

Cuentas de Salud en Uruguay

Estado del Arte

6 de Junio de 2014

Laura Rivas

Unidad de Cuentas Nacionales de Salud
Área Economía de la Salud
Ministerio de Salud Pública – Uruguay
lrvivas@msp.gub.uy



Contenido de la presentación

- Uruguay
 - Datos generales
 - Reforma de la Salud
- Las Cuentas de Salud
- Antecedentes en Cuentas de Salud
 - CNS 2004
 - CNS 2005-2008
- Uso de la información de Cuentas
- Últimos avances: CNS 2009-2010 con cifras preliminares 2011-2012
 - Algunos resultados
 - Avances metodológicos
- Espacios para avanzar en el uso de la información de Cuentas

Uruguay

Datos generales

- **Población:** 3.404.189 (2014), 40% vive en Montevideo
- Baja **densidad poblacional** (19 hab./km²)
- **Pobreza:** 7,8% de los hogares (y 11,5% de las personas, 2013)
- **Desigualdad:** Índice de Gini = 0,384 (2013)
- **PBI:** 55 mil millones de dólares en 2013
- **Ingreso medio de los hogares:** U\$S 2.300 por mes (1º trim. 2014)
- **Tasa de desempleo:** 6,3% (marzo 2014; 1º trim: 6,7%)
- **Esperanza de vida al nacer:** 76,94 años (ambos sexos, 2014)
- **Tasa de mortalidad infantil:** 9,3 ‰ en 2012
- Principales causas de **mortalidad y morbilidad:** enfermedades crónicas no trasmisibles

Fuentes: INE, BCU, MSP

Uruguay

Reforma de la Salud (I)

Panorama previo a la Reforma

A grandes rasgos, dos subsistemas:

- Prestadores privados: IAMC (Sistema Mutual)
- Prestador público: ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado)

Cada uno cubría a la mitad de la población del país, pero con grandes diferencias en el presupuesto.

La cobertura en uno u otro dependía en gran medida del nivel de ingresos de los usuarios.

2004: menos del 20% de la población tenía cobertura de salud a través de la Seguridad Social.

La Reforma:

Cambio en el modelo de atención

- Para mejorar la calidad y acceso según necesidad, se privilegia el primer nivel, la promoción y la prevención (estrategia de APS).

Cambio en el modelo de gestión

- A nivel macro: la regulación del sector
- A nivel meso: cambios en la gestión de los prestadores de servicios de salud
- A nivel de microgestión: ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria.

Cambio en el modelo de financiamiento

- Mecanismos de solidaridad necesarios para lograr un acceso más equitativo que, a la vez, mejore la eficiencia en la asignación de recursos escasos.

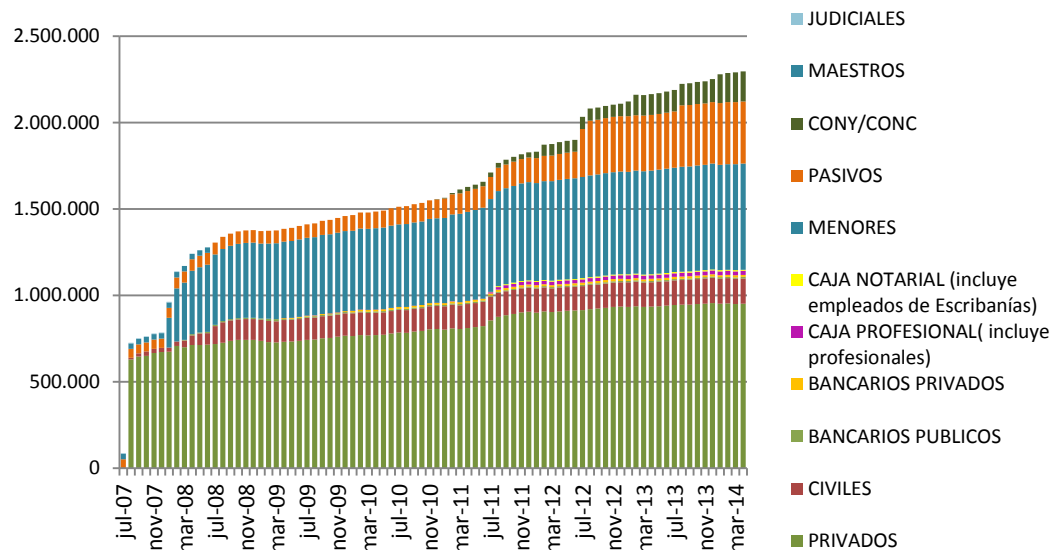
Uruguay

Reforma de la Salud (II)

Nuevo sistema de salud:

- Se propuso administrar riesgos y asegurar un financiamiento equitativo de los servicios de salud a través de subsidio de ingresos (de los individuos de altos ingresos hacia aquellos de bajos ingresos).

Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud



Se crea el FONASA: fondo público, obligatorio y centralizado

- Los usuarios aportan según ingresos y composición del núcleo familiar.
- El FONASA paga a los prestadores según riesgo de la población cubierta (cápitas según edad y sexo).

En abril de 2014: **67% de la población** del país tiene cobertura a través del **FONASA**.

Las Cuentas de Salud



Uno de sus objetivos: «Servir de herramienta para **producir datos útiles para el monitoreo y análisis del sistema de salud.**»

«Las cuentas de salud presentan una descripción sistemática de los **flujos financieros** relativos al **consumo de los bienes y servicios de salud**. Su intención es describir la salud desde la **perspectiva del gasto.**»

«Se espera que las cuentas de salud ofrezcan **insumos y nuevas herramientas analíticas que permitan monitorear y evaluar el desempeño de los sistemas de salud.**»

Manual SHA 2011

Antecedentes en Cuentas de Salud

CNS 2004

Intención principal: “identificar las distintas fuentes de financiamiento tras la crisis y cuantificar el gasto, así como conocer la participación de los distintos agentes del sistema de salud en la provisión de servicios y la forma en que estos se relacionan” (MSP, 2006).

- **Metodología:** Se retoman criterios de antecedentes (Trylesisnski).
- **Contexto:** cambio de gobierno. Asume el Frente Amplio y se propone una reforma del sistema de salud.
- **Principal necesidad:** diagnóstico sobre el modelo de financiamiento de la salud.
- **Además,** permitió conocer mejor los flujos de financiamiento y estructura de gasto de una multiplicidad de agentes del sistema.

CNS 2005-2008

- **Metodología** Se retoman criterios CNS 2004, SHA 1.0 y «Guía del Productor».
- **Contexto:** luego de algunos años del proceso de la Reforma.
- **Principal necesidad:** cuantificar los cambios en el sistema de salud derivados del cambio en el modelo de financiamiento.
- **Además,** permitió construir series del período 2004-2008.



Uso de la información de Cuentas

A nivel nacional:

Publicaciones y documentos MSP

- «Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud» (2010).
- «La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009»
- «Inequidades en el Sistema de Salud uruguayo» (2006).
- «Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay» (2010).
- «Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del MERCOSUR. República Oriental del Uruguay» (2013).



A nivel internacional:

- OMS
- BM

Últimos avances: CNS 2009-2010 con cifras preliminares 2011-2012

Algunos Resultados (I)

Gasto en Salud

Millones de pesos constantes de 2010

Año	Gasto en Salud	Gasto en Salud/PIB
2004	50.438	8,5%
2005	49.494	8,2%
2006	52.266	8,1%
2007	53.927	7,7%
2008	57.679	7,5%
2009	64.975	8,9%
2010	67.524	8,7%
2011*	73.318	8,8%
2012*	79.446	9,2%

* estimaciones preliminares

Dimensiones:

- Fuentes de financiamiento
- Agentes de financiamiento
- Proveedores
- Costos de los factores

Matrices:

- F-A
- AxP
- C-P

Algunas **precauciones** en la interpretación:

- Crecimiento del PIB
- Cambios metodológicos a partir de 2009

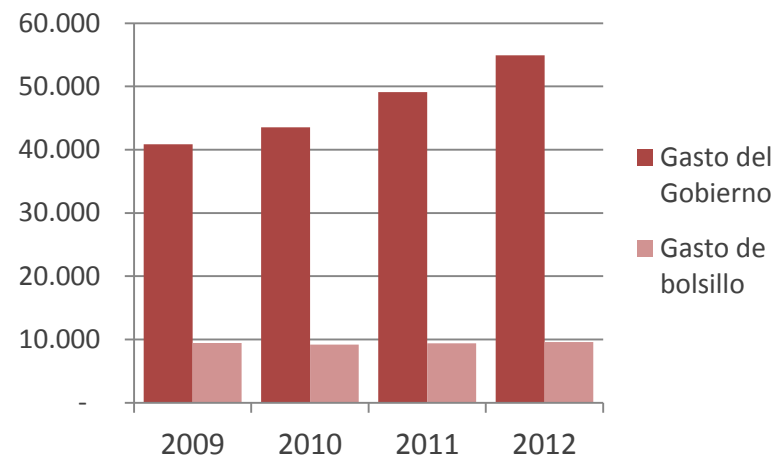
Últimos avances: CNS 2009-2010 con cifras preliminares 2011-2012

Algunos Resultados (II)

Gasto en Salud del Gobierno y Gasto de bolsillo

Millones de pesos constantes de 2010

Año	Gasto del Gobierno	Gasto de bolsillo
2009	40.857	9.426
2010	43.549	9.210
2011	49.119	9.396
2012	54.930	9.577



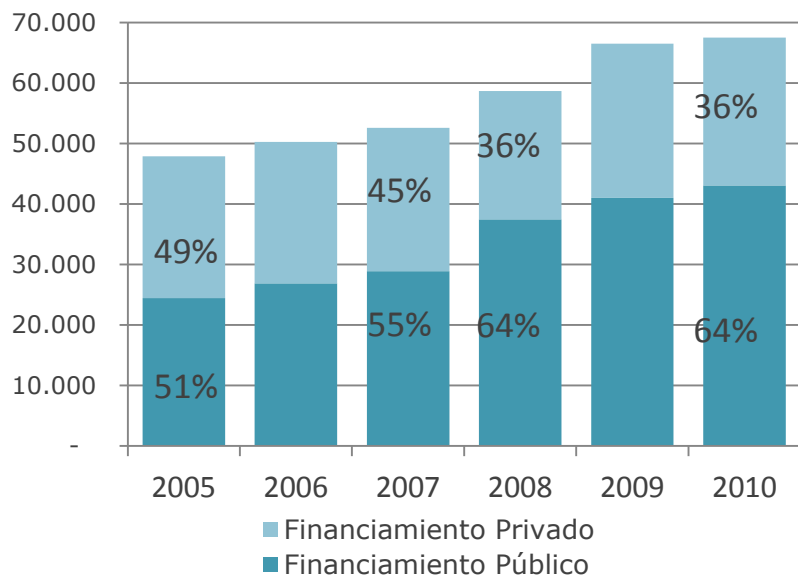
- **Gasto del Gobierno:** crece sostenidamente (en 2012 es 34% superior a 2009).
- **Gasto de bolsillo:** se mantiene (en 2012 es menos de 2% superior a 2009).

Últimos avances: CNS 2009-2010 con cifras preliminares 2011-2012

Algunos Resultados (III)

Gasto en Salud con Financiamiento Público y Privado

Millones de pesos constantes de 2010

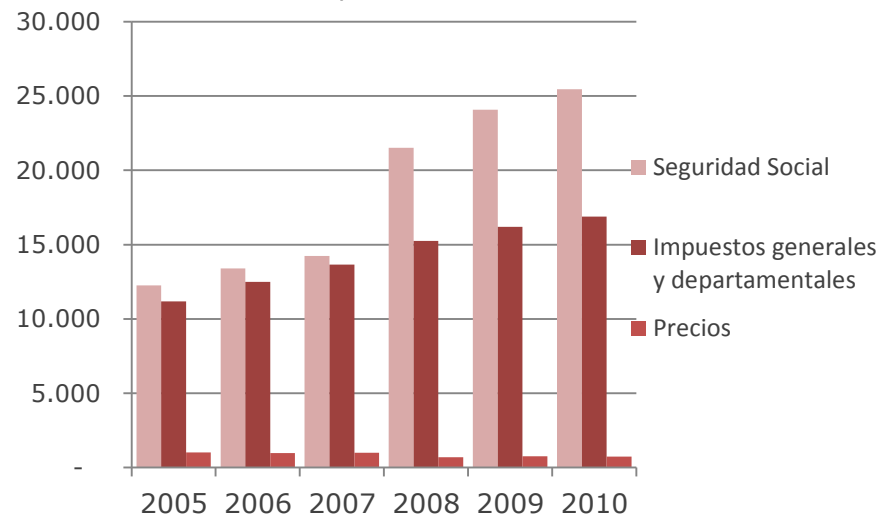


- La fuente pública que más crece es la **Seguridad Social**.

- Previo a la Reforma:** el gasto se financiaba con fuentes públicas y privadas en iguales proporciones.
- Luego de la Reforma:** 2/3 del gasto es financiado con fuentes públicas.
- La **estructura de financiamiento** introducida por la Reforma **se consolida** en el tiempo.

Gasto en Salud con Financiamiento Público

Millones de pesos constantes de 2010



Últimos avances: Metodológicos (I)

Proveedores

- Se resuelve duplicación en:
 - IAMC: venta de servicios
 - Seguros privados integrales: venta de servicios
 - Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) públicos
- Seguros parciales (emergencias médico móviles): cambio de fuente de información usada.
- Re- agrupación de organismos públicos en función de cambios en el sistema.

Clasificación y códigos ICHA

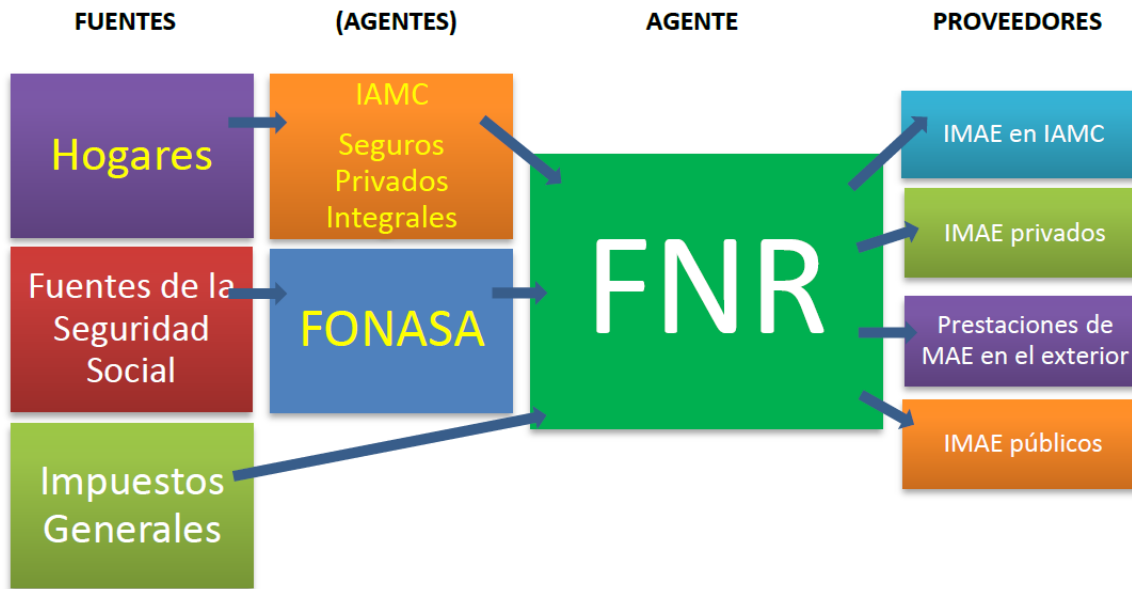
H.F.: re-clasificación agentes

R.C. y F.S.: re-codificación de algunos rubros

Gasto de bolsillo

- Principal limitación: solo se dispone de encuestas de gastos generales y la más reciente es pre-Reforma (2006)
- Una nueva fuente de información de medicamentos permitió mejorar parte de la estimación.
- 2014: Primera «Encuesta Nacional de Salud». Fuente de información sobre gasto en salud (fase actual: campo).

Últimos avances: Metodológicos (II) Ejemplo: Fondo Nacional de Recursos



- Se elimina el proveedor «IMAIE públicos» y el gasto se contabiliza junto con el gasto del proveedor público de que se trata (ASSE, Hospital de Clínicas).
- Al cruzar registros contables de los distintos prestadores involucrados (IAMC, FONASA, FNR) se detectaron inconsistencias entre las fuentes de información.
- Futuros avances: costos de los proveedores.

FNR: institución pública no estatal; brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo para toda la población residente en el país.

Los **procedimientos** se efectúan a través de los **IMAIE** (Institutos de Medicina Altamente Especializada), públicos o privados, habilitados por el MSP.

Los **medicamentos** se entregan directamente al beneficiario o son enviados a la institución médica que otorga la cobertura de asistencia al paciente.

Espacios para avanzar en el uso de la información de Cuentas

Gasto por funciones

- Incorporar esta dimensión permitirá monitorear el cambio en el modelo de atención.

Esquemas de financiamiento (SHA 2011):

- Monitorear de manera más directa el gasto de bolsillo y evaluar el impacto de las políticas de tasas moderadoras (o copagos) implementadas.

Gasto por **edad y sexo, ubicación geográfica.**

Remuneraciones: cruce con información de RRHH.

«Encuesta Nacional de Salud»

Tiene énfasis en gasto en salud y barreras al acceso.

- Permitirá correlacionarlas con estado de salud, cobertura, hábitos, nivel educativo, ingresos, etc.
- Insumo esencial para el diseño de las políticas de mejora en el acceso a los servicios y de avance en la protección financiera.
- Ofrecerá líneas de base para la evaluación de políticas.

Apropiación de la herramienta por parte de los propios efectores de salud.

Gracias por su atención



Laura Rivas
lrivas@msp.gub.uy