

VII. GASTO PÚBLICO SOCIAL

3. Salud

1) Evolución del gasto público en salud 2004-2016

En el primer periodo de gobierno frenteamplista se comenzó a gestar la reforma estructural de la salud, considerada una de las principales políticas sociales, basada esencialmente en el cambio del modelo de atención, en la universalización del acceso y en la generación de equidad del gasto y del financiamiento.

El diagnóstico del sector realizado previo a la implementación de la reforma describía un modelo de atención ineficiente, asistencialista, no equitativo e ineficaz.

La existencia de múltiples y diversos efectores de salud, en ocasiones superpuestos y con fuerte tendencia a la especialización médica, derivaba en que las unidades asistenciales estuvieran escasamente coordinadas entre sí, condicionando la existencia de calidad y eficiencia.

Los niveles de cobertura, la calidad y la cantidad de servicios que recibían los distintos segmentos de la población eran los problemas destacados a nivel de la atención sanitaria. El acceso a la salud no alcanzaba la universalidad y era la población más vulnerable (niños, adolescentes y ancianos) la que quedaba fuera del sistema. La mayoría de los trabajadores del Estado no estaban comprendidos en el seguro de enfermedad administrado por el BPS. En cuanto al colectivo formado por los pasivos, solo tenían la opción de recibir la cobertura de una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) aquellos de menores ingresos haciendo un aporte de 3% sobre su ingreso (Ley N° 16.713 de setiembre de 1995). En el año 2006, apenas el 20,5% de la población era usuaria de la ex-DISSE (Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad).

Por otra parte, los beneficiarios de los prestadores de salud no tenían conocimiento sobre las prestaciones a las cuales tenían derecho, ofreciendo las instituciones lo que “querían o podían” a sus usuarios. Asimismo, los medicamentos de alto costo no estaban financiados a pesar de la existencia del Fondo Nacional de Recursos (FNR), quedando librado su acceso a la capacidad financiera de las instituciones y de los beneficiarios.

Cabe resaltar que el sector salud es una actividad intensiva en mano de obra, por lo que los recursos humanos, sus decisiones y su desempeño dentro de la institución tienen grandes repercusiones en todo el sector. Previo a la reforma, este colectivo se caracterizaba por el multiempleo; la precariedad creciente, reflejada en la contratación fuera de la relación de dependencia y la constante disminución de la retribución horaria.

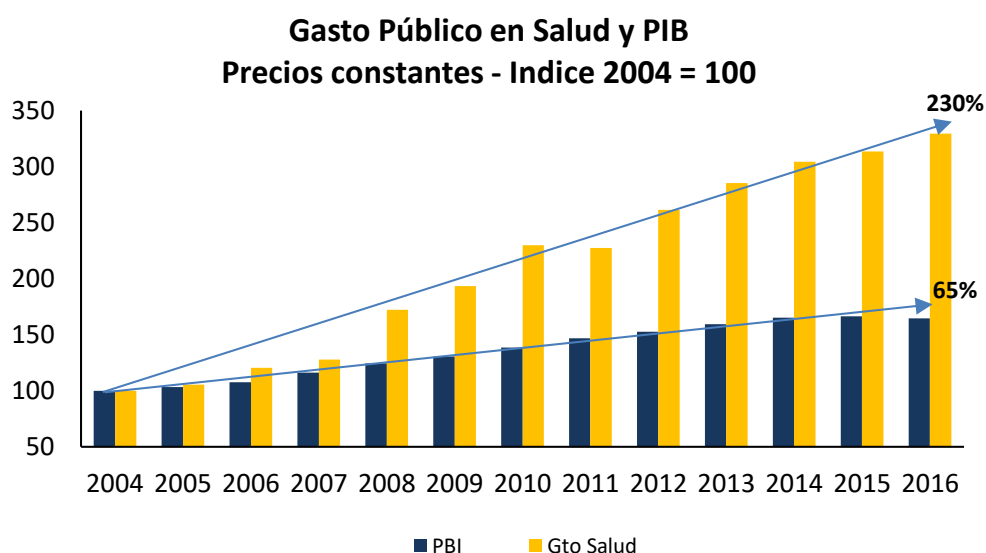
Bajo este contexto los primeros años del siglo XXI dejaron en evidencia una situación compleja en el sector salud de Uruguay, poniendo en serio riesgo la continuidad de la atención sanitaria de una parte importante de la población. Cabe mencionar que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) atravesó períodos de enormes restricciones presupuestarias y la calidad brindada a sus usuarios fue cuestionada en relación a la recibida por los afiliados del subsector privado.

A partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Seguro Nacional de Salud (SNS), la Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y su extensión por la Ley 18.731 de 7 de enero de 2011, se avanza en la integración de un sistema, caracterizado previamente por su fragmentación y segmentación. El aumento de afiliados por seguridad social, en detrimento del número de los afiliados que pagan su cuota de forma privada e independiente de su nivel de ingreso y de su riesgo sanitario, marca una mejora en la equidad, separando la capacidad de pago del acceso a la cobertura.

La prioridad establecida por el gobierno se vio reflejada tanto en el monto de recursos públicos asignados al sector, como en los incrementos previstos para los años sucesivos a la implementación de la reforma.

Los fondos públicos provenientes de rentas generales y aportes a la seguridad social destinados a salud representaron, en el año 2016, \$ 102.587 millones, lo que equivale a 6,5% del PIB. Esto significa un aumento de los recursos destinados a la salud de 0,4 % del PIB respecto a 2015, crecimiento que se suma al registrado durante los años previos. En efecto, durante el período 2004 a 2016 dichos fondos crecieron en términos reales a una tasa promedio anual de 10,8%, valor significativamente superior a la tasa de crecimiento del PIB, que ascendió a 4,3% promedio anual.

El mayor crecimiento relativo del gasto público en salud se verificó a partir del año 2008, con el comienzo de la implementación de la Reforma de la Salud, y el proceso de fortalecimiento presupuestal de ASSE. En este periodo se destaca el incremento registrado en el año 2008, vinculado fundamentalmente con el inicio de la implementación de la Reforma de la Salud. La incorporación de los pasivos a partir de julio de 2012, dispuesta por la Ley 18.731, constituyó otro hito importante.



Fuente: BPS y MEF

Al analizar el crecimiento del gasto público destinado a salud, surge como primer factor determinante el incremento de los recursos destinados a la cobertura del SNS. Estos recursos se multiplicaron por 5 en términos reales en el periodo considerado, pasando a representar del 36% del gasto en salud en 2004 al 53% en 2016. Este aumento deriva de la expansión en el número de personas con cobertura del SNS financiado a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que alcanzó en diciembre de 2016 a 2,5 millones de beneficiarios. De esta forma, dos millones de personas se incorporaron a la cobertura del Seguro entre 2004 y 2016.

En segundo lugar, se destaca el crecimiento en los fondos asignados a ASSE, que explica cerca del 30% del crecimiento total del gasto público en salud del periodo. Los fondos ejecutados por ASSE se triplicaron en términos reales entre los años 2004 -2016. Más adelante se analiza detalladamente la situación presupuestal de ASSE.

Principales Componentes del Gasto Público en Salud (*)										
Millones de pesos constantes de 2016										
	ASSE	MSP	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Hospital Clínicas	DISSE/FONASA	FNR	BPS	TOTAL	%PIB
2004	10.864	792	1.867	1.486	1.308	11.123	1.881	1.812	31.133	3,2%
2005	11.214	748	1.923	1.365	1.378	12.352	2.002	1.905	32.887	3,3%
2006	13.202	1.204	1.841	1.525	1.515	14.164	2.247	1.784	37.483	3,6%
2007	14.722	1.170	1.940	1.641	1.602	15.094	1.579	2.033	39.780	3,6%
2008	18.167	1.395	2.075	1.752	1.894	23.296	3.678	1.362	53.619	4,5%
2009	20.615	1.396	2.413	2.001	2.114	25.818	4.690	1.159	60.206	4,8%
2010	22.710	1.576	2.335	2.208	2.075	34.875	4.835	980	71.595	5,4%
2011	24.613	1.454	2.483	2.272	2.277	31.872	4.935	944	70.851	5,0%
2012	26.066	1.362	2.527	2.679	2.419	39.813	5.719	846	81.431	5,6%
2013	27.213	1.366	2.726	3.081	2.378	45.380	5.974	723	88.842	5,8%
2014	28.347	1.755	3.020	3.035	2.446	49.632	5.901	641	94.775	6,0%
2015	29.384	1.771	3.227	2.908	2.451	51.247	5.930	697	97.615	6,1%
2016	30.024	1.887	3.103	2.915	2.576	54.631	6.708	744	102.587	6,5%
<i>Var real 2016/2004</i>	<i>176%</i>	<i>138%</i>	<i>66%</i>	<i>96%</i>	<i>97%</i>	<i>391%</i>	<i>257%</i>	<i>-59%</i>	<i>230%</i>	
<i>Var real 2016/2015</i>	<i>2%</i>	<i>7%</i>	<i>-4%</i>	<i>0%</i>	<i>5%</i>	<i>7%</i>	<i>13%</i>	<i>7%</i>	<i>5%</i>	

(*) No se incluye el gasto en salud de los gobiernos departamentales. Dentro de BPS se incluye todo el gasto realizado en prestaciones de salud, sean estas brindadas por BPS o contratadas por el banco. La columna del FNR contiene los actos pagados desde RRG al FNR por beneficiarios de ASSE no FONASA y la transferencia desde el FONASA por sus beneficiarios.

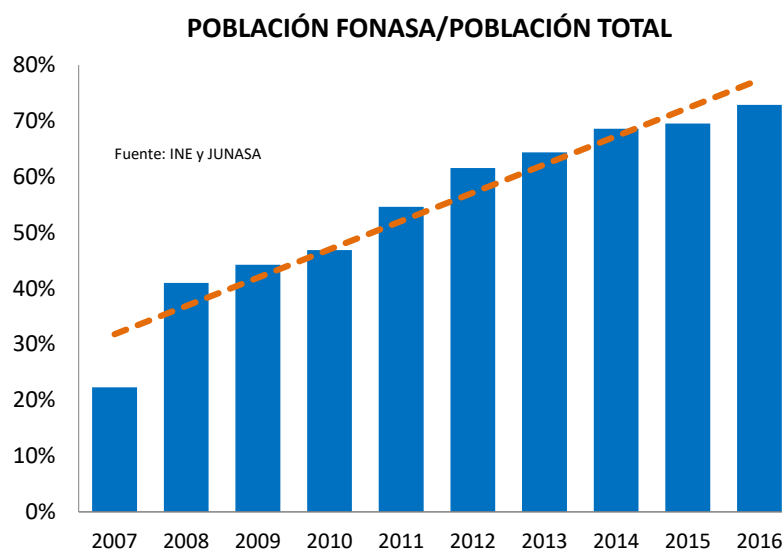
(**) Cabe destacar que la caída observada en el gasto de Sanidad Militar en el último año se explica en parte por la culminación en 2015 de un importante proyecto de infraestructura

La Reforma de la Salud también provocó un cambio en la estructura del gasto en salud en el periodo 2004-2016, aumentando el peso de la seguridad social (DISSE/FONASA), alcanzando su participación el 53% del total del gasto como fuera mencionado, creciendo casi un punto porcentual con respecto a 2015 por la incorporación de la totalidad de los pasivos al SNS en julio de 2016. Como contrapartida, disminuyó el gasto privado en salud, hecho que se explica por la incorporación al SNS de un número significativo de personas que eran afiliados individuales y colectivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Según datos administrativos, a fines de 2016 cerca de 170 mil personas estaban afiliadas a las IAMC en carácter individual o colectivo. Esta cifra representa un 76% menos de usuarios en relación a diciembre de 2007, según el tipo de afiliación señalado. Esto determinó una mejora en la equidad del gasto en salud, ya que al incorporarse al Seguro las personas aportan al financiamiento de su cobertura de salud en función de su nivel de ingresos.

Asimismo, como se observa en el cuadro anterior la evolución del gasto real en salud de BPS descendió cerca de 60% en el periodo considerado, descenso que obedece a un cambio en la cobertura de las prestaciones sanitarias que brinda el BPS, ya que muchas de ellas se encuentran contempladas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) con cobertura obligatoria a partir del año 2008 por los prestadores integrales.

2) Seguro Nacional de Salud: 2007-2016

La cobertura en salud a través del SNS pasó de representar un 22% de la población en el año 2007 a un 73% en el año 2016, mientras que el número de beneficiarios creció desde 748.821 cubiertos por DISSE a 2.535.598 cubiertos por el SNS en diciembre de 2016, destacándose principalmente la incorporación de menores, cónyuges y pasivos a lo largo del periodo.



Una de las incorporaciones mayores en cantidad al seguro fue la de los hijos menores de 18 años y mayores discapacitados, ingresando de esta forma a partir de 2008 a la cobertura del SNS más de 400 mil nuevos beneficiarios. Este proceso continuó como consecuencia del ingreso paulatino de otros colectivos de activos, lo que determinó que se superen los 600 mil menores a partir de 2013, cifra que se mantiene en los mismos rangos hasta la fecha. Entre 2007 y 2010 también se incorporaron los funcionarios públicos (Administración Central y Organismos del Artículo 220) y los trabajadores de las empresas del sector financiero privado.

En el año 2011 ingresaron los trabajadores afiliados a cajas de auxilio, los profesionales no dependiente, los empresarios unipersonales que emplean entre dos y cuatro dependientes y los jubilados por discapacidad con un tope de ingreso de 4 Bases de Prestación Contributiva (BPC). Asimismo, se extendió la cobertura, por un plazo de hasta 12 meses, de los hijos

menores o discapacitados de padres desocupados que hubieran cesado en el derecho.

También desde diciembre de 2010 comenzaron a incorporarse al seguro los cónyuges o concubinos de forma progresiva, dependiendo de la cantidad de hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad a cargo. A fines del 2013 se efectivizó la parte final del cronograma estipulado en el Artículo 66 de la Ley 18.211¹.

En julio de 2016 culminó el proceso de ampliación de la cobertura del SNS al total de jubilados y pensionistas, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 18.731. Es así que en diciembre 2016 cerca de 580 mil pasivos se convirtieron en beneficiarios del SNS. Esto implicó un resultado neto para este colectivo de US\$ -580 millones anuales a valores de 2016. Cabe destacar que hasta la aprobación de la ley mencionada, los únicos pasivos que estaban incluidos en el SNS eran quienes habían ingresado siendo activos y se habían jubilado con posterioridad a la creación del SNS, en el año 2008, no teniendo cobertura ningún pensionista ni quienes se habían jubilado antes de ese año.

Asimismo, en julio de 2016, de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 18.731, se incorporaron los cónyuges y concubinos de los pasivos. Por lo tanto, a diciembre de 2016 los cónyuges y concubinos beneficiarios del SNS superaron las 200 mil personas, lo que implicó un incremento de 6% de dicho colectivo con respecto al 2015. El resultado neto de este colectivo fue de US\$ -138 millones en 2016.

¹ La Ley N° 18.211 preveía el ingreso de este colectivo antes del 31 de diciembre de cada año (desde 2010 hasta el 2013 dependiendo del número de hijos menores a cargo); no obstante, la inclusión se registró mayoritariamente a inicios del año posterior al establecido por ley.

Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud						
Periodo 2007 – 2016						
Año	Activos	Pasivos	Menores	Cónyuges	TOTAL	Variación
2007	696.261	52.560	-	-	748.821	
2008	869.991	72.088	435.664	-	1.377.743	84%
2009	936.263	89.064	469.108	-	1.494.435	8%
2010	987.400	112.379	491.490	629	1.591.898	7%
2011	1.118.869	146.586	567.162	31.484	1.864.101	17%
2012	1.122.273	319.530	593.926	73.007	2.108.736	13%
2013	1.150.267	319.530	611.418	133.389	2.214.604	5%
2014	1.164.344	398.159	622.129	184.161	2.368.793	7%
2015	1.148.645	443.907	626.622	190.528	2.409.702	2%
2016	1.141.563	578.269	612.999	202.767	2.535.598	5%
<i>Var 2016/2007</i>	<i>64%</i>	<i>1000%</i>			<i>239%</i>	
<i>Var 2016/2012</i>	<i>2%</i>	<i>81%</i>	<i>3%</i>	<i>178%</i>	<i>20%</i>	
<i>Var 2016/2015</i>	<i>-1%</i>	<i>30%</i>	<i>-2%</i>	<i>6%</i>	<i>5%</i>	

Tal como fuera previsto, la incorporación de los cónyuges y, en particular de los pasivos, provocó un incremento en la necesidad de financiamiento del FONASA particularmente en el año 2016 producto de su menor nivel de aporte y su mayor cápita, que fue cubierta con mayores transferencias de rentas generales.

Por otra parte, a partir de 2012 se efectivizó la devolución de aportes a los contribuyentes del SNS según se establece en el artículo 11 de la Ley N° 18.731². Este monto alcanzó los \$ 3.531 millones en 2016, equivalente al 5% de los egresos totales del FONASA. Desde 2012 a 2016 se observa un incremento en la participación de los egresos de la mencionada devolución, aumentando en más de un punto porcentual en el periodo considerado.

Asimismo, la Ley N° 18.922 estableció el pago de una sobre-cuota de inversión con carácter transitorio a partir del año 2013, por la cual las IAMC tienen derecho a percibir un monto de dinero, por hasta el 3% del valor de las cuotas individuales, colectivas y de las cápitás, destinado al financiamiento de proyectos de inversión aprobados por el MSP y MEF. El costo de esta sobre-cuota en el periodo 2013-2016 (prácticamente el

² Dicho artículo establece que, al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del Costo Promedio Equivalente (CPE) para el SNS correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo incrementada en un 25%, con los aportes personales al FONASA realizados en el año civil. En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente es devuelto a los contribuyentes.

100% del gasto total) significó un gasto de \$ 2.300 millones, equivalente al 1% de los egresos totales del periodo considerado.

También desde la implementación de la reforma del sector salud se verificó una extensión de las prestaciones incluidas en la cobertura del SNS, que determinó un aumento de la cuota salud que el FONASA paga a los prestadores integrales por la cobertura de los beneficiarios del SNS. En este sentido, cabe destacar la incorporación en el PIAS en 2011 de la vasectomía y la ligadura tubaria, así como las prestaciones de salud mental, dirigidas a poblaciones de riesgo y multiplicadores de salud, estructuradas en tres modos de intervención, atendiendo desde la prevención hasta la rehabilitación. A inicios de 2012, se adicionó al PIAS, en función de lo previsto en la Ley N° 18.897, la interrupción voluntaria del embarazo. En octubre de 2014, según lo establecido en la Ley N° 19.167, se incorporó al PIAS las técnicas de reproducción humana asistida. Aquellas de baja complejidad fueron cubiertas por los prestadores integrales del SNS y las de alta complejidad están dentro de las prestaciones del FNR. La última incorporación a la canasta de prestaciones fue en enero de 2016 cuando se incluyó dentro de la cobertura obligatoria a la ecografía estructural y la colecistectomía.

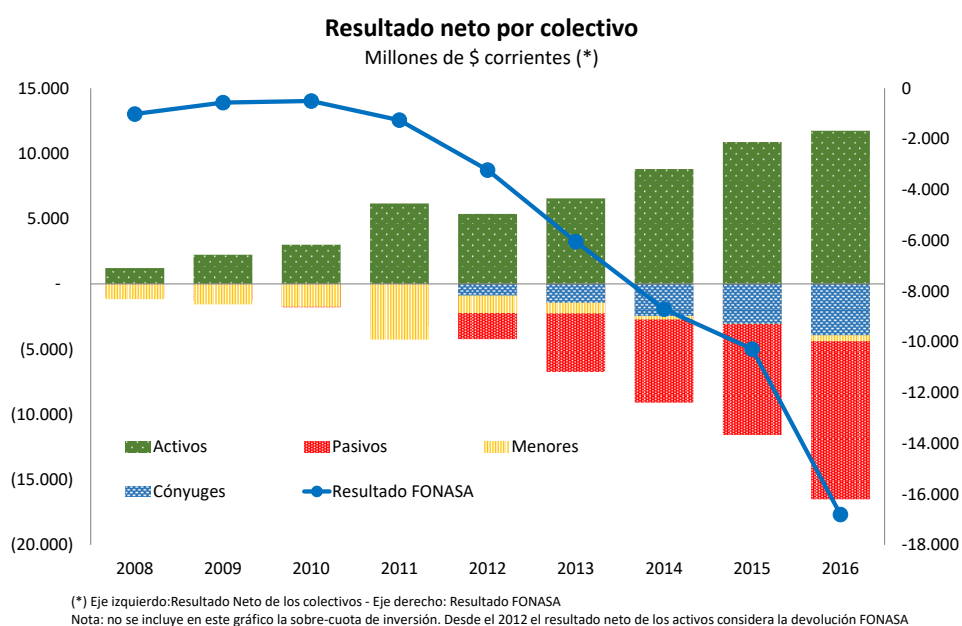
Se ha implementado también una política de rebaja y exoneración de las tasas moderadoras, las que en muchas ocasiones constituyen una barrera de acceso al usuario en los servicios de salud. A partir julio de 2013, la realización del PAP es gratuita para todas las beneficiarias. Asimismo, desde enero de 2014 se han exonerado de forma total las tasas moderadoras de los procedimientos de quimioterapia y/o radioterapia. También se destaca la disposición donde las IAMC solo podrán cobrar una tasa moderadora que equivaldrá al valor de un ticket de medicamento por cada tratamiento con antibióticos que se vaya a dispensar, este deberá ser en cantidad suficiente para cubrir la totalidad del tratamiento indicado.

Considerando el impacto de la incorporación de nuevos colectivos y nuevas prestaciones, el siguiente cuadro muestra la evolución del resultado del FONASA y su peso en relación al PIB entre 2008-2016.

Evolución del Resultado FONASA			
Millones de pesos corrientes			
Año	Resultado FONASA	PIB	Res FONASA/PIB
2008	-1.019	636.151	0,16%
2009	-570	714.523	0,08%
2010	-508	808.079	0,06%
2011	-1.261	926.356	0,14%
2012	-3.229	1.041.211	0,31%
2013	-6.048	1.178.332	0,51%
2014	-8.709	1.330.508	0,65%
2015	-10.286	1.455.848	0,71%
2016	-16.808	1.581.115	1,06%

Tal como fuera previsto, se desprende del cuadro anterior que en 2016 el déficit FONASA, cubierto totalmente con cargo al Presupuesto Nacional, alcanza a 1% del PIB, verificándose la caída del ratio ingreso/egreso FONASA por la inclusión de los colectivos cónyuges y pasivos en julio de 2016.

La diferencias entre los aportes de cada uno de los colectivos y los egresos por concepto de cuota salud asociados a los mismos, muestra la contribución de los activos al financiamiento de pasivos, menores y cónyuges.³



³ Dentro de los aportes de los activos se incluyen los aportes patronales.

3) Crecimiento del gasto público en salud, sostenibilidad y sustentabilidad económica en el largo plazo

En el año 2016 culminó el proceso de ampliación de la cobertura del SNS al ingresar el total de jubilados, pensionistas y los cónyuges de estos, aunque es de destacar que en el resultado FONASA 2016 se observa el impacto de sólo seis meses de la inclusión antes comentada ya que el ingreso se produjo a partir de julio. La transferencia de rentas generales por concepto FONASA en el año 2017 deberá ser superior al año 2016 ya que corresponde considerar el impacto anual del ingreso de los pasivos y sus cónyuges. Se estima que el déficit de los pasivos se incrementará en \$ 2.800 millones en el año 2017.

El Poder Ejecutivo deberá estar en alerta para una continua revisión y generación de políticas con el fin de evitar aumentos insustentables del gasto en salud. Promover la eficiencia del gasto es un aspecto clave para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud, dado que el uso ineficiente de los recursos socava los esfuerzos para su fortalecimiento y ampliación.

Cabe destacar dos aspectos fundamentales en la promoción de la eficiencia que también impactan en la calidad de la atención en salud: la generación de incentivos adecuados a través de los **mecanismos de pago** a los prestadores integrales, y la superación de la fragmentación y deficiente asignación de los recursos del Sistema por medio de la **complementación de servicios** entre prestadores.

En primer lugar, dentro del SNIS se pueden identificar dos formas de pago fundamentales: el pago por cápitas, y el crédito presupuestal asignado a ASSE. Ambos mecanismos pueden generar incentivos positivos o negativos en el uso eficiente de los recursos, por lo cual es necesario continuar trabajando en el diseño de los estímulos adecuados.

El **pago por cápitas** a prestadores integrales de salud se inició en nuestro país en el año 2007 a través del FONASA. Se trata de un hito importante en materia de incentivos a la eficiencia, al instalar una forma de pago a los prestadores que es ajustado por el riesgo de los usuarios (edad y sexo). Si bien parte de los objetivos de este mecanismo es asegurar la sostenibilidad del sistema, también le compete promover el uso correcto de los recursos asignados, garantizando niveles adecuados de calidad. Considerar la dimensión de la calidad es particularmente importante en los mecanismos

de pago prospectivo como las cápitas, ya que pueden provocar racionamiento de servicios y disminución de la calidad como consecuencia del esfuerzo de reducir costos por parte de los prestadores.

Estos temas se han estado trabajando durante los últimos años en un espacio conjunto entre el Poder Ejecutivo y las empresas de salud, donde se ha avanzado en la definición de una adecuación en el mecanismo de pago capitado. La mejora prevé la incorporación de incentivos a la eficiencia y la calidad en la determinación de las nuevas cápitas. Esta instancia está cercana a la finalización de su trabajo, con la posibilidad de generar un nuevo mojón importante en la promoción de la eficiencia del Sistema.

Es importante tomar en cuenta que en la medición de factores vinculados a la eficiencia y calidad, un desafío particular es contar con la información propicia que permita, por ejemplo, diferenciar los resultados en función de las características del paciente. En este sentido, el desarrollo del mecanismo de pago más idóneo es un proceso en construcción que se verá muy influenciado por el uso de las tecnologías de la información que se están implementando en el Sector, como la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN).

El otro aspecto a resaltar en relación a la generación de incentivos a través de los mecanismos de pago mediante **crédito presupuestal**, tiene que ver con la toma de medidas en ASSE para la mejora en la gestión de sus unidades ejecutoras.

Existen propuestas concretas para la promoción de estos incentivos. Un ejemplo es la posibilidad prevista en la Ley de Presupuesto Nacional vigente, de implementar y poner en funcionamiento planes pilotos. Estos planes deberán promover la descentralización de la gestión y administración de determinados servicios, otorgando autonomía en la gestión económico-financiera de las unidades ejecutoras, buscando la mejora en la eficiencia y la calidad.

Finalmente, como segundo punto cabe mencionar que el financiamiento y la prestación de los servicios de salud pueden estar cada vez más alineados y menos fragmentados mediante una mejor administración de los recursos. Para ello es clave avanzar en la **complementación de servicios** entre prestadores, tanto entre los subsectores público y privado como dentro de ellos. Esta estrategia, además de organizar mejor la provisión de servicios, permite un uso más adecuado de los recursos humanos, lo cual es

particularmente importante en el interior del país, donde son más escasos. De esta forma, la complementación de servicios promueve a la vez una mejora en la eficiencia del gasto y en la calidad de la atención en salud brindada a los usuarios del Sistema en todo el país.

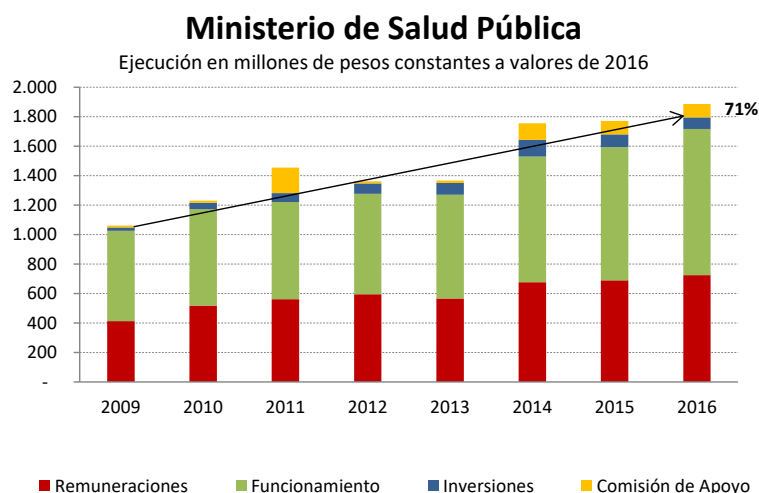
Existen algunos esfuerzos concretos que se han venido realizando en este sentido que es necesario continuar impulsando. La inversión realizada en el Hospital Regional de Salto, que cuenta con un renovado centro de tratamiento intensivo pediátrico y neonatal, permite mejorar la calidad de atención y la cobertura a la red de centros asistenciales de Salto, Paysandú, Young, Bella Unión, Artigas y Rivera, dependientes de ASSE, así como a los usuarios del Centro de Asistencia Médica de Salto (CAMS). Otro esfuerzo en este sentido se viene realizando en relación a la atención pediátrica en el departamento de Florida, donde los prestadores integrales locales, ASSE y COMEF, se complementan compartiendo servicios, infraestructura y recursos humanos.

A continuación se desarrolla la evolución del gasto presupuestal de ASSE, el mayor prestador público del país y del regulador del sistema, el MSP.

4) Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública ha tenido un crecimiento muy significativo en los últimos años, aumentando sus gastos en un 71% en términos reales en el período 2010-2016⁴. Ello se explica fundamentalmente por el incremento de las acciones de amparo y procedimiento abreviado por medicamentos oncológicos y endoprótesis no incluidos en el Plan Integral de Prestación en Salud (PIAS), por la adecuación de su estructura de personal al rol de rectoría sanitaria, por el convenio de asistencia en la vía pública, y por el aumento en el costo de las vacunas.

⁴ En los años 2009 y 2010 se excluyen las partidas administradas por este Ministerio destinadas a “Subsidios y Subvenciones”, que a partir de 2011 se exponen en el Inciso 21 “Subsidios y Subvenciones”.



Cabe aclarar que en la magnitud de este incremento no se está considerando el pasaje al MSP de los créditos del personal que presta funciones en el Ministerio y que a comienzos del período se encontraba contratado por Comisión de Apoyo con cargo a créditos presupuestales de ASSE, excepto en 2011 que se cubrió de manera extraordinaria por el Ministerio. A partir de 2014 los gastos por Comisión de Apoyo del Ministerio pasan a reflejarse en forma definitiva en sus créditos lo que implicó un incremento de \$ 135 millones en gastos de funcionamiento.

En los últimos años, se destaca el fortalecimiento de los recursos humanos con el objetivo de transformar la organización del Ministerio e iniciar la adecuación de la misma a su rol como rector del sistema de salud, lo que implica la definición de políticas, supervisión del Sistema Nacional Integrado de Salud y la fiscalización correspondiente. Este es, claramente, un proceso complejo, que abarca múltiples áreas de acción y requerirá de diferentes etapas para su instrumentación.

Además de la incorporación de recursos humanos, se inició un proceso de adecuación salarial con el objetivo de paliar las disparidades existentes dentro del Ministerio. En los últimos años, las diferencias salariales en todo el sector de la salud se amplificaron por aumentos diferenciales entre los distintos prestadores, tanto públicos como privados, y la institución rectora.

En el último Presupuesto se ha priorizado el fortalecimiento de su rol de rectoría, reforzando la dirección de la JUNASA y creando la Dirección

General de Coordinación como un nexo entre el Ministerio y los otros actores del sistema de salud. Se fortaleció el área de inspecciones de la Dirección General de Salud y se realizó una reasignación dentro del rubro cero para estimular las mejoras de gestión. En esta misma línea, se transfirieron a ASSE las clínicas preventivas y el Centro de Comando Unificado del Servicio de Asistencia Médica Extra-hospitalaria (SAME), por ser actividades básicamente asistenciales.

Sin perjuicio de ello, en la última Ley de Presupuesto se estableció una reducción del rubro cero de \$ 40 millones y en la última Rendición de Cuentas se establece una reducción adicional de \$ 8 millones.

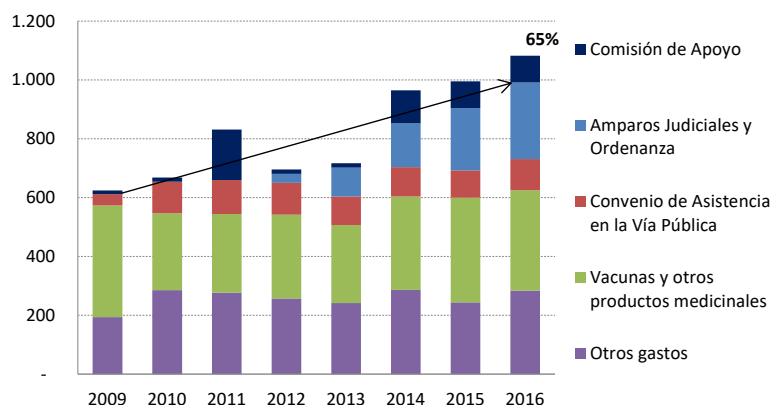
Resulta relevante el análisis de la composición de los gastos de funcionamiento y la evolución de cada componente. En el año 2016 un 30% se destinó a vacunas y otros productos medicinales, 25% a las acciones de amparo y gastos por la ordenanza, un 10% al convenio de asistencia en la vía pública, un 8% a comisión de apoyo y el restante 27% se destina a los gastos operativos del Ministerio.

En los últimos años los gastos de funcionamiento se incrementaron significativamente: 65% en términos reales en el período 2010-2016. En ello incide fuertemente el aumento a partir de 2012 de las acciones de amparo por medicamentos oncológicos y endoprótesis, a lo que se agrega en 2015 un procedimiento abreviado definido por el MSP para el acceso a este tipo de medicamentos y prestaciones no incluidos en el PIAS. El gasto por estos conceptos pasó de \$ 22 millones en 2011 a \$ 261 millones en 2016 en valores corrientes.

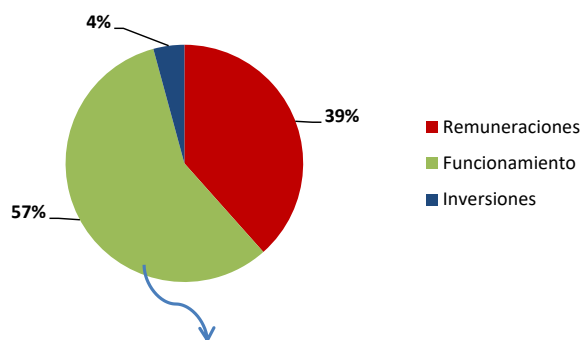
Por otra parte, en menor medida se incrementó el gasto en vacunas motivado principalmente por la variación del tipo de cambio, el aumento en los precios y la ampliación de los planes de vacunación. También incide el incremento del convenio para la asistencia en la vía pública, cuya aplicación se ha consolidado.

Evolución de los Gastos de Funcionamiento

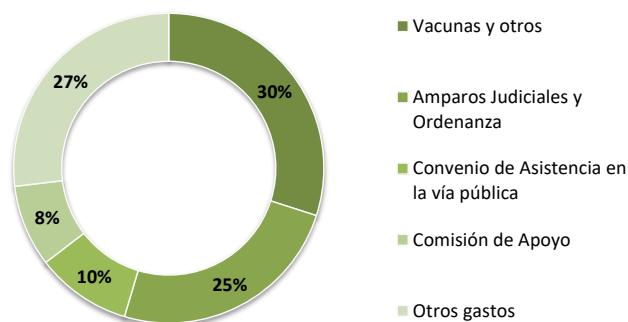
Ejecución en millones de pesos constantes a valores de 2016



Composición del Gasto 2016



Gastos de Funcionamiento 2016



En materia de inversiones, el Ministerio realizó una reasignación de sus créditos presupuestales, incrementado significativamente las inversiones para el desarrollo de sistemas de información y gestión y para el mantenimiento y mejora edilicia, utilizando para ello el espacio presupuestal originado en la finalización de un Proyecto con el Banco Mundial. En 2016 las inversiones se concentraron principalmente en informática para el desarrollo de sistemas con el fin de mejorar la

información y coordinación con las diferentes entidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y fortalecer así su rol de rectoría. Además está trabajando en conjunto con el MEF en la implantación de un sistema de gestión, que le permitirá contar con información adecuada para apoyar la toma de decisiones.

Cabe destacar también la actividad del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos que se ve incrementada a partir de la aprobación de la Ley N° 18.968, que interpreta el silencio como un consentimiento a la donación. Además de las adecuaciones necesarias para prever el aumento de actividad, se está llevando adelante un proceso de ampliación edilicia, actualización tecnológica e incorporación de nuevas áreas de intervención, con el objetivo de mantener la excelencia de este Instituto, que es referente regional en la materia.

EJECUCIÓN						
en millones de pesos a valores corrientes						
MSP	Ejecución				Crédito 2016	Ejecución (%)
	2015	2016	Variación	Estructura		
Total Remuneraciones	630	725	15%	38%	841	86%
Vacunas	317	317	0%	17%	317	100%
Anticonceptivos	8	25	213%	1%	25	100%
Amparos Judiciales	193	233	21%	12%	234	100%
Resoluciones por Ordenanza	-	27	-	1%	27	100%
Convenio de asistencia en la vía pública ¹	85	105	24%	6%	105	100%
Comisión de apoyo y Patronato del Psicópata	83	90	8%	5%	90	100%
Otras transferencias ²	16	48	192%	3%	48	100%
Suministros	36	39	11%	2%	39	100%
Programa Salud Bucal	27	27	0%	1%	27	98%
Otros gastos	144	170	18%	9%	172	99%
Total Funcionamiento	908	1.082	19%	57%	1.085	100%
Informática	18	47	166%	3%	56	85%
Inmuebles	14	22	49%	1%	24	90%
Banco Nacional de Células Madre de Cordón	1	8	612%	0%	9	91%
Equipamiento y mobiliario de oficina	14	2	-86%	0%	4	45%
Otros proyectos ³	30	-	-100%	0%	-	-
Total Inversiones	78	79	2%	4%	94	85%
TOTAL INCISO	1.616	1.887	17%	100%	2.019	93%

1- Convenio de asistencia en la vía pública: incluye en 2016 parte del ajuste correspondiente a 2015.

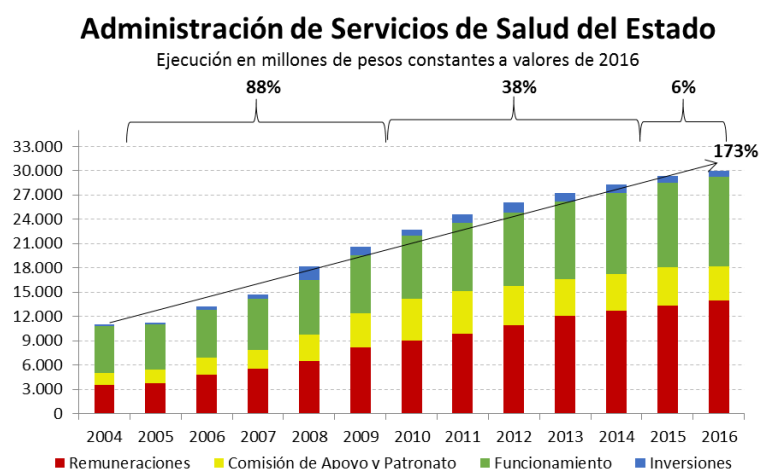
2- Otras transferencias: el importante incremento que se da en 2016 corresponde a un convenio realizado con el CENAQUE.

3- Otros proyectos: incluye 28 millones del Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT) y 2 millones del Programa Salud Bucal.

5) ASSE

ASSE es el principal prestador del SNIS, atendiendo en la actualidad a 1,25 millones de usuarios, destinándose a esos efectos aproximadamente 30.024 millones de pesos en 2016 y contando con una dotación de 24.600 vínculos laborales a diciembre 2016⁵.

El presupuesto de ASSE casi se triplico en el período 2005-2016, habiéndose incrementado en el orden de un 173% en términos reales.



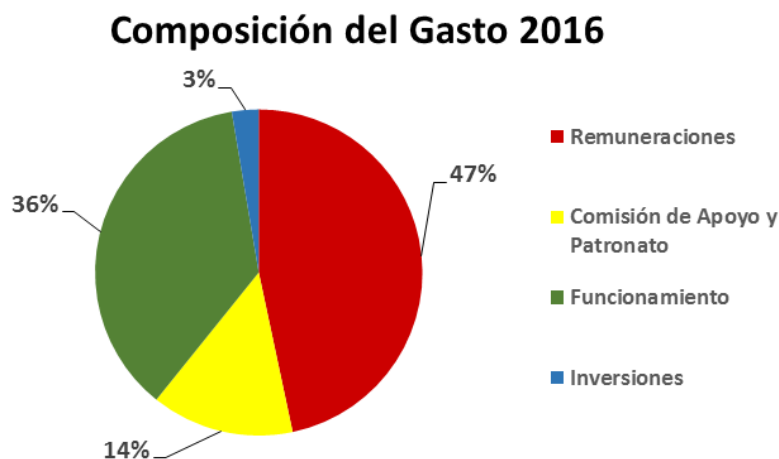
El gasto que más creció en el presupuesto del organismo son las remuneraciones, incrementándose en el orden de un 300% en términos reales en el período 2005-2016. Actualmente las remuneraciones representan casi un 50% del total de la ejecución. A su vez, las partidas correspondientes a Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata, cuyo destino es el pago de remuneraciones por servicios contratados, llevan a que alrededor del 60% de los créditos se destinan al pago de retribuciones.

Otro componente importante son los gastos de funcionamiento, que en 2016 representaron un 36% del total de los créditos. Los mismos han crecido de forma significativa, alrededor de un 92% en términos reales en

⁵ La cantidad de vínculos laborales incluye aproximadamente 2.200 suplentes y 100 practicantes.

período 2005-2016, lo que implica un ritmo de crecimiento del orden del 6% promedio anual real en dicho período.

En cuanto a las inversiones, si bien las mismas tienen una participación menor en el total del gasto, han tenido un crecimiento significativo, en el orden de un 297% en términos reales en el período 2005-2016.



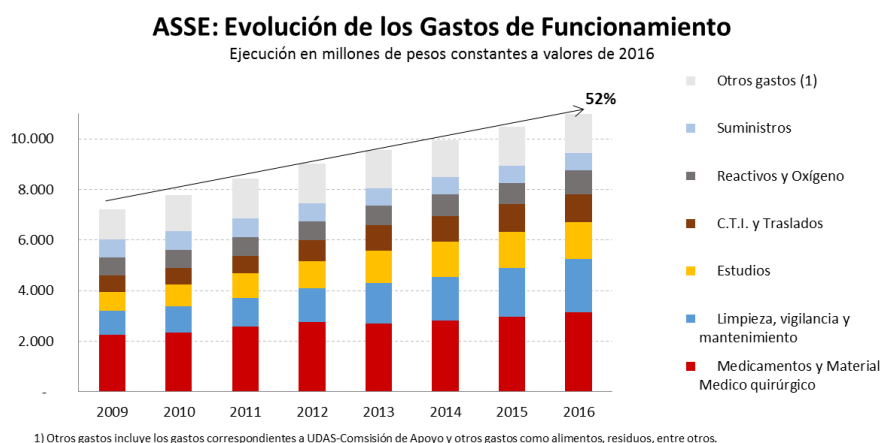
A continuación se destacan algunos aspectos relevantes respecto a los gastos en remuneraciones, funcionamiento e inversiones.

En cuanto a las remuneraciones, considerando que los servicios de salud son intensivos en recursos humanos, es de destacar el importante incremento que ha tenido la masa salarial de ASSE, siendo el componente de mayor aumento. Este crecimiento comprende tanto el gasto en remuneraciones como las contrataciones realizadas a través de las comisiones de apoyo. Asimismo es de destacar el proceso de ordenamiento de las comisiones de apoyo y del patronato del sicópata, iniciado en el año 2011.

A fin de dimensionar este incremento, es necesario tener presente que en el año 2004, los niveles salariales en ASSE eran reducidos y estaban muy por debajo de las remuneraciones del sistema mutual. Con esta consideración, igualmente es remarcable que en tanto el gasto total ejecutado por ASSE entre los años 2004 y 2016, medido a precios reales, se multiplicó por 2,8, las remuneraciones se multiplicaron por 4.

Además de incrementos salariales importantes y de un aumento significativo en la dotación de recursos humanos, se adoptaron una serie de medidas complementarias con la finalidad de generar incentivos para la mejora de la gestión. Dentro de estas merecen mención los mecanismos de pago variable, la creación de cargos de alta dedicación, el pago por mayor horario y los complementos salariales para cargos docentes.

En cuanto a los gastos de funcionamiento los mismos han crecido significativamente, particularmente en el período 2010-2016, con un crecimiento en el orden de un 52% en términos reales. Los principales componentes de gasto corresponden a los medicamentos, estudios médicos, material médico quirúrgico, reactivos, contrataciones de CTI y traslados. Algunos de estos gastos han tenido tasas de crecimiento muy significativas durante algunos períodos. Otros gastos a considerar son los servicios de limpieza y vigilancia contratados, el mantenimiento y reparaciones y los suministros, que al igual que en el caso anterior han crecido en forma importante a lo largo del período.



En materia de inversiones, ASSE ejecutó la totalidad de los créditos asignados en 2016, unos 795 millones de pesos, que se destinaron a la mejora de infraestructura edilicia y el equipamiento en diversos centros de salud. Dentro de las principales obras se destacan las realizadas en el CTI Pediátrico del Hospital de Salto, culminación de las obras de salas en el Hospital pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rosell, obras en emergencias en el Hospital Pasteur y construcción del Hospital de Colonia.

A continuación se puede observar un detalle de la estructura de gastos del inciso y ejecución de los créditos 2016. Asimismo, se muestra la evolución respecto al año anterior y la incidencia de cada gasto en el total de los créditos.

EJECUCIÓN							
en millones de pesos a valores corrientes							
ASSE		Ejecutado				Crédito	Ejecución (%)
		2015	2016	Variación	Estructura		
INCISO	Total Remuneraciones	12.172	14.013	15%	47%	15.508	90%
	Total Comisión de Apoyo y Patronato	4.280	4.232	-1%	14%	4.232	100%
	Medicamentos	1.979	2.275	15%	8%	2.276	100%
	Material médico quirúrgico	722	869	20%	3%	869	100%
	Reactivos	612	749	22%	3%	749	100%
	Oxígeno	171	176	3%	1%	177	100%
	C.T.I.	528	634	20%	2%	634	100%
	Estudios	1.318	1.465	11%	5%	1.466	100%
	Traslados	456	471	3%	2%	471	100%
	Servicio limpieza y lavado contratados	815	993	22%	3%	993	100%
	Servicio de vigilancia contratados	532	635	19%	2%	635	100%
	Productos alimenticios	283	324	14%	1%	324	100%
	Servicio mantenimiento reparaciones y repuestos	407	482	19%	2%	483	100%
	Otros gastos de funcionamiento	882	942	7%	3%	949	99%
	Suministros	617	694	13%	2%	700	99%
	Total Funcionamiento	9.324	10.708	15%	36%	10.725	100%
	Total Inversiones	793	795	0%	3%	795	100%
TOTAL INCISO	26.569	29.748	12%	100%	31.260	95%	
DIVERSOS CRÉDITOS	UDAS Comisión de apoyo ¹	234	276	18%	-	276	100%
	TOTAL INCISO 24/7	234	276	18%		276	100%
TOTAL GENERAL		26.802	30.024	12%	100%	31.536	95%

1) Los créditos asignados por concepto de UDAS solo quedan reflejados los correspondientes a la ejecución UDAS-Comisión de Apoyo, el resto de los créditos se transfieren a Facultad de Medicina (UDELAR).

Asignaciones en el Presupuesto 2015-2019

En el último Presupuesto se asignaron a ASSE 532 millones de pesos para 2016. Dichas partidas tienen por objeto continuar con la presupuestación del personal de comisión de apoyo, la creación de cargos asistenciales necesarios para llevar adelante diversos proyectos del organismo y un proceso de adecuación de las remuneraciones de auxiliares y licenciados en enfermería, así como también parte para inversiones.

Para 2017, se agregan 148 millones de pesos adicionales por la Ley de Presupuesto. A su vez para el 2018, ya está asignado un aumento de 287 millones de pesos, para creación de cargos para diversos proyectos asistenciales y para inversiones. Ambos montos están expresados a valores de 2017.

Adicionalmente para el fortalecimiento de los recursos humanos, se han creado las Unidades Docentes Asistenciales (UDAS) con el objetivo de desarrollar los recursos humanos médicos y técnicos especialmente para ASSE, para los cuales la ley previó incrementos para el 2016 por 55 millones de pesos y a partir 2017 por 55 millones de pesos adicionales.

A su vez se destinan recursos incrementales por 40 millones de pesos en el año 2016 y 50 millones de pesos a partir del 2017 para fortalecer el convenio de complementación entre ASSE y el Hospital de Clínicas para la atención de los usuarios de ASSE, que prevé pagos a partir del cumplimiento de metas asistenciales y de gestión. Cabe aclarar que dichos créditos se asignan dentro de Diversos Créditos en ASSE y luego se transfieren, en el caso de UDAS parte a la Facultad de Medicina y en lo correspondiente al convenio al Hospital de Clínicas, por lo que presupuestalmente la ejecución queda reflejados en UDELAR.

Evolución de los usuarios, del costo por usuario y de la forma de financiamiento

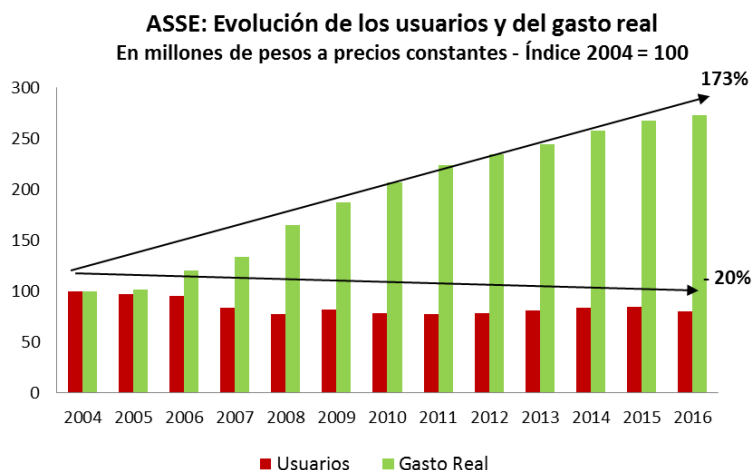
La evolución de los beneficiarios de ASSE desde la instauración del SNIS se puede subdividir en 2 periodos. Al inicio de la reforma de la salud se observó una reducción de más 340 mil usuarios, pasando de 1,55 millones en 2004 a 1,21 millones en 2008. Desde 2009 se estabilizó el número de beneficiarios totales, alcanzando en el 2016 los 1,25 millones de personas.

La incorporación gradual de colectivos al FONASA que eligieron permanecer o integrarse a ASSE como su prestador integral de salud, llevó a un incremento de los usuarios de ASSE a través del FONASA, hasta alcanzar 495 mil afiliados a diciembre de 2016, reduciéndose la cantidad de usuarios con carné gratuito. Ello implicó un incremento gradual de recursos para ASSE por la diferencia entre las cuotas salud que el FONASA paga a los prestadores por cápitas y por cumplimiento de metas asistenciales y el equivalente al gasto que por esos usuarios ya está realizando ASSE. En julio de 2016 ingresaron los últimos colectivos de pasivos y cónyuges de estos implicando un ingreso adicional para ASSE, lo que tendrá un efecto en 2017 al anualizarse el ingreso correspondiente.

En consecuencia, se ha producido un cambio progresivo en la composición de los créditos de ASSE, incrementando el crédito en la

Financiación 1.2 “Recursos con Afectación Especial”, producto de la creciente recaudación proveniente del FONASA, disminuyéndose el financiamiento por parte de Rentas Generales de los gastos de funcionamiento, incluidas las comisiones de apoyo.

El fuerte incremento de los recursos asignados a ASSE en los últimos diez años y la disminución de la evolución de su población, determinan que el gasto promedio por usuario en 2016 más que triplique el correspondiente a 2004 en términos constantes. Mientras que en el año 2004 el gasto promedio por usuario alcanzaba alrededor de los 580 pesos mensuales, en 2015 asciende a algo más de 2.000 pesos, todo expresado a valores de 2016. Si bien el gasto total creció a una tasa real anual de 9% en el período 2005-2016, el gasto promedio por usuario lo hizo a una tasa aún mayor, del orden del 11% real.



Luego de los importantes incrementos presupuestales que ha tenido el organismo, que le han permitido realizar transformaciones profundas, el desafío para que este proceso sea sustentable, es que ASSE logre avanzar en los procesos de mejora de gestión que está llevando adelante. El objetivo del organismo es continuar mejorando la calidad de los servicios y las prestaciones brindadas, aumentar los niveles de producción de los servicios asistenciales, lograr mayores niveles de resolutivez que redunden en una disminución en las derivaciones entre unidades del organismo y hacia prestadores privados, avanzar en los convenios de complementación con los efectores privados en el marco del SNIS y lograr una mejor utilización de los recursos disponibles y de la capacidad ya instalada.