcial a un porcentaje de su población.

3. Acceso diferencial a la medicina altamente especializada

Entre las fundamentaciones para la creación del I FNR se planteaba la necesidad de dar acceso a toda la población del país, independientemente de su nivel de ingreso a la medicina altamente especializada. A 20 años de la creación del FNR existe información suficiente para evaluar en que medida su existencia ha permitido lograr este objetivo.

Para realizar esta evaluación se analizó el origen institucional de los usuarios del FNR, clasificados entre IAMC y MSP. La información obtenida se resume en el cuadro siguiente. En la primer columna aparece el número de actos realizados por técnica, discriminando entre pacientes del sistema IAMC y pacientes del MSP.

En la segunda columna aparece el gasto total asociado a cada técnica para el año 1997. Los valores están en precios corrientes de 1997.

En la tercer columna se discrimina el gasto total por técnica entre IAMC y MSP, empleando para esto la participación relativa en el número de actos de la primer columna.

En la cuarta columna se calcula el gasto por técnica por beneficiarios. En esta se observa que a excepción de las técnicas vinculadas a problemas renales y tratamiento de quemados, en las demás el gasto de los beneficiarios del sistema IAMC es notoriamente superior al correspondiente a los beneficiarios del MSP. En el caso de las litotricias y la prótesis de rodilla, el gasto es 200% superior.

Si se toma en cuenta el conjunto de las técnicas que forman parte de la cobertura del FNR se tiene que se gasta en promedio por cada beneficiario del sistema IAMC un 37,6% más de lo que se gasta en los beneficiarios del MSP.

**Número de actos según origen del beneficiario
en porcentajes
Año 1997**

	IAMC	MSP	TOTAL
	%	%	%
Diálisis	59,1	40,9	100,0
DPCA	56,4	43,6	100,0
T Renales	46,9	53,1	100,0
Quemados	19,6	80,4	100,0
Marcapasos	74,1	25,9	100,0
Litotricias	83,5	16,5	100,0
P Rodilla	83,6	16,4	100,0
P Cadera	74,5	25,5	100,0
TMO	73,0	27,0	100,0
Hemodinamias	73,4	26,6	100,0
Angioplastias	79,3	20,7	100,0
C Cardiacas	72,6	27,4	100,0
Cardiodesf	80,6	19,4	100,0

Fuente: Fondo Nacional de Recursos

Gasto por técnica según origen de los pacientes
Gasto por beneficiario
Año 1997
En US\$

	Gasto por beneficiario	
	IAMC	MSP
Dialisis	135,1	141,5
DPCA	9,8	11,5
T Renales	4,6	7,8
Quemados	5,9	36,5
Marcapasos	28,9	15,3
Litotricias	23,3	7,0
P Rodilla	10,9	3,2
P Cadera	31,9	16,6
TMO	20,5	11,5
Hemodinamias	28,7	15,8
Angioplastias	61,2	24,2
C Cardiacas	174,3	99,9
Cardiodesf	6,0	2,2
Promedio	58,1	42,7

Fuente: Fondo Nacional de Recursos

El valor esperado del gasto del FNR destinado a un beneficiario del sector privado es un 37,7% superior al valor esperado del gasto por beneficiario, para aquellos que provienen del sector público. Si se observa a nivel de cada técnica, a excepción de la diálisis, trasplantes renales y quemados, en todas las demás el gasto esperado por beneficiario del sector privado es sustantivamente superior.

¿Cómo se explican estos diferenciales? La información disponible no permite identificar en forma absoluta las causas, no obstante, según la opinión de informantes calificados se estaría ante un problema de acceso para los beneficiarios del sector público, y eventualmente un exceso por encima de lo necesario en el caso de los beneficiarios del sector privado.

Es importante saber si esta constatación está asociada exclusivamente al año analizado, último para el que contamos con toda la información para realizar los cálculos, o si por el contrario este valor es representativo del funcionamiento del FNR a lo largo del tiempo. A continuación se presenta un cuadro con el gasto promedio por beneficiario de cada subsector en dólares corrientes. Como estas estimaciones son sensibles al número de beneficiarios que se considera en cada caso, y como no existe información oficial al respecto, se incluye en el cuadro los valores de población beneficiaria empleados.

Evolución del gasto del FNR por beneficiario según origen
En dólares corrientes
Años seleccionados

Año	Número de beneficiarios		Gasto por beneficiario		Diferencial
	IAMC	MSP	IAMC	MSP	
1981	1.200.000*	900.000*	5,86	3,14	86,9
1985	1.279.696	920.000*	5,70	3,30	72,4
1988	1.471.860	950.000*	8,37	5,99	39,8
1991	1.518.959	980.000*	13,90	9,20	51,1
1993	1.510.816	1.000.000*	17,60	5,99	193,9
1995	1.506.349	1.000.000*	45,51	30,10	51,2
1997	1.534.565	1.000.000*	58,07	42,70	36,0
Promedio					75,9

* valor estimado

Fuente: Elaboración propia en base a información del FNR y SINADI

4. Tasas de mortalidad infantil y nivel de ingresos

Tasas de mortalidad infantil cada 1.000 nacidos vivos

	MSP – HC	IAMC
1981	50,7	13,4
1984	44,4	13,8
1987	33,8	12,7
1991	25,0	13,8
1995	22,6	11,7
1996	19,5	10,4

Fuente: MSP

COMPORTAMIENTO DE ALGUNAS VARIABLES SELECCIONADAS DEL ÁREA ASISTENCIAL

Disponibilidad de camas

Puede observarse una tendencia decreciente en cuanto al número de camas disponibles en el sector, excepto en los hospitales del Interior. Este comportamiento resulta un poco paradójico si se retoma lo analizado en el capítulo del MSP donde se constataba una bajísima ocupación de la capacidad instalada en los hospitales departamentales. El descenso en el número de camas en el subsector IAMC es mucho más marcado comparado con el sucedido en las dependencias de ASSE.

Evolución del número de camas: ASSE-IAMC

	1992	1996	% variación
ASSE			
Montevideo ag	1744	1477	-15,3
interior	3171	3346	5,5
total	4915	4823	-1,9
IAMC			
Montevideo	2116	1646	-22,2
interior	1261	876	-30,5
total	3377	2522	-25,3

Disponibilidad de camas cada 1000 beneficiarios

Si se compara la disponibilidad de camas en relación a la población beneficiaria ha descendido en ambos subsectores y para los dos regiones consideradas: capital e interior del país. Las variables que pueden estar influyendo en la variación de este indicador además de la dotación de camas ya descrita, son por un lado cambios en la población beneficiaria la cual en el sector IAMC se ha mantenido bastante estable en ambas regiones, por lo que la menor disponibilidad de camas para asistir la misma población usuaria se explica por un lado por un mejor desempeño en el uso del recurso cama, fundamentalmente el porcentaje de ocupación como puede observarse en la siguiente tabla, y por otro, el desarrollo de nuevas alternativas a los tratamientos con internación como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria, entre otras.

	1991	1998	% variación
ASSE			
Montevideo ag	6,5	4,6	-29,2
interior	4,0	3,6	-10,0
total	7,5	6,2	-17,3
IAMC	1992	1996	
Montevideo	2,1	1,7	-20,8
interior	2,4	1,6	-32,6
total	2,2	1,6	-25,3

Desempeño del recurso cama en dependencias de ASSE y las IAMC

	% ocupacional	prom estada	% ocupacional	Prom estada
	1992	1992	1996	1996
ASSE				
Montevideo agudos	80,8	13,7	82,0	11,8
Interior	50,0	6,8	52,4	6,6
IAMC				
Montevideo	73,1	5,3	87,9	5,1
Interior	49,4	4,0	80,7	4,1

Es más difícil evaluar el comportamiento de los beneficiarios en ASSE, aunque la escasa información disponible indicaría un leve incremento de la población cubierta a través de este proveedor. Para el año '98 la ocupación de los hospitales en el interior sigue siendo realmente baja (alrededor del 50%), manteniéndose un elevado porcentaje ocupacional en la capital y una mejora en el promedio de estadía, aunque sigue siendo muy superior al de las IAMC.

Población a cubrir, distribución del gasto, y producción de servicios por ASSE y las IAMCs.					
	% de cobertura	% del gasto	% de consultas	% de egresos	% de cirugías
	censo 1996	1995	no urgentes (1996)	1996	1996
ASSE	41,5	23,2	36,4	39,7	26,7
IAMC	58,5	76,8	63,6	60,3	73,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: los datos sobre cobertura del Censo 1996; la producción de ASSE del Proorreco; y la producción de las IAMC de Estadísticas de Salud 1998 MSP-FISS.

Para evaluar si existe alguna relación entre recursos asignados y la producción de servicios asistenciales, se estima el peso relativo de cada efector considerando como universo (el 100% de la población analizada) los beneficiarios de ASSE y de las IAMC. Se constata cierta relación entre la producción de consultas médicas y egresos hospitalarios y la población

asignada en cada subsector; no sucede lo mismo en el caso de las cirugías con una producción casi tres veces superior en el sector privado para cubrir un número de beneficiario que no llega a ser un 50% mayor. En este último indicador (producción de cirugías) se observa una distribución entre ambos sectores similar a la que se produce con el gasto incurrido por los mismos.

Para poder analizar con más detalle la relación entre producción y beneficiarios se estiman tasas de utilización para la población suscrita a cada sistema.

Tasas de utilización de los beneficiarios de ASSE y las IAMCs en años seleccionados.				
	consultas por beneficiario *	egresos cada 1000 beneficiarios	cirugías cada 1000 beneficiarios	egresos CTI 1000 afiliados
ASSE				
1991	3,00	101,60	29,10	—
1997	3,90	95,40	26,70	—
IAMC				
1991	5,35	109,62	48,66	3,18
1997	5,06	110,22	57,19	7,61
* las no urgentes				

Más allá de la conocida dificultad para estimar la población beneficiaria de ASSE, el cuadro nos permite comparar el comportamiento diferente en cuanto a la utilización de cierto tipo de servicios. En este sentido se evidencia una similar utilización del área de internación para los beneficiarios de ambos subsistemas, pero un menor uso por afiliado a ASSE de la consulta médica (30% menos) aunque hubo un incremento de las mismas en el período analizado; con una notoria diferencia en la tasa de cirugías: 2 veces más elevada la utilización en el sector privado.

Tasas de utilización de los beneficiarios de ASSE y las IAMCs en Montevideo y el interior del país.				
año	consultas por beneficiario *	egresos cada 1000 beneficiarios	cirugías cada 1000 beneficiarios	egresos CTI 1000 afiliados
ASSE				
Montevideo	4,6	123,7	46,1	—
Interior	2,1	74	19,1	—
IAMC				
Montevideo	4,92	101,7	62,39	8,54
Interior	5,3	121	47,86	5,95

Puede resultar de interés comparar la utilización por región. Las consultas por beneficiarios son más bajas a nivel del interior y en usuarios de ASSE, no mostrando grandes diferencias entre los demás sectores analizados. El tema de los egresos es más difícil de evaluar debido al importante peso que tienen en el sector público las derivaciones del interior

(ver capítulo MSP); en el sector privado la utilización sería mayor en el Interior del país. Las tasas quirúrgicas muestran un comportamiento similar en ASSE y las IAMC en cuanto a su mayor utilización por los beneficiarios capitalinos, pero si se comparan los valores de las tasas son muy superiores en el sector privado con relación a ASSE para ambas regiones.

De acuerdo a los datos demo-epidemiológicos el peso de la enfermedad es mayor en los residentes de Montevideo, y es en la capital donde se produce un envejecimiento más marcado de su población. Esto podría justificar un mayor consumo de servicios asistenciales por parte de los residentes en la capital, aunque de todas maneras llama la atención que la demanda de consultas médicas y los egresos hospitalarios tengan un comportamiento tan diferente a las intervenciones quirúrgicas. Por ejemplo, la población más joven del interior del país y beneficiaria de las IAMC consulta y se interna más que en la capital, pero se opera menos y utiliza menos cuidados intensivos. Es evidente que no alcanzan las variables relacionadas con las necesidades en salud para explicar lo sucedido en cuanto a utilización de servicios médicos en los distintos efectores y regiones del país.

Evolución de la producción y el gasto durante el período 1992-1998				
	tasa promedio anual	tvma	tvma	tvma
	crecimiento del gasto	número de consultas	número de egresos	número de cirugías
ASSE	3,3	6,54	1,45	4,57
IAMC	6,2	-0,93	-0,15	2,99
tvma: tasa de variación media anual				

Si se compara la evolución del gasto por subsector y la producción de servicios a través de las respectivas tasas de variación media anual, nuevamente se constata la inexistencia de una relación directa entre gasto y producción. Se observa mayor crecimiento del gasto en el subsector privado con relación a ASSE, aunque no sucede lo mismo con la producción, que salvo para el caso de las intervenciones quirúrgicas las otras variables analizadas decrecen durante el período considerado.

Referencias Bibliográficas

Fischer, R. et. al. (1998). El financiamiento de la Salud en la Tercera Edad”, Cuadernos de Economía N° 134.

INE, Uruguay-Anuario Estadístico, varios años.

MSP, Estadísticas de Salud, Edición 1998, República Oriental del Uruguay.

MSP, “La Salud de Uruguay en Cifras”, Ediciones 1997 y 1998.