

Gasto Público y Privado en Salud

Distribución territorial



• Universidad de la República

Facultad de Ciencias Económicas
y de Administración



FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

**GASTO PUBLICO Y PRIVADO EN SALUD.
DISTRIBUCION TERRITORIAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
Y DE ADMINISTRACION-FEMI**

Agosto 2006

Este trabajo fue elaborado por la Ec. Fanny Trylesinski en el marco del Convenio Interinstitucional entre la Federación Médica del Interior y la Universidad de la República

INDICE

Prólogo	5
Introducción	7
I) Características sociodemográficas diferenciales de la población de Montevideo e Interior	9
1. Indicadores demográficos	9
2. Indicadores socio-económicos	11
3. Indicadores de ingreso y calidad de vida	13
4. Conclusiones	16
II) El gasto en salud en el año 2004	17
1. La estimación del gasto total en salud en el año 2004	17
A. Aspectos metodológicos	17
B. Resultados obtenidos	21
2. La desagregación geográfica del gasto en salud	23
A. Aspectos metodológicos	23
B. Resultados obtenidos	24
3. La desagregación del gasto en salud en proveedores públicos y privados	25
A. Aspectos metodológicos	25
B. Resultados obtenidos	25
4. El gasto público y privado por área geográfica	26
III) Los usuarios del Sistema de Salud	29
1. Los usuarios de las IAMC por zona geográfica	30
2. Los usuarios del Sistema Público por zona geográfica	32
3. Los usuarios totales por zona geográfica	34
4. Los usuarios de los Sub-sistemas Público y Privado	35
5. Los usuarios de los Sistemas Público y Privado según área geográfica	37
6. Resumen de los principales resultados	38
IV) La distribución del gasto en salud entre los distintos tipos de usuarios	39
1. La distribución del gasto en salud público y privado según la población usuaria	39
2. La distribución del gasto en salud Montevideo e Interior según la población usuaria	40
3. La distribución del gasto en salud Montevideo e Interior según la población usuaria y tipo de servicio	40
4. Costo de los Servicios de Salud por sexo y edad	41
A. Los costos ajustados por características demográficas de la población usuaria de los sistemas público y privado	42
B. Los costos ajustados por características demográficas según área geográfica	44
C. Las limitaciones de este análisis	45
V) Resumen final y Conclusiones	47
ANEXOS	
I) Presentación resumen del trabajo	49
II) Deflatores de precios de los Servicios de Salud	61

PROLOGO

El presente trabajo tiene como finalidad realizar un estudio comparativo entre Montevideo e Interior, sobre asignación y distribución de recursos financieros para la atención médica de la población en ambos territorios.

Para ello toma en cuenta tanto a los proveedores públicos como privados encargados en nuestro país de brindar dichos servicios de salud; pero fundamentalmente dirige el análisis a la identificación de la participación que, sobre el total del gasto en salud realizado en el Uruguay, les corresponde a los efectores actualmente responsables de asegurarle Asistencia Médica Integral al conjunto de la población.

Se trata de un trabajo de investigación llevado adelante por la Facultad de Ciencias Económicas y Administración, en el marco de un Convenio de cooperación mutua que en el año 2005 la Federación Médica del Interior celebró con la Universidad de la República.

En momentos que se buscan los caminos que le permitan al país transitar hacia una reforma profunda de su sistema de salud, aparece como impostergable la necesidad de pasar de la dimensión de los planteos teóricos y doctrinarios, al plano de los proyectos posibles y sustentables para nuestra Nación.

Lo anterior está exigiendo a su vez un esfuerzo metodológico adicional, en tanto se torna imprescindible darle contenido técnico y científico a las propuestas realizadas.

Con éste, así como con otros trabajos realizados el pasado año con la Facultad de Ciencias Económicas y Administración, FEMI aspira a contribuir en el sentido antes señalado, identificando en forma objetiva situaciones que nos marcan la realidad de la cual partimos en materia de salud y atención médica en el Uruguay.

De esta manera, y con la perspectiva que nos da la identidad y el compromiso que tenemos con la problemática de los habitantes del interior del país, esperamos que el presente trabajo sea un aporte más en la tarea colectiva de construir un sistema de salud mejor y más justo para toda nuestra población.

Finalmente queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las instituciones públicas y privadas que colaboraron brindando información sin la cual no hubiera sido posible realizar este estudio, y en especial nuestro reconocimiento a la Economista Fanny Trylesinski, responsable del mismo.

COMITÉ EJECUTIVO DE FEMI
Agosto 2006

INTRODUCCION

Este trabajo tiene por objeto conocer la distribución geográfica del gasto en salud entre Montevideo y el interior del país así como entre los sectores público y privado.

Un segundo objetivo consiste en analizar el perfil demográfico y socio-económico de las poblaciones de Montevideo y el interior a efectos de avanzar en la identificación de factores diferenciales que afectan la vulnerabilidad sanitaria de ambos grupos.

Se realizó una estimación del gasto global según los distintos proveedores de los servicios de salud. Esta tarea se realizó aplicando la metodología y clasificación de las Cuentas Nacionales de Salud de la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾.

Posteriormente, se distribuyó el gasto estimado entre Montevideo y el interior del país.

En segundo lugar, se realizó una distribución del gasto estimado entre los distintos grupos de usuarios, lo que implicó la identificación del número y características de dichos grupos.

En tercer lugar se realizaron estimaciones del gasto per capita tradicional y ajustados por las características demográficas de los distintos grupos de usuarios.

(1) Simultáneamente a esta investigación el Ministerio de Salud Pública confeccionó las Cuentas Nacionales para el año 2004. Los resultados que se presentan a continuación tienen diferencias con los elaborados por el MSP. En el presente informe se presenta un detalle de las fuentes y metodología de estimación y de los resultados obtenidos.

I) CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DIFERENCIALES DE LA POBLACION DE MONTEVIDEO E INTERIOR

En este capítulo se trata de reseñar los rasgos diferenciales⁽²⁾ de la población de Montevideo e Interior desde el punto de vista socio-demográfico. Esas características pueden explicar las necesidades de salud de la población y en el caso de que existan diferencias entre ambos sub-grupos, las mismas podrían dar lugar a un gasto diferencial en ambas poblaciones.

Las fuentes de información utilizadas en el análisis para ello han sido:

- 1) Censo de población año 2004
- 2) Encuesta Continua de Hogares año 2004
- 3) Encuesta rural año 2000

A continuación se presenta el número de habitantes relevado en cada una de las mencionadas fuentes.

	MONTEVIDEO			INTERIOR			TOTAL GENERAL
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	
Censo 2004	1.273.934	52.034	1.325.968	1.700.780	214.255	1.915.035	3.241.003
Encuesta Continua de Hogares			1.326.000	1.384.400			2.710.400
Encuesta Rural				316.380	214.255		530.635

La ECH releva a la población de Montevideo y a la que habita en ciudades del interior de más de 5000 habitantes, por lo tanto sus resultados son representativos de Montevideo y del 81% de la población urbana del resto del país. Quedaría entonces afuera la población residente en áreas rurales y en localidades de menos de 5.000 habitantes, los que suman un total de 530.635 personas.

1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Demográficos: población por sexo y edad, tasas de natalidad y mortalidad, tasas de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, índice de masculinidad, tasa global de fecundidad, edad mediana.

Población por sexo y área geográfica

	Hombres	Mujeres	Total
Montevideo	618.271	707.697	1.325.968
Interior	947.262	967.773	1.915.035
Total	1.565.533	1.675.470	3.241.003
Interior/Montevideo	+53%	+37%	+44%
Pob. Interior/total	61%	58%	59%

Fuente: Elaborado en base a datos del Censo de Población 2004

La población total del Uruguay en el año 2004 ascendió a 3.241.003 personas, de las cuales el **59%** residía en el interior del país.

(2) El análisis no pretende ser una descripción exhaustiva de las principales características socio demográficas de ambos grupos de población, sino buscar los principales rasgos diferenciales entre ambas poblaciones.

Población por sexo y área geográfica

	Hombres	Mujeres	Total	Indice de masculinidad
Montevideo	618.271	707.697	1.325.968	87.4%
Interior	947.262	967.773	1.915.035	97.9%

Fuente: Elaborado en base a datos del Censo de Población 2004

En esta área residía un 53% más de hombres y un 37% más de mujeres que en la capital. Esto es consistente con una tasa de masculinidad notoriamente más elevada en el interior que en Montevideo.

Una primera diferencia es entonces que en una población mayor el número de hombres es proporcionalmente mayor que el de mujeres.

En términos de la estructura etaria se advierte una segunda diferencia importante.

Población por área geográfica, sexo y edad

GRUPO DE EDADES	INTERIOR			MONTEVIDEO		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0 a 4	8,1%	8,3%	7,8%	6,7%	7,3%	6,1%
5 a 9	9,2%	9,5%	8,9%	7,0%	7,7%	6,5%
10 a 19	17,1%	17,7%	16,5%	14,7%	16,0%	13,6%
20 a 29	14,0%	14,3%	13,8%	16,2%	17,1%	15,4%
30 a 39	12,9%	12,9%	12,9%	13,0%	13,5%	12,5%
40 a 49	12,3%	12,4%	12,2%	12,7%	12,8%	12,6%
50 a 59	9,9%	10,0%	9,9%	10,2%	9,8%	10,6%
60 a 69	7,9%	7,7%	8,1%	8,5%	7,6%	9,3%
70 a 79	5,8%	5,2%	6,4%	7,2%	5,8%	8,5%
Más de 80	2,8%	2,1%	3,6%	3,8%	2,4%	5,0%
Menos de 14 años	26,1%	27,0%	25,2%	20,8%	22,7%	19,1%
Más de 65	12,3%	10,7%	13,8%	15,0%	11,7%	17,8%

Fuente: Elaborado en base a datos del Censo de Población 2004

La población del interior es más joven que la de Montevideo. Ello se aprecia en la proporción de menores que habitan ambas regiones. Tomando un indicador habitual como es el de los menores de 14 años, en el interior el 26.1% se encuentra en ese tramo, en tanto en Montevideo el 20.8%. Por su parte, el 12.3% de la población del interior es mayor de 65 años, en tanto que ese porcentaje es de 15% para Montevideo.

Las dos constataciones demográficas están relacionadas. Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres: 79.4 para las mujeres y 71.5 para los hombres en el Uruguay. Dado que el porcentaje de mujeres es mayor en Montevideo, entonces es lógico que la población tenga una edad mayor.

Otros indicadores demográficos que suelen utilizarse y que se relacionan con las condiciones de salud son: la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil.

Se presentan ambos indicadores por departamento ya que no existen valores globales para el interior. En ambos cuadros se realiza un ordenamiento de mayor valor a menor.

La esperanza de vida para el total del país se ubicaba en el año 2004 en 75,25 años, algo superior a la de Montevideo. Se observa que existen algunos departamentos con valores bastante superiores.

Esperanza de vida al nacer		Tasa de mortalidad infantil	
Flores	78,01	Artigas	16,65
Durazno	77,66	Salto	16,44
Colonia	77,56	Montevideo	15,86
Lavalleja	77,07	Cerro Largo	15,54
Florida	76,82	Rocha	15,24
Maldonado	76,62	Soriano	15,21
Rio Negro	76,43	Rivera	14,85
Paysandú	76,37	Total país	14,50
San José	76,15	Tacuarembó	14,23
Canelones	75,67	Canelones	14,02
Soriano	75,42	Rio Negro	13,81
Total país	75,25	Treinta y Tres	13,63
Treinta y Tres	75,23	San José	13,28
Rivera	75,22	Lavalleja	12,47
Tacuarembó	75,20	Paysandú	12,11
Rocha	75,18	Florida	11,74
Cerro Largo	75,09	Maldonado	11,73
Montevideo	74,86	Colonia	10,50
Salto	74,68	Durazno	10,45
Artigas	74,65	Flores	9,42

Fuente : INE

En relación a la tasa de mortalidad infantil, el promedio del país se ubicaba en 14,5 por mil algo inferior a la de Montevideo. En varios departamentos se observan valores superiores. Se trata prácticamente de los mismos que tenían una esperanza de vida al nacer inferior al promedio del país.

2. INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS

A continuación se reseñan los resultados para algunos indicadores socio-económicos a partir de la Encuesta Continua de Hogares, por lo tanto se trata de datos referidos a población urbana de más de 5000 habitantes.

Población por condición de actividad: Montevideo e Interior urbano

	Montevideo			Resto país urbano		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Tasa de actividad	60%	70%	51%	57%	70%	46%
Tasa de ocupación	52%	62%	44%	50%	63%	37%
Tasa de desempleo	13%	11%	15%	13%	10%	18%

La tasa de actividad es superior en Montevideo que en el interior urbano y ello se explica por la **menor tasa de actividad femenina que se verifica en el interior del país**. Solo en Maldonado, Flores y Florida, la tasa de actividad femenina supera al 50%. También

es mayor la tasa de desempleo femenina en el interior urbano que en Montevideo y en ambos casos superiores a las masculinas.

Estructura de inactivos: Montevideo e interior urbano

Estructura de inactivos	Montevideo			Resto país urbano		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Quien realiza los quehaceres del hogar	20%	4%	28%	25%	2%	37%
Estudiante	22%	30%	18%	22%	30%	18%
Rentista	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Pensionista+Jubilado	53%	59%	50%	49%	61%	43%
Otros	3%	6%	2%	3%	6%	1%

Consistente con la estructura demográfica de la población, **el porcentaje de jubilados y pensionistas en los inactivos es mayor en Montevideo** que en el interior, mientras que en el interior es mayor el porcentaje de personas dedicadas a los quehaceres del hogar. Entre las mujeres inactivas, más de la tercera parte de las del interior realizan este tipo de tareas.

Población ocupada por sector de actividad

	Total	Montevideo	Interior
Total	100,0	100,0	100,0
Agro, pesca, canteras y minas	5,0	2,0	8,4
Ind., electricidad y construcción	21,4	20,6	22,3
Servicios	73,5	77,4	69,2

La diferencia básica está dada por la mayor proporción de la población del interior ocupada en actividades del sector primario, en tanto que en Montevideo es mayor la participación de los ocupados en los servicios. Estos resultados están influidos por el Departamento de Canelones que alberga al 25% de la población urbana del interior y donde sólo el 4.6% de su población trabaja en los sectores primarios. En ocho departamentos: Artigas, Durazno, Lavalleja, Rio Negro, Rocha, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres, la población activa de estos sectores supera el 10%.

Población de 14 años y más por nivel educativo

	Total	Montevideo	Interior
Total	100,0	100,0	100,0
Sin instrucción	1,2	0,8	1,6
Primaria incompleta	11,3	7,8	15,1
Primaria completa	22,4	19,9	25,1
Secundaria 1er ciclo	16,7	14,1	19,5
Secundaria 2do. Ciclo	20,9	21,7	20,0
Técnica	12,4	14,5	10,2
Magisterio o Profesorado	3,3	3,2	3,4
Universidad o similar	11,8	18,0	5,1

En relación al nivel educativo, **hay un sesgo hacia mayores niveles educativos en Montevideo**. En efecto, si se considera como techo máximo la educación primaria, se observa que en el Interior ese es el nivel que alcanzan casi el 42% de la población mayor de 14 años, en tanto que en Montevideo es de 28.5%. En Cerro Largo y Rivera esos porcentajes se aproximan al 50% de la población mayor de 14 años.

En el otro extremo de la escala educativa, un 18% de la población de ese estrato de edad tiene estudios universitarios, en tanto que sólo el 5% en el interior. ⁽³⁾

3. INDICADORES DE INGRESO Y CALIDAD DE VIDA

Uno de los aspectos diferenciales más relevantes entre la población urbana del interior y la de Montevideo, se refiere al nivel de ingreso de cada población.

	Ingreso medio del hogar	Relación con el ingreso medio de Montevideo
Total	14.071	
Montevideo	17.093	
Interior	10.793	63%
Durazno	15.071	88%
Florida	13.976	82%
Soriano	12.666	74%
Flores	11.754	69%
Colonia	11.483	67%
San José	11.194	65%
Paysandú	11.178	65%
Lavalleja	11.077	65%
Canelones	10.951	64%
Maldonado	10.800	63%
Rocha	10.188	60%
Salto	10.140	59%
Tacuarembó	10.008	59%
Rivera	9.505	56%
Río Negro	9.280	54%
Artigas	9.032	53%
Cerro Largo	8.909	52%
Treinta y Tres	8.625	50%

Fuente: INE

En promedio, los hogares del interior perciben un ingreso que es menos de las dos terceras partes que el percibido por los hogares montevidianos. No obstante, en este promedio se encuentran valores que rondan la mitad, básicamente en los departamentos fronterizos y en Río Negro y otros donde el mismo supera el 80% como Durazno y Florida. Otra medida complementaria es la mediana, que indica el límite de ingresos del 50% de la población.

(3) Según datos de la Caja de Profesionales Universitarios el 72% de los profesionales activos vive en Montevideo y el 28% en el interior.

	Mediana	Relación con Montevideo
Total	10.000	
Montevideo	12.166	
Interior	8.190	67%
Florida	10.959	90%
Durazno	9.041	74%
Colonia	9.000	74%
San José	8.968	74%
Lavalleja	8.936	73%
Paysandú	8.842	73%
Maldonado	8.813	72%
Flores	8.483	70%
Canelones	8.422	69%
Soriano	8.395	69%
Rocha	8.100	67%
Salto	7.929	65%
Rivera	7.530	62%
Artigas	7.439	61%
Río Negro	7.422	61%
Tacuarembó	7.422	61%
Cerro Largo	6.922	57%
Treinta y Tres	6.041	50%

Fuente: INE

La mediana se ubica en un 67% en el interior urbano respecto al de Montevideo y si bien se registran algunas diferencias en la ubicación del ordenamiento de los distintos departamentos, en general la misma presenta pocas variaciones respecto a la clasificación por ingreso medio del hogar.

Otros indicadores que dan cuenta de la diferencia de ingresos son: el ingreso que corresponde al límite inferior del 20% más rico que en el interior urbano representa un 62% del correspondiente a Montevideo, y el límite superior del 20% más pobre que es en el interior urbano un 73% del de Montevideo.

Finalmente, el ingreso per capita en el interior urbano es el 57% que el que verifica en la capital. Un indicador de calidad de vida que se suele utilizar es el Índice de Necesidades Básicas. Aquí se optó por analizar algunos indicadores que se suelen incluir en este Índice. Se han tomado datos no solamente de la Encuesta Continua de Hogares, sino también de la Encuesta Rural, de modo de reflejar la situación de toda la población.

Los indicadores seleccionados son considerados de fundamental importancia para evaluar las condiciones sanitarias en que vive la población.

Condición del servicio sanitario

		Localidades urbanas interior		
	Zona Rural	Menos 5000 habitantes	Más de 5000 habitantes	Montevideo
Tiene servicio sanitario				
con descarga de agua	57,1%	74,6%	92,0%	98,2%
sin descarga de agua	38,1%	22,8%	7,7%	1,3%
No tiene servicio sanitario	4,8%	2,6%	0,3%	0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Evacuación del servicio sanitario

		Localidades urbanas interior		
	Zona Rural	Menos 5000 habitantes	Más de 5000 habitantes	Montevideo
Red general	0,2%	12,9%	46,4%	86,9%
Fosa séptica	93,5%	86,1%	53,6%	12,8%
Otro	6,3%	1,0%	0,1%	0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Origen del agua

		Localidades urbanas interior		
	Zona Rural	Menos 5000 habitantes	Más de 5000 habitantes	Montevideo
Red General	7%	85%	98,1%	99,5%
Pozo surgente	69%	8%	1,5%	0,4%
Aljibe	17%	3%	0,4%	0,1%
Otro (arroyo, rio)	7%	4%		
Total	100%	100%	100%	100%

Llegada del agua a la vivienda

	Zona	Localidades urbanas interior		
	Rural	Menos 5000 hab.	Más de 5000 hab.	Montevideo
Cañería dentro vivienda	54%	79%	94,7%	98,9%
Cañería fuera vivienda	13%	9%	4,0%	0,9%
Otros medios	33%	13%	1,3%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%

Los resultados encontrados en estos indicadores resultan bastante esperables. Los indicadores mejoran cuánto más "urbana" sea la población. Los peores valores se registran para la población rural que representa una porción menor al 20% de la población total.

4. CONCLUSIONES

Tanto en el abordaje por el lado de la medición de ingresos como por el de los indicadores de calidad de vida es muy claro que la población del interior del país se encuentra en una situación desventajosa frente a la que vive en Montevideo desde el punto de vista de su posibilidad de adquirir servicios de salud en el mercado y sus condiciones de vida exponen a muchos de sus habitantes a mayores riesgos sanitarios.

Por otra parte su perfil más joven (mayor proporción de menores de 14 y menor de mayores de 65) resultan en una menor necesidad de servicios de salud y su costo asociado. En las siguientes partes del trabajo se abordan aspectos de cobertura y gasto en salud que permitirán finalmente realizar una evaluación comparativa de la vulnerabilidad sanitaria de ambos conjuntos de población.

II) EL GASTO EN SALUD EN EL AÑO 2004

1. LA ESTIMACION DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN EL AÑO 2004

A. Aspectos metodológicos

El objetivo de este trabajo es estimar el gasto total en salud, la distribución territorial del mismo entre Montevideo y el interior del país y en los proveedores públicos y privados para el año 2004. ⁽⁴⁾

Este abordaje necesita de ciertas definiciones previas que es preciso tener en cuenta.

En primer lugar cuál es el criterio a partir del cual se computarán los gastos en salud. Se han utilizado las definiciones del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud elaboradas por la Organización Mundial de la Salud. Las mismas distinguen varias categorías que reflejan las etapas claves del proceso. Estas son:

- Fuentes de financiamiento que son los que aportan los recursos al sistema.
- Agentes de financiamiento son los que gerencian los recursos recibidos y compran los bienes y servicios
- Proveedores de bienes y servicios son los que producen y proveen los bienes y servicios de salud
- Costo de los factores son todos los recursos y procesos necesarios para la producción de los bienes y servicios de salud

En este trabajo se optó por clasificar el gasto en salud, tanto el total como su desagregación geográfica, según los distintos proveedores del servicio. Para ello se utilizó la clasificación de los mismos realizada en el año 2002 en colaboración con consultores de la Organización Mundial de la Salud. ⁽⁵⁾

CLASIFICACION DE LOS PROVEEDORES DE SALUD

1 Hospitales y entidades de atención intramuros

Hospitales Públicos (ASSE)
Hospital Militar
Hospital Policial
Hospital de Clínicas
IAMCS
Seguros privados con cobertura integral
IMAE privado
FNR (medicamentos e insumos)
BPS asignaciones familiares

2 Instituciones de Enfermería y Atención Residencial

Casas de salud y servicios de acompañantes

(4) Se optó por realizar las estimaciones para el año 2004 por ser el último año cerrado al momento de comenzar la recopilación de información.

(5) Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud Años 1999-2000. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración - Ministerio de Salud Pública. Trylesinski F., Cervini M. y Estellano M.

3 Proveedores de Atención ambulatoria y extramuros

Serv. Asistenciales en Empresas públicas
Policlínicas departamentales
Consultorios
Dentistas
Emergencias móviles
Servicio Nacional de Sangre (ASSE)

4 Venta directa y Proveedores de bienes médicos

Farmacias
Laboratorio químico industrial Francisco Dorrego

5 Provisión y Administración de los Programas de Salud

Dirección General de la Salud (MSP)
Comisiones Honorarias
Banco Nacional de Organos y Tejidos

6 Administración y Seguros

Dirección General de Secretaría (MSP)
ASSE
FNR

El gasto total en salud será el resultado de la suma de los gastos efectuados por cada uno de los proveedores. Es necesario destacar que la contabilización de los gastos por proveedor trae aparejado cierto grado de duplicaciones que no es posible depurar a partir de la información disponible.

Así por ejemplo, las transacciones entre los diferentes proveedores estarán usualmente duplicadas ya que aparecerán contabilizadas como un gasto en servicios contratados para la institución demandante y un costo efectuado por la institución proveedora. Asumiendo que en estas transacciones no se verifican utilidades ambos montos serían equivalentes.

Una vez definidos y clasificados los distintos proveedores de salud se procedió a obtener de distintas fuentes de información los datos relativos al gasto realizado por los mismos durante el año 2004.

A continuación se resumen los principales criterios utilizados en la estimación del gasto de los distintos proveedores.

1 Hospitales y entidades de atención intramuros

En **Hospitales Públicos** (ASSE) se incluyeron todas las unidades ejecutoras de ASSE a excepción del Laboratorio Dorrego, el Servicio Nacional de Sangre y el Banco Nacional de Organos y tejidos. La información relativa a los gastos surge del Balance de Ejecución Presupuestal de ASSE del año 2004.

Los datos del gasto total de los **Hospitales Militar** (Servicio de Sanidad de las FFAA: Inciso 3- Unidad Ejecutora 33) **y Policial** (Servicio de Sanidad Policial: Inciso 4: Unidad Ejecutora 30)

se obtuvieron de la Ejecución Presupuestar de las propias unidades.

El gasto del **Hospital de Clínicas** se estimó a partir de la Ejecución Presupuestal de dicha unidad del año 2003 y del Balance de Ejecución Presupuestal de la Contaduría General de la Nación.

Las **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)** son consideradas como un único proveedor. La información referente al gasto realizado por las mismas surge del Estado de Resultados de las distintas instituciones que las mismas deben presentar al Ministerio de Salud Pública, al Servicio Nacional de Información (SINADI). Concretamente, para este trabajo se consideró el rubro “Total costo de los servicios prestados” y “Gastos de Administración y ventas” del Estado de Resultados de las instituciones de Asistencia Médica Colectiva tanto de Montevideo como del interior.

Con respecto a los **Seguros Privados con cobertura integral** se obtuvo información global de los gastos realizados en el año 2004 del SINADI, la que se complementó con los balances del Instituto Quirúrgico Sudamericano y del Sanatorio Americano. Las instituciones consideradas fueron: Hospital Británico, MP, Summum, Blue Cross & Blue Shield e Instituto Quirúrgico Sudamericano.

El gasto total de los **Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE)** se obtuvo de los datos proporcionados por el Fondo Nacional de Recursos. A efectos de evitar duplicaciones se tomaron solamente los gastos de los IMAE privados ya que los correspondientes a las IAMC, ASSE, el Hospital de Clínicas y el Hospital Británico se incluyen en los gastos de las propias instituciones.

Los gastos del **Fondo Nacional de Recursos** contabilizados en la categoría de Hospitales y entidades de atención intramuros son los medicamentos e insumos entregados por el Fondo a las distintas instituciones que realizan los actos contratados.

Los gastos de **Asignaciones Familiares (BPS)** tuvieron como fuente un procesamiento especial realizado por el área de la Salud del BPS donde se desagregan los gastos en prestaciones brindadas por el BPS y prestaciones contratadas por el BPS. Se incluyeron solamente los primeras ya que las prestaciones contratadas figurarán como gastos de los proveedores que brindaron el servicio.

2 Instituciones de Enfermería y Atención Residencial

Para estimar el gasto total en salud que se realiza en el proveedor **Casas de Salud** se tomó en cuenta el número de personas que residen en las mismas, la cuota promedio que pagan y el porcentaje de la misma que se destina específicamente a gasto en salud.

El número de personas surge del Censo de 2004 como residentes en residenciales de ancianos. En lo que se refiere a servicios de acompañantes se estimó el número de afiliados y se lo multiplicó por una cuota promedio.

3 Proveedores de Atención ambulatoria y extramuros

En los servicios asistenciales de **empresas públicas** se incluyen los servicios prestados por ANCAP, el BROU y el BSE. En este proveedor solo se considera el gasto que realizan en salud directamente estas instituciones.

El gasto de las **policlínicas departamentales** surge de información recabada en la propia

IMM referida al gasto en servicios de atención a la salud. En lo que se refiere a las Intendencias municipales del interior del país no fue posible obtener los datos correspondientes a su gasto y por lo tanto, se tomaron los del trabajo realizado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. ⁽⁶⁾

Los gastos de los **consultorios médicos** se estimaron a partir de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares. Se actualizó el gasto en los rubros “Servicios médicos” y “Estudios médicos particulares” por un índice de precios de “cuidados médicos” hasta el año 2000 y a partir del 2001 por el Índice de precios de “servicios médicos no mutuales”.

La estimación del gasto en las **Unidades de dentistas** se realizó a través del producto del número de profesionales registrados en la Caja de Profesionales Universitarios y un ingreso bruto estimado.

Los gastos de las **emergencias móviles** se obtuvieron de una estimación del número de afiliados realizada a partir de la Encuesta Continua de Hogares multiplicada por una cuota promedio.

Finalmente el gasto del **Servicio Nacional de Sangre** surge del Balance de Ejecución Presupuestal de ASSE del año 2004.

4 Venta directa y Proveedores de bienes médicos

Las **farmacias** se consideran un proveedor. Se computan aquí los gastos de bolsillo de las familias en medicamentos vendidos en farmacias ya que los adquiridos a través de los demás proveedores (IAMC o ASSE) están incluidos en los gastos de esas instituciones.

A través de la Asociación de Laboratorios Nacionales (ALN) se obtuvo la información correspondiente a sus asociados y los de la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA) referida a las ventas totales de medicamentos a precios de productor desagregada por canal de distribución (farmacias, mutualismo y gobierno). A los precios de productor se le agregaron los impuestos (IVA, Cofis, Caja Profesionales) y los márgenes de la comercialización obteniendo así la valoración a precios de comprador.

Los gastos del **Laboratorio químico industrial Francisco Dorrego** surgen del Balance de Ejecución Presupuestal de ASSE del año 2004.

5 Provisión y Administración de los Programas de Salud

Los gastos de las Comisiones Honorarias se obtuvieron de diversas fuentes: MSP y estudios previos

6 Administración y Seguros

Dirección General de Secretaría (MSP) Se consideraron los gastos de la Unidad Ejecutora 001 deducida la Asistencia Integral ya que los mismos están computados en las unidades que prestan los servicios.

ASSE. Del Balance de Ejecución Presupuestal de ASSE se computaron los gastos de la Unidad Ejecutora N° 68 a excepción de los gastos en las Comisiones de Apoyo que se sumaron a Hospitales Públicos.

FNR: Se contabilizan los gastos de administración y gestión del FNR según surge de su propio Balance.

(6) El Gasto Público Social en el Uruguay (1999-2003)

B. Resultados obtenidos

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la estimación del gasto en salud a precios corrientes para el año 2004 clasificados según proveedores y su comparación con los obtenidos mediante la aplicación de la misma metodología para el año 2001.

GASTO EN SALUD (a precios corrientes)

AÑOS	2001		2004	
	Miles \$	Estructura	Miles \$	Estructura
ASSE/MSP	3.685.211	14%	4.972.419	17%
IAMC	13.075.549	49%	13.195.385	45%
Seguros privados	994.337	4%	1.169.844	4%
Emergencias	1.361.114	5%	1.365.820	5%
Farmacias	2.593.596	10%	2.808.865	9%
Otros públicos	1.916.110	7%	3.271.705	11%
IMAES privados	908.273	3%	891.299	3%
Dentistas y consultorios	1.447.987	5%	1.472.703	5%
Casas de salud/ acompañantes	472.901	2%	432.468	1%
Total	26.455.078	100%	29.580.509	100%
Como porcentaje del PBI	11%		8%	

Fuente elaboración propia en base a varias fuentes

Las principales conclusiones que se derivan tienen que ver con el nivel y la estructura del gasto. En cuanto al nivel, se aprecia que a precios corrientes la variación no es significativa. En cuanto a la estructura se observan algunos cambios importantes. Por un lado un aumento en la participación de los proveedores públicos: ASSE pasa de 14% al 17% en tanto que los otros públicos que incluye el Hospital Policial, el Hospital Militar, el Hospital de Clínicas, el BPS, las empresas públicas, las policlínicas gubernamentales pasa del 7% al 11% del total. Este incremento en la participación de los proveedores públicos tiene su contracara en un descenso de los privados, en especial de las IAMC (4%). También es importante la caída del gasto en salud en relación al PBI ya que pasa del 11% en el año 2001 al 8% en el año 2004.

A continuación se presenta el gasto en salud expresado en dólares. Si bien la devaluación del año 2002 distorsiona totalmente los resultados, de todas maneras es importante tener en cuenta estas cifras a efectos de comparaciones internacionales.

GASTO EN SALUD (en miles de U\$S)

AÑOS	2001	2004
IAMC	975.787	459.769
ASSE/MSP	275.016	173.255
Farmacias	193.552	97.870
Otros públicos	142.993	113.997
Seguros privados	74.204	40.761
Dentistas y consultorios	108.059	51.314
Emergencias móviles	101.576	47.590
Imaes privados	67.782	31.056
Otros	35.291	15.069
Total	1.974.260	1.030.680

Fuente elaboración propia en base a varias fuentes

De los datos anteriores y tomando en cuenta el total de la población del año 2004, se concluye que en ese año el gasto en salud per capita en el Uruguay ascendió a US\$ 318.

A efectos de tener una aproximación a la evolución del gasto se presenta el mismo expresado a precios constantes. A efectos de realizar esa estimación se elaboró un Índice de precios de los servicios de salud privados y públicos.⁽⁷⁾

GASTO EN SALUD (a precios de 2001)

AÑOS	2001	2004	Variación
IAMC	13.075.549	11.543.406	-12%
ASSE/MSP	3.685.211	3.874.240	5%
Farmacias	2.593.596	1.863.553	-28%
Otros públicos	1.916.110	2.549.136	33%
Seguros privados con cobertura integral	994.337	1.023.387	3%
Dentistas y consultorios	1.447.987	1.288.330	-11%
Emergencias móviles	1.361.114	1.194.828	-12%
IMAES privados	908.273	779.714	-14%
Otros	472.901	378.326	-20%
Total	26.455.078	24.494.919	-7%

Fuente elaboración propia en base a varias fuentes

Los gastos expresados a precios constantes permiten verificar que se produjo una caída de 7% entre los años 2001 y 2004. La disminución se dio principalmente en los gastos de los proveedores privados ya que los proveedores públicos incrementaron levemente su nivel de gasto⁽⁸⁾. La disminución del gasto de las IAMC tiene en parte su explicación en la caída en el número de afiliados producido. Entre el año 2001 y el 2004 esta caída fue de 6% (3% en el interior y 7% en Montevideo), en tanto que la disminución del gasto fue de 12%. La caída en el volumen físico del gasto de las IAMC tiene varias explicaciones. En el período considerado hubo una fuerte reestructura en el sector que implicó el cierre de varias instituciones montevideanas. Si bien a nivel del número de afiliados la caída en este período no fue tan importante, esa reestructura implicó un ajuste en los gastos del sistema global. A ello hay que sumarle la caída salarial en un rubro que representa la mitad de los gastos de las instituciones. Medida a precios constantes, la masa salarial disminuyó un 9% en Montevideo y un 1% en el interior, lo que implicó en el total del país una caída de 6%.

(7) En el anexo II se presenta la metodología de elaboración del Índice.

(8) Una parte de las diferencias en "Otros públicos" se debe a problemas metodológicos. En esta ocasión se dispuso de estimaciones de gastos de salud de las Intendencias municipales del interior que antes no habían sido tenidas en cuenta, así como algunos gastos del FNR.

2. LA DESAGREGACIÓN GEOGRÁFICA DEL GASTO EN SALUD

A. Aspectos metodológicos

La desagregación geográfica del gasto en salud se realizó tomando en consideración la residencia de los proveedores, es decir que lo que se presenta es el gasto realizado en Montevideo y en el interior independientemente de si ese gasto se aplicó a usuarios residentes en una u otra área geográfica.

A continuación se resumen los criterios utilizados en dicha desagregación para los distintos proveedores.

El gasto de **ASSE** se desagregó en función de las unidades ejecutoras ubicadas en cada región. El gasto de las comisiones de apoyo se imputó en un 80% a Montevideo y el resto al interior del país.

Los gastos de los **Hospitales Militar, Policial y Clínicas** se imputaron enteramente a Montevideo.

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: Los Estados de Resultados de las IAMC presentados al Sinadi contienen los ingresos y egresos de las distintas instituciones de Montevideo e Interior de acuerdo al lugar geográfico donde se sitúa la institución. En el caso de las del Interior, no se verifican problemas ya que las mismas realizan su gasto en el interior y no tienen sedes en Montevideo. En cambio algunas instituciones de Montevideo tienen sedes en la zona metropolitana y algunas en otras regiones del país. Ello ha llevado a ajustar el gasto realizado en Montevideo deduciéndole el que las instituciones realizan en el interior y adicionándose a éste a efectos de obtener un gasto geográfico ajustado a la realidad. La información para ello se obtuvo de las propias instituciones.

Los **Seguros Privados con cobertura integral** realizan su gasto enteramente en Montevideo.

El gasto de los **Institutos de Medicina Altamente Especializados privados** surge de los datos del Fondo Nacional de Recursos donde se desagrega el gasto de los distintos proveedores.

Los gastos del **Fondo Nacional de Recursos** en medicamentos e insumos entregados a las distintas instituciones que realizan los actos contratados se asignaron según el tipo de intervenciones realizadas y el lugar de las mismas.

Los gastos efectuados por el servicio de **Asignaciones Familiares** del BPS se imputaron exclusivamente a Montevideo.

La discriminación del gasto en **casas de salud** tuvo en cuenta el número de personas que habitan en ellas según los datos censales. En lo que se refiere a los servicios de acompañantes se estimó en base a diversas fuentes la población usuaria en cada área geográfica.

Los **servicios asistenciales de las empresas públicas** se imputaron enteramente a Montevideo.

El gasto de las **policlínicas departamentales** se imputó al área geográfica a la que corresponden.

El gasto de **consultorios médicos** se estimó a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares la que discrimina entre el gasto de los hogares en Montevideo e interior y se actualizó por evolución del IPC correspondiente al rubro de "Servicios Médicos no Mutuales".

El gasto en las **Unidades de dentistas** se realizó a través del número de profesionales registrados en la Caja de Profesionales Universitarios (1982 en Montevideo y 1033 en el interior).

La desagregación por área geográfica del gasto en **farmacias** se obtuvo a partir de la información proporcionada por la Asociación de Laboratorios Nacionales y de las droguerías.

B. Resultados obtenidos

A continuación se presenta el gasto en salud para el año 2004 desagregado según el lugar de residencia de los prestadores. Así por ejemplo, el gasto de las IAMC será el realizado en Montevideo e Interior⁽⁹⁾ y no necesariamente el realizado en población residente en las respectivas áreas.

GASTO TOTAL EN SALUD POR AREA GEOGRAFICA

En miles de \$ corrientes

Estructura

AÑO 2004	Montevideo	Interior	Total	Montevideo	Interior
ASSE/MSP	3.047.764	1.924.655	4.972.419	61%	39%
IAMC	8.126.452	5.068.933	13.195.385	62%	38%
Seguros privados con cobertura integral	1.169.844	0	1.169.844	100%	0%
Emergencias móviles	999.241	366.579	1.365.820	73%	27%
Farmacias	1.807.597	1.001.268	2.808.865	64%	36%
Otros publicos	2.982.095	289.611	3.271.705	91%	9%
Imaes privados	773.278	118.021	891.299	87%	13%
Dentistas y consultorios	992.689	480.014	1.472.703	67%	33%
Casas de salud/acompañantes	324.300	108.168	432.468	75%	25%
TOTAL	20.223.260	9.357.249	29.580.509	68%	32%

Fuente elaboración propia en base a varias fuentes

A nivel global, es decir considerando todo el gasto en salud, se aprecia que el 68% es efectuado por proveedores montevideanos y el 32% por proveedores del interior. Como se verá más adelante, no todo el gasto efectuado en Montevideo recae en residentes de la capital, sino que una parte del mismo es realizado en residentes del interior.

En el caso de ciertos proveedores, la proporción del gasto realizado en Montevideo es sustantivamente mayor que el promedio global debido a que se trata de servicios que no existen o que están escasamente desarrollados en el interior del país. Es el caso de los seguros privados con cobertura integral, las casas de salud y los servicios de acompañamiento.

En otros casos se trata de servicios con menor penetración en el interior como las emergencias móviles donde la diferencia en el nivel de ingresos entre capital e interior podría contribuir a explicar la diferencia. Finalmente, habría que explorar más en las características diferenciales de la demanda por servicios de salud para obtener una respuesta a la diferencia que se verifica en

(9) Del gasto que las IAMC montevideanas informan a Sinadi, se dedujo aquella parte que es gastada en las sedes secundarias del interior.

el gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos.

Los otros servicios públicos están mayoritariamente radicados en Montevideo.

En un segundo nivel es necesario depurar el gasto a efectos de comparar lo comparable, es decir, el gasto efectuado por aquellos proveedores que brindan asistencia integral a sus usuarios. Esto es en la esfera pública: ASSE, Hospital Policial, Hospital Militar y Hospital de Clínicas y en la esfera privada las IAMC. ⁽¹⁰⁾

GASTO EN SALUD DE LOS PROVEEDORES DE ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL (En miles de \$ corrientes)

Año 2004	Montevideo	Interior	Total	Montevideo	Interior	Total
ASSE/MSP	2.924.764	1.924.655	4.849.419	60%	40%	100%
IAMC	8.126.452	5.068.933	13.195.385	61%	39%	100%
Otros públicos	1.656.174		1.656.174	100%		
TOTAL	12.707.391	6.993.587	19.700.978	65%	35%	100%

Cuando se considera el gasto de los proveedores de salud que brindan asistencia integral, la participación de Montevideo en el total pasa a 65%.

3. LA DESAGREGACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN PROVEEDORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

A. Aspectos metodológicos

La asignación del gasto en salud al sector público o privado se realiza tomando en consideración si el proveedor es público o privado.

Los proveedores públicos son: ASSE, el Hospital Militar, el Hospital Policial, el Hospital de Clínicas, el servicio de Asignaciones Familiares del BPS, los servicios asistenciales de las empresas públicas, las policlínicas departamentales del interior, el Servicio Nacional de Sangre, el Laboratorio Dorrego, y las áreas administrativas del MSP, ASSE y el FNR.

El resto de los proveedores son privados.

B. Resultados obtenidos

En el siguiente cuadro se presenta el gasto en salud del año 2004 según que los proveedores sean privados o públicos. Los resultados arrojan que el 72% del gasto es efectuado por proveedores privados en tanto que el 28% restante por proveedores públicos.

Es de destacar que se trata de magnitudes no comparables en la medida en que en el sector privado se incluyen una serie de servicios adicionales a la cobertura integral brindados por proveedores privados y financiados por los hogares en forma voluntaria.

(10) Se optó por dejar fuera de este análisis a los seguros privados con cobertura integral ya que debido a la magnitud de su gasto y el tipo de servicios adicionales que brindan podría distorsionar el análisis. En el sector público no se incluyó el gasto del BSE ni del BPS por considerarse específicos y no comparables con los servicios de cobertura integral.

GASTO EN SALUD PUBLICO Y PRIVADO (En miles de pesos corrientes)

AÑO 2004	Público	Privado	Total
ASSE/MSP	4.849.419		4.849.419
IAMC		13.195.385	13.195.385
Seguros privados con cobertura integral		1.169.844	1.169.844
Emergencias móviles		1.365.820	1.365.820
Farmacias		2.808.865	2.808.865
Otros publicos	3.394.705		3.394.705
Imaes privados		891.299	891.299
Dentistas y consultorios		1.472.703	1.472.703
Casas de salud/acompañantes		432.468	432.468
TOTAL	8.244.124	21.336.384	29.580.508
% sobre el total	28%	72%	

Fuente elaboración propia en base a varias fuentes

Cuando se compara el gasto que realizan los distintos proveedores que brindan asistencia médica integral a sus usuarios se obtienen los siguientes resultados:

GASTO EN SALUD DE LOS PROVEEDORES DE ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL (En miles de pesos corrientes)

Año 2004	Públicos	Privados	Total
ASSE/MSP	4.849.419		4.849.419
IAMC		13.195.385	13.195.385
Otros públicos	1.656.174		1.656.174
TOTAL	6.505.593	13.195.385	19.700.978
% s/ el total	33%	67%	

4. EL GASTO PUBLICO Y PRIVADO POR AREA GEOGRAFICA

Finalmente, se puede clasificar el gasto de los proveedores que brindan asistencia médica integral según los dos criterios utilizados hasta el momento: por área geográfica y según que los mismos sean públicos o privados.

Los resultados son los siguientes:

Gasto en salud de los proveedores de Asistencia Médica Integral

Año 2004	MONTEVIDEO	INTERIOR	Total
Público	4.580.939	1.924.655	6.505.593
Privado	8.126.452	5.068.933	13.195.385
TOTAL	12.707.391	6.993.587	19.700.978

Estructura del gasto en salud por área geográfica

	MONTEVIDEO	INTERIOR
Público	36%	28%
Privado	64%	72%
TOTAL	100%	100%

Se observa que el sector privado gasta en Montevideo el 64% del total, mientras que en el interior el gasto es el 72% del total.

	MONTEVIDEO	INTERIOR	Total
Público	70%	30%	100%
Privado	62%	38%	100%
TOTAL	65%	35%	100%

Por su parte, los proveedores públicos de asistencia médica integral gastan el 70% en Montevideo y el 30% en el interior, en tanto que los proveedores privados gastan el 62% en Montevideo y el 38% en el interior.

El significado de estos resultados sólo podrá apreciarse más adelante, cuando los mismos se contrasten con la población usuaria de los diferentes sub-sistemas, lo que lleva a realizar una estimación de esas poblaciones no sólo en términos de cantidad de usuarios sino también de sus características etarias y de género.

III) LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD

En esta sección se trata de determinar el número y características demográficas (sexo y edad) de la población usuaria de los servicios de salud del Uruguay según la localización geográfica o carácter público/privado de los distintos proveedores considerados independientemente del lugar de residencia de los usuarios.

Para ello se parte de la población total del Uruguay según se desprende de los datos del Censo Fase I realizado en el año 2004 por sexo y estrato de edad ⁽¹¹⁾ que se presenta a continuación:

Población por sexo, edad y área geográfica de residencia

	MONTEVIDEO			INTERIOR		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0 a 4 años	44.985	43.244	88.229	78.889	75.464	154.353
5 a 14 años	95.650	91.858	187.508	176.689	168.827	345.516
15 a 18 años	50.881	49.906	100.787	80.313	76.855	157.168
19 a 44 años	230.386	243.938	474.324	320.153	320.990	641.143
45 a 64 años	124.319	152.502	276.821	189.680	192.493	382.173
65 a 74 años	42.140	64.632	106.772	62.012	72.220	134.232
Más de 74 años	29.910	61.617	91.527	39.526	60.924	100.450
TOTAL	618.271	707.697	1.325.968	947.262	967.773	1.915.035
% sobre el total			41%			59%

Fuente: INE, Censo 2004 Fase I

El 41% de los habitantes del Uruguay residen en Montevideo y el 59% restante, en el interior. En primera instancia se podría decir que si las personas utilizaran los servicios de salud de sus respectivos lugares de residencia, las cifras que aparecen en el cuadro nos mostrarían la participación de cada grupo de usuarios en cada zona geográfica.

Sin embargo, es sabido que un número importante de habitantes del interior del país utilizan servicios de salud montevideanos. Ello sucede por varios motivos. En primer lugar por la cada vez mayor integración de zonas aledañas a Montevideo con la capital. Concretamente áreas de San José y Canelones son habitadas por personas que desarrollan su actividad laboral en Montevideo y que por lo tanto, utilizan los servicios de la capital.

En segundo lugar existen servicios que no se brindan en el interior del país lo que hace que los pacientes deban trasladarse a la capital para recibirlos.

Si se lograra determinar el número y características de los usuarios residentes del interior del país que utilizan los servicios brindados por instituciones montevideanas, se podría lograr una estimación del número de usuarios totales de los proveedores de cada zona geográfica, cifra que por las razones mencionadas no coincide con la de la población residente en cada área.

De modo tal que, para estimar el número y características de los usuarios según la localización geográfica de los distintos proveedores es necesario determinar tanto la población residente en cada área que utiliza los servicios como aquella no residente y que también los utiliza.

(11) Se utilizan los estratos de edad con los que el Sinadi clasifica a la población afiliada a las IAMC

A efectos de estimar el número y características de los residentes en el interior que utilizan los servicios montevideanos se analizará separadamente los casos de los usuarios de las IAMC y de los prestadores públicos.

1. LOS USUARIOS DE LAS IAMC POR ZONA GEOGRÁFICA

Se parte de los datos de número de afiliados por sexo y tramo de edad de las instituciones que tienen su sede central en Montevideo o en el interior del país según consta en los Censos de Sinadi.

La información disponible no discrimina por lugar de residencia del afiliado sino por lugar donde la institución tiene su sede central. Un afiliado residente en el interior usuario de una IAMC de Montevideo aparecerá como afiliado de Montevideo. Un afiliado del interior que reciba atención en una sede secundaria también aparecerá registrado como afiliado a una IAMC de Montevideo.

Esta situación solo se da con afiliados residentes en el interior y que reciben la atención de IAMC de Montevideo ya que salvo algunos casos excepcionales no es lógico suponer la situación inversa.

Es por ello que para obtener el número de usuarios de cada tipo de servicio según su residencia, es necesario efectuar un ajuste a los datos proporcionados por las propias instituciones. A continuación se presentan los datos originales de las mismas.

Población afiliada a IAMC por zona geográfica de las instituciones

	MONTEVIDEO			INTERIOR		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0 a 4 años	19.167	18.454	37.621	9.029	8.482	17.511
5 a 14 años	36.588	35.054	71.642	17.675	16.727	34.402
15 a 18 años	22.033	20.673	42.706	11.426	9.658	21.084
19 a 44 años	157.666	153.736	311.402	119.175	83.565	202.741
45 a 64 años	96.477	110.820	207.297	80.093	64.196	144.289
65 a 74 años	35.149	54.177	89.326	25.364	27.554	52.918
Más de 74 años	28.306	57.617	85.922	17.674	26.584	44.258
TOTAL	395.386	450.530	845.916	280.437	236.766	517.203

Fuente: SINADI, MSP

A efectos de depurar los datos anteriores para determinar la población residente de Montevideo afiliada a las IAMC se utilizó la Encuesta Continua de Hogares. En ésta se encuentran los datos referidos al porcentaje de población urbana (en localidades de más de 5.000 habitantes) por departamento según el tipo de cobertura de salud. La Encuesta de Hogares permite determinar la población residente en Montevideo que declara tener cobertura médica en las IAMC.

Los resultados son los siguientes:

Afiliados a IAMC montevidéanas según Sinadi	845.916
Residentes en Montevideo Afiliados a IAMC según ECH	755.778
Diferencia estimada	90.138

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH y SINADI

Se puede estimar que existen 90.138 personas residentes en el interior del país afiliadas a IAMC montevidéanas y que, por lo tanto, tienen cobertura de esas instituciones ⁽¹²⁾.

Estos afiliados residentes en el interior utilizan servicios tanto de Montevideo como de las sedes secundarias que las propias instituciones tienen localizadas en el interior. Por lo tanto, si se ajusta el gasto de las instituciones montevidéanas deduciendo aquellos gastos realizados en el interior como se vio en el capítulo II, también será necesario ajustar el número de usuarios que utilizan efectivamente los servicios montevidéanos.

Se estimó que el gasto de los afiliados residentes en el interior en las sedes secundarias representa el 45% del gasto que los afiliados montevidéanos realizan en las sedes centrales. De modo tal que se supuso que los residentes en el interior gastan un 55% en Montevideo. Eso permitió estimar una especie de “afiliado equivalente” que implica que del total de residentes en el interior afiliados a IAMC montevidéanas, un 55% se tratan como montevidéanos. Por lo tanto se el número de usuarios de las IAMC montevidéanas, una vez realizados estos ajustes, se estimó en 805.354 personas. Esta cifra incluye entonces a los residentes en Montevideo y a los residentes en el interior por la cuota parte del gasto que realizan en las IAMC montevidéanas. La estructura demográfica de estos residentes en el interior se supuso igual a la del resto de los residentes en esa área geográfica.

Se presenta el número y características de los usuarios de las IAMC por lugar de residencia de los proveedores:

Población usuaria de las IAMC según localización de las instituciones

USUARIOS IAMC MONTEVIDEO USUARIOS IAMC INTERIOR

	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	TOTAL PAIS
0 a 4 años	18.459	17.789	36.248	9.737	9.148	18.884	55.132
6 a 14 años	35.202	33.742	68.944	19.061	18.039	37.100	106.043
15 a 18 años	21.137	19.915	41.052	12.323	10.415	22.738	63.790
19 a 44 años	148.320	147.182	295.502	128.522	90.119	218.641	514.143
45 a 64 años	90.196	105.786	195.981	86.375	69.230	155.605	351.586
65 a 74 años	33.160	52.016	85.176	27.354	29.715	57.068	142.244
Más de 74 años	26.919	55.532	82.451	19.060	28.669	47.729	130.181
TOTAL	373.393	431.961	805.354	302.430	255.335	557.765	1.363.119

Fuente: elaboración propia en base a datos de Sinadi, ECH y IAMC.

(12) Esta estimación es coincidente con la declaración de las principales IAMC montevidéanas que poseen afiliados del interior y tienen registros de los mismos.

2. LOS USUARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO POR ZONA GEOGRÁFICA

Una vez determinado el número y características de los usuarios IAMC de Montevideo e interior, es posible - por diferencia - obtener la población residente en cada área geográfica usuaria del sistema público⁽¹³⁾.

La población total residente en Montevideo y usuaria del sistema público resulta entonces de la diferencia entre la población total del departamento (1.325.968 personas) y los residentes usuarios de las IAMC (755.778 personas) y de los Seguros privados (54.000 personas).

La población residente en el interior y usuaria del sistema público resulta de la diferencia entre la población total residente en el interior (1.915.035 personas) y los afiliados a IAMC tanto montevidéanos como del interior (607.341 personas).

Usuarios del Sistema Público según residencia

	MONTEVIDEO			INTERIOR		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0 a 5 años	26.176	25.082	154.353	68.287	65.503	133.790
6 a 14 años	59.831	57.458	345.516	155.934	149.185	305.119
15 a 18 años	29.446	29.584	157.168	66.895	65.514	132.409
19 a 44 años	83.286	95.090	641.143	180.208	222.861	403.069
45 a 64 años	35.312	46.125	382.173	95.628	117.109	212.737
65 a 74 años	8.815	12.151	134.232	32.227	39.864	72.091
Más de 74 años	2.369	5.464	100.450	18.772	29.707	48.478
TOTAL	245.236	270.954	516.190	617.951	689.744	1.307.694

Fuente: elaboración propia en base a datos de Censo 2004, ECH, Sinadi, y IAMC

A efectos de tener una estimación del total de población usuaria de Montevideo e interior es necesario disponer de datos referidos a la población del interior que utiliza los servicios públicos montevidéanos.

Esta población es sumamente difícil de estimar ya que las instituciones públicas montevidéanas no tienen registros sistemáticos de la atención ambulatoria por procedencia de los pacientes. En algunos casos es posible tener una aproximación al porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas en Montevideo que corresponden a pacientes del interior lo cual eventualmente podría utilizarse como aproximación al porcentaje de gasto que realizan las instituciones montevidéanas en pacientes del interior.

A pesar de las limitaciones, partiendo de los datos disponibles y realizando una serie de supuestos diferentes en cada uno de los servicios considerados, se estimó la población residente en el interior usuaria del sistema público montevidéano .

En el caso de los servicios de ASSE, se partió del número de usuarios registrados por ASSE para el año 2004 en Montevideo (302.133 personas). También se dispuso del número de consultas realizadas en ese año por los centros de ASSE montevidéanos y por los servicios de asistencia externa. De ese modo se calculó el indicador "consulta por afiliado" que arrojó un resultado de 7.81.

(13) Por "sistema público" se hace referencia a los centros pertenecientes a ASSE, al Hospital de Clínicas, al Hospital Militar y al Hospital Policial.

En Montevideo ese mismo indicador calculado con los datos de las IAMC fue 5.75. Dado que no parece razonable que en los centros públicos el número de consultas por afiliado sea sustantivamente mayor que en los privados se evaluaron dos posibilidades:

a) Suponer que los usuarios de ASSE de Montevideo se comportan en materia de consultas igual que los de las IAMC y dividir el número de consultas realizadas en Montevideo entre ese indicador (5.75). Eso da como resultado que los usuarios de Montevideo serían: 410.526 en lugar de 302.133, es decir más de 100 mil personas por encima de los registros de ASSE.

b) Otra posibilidad es suponer que en materia de consultas anuales, todos los usuarios de ASSE se comportan como los del interior, en cuyo caso hay que tomar la relación número de consultas por beneficiario de 4.92. En ese caso habrían 480 mil usuarios en los servicios de Montevideo, o sea casi 180.000 más que los contabilizados en los registros de ASSE.

Se utilizó finalmente la estimación proveniente de la hipótesis b) ya que parece más razonable pensar que ese público tiene un comportamiento más parecido al de los usuarios de ASSE del interior del país que a los de las IAMC montevideanas.

Para completar el cuadro de los residentes en el interior y que son usuarios de los servicios públicos montevideanos es necesario considerar los hospitales Policial, Militar y Clínicas.

Para los dos primeros se obtuvo datos respecto a los “beneficiarios” por área geográfica. Se supuso que el 20% de los beneficiarios de Sanidad Policial residentes en el interior y que no tienen derecho a cobertura privada son usuarios del Hospital Policial.

En cuanto a los beneficiarios de Sanidad Militar residentes en el interior también se supuso que un 20% es usuario del Hospital Militar.

En el caso del Hospital de Clínicas se pudo estimar el número de usuarios en 30 mil, de los cuales un 35% provienen del interior.

En resumen, los residentes en el interior usuarios del sistema público montevideano serían:

ASSE	180.000
Hospital Policial + Hospital Militar	24.830
Hospital de Clínicas	10.500
Total	215.330

Fuente: elaboración propia

Esto significa que los usuarios del sistema público montevideano son un 50% más que los usuarios residentes en esa área ⁽¹⁴⁾.

Una vez estimado el número de residentes en el interior que son usuarios de los servicios públicos montevideanos, se supuso que la estructura demográfica de éstos es la misma que la de los demás usuarios de los servicios públicos del interior. De modo tal que quedarían clasificados del siguiente modo:

(14) No se ha tenido acceso a otras estimaciones de esta importante variable. Se han realizado supuestos estimados razonables para cada uno de los principales centros públicos que brindan cobertura integral.

Residentes en el interior y usuarios del Sistema Público Montevideoano

	Hombres	Mujeres	Total
0 a 5 años	11.244	10.786	22.030
6 a 14 años	25.677	24.565	50.242
15 a 18 años	11.015	10.788	21.803
19 a 44 años	29.674	36.697	66.371
45 a 64 años	15.746	19.284	35.030
65 a 74 años	5.307	6.564	11.871
Más de 74 años	3.091	4.892	7.983
TOTAL	101.754	113.576	215.330

Fuente: elaboración propia en base a varias fuentes

El número y características de los usuarios del sistema público de Montevideo y del interior quedará configurado entonces a partir de los dos cuadros anteriores del siguiente modo:

Población usuaria del sistema público según localización de las instituciones

MONTEVIDEO

INTERIOR

	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	TOTAL
0 a 5 años	37.421	35.868	73.288	57.043	54.717	111.760	185.048
6 a 14 años	85.507	82.023	167.531	130.257	124.620	254.877	422.407
15 a 18 años	40.461	40.372	80.833	55.880	54.726	110.606	191.439
19 a 44 años	112.960	131.787	244.748	150.534	186.164	336.698	581.446
45 a 64 años	51.058	65.409	116.467	79.882	97.826	177.707	294.175
65 a 74 años	14.122	18.715	32.837	26.921	33.300	60.220	93.058
Más de 74 años	5.460	10.355	15.816	15.681	24.815	40.496	56.311
TOTAL	346.990	384.530	731.519	516.197	576.168	1.092.365	1.823.884

Fuente: elaboración propia en base a datos de Censo de Población, ASSE, Hospital Militar, Hospital Policial y Hospital de Clínicas.

3. LOS USUARIOS TOTALES POR ZONA GEOGRÁFICA

Una vez estimado cada uno de los subconjuntos de usuarios es posible agregarlos para determinar la población total usuaria de cada zona geográfica, así como las características demográficas de la misma. Los resultados son los siguientes:

	MONTEVIDEO			INTERIOR			TOTAL
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
0 a 5 años	55.880	53.657	109.536	66.779	63.865	130.644	240.180
6 a 14 años	120.709	115.765	236.474	149.318	142.658	291.976	528.451
15 a 18 años	61.598	60.287	121.885	68.203	65.141	133.344	255.229
19 a 44 años	261.280	278.969	540.250	279.056	276.283	555.339	1.095.588
45 a 64 años	141.254	171.195	312.449	166.256	167.056	333.312	645.761
65 a 74 años	47.281	70.732	118.013	54.274	63.015	117.289	235.302
Más de 74 años	32.380	65.887	98.267	34.741	53.484	88.225	186.492
TOTAL	720.382	816.491	1.536.874	818.627	831.502	1.650.129	3.187.003
% S/Población total			48%			52%	

Tal como se vio al principio de este capítulo, según los datos Censales, la población residente en Montevideo constituye el 41% del total. Sin embargo, cuando se consideran los usuarios de los sistemas de salud se advierte **que los proveedores montevidianos⁽¹⁵⁾ brindan servicios al 48% de los habitantes del país**, en tanto que los proveedores residentes en el interior lo hacen al 52% restante.

En relación a la estructura de edades que surge del cuadro anterior, se observa que la misma es muy similar en ambos grupos, teniendo en la del interior un peso levemente superior los menores de 14 años.

Estructura de edades de los usuarios por zona geográfica

	MONTEVIDEO	INTERIOR
0 a 5 años	7.1%	7.5%
6 a 14 años	15.4%	16.6%
15 a 18 años	7.9%	8.0%
19 a 44 años	35.2%	34.4%
45 a 64 años	20.3%	20.3%
65 a 74 años	7.7%	7.4%
Más de 74 años	6.4%	5.9%
TOTAL	100%	100%

4. LOS USUARIOS DE LOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO Y PRIVADO

A continuación se presenta un resumen de las características de las poblaciones usuarias de los sub-sistemas público y privado según surge de los cuadros presentados anteriormente:

Usuarios de los sistemas público y privado

	IAMC			USUARIOS PUBLICOS			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	TOTAL
0 a 5 años	28.196	26.936	55.132	94.463	90.585	185.048	240.180
6 a 14 años	54.263	51.780	106.043	215.764	206.643	422.407	528.451
15 a 18 años	33.459	30.330	63.790	96.341	95.098	191.439	255.229
19 a 44 años	276.842	237.301	514.143	263.494	317.951	581.446	1.095.588
45 a 64 años	176.571	175.016	351.586	130.940	163.235	294.175	645.761
65 a 74 años	60.513	81.731	142.244	41.042	52.015	93.058	235.302
Más de 74 años	45.980	84.201	130.181	21.141	35.171	56.311	186.492
TOTAL	675.823	687.296	1.363.119	863.186	960.698	1.823.884	3.187.003
% S/Población Total			43%			57%	

Es interesante observar las diferencias existentes en la estructura etaria de los usuarios de ambos tipos de sub sistema que se presenta a continuación ⁽¹⁶⁾.

(15) Las sedes secundarias de IAMC montevidianas se consideran proveedores del Interior.

(16) No se incluyen los afiliados a los seguros privados en la comparación.

Estructura etaria de la población usuaria de los proveedores públicos⁽¹⁷⁾ y privados

	Privados	Públicos
0 a 5 años	4,0%	10,1%
6 a 14 años	7,8%	23,2%
15 a 18 años	4,7%	10,5%
19 a 44 años	37,7%	31,9%
45 a 64 años	25,8%	16,1%
65 a 74 años	10,4%	5,1%
Más de 74 años	9,6%	3,1%
TOTAL	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH y SINADI

Se aprecia que mientras que el porcentaje de población menor de 14 años atendida por los prestadores públicos representa la tercera parte del total, los mayores de 65 años constituyen solamente el 8.2% del total.

En cambio, la estructura etaria de los usuarios del sector privado muestra una situación prácticamente inversa: el 12% son menores del 14 años, en tanto que algo más de la quinta parte son mayores de 65 años.

Estas diferencias serán particularmente relevantes para comparar el gasto de los distintos proveedores.

⁽¹⁷⁾ La siguiente tabla muestra la estructura por edad de los usuarios registrados en ASSE donde se aprecia la similitud con las estimaciones realizadas.

0 a 5 años	8,8%
6 a 14 años	24,0%
15 a 18 años	10,5%
19 a 44 años	31,9%
45 a 64 años	16,7%
65 a 74 años	5,1%
Más de 74 años	2,9%
TOTAL	100,0%

5. LOS USUARIOS DE LOS SISTEMAS PÚBLICO Y PRIVADO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA

La información presentada en los puntos anteriores permite descomponer el número de usuarios de cada área geográfica según el tipo de cobertura (público o privada) que los mismos poseen.

Así en Montevideo se encuentran los siguientes resultados:

Usuarios de los servicios de Montevideo según tipo de cobertura

	PRIVADO			PUBLICO			TOTAL
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
0 a 5 años	18.459	17.789	36.248	37.421	35.868	73.288	109.536
6 a 14 años	35.202	33.742	68.944	85.507	82.023	167.531	236.474
15 a 18 años	21.137	19.915	41.052	40.461	40.372	80.833	121.885
19 a 44 años	148.320	147.182	295.502	112.960	131.787	244.748	540.250
45 a 64 años	90.196	105.786	195.981	51.058	65.409	116.467	312.449
65 a 74 años	33.160	52.016	85.176	14.122	18.715	32.837	118.013
Más de 74 años	26.919	55.532	82.451	5.460	10.355	15.816	98.267
TOTAL	373.393	431.961	805.354	346.990	384.530	731.519	1.536.874
En % s/el total			52%			48%	

El cuadro anterior nos muestra que del total de usuarios de los servicios de salud montevideanos, el 52% tiene cobertura en las IAMC, mientras que el 48% restante es usuario de los servicios públicos.

Usuarios de los servicios del interior según tipo de cobertura

	PRIVADO			PUBLICO			TOTAL
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
0 a 5 años	9.737	9.148	18.884	57.043	54.717	111.760	130.644
6 a 14 años	19.061	18.039	37.100	130.257	124.620	254.877	291.976
15 a 18 años	12.323	10.415	22.738	55.880	54.726	110.606	133.344
19 a 44 años	128.522	90.119	218.641	150.534	186.164	336.698	555.339
45 a 64 años	86.375	69.230	155.605	79.882	97.826	177.707	333.312
65 a 74 años	27.354	29.715	57.068	26.921	33.300	60.220	117.289
Más de 74 años	19.060	28.669	47.729	15.681	24.815	40.496	88.225
TOTAL	302.430	255.335	557.765	516.197	576.168	1.092.365	1.650.129
En % s/el total			34%			66%	

De los usuarios de los servicios de salud del interior, 34% tienen cobertura de IAMC y el 66% restante son usuarios de los servicios públicos.

6. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS

A continuación se resumen los principales resultados a los que se ha arribado en la páginas anteriores y que serán utilizados a efectos de asignar el gasto de los distintos sub-sectores.

i) La población usuaria de los sectores público y privado

Partiendo de los afiliados a las IAMC y considerándolos como usuarios del sector privado, se obtuvo el número de usuarios del sistema público mediante la diferencia entre éstos y la

población total del país. El **43% de los habitantes del Uruguay son afiliados a las IAMC mientras que el 57% restante es usuario del sistema público.**

Usuarios del sector privado	1.363.119	43%
Usuarios del sector público	1.823.884	57%
TOTAL	3.187.003	100%

ii) La población usuaria de los servicios de Montevideo e interior

A partir de la población residente en Montevideo y en el interior del país se ha estimado el número de usuarios de los servicios de asistencia médica integral brindados por proveedores residentes en ambas áreas. A los residentes en Montevideo se les adicionó los usuarios residentes en el interior y que utilizan los servicios montevidianos. **El 48% de los habitantes del Uruguay son usuarios de los proveedores residentes en Montevideo mientras que el 52% restante utiliza los servicios de los proveedores del interior.**

Usuarios de los proveedores residentes en Montevideo	1.536.874	48%
Usuarios de los proveedores residentes en el interior	1.650.129	52%
TOTAL	3.187.003	100%

iii) Los usuarios de los sistemas público y privado según área geográfica

Cruzando los dos criterios de clasificación de usuarios utilizados anteriormente se obtiene que los usuarios de proveedores montevidianos son un 52% del sector privado y un 48% del público. Por su parte los usuarios de proveedores del interior son un 34% del sector privado y un 66% del público.

	Proveedores residentes en Montevideo	Proveedores residentes en el Interior	Proveedores residentes en Montevideo	Proveedores residentes en el Interior
Usuarios del sector privado	805.354	557.765	52%	34%
Usuarios del sector público	731.520	1.092.365	48%	66%
TOTAL	1.536.874	1.650.130	100%	100%

Por su parte el 59% de los usuarios del sector privado utilizan los servicios montevidianos y el 41% los del interior.

A su vez el 40% de los usuarios del sector público utilizan los servicios montevidianos y el 60% los del interior.

	Proveedores residentes en Montevideo	Proveedores residentes en el Interior	TOTAL
Usuarios del sector privado	59%	41%	100%
Usuarios del sector público	40%	60%	100%

IV) LA DISTRIBUCION DEL GASTO EN SALUD ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE USUARIOS

1. LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD PÚBLICO Y PRIVADO SEGÚN LA POBLACIÓN USUARIA

En esta sección se realizará la asignación del gasto de los proveedores que brindan servicios de asistencia médica integral entre los usuarios identificados de ambos sub-sistemas.

Como se vio en capítulos anteriores dentro de los proveedores públicos se consideró solamente los servicios de salud de ASSE, el Hospital Militar, el Hospital de Clínicas y el Hospital Policial.

A continuación se presenta el gasto total de esos proveedores, así como el gasto per cápita de los mismos, considerando el número de usuarios estimado en las secciones anteriores.

Año 2004	Miles de \$ corrientes	Estructura del gasto	Población usuaria	Estructura de usuarios	Gasto per capita anual (Miles de \$ corrientes)
Gasto privado (IAMC)	13.195.385	67%	1.363.119	43%	9.68
Gasto Público	6.505.593	33%	1.823.884	57%	3.57
Total	19.700.978	100%	3.187.003	100%	6.18

Considerando solamente los proveedores de salud que brindan servicios de asistencia integral, se observa que los prestadores privados gastan el 67% del total para atender al 43% de los usuarios totales. Ello está en la base del diferencial del gasto per capita entre los dos sub-conjuntos. El gasto de las IAMC es 171% superior al gasto de los proveedores públicos. Esta estimación debe considerarse con cautela ya que el cálculo del gasto per capita se realiza mediante la división del gasto total entre el número de usuarios, lo que de algún modo supone un gasto homogéneo de todos ellos. Ello no es así, y como se intentará demostrar más adelante, las diferencias entre los distintos grupos de usuarios en materia etaria explica en buena medida las diferencias en el gasto realizado.

2. LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD MONTEVIDEO E INTERIOR SEGÚN LA POBLACIÓN USUARIA

A continuación se presenta el gasto de los proveedores residentes en Montevideo y el interior del país, así como la población usuaria de cada sub-sistema.

Año 2004	Miles de \$ corrientes	Estruct. del gasto	Población usuaria	Estructura de usuarios	Gasto per capita anual (Miles de \$ corrientes)
Gasto proveedores de Montevideo	12.707.391	65%	1.536.874	48%	8.27
Gasto proveedores del interior	6.993.587	35%	1.650.129	52%	4.24
Total	19.700.978	100%	3.187.003	100%	6.18

Como ya se mencionó al realizar los ajustes correspondientes, la población de Montevideo que constituye el 41% de los habitantes del país, pasa a representar el 48% de los usuarios de los servicios prestados por proveedores montevideanos. Por su parte, el gasto de estos proveedores es el 65% del total, lo que explica que el gasto per capita en Montevideo sea un 95% superior al de los proveedores del interior.

3. LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD MONTEVIDEO E INTERIOR SEGÚN LA POBLACIÓN USUARIA Y TIPO DE SERVICIO

A continuación se realizará la asignación del gasto de los proveedores residentes en Montevideo e interior entre sus usuarios y atendiendo a la característica de público o privado.

Año 2004	MONTEVIDEO	INTERIOR	Total
Gasto de proveedores públicos (miles de \$)	4.580.939	1.924.655	6.505.593
Usuarios	731.520	1.092.365	1.823.885
Gasto per capita (miles \$)	6.26	1.76	3.57
Gasto de proveedores privados (miles \$)	8.126.452	5.068.933	13.195.385
Usuarios	805.354	557.765	1.363.119
Gasto per capita (miles \$)	10.09	9.09	9.68
TOTAL	12.707.391	6.993.587	19.700.978

Al desglosar el gasto de los distintos proveedores entre sus usuarios las diferencias que se habían observado anteriormente se hacen más evidentes.

Se puede apreciar que las diferencias apreciadas en el gasto per capita entre Montevideo e interior se deben fundamentalmente a las diferencias en el gasto público por área geográfica. En efecto, el gasto de las IAMC es muy similar en Montevideo y el interior, un 11% más en Montevideo, lo que podría explicarse por múltiples razones que ameritarían un estudio pormenorizado de una serie de indicadores de desempeño.

La disparidad mayor se observa entre el gasto de los proveedores públicos de los servicios

montevideanos y del Interior. El gasto de los primeros es más del triple que el de los segundos. Esa diferencia claramente no es explicable por diferencias en las características de ambas poblaciones.

Podría pensarse que aún considerando entre los usuarios montevideanos a aquellos residentes en el interior, de todos modos el gasto que los centros montevideanos realizan en pacientes del interior está subestimado.

Ello llevó a realizar un nuevo cálculo, intentando partir, no ya del número de usuarios totales sino, del gasto que los centros públicos de Montevideo realizan en pacientes del interior. Como ya se mencionó no existe información que permita cuantificar qué parte del gasto realizado en los centros montevideanos lo es en pacientes del interior. Se hizo entonces el supuesto de que ese gasto representa un 40% del total en el caso de los centros de referencia nacionales de ASSE y otro tanto en el caso de los demás proveedores públicos.

De modo tal, que se hizo una nueva estimación del gasto de los proveedores públicos pero esta vez en residentes de Montevideo y residentes del interior. Se tomó entonces la población usuaria residente en cada área geográfica, es decir 516.190 personas para Montevideo y 1.307.694 para el interior.

En cuanto al gasto, se volvió a clasificar el gasto público para Montevideo y el interior, imputando como ya se mencionó el 40% del gasto de los centros de referencia nacionales y los demás proveedores públicos al interior.

Con estos nuevos datos, el gasto per capita de los residentes de Montevideo sería de 4.91 y el de los residentes en el interior sería de 2.55. La diferencia entre ambos sería de 92% a favor de los montevideanos. En la estimación anterior, el gasto de los montevideanos era más del triple de los del interior, y en esta última es casi el doble.

Seguramente los supuestos de la última estimación tiendan a sobreestimar el gasto orientado a los residentes en el interior. Podrían tomarse las dos estimaciones como cota inferior y superior de la relación de gasto per cápita de los proveedores públicos para los usuarios montevideanos y los del interior del país.

4. COSTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR SEXO Y EDAD

A continuación se presentan dos tablas conteniendo la relación de costos de atención de salud por sexo y tramos de edad. La primera fue elaborada por Meerhoff y Rigoli utilizando datos del CASMU del año 1987.⁽¹⁸⁾

	HOMBRES		MUJERES	
	Casmu 1987	Sist. de salud canadiense 2002	Casmu 1987	Sist. de salud canadiense 2002
0 a 5 años	2,3	2,1	2,2	1,9
6 a 14 años	0,8	0,8	0,7	0,7
15 a 18 años	0,8	0,8	0,9	0,7
19 a 44 años	1,0	1,0	2,3	1,5
45 a 64 años	2,5	2,0	3,0	2,0
65 a 74 años	5,7	5,5	4,9	4,6
Más de 74 años	7,8	11,0	7,5	11,1

(18) "Estudio de utilización y costo de servicios finales por sexo y edad en el CASMU. "R. Meerhoff y F. Rigoli

La segunda fue confeccionada por el Canadian Institute for Health Information en el año 2004 con datos del año 2002.

Ambas tablas de costo son similares para los hombres hasta el estrato de 65 a 74 años. En el último notoriamente los costos canadienses son relativamente más elevados que los verificados entre los afiliados al Casmu.

En el caso de las mujeres las tablas son similares para los primeros tres estratos de edad. En los tres siguientes los costos relativos del estudio para el Casmu son más elevados y finalmente en el último, al igual que para los hombres, los costos relativos canadienses son notoriamente superiores.

Dadas estas diferencias se optó por utilizar ambas tablas a efectos de calcular tanto la relación entre los costos de salud promedio per cápita de los residentes en Montevideo y los residentes en interior como los correspondientes a la población usuaria de los subsistemas público y privado.

A. Los costos ajustados por características demográficas de la población usuaria de los sistemas público y privado

Se trata de determinar la relación entre el costo promedio de atención per cápita de los usuarios del sub sector privado y del resto teniendo en cuenta las diferencias demográficas existentes en cada sub-grupo.

Como se vio en el capítulo III) se partió de los datos censales clasificados por sexo y edad a los que se les dedujo los afiliados a las IAMC y de los seguros privados para los respectivos tramos. Se llegó así a un primer grupo de personas que podrían catalogarse como “usuarios del sistema público” cuya estructura por edades se presenta a continuación.

Estructura etaria de la población usuaria de los sistemas públicos y privados

	Privados	Públicos
0 a 5 años	4,1%	10,1%
Entre 6 y 18 años	12,5%	33,7%
19 a 44 años	37,7%	31,9%
45 a 64 años	25,7%	16,1%
Más de 65 años	20,0%	8,2%
TOTAL	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ECH y SINADI

A efectos de normalizar los cálculos se toma como base de costos el equivalente a hombres entre 19 a 44 años. El valor en cada tabla se normaliza a 1 y se refiere el resto de los valores a esta base. Por lo tanto se puede agregar a cada sector de población en un número equivalente que expresa el costo agregado en personas del estrato base. Esto permite las comparaciones entre los distintos agregados (IAMC - Públicos, Interior – Montevideo)

Aplicando la tabla del Estudio para el Casmu se llega a que el costo per cápita de atención de los afiliados a las IAMC se sitúa en 2.77 ⁽¹⁹⁾ en tanto el de los usuarios del sistema público sería

(19) Todos estos valores se refieren al costo del estrato base.

de 1.98. Es decir que el afiliado IAMC tendría un costo teórico 40% superior al usuario público imputable únicamente a las diferencias demográficas.

Los mismos cálculos se realizaron utilizando la tabla de costos por sexo y edad elaborada en base a los datos del Sistema de Salud Canadiense.

En este caso, el costo per cápita de la población afiliada a las IAMC es de 2.74, en tanto el de los usuarios del sistema público es de 1.79, o sea que el de los primeros sería un 53% superior debido a las diferencias demográficas.

A continuación se presenta un resumen de los resultados antes expuestos:

	COSTOS PER CÁPITA PONDERADOS	
	Casmu 1987	Canadá 2002
IAMC	2,77	2,74
Públicos	1.98	1,79
Dif. IAMC/ Públicos	+40%	+53%

Es interesante contrastar estos resultados con aquellos que se derivan de la consideración del gasto per cápita tradicional, es decir el análisis que toma en cuenta el gasto y dividido entre el número de usuarios.

Si se realizara de ese modo, como se vio anteriormente, el gasto per cápita de las IAMC sería de 9.68 en tanto que el de los usuarios públicos sería de 3.57 es decir que el gasto de las IAMC sería un 171% mayor que el de los usuarios públicos.

Sin embargo, la consideración de las diferencias demográficas existentes entre los usuarios de uno u otro sistema acerca las diferencias de esos cálculos. En efecto, la diferencia de 171% se reduce a 77% utilizando la Tabla de Canadá y 94% utilizando la tabla con datos del estudio para el Casmu.

Considerando entonces las diferencias demográficas entre las poblaciones usuarias de las IAMC y del sub sistema público y utilizando tablas de costos que toman en cuenta la diferencia en los gastos según sexo y edad se llega a la conclusión que la población de las IAMC debería absorber entre el 51% y el 53% del gasto realizado en la provisión de servicios de asistencia integral de salud. La realidad muestra que ese porcentaje se ubica en el 67% tal como ya se mostró anteriormente.

	Gasto en \$ corrientes	Estructura
IAMC	13.195.385	67%
Públicos	6.505.593	33%
Total	19.700.978	100%

B. Los costos ajustados por características demográficas según área geográfica

Las tablas de costos por sexo y edad se aplicaron a la población usuaria de los servicios de Montevideo e Interior a efectos de determinar cuál sería el costo promedio per cápita de los usuarios de cada área.

Los resultados obtenidos utilizando la tabla de costos del estudio para el Casmu muestran que los usuarios de los servicios montevidianos tienen un costo per cápita equivalente de 2.53 mientras que los de los servicios del interior es de 2.12, es decir que el usuario de los servicios de Montevideo es un 19% más costoso que el del interior debido a sus características demográficas.

Estas mismas estimaciones se pueden realizar utilizando la tabla de Canadá. En este caso, el usuario promedio de los servicios montevidianos tiene un costo de 2.45 mientras que el del interior de 1.95, lo que hace que el primero sea un 26% superior al segundo. Esa diferencia respecto a la estimación anterior se debe a que en esta tabla los costos del último estrato son en términos relativos más elevados que en la anterior y al tener la población montevidiana más individuos en estos estratos de edad, el costo se eleva.

A continuación se presenta un resumen de los resultados antes expuestos:

	COSTOS PER CÁPITA	
	Casmu 1987	Canadá 2002
Montevideo	2,53	2,45
Interior	2,12	1.95
Dif. Montevideo/Interior	+19%	+26%

Como se vio antes, cuando se considera el gasto per cápita tradicional, es decir el análisis que toma en cuenta el gasto total dividido entre el número de usuarios, se llegaba a que el gasto per cápita en Montevideo era 8.27 y en el interior 4.24

O sea que en la capital sería un 95% mayor.

La consideración de las diferencias demográficas existentes entre los usuarios de uno u otro sistema se puede utilizar a efectos de ajustar esos gastos. En ese caso, la diferencia de 95% se reduce a 55% utilizando la Tabla de Canadá y 63% utilizando la tabla con datos del Casmu.

Si el análisis se realiza tomando la población total se concluye que la población usuaria de los servicios de la capital debería absorber el 53% de acuerdo a sus características demográficas. Este resultado se da utilizando cualquiera de las dos tablas.

A efectos de completar el análisis es necesario comparar estos guarismos con lo efectivamente gastado por cada sub-sistema como fue estimado en el capítulo II).

	Gasto en \$ corrientes	Estructura
Montevideo	12.707.391	65%
Interior	6.993.587	35 %
Total	19.700.978	100%

Considerando entonces las diferencias demográficas entre las poblaciones usuarias de los proveedores montevidEOS y del interior y utilizando tablas de costos que toman en cuenta la diferencia en los gastos según sexo y edad se llegó a la conclusión que la población montevidEOS debería gastar el 53% del total. La realidad muestra que ese porcentaje se ubica en el 65%.

Finalmente, se puede aplicar las tablas de costos per cápita las poblaciones utilizando ambos criterios, es decir, la desagregación geográfica y aquella que se realiza teniendo en cuenta la residencia de los proveedores de servicios de salud.

	CASMU 1987	CANADA 2002
Montevideo	2.53	2.45
Privado	2.81	2.79
Público	2.23	2.08
Diferencia Privado/público	+26%	+34%
Interior	2.12	1.95
Privado	2.72	2.65
Público	1.82	1.59
Diferencia Privado/público	+49%	+67%

Relación entre gasto privado y público per cápita según zona geográfica y ajustado por características demográficas.

	Diferencia Gasto per cápita real	Gasto per cápita ajustado
Montevideo	+ 61%	+28% - +20%
Interior	+ 416%	+278% - +249%

Si se consideran las características demográficas de los usuarios, se observa que en Montevideo, el gasto per cápita de los usuarios privados debería ser entre un 26% y un 34% superior que el de los públicos, en tanto que en el interior debería ser entre un 49% y un 67% superior según la tabla que se utilice.

Como se vio antes, el gasto per cápita tradicional de los proveedores privados montevidEOS era un 61% superior que el de los públicos. Cuando se ajustan los gastos según las características demográficas de los usuarios, se observa que en Montevideo, el gasto privado es entre 28% y 20 % superior al público, según la tabla de costos con la que se trabaje.

C. Las limitaciones de este análisis

Aceptando la idea que los costos de salud son diferentes según las características demográficas de los usuarios, es lógico pensar entonces que grupos de población con características diferenciales tendrán costos también diferentes. Claramente las poblaciones usuarias de los sistemas públicos y privado presentan diferencias en materia de edades. Lo mismo sucede con las poblaciones usuarias de los servicios montevidEOS y del interior, aunque en este caso de menor entidad.

Si se acepta entonces que existen diferencias y que las mismas conducen a un gasto diferente en salud, el problema radica en cómo expresar esas diferencias en tablas que contengan la relación de costos entre los diferentes tramos de edad y sexo. La única tabla de esas características para el Uruguay que se pudo identificar fue elaborada con datos del Casmu para el año 1987. También se accedió a las tablas elaboradas con datos del salud de Canadá que posee información sistemática sobre este punto.

Por lo tanto, se ha trabajado con una tabla para Uruguay del año 1987 y otra de otro país. Desde el año 1987 pueden haber ocurrido cambios en las características epidemiológicas de la sociedad que puedan haber hecho variar la relación de costos entre los distintos estratos de edad y entre los sexos. De todos modos, la tabla canadiense si bien refleja la realidad de otro país es de muy reciente construcción y no muestra diferencias significativas en las relaciones de costos con la elaborada en base a datos del Casmu. Si bien resultaría sumamente interesante tener información nacional actualizada, los cálculos realizados para este trabajo y otros estudios anteriores indican que las diferencias que se encontrarían no cambiarían significativamente las conclusiones.

V) RESUMEN FINAL Y CONCLUSIONES (Ver también Anexo I)

Si bien el trabajo permite el desarrollo de posteriores líneas de profundización resulta necesario destacar algunos resultados que se derivan de este primer intento de abordar el tema de servicios de salud por área geográfica.

1) Sobre el gasto total:

- Entre el año 2001 y el año 2004 se produjo una caída del gasto total en salud que pasó del 11% al 8% del PBI.
- El gasto realizado en Montevideo es más del doble que el realizado en el interior para atender a una población menor.
- El mayor gasto en Montevideo se verifica tanto en el subsector privado como en el público, pero es mucho más acentuada en éste último.

2) Sobre el gasto realizado por los proveedores de Asistencia Médica Integral:

- Constituye el 71% del gasto total en salud.
- El gasto realizado en Montevideo es el 65% del total para cubrir a poco menos de la mitad de la población del país.
- El gasto per cápita privado en Montevideo es un 11% superior al del interior, en tanto que el gasto público per cápita montevideano es más del triple que el efectuado en el interior.

3) Sobre el gasto realizado por los proveedores de Asistencia Médica Integral ajustado según las características demográficas de los usuarios:

- El gasto per cápita de la Asistencia Médica Colectiva en el país es de U\$S 282, y el gasto per cápita de los proveedores públicos integrales es de U\$S 145.
- El gasto per cápita de la Asistencia Médica Colectiva de Montevideo, U\$S 291, es un 8% mayor que el realizado por lo Asistencia Médica Colectiva del interior, U\$S 270.
- El gasto per cápita de los proveedores públicos de Montevideo, U\$S 227, es prácticamente el triple que el realizado por los proveedores públicos del interior, U\$S 78.

Si se acepta el nivel de gasto como un indicador de cantidad y calidad de servicio, las conclusiones más importantes del trabajo apuntan a subrayar la inequidad en la distribución del gasto de los proveedores públicos entre los usuarios de servicios montevideanos y los usuarios de servicios del interior. Este es el factor de vulnerabilidad más importante que se genera en el sistema de asistencia integral de salud ya que como pudo demostrarse, el gasto per cápita de los prestadores privados se encuentra prácticamente equilibrado entre Montevideo e Interior. La elevada cobertura del sistema público en el Interior tiene como contrapartida un nivel de gasto mucho menor que el absorbido por los usuarios de servicios públicos montevideanos.

Al aislarse este factor de inequidades al interior del sistema público se reduce sensiblemente la diferencia que existe en el gasto per cápita (ajustado por sexo y edad) entre prestadores públicos y privados. En Montevideo, si bien subsiste un mayor gasto privado, las diferencias no son tan significativas como usualmente se maneja. Las diferencias más importantes están situadas en el Interior del país, pero cuando se consideran los promedios nacionales esta realidad no puede percibirse y la lectura inmediata es una diferencia de gasto entre prestadores privados y públicos.

El presente trabajo abre una nueva perspectiva al problema y señala donde efectivamente se encuentran ubicadas las inequidades más importantes.

ANEXO I - PRESENTACION RESUMEN DEL TRABAJO

Antecedentes:

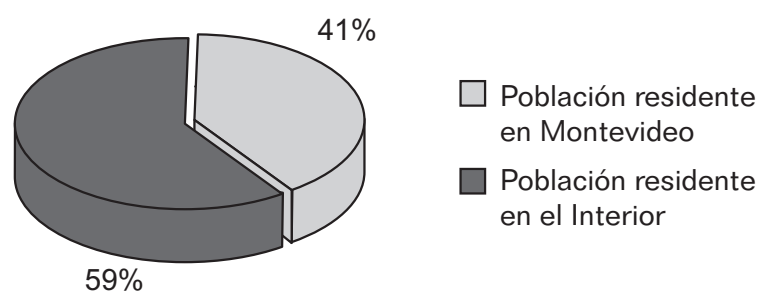
Trabajo de investigación realizado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración en el marco de un Convenio interinstitucional celebrado en el año 2005 entre la Universidad de la República y la Federación Médica del Interior

Finalidad:

- I) Efectuar un análisis comparativo del gasto en salud realizado en Montevideo e Interior, para brindar cobertura de asistencia médica integral al conjunto de la población del Uruguay.
- II) Efectuar un análisis comparativo del gasto en salud realizado por los sub sectores público y privado, para brindar cobertura de asistencia médica integral al conjunto de la población del Uruguay.

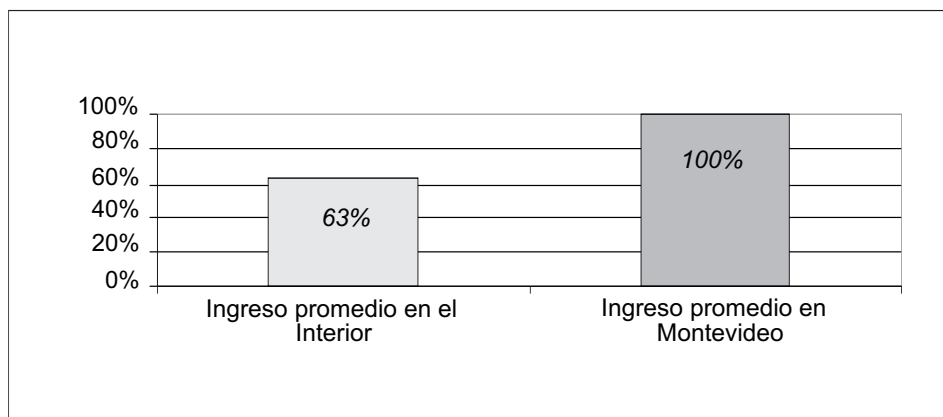
Algunas Características diferenciales de la población de Montevideo e Interior

Población residente:



Algunas Características diferenciales de la población de Montevideo e Interior

Ingreso promedio de hogares:



Principales variables analizadas en el estudio

- I) El gasto total en salud del año 2004.
- II) El gasto en salud de los proveedores de asistencia médica integral según área geográfica y su carácter público o privado.
- III) El gasto en salud de los proveedores de asistencia médica integral ajustado por el costo de atención de la población cubierta según características demográficas.

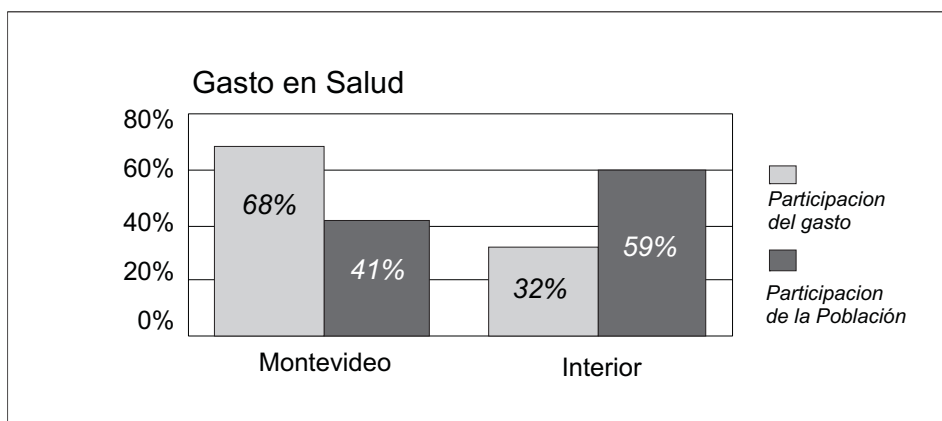
I) El gasto total en salud del año 2004

Algunos datos generales:

En miles de \$ corrientes	29.580.509
En dólares corrientes	1.030.680
% del PBI	8%
Per cápita en dólares	318
Variación respecto al año 2001	-7%

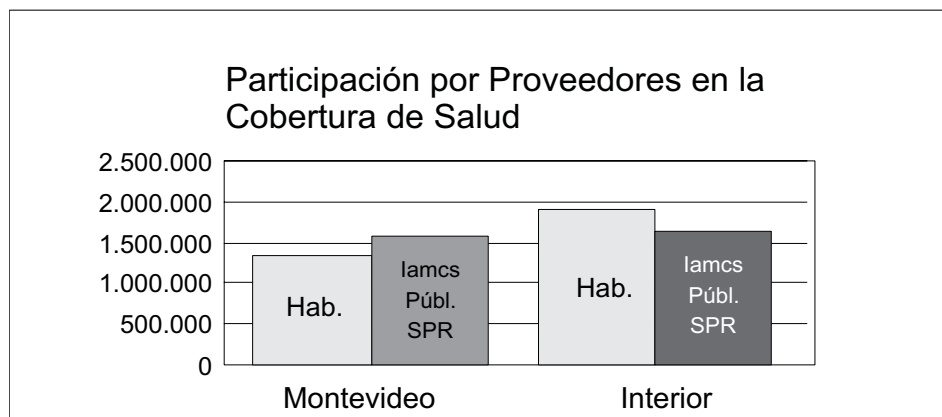
I) El gasto total en salud del año 2004

Por área geográfica:



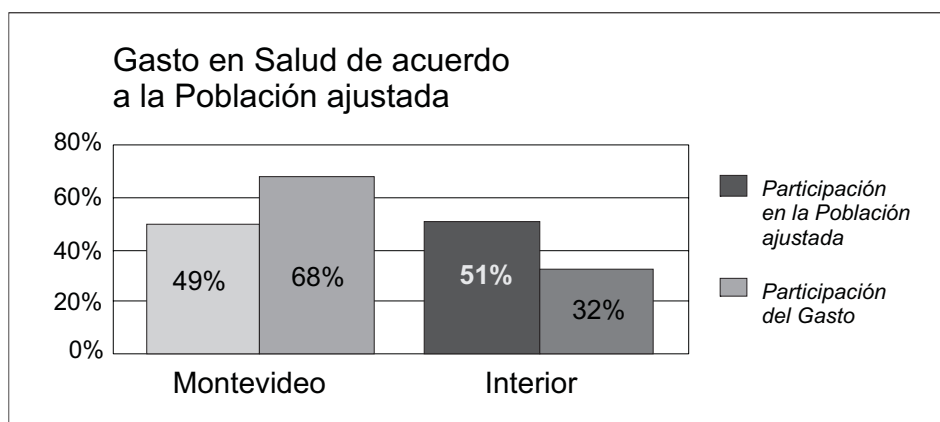
I) El gasto total en salud del año 2004

Por área geográfica:



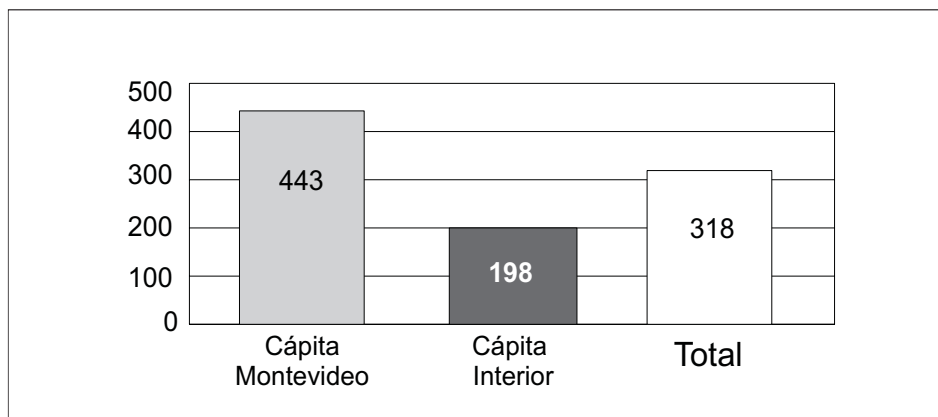
I) El gasto total en salud del año 2004

Por área geográfica:



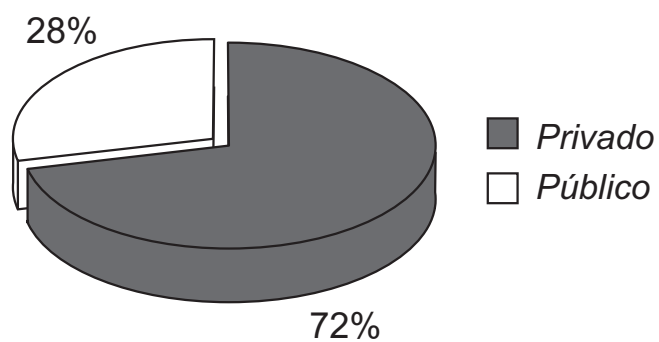
I) El gasto total en salud del año 2004

Gasto per cápita por área geográfica:



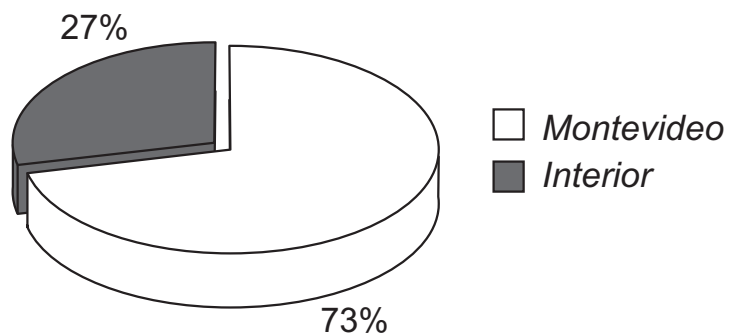
I) El gasto total en salud del año 2004

Por subsectores público y privado:



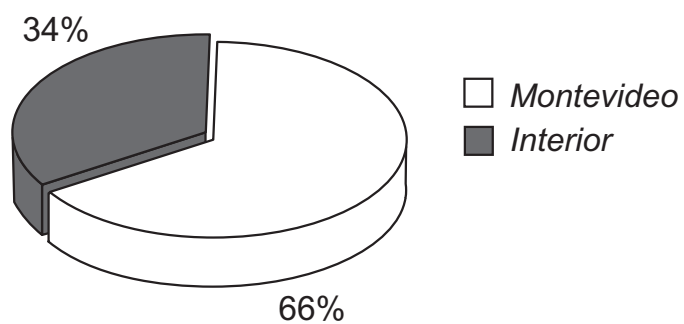
I) El gasto total en salud del año 2004

Gasto Público por área geográfica:

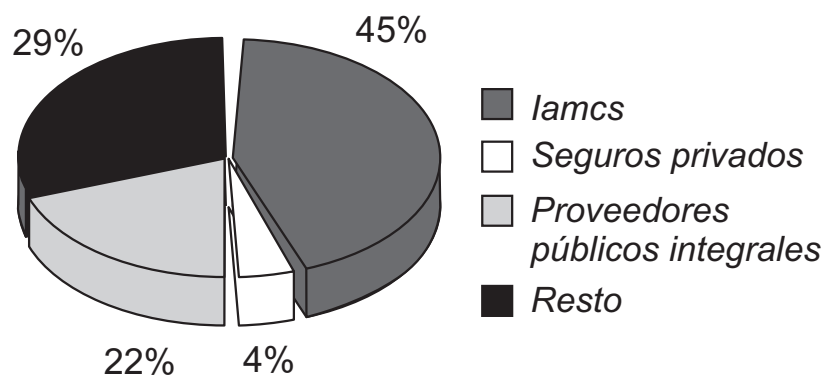


I) El gasto total en salud del año 2004

Gasto Privado por área geográfica:

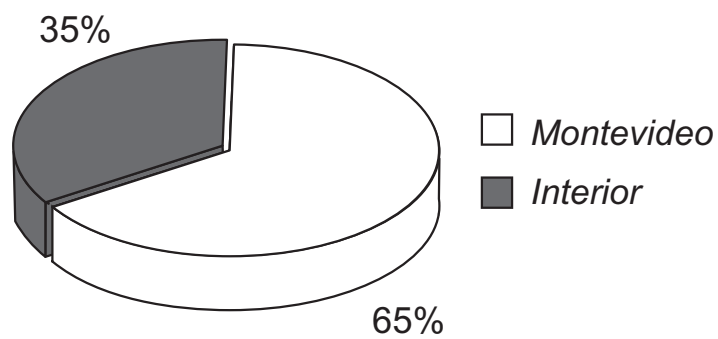


II) El Gasto en Salud de los Proveedores de Asistencia Médica Integral



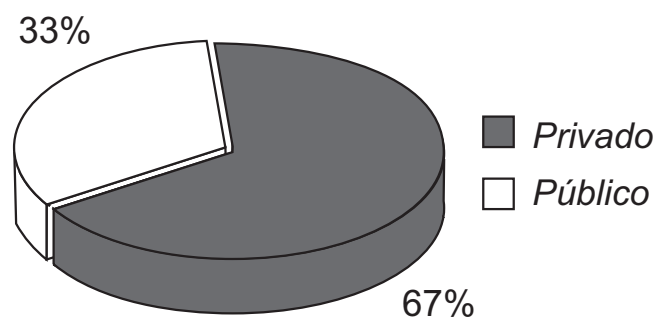
II) El Gasto en Salud de los Proveedores de Asistencia Médica Integral

Gasto en Salud de los proveedores Públicos y Privados.
Por área geográfica:



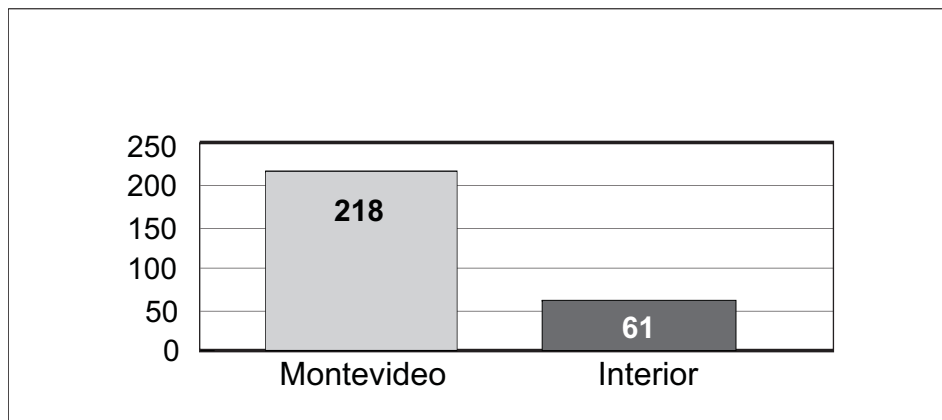
II) El Gasto en Salud de los Proveedores de Asistencia Médica Integral

Por subsectores



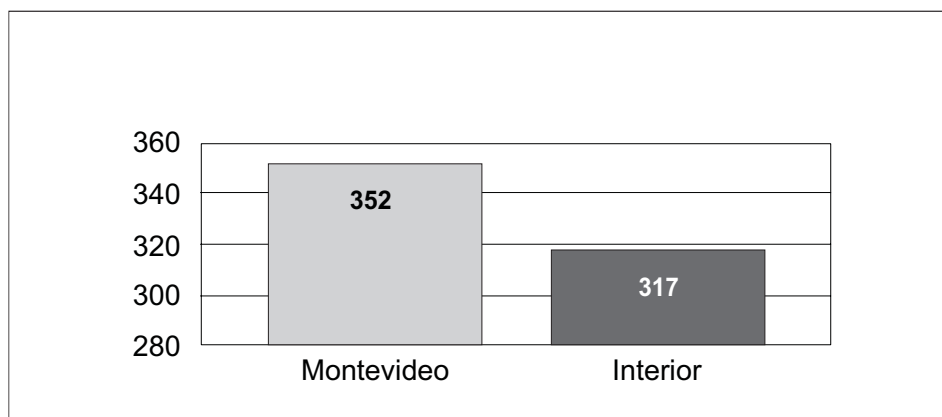
II) El Gasto en Salud de los Proveedores de Asistencia Médica Integral

Gasto Público en dólares per cápita y por área geográfica:



II) El Gasto en Salud de los Proveedores de Asistencia Médica Integral

Gasto Privado en dólares per cápita y por área geográfica:



III) El Gasto en Salud de los Proveedores de Asistencia Médica Integral Ajustado por el Costo de Atención de la Población Cubierta Según Características Demográficas

- Existen diferencias en el costo de atención de la población perteneciente a cada subsector.
- La población usuaria del sistema público es más joven que la de las IAMC (mayores de 65 años son el 20% de los usuarios de las IAMC y el 8% de los usuarios del sistema público)

III) El Gasto en Salud de los Proveedores de Asistencia Médica Integral Ajustado por el Costo de Atención de la Población Cubierta Según Características Demográficas

Gasto per cápita ajustado en U\$S:

	Público	Privado	Total
Montevideo	227	291	264
Interior	78	270	161
Total	145	282	215

Conclusiones Generales

I) Sobre el gasto total:

- Entre el año 2001 y el año 2004 se produjo una caída del gasto total en salud que pasó del 11% al 8% del PBI.
- El gasto realizado en Montevideo es más del doble que el realizado en el Interior para atender a una población menor.
- El mayor gasto en Montevideo se verifica tanto en el sub sector privado como en el público, pero es mucho más acentuada en éste último.

Conclusiones Generales

II) Sobre el gasto realizado por los proveedores de Asistencia Médica Integral:

- Constituye el 71% del gasto total en salud.
- El gasto realizado en Montevideo es el 65% del total para cubrir a poco menos de la mitad de la población del país
- El gasto per cápita privado en Montevideo es un 11% superior al del Interior, en tanto que el gasto público per cápita montevideano es más del triple que el efectuado en el interior.

Conclusiones Generales

III) Sobre el gasto realizado por los proveedores de Asistencia Médica Integral ajustado según las características demográficas de los usuarios:

- Existen diferencias demográficas entre usuarios del sector privado y del sector público.
- El gasto per cápita de los proveedores privados es prácticamente el doble que el de los proveedores públicos.
- Esa diferencia se explica por el gasto de los proveedores públicos del interior, ya que el gasto per cápita de los montevideanos es un 24% inferior al promedio privado.
- Los proveedores públicos montevideanos gastan prácticamente el triple que los del interior.

ANEXO II

DEFLACTORES DE PRECIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A efectos de construir un deflactor específico para cada servicio de salud es necesario ponderar los diferentes componentes del costo por índices de precios representativos. La estructura de costos de cada servicio en los años 2001 y 2004 se presenta a continuación:

ESTRUCTURA COSTOS ASSE

Años	2001	2004
Remuneraciones	50%	47%
Materiales y medicamentos	23%	25%
Servicios contratados	8%	7%
Suministros	4%	5%
Resto	15%	15%
Total	100%	100%

ESTRUCTURA COSTOS IAMC

	2001	2004
Remuneraciones	54%	49%
Medicamentos	15%	18%
Insumos	5%	9%
Servicios contratados	12%	14%
Funcionamiento	7%	5%
Mantenimiento	1%	2%
Resto	6%	4%
Total	100%	100%

En cuanto a los Índices de precios, se utilizaron algunos índices calculados por el INE dentro del rubro cuidados médicos y conservación de la salud. En especial el que da cuenta de la evolución de los precios de los productos medicinales y farmacéuticos se utilizó para deflactar los medicamentos e insumos.

Los salarios correspondientes al sector público se deflactaron con el Índice medio de salarios y compensaciones Públicos, mientras que para el sector privado se utilizó la evolución del sueldo Base Médico el que no verificó incrementos entre enero del año 2002 y agosto del 2004.

Profesionales consultados

Nombre	Institución
Cra. Giselle Jorcin	MSP
Sr. Alvaro Baz	MSP
Cr. César González	MSP
Dr. Luis González Machado	Hosp. Evangélico
Dra. Anabella Marchese	Hospital Pasteur
Dr. Daniel Parada	Hospital Maciel - Director
Dr. Alvaro Martínez	Asociación de Laboratorios Nacionales
Cr. Adalberto Fried	CASMU
Cr. Luis Nicoletti	Asoc. Española
Dra. Ima León	Hospital Pereira Rossell
Dr. Héctor Vesperoni	Comisión de apoyo de ASSE
Dra. Beatriz Silva	Hospital Pereira Rossell
Dra. Mildred de Lima	MSP
Cr. Osvaldo Machado	FEMI
Dr. Douglas Piriz	Hospital Policial
T.R.M. Alvaro Pérez	Hospital de Clínicas

Impreso en Imprenta Boscana SRL
en el mes de Julio de 2006
Depósito Legal 338423



• Universidad de la República

Facultad de Ciencias Económicas
y de Administración

