Grupo de Investigación Económica de FEPREMI - GRIEF

Tasas moderadoras y copagos
Los costos compartidos en el SNIS

Julio 2018

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Contenido del informe

1. Introducción.
2. Capítulo 1: Tasas Moderadoras y Copagos. Definición.
3. Capítulo 2: Los costos compartidos en el SNIS.
4. Capítulo 3: El costo de los medicamentos en los hogares
5. Capítulo 4: La política de tasa cero.
6. Reflexiones finales.

1. Introducción

El objetivo del presente documento es presentar información del contexto macroeconómico y del sector salud, con el fin de aportar fundamentos sólidos para la toma de decisiones y la planificación estratégica del Órgano de Dirección de FEPREMI y de los Consejos Directivos y sus Asesores de las Instituciones Médicas que integran el Sistema FEPREMI.

Capítulo 1- Costos compartidos - Tasas Moderadoras y Copagos. Definición.

En materia de salud se consideran como **gastos del bolsillo** aquellos desembolsos realizados por las personas para la atención de su salud, en el momento de la utilización de los servicios. Bajo este encuadre los pagos de bolsillo pueden tomar tres formas: **pagos directos**, **costos compartidos** y **pagos informales**.

- Los **pagos directos** son aquellos pagos que deben realizar las personas para acceder a servicios de salud y que no están cubiertos por algún tipo de prepago o forma de aseguramiento.

- Los **costos compartidos** refieren a la provisión de algún tipo de servicio de salud que requieren que la persona cubierta, pague parte del costo del servicio de salud recibido.

- Los **pagos informales** son aquellos pagos que hacen las personas para acceder a los servicios pero cuyo financiamiento de acuerdo con la regulación, deberían estar cubierto por los fondos creados para financiar en forma colectiva la cobertura.

El presente informe se centra en los **costos compartidos** en el SNIS.

Si bien no existe una categorización única, algunos autores plantean que los **costos compartidos** pueden abarcar tres tipos básicos.

- **El copago** donde el beneficiario paga una suma fija por el servicio recibido. Esa suma no se fija como un porcentaje o proporción del costo total del servicio, aunque se contempla sea una cifra menor.

- **El co seguro** donde el beneficiario paga una proporción fija del costo y el asegurador paga el resto.

- **El deducible** aquí el usuario paga hasta una cantidad fija de los costos y la aseguradora se hace cargo de los costos que excedan esa cantidad.

A su vez, teniendo en cuenta cómo se organiza la provisión de los servicios por parte del prestador, los **costos compartidos** pueden clasificarse según se apliquen a:

- servicios ambulatorios coordinados o de urgencia (consultas o procedimientos),
- servicios de internación,
- la provisión de medicamentos.

Las modalidades de aseguramiento de la atención médica ofrecen incentivos que propenden a un consumo excesivo de servicios sanitarios, lo que se conoce como riesgo moral. En este contexto, los copagos resultan una herramienta disuasoria o de control de la utilización innecesaria de servicios y prestaciones, contribuyendo a mejorar la racionalidad de la demanda y por consecuencia, tal vez hasta reducirla. Sin embargo, dependiendo de su diseño, los costos compartidos pueden representar en los hechos, limitaciones al aseguramiento, y forzar al paciente a asumir un mayor riesgo financiero y una pérdida monetaria[1].

El riesgo moral ex –post, se define entre otras cosas como el uso excesivo en la asistencia a la salud de los servicios sanitarios. "El riesgo moral se refiere a las situaciones en las que la existencia de cobertura aseguradora de un riesgo aumenta la probabilidad de incurrir en gastos por los riesgos cubiertos y/o en la cantidad de estos gastos. En el caso de los servicios sanitarios, la existencia de riesgo moral supone que los individuos utilizan más los servicios cuando disponen de seguro que cuando carecen de él". [2]

Si al momento de consumir los servicios incluidos en la cobertura de un seguro, los individuos no deben pagar entonces éstos no se enfrentan al dilema de evaluar el costo de oportunidad de su decisión. Es decir, no hay señales de precios que obliguen a elegir entre consumir ese servicio u otro de distinto precio. Por tanto en este escenario existe un incentivo a consumir ese servicio cuyo precio es cero, con independencia del beneficio individual que comporta (riesgo moral). Si esto es así el consumo aumenta y el costo que hay que financiar a través del seguro es mayor con iguales resultados, lo que significa que el nivel de eficiencia cae y por ende también lo hace el beneficio para el conjunto de la sociedad.

En general se plantea que los sistemas de copagos en salud tienen por objetivos, la coparticipación del usuario en el costo y por ende en el financiamiento de los servicios, y la racionalización de la demanda tendiente a minimizar la utilización innecesaria como forma de mejorar la eficiencia del gasto del sistema.

[1] Copagos en el SNIS. Conceptos, alcance y alternativas. FEMI – Mayo 2014

[2] Puig Junoy, Jaume. "Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué" Departament d'Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra 2001-02-19.Pp 3

Para algunos autores los dos objetivos que se persiguen con los copagos (financiamiento y reducción de demanda innecesaria) generan recomendaciones de diseño contrapuestas ya que "si el objetivo fundamental es la reducción de la demanda, entonces el copago debería aplicarse sobre los servicios con una demanda más elástica. Sin embargo, si el objetivo es maximizar la capacidad recaudatoria del instrumento, entonces debería aplicarse a los servicios de menor elasticidad de la demanda."[3] [4]

Esto quiere decir que si lo que se pretende con los copagos es moderar la demanda innecesaria, entonces deberían aplicarse a todas aquellas prestaciones cuya demanda por parte de los usuarios disminuye ante la existencia de un precio (o ante aumentos de un precio previo) asociado a su consumo. Si por el contrario se pretende financiar los servicios mediante la aplicación de copagos, estos deberían instrumentarse en los servicios o prestaciones que el usuario demanda con independencia del precio que debe pagar al momento de su consumo.

Por otra parte, para González López- Valcárcel el objetivo de los copagos como fuente de financiamiento es cuestionable. Para esta autora, "el objetivo recaudatorio no corresponde al sistema de salud (para eso está el sistema fiscal)" y "no es objetivo del sistema sanitario público redistribuir rentas [...]. El objetivo principal de los copagos, el gran reto, consiste en reducir la utilización innecesaria sin afectar a la adecuada, ni perjudicar la salud de los pacientes y de las poblaciones, a corto y a largo plazo. El reto del diseño es incentivar el consumo eficiente. A nivel individual del paciente, el objetivo de los copagos es evitar abusos (uso innecesario) que se pueden producir si el paciente no paga por los servicios que utiliza. A nivel global del sistema sanitario, es reducir la brecha entre eficacia y efectividad.".[5]

En nuestro sistema de salud, en particular en el subsector IAMC, la denominación costos compartidos abarcaría tanto a los **copagos propiamente dichos,** como a las **tasas moderadoras**.

Si bien ambos conceptos se utilizan muchas veces como sinónimos, en realidad indican contenidos diferentes.

- El término **copago** tiene subyacente la idea de que el costo del servicio es compartido por el usuario y por el prestador, y el monto del copago, lo que paga el usuario, se establece como una suma inferior al costo total del servicio.

- L**a tasa moderadora** se asocia más a la función de moderar la demanda de servicios y consumo de bienes de salud, con el objetivo de reducir tanto el consumo como los gastos innecesarios. Es decir, si bien el usuario mediante el pago de las tasa moderadora, también cofinancia la prestación y hay

[3]Puig Junoy, Jaume. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuando, cómo y porqué Departament d'Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra 2001-02-19.Pp 9

[4] La elasticidad precio de la demanda es una medida utilizada en economía para mostrar el grado de respuesta, o elasticidad, de la cantidad demandada de un bien o servicio a los cambios en el precio de dicho bien o servicio. Otorga el cambio porcentual de la cantidad demandada en relación a un cambio porcentual en el precio, considerando que el resto de determinantes de la demanda, como la renta, permanecen constantes (ceteris paribus).

[5]González López Valcárcel, B.. ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones en "La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria". Informes FRC 1. Fundació Rafael Campalans, pp 103. 2007

también un efecto recaudador, los que se prioriza es un objetivo de mayor eficiencia en el uso de los servicios.

De esta forma en general, se plantea que los sistemas de costos compartidos tienen por objetivos, la coparticipación del usuario en el costo, y por ende en el financiamiento de los servicios y por otro lado en la racionalización de la demanda de servicios, buscando minimizar la utilización innecesaria como forma de mejorar la eficiencia del gasto del sistema.

En esta temática, una línea de discusión que habitualmente se plantea, al menos en el plano teórico, es si en términos de una mejor equidad y accesibilidad de los usuarios a los servicios, la mejor alternativa sería un escenario en que no existan costos compartidos. A este respecto no debe soslayarse que un sistema sin costos compartidos no solo incentivaría al uso innecesario (abuso) y por tanto una menor eficiencia y calidad de los servicios, sino que también afectaría negativamente la accesibilidad de la mayor cantidad de los usuarios, por cuanto para una disponibilidad relativamente fija de recursos, estos serán utilizados en una mayor proporción por aquellos que consuman los servicios de manera abusiva, dejando menor margen de recursos para quienes acudan a utilizar los servicios por razones fundadas desde el punto de vista técnico asistencial.

Para otros autores habría evidencia que un buen diseño de costos compartidos dispondría de mejores ventajas para contribuir a una mejora de la eficiencia del sistema en su conjunto. Se sostiene que aquellos costos compartidos que establezcan una relación directa entre costos y servicios obtenidos, podría incentivar la revelación de preferencias por parte del usuario, lo que facilitaría una mejor provisión de los servicios por parte del prestador. Sin embargo la experiencia de los regímenes sanitarios en general ha sido el de establecer valores con alguna vinculación a la complejidad del servicio o fijar los valores con fines de recaudación para financiar déficit o incrementos de gastos específicos.

El análisis de este tema no debería acotarse solamente a sus implicancias en términos de acceso y equidad, dimensiones éstas asociadas fundamentalmente a uno de los agentes del sistema, el usuario. En ese sentido también debería incorporase el impacto en la eficiencia y la calidad de los servicios, lo que en este caso se relaciona principalmente con el desempeño de los prestadores. Pero además, en la medida que los costos compartidos contribuyen, en mayor o menor medida, al financiamiento de los servicios provistos por los prestadores, la introducción de cambios en un esquema de costos compartidos tendrá efectos sobre el mecanismo de financiamiento del sistema y particularmente sobre los proveedores, por lo cual es imprescindible previo a cualquier cambio o modificación, incorporar un análisis de los impactos económicos esperados en las finanzas globales de las instituciones prestadoras.

Capítulo 2 - Los costos compartidos en el SNIS.

2.1 Esquema de costos compartidos previo al SNIS

En Uruguay se han aplicado, a partir de la década del 70, mecanismos de costos compartidos, fundamentalmente en los prestadores privados de servicios de salud.

A partir de la década del 80, los precios en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), pasaron a ser regulados. Sin embargo, en dicha regulación han sucedido diversas etapas, desde la fijación de topes, hasta la liberalización absoluta y vuelta a la regulación total, respondiendo a los diversos objetivos de política[6] trazados.

El siguiente cuadro reseña las principales medidas respecto a los costos compartidos en el Sector IAMC en el período 1981-2001.

Diversas medidas asociadas a los costos compartidos en Uruguay 1981-2001

Año	Medida
1981	Aparece por primera vez en la legislación los conceptos de tasas moderadoras y aranceles (Decreto-Ley 15.181).
1983	Topes máximos para ciertas tasas moderadoras (medicamentos y consultas urgentes y no urgentes). Como % de la cuota mutual-regulada por el Poder Ejecutivo.
1989	Topes máximo de tasas estableciendo montos y se regulan ajustes de precio
1992	Liberalización de precios de tasas moderadoras (Decreto 65/992).
1995	Se establecen porcentajes de aumentos máximos para las tasas moderadoras vigentes en ese entonces (Decreto 479/995).
1999	Aparece la figura de convenio para las afiliaciones colectivas. En esos convenios debe establecerse el régimen de tasas moderadoras a que se compromete la institución con ese colectivo (Decreto 131/999).
2001	Se establecen topes máximos en unidades monetarias para las tasas para consulta en Medicina General, Pediatría y Ginecología para control del embarazo. Adicionalmente se establecen la exoneración de tasas a los afiliados con internación (Decreto 031/001).

Hasta el año 2004 continuaron realizándose ajustes periódicos de los costos compartidos autorizados por el Ministerio de Economía y Finanzas, en las mismas oportunidades en que se ajustaron las cuotas de prepago de las IAMC.

[6] "Economía, política, economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay" (2015, OPS-OMS-UDELAR).

Si bien en el Uruguay los costos compartidos no adoptaron en general la modalidad de copagos, es decir los valores no se fijaron como una proporción del costo del servicio, podría observarse que existe de todos modos una cierta correlación entre el valor de la tasa moderadora de cada prestación y el nivel de complejidad de la misma y, por lo tanto, de su costo de provisión. Esto podría explicarse, a que en los momentos históricos que operó la liberalización de los precios de las tasas moderadoras, las instituciones prestadoras de la capital, optaron por la fijación de precios relacionados con el objetivo de recaudar más, para financiar aumentos de gastos puntuales o déficit globales acumulativos[7].

De esta forma, en el momento en que se prohibió la creación de nuevas tasas, y no se autorizaron aumentos mayores a los decretados por el Poder Ejecutivo, quedó de hecho perpetuado aquel esquema o lógica de precios relativos de la fase de liberación.

2.2 Los costos compartidos en el SNIS

La mayor parte de los ingresos que perciben las IAMC se encuentran regulados por el Poder Ejecutivo. Las cuotas que pueden cobrar a los afiliados individuales y colectivos, las cápitas y metas que reciben del FONASA y los costos compartidos (tickets y órdenes) que los afiliados deben pagar al momento de hacer uso de las prestaciones, son reguladas por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas. Esto representa cerca del 90% de los ingresos totales de las IAMC.

Por otra parte, la Ley 18.211 de creación del SNIS, estableció explícitamente que "...El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población".

El sistema de costos compartidos aplicado a nivel del SNIS alcanzó diversos servicios de atención ambulatoria y la provisión de medicamentos, sólo en la asistencia que no requiere internación.

En general, los precios de los costos compartidos presentaban previo a la reforma una marcada variación para una misma prestación o servicio entre las distintas instituciones del sistema, incluyendo el no cobro o tasa cero para el caso del prestador público.

Previo a la reforma el esquema de costos compartidos vigente podía caracterizarse de la siguiente manera.

- Los precios en general eran sensiblemente superiores en la capital, fruto del período de liberalización decretada en 1992-1995. Para el caso de los medicamentos esa diferencia superaba el 33% en agosto de 2005.
- Además de las diferencias en los valores entre las instituciones, para una misma prestación, se observaban diferencias dentro de las propias instituciones, entre los afiliados Disse y los afiliados que accedían a los servicios mediante convenios colectivos, a los que se establecían rebajas en tiques y órdenes, en función de la cantidad de afiliados al colectivo.

[7] En 1992 se liberan los precios de las tasas moderadoras, con la excepción de aquellas instituciones privadas únicas en su zona de influencia, esto implicaba en general en todo el interior del país. Esta liberalización tuvo como objeto principal acceder a la financiación por parte de las IAMC del llamado pago por acto surgido luego del conflicto con el sector médico anestésico- quirúrgicos, en la capital. En 1995 se vuelve al decreto con aumentos máximos autorizados, aplicados sobre el esquema de precios resultantes luego de la liberación.

- En el capítulo Otras Tasas Moderadoras, ente las que se incluían técnicas diagnósticas y tratamientos terapéuticos, existían cerca de 500 rubros por los cuales se cobraban tasas moderadoras.
- En este último rubro el rango de precios a agosto 2005, variaba de 0 a $ 6.000 en la capital y de 0 a$ 2.200 en el interior

En el marco de la reforma del Sistema de Salud en Uruguay la política trazada respecto a las tasas moderadoras tuvo como enunciado el de mejorar el acceso a las prestaciones, coadyuvar a la búsqueda de una mayor equidad y eficiencia global y ampliar la cobertura financiera de los usuarios, alineando los incentivos generados al cambio de modelo de atención que se impulsaba.

En ese contexto un objetivo explícito fue el de reducir el peso de los costos compartidos (copagos, tasas moderadoras) en el sistema mutual, a partir de la premisa que los montos de las tasas implicaban en general una barrera al acceso de los servicios, en especial a los colectivos de menores ingresos. Esto se instrumentó a través de diversos mecanismos. La no autorización de aumentos en instancias que correspondía por paramétrica; exoneraciones de determinadas prestaciones a grupos focalizados, reducciones de precios o fijación de topes a determinados colectivos o prestaciones.

La ejecución de la política trazada para los prestadores implicaba en general una disminución de los ingresos recaudados por tasas, por lo que de no operar un aumento compensatorio equivalente en algún otro precio regulado, se generaba una merma global de los ingresos[8].

- La primera medida tendiente a la regulación de las tasas fue la prohibición de crear nuevas a partir del 1º de julio 2005. Se apuntaba con esto a que las medidas previstas de rebajas o exoneraciones de tasas, no fueran compensadas con la creación de otras nuevas.
- En julio de 2005 se dispuso una rebaja de 20% para los tickets de medicamentos, seguido luego por dos sucesivas rebajas adicionales del 10% durante 2006.
- En enero 2006, se dispuso la exoneración del cobro de tickets por los medicamentos reguladores de la glicemia y por los estudios paraclínicos correspondientes al control del embarazo de bajo riesgo.
- En julio 2006 se dispuso la exoneración del pago de tasas a los estudios de colpocitología oncológica y mamografía.
- En julio 2006 se elimina de la cobertura del FNR y se incorporan al PIAS los procedimientos de litotricia y radio neurocirugía, trasladando a las IAMC para su financiación, $ 2 por afiliado.
- Todas estas rebajas, previas a la implantación del SNIS, para los prestadores no tuvieron compensación económica con aumentos de otros precios regulados (cuotas).
- Ya con el SNIS, en las instancias de ajustes de los precios administrados de las IAMC de enero y julio 2008, se estableció el no aumento de las tasas moderadoras de 2,18% y 5,16% que correspondía por aplicación de la paramétrica de ajuste vigente para los precios. Además se exoneró del pago de tasas a una lista de medicamentos antipsicóticos y se establecieron valores máximos a cobrar para una lista de medicamentos hipertensivos. Tampoco en estos casos hubo compensación con aumentos equivalentes en otros precios.

[8] Excepto en el caso hipotético que una rebaja de tasas generara un aumento en el uso, de forma que la mayor recaudación compensara no solo la rebaja sino el costo adicional derivado de la mayor utilización.

- También en 2008, a partir del ingreso de nuevos colectivos al SNS, se estableció por el regulador la obligatoriedad de los prestadores de proveer controles gratuitos para los menores de 18 años, la imposibilidad de eliminar cualquier beneficio preexistente a los usuarios de las instituciones y se ampliaron los beneficios en lo relativo a tasas para los jubilados de menores ingresos.
- En enero 2009 se decreta el no aumento de las tasas que correspondía según paramétrica de 4,77% lo que por primera vez sí fue compensado con aumentos adicionales equivalentes en las cuotas individuales y colectivas. A su vez se topea el valor de la tasa que regula el carné de salud sin que en este caso opere compensación.
- En julio de 2009 no se autorizan aumentos de las tasas moderadoras para las consultas en las especialidades básicas, sin que opere compensación.
- En julio de 2010 se topea el valor de la tasa ginecológica en $ 53 sin compensar esta baja con aumentos de otros precios regulados. Esto implicó una rebaja de más del 50% para la mayoría de las IAMC.
- En setiembre 2010 se estableció la reproducción asistida como prestación obligatoria. Para su financiación se modificó la cápita relativa de las mujeres entre 20 y 44 años con un aumento de la misma de 0,64%, se estableció además un ajuste de las cuotas individuales y colectivas de 0,08% y se aplicaron copagos a abonar por los usuarios.
- En enero 2011 se exonera del pago de tasas para la vasectomía y ligadura tubaria por vía laparascópica. En esta oportunidad, para contemplar la financiación de las IAMC, se aumentaron 0.02% las cápitas y cuotas. En esta instancia además se prohíbe el aumento de las tasas fuera de la fecha establecida en los decretos.
- En Julio 2011 las tasas moderadoras aumentaron 5,74% cuando por paramétrica correspondía 7,74%. Además se estableció que ninguna tasa podía superar los $ 1.000. No hubo compensación de estas rebajas para las IAMC
- En Setiembre 2011 se incorporó al PIAS el Programa de Salud Mental. Para su financiación se modificó la estructura relativa de las cápitas y se fijaron copagos a pagar por los usuarios.

Las decisiones reseñadas, a partir de la premisa explícita del regulador de reducir el monto de las tasas moderadoras, parecerían haber perseguido objetivos diversos.

- Acotar el conjunto de servicios incluidos en el sistema de costos compartidos.
- Reducir el precio de algunos de ellos o establecer un precio máximo.
- Eliminar el costo de algunas prestaciones de forma general o selectiva.
- Prohibir la aplicación de costos compartidos a servicios que por decisión del regulador fueron incorporados al PIAS.
- Introducir una modalidad de coseguro (sustitutivo de tickets) para algunos colectivos de afiliados en particular.

Como fuera señalado la fundamentación de las medidas adoptadas se orientó básicamente a la reducción del monto de los costos compartidos, tanto en términos absolutos como en términos reales, asumiendo que existían barreras de acceso a los servicios hacia los usuarios de menores ingresos debido al alto costo de las tasas moderadoras. Para ello se apuntó a restringir la aplicación de costos compartidos, especialmente en referencia a los procedimientos de prevención primaria o secundaria a las consultas coordinadas de especialidades básicas y al acceso de los medicamentos.

Del análisis de las medidas queda claro que toda vez que se decretó una rebaja o exoneración de tasas, en la medida que no existía en el contrato de gestión firmado entre la JUNASA y los prestadores cláusula que obligara al regulador a contemplar el mantenimiento de la ecuación de ingresos para las IAMC, ese aspecto no estuvo dentro de las prioridades de la política aplicada. Más bien, por el contrario, uno de los objetivos perseguidos por el regulador fue el de reducir la participación de las tasas moderadoras en los ingresos de las IAMC, en el entendido que el valor de las órdenes y tiques operaban como una restricción al uso y buscando que se constituyeran en moderadoras de la demanda.

A partir del contrato de gestión que rige desde el 1° de enero de 2012, en lo referente a los precios regulados de las IAMC, se acordaron entre el regulador y los prestadores una serie de criterios y procedimientos a seguir en cada instancia de ajuste.

- El componente cápitas y metas, las cuotas individuales y colectivas, las tasas moderadoras y los sustitutivos de tasas moderadoras se ajustarán semestralmente de acuerdo con la fórmula paramétrica preestablecida en el anexo al contrato.
- Para valores de tasas por debajo de los $ 600 corresponderá aplicar el 100% de lo que establezca la paramétrica.
- En el caso de aquellas tasas cuyos valores se ubiquen entre $ 600 y $ 800 se estableció que se podrá aplicar un ajuste de hasta el 75% de lo que corresponda por paramétrica, sin que esto implique compensación en otros precios para las IAMC.
- Para aquellas tasas por encima de $ 800 el regulador podrá disponer aumentos menores sin que esto implique compensación.
- En los restantes casos en que se aplique una reducción o eliminación de una tasa moderadora, se deberá proceder a compensar los ingresos de las IAMC a través del incremento de la cápita y/o de cuotas, en el porcentaje que corresponda.
- Por otra parte, la JUNASA deberá disponer que el BPS abone mensualmente al prestador un sustitutivo de tiques cuyo valor se ajustará por paramétrica, por la cobertura FONASA de los jubilados. Este pago dará derecho a los beneficiarios de una IAMC a:

    - Tres órdenes a consulta médica mensual.
    - Dos medios tiques de medicamentos o análisis clínicos mensuales.
    - Una rutina básica semestral, una radiografía y una ECG anual.

- Para la incorporación de nuevas prestaciones obligatorias al PIAS así como para la baja o incorporación de nuevos medicamentos al Formulario Terapéutico Médico - FTM se fijaron criterios, procedimientos y estudios previos con la justificación técnica, así como un análisis del impacto económico previsto y del ajuste en el financiamiento a los prestadores.

  A partir del año 2012 a la fecha las medidas aplicadas por el regulador para las tasas moderadoras, fueron las siguientes.

- En agosto 2012, dada la prohibición de crear nuevas tasas y la imposibilidad de aplicar aumentos superiores a los establecidos, existían IAMC con precios muy bajos o que no tenían tasas para

algunas prestaciones, se autorizó por un único período a crear nuevas tasas cuando éstas ya existieran en el sector o aumentarlas cuando estuvieran por debajo del promedio nacional.

- En enero 2013 se introduce la Interrupción voluntaria del Embarazo como prestación obligatoria. Para su financiación se modifica la estructura relativa de las cápitas en las edades involucradas y se determinan las tasas moderadoras correspondientes. Se topea en esta instancia en $ 62 el valor de la orden de consulta para Médico de Referencia. No hubo compensación por la pérdida de ingresos para los prestadores.

- En julio 2013 se dispone que para el acceso a los antibióticos prescriptos por cada tratamiento, el usuario abonará un solo ticket de medicamento. La dispensación del medicamento deberá ser en cantidad suficiente para cubrir la totalidad del tratamiento. Además se exoneró el pago de ticket de estudio por PAP. Para compensar la pérdida de ingresos de los prestadores se dispuso un aumento adicional a la paramétrica en las cápitas de 0,24%, por antibióticos y de 0,08%, por PAP. No fueron presentados los estudios técnicos que justificaran dichos porcentajes, de acuerdo a lo establecido en el contrato de gestión.

- En octubre de 2013 se limita la posibilidad de diferenciar precios para las tasas moderadoras de RNM y TAC.

- En julio de 2014 se establece que todos los fármacos oncológicos incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos pasarán a estar exonerados del pago de ticket. Se compensa la pérdida de ingresos por la exoneración con aumento adicional de 0,05%, sin que fuera presentado el estudio correspondiente.

- Con el ajuste de julio de 2015 se expresa que como forma de continuar promoviendo el acceso a los medicamentos se establece el cobro de un único ticket mensual para un grupo de fármacos (Indapamida, Ramipril, Carvedilol, Metildopa, Bupropiom). Para compensar a los prestadores se decreta un aumento adicional en la cápita de 0,033% sin presentar estudio justificativo de los cálculos.

- En enero 2016 se introducen dentro de las prestaciones obligatorias la ecografía estructural fetal y la colecistectomía laparascópica. Se compensa con un ajuste adicional en la cápita base del 0,0735%, presentando el estudio técnico correspondiente.

2.3 Estimación del impacto económico para las IAMC de la política de tasas moderadoras aplicadas.

A partir de las reducciones, fijación de topes, no autorización de aumentos y exoneraciones para algún colectivo reseñadas anteriormente, que se establecieron desde el inicio de la reforma y que no tuvieron compensación en los ingresos para los prestadores, es posible estimar cual ha sido el impacto económico por la pérdida de recaudación para las IAMC.

Reducción de las Tasas Moderadoras sin compensación

Estimación para el período: 2008-2017

Total ingresos perdidos en Tasas no compensados:	U$S	172.000.000
Ingresos anuales Sector IAMC consolidado 2016/2017	U$S	2.219.801.919
Proporción Ingresos Perdidos en Ingresos totales		7,75%

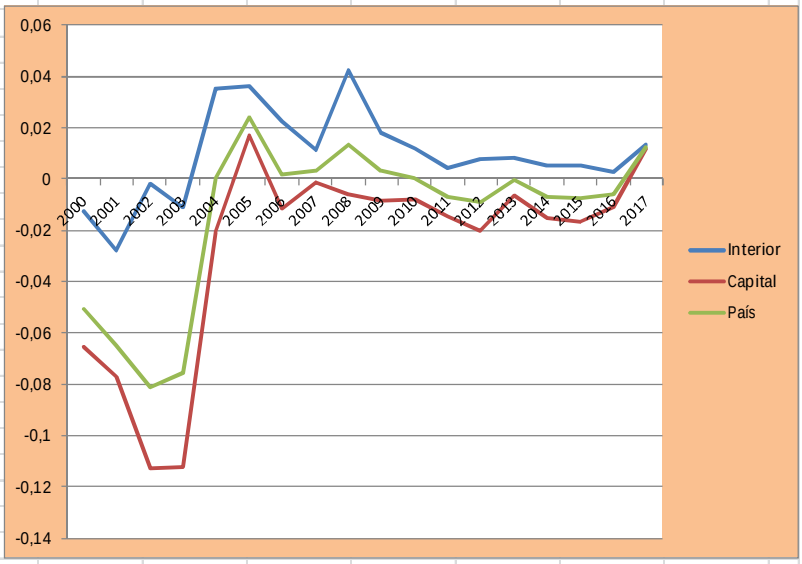
El cálculo estima que cerca del 10% de los ingresos de un año, ha sido la detracción económica generada por la política de tasas aplicada, durante el período 2008-2017, para todo el sector IAMC consolidado.

Cabe tener en cuenta el contexto económico evolutivo del Sector IAMC consolidado en la fase previa y especialmente en la de implantación y marcha de la reforma en la que se aplicó esta política sobre los costos compartidos.

Evolución de Resultados IAMC País, por región - 2000-2017

	Interior	Capital	País
2000	-1,26%	-6,54%	-5,08%
2001	-2,76%	-7,70%	-6,47%
2002	-0,18%	-11,25%	-8,13%
2003	-1,09%	-11,22%	-7,54%
2004	3,53%	-2,06%	0,02%
2005	3,65%	1,68%	2,42%
2006	2,26%	-1,16%	0,15%
2007	1,11%	-0,16%	0,33%
2008	4,26%	-0,61%	1,35%
2009	1,79%	-0,83%	0,31%
2010	1,18%	-0,78%	0,02%
2011	0,43%	-1,46%	-0,68%
2012	0,76%	-2,01%	-0,88%
2013	0,83%	-0,62%	-0,03%
2014	0,55%	-1,53%	-0,69%
2015	0,50%	-1,66%	-0,77%
2016	0,25%	-1,12%	-0,58%
2017	1,36%	1,18%	1,25%

% = Resultado Neto sin Sobrecuota / Ingresos Operativos Netos sin Sobrecuota



Fuente: SINADI MSP

El sector entre el 2000-2003 generó fuertes déficits económicos que incluso llevó al cierre y absorciones de una cuantas IAMC. Fue el período de la última crisis económica del país, que repercutió en las IAMC fundamentalmente con pérdida de afiliados, muy alto endeudamiento y estructuras fijas que en general quedaron sobredimensionadas para la nueva realidad.

A partir de 2004, coincidiendo con la situación económica general, el sector IAMC comienza a recuperarse. Hasta el 2010 los resultados consolidados son levemente positivos, con picos al alza en 2005 y 2008. Sin embargo a partir de 2011 la evolución del sector no acompaña la situación económica general del país. Los resultados deficitarios se suceden hasta 2016. Se alcanza recién en el último año 2017 un pequeño superávit en el consolidado del sector.

Si se analiza por región se observa que en el sector IAMC del interior los déficits entre 2000-2004 son muy inferiores y a partir de 2005 se generan leves superávit permanentes, con picos en 2005-2006 y 2008.

En la capital, excepto en 2005 y 2007, los resultados son deficitarios. Cabe señalar la existencia de IAMC de mayor tamaño en situación comprometida durante prácticamente todo el período reseñado.

2.4 Evolución del peso relativo de los costos compartidos en los Ingresos Operativos de las IAMC.

El conjunto de políticas mencionadas anteriormente ha tenido como resultado la disminución global de la participación de lo recaudado por tasas moderadoras y copagos como porcentaje de los ingresos de las instituciones. Esta participación ha bajado de un orden del 12% en 2005 a menos del 8% en 2017, siendo claramente significativa la caída de la participación de los tickets de medicamentos y luego de las órdenes de consultorio.

Sector IAMC - Tasas moderadoras - Evolución del peso relativo sobre los ION - 2005-2017

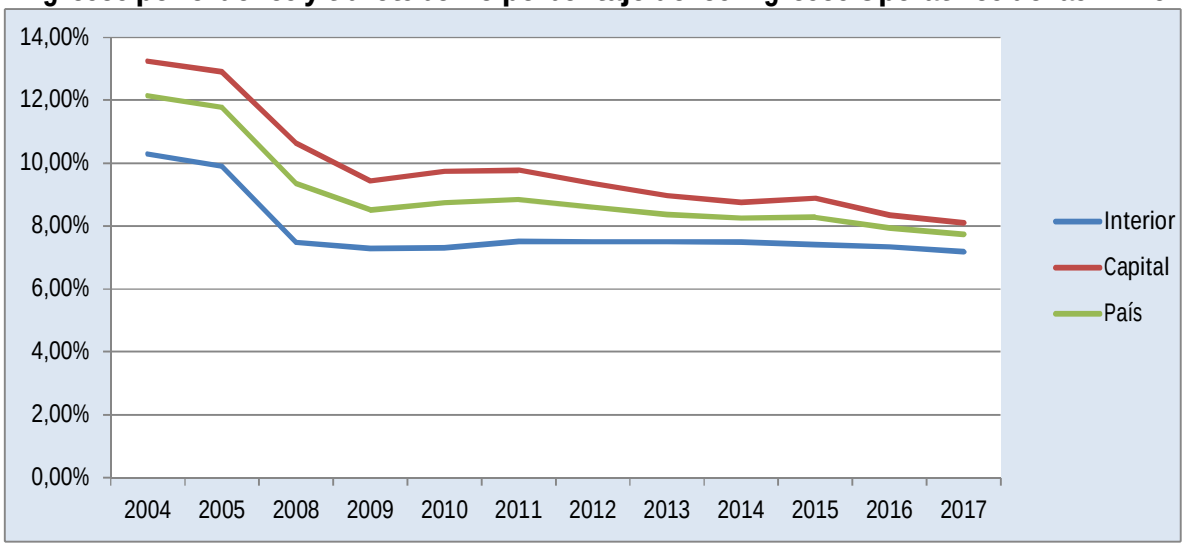
Año	Interior			Capital			País		
	Tiques	Ordenes	Total Tasas	Tiques	Ordenes	Total Tasas	Tiques	Ordenes	Total Tasas
2005	8,11%	1,79%	**9,90%**	9,74%	3,17%	**12,91%**	9,13%	2,65%	**11,78%**
2008	5,83%	1,65%	**7,48%**	7,79%	2,84%	**10,63%**	7,00%	2,36%	**9,36%**
2009	5,70%	1,59%	**7,29%**	7,11%	2,33%	**9,44%**	6,50%	2,01%	**8,51%**
2010	5,78%	1,53%	**7,31%**	7,42%	2,32%	**9,74%**	6,75%	2,00%	**8,75%**
2011	5,98%	1,52%	**7,51%**	7,64%	2,14%	**9,78%**	6,96%	1,88%	**8,84%**
2012	6,03%	1,47%	**7,50%**	7,55%	1,81%	**9,36%**	6,93%	1,67%	**8,60%**
2013	6,11%	1,39%	**7,50%**	7,48%	1,49%	**8,97%**	6,92%	1,45%	**8,37%**
2014	6,12%	1,37%	**7,49%**	7,28%	1,48%	**8,76%**	6,81%	1,44%	**8,25%**
2015	6,08%	1,33%	**7,41%**	7,41%	1,47%	**8,88%**	6,87%	1,41%	**8,28%**
2016	6,06%	1,28%	**7,34%**	6,98%	1,37%	**8,35%**	6,61%	1,33%	**7,94%**
2017	5,96%	1,23%	**7,19%**	6,85%	1,26%	**8,11%**	6,49%	1,25%	**7,74%**

Fuente: ER consolidados del Secto IAMC - SINADI MSP

La reforma de la Salud se planteó en un escenario en el que los costos compartidos representaban más del 10% del financiamiento de las IAMC. Concretamente hacia el año 2004 los tickets y órdenes representaban el 12% de los ingresos operativos netos; el 13% para el promedio de las IAMC de Montevideo y el 10% para las instituciones del Interior, con situaciones muy dispares entre instituciones, con valores oscilando entre un mínimo de 6% de los ingresos operativos y un máximo de 19%.

Esa brecha entre interior y capital fue progresivamente reduciendo, en un contexto de baja en ambas regiones y, en 2017, se ubica en menos del 1%. En este sentido hay que considerar además de la política de reducción de tasas del regulador, la política propia aplicada especialmente por las IAMC de la capital, de utilizar la baja o exoneración de tasas, como herramienta de competencia focalizada hacia diferentes grupos de edades y sexo como forma de captar más afiliados en cada instancia del período de movilidad regulada.

Ingresos por órdenes y tickets como porcentaje de los Ingresos Operativos de las IAMC



Elaboración propia en base a ER auditados de las IAMC

Si se observa la evolución de la recaudación por tipo de tickets de las IAMC previo a la reforma y en años recientes, queda clara la reducción del peso de los mismos en los ingresos totales y la tendencia hacia la convergencia entre ambas regiones. Especialmente se observa que los ingresos por ticket de medicamentos han perdido un 40% de participación en los ingresos operativos netos de las IAMC desde 2004 a la fecha.

Evolución del ingreso por tickets como % de los Ingresos Operativos de las IAMC – 2004-2016

	2004		2012		2014		2016	
Concepto	**Capital**	**Interior**	**Capital**	**Interior**	**Capital**	**Interior**	**Capital**	**Interior**
Medicamentos	7,41%	7,73%	5,00%	4,87%	4,95%	4,81%	4,81%	4,88%
Análisis de Laboratorio	1,07%	0,27%	0,98%	0,34%	0,90%	0,41%	0,87%	0,40%
Otras Técnicas Diagnóstico	1,08%	0,36%	0,98%	0,52%	0,85%	0,49%	0,77%	0,47%
Otros Tiques	0,51%	0,22%	0,29%	0,07%	0,33%	0,18%	0,25%	0,09%
Total Tickets	**10,07%**	**8,57%**	**7,25%**	**5,80%**	**7,28%**	**6,12%**	**6,98%**	**6,06%**

Elaboración propia

A su vez, la disminución del peso de las órdenes ocurre en todo el sector IAMC aunque es más pronunciado en la capital, en la medida en que se partía de valores superiores. Resalta, tanto en la capital como en el Interior, la disminución del peso relativo de las órdenes de consultorio.

Evolución del ingreso por órdenes como % de los Ingresos Operativos Netos de las IAMC 2004-2016

Concepto	2004		2012		2014		2016	
	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior
Ordenes a Consultorio	1,95%	1,17%	0,87%	0,77%	0,67%	0,73%	0,61%	0,66%
Ordenes a Domicilio	0,43%	0,08%	0,28%	0,07%	0,20%	0,06%	0,18%	0,07%
Ordenes de Emergencia	0,38%	0,24%	0,26%	0,37%	0,26%	0,37%	0,24%	0,35%
Ordenes de Urgencia a Domicilio	0,21%	0,09%	0,08%	0,05%	0,10%	0,05%	0,07%	0,04%
Ordenes Odontológicas	0,04%	0,07%	0,05%	0,08%	0,04%	0,07%	0,05%	0,08%
Otras Ordenes	0,17%	0,08%	0,21%	0,07%	0,17%	0,05%	0,17%	0,04%
Total Órdenes	**3,18%**	**1,72%**	**1,75%**	**1,41%**	**1,48%**	**1,37%**	**1,37%**	**1,28%**

Elaboración propia

2.5 Evolución histórica comparativa de los precios regulados de las IAMC respecto al IPC para el período 2008-2017.

Si analizamos la evolución de los valores de las cápitas, cuota individual, cuota colectiva y tasas moderadoras en relación a la evolución del índice de precios al consumo (IPC), a partir de 2008, tomando este año como Base 100, se destaca el siguiente comportamiento.

- La cápita, que pasó a ser la principal fuente de financiamiento del Sector IAMC, representando el 77% del total de ingresos por prepagos en 2017, varió por encima de la inflación durante prácticamente todo el período 2008-2018. Para explicar esto hay que considerar que el principal componente de los gastos de las IAMC son los salarios médicos y no médicos. Este rubro pasó de representar en la estructura de costos operativos de las IAMC y por ende en la paramétrica de ajuste de los precios regulados, de 51% en 2005 a 67% en 2017. Para esto hay que tener presente que a partir de los acuerdos emanados de los convenios del Grupo 15-Salud Privada de los Consejos de Salarios, durante el período 2005-2017, los salarios tuvieron un incremento real de aproximadamente un 50%.

  Por otra parte la denominada "cuota mutual" fue históricamente uno de los rubros más importantes dentro del componente Servicios Médicos que integra la canasta básica de bienes y servicios de consumo de los hogares que mensualmente es relevada por el INE, para el cálculo del IPC. Hasta el año 2010 la ponderación de la cuota mutual en el IPC era del 7.97%. A partir de la revisión de la estructura y de las ponderaciones de los diferentes rubros en la canasta realizada ese año, la ponderación de la cuota mutual redujo sustancialmente su incidencia. Esto vino a recoger el impacto del nuevo modelo de financiamiento del sector IAMC, con el cambio operado en el

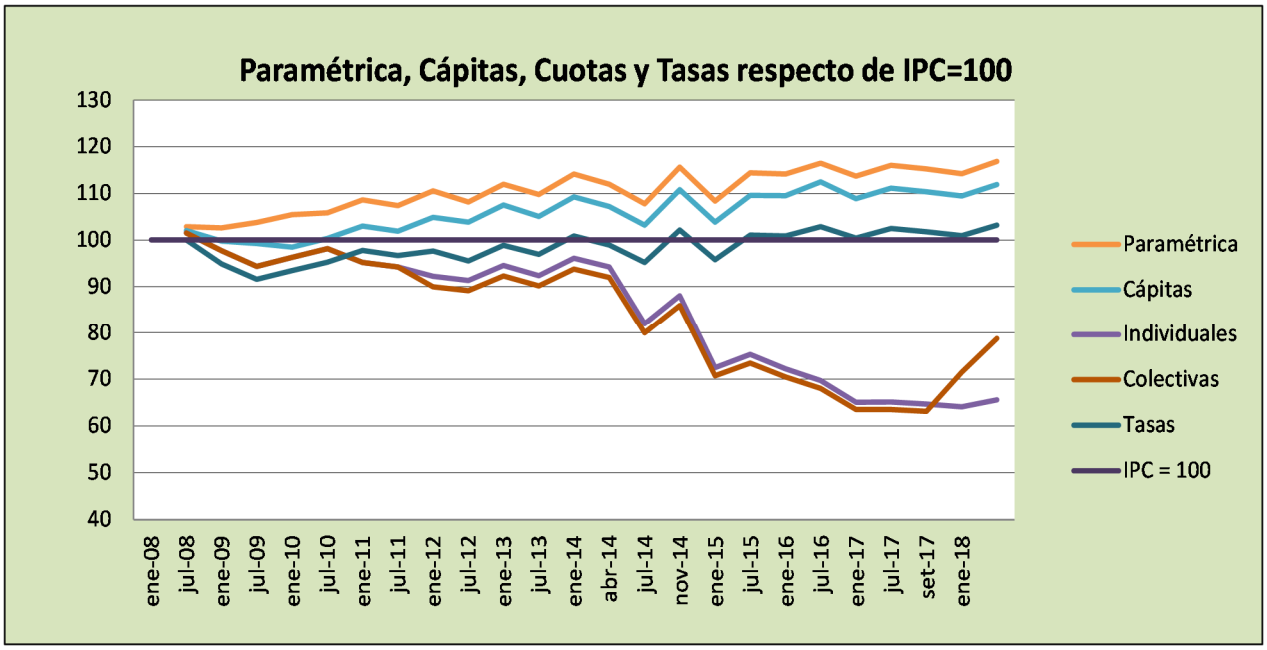
financiamiento del sector a través del gasto en seguridad social o gasto público, mediante el pago de las cápitas. El llamado pago de bolsillo, representado por las cuotas individuales y las tasas moderadoras, redujeron su participación en el financiamiento del sector y por ende en la estructura de bienes y servicios que componen la canasta del IPC. En dicha estructura la cuota mutual pasó a un 2.7% y las tasas moderadoras a 0.92%.

- A su vez la curva incluida en la gráfica que representa la evolución de los valores de las tasas moderadoras respecto del IPC, recoge aquellos ajustes generales autorizados durante el período 2008-2018. Por consiguiente dicha evolución no tiene en cuenta las rebajas, disminuciones o topes reseñadas más arriba establecidas a determinados grupos o colectivos en dicho período. La evolución de la curva entorno a la línea horizontal 100 indica que las tasas, tiques u órdenes, que aplicaron los ajustes generales, tuvieron un comportamiento alineado con el IPC y por ende por debajo de los ajustes por paramétrica que regían en el sector[9].

- Por último las cuotas integrales individuales, pagadas por el afiliado particular sin cobertura por el FONASA, y las cuotas integrales de los convenios colectivos pagados por las empresas u organismos públicos contratantes de la cobertura a las IAMC, evolucionaron por debajo del IPC durante todo el período. Este comportamiento refleja la determinación en el período 2008-2018 de ajustes inferiores a la paramétrica, la no autorización de aumentos o incluso la fijación de reducciones de estos precios. La razón de este tratamiento fue evitar el impacto que el aumento de estas cuotas hubiera tenido en el IPC, en circunstancias que la tasa de inflación se encontraba por encima del rango superior fijado por la meta establecida como instrumento de política. Para compensar la pérdida de ingresos y otorgar a las IAMC el aumento por paramétrica que correspondía, se otorgó a partir del año 2009, un crédito fiscal a efectivizarse mensualmente en las liquidaciones a DGI, llegando hasta el 76% del valor de lo pagado por bolsillo.[10]

[9] Los aumentos por debajo de lo que establecía la paramétrica se aplicaron sobre todo en la primera etapa de la reforma sobre la base de diversos fundamentos. La aplicación del criterio de economía de escala, la conveniencia de fijar aumentos diferenciales para cápitas y cuotas y la incorporación de nuevas metas asistenciales financiadas con paramétrica (Metas 2, 3 y 4). Por esta última vía, el regulador reasignó recursos que debían financiar aumentos genuinos de costos a cubrir con paramétrica, hacia la financiación de obligaciones y prestaciones adicionales para las IAMC, que exigían el cumplimiento de las nuevas metas creadas.

[10] Un efecto, seguramente no deseado, de esta herramienta utilizada para contención de la inflación llevada a cabo desde 2009, fue en última instancia la de subsidiar al afiliado individual de las IAMC. A su vez, a través de la rebaja de las cuotas de los convenios colectivos, se subsidió básicamente a aquellos organismos públicos contratantes de las cuotas de afiliación integrales de salud de sus empleados por fuera del FONASA (Intendencias, Sanidad Policial).



2.6 Efecto de los costos compartidos sobre la demanda de servicios.

Para calibrar los efectos de la política de tasas aplicada respecto a los objetivos perseguidos, es importante analizar el comportamiento que siguieron los afiliados respecto al uso de los servicios. En este sentido, si se calculan las tasas de uso por grupos de edad y sexo a partir de los datos de producción asistencial publicados por el MSP para el período 2007-2016 se observa un comportamiento disímil de los usuarios, según los grupos que se consideren.

Para el caso de las consultas en policlínica, si se mide globalmente para el consolidado del sector IAMC país, se observa una caída de las tasas de uso del 3.49 % para todo el período desde 2007 a 2016. Es decir el porcentaje de variación de la cantidad de consultas en policlínica, por afiliado, por año, en 2016 respecto a 2007, fue de una caída global de -3.50%. En el caso de los hombres la baja global es de -1,23%, siendo más pronunciada en las mujeres, de -6.09%.

Sector IAMC Consolidado - Tasas de uso - Cantidad de consultas en policlínica por afiliado por año - 2007-2016

SEXO	EDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio período	Variación Prom. Año
SEXO MASCULINO	< 1	12,69	13,48	13,47	14,17	13,58	13,90	13,94	14,18	14,03	14,35	**13,78**	13,09%
	1 a 4	6,19	5,89	5,13	5,09	5,17	5,39	5,30	5,45	5,52	5,72	**5,48**	-7,57%
	5 a 14	4,15	3,77	3,39	3,36	3,35	3,33	3,23	3,38	3,40	3,45	**3,48**	-17,00%
	15 a 19	2,22	2,29	2,13	2,29	2,34	2,42	2,15	2,25	2,31	2,39	**2,28**	7,92%
	20 a 44	1,91	1,95	2,05	2,05	2,09	2,11	1,99	2,04	2,06	2,08	**2,03**	8,57%
	45 a 64	4,27	4,25	4,41	4,38	4,50	4,42	4,22	4,21	4,14	4,12	**4,29**	-3,62%
	65 a 74	8,65	8,66	8,74	8,75	8,54	8,36	7,99	7,92	7,62	7,43	**8,26**	-14,11%
	> 74	9,92	10,10	10,29	10,24	10,18	9,91	9,45	9,48	9,18	8,95	**9,77**	-9,73%
	Total	**3,99**	**4,03**	**4,03**	**4,06**	**4,05**	**4,02**	**3,86**	**3,92**	**3,91**	**3,95**	**3,98**	**-1,23%**
SEXO FEMENINO	< 1	12,60	13,60	14,71	13,93	14,10	13,94	14,04	14,26	13,79	14,11	**13,91**	11,99%
	1 a 4	5,67	5,58	4,80	4,85	4,87	5,12	5,09	5,25	5,20	5,36	**5,18**	-5,44%
	5 a 14	4,07	3,85	3,42	3,34	3,35	3,34	3,33	3,43	3,37	3,41	**3,49**	-16,28%
	15 a 19	4,10	4,46	4,34	4,31	4,40	4,58	4,32	4,59	4,50	4,59	**4,42**	11,93%
	20 a 44	5,00	5,38	5,65	5,57	5,65	5,71	5,53	5,60	5,48	5,45	**5,50**	8,88%
	45 a 64	7,55	7,77	8,03	8,00	8,01	7,98	7,73	7,77	7,42	7,19	**7,74**	-4,76%
	65 a 74	10,10	10,64	10,81	11,02	10,80	10,60	10,29	10,32	9,86	9,60	**10,40**	-5,00%
	> 74	9,07	9,50	9,72	9,71	9,53	9,30	8,98	8,97	8,71	8,44	**9,19**	-6,86%
	Total	**6,69**	**6,83**	**6,78**	**6,72**	**6,68**	**6,63**	**6,44**	**6,53**	**6,34**	**6,28**	**6,59**	**-6,09%**
TOTAL		**5,33**	**5,41**	**5,38**	**5,37**	**5,35**	**5,32**	**5,16**	**5,25**	**5,16**	**5,15**	**5,29**	**-3,49%**

Fuente: Elaborado en base a información del SINADI

Si se analiza el comportamiento en el acceso a consultas coordinadas en policlínica por región, se observa que durante todo el período la cantidad total de consultas en policlínica por afiliado por año es superior en el interior respecto de la capital, para todos los grupos de edades y sexo. Esto ya era así en 2007, excepto en los menores de un año, y se mantuvo durante todo el período. En 2007 existía una brecha importante de los precios de tiques y órdenes entre interior y la capital, siendo superiores en la capital. En 2017 la brecha se ha reducido notoriamente y han ido convergiendo en ambas regiones.

Sector IAMC Interior - Tasas de uso - Cantidad de consultas por afiliado - Promedio mensual - 2007-2016

SEXO	EDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio período	Variación
SEXO MASCULINO	< 1	10,58	13,15	14,07	15,22	13,44	15,03	14,96	15,20	14,43	15,30	**14,14**	44,52%
	1 a 4	7,93	6,78	5,90	5,77	5,79	6,07	5,95	6,05	5,92	6,19	**6,24**	-21,97%
	5 a 14	4,95	4,29	3,79	3,71	3,70	3,58	3,40	3,55	3,50	3,59	**3,80**	-27,54%
	15 a 19	2,38	2,24	2,09	2,32	2,59	2,76	2,30	2,42	2,38	2,46	**2,39**	3,32%
	20 a 44	2,02	1,98	2,10	2,03	2,07	2,11	1,99	2,05	1,99	2,00	**2,03**	-0,92%
	45 a 64	4,80	4,66	4,86	4,75	4,86	4,68	4,42	4,40	4,24	4,25	**4,59**	-11,54%
	65 a 74	9,24	8,98	9,19	8,98	8,92	8,57	8,01	8,08	7,67	7,55	**8,52**	-18,22%
	> 74	11,47	11,20	11,64	11,08	11,28	10,38	9,53	9,78	9,35	9,23	**10,49**	-19,54%
	Total	**4,32**	**4,31**	**4,37**	**4,33**	**4,37**	**4,28**	**4,07**	**4,15**	**4,04**	**4,12**	**4,24**	**-4,67%**
SEXO FEMENINO	< 1	11,00	13,54	13,91	14,93	14,79	14,93	14,37	14,97	14,26	15,01	**14,17**	36,46%
	1 a 4	7,08	6,28	5,39	5,55	5,48	5,74	5,62	5,80	5,64	5,87	**5,85**	-17,02%
	5 a 14	4,74	4,31	3,83	3,70	3,70	3,59	3,49	3,57	3,49	3,58	**3,80**	-24,52%
	15 a 19	5,07	4,73	4,59	4,41	4,89	5,07	4,67	4,93	4,70	4,76	**4,78**	**-6,00%**
	20 a 44	5,79	5,98	6,49	6,22	6,18	6,09	5,74	5,88	5,67	5,60	**5,96**	**-3,30%**
	45 a 64	9,00	9,16	9,41	9,43	9,10	8,98	8,34	8,46	7,92	7,70	**8,75**	-14,37%
	65 a 74	11,66	12,05	11,99	12,47	12,36	11,77	10,85	11,01	10,35	10,06	**11,46**	-13,77%
	> 74	11,88	11,97	12,45	12,16	12,01	11,03	10,29	10,33	9,76	9,48	**11,14**	-20,21%
	Total	**7,89**	**7,74**	**7,65**	**7,52**	**7,43**	**7,19**	**6,76**	**6,93**	**6,63**	**6,58**	**7,23**	**-16,60%**
TOTAL		**5,93**	**5,88**	**5,87**	**5,81**	**5,79**	**5,65**	**5,36**	**5,50**	**5,31**	**5,34**	**5,65**	**-9,99%**

Fuente: Elaborado en base a información del SINADI

Sector IAMC Capital - Tasas de uso - Cantidad de consultas por afiliado - Promedio mensual - 2007-2016

SEXO	EDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Promedio período	Variación
SEXO MASCULINO	< 1	14,57	13,80	12,87	13,21	13,72	13,01	13,15	13,44	13,74	13,68	**13,52**	-6,10%
	1 a 4	5,21	5,20	4,46	4,50	4,62	4,82	4,76	4,97	5,19	5,35	**4,91**	2,71%
	5 a 14	3,74	3,40	3,05	3,07	3,05	3,13	3,08	3,25	3,32	3,34	**3,24**	-10,79%
	15 a 19	2,11	2,33	2,17	2,26	2,16	2,18	2,04	2,12	2,25	2,34	**2,20**	10,89%
	20 a 44	1,83	1,93	2,01	2,05	2,09	2,11	1,99	2,03	2,11	2,13	**2,03**	16,24%
	45 a 64	3,84	3,92	4,02	4,08	4,20	4,21	4,05	4,06	4,07	4,02	**4,05**	4,72%
	65 a 74	8,21	8,41	8,36	8,54	8,19	8,18	7,98	7,77	7,57	7,31	**8,05**	-10,95%
	> 74	9,03	9,46	9,44	9,67	9,43	9,60	9,38	9,26	9,05	8,73	**9,31**	-3,29%
	Total	**3,75**	**3,81**	**3,75**	**3,83**	**3,80**	**3,82**	**3,70**	**3,75**	**3,81**	**3,82**	**3,79**	**1,68%**
SEXO FEMENINO	< 1	13,91	13,65	15,48	13,01	13,50	13,16	13,78	13,72	13,45	13,46	**13,71**	-3,18%
	1 a 4	4,88	5,05	4,30	4,25	4,35	4,62	4,64	4,82	4,84	4,96	**4,67**	1,48%
	5 a 14	3,73	3,53	3,07	3,04	3,06	3,15	3,20	3,31	3,27	3,27	**3,26**	-12,27%
	15 a 19	3,62	4,29	4,15	4,22	4,04	4,22	4,07	4,35	4,34	4,46	**4,18**	**23,38%**
	20 a 44	4,55	5,04	5,17	5,18	5,34	5,48	5,40	5,43	5,35	5,36	**5,23**	**17,64%**
	45 a 64	6,69	6,96	7,17	7,11	7,32	7,38	7,35	7,34	7,11	6,87	**7,13**	2,68%
	65 a 74	9,30	9,90	10,13	10,18	9,88	9,93	9,94	9,89	9,54	9,29	**9,80**	-0,05%
	> 74	7,85	8,44	8,48	8,55	8,35	8,50	8,33	8,27	8,13	7,86	**8,28**	0,18%
	Total	**6,02**	**6,30**	**6,22**	**6,21**	**6,20**	**6,29**	**6,23**	**6,27**	**6,16**	**6,08**	**6,20**	**0,94%**
TOTAL		**4,95**	**5,11**	**5,03**	**5,06**	**5,04**	**5,10**	**5,02**	**5,07**	**5,05**	**5,01**	**5,04**	**1,27%**

Fuente: Elaborado en base a información del SINADI

Evaluación de los efectos de la política de tasas en consultas según tipo y especialidad

Al analizar los efectos en las consultas de acuerdo a especialidad médica y tipo de consulta, urgente o no urgente, consideramos el efecto de la política aplicada en el impacto de los valores de las tasas para el período 2005-2018 y la variación durante ese periodo del uso de los servicios por parte de los afiliados a las IAMC.

a) Respecto de los valores de las tasas.

Para todo el período la caída de los precios fue uniforme para el Sector IAMC consolidado. La disminución del valor de las tasas, **en términos reales**, entre 2005-2018 fue globalmente de más del 50%. Para el período 2013-2018, al disponer de la información en el SINADI fue posible desagregar por región.

Ordenes - Disminución de los precios en términos reales

Período: 2005 - 2013 - 2018

	2013 - 2018			2005 -2018
	Interior	Capital	País	País
Consulta policlínica Medicina general	15%	-28%	**-11%**	**-62%**
Consulta policlínica pediatría < 15 años	21%	-28%	**-8%**	**-49%**
Consulta ginecología	12%	-1%	**4%**	**-51%**
Consulta especialidades médicas	-12%	-16%	**-15%**	**-64%**
Consulta Urgencia centralizada	-17%	5%	**-4%**	**-56%**
Consulta no Urgencia domicilio	-20%	9%	**-2%**	**-74%**
Consulta urgencia domicilio	-25%	6%	**-6%**	**-61%**

Fuente: Elaboración propia en base a SINADI y Economía, Política y Economía política para el acceso universal de la salud en Uruguay – UDELAR-OPS-OMS -2012-2014

De acuerdo a la regulación actual, la mayoría de los tipos de costos compartidos por medicamentos corresponden en realidad a exoneraciones por lo que el único gasto para el usuario es el pago del timbre profesional. Existe otro tipo que corresponde a cierta medicación antihipertensiva que tiene un precio máximo determinado por decreto. Por último, el costo compartido general de medicamentos, que alcanza a casi todos los que están incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) para la atención en policlínica, tiene un precio que se ajusta con el aumento general autorizado por paramétrica con el tope de $ 600 establecido por contrato de gestión.

Con relación a las consultas ambulatorias sucede algo similar. De los 15 tipos de órdenes, 5 ajustan con el aumento general con el tope de $ 600, 9 tienen fijado su máximo precio y un tipo está exonerado de costo compartido.

A los costos compartidos referidos a técnicas de diagnóstico y tratamientos se aplica el aumento general y es donde se observa rangos de variación de precios más amplios entre las instituciones. A este conjunto básicamente están dirigidos los topes de $600 y $ 800 establecidos en el contrato de gestión que rige desde el 1° de enero de 2012.

Si se analizan los precios promedios vigentes a enero de 2018 para afiliados FONASA de costos compartidos básicos seleccionados, se observa en general que los valores se encuentran en un nivel que es difícil creer que operen como barrera al acceso e incluso ponen en cuestión, a esta altura, si están funcionando como moderadores de la demanda, sobre todo en el caso de las consultas para especialidades básicas.

CONCEPTO (nomenclatura PIAS Decreto 465/08)			Promedio FONASA						
Valores corrientesde Enero 2018			Capital	FEPREMI Norte	FEPREMI Litoral	FEPREMI Este	FEPREMI Sur	FEPREMI Total	Interior no FEPREMI
MEDICAMENTOS									
Ticket de medicamentos - General			106	101	86	91	85	90	42
Ticket de medicamentos (topeados) - Antihipertensivos			49	59	39	46	55	50	35
CONSULTAS									
Consultas No Urgentes consultorio: Medicina General			26	53	60	52	52	52	10
Consulta No Urgente consultorio: Pediatria			15	34	46	45	41	41	10
Gineco-obstetricia (Control de Embarazo)			28	36	43	52	58	48	10
Consulta No Urgente consultorio: Ginecologia			36	38	44	53	61	50	10
Consulta No Urgente consultorio: Otras especialidades			85	53	100	119	103	95	18
Consulta Urgente centralizada			167	88	110	164	151	131	28
Consulta No Urgente domicilio			183	200	144	175	200	182	28
Consulta Urgente domicilio			259	302	248	265	297	280	37
Consulta Odontologica			139	209	137	223	206	195	93
Consulta Médico de Referencia			30	67	30	48	59	52	0
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS									
Endoscopía Diges	Endoscopia Esofagogastroduodenal		255	191	123	111	234	171	420
Ecografia	Ecografía Simple		196	113	78	111	108	103	79
	Obstetrica		217	113	78	86	108	97	79
Ecodoppler	Miembros (inferiores/ superiores) Arterial / Ver		342	175	108	130	250	173	116
Imageonología	Radiologia sin Contraste	Abdomen / Aparato	145	89	83	88	81	85	72
		Torax	108	76	62	77	76	73	52
	Radiologia con Contraste	Colorectal	228	97	84	100	205	129	86
Resonancia Nuclear Magnética		Una región	389	267	191	312	354	288	231
Tomografia Axial Computadorizada		Una región	378	228	154	293	334	259	153
Laboratorio		Rutina Básica	198	100	48	92	69	77	60

En el caso de los valores para consultas coordinadas en policlínica para el conjunto de FEPREMI y de cada una de sus cuatro regiones, son superiores a los precios registrados en las IAMC de la Capital y en las del Interior que no integran la Federación, excepto en el caso de las consultas con especialistas donde las regiones Norte y Sur de FEPREMI tienen en promedio precios de costos compartidos más bajos que en Montevideo, pero mayores que en las instituciones NO FEPREMI del Interior.

Con relación a los precios promedio de las consultas de urgencia centralizada, el precio promedio de la capital es superior a FEPREMI. En cambio, para el caso de la urgencia a domicilio el promedio FEPREMI supera al de la capital.

El precio promedio del ticket general de medicamentos es inferior en FEPREMI si se lo compara con el promedio de Montevideo y superior al registrado para el conjunto de las IAMC NO FEMI del Interior.
Una situación diferente se advierte con relación a los costos compartidos de las técnicas de diagnóstico y tratamiento. En estas en todos los casos los precios promedio de la capital son superiores al promedio de FEPREMI en su conjunto y al de cada una de sus regiones.

b) El comportamiento del usuario en el período 2005 – 2017.

Por otra parte, a partir de información del SINADI en materia asistencial y de estudios recientes vinculados con la temática, fue posible construir la evolución de las tasas de uso por afiliado por año para consultas seleccionadas entre 2005 y 2017.

Tasas de utilización - Cantidad de consultas por afiliado por año - Variación entre 2005 - 2017

	2005			2012			2017			Variaciones 2017 - 2005		
	Interior	Capital	País	Interior	Capital	País	Interior	Capital	País	Interior	Capital	País
Consultas policlínica Medicina general	2,4	1,4	1,8	2,0	1,4	1,6	1,8	1,3	1,5	-23%	-4%	-14%
Consultas policlínica pediatría < 15 años	4,5	2,5	3,1	3,2	2,3	2,7	3,3	2,4	2,8	-27%	-2%	-9%
Consultas ginecología	1,2	0,8	1,0	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	0%	38%	20%
Consultas especialidades médicas	1,5	1,5	1,5	1,3	1,6	1,5	1,3	1,6	1,4	-13%	7%	-4%
Consulta Urgencia centralizada	0,9	0,5	0,7	1,2	0,7	0,9	1,1	0,6	0,8	22%	20%	14%
Consulta urgencia domicilio	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	-20%	18%	18%

Fuente: Elaboración propia en base a SINADI y Economía, Política y Economía política para el acceso universal de la salud en Uruguay – UDELAR-OPS-OMS -2012-2014

i. Consultas en policlínica de medicina general.

En el caso de la consulta coordinada de policlínica para medicina general, el valor del tique general cayó más del 60% en términos reales. A enero 2008, el precio promedio de la orden a consulta de medicina general se ubica en promedio en $ 28 en el interior y $ 15 para la capital.

Por otro lado, la cantidad de consultas por afiliado por año cae en el período. En el interior se pasa de un promedio de 2,4 consulta por afiliado por año, en 2005 a 1,8, en 2017. En la capital el movimiento es de 1,4 a 1,3. En el promedio, para el Sector IAMC país, de 1,8 en 2005 se pasa a 1,5 en 2017. Esto significa una baja global en el uso de las consultas por afiliado por año del orden del 14%.

ii. Consultas de pediatría.

Para el caso de la consulta coordinada de pediatría la baja en el precio de la orden en el período fue del 49% en términos reales. En enero 2018 el valor promedio de la orden es de $ 21 en el interior y de $ 8 en la capital.

A su vez la disminución del uso por afiliado fue de 9% en todo el país, siendo más pronunciada en el interior, con una baja de -27% y de -2% en la capital. Cabe mencionar que se partía de una brecha de 4,5 consultas por afiliado por año, en el interior, en 2005, frente a 2,5 en la capital. En 2017 la relación es 3,3 en el interior y 2,4 en la capital.

iii. Consultas de ginecología.

En el caso de ginecología el valor de la orden cayó -51% para el promedio del Sector IAMC país. A enero de 2018 el valor promedio de la orden es de $ 26 en el interior y de $ 32 en la capital. A su vez la cantidad de consultas por afiliado por año pasó de 1 a 1,2, creciendo 20% para el promedio país. Al analizar por región se observa que en todo el período en el interior la relación se mantiene en el entorno de 1,2, en cambio en la capital de 0,8 en 2005 crece a 1,1 en 2017.

Al respecto podría aquí señalarse como hipótesis que las medidas adoptadas de baja del precio de la orden con el objeto de moderar el efecto de los costos compartidos en las consultas ginecológicas y de control del embarazo y la eliminación de los costos compartidos para los exámenes de laboratorio a las embarazadas pudieron haber contribuido a explicar, el incremento de la demanda por los servicios de consultas coordinadas en policlínicas observado, especialmente en la capital.

iv. Consultas especialidades médicas.

Para la consulta de especialidades médicas el valor de la orden en términos reales cae en el período -56% para el promedio país. El valor promedio de la orden a enero 2018, es de $ 50 en el interior y de $ 48 en la capital.

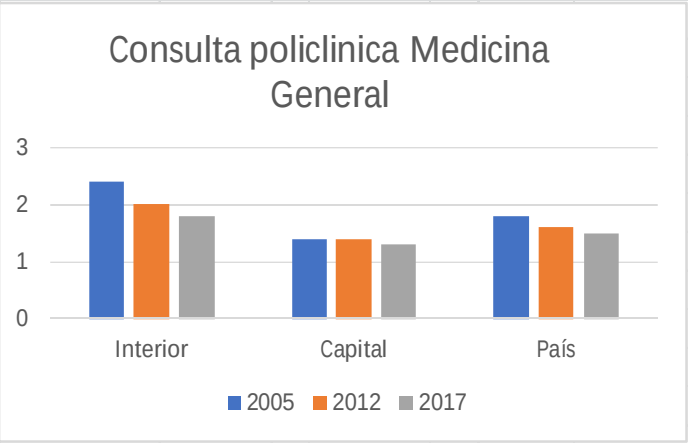
El uso global promedio para todo el país entre 2005 y 2017 cae -4%. Sin embargo para el interior cae -17%, pasando de 1,5 consultas por afiliado por año en 2005 a 1,3, en 2017. En la capital en cambio, el uso crece 7% en el período, pasando de 1,5 en 2005 crece a 1,6 en 2017.

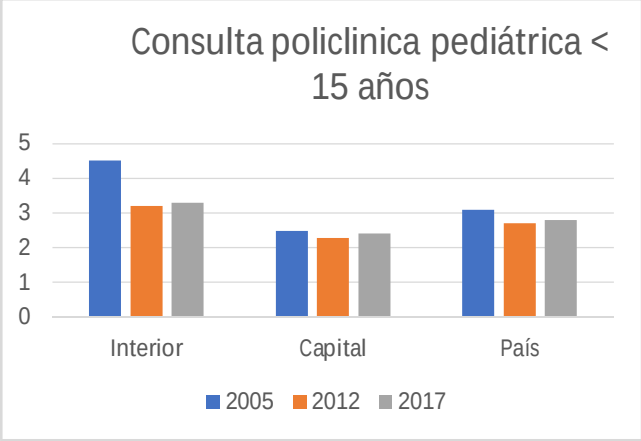
v. Consulta de urgencia.

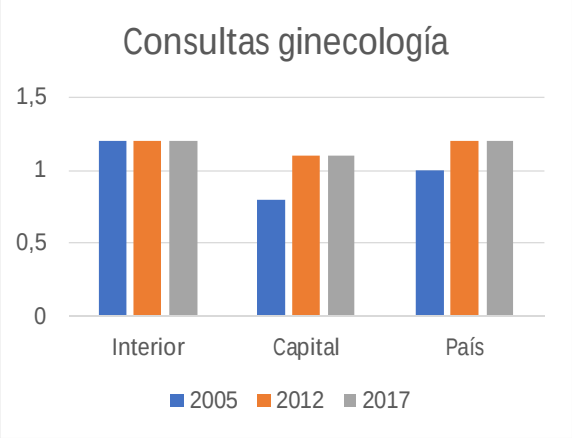
En el caso de la consulta de urgencia centralizada el precio de la orden cayó en el periodo 74% en términos reales. El uso a su vez también creció en el período 14% para el país, siendo de 22% en el interior y de 20% en la capital.

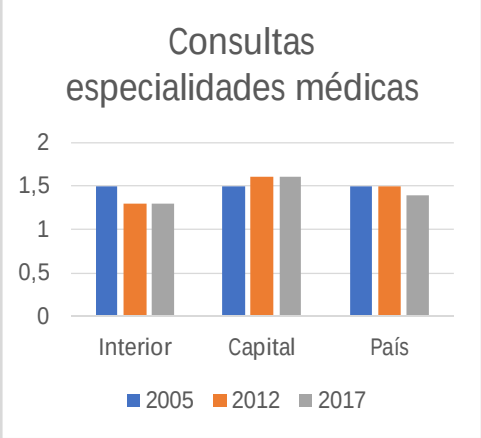
Por su parte en el caso de la consulta de urgencia en domicilio la orden cayó su precio 61% y el uso creció 18%, de 0,17 consultas por afiliado en 2005 a 0,20 en 2017.

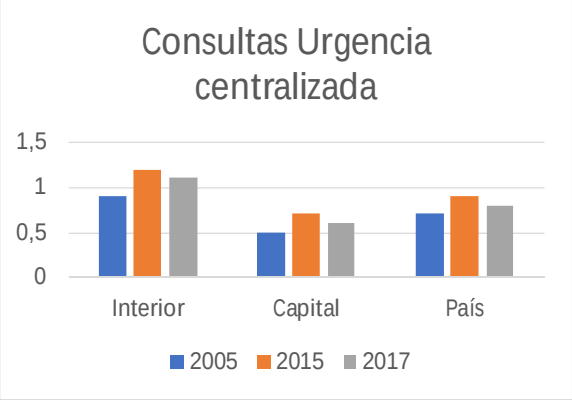
A continuación se grafica la evolución de las tasas de utilización para cada tipo de consulta

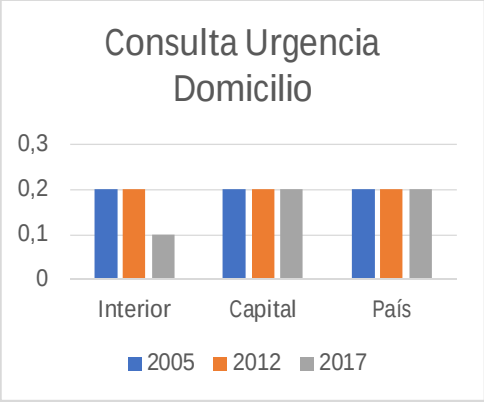








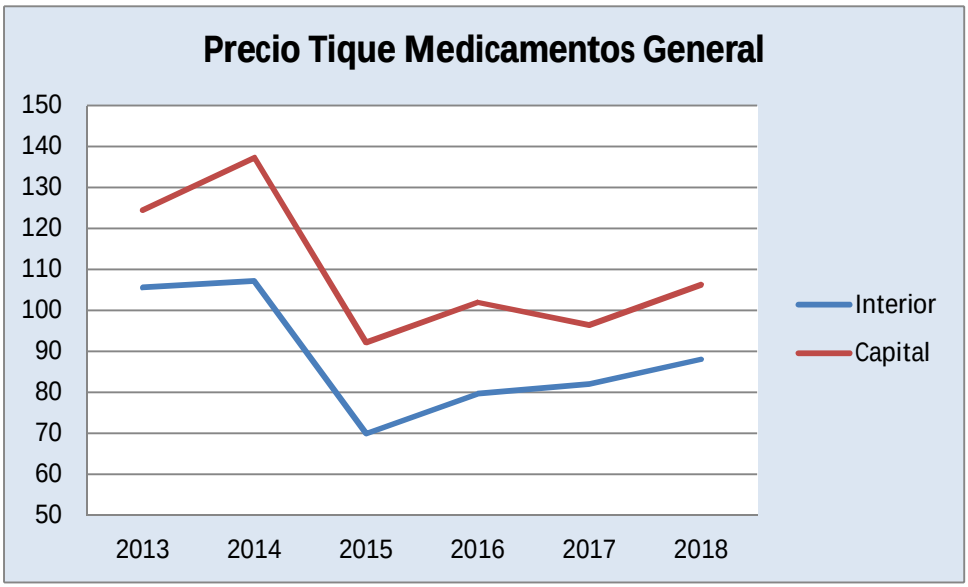




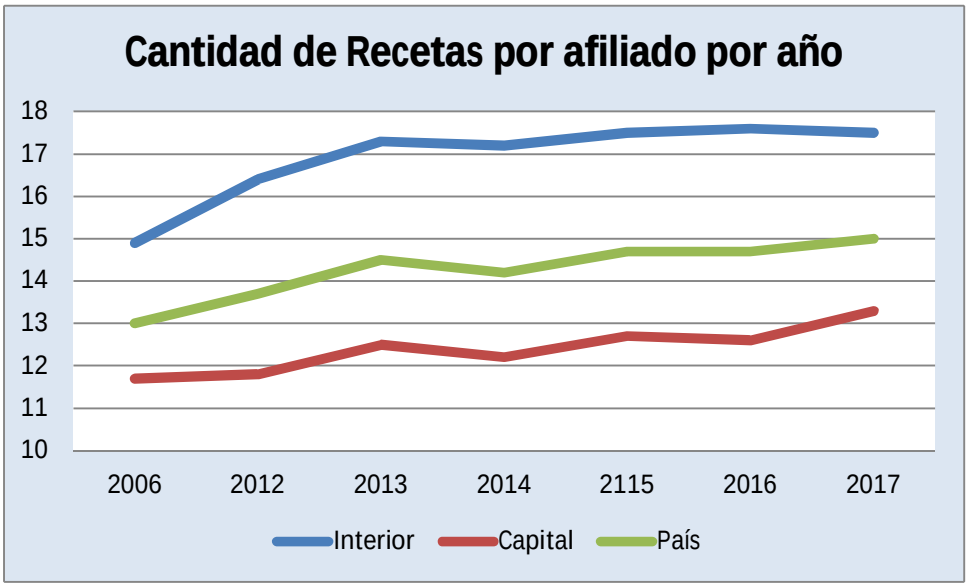
vi. Efectos en el consumo de medicamentos.

Los precios de los tiques de medicamentos han sido históricamente más bajos en el interior del país. En 2005 el valor promedio del tique en la capital estaba en $ 155 y en $ 110 en el interior. Si bien la brecha se ha ido reduciendo, a enero 2018 el valor promedio del tique en la capital es de $ 106 y de $ 88 en el interior.

La gráfica muestra la evolución reciente durante el período 2013-2018 del precio promedio en términos corrientes para interior y capital. Es de destacar la baja del precio en términos corrientes de -32% en la capital y -17% en el interior. En términos reales, si descontamos la inflación del período, el tique de medicamentos para el período 2005-2018, redujo su valor 3,5 veces.



Respecto al consumo, en 2005 en el interior, la relación era de 15 recetas por afiliado y por año. En la capital esa misma relación era de 11,7 y el promedio para el país de 13. En 2018, para el interior subió a 17,5; en la capital a 13,3 y para el país se ubicó en 15.



Por consiguiente se observa en el caso de la dispensación de medicamentos, una muy fuerte baja del valor del tique general y un aumento en la cantidad de recetas, por afiliado por año. Como explicación de este efecto, además del factor precio también debe tenerse presente la mayor indicación del médico tratante acaecida en el período.

Por último, el análisis comparativo de la evolución de la relación recaudación por tiques respecto al gasto por consumo de medicamentos ambulatorio, estaría indicando que en el caso del tique de medicamentos a esta altura más que ante una tasa moderadora estaríamos ante un copago.

Recaudación Tique y Gasto de consumo ambulatorio

	Interior	Capital	País
2004	74%	88%	83%
2010	85%	113%	102%
2017	106%	121%	115%

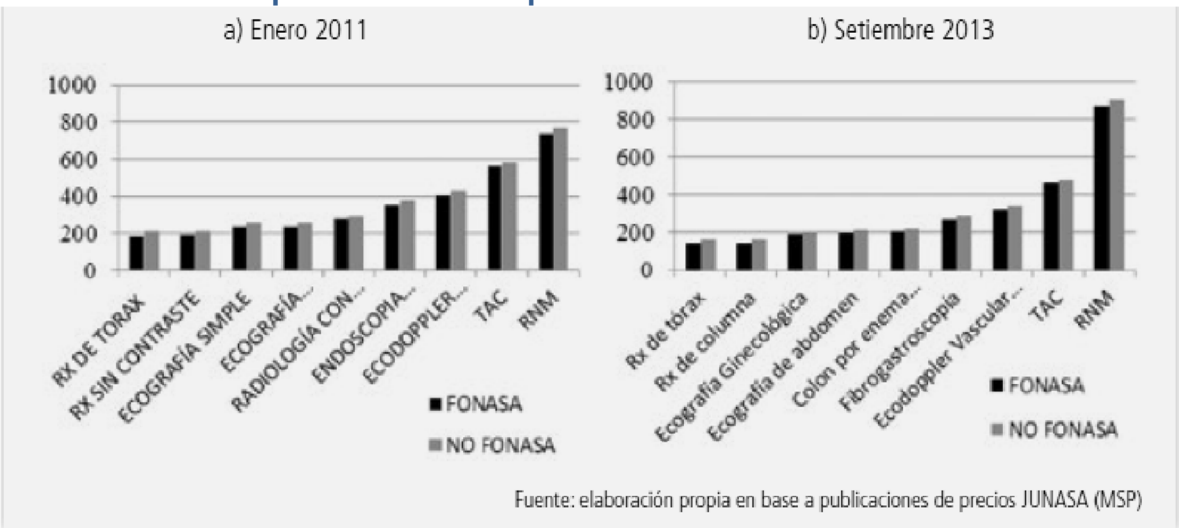
Fuente: ER IAMC -Sinadi

vii. Otros estudios.

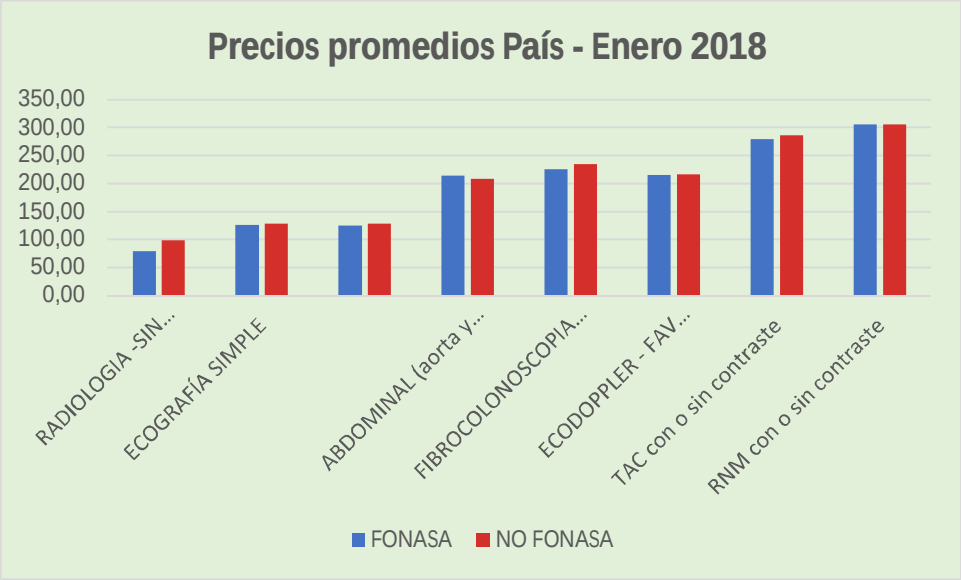
Dentro de Otros Estudios se hallaban los valores de tasas más altos antes de la reforma. La dispersión entre las instituciones, entre afiliados FONASA y no FONASA y por regiones, era importante. Para la capital los extremos iban desde o a $ 6.000. En el interior desde 0 a $ 2.200.

Con la reforma, la disminución de los precios de tiques de este grupo opera drásticamente a partir de la fijación de topes a los valores de las tasas. En 2011 se estableció que ninguna tasa podía superar los $ 1.000. A partir de 2012 con el nuevo contrato de gestión ese tope quedó fijo en $ 800 nominales sin permitir ajustes posteriores.

Precios promedio de los Tiques de Estudios – Valores corrientes

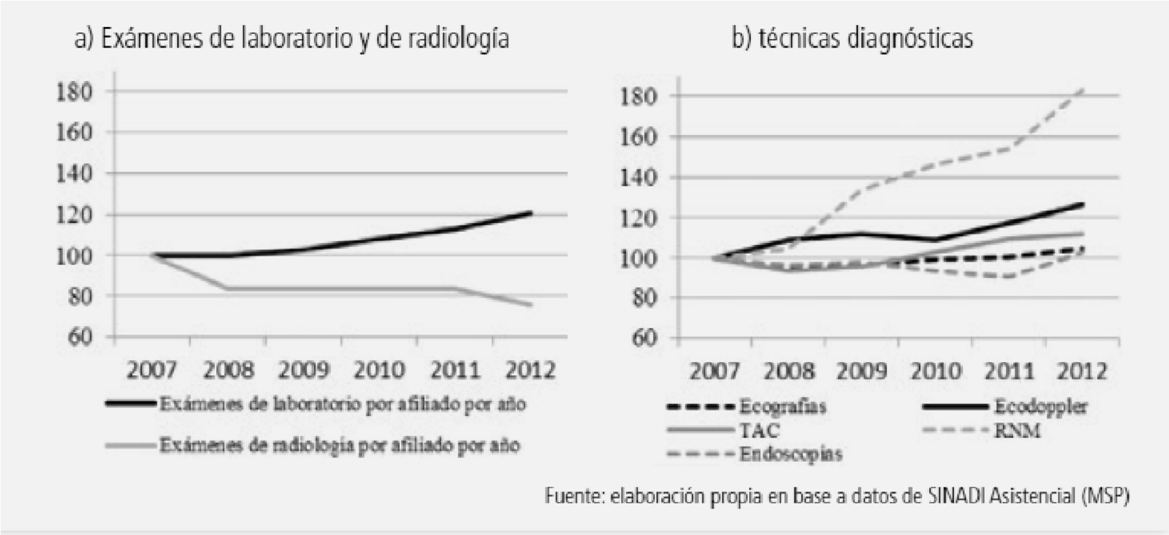


Fuente: "Economía, política, economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay" (2015, OPS-OMS-UDELAR).

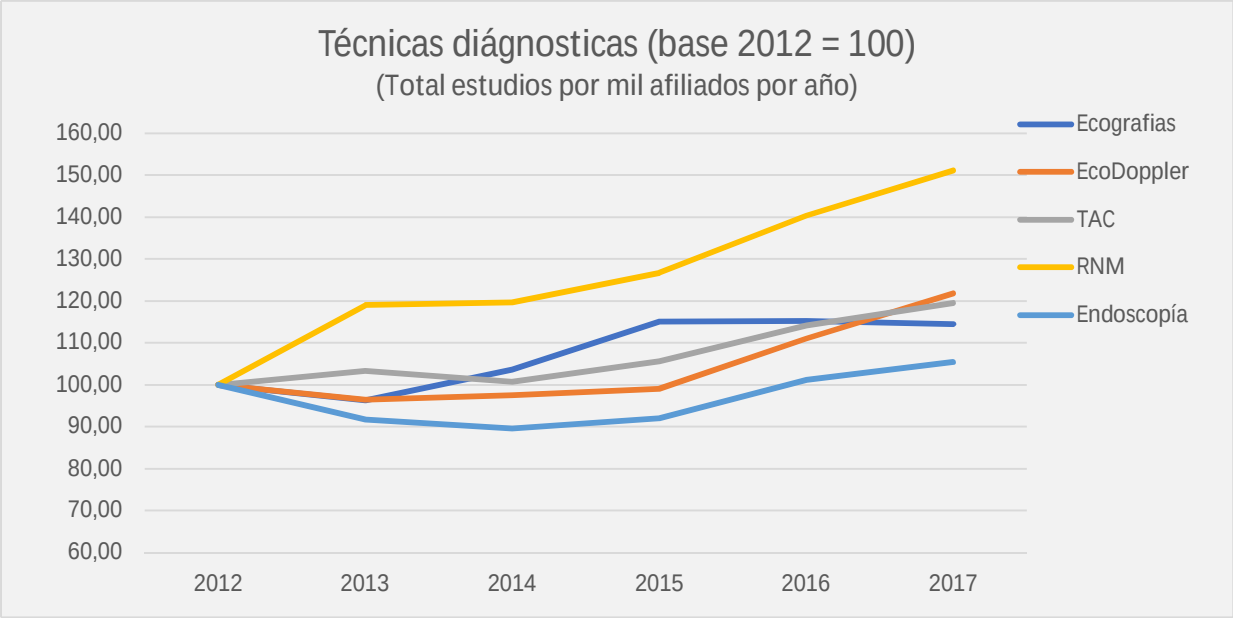


En 2011 se estableció que ninguna tasa podía superar los $ 1.000. A partir de 2012 con el nuevo contrato de gestión ese tope quedó fijo en $ 800 nominales sin permitir ajustes posteriores.
La evolución de los precios ha implicado que la brecha existente entre los diferentes tipo de estudio se fuera achatando. A enero 2018 prácticamente no hay diferencia en los promedios de precios entre los afiliados FONASA y no FONASA.

Evolución de la utilización por año (Índice base 2008=100)



Fuente: "Economía, política, economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay" (2015, OPS-OMS-UDELAR).



Elaboración propia sobre información de SINADI Asistencial

La utilización que más se modificó es la de las resonancias magnéticas acumulando un incremento de más del 150% en el período 2007-2018. Este aumento fue más pronunciado en el interior que en la capital. Podría pensarse que los topes de precios introducidos en la reforma jugaron a favor de este comportamiento. Sin embargo el incremento en el uso se da de forma sostenida desde 2008 y la primera medida de tope fue implementada recién en el año 2011. Algunos autores mencionan que la hipótesis más razonable tiene que ver con cambios desde el lado de la oferta. Por un lado, mencionan que haya aumentado la indicación médica de este tipo de estudios por criterios que responden a la práctica médica y, por otro lado, lo aducen a una mayor disponibilidad de resonadores en los centros asistenciales o convenios de complementación mejor articulados entre los prestadores.

En síntesis, la muy fuerte disminución del precio nominal y real de las órdenes en todas las especialidades que operó a lo largo del período 2007-2016, podía hacer esperar un aumento en las tasas

de utilización de los usuarios y por ende reforzar la hipótesis teórica de partida de existencias de barrera de accesos a los servicios. Transcurrido diez años de aplicación de esta política, a la luz de lo que arroja el análisis de la información disponible, tal hipótesis no se habría verificado en la práctica, ni en el global de las consultas centralizadas (policlínicas), ni en las consultas de medicina general, pediatría y especialidades médicas. Podría solo sostenerse, como una explicación posible, a cuenta de otros estudios, en el caso de las consultas ginecológicas en la capital y para los menores de un año. De todos modos en ambos casos la Meta 1 de control del recién nacido y de la embarazada, seguramente también habrá incidido.

A su vez en el grupo de Otros Estudios es donde se observa una drástica baja de los valores de las tasas, por efecto de la fijación de topes, y también un fuerte aumento de la utilización. Sin embargo no es posible concluir que la baja de tasas fue la causa del mayor uso, al menos en todos los casos o en forma exclusiva, en la medida que los topes se establecieron recién en 2011 y el aumento en la utilización se observa ya desde antes.

Por otro lado, contrariamente a lo esperado, en función de los incentivos al cambio del modelo de atención y de una mayor calidad de la atención, se constata un aumento de la atención de urgencia, tanto centralizada como a domicilio, verificándose lo que se da en llamar una "urgentización de las consultas". Este fenómeno se da tanto en las consultas realizadas en forma centralizada como las que se llevaron a cabo en el domicilio del usuario.

2.7. ¿Hay una política del regulador para las tasas?

En el marco de la Reforma de la Salud se plantea como un objetivo explícito reducir el valor de los costos compartidos en el entendido que éstos constituían barreras para el acceso a los servicios. Por tanto se define revertir este rol de los costos compartidos como fuente de financiamiento de las IAMC y retomar su función de moderar la demanda (Ley 18.211).

Algunos documentos de análisis del MSP concluyen que el objetivo planteado en la política de costos compartidos tendiente a su transformación en tasas moderadoras y reducir su carácter de barrera a la entrada, en especial en las enfermedades crónicas, fue encaminado y la dirección de las políticas fue un avance. Sin embargo se menciona que existen algunos matices, en el caso de los estudios clínicos, la tendencia a que prevalezca su condición de tasas moderadoras se viene cumpliendo especialmente por el rol cumplido por los topes y los aumentos diferenciales según su monto; en las órdenes hay situaciones diversas pero la tendencia existe y en el caso de los medicamentos el financiamiento de las tasas cubre el costo y por ende, a pesar de las bajas importantes en el valor de los tickets, siguen constituyendo un copago[11].

Otros autores sostienen que no se advierte la existencia de una política clara y expresa en materia de copagos, con objetivos de corto y mediano plazo que haga operativa la premisa del artículo 19 de la ley 18.211. Los costos compartidos en los hechos, constituyen el elemento central de la competencia entre instituciones por la preferencia de los usuarios, en gran medida por la inexistencia de incentivos claros a la calidad y de procesos de evaluación de resultados alcanzados por las empresas, que deberían constituir el factor principal de competencia. El sistema de costos compartidos es además asimétrico en tanto el

[11] "Economía, política, economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay" (2015, OPS-OMS-UDELAR).

prestador público no aplica copagos a sus afiliados, incluso para aquellos comprendidos en la cobertura del FONASA[12].

[12] FEMI, Copagos en el SNIS. Conceptos, alcance y alternativas (Mayo, 2014).

Capítulo 3 - El costo de los medicamentos en los hogares

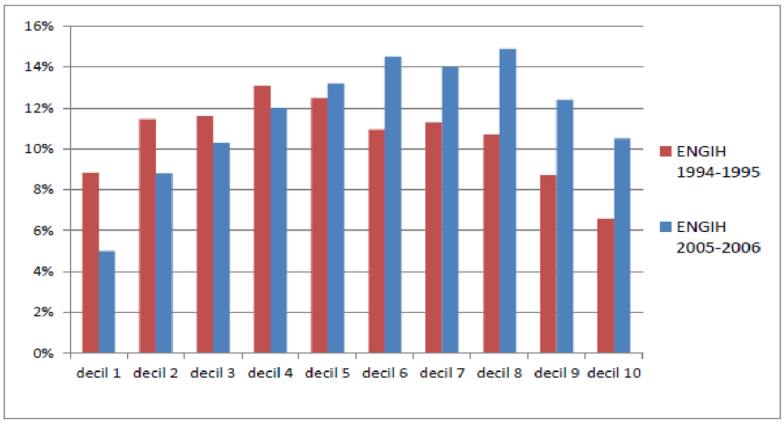
La Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares[13], realizada por el INE entre los meses de noviembre de 2005 y octubre de 2006, es la fuente de información más reciente respecto al gasto de los hogares en salud. Es una encuesta que se realiza en Uruguay cada diez años aproximadamente[14].

Dado que la última encuesta disponible se llevó a cabo con anterioridad al inicio de la reforma del Sistema de Salud, la misma no recoge el impacto en el ingreso y gasto de los hogares de las medidas de política implementadas con posterioridad. Sin embargo, sí es posible recoger algunas comparaciones interesantes respecto a la encuesta anterior, la de 1994-1995, así como plantear algunas consideraciones respecto al escenario que es probable observar en una futura pesquisa de estas características.

De acuerdo a esta encuesta, los hogares destinan el 12% de su presupuesto al rubro salud; según la ENGIH 1994-1995 este valor se ubicaba en 11% a mediados de la década del noventa.

Pueden observarse en el siguiente gráfico los cambios en el gasto en salud de los hogares de los diferentes deciles de ingresos. Hasta el cuarto decil inclusive los hogares pasan a destinar una menor proporción de su gasto a la atención en salud; desde el quinto decil de ingresos hasta el final de la distribución la proporción del gasto que es dedicada a salud se incrementa. Los deciles que más modificaciones sufrieron en términos relativos, es decir porcentualmente en relación a su situación inicial, se ubican en los dos extremos: el 10% más pobre de los hogares disminuyeron en más de 40% la proporción de su gasto que destinan a la salud y el 10% más rico de los hogares lo aumentó en 60%[15].

Gasto en salud como porcentaje del gasto total del hogar por decil de ingreso en 1994-1995 y en 2005-2006

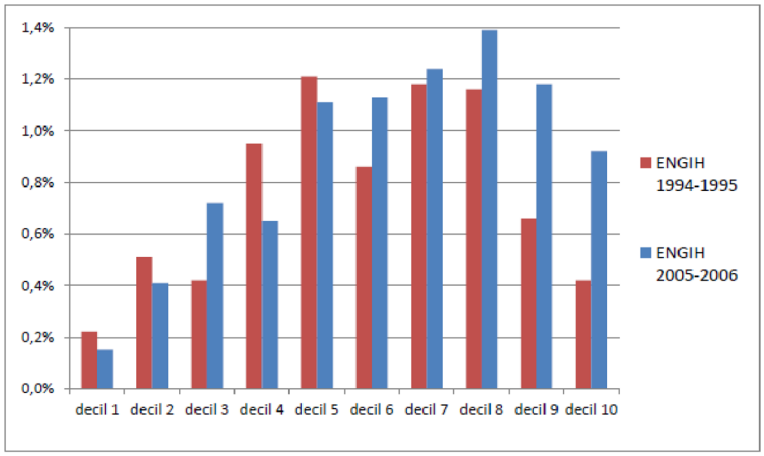


Fuente: Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera. Proyecto "Avances y consolidación de la Cobertura Universal en Salud en Uruguay" OPS - OMS / DIGESNIS – DES (2013).

[13] En la ENGIH 2005-2006 considera el hogar como el conjunto de personas que viven bajo el mismo techo y comparten al menos los gastos en alimentación.
[14] La Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares 2016-2017 se encuentra en análisis y por este motivo el INE aún no publicado sus resultados.
[15] Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera. Proyecto "Avances y consolidación de la Cobertura Universal en Salud en Uruguay" OPS - OMS / DIGESNIS – DES (2013).

El siguiente gráfico presenta el gasto en costos compartidos según deciles de ingreso, como porcentaje del gasto total de los hogares, derivado de la ENGIH 2005-2006, en comparación con la situación de mitad de la década de los noventa, derivada de la ENGIH 1994-1995.

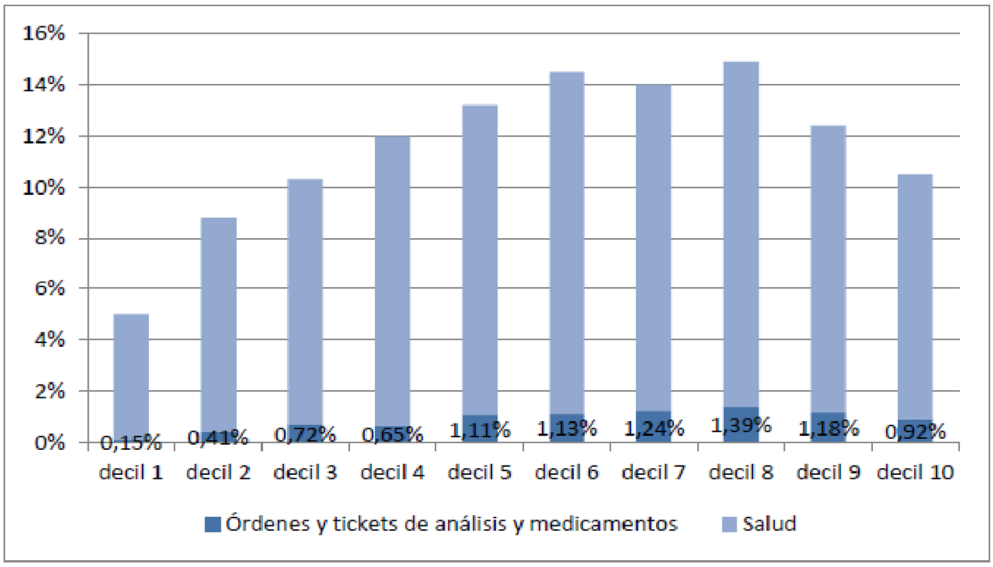
Gasto en tickets y órdenes como porcentajes del gasto total del hogar por decil de ingreso en 1994-1995 y 2005-2006



En la primera mitad de la distribución (la mitad más pobre de los hogares) la proporción del gasto destinada a pago de costos compartidos disminuye, mientras que en la segunda mitad de la distribución (la mitad más rica de los hogares) la proporción de pago de tickets y órdenes aumenta. En 2005-2006, el primer decil disminuye la participación de las tasas en su gasto en más del 30% en relación a mitad de la década anterior, mientras que el noveno decil aumenta la participación del gasto en tasas en casi 80% y el último decil (el 10% más rico de los hogares) más que duplica esta participación. La excepción se observa en el tercer decil, donde se encuentra el mayor aumento porcentual de la participación de este gasto en el gasto total de los hogares. Esto responde a que en 1994-1995 el gasto en tasas era relativamente más bajo en este decil (en relación a los deciles anteriores y posteriores) y porque en 2005-2006 la participación de este gasto es relativamente más alta (en relación a los deciles más próximos).

Para los años 2005 y 2006, en promedio los hogares gastan el 1% de su presupuesto en costos compartidos, con un mínimo de 0.15% (el decil más pobre) y un máximo de 1.39% (gasto del octavo decil).
En el gráfico siguiente se muestra la participación de ambos componentes del gasto en salud –el gasto total en salud y el gasto en costos compartidos– como porcentaje del gasto total de los hogares, para cada uno de los deciles. Se observa una cierta correlación positiva entre el gasto en costos compartidos y el gasto total en salud; a medida que aumenta el porcentaje del gasto en salud, aumenta también el porcentaje de gasto en tasas, y viceversa. Las únicas discontinuidades se dan en el cuarto decil (donde aumenta la participación del gasto total en salud pero disminuye el gasto en costos compartidos dentro del gasto total de estos hogares) y en el séptimo decil (donde la participación del gasto total en salud cae pero aumenta la participación del gasto en costos compartidos.

Gasto en tickets y órdenes y gasto en salud como porcentajes del gasto total del hogar por decil de ingreso en 2005-2006



Fuente: Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera. Proyecto "Avances y consolidación de la Cobertura Universal en Salud en Uruguay" OPS - OMS / DIGESNIS – DES (2013).

Consumo en órdenes y tickets según ocupación principal del jefe de hogar

Concepto	Total	Gerentes y dueños de empresa. Profesionales y técnicos	Técnicos de nivel medio. Auxiliares y personal calificado.	Operarios	Personal con poca o ninguna calificación	No trabaja
Órdenes y tickets	173	230	153	113	77	270

Fuente: ENGIH 2005/2006

El gasto en costos compartidos (tiques y órdenes) refiere básicamente al gasto que realizan los afiliados a alguna IAMC. A continuación, a partir de la información disponible en las ENIGH 2005/2006, se puede observar el gasto en medicamentos según distintas situaciones de los hogares. Aquí el concepto gasto en medicamentos incluye no solo aquellos que pagan tiques y órdenes y por ende retiran los medicamentos en la farmacia de una IAMC, sino incluye también a quienes acceden al medicamento gastando en una farmacia comercial.

En el primer cuadro se ve reflejado el gasto de consumo en medicamentos por decil de hogares ordenados por ingreso per cápita.

Gasto de consumo en medicamentos por decil de hogares ordenados por ingreso per cápita %

Concepto	Total	Primer decil	Segundo decil	Tercer decil	Cuarto decil	Quinto decil	Sexto decil	Séptimo decil	Octavo decil	Noveno decil	Décimo decil
Salud	11,76	4,96	8,49	9,76	11,3	13,51	13,84	14,22	13,77	12,32	10,44
Medicamentos	0,78	0,55	0,53	0,63	0,74	0,79	0,72	0,79	0,87	0,81	0,88

Fuente: ENIGH 2005/2006

En el siguiente se ve reflejado el consumo de los hogares en medicamentos según nivel educativo del jefe.

Consumo de los hogares en medicamentos según nivel educativo del jefe $

Concepto	Total	Hasta 6 años	De 7 a 9 años	De 10 a 12 años	13 años o más
Salud	2.053	1.411	1.704	2.646	3.769
Medicamentos	136	110	98	154	253

Fuente: ENGIH 2005/2006

Consumo de los hogares en medicamentos según ocupación principal del jefe de hogar

Concepto	Total	Gerentes y dueños de empresa. Profesionales y técnicos	Técnicos de nivel medio. Auxiliares y personal calificado.	Operarios	Personal con poca o ninguna calificación	No trabaja
Salud	2.053	3.683	2.151	1.721	1.116	2.136
Medicamentos	136	213	104	84	79	207

Fuente: ENGIH 2005/2006

Es llamativo que en aquellos hogares donde el jefe de hogar no trabaja se gastaba en 2005/2006 casi lo mismo que gerentes, dueños y profesionales (primer categoría) y casi el doble que el promedio.

Por último, en cuanto al costo y gasto de medicamentos según análisis por quintiles de ingreso observamos que el nivel de ingreso no constituye una restricción especial en materia de acceso a servicios de salud para aquellas personas que manifestaron haberse sentido enfermas y que no se verifican diferencias importantes en el comportamiento de estas personas según su nivel de ingreso.

Algunos autores plantean que en realidad, se podría decir que en la gran mayoría de los casos la verdadera razón es la no disponibilidad del dinero, ya que, si el medicamento era necesario y no se encontraba en el centro de salud la persona podría haberlo adquirido en la farmacia y de ese modo la respuesta a la pregunta de si había conseguido el medicamento hubiera sido positiva. Esto es especialmente cierto entre la población de menores ingresos. Se trata mayoritariamente de habitantes del Interior del país y pertenecientes a los estratos de ingreso más bajos como se observa en el siguiente cuadro en donde se muestra el porcentaje de personas que no accedieron a medicamentos recetados por estrato de ingreso.

1er Quintil	31%
2do Quintil	29%
3er Quintil	16%
4to Quintil	17%
5to Quintil	7%
Total	**100%**

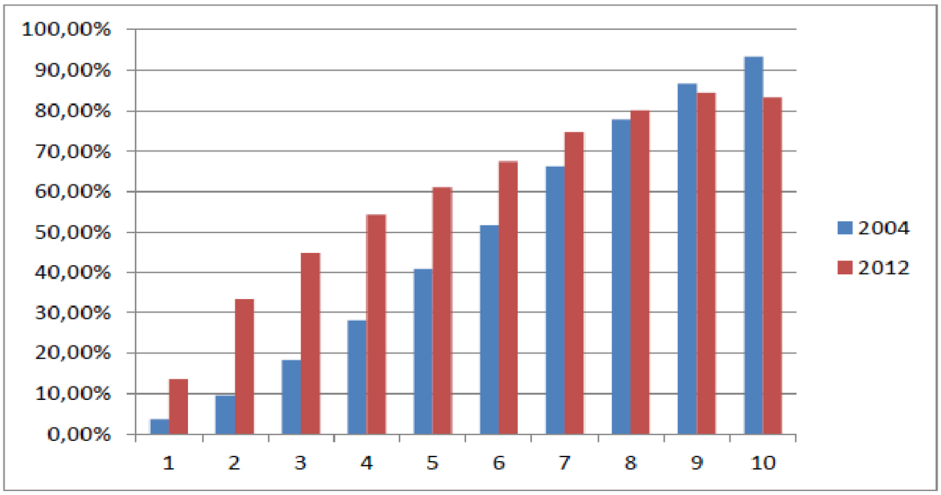
Fuente: ENHA 2006

En efecto, el 60% (1er y 2do Quintil) de quienes dicen no haber obtenido los medicamentos pertenecen a los estratos de menores ingresos y sólo el 7% al quintil superior.

Por otra parte, en 1995, casi 53% de la población del país estaba afiliado a una IAMC, mientras que en el año 2004 ese porcentaje había bajado hasta 48%. Si bien no se presenta un análisis que recoja la relación entre tipo de afiliación y gasto, a lo largo de la distribución de ingresos, cabe destacar que el gasto en órdenes y tickets está altamente correlacionado con el tipo de cobertura en salud de la población, en particular con la afiliación a una IAMC, dado que es principalmente en ellas donde los hogares realizan sus desembolsos por tal concepto.

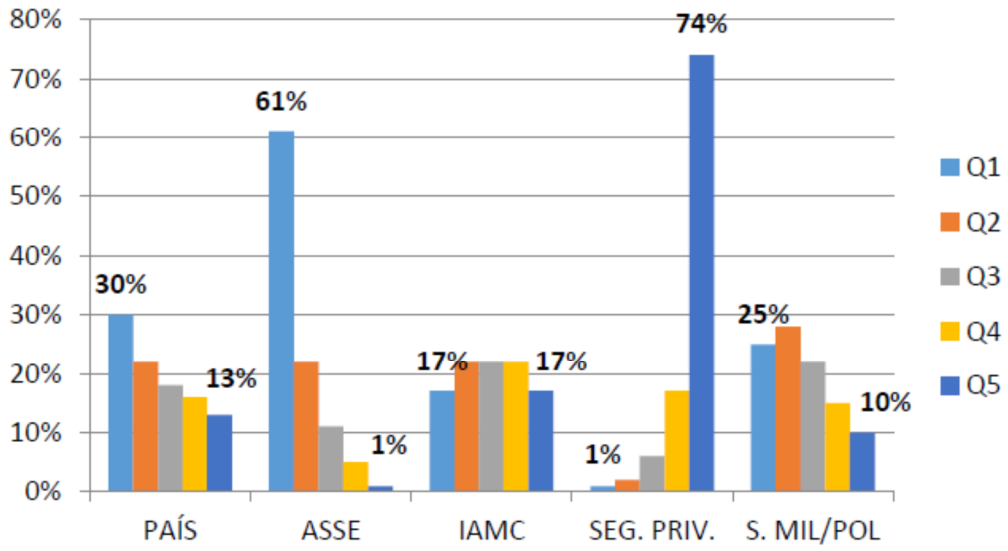
Ya en el año 2012, la población con cobertura en salud en una IAMC estaba cercana al 60% y la proporción de personas afiliadas en cada decil de ingreso había experimentado notables cambios, producto de la extensión de la cobertura del Seguro Nacional de Salud.

Proporción de usuarios con cobertura IAMC sobre el total de personas de cada decil de ingresos



Fuente: Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera. Proyecto "Avances y consolidación de la Cobertura Universal en Salud en Uruguay" OPS - OMS / DIGESNIS – DES (2013).

Porcentaje de personas con cobertura integral por quintiles de ingresos de los hogares, según tipo de prestador - 2015



Fuente: Informe cobertura poblacional del SNIS según prestador (MSP, Abril 2017) a partir de ECH 2015, INE.

Esta situación hace suponer que el gasto de los hogares en costos compartidos habría tenido modificaciones para los diferentes quintiles de ingreso en la medida en que muchas personas que antes no pagaban costos compartidos, por tener cobertura en ASSE, pasaron a abonarlos, aunque igualmente optaron por una IAMC.

En el año 2006, el INE llevó adelante la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA), que profundizó sobre algunos aspectos relacionados con la salud. La encuesta mostró que en 2006 el 98.4% de quienes declaran tener derechos en IAMC se atienden en ellas.

La encuesta brindó elementos para aproximarnos a cierta cuantificación del acceso en algunas prestaciones particulares. En primer lugar, del 6% de los consultados que declararon haberse sentido enfermos en los 30 días previos a la encuesta, el 79% consultó al médico, sin observarse diferencias según el estrato de ingreso de las personas. Al 88% de las personas que consultaron al médico les fueron recetados medicamentos, de los cuales el 8% no lograron obtenerlos, fenómeno más observado en el marco de los servicios públicos[16].

Entre las personas que no obtuvieron los medicamentos, el 20% declara que la razón fue no tener dinero; el restante declara que no los obtuvo porque los medicamentos recetados no estaban disponibles en el centro de salud, aunque podría interpretarse que este motivo también responde a la falta de dinero, ya que, de no estar disponible en el centro asistencial, lo podría haberlo adquirido en una farmacia comunitaria. Esta problemática afecta en mayor medida a los estratos de menores ingresos; de las personas que no accedieron a medicamentos recetados, 30% pertenecen al primer quintil, mientras que tan sólo 7% se ubican dentro del 20% más rico de la población.

[16]ENHA 2006 - INE

El 5% de las personas a las que se les indicó algún tipo de estudio de laboratorios o radiológicos no logró acceder al servicio (porcentaje similar en Montevideo y el Interior); entre ellos el 11% no accedió por no poder pagarlo. Al interior del grupo de quienes no accedieron, la mayoría son personas pertenecientes a los estratos más bajos de ingreso.

En la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2011 se incorporó, en la sección de derechos vigentes de atención, al interior del módulo de salud, una pregunta cuyo espíritu era indagar sobre las barreras al acceso. En particular, lo que se preguntaba era si, más allá de poseer cobertura formal en determinada institución, las personas efectivamente accedían a la atención en ella.

Distribución de las respuestas a la siguiente pregunta para el caso de las IAMC: "Más allá de tener derechos en la institución, ¿se atiende regularmente en ella?"

Si	98.10%
No, por no poder pagar tickets, etc.	0.70%
No, por demoras excesivas	0.20%
No, por distancia del lugar	0.10%
No, otros	0.80%
Total	**100%**

A la luz de este hallazgo la sumatoria de las barreras al acceso, ya en 2011, parecía tener una baja incidencia, para el universo total de población, sin perjuicio que solo la existencia de casos o menciones ya sea motivo de inquietud para regulador y prestadores. De todos modos, dada la magnitud que arroja la encuesta, cabría preguntarse si no fuera más eficiente la aplicación de una política más focalizada y a medida.

La información presentada constituye la única fuente de datos disponible, pero, como ya fue señalado, no es posible cuantificar a través de ella el impacto de la reforma de la salud en el ingreso y gasto de los hogares, en tanto las medidas de política fueron implementadas con posterioridad a la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares de 2005-2006.

Capítulo 4 - La política de tasas en salud pública.

ASSE es la principal entidad prestadora de servicios de salud del sector público y se constituyó en un Servicio Descentralizado del Ministerio de Salud Pública a partir de la promulgación de la Ley N° 18.161 del 29 de julio de 2007[17].

La Constitución de la República en su Artículo 44 inciso 2 dispone: "Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes". Sin embargo, ASSE está facultada para recibir contraprestaciones por los servicios de salud que brinda a aquellas personas que no se hallen en situación de indigencia o carecen de recursos suficientes.

El Decreto 287/2012 establece las diferentes categorías de afiliación de los usuarios de ASSE teniendo en cuenta las afiliaciones gratuitas, las que se realizan a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las afiliaciones individuales mediante el pago de la cuota ASSE.

Los usuarios de ASSE no pagan ningún tipo de costos compartidos. Sólo las personas no usuarias y, por lo tanto no registradas en los padrones de ASSE pagan aranceles en el caso de ser atendidos.

Sin embargo los datos recogidos en las últimas Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares – ENIGH mencionadas, daban cuenta que en los hogares del país de menores ingresos (primer y segundo decil), que mayoritariamente se asistían en ASSE, pese que el acceso a los medicamentos es sin costo, igualmente hay un gasto de bolsillo importante de este rubro en estos hogares.

En Sanidad Policial y Militar se cobran precios para acceder a las prestaciones, cuyos valores también se encuentran regulados por el Poder Ejecutivo. En términos generales, se podría afirmar que los valores cobrados siempre estuvieron por debajo del sector mutual, aunque hoy esa diferencia se ha ido reduciendo[18].

En el caso de Sanidad Militar, a partir del año 2012 se unifican los precios cobrados a todos los usuarios (ya sean los titulares directos o los integrantes de su núcleo familiar), mediante un decreto del Poder Ejecutivo. Anteriormente, se distinguían dos precios según el usuario fuera personal superior o subalterno; estos últimos abonaban precios más reducidos, de acuerdo a su menor rango y, por ende, menor remuneración.

[17] Tasas moderadoras en Uruguay: impacto en el acceso y protección financiera. Proyecto "Avances y consolidación de la Cobertura Universal en Salud en Uruguay" OPS - OMS / DIGESNIS – DES (2013).

[18] A julio 2018 el valor del tique de medicamentos y de la tasa moderadora para acceder a una consulta, exámenes y estudios para un policía subalterno es de $ 44 y para oficiales $ 87. A la misma fecha los promedios en el sector IAMC, para medicamentos $ 106, consultas básicas $ 30, en la capital y de $ 88 y $ 50, en el interior.

Los valores decretados son actualizados de forma automática según se produzcan incrementos en las remuneraciones de los funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional. Los medicamentos o estudios que deban suministrarse al cumplir las funciones públicas asignadas a los usuarios, están exentos de todo pago.

El cuadro siguiente muestra la diferencia en las tasas de uso según tipo de cobertura entre usuarios de ASSE y de una IAMC. El porcentaje refleja el cociente entre la tasas de uso en ASSE respecto de la tasa de uso en una IAMC, para una misma prestación.

- Cuando está pintado de verde, el uso es igual o mayor en ASSE.
- Cuando está pintado en celeste el uso en ASSE está hasta un 20% por debajo del uso en la IAMC.
- Cuando está pintado de rojo el uso en ASSE está por debajo más del 20% del uso en la IAMC.

Comparativo del uso de prestaciones entre usuarios de ASSE y en las IAMC

PRESTACIONES	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consultas NO urgentes	60%	61%	58%	58%	57%	56%
Consultas Urgentes	118%	118%	119%	121%	124%	128%
Total Consultas	68%	72%	68%	68%	68%	67%
Ex. Laboratorio	102%	98%	91%	95%	84%	90%
Ex. Radiología	96%	91%	103%	89%	85%	82%
Ecografía	67%	69%	71%	69%	58%	58%
Ecodoppler	65%	53%	58%	50%	47%	44%
TAC	68%	75%	73%	76%	70%	59%
RNM	36%	44%	36%	31%	31%	31%
Endoscopias	58%	52%	56%	55%	52%	47%

Mayor o igual a 100%
Entre 80% y 100%
Menor o igual a 80%

Fuente: Observatorio del Sistema de salud del Uruguay – 31/10/2017

Se observa que a pesar de la existencia de tasas moderadoras en el sector IAMC, prácticamente para todas las prestaciones, hay una mayor utilización de los usuarios en una IAMC, respecto a un usuario en ASSE. La excepción se da en las consultas urgentes.

Capítulo 5 - Reflexiones finales

- La situación de los precios de las tasas moderadoras previa a la reforma se caracterizaba por una gran dispersión entre las instituciones, fruto de la sucesión de políticas de regulación, con período de liberalización y vuelta a la regulación. Esa dispersión se evidenciaba tanto en la comparación de los montos entre las instituciones, como dentro de una misma institución, para diferentes grupos de afiliados y según las regiones. Los valores de los costos compartidos en general eran sensiblemente más altos en la capital que en el interior. Para el caso de los medicamentos la brecha en 2005 para los promedios de ambas regiones se ubicaba en 33%. En el caso de otros estudios, donde se observaban los valores más altos, los montos máximos eran de $ 6.000 en la capital y $ 2.200 en el interior.

- En el marco de la reforma del Sistema de Salud en Uruguay la política trazada respecto a las tasas moderadoras tuvo como enunciado el de mejorar el acceso a las prestaciones, coadyuvar a la búsqueda de una mayor equidad y eficiencia global y ampliar la cobertura financiera de los usuarios, alineando los incentivos generados al cambio de modelo de atención que se impulsaba. En ese contexto un objetivo explícito fue el de reducir el peso de los costos compartidos (copagos, tasas moderadoras) en el sistema mutual, a partir de la premisa que los montos de las tasas implicaban en general una barrera al acceso de los servicios, en especial a los grupos de afiliados de menores ingresos.

- La instrumentación de la política trazada se efectivizó a través de la fijación de exoneraciones para nuevas prestaciones que se incorporaban a la canasta de prestaciones obligatorias o para grupos específicos de usuarios (menores, jubilados, embarazadas, etc), la reducción de valores de tasas ya existentes (ginecológica) y mediante la determinación de topes a los montos. Se prioriza el primer nivel de atención, las consultas con especialidades básicas y la baja de los valores de Otros Estudios donde se concentraban los valores más altos.

- La muy fuerte disminución del precio nominal y real de las órdenes en todas las especialidades que operó a lo largo del período 2007-2018, hacía esperar un aumento en las tasas de utilización de los usuarios y por ende reforzar la hipótesis teórica de partida de existencias de barrera de accesos a los servicios. Transcurrido diez años de aplicación de esta política, a la luz de lo que arroja el análisis de la información disponible, tal hipótesis no se habría verificado en la práctica, ni en el global de las consultas centralizadas (policlínicas), ni en las consultas de medicina general, pediatría y especialidades médicas. Podría solo sostenerse, como una explicación posible, a cuenta de otros estudios, en el caso de las consultas ginecológicas en la capital y para los menores de un año. De todos modos en ambos casos la Meta 1 de control del recién nacido y de la embarazada, seguramente ha incidido en el mayor uso de esos grupos.

Es en el grupo de Otros Estudios donde se observa una drástica baja de los valores de las tasas, por efecto de la fijación de topes, y donde también se visualiza un fuerte aumento de la utilización en el período. Sin embargo no es posible concluir que la baja de los valores de las tasas haya sido la causa del mayor uso, al menos en todos los casos o en forma exclusiva, en la medida que los topes se establecieron recién en 2011 y el aumento en la utilización se observa ya desde antes.

Por último, contrariamente a lo esperado, en función de los incentivos al cambio del modelo de atención y de una mayor calidad de la atención, se constata un aumento de la atención de urgencia, tanto centralizada como a domicilio, verificándose lo que se da en llamar una "urgentización de las consultas". Este fenómeno se da tanto en las consultas realizadas en forma centralizada como las que se llevaron a cabo en el domicilio del usuario.

- Para las finanzas de las IAMC la implementación de esta política generó una merma de ingresos por la vía de una pérdida de recaudación, lo que en el marco de precios regulados, si no existía una compensación en otros precios se traducía en una perdida no recuperable. La estimación de la pérdida neta para el consolidado del sector IAMC para el período 2008-2017, es de cerca del 10% de los ingresos de un año del sector en su conjunto, en un contexto de resultados económicos deficitarios para el sector.

- Transcurridos diez años de aplicación de esta política el valor de los precios de las tasas moderadoras y copagos en el sector IAMC han caído en términos reales en promedio más del 60%. Difícilmente con los precios actuales pueda sostenerse que operen como barrera de acceso, pero más aún, a esta altura incluso podría hasta cuestionarse en muchos de los casos si realmente están operando como moderadores de la demanda.

ANEXO - Hacia un modelo alternativo al modelo de copagos actual.[19]

Premisas de partida

Lo primero que debe definirse es una política de copagos para el conjunto del SNIS, que haga explícitos sus objetivos y los incentivos que pretende introducir en el sistema.

En este sentido se entiende que el rediseño del sistema de copagos debería priorizar su dimensión como instrumento hábil para moderar la demanda y particularmente para desestimular la demanda innecesaria, dejando en un plano secundario su capacidad como co-financiador de los servicios.

Los copagos deberían diseñarse de forma tal de evitar que su aplicación afecte la equidad en su doble dimensión, financiera y prestacional, y minimizar su eventual efecto negativo sobre la accesibilidad a los servicios.

Sin embargo, este enfoque implica previamente definiciones claras y explícitas por parte del regulador en cuanto al sistema de financiamiento de las empresas. Concretamente se trata de si los copagos van a seguir jugando un rol importante en la estructura de ingresos de las empresas o si ésta quedará limitada casi exclusivamente al cobro de las cápitas. Visto de otra forma, debe definirse a la luz de eventuales restricciones fiscales si es posible disminuir sensiblemente el pago directo del bolsillo o cuál es el límite deseado de financiamiento a través de este mecanismo.

No es posible analizar una eventual modificación del sistema de copagos si no se lo hace desde una perspectiva más amplia que abarque el análisis de la forma de financiamiento del sistema.

Adicionalmente se entiende que el sistema de copagos debería alcanzar al universo de las instituciones que conforman el SNIS, en el entendido que el carácter "integrado" del sistema apunta a que las reglas que lo modulan sean homogéneas.

Por último el modelo de copagos debería contemplar instancias de evaluación periódica que permita conocer su pertinencia o la de la aplicación a determinados servicios, fundamentalmente con relación a la efectividad de las prestaciones alcanzadas por este instrumento.

En este sentido además, debe tenerse presente que la aplicación de precios únicos de copagos para una misma prestación afecta de desigual manera a los individuos según su capacidad de pago y según su situación de salud. Por tanto debería apuntarse a la instrumentación de mecanismos de copagos diferenciales según estas variables.

[19] Copagos en el SNIS. Conceptos, alcance y alternativas. FEMI – Mayo 2014.

Desde un punto de vista operativo, se cree conveniente que el modelo de copagos al menos en esta etapa sea de diseño sencillo y que no suponga costos de administración elevados ni para las instituciones ni para el regulador. En el futuro podrán hacerse ajustes o agregar complejidades que mejoren su condición moderadora de demanda sin afectar el acceso.

A partir de estas premisas de partida se presenta lo que se considera debería ser el modelo objetivo a alcanzar en el mediano plazo, sabiendo que su instrumentación integral inmediata puede resultar de escasa factibilidad.

Regulación general

La regulación del sistema de copagos debería ser única para el conjunto de empresas del SNIS sobre todo en cuanto a las prestaciones incluidas y el precio máximo de cada una de ellas, desligando su aplicación de la forma o modalidad de afiliación de los individuos o el tipo de institución que le brinda la cobertura asistencial.

En este último sentido, parece lógico que ASSE y los seguros privados, en tanto integrantes del SNIS estuviesen alcanzados por la normativa general de copagos como cualquier otra institución.

En este mismo sentido parece razonable que en tanto se apunta a la universalización de la cobertura a través del FONASA, se avance en la aplicación de iguales precios de copagos a todos los afiliados con independencia de su modalidad de afiliación.

Se entiende que este aspecto es posible de implementar en el corto plazo.

Tipos de copagos

En este punto no parece necesario introducir innovaciones y dejar el modelo sustentado en el copago por acto o prestación. Los sustitutivos de tiques que como se mencionó operan como co-seguro, podría ser un instrumento a considerar, sea en la modalidad en la que queda a cargo de un tercer pagador (FONASA) para aquellos individuos sin capacidad de pago, o en el modelo de pago a cargo del propio usuario.

Servicios y prestaciones incluidas en el sistema de copagos

El modelo de largo plazo.

En primer lugar es preciso señalar que parece conveniente mantener el criterio histórico de aplicación de copagos sólo a prestaciones ambulatorias.

Sin embargo debería apuntarse a habilitar su aplicación sólo a las prestaciones ambulatorias cuyo consumo depende de la decisión del usuario y evitar los copagos en aquellos servicios que no depende de ella y que resultan de la indicación profesional. Esto implica a futuro la eliminación de los copagos por procedimientos diagnósticos y terapéuticos y por los medicamentos que se derivan de las consultas.

De esta manera se apunta a no afectar la equidad en el acceso a los individuos que son portadores de patologías crónicas.

Este escenario, que surge sobre todo teniendo en cuenta las expectativas del usuario, tiene como contrapartida institucional un enorme desafío en términos de gestión clínica y administrativa. Las empresas deberán instrumentar mecanismos de evaluación sea ex post o ex ante, de los niveles de consumo de los usuarios y de la pertinencia de las indicaciones médicas, además de organizar dispositivos que involucren a los profesionales en la gestión institucional desde su perspectiva clínica.

El mantenimiento de los copagos a los servicios cuyo uso depende de la decisión del usuario intenta modular el uso innecesario de los servicios de policlínica y urgencia / emergencia, en tanto se trata de las puertas de entrada a la utilización del resto de las prestaciones.

Dentro de este conjunto de servicios, debería diferenciarse la utilización de servicios de urgencia de aquellos que son de coordinación en policlínica, que en cierta medida son para el usuario servicios sustitutos (aunque técnicamente no lo sean). Por ello el copago en policlínica debería ser sensiblemente menor que el copago por consultas de urgencia sabiendo que se corre el riesgo de limitar el acceso a este tipo de consulta y que no es posible modificar un comportamiento inveterado del usuario en cuanto al consumo de la atención en urgencia que responde a múltiples causas, a través de un solo instrumento (el copago).

Iguales consideraciones en cuanto a la conducta de los usuarios merece una eventual diferenciación de los copagos para la consulta con medicina general y con especialidades médicas o quirúrgicas, a efectos de orientar la demanda hacia la primera. Puede pensarse en la necesidad de aplicar copagos en aquellas consultas con especialistas que no surgen como derivación desde el médico general, pero ello afectaría a los pacientes que por el nivel de complejidad de su patología sigue un tratamiento y supervisión a cargo de un médico especialista. Discriminar estas dos situaciones a efectos de diferenciar la aplicación de copagos en una y no hacerlo en la otra, puede constituir una instancia de instrumentación de mediano plazo.

Criterios para la transición.

Parece obvio que las modificaciones que implica esta propuesta merece un proceso de transición por etapas ya que la eliminación de copagos por procedimientos y medicamentos tiene un impacto relevante en el financiamiento de las empresas y del sistema.

Si se asume como posible el modelo de largo plazo planteado, entonces se deberían definir ámbitos de evaluación de los copagos vigentes de manera tal de identificar aquellas prestaciones que hoy día están alcanzadas por ellos y que prioritariamente deberían exonerarse. Esta exoneraciones deberían determinarse en función de tres variables principales: las características del servicio o prestación en términos de efectividad demostrada, el nivel de utilización por parte de los usuarios y el precio de su copago de forma tal de poder evaluar además el impacto en la estructura de financiamiento y gasto de las instituciones.

Los servicios o prestaciones cuya efectividad está demostrada no deberían estar alcanzados por los copagos en tanto se supone que se trata de intervenciones de salud cuya utilización en las condiciones de indicación apropiadas, debe asegurarse.

Los de efectividad no demostrada o de dudosa efectividad podrían ser objeto de copago ya que en caso que estos afecten potencialmente el acceso lo estarían haciendo en relación a servicios que no agregan valor o lo hacen de manera marginal.

Este enfoque implica que en lo inmediato no se siga exonerando prestaciones del cobro de copagos ni introduciendo nuevos servicios al PIAS sin financiamiento genuino (sea por ajustes en la cápita o cofinanciando parte de su costo mediante un copago) sin la existencia de dicho ámbito. Existe evidencia de la insuficiencia de los precios actuales de las cápitas y de los costos adicionales que ha ocasionado el sistema de cumplimiento de metas prestacionales, lo que sumado a las medidas adoptadas de exoneración de tasas moderadoras sin contemplar su impacto en la caída del ingreso y el aumento del gasto por incremento de la demanda en las instituciones, genera un escenario de incertidumbre financiera.

Es preciso señalar que sea cual sea la orientación que tenga el sistema de copagos, este refiere sólo al conjunto de prestaciones que integran el PIAS y por tanto no alcanza a todas aquellas prestaciones (ambulatorias o de internación, incluidos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y los medicamentos) que no se encuentran comprendidas en él, pero que están habilitadas por el MSP. Es decir, todo aquello que las instituciones ofrecen por fuera del conjunto de servicios a los que están obligados, queda comprendido dentro del margen de discrecionalidad de las empresas en cuanto al tipo y monto del copago.

Precios

Debería existir una única tabla de precios de copagos a aplicar en el SNIS. Sin embargo a efectos de contemplar la capacidad de pago de los individuos debería establecerse en función de ella precios diferenciales.

De mantener la potestad de las empresas de fijar precios por debajo del máximo autorizado por el Poder Ejecutivo, el efecto de equidad buscado con la instrumentación de precios diferenciados podría no verificarse si las instituciones deciden determinar un precio único por debajo del máximo del precio más bajo o directamente exonerar el copago. Por ello se plantea que para cada franja de usuarios que se defina en función de su capacidad de pago, se establezca un precio máximo y uno mínimo creando de esta manera una franja dentro de la cual cada empresa podrá fijar el precio para cada grupo.

Se entiende que de esta manera las instituciones podrán seguir compitiendo en función del precio de sus copagos pero de manera más acotada. Esto no debería ser un eximente para que el regulador avance en la formulación y aplicación de una política de incentivos y evaluación de la calidad de la atención que transforme a esta última como la principal variable de competencia.

Impacto sobre la sostenibilidad de las prestaciones

Como ya se ha señalado todo cambio en el modelo de copagos que suponga reducciones de precios o eliminación de copagos debe evaluarse de forma previa a su aplicación de manera tal de cuantificar su impacto en los ingresos (caída) y en los ingresos (aumento) de las empresas, a fin de contemplar dicho impacto en el precio de la cápita.

En este sentido resulta claro que avanzar en la definición de un cambio en el modelo de copagos como el que se plantea en este documento exige una planificación que contemple la realización de estos estudios y un cronograma explícito de la instrumentación del cambio que guíe la transición hacia el modelo final.