

El seguro, la provisión de servicios y los gastos de gobierno y administración en el Seguro Nacional Integrado de Salud (SNIS)

El doble rol de los “proveedores” integrales en el SNIS.

El sistema de salud del Uruguay tiene varias particularidades en comparación con otros sistemas sanitarios como por otra parte, sucede con cualquiera de ellos. Una de sus características más relevantes es la existencia de instituciones privadas sin fin de lucro que actúan en el sistema como aseguradoras y como proveedoras de servicios sanitarios. Son estas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), popularmente llamadas mutualistas. Esta doble condición es difícil de encontrar en otros sistemas sanitarios. En alguno de ellos incluso, la regulación expresamente impide que la institución que asegura la cobertura brinde además los servicios de atención.

¿Por qué se dice que las IAMC tienen la doble función de seguro y proveedor? El modelo de cobertura principal del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es el que se funda en el Seguro Nacional de Salud (SNS). Este abarca a alrededor de 72% de toda la población. Actualmente 64 % de la población general ha asegurado su atención médica en las IAMC; de ellos, 92 % lo han hecho a través de la cobertura SNS, lo que representa 59% de la población, y 8 % de forma voluntaria mediante la contratación directa de sus servicios a través de las modalidades de afiliación individual y por convenio colectivo.

El SNS compra a los llamados proveedores integrales la atención médica de sus beneficiarios. Pero lo hace una manera tal que le traslada a estos la responsabilidad de la cobertura sanitaria además de la atención de su salud. Esto es así porque los recursos del fondo que financia al SNS (Fondo Nacional de Salud – FONASA) se transfieren a los proveedores mediante la llamada cuota – salud que se compone de un pago por cumplimiento de metas (8%) y de un pago por cápita (92%). Esta última es la unidad de pago por la que el SNS – FONASA compra a los prestadores la provisión de la canasta de servicios y procedimientos garantizados por el SNS que se expresan en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). De esta manera el proveedor asume prácticamente todo el riesgo financiero asociado a la incertidumbre del uso de los servicios garantizados en la canasta, aun teniendo en cuenta que la cápita tiene diferente precio según sexo y grupos de edad de las personas cubiertas. De alguna manera puede decirse que el SNS reasegura la cobertura de sus beneficiarios en los llamados proveedores integrales.

Todo esto es más claro aún en el caso de quienes contratan directamente la cobertura asistencial a las IAMC ya que para ello pagan una “prima” mensual de su bolsillo con el fin de asegurar la atención de eventuales incidentes de salud. La canasta de prestaciones incluida en el precio de esta “prima” que no deja de ser una cápita, es la misma que la que se asegura a través del SNS (PIAS).

El hecho que las IAMC revistan la doble función de seguro y proveedor ha sido siempre señalado como una ventaja al menos desde que esta condición ha sido reconocida por los actores del sistema como tal, por cuanto implica menores costos de transacción. En la medida que la figura del seguro y la del proveedor están integradas en una única institución, los costos de búsqueda y contratación entre seguro y proveedor se minimizan. En contrapartida la ausencia de una explicitación clara de esta doble dimensión a la interna de las instituciones puede generar algunos problemas de gestión ya que la lógica de administración de un seguro no es la misma que la de una organización que presta servicios de atención médica.

Esta situación no es exclusiva de las IAMC. Sucede lo mismo con ASSE. Con relación a la cobertura de los beneficiarios del SNS que eligen al organismo público para su cobertura la situación es idéntica a la de las

IAMC, y aún para el caso de las personas excluidas del SNS, ASSE también opera como un seguro público integrado con provisión de servicios.

Distinta es la situación de los Seguros Privados aunque su universo reconoce figuras muy distintas: desde seguros con nula o casi nula integración de servicios (Blue Cross, Summum) a otros con un conjunto muy importante de prestaciones y servicios propios como son los casos del Hospital Británico y del Sanatorio Americano.

¿Qué implica separar la función aseguradora de la función de provisión de servicios?

Recientemente se han realizado planteos referidos a la conveniencia de iniciar un camino que separe en organizaciones diferentes las figuras del asegurador y del prestador en el entendido que se trata de un modelo que hace más evidente la contraposición de intereses entre ambos “negocios” y por tanto introduce incentivos adecuados para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto.

Lo primero que cabe preguntarse es si esa presunta ganancia en eficiencia (que por presunta obviamente no está asegurada) no se ve neutralizada por un incremento de costos asociada a una mayor complejidad de los flujos financieros y de las relaciones contractuales entre los diferentes actores del sistema. El modelo propuesto implica que un nuevo protagonista entre en juego (el seguro o el proveedor según como se mire) y que el sistema migre a un esquema en el que el SNS que es el seguro social de salud de carácter general, compra la cobertura de sus beneficiarios a las aseguradoras elegidas por ellos y estas a su vez, contratan mediante diversos mecanismos de compra los proveedores de servicios de atención que pueden ser más o menos integrados horizontalmente.

Esto supone migrar a un modelo similar al que rige en los sistemas de salud de Colombia e Israel por mencionar solo dos en los que las figuras del seguro y el proveedor están bien diferenciadas.

La evaluación ex ante del impacto de la implementación de un cambio de tal magnitud en el sistema es un ejercicio complejo que no se pretende abordar en este documento.

No obstante, lo primero que cabe preguntarse es cuál sería su impacto en términos de gasto y en qué componentes del gasto en salud tendría más efecto. En este último sentido cabe suponer que la separación de la función de aseguramiento de la provisión de los servicios por las cuestiones señaladas respecto a los costos de transacción, impactaría en el gasto asociado a la administración y gestión del sistema y no en el que efectivamente se aplica a la atención de las personas. Siendo así resulta legítimo preguntarse no solo si una medida como esta produciría un eventual incremento del gasto y si este es sostenible del punto de vista financiero, sino también si es legítimo aumentar el gasto para financiar funciones subsidiarias de la función principal del sistema.

Solo a modo especulativo se presentan a continuación algunas consideraciones al respecto.

El gasto en gobierno y administración del sistema de salud en Uruguay

Desde que el Ministerio de Salud Pública (MSP) adoptó el SHA 2011 (Systems of Health Accounts 2011)¹ para la elaboración de la cuentas nacionales en salud, ha sido posible clasificar el gasto corriente por funciones e identificar el peso relativo del gasto relacionado con el gobierno del sistema y la administración

¹ Sistema de cuentas desarrollado de manera conjunta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la Oficina Europea de Estadística (Eurostat) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

de su financiamiento (componente HC.7 del referido sistema). Las mejoras metodológicas que se vienen procesando año a año permiten una cuantificación cada vez más afinada de cada componente.

Por otra parte, la adopción del SHA 2011, permite comparar la situación del Uruguay con la realidad de otros países particularmente con los que integran la OCDE que han adoptado este modelo de cuentas desde varios años atrás.

Hasta el año 2021 en Uruguay, el gasto correspondiente a “Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud” (HC.7), incluyó solo aquellas erogaciones del MSP y del FNR que pudiesen corresponder a este concepto dentro de sus respectivos gastos. Esto históricamente representó alrededor de 0,5% del gasto total en salud. En las cuentas del año 2022 tal como se consigna en el informe del MSP, se introducen mejoras metodológicas que permitieron incluir en este rubro el gasto realizado por los prestadores integrales atribuible a este concepto. Es así que el gasto asociado al componente HC.7 pasa de ser 0.5% del total a casi 6% en 2022. En relación al PBI esto significa que el gasto por la gobernanza del sistema y la administración del financiamiento es alrededor de 0.5%. Para dimensionar este porcentaje téngase en cuenta que las transferencias de rentas generales al FONASA están en torno de 1% del PIB.

Estructura del gasto en salud por funciones a nivel país. 2016 - 2022

	2016	2017	2018	2019	2021	2022
HC.1 Atención curativa	72,3%	72,6%	70,6%	71,2%	69,0%	68,0%
HC.2 Atención de rehabilitación	5,2%	5,3%	4,5%	4,3%	3,5%	3,4%
HC.3 Atención de larga duración (salud)	2,0%	2,0%	1,1%	1,1%	1,4%	1,3%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	0,6%	0,7%	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	7,0%	7,0%	7,1%	6,7%	7,0%	7,2%
HC.6 Atención preventiva	5,4%	5,4%	5,4%	5,3%	8,0%	6,0%
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	5,9%
HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras cat.	6,8%	6,5%	10,9%	10,9%	9,6%	7,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Elaborado en base a los informes y boletines de Cuentas Nacionales de Salud. 2

El gasto en gobierno y administración del sistema de salud en el contexto internacional

Es interesante comparar la situación de Uruguay con la de otros países. En una lista de 41 países (36 de la OCDE y 5 fuera de ella) a la que se puede agregar Uruguay con los datos correspondientes a las cuentas nacionales del año 2022, se observa que el promedio de gasto en salud expresado en porcentaje del PBI es

² MSP. Cuentas de Salud Uruguay 2016-2017. Funciones de la Salud. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20Cuentas%20de%20Salud%202016-2017.pdf>

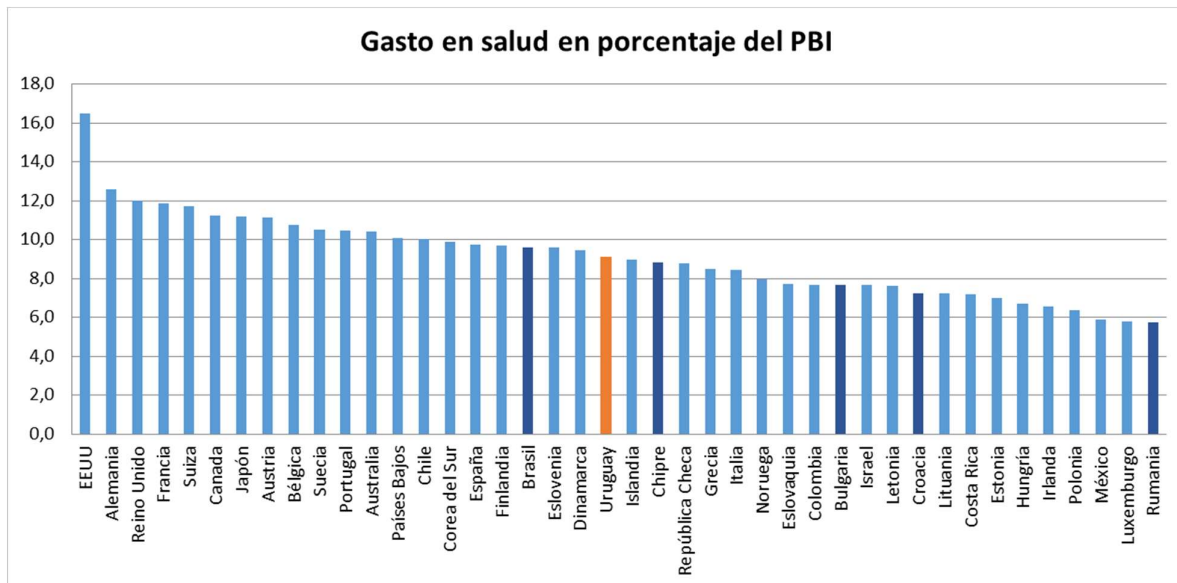
MSP. Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019. Gasto y financiamiento de la salud en Uruguay.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20Cuentas%20Nacionales%20de%20Salud%202018_2019_0.pdf

MSP. Boletín de Cuentas Nacionales de Salud de Uruguay. 2020-2021. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Boletin%20CNS%202020-2021_0.pdf

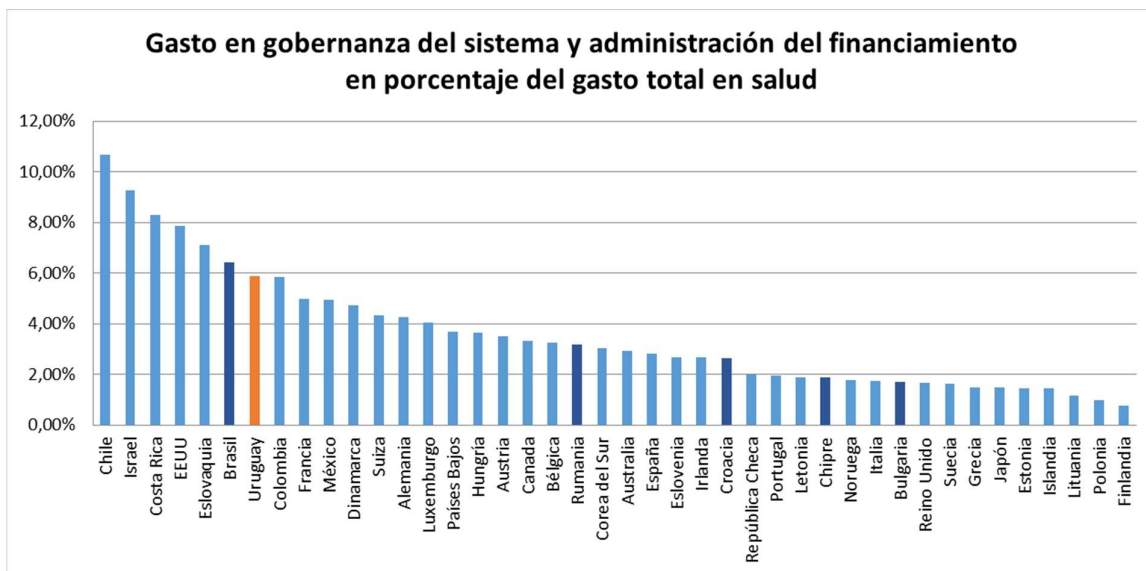
MSP. Boletín de Cuentas Nacionales de Salud de Uruguay 2022. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Bolet%C3%ADn%20CNS%202022.pdf>

prácticamente igual al registro verificado en Uruguay. Este se ubica en el lugar 21 de 42 en un orden descendente del valor de este indicador.³



En este y en el gráfico que sigue se indica en celeste los países de la OCDE y en azul los que no lo son.

Si en cambio se considera el gasto en gobernanza y administración del financiamiento expresado en porcentaje del gasto total en salud, Uruguay queda posicionado dentro de los diez países con mayor gasto destinado a este concepto, específicamente en el lugar 7 de los 42 países considerados.



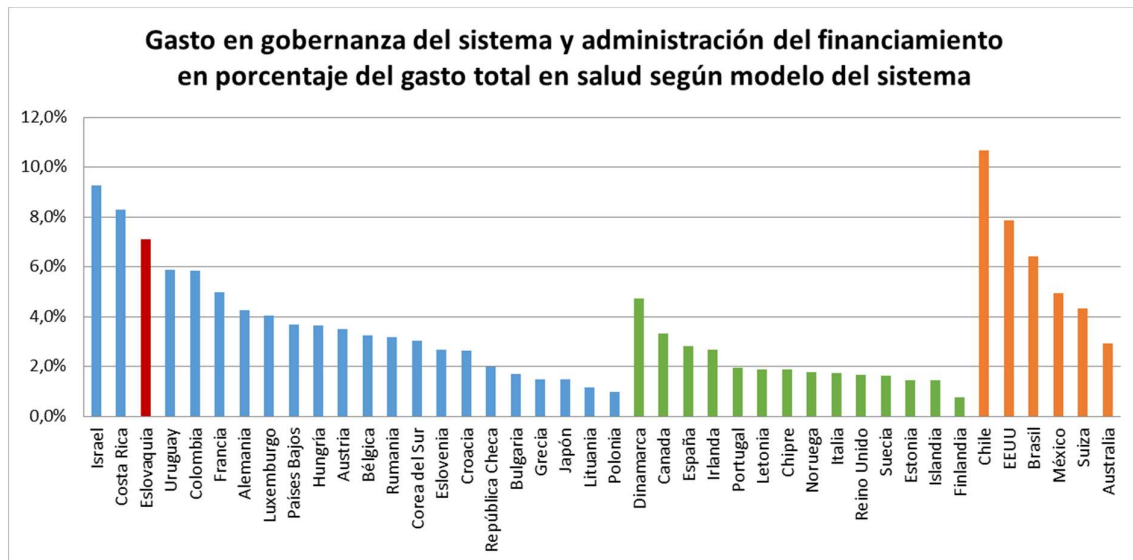
Como puede observarse en el gráfico precedente solo superan a Uruguay, Chile (10,7%), Israel (9,3%), Costa Rica (8,3%),⁴ EEUU (7,9%), Eslovaquia (7,1%) y Brasil (6,4%). Le siguen Colombia (5,86%) con un registro

³ Los datos fueron obtenidos de: OCDE <https://data-explorer.oecd.org>

⁴ A Costa Rica se la incluye en el conjunto de los países con modelos bismarckianos por el rol central que tiene la seguridad social en su sistema de salud pero también podría incluirse en el otro conjunto de países porque cuenta con un sistema nacional único de salud de carácter público.

prácticamente igual al de Uruguay, Francia (5.0%), México (5,0%), Dinamarca (4,7%), Suiza (4,3%), Alemania (4,3%) y Luxemburgo (4.0%). Los restantes países destinan a este rubro menos del 4% del gasto total en salud.

Es interesante considerar que de los doce países recién mencionados, seis tienen sistemas de corte bismarckiano la mayoría de ellos con separación de las funciones aseguradoras y prestadoras (Israel y Eslovaquia con registros superiores a Uruguay, y Colombia, Francia y Alemania ubicados por debajo). Los otros siete tienen sistemas que difícilmente puedan caracterizarse aunque más no sea de forma general como de tipo Bismarck o de tipo Beveridge a excepción de Dinamarca que pertenece a esta última tipología. Algunos tienen una fuerte impronta de mercado (Chile, EEUU y Suiza) y otros son mixtos (Brasil y México).



Se indica en celeste los países con sistema predominantemente bismarckiano, en verde los que tienen sistemas nacionales del tipo básicamente Beveridge y en naranja los que no encuadran en ninguno de los modelos señalados o tienen una estructura mixta sin predominancia de uno u otro.

No existe aparentemente un nivel de gasto por el componente HC.7 del SHA que se relacione con el modelo de sistema (seguridad social vs sistema nacional). No obstante, si se clasifican los 42 países considerados según su modelo de cobertura, se observa que el promedio de gasto por este concepto es mayor en los sistemas basados en seguridad social pero con una dispersión muy importante que relativiza su valor indicativo (máximo de 9.3% y mínimo de 1%).

En este sentido es interesante lo señalado en un estudio del año 2007 que indicaba que los costos y gastos de administración y otros costos de transacción elevados están casi siempre asociados a sistemas donde la “administración de los servicios de salud esta manos de actores privados o en modelos descentralizados de administración” (señala como ejemplos los casos de Estados Unidos y Colombia), y en “algunos países con burocracias centralizadas de mucho peso como Francia”.⁵ Debe señalarse que el sistema colombiano aun cuando tiene semejanzas con el de Uruguay tiene sustanciales diferencias ya que la figura del asegurador (EPS) que es independiente del proveedor, es un agente privado que se desempeña en una lógica de mercado menos regulado que el caso de las IAMC en Uruguay.

⁵ OPS/OMS. Análisis comparativo de los costos de transacción, administración o intermediación de los sistemas de salud en algunos países de América Latina y de la OCED. 2007. Pp 8

En suma, Uruguay tiene un gasto por gobernanza y administración del financiamiento que en relación al gasto total en salud es francamente superior al promedio de este indicador de los países de la OCDE. Es interesante considerar que en Alemania ya en 2017 se veía como un problema el hecho que el gasto por este concepto representara 5.2% del gasto total en salud (ocupaba en ese momento el segundo lugar de la UE solo detrás de Francia y por encima de la media de los 15 países considerados entonces).⁶

Debe tenerse presente que el ajuste realizado para el cálculo del gasto atribuible al componente HC7 en Uruguay que multiplicó por diez su incidencia en el gasto total, y la eventualidad de nuevos cambios que afinen aún más su cuantificación, pueden modificar aunque presumiblemente no de manera significativa, la situación comparada con la de otros países. A esto se suma el desconocimiento del grado de avance de la implementación del sistema SHA 2011 en muchos de los países considerados en esta comparación.

La separación de las funciones de seguro y provisión y su impacto en el gasto

Para aproximar al tema del eventual incremento del gasto en un escenario de separación de las funciones del seguro y de la provisión, puede ser útil tomar en consideración el caso del Fondo Nacional de Recursos para tener una idea de lo que representa en un seguro sin provisión de servicios los gastos de administración (estos sin considerar que se trata de un seguro público).

El FNR es un seguro para la provisión de un conjunto específico de prestaciones, tratamientos y dispositivos que se financia en gran medida (aunque no exclusivamente) por una cápita de precio único transferida desde el FONASA. El SNS de alguna manera reasegura la cobertura de este conjunto de servicios en el FNR como lo hace con los prestadores integrales para el resto de la canasta del PIAS. En 2023 los gastos de administración del FNR representaron 3% del costo de los servicios prestados, es decir de los servicios contratados por el FNR para sus beneficiarios. Esto comprenden: técnicas médicas, fármacos, dispositivos y honorarios por auditorías médicas. Si se excluye el gasto por honorarios por auditorías médicas porque corresponden a la función de evaluación del seguro respecto a los servicios que contrata y se suman a los gastos de administración el porcentaje mencionado anteriormente asciende a 3.5% del costo de los servicios prestados sin el gasto por auditorías médicas (lo que equivale a 3.4% de los egresos totales del FNR). Vale decir que cualquier seguro que se financie con las cápitras del SNS tendrá un piso de 3% de gastos de administración sobre los costos de los servicios contratados. A esto se debe sumar lo que deberá gastar para ganar la preferencia de los beneficiarios del SNS, es decir para lograr su afiliación y para fidelizarlos y mantenerlos en su padrón.

Por su parte, el gasto en administración y ventas de las IAMC en 2023 representó 7% del costo de los servicios prestados (6,4% sobre los egresos totales). Si estas instituciones pasaran a ser exclusivamente proveedoras de servicios podrían disminuir este porcentaje porque no destinarán recursos a la captación de afiliados, pero aún así es poco probable que este costo disminuya significativamente porque aun siendo incierto, deberán encarar gastos asociados a la competencia con otros proveedores por la preferencia de las aseguradoras.

Por otra parte, es de suponer que el SNS destine la totalidad de las cápitras y el pago de metas a las aseguradoras y que éstas deberán financiar con estos recursos no solo la compra de servicios para sus asegurados sino también sus gastos de administración. Es decir que la compra de servicios a los proveedores

⁶ Health System in transition. Germany. Health System Review Vol. 22 N° 6. 2020) pp 217.
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>

será en el mejor de los casos equivalente a sus ingresos vía FONASA menos sus gastos de administración. Por tanto, los proveedores, asumiendo que estos sean las actuales IAMC, verán disminuidos sus ingresos y aun cuando la proporción de recursos destinados a la administración y a la venta descienda porque ya no habrán de intentar captar afiliados, no parece probable que lo haga en igual magnitud que el descenso de sus ingresos. La conclusión parece evidente: seguramente el escenario de separación de las funciones de aseguramiento y provisión hará necesario incrementar el gasto del sistema para solventar un modelo de este tipo. Solo en la hipótesis poco probable, que los gastos actuales de administración de las IAMC se “repartan” entre los organismos aseguradores y los proveedores no habrá de incrementarse el gasto en salud.

Los datos de las cuentas nacionales de salud de 2022 indican que el gasto público es 73% del gasto total en salud y que 83% del gasto público corresponde al gasto del SNS. Por tanto, 61% del gasto total es gasto asociado al SNS. A su vez, el gasto de las IAMC representa 76% del gasto del SNS. Por lo cual solo con relación al seguro público, las IAMC representan 46% del gasto total en salud. Si el gasto por administración y ventas representa 6.4% del total de gasto de las IAMC, ello supone que por este concepto se gasta 3% del gasto total en salud.

Visto de otra manera, por cada punto porcentual de incremento en el componente HC.7 manteniendo constantes los gastos correspondientes a los demás componentes, se produciría un aumento del gasto en salud de 0.06% lo que significa un incremento de 0.005% expresado en porcentaje del PIB.

Conclusión

Queda claro que cualquier modificación del diseño del sistema que implique un aumento de los gastos de administración y de los costos de transacción habrá de suponer un aumento del gasto en salud sin que ello se refleje en una mayor financiación de las actividades de salud dirigidas a la población. En un sistema como el uruguayo que se financia con un volumen de recursos relevante en términos de PBI y que muestra signos de rezago tecnológico en la atención de los pacientes no parece razonable pensar en cambios que potencialmente incrementan el gasto y no agregan valor a los procesos asistenciales.

Gasto en salud y en gobernanza y administración del financiamiento. Países seleccionados.

País	Gasto en salud en porcentaje del PBI	Gasto en gobernanza del sistema y administración del financiamiento		Año del dato
		en % del PBI	en % del gasto salud	
Australia	10,4	0,31	2,9	2021
Austria	11,2	0,39	3,5	2022
Bélgica	10,8	0,35	3,2	2022
Canadá	11,2	0,37	3,3	2023 *
Chile	10,0	1,07	10,7	2022
Colombia	7,7	0,45	5,9	2017
Costa Rica	7,2	0,60	8,3	2022
República Checa	8,8	0,18	2,0	2022
Dinamarca	9,4	0,45	4,7	2023 *
Estonia	7,0	0,10	1,5	2022
Finlandia	9,7	0,08	0,8	2023
Francia	11,9	0,59	5,0	2022
Alemania	12,6	0,54	4,3	2022
Grecia	8,5	0,13	1,5	2022
Hungría	6,7	0,2	3,7	2022
Islandia	9,0	0,13	1,5	2023 *
Irlanda	6,6	0,18	2,7	2023 *
Israel	7,7	0,7	9,3	2021
Italia	8,4	0,15	1,7	2023
Japón	11,2	0,17	1,5	2021
Corea del Sur	9,9	0,30	3,0	2023 *
Letonia	7,6	0,15	1,9	2022
Lituania	7,2	0,08	1,1	2023
Luxemburgo	5,8	0,23	4,0	2023 *
México	5,9	0,29	5,0	2021
Países Bajos	10,1	0,37	3,7	2022
Noruega	7,9	0,14	1,8	2023
Polonia	6,4	0,06	1,0	2022
Portugal	10,5	0,21	2,0	2022
Eslovaquia	7,7	0,55	7,1	2023
Eslovenia	9,6	0,26	2,7	2022
España	9,7	0,28	2,8	2022
Suecia	10,5	0,17	1,6	2022
Suiza	11,7	0,51	4,3	2022
Reino Unido	12,0	0,20	1,7	2021
EEUU	16,5	1,30	7,9	2022
Brasil	9,6	0,62	6,4	2019
Bulgaria	7,7	0,13	1,7	2022
Croacia	7,3	0,19	2,6	2022
Chipre	8,8	0,17	1,9	2020
Rumania	5,7	0,18	3,2	2022
Uruguay	9,13	0,54	5,9	2022
Promedio	9,13	0,34	3,6	
Mediana	9,06	0,25	3,0	

* Dato provisional.

Todos los países pertenecen a la OCDE excepto los últimos seis.

Elaborado a partir de datos obtenidos en: OCDE <https://data-explorer.oecd.org> 13/11/2024, excepto el dato correspondiente a Uruguay que fue tomado del Boletín de Cuentas Nacionales de Salud de Uruguay 2022 (MSP)

**Gasto en gobernanza del sistema y en administración del
financiamiento en porcentaje del gasto total, según modelo predominante.**

Modelos tipo Bismarck		Modelos tipo Beveridge	
Israel	9,3%	Dinamarca	4,7%
Costa Rica	8,3%	Canada	3,3%
Eslovaquia	7,1%	España	2,8%
Uruguay	5,9%	Irlanda	2,7%
Colombia	5,9%	Portugal	2,0%
Francia	5,0%	Letonia	1,9%
Alemania	4,3%	Chipre	1,9%
Luxemburgo	4,0%	Noruega	1,8%
Países Bajos	3,7%	Italia	1,7%
Hungría	3,7%	Reino Unido	1,7%
Austria	3,5%	Suecia	1,6%
Bélgica	3,2%	Estonia	1,5%
Rumania	3,2%	Islandia	1,4%
Corea del Sur	3,0%	Finlandia	0,8%
Eslovenia	2,7%	<i>Promedio</i>	2,1%
Croacia	2,6%	Otros modelos	
República Checa	2,0%	Chile	10,7%
Bulgaria	1,7%	EEUU	7,9%
Grecia	1,5%	Brasil	6,4%
Japón	1,5%	México	5,0%
Lituania	1,1%	Suiza	4,3%
Polonia	1,0%	Australia	2,9%
<i>Promedio</i>	3,8%	<i>Promedio</i>	6,2%