

cinve

Documentos de Trabajo

Sistemas de salud y previsión social en Uruguay

Carlos Grau Pérez
cinve

Luis Lazarov
cinve

Julio de 1999

cinve
Av. Uruguay 1242, C.P. 11.100
Montevideo, Uruguay

**ESTUDIO
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LA AMÉRICA LATINA DEL SIGLO XXI**

***SISTEMAS DE SALUD
Y PREVISION SOCIAL
EN URUGUAY***

Equipo de Representación de Trabajadores - BPS

**Ec. Carlos Grau Pérez
Ec. Luis Lazarov**

JULIO, 1999

ESTUDIO : “SISTEMAS DE SALUD Y PREVISION SOCIAL EN URUGUAY”.

Comisión Sudamericana Paz, Seguridad y Democracia- Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS.

INTRODUCCION GENERAL

El presente Estudio se presenta a solicitud de la Comisión Sudamericana Paz, Seguridad y Democracia, quien encomienda al Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS, la realización del mismo así como su presentación por un integrante de dicho Equipo, en un Seminario a realizarse en Ciudad de México en octubre próximo, de acuerdo a Contrato de Consultoría firmado el 11 de mayo del corriente.

El Estudio comprende la recopilación, análisis y evaluación de la situación general en salud y previsión social, en los subsectores público y privado, así como de los procesos de reformas actuales y de las necesarias pendientes.

Este Estudio se presenta en dos capítulos diferenciados: uno referido a salud y otro a previsión social.

El relativo a previsión social, está elaborado con base en los trabajos colectivos del Equipo desde 1992 a la fecha, y en particular a la producción intensa de los últimos 3 años, sintetiza nuestra información y opinión al respecto del actual sistema y la propuesta de su necesaria reforma. La redacción realizada especialmente para este Estudio, en representación del Equipo, correspondió en esta oportunidad al Economista Gabriel Lagomarsino y al suscrito. Es clara, la posición crítica del Equipo con relación al sistema vigente desde 1996, así como con relación al sistema anterior. Del mismo modo, es clara nuestra propuesta de reforma sustitutiva del actual sistema, ya hacia su cuarta etapa de elaboración, a presentarse en el próximo mes de setiembre. Sin perjuicio de ello, consideramos relevante a los efectos del Estudio y objetivos de la Consultoría, incluir en Anexo la recopilación solicitada de trabajos relevantes, en su mayoría de especialistas que apoyan en general el actual sistema de seguridad social imperante en nuestro país o que realizan análisis técnicos serios del mismo. Asimismo, se incluyen las normas legales y reglamentarias más relevantes en la materia.

El capítulo relativo a salud, fue elaborado por dos especialistas destacados, a solicitud y bajo la responsabilidad del Equipo, los Economistas Luis Lazarov y Carlos Grau. El proceso de elaboración comprendió la redacción de un documento inicial de su autoría que fue analizado colectivamente con miembros del Equipo y principalmente con otros especialistas y representantes de instituciones importantes directamente involucradas en la temática, dado que el sistema de salud está siendo, coincidentemente en estos momentos, objeto de debate en el país. Luego de ese inicial proceso de elaboración colectiva, se redacta el informe final que se presenta.

Entre otros elementos corroborantes de esta situación coyuntural, merece citarse el Decreto del Poder Ejecutivo del pasado 10 de junio, por el que se crea un Grupo de Trabajo interinstitucional (aunque incompleto en su integración), con el objetivo de “profundizar en el estudio y elaboración de propuestas relacionadas con la situación del sector salud que nuclea a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva”, principal efector de prestaciones de salud del país cubriendo el 50 % de la población nacional.

En virtud de ello, importa destacar que este Equipo definió en su plan de trabajo, que en 1999 comenzaba a desarrollar investigaciones en el sector salud hacia su proceso de reforma. En cumplimiento de ello, este capítulo del Estudio se transforma en un paso fundamental, interrelacionado con los objetivos de la Consultoría. Y consideramos que es así, dado que a partir de este aporte, se conforma una Lista de Interés de expertos e instituciones, que continuarán trabajando en la investigación, análisis y elaboración de propuestas, cuyos avances, de ser posible, serán presentados en octubre en México, como una contribución más al respectivo Seminario. Dicha Lista, la integran reconocidas personalidades y representantes

de instituciones (institucionales, gremiales, profesionales), que están dispuestas a continuar este proceso de elaboración; incluso algunas, ya nos han hecho llegar documentos y opiniones, varias de las cuales fueron incorporadas en la versión final del capítulo Salud o en sus Anexos.

En este capítulo Salud, agregamos dos anexos: uno referido a documentos complementarios al informe principal Lazarov-Grau; otro relativo a la recopilación de documentos y normas relevantes.

Como Anexo General, se adjunta el Informe de Coyuntura, elaborado por el Instituto Cuesta-Duarte, de junio 1999, que compendia datos relativos a la situación general económico-social del país, como parte de nuestra concepción de que la salud y la seguridad social, deben considerarse en el contexto general nacional, regional e internacional.

Finalmente, queremos especialmente agradecer a la Comisión Sudamericana Paz, Seguridad y Democracia, por ofrecernos la posibilidad de ahondar en el necesario debate sobre dos temas sustanciales, sobre dos derechos humanos fundamentales como son seguridad social y salud, al tiempo de expresar nuestro reconocimiento por generar estos ámbitos regionales de reflexión y elaboración efectiva de propuestas de cambio para nuestros pueblos.

Ernesto Murro.

30 de julio de 1999 - Montevideo - Uruguay.

SALUD EN EL URUGUAY

Índice Temático

1. Introducción.
2. Características generales de la organización del sistema de salud en Uruguay
 - Sub - Sector Público
 - Sub - Sector Privado
 - Complementariedad: Fondo Nacional de Recursos
 - Seguridad Social
 - Regulación
3. Cobertura de los distintos estratos socioeconómicos
 - Equidad en el acceso
4. Gasto y Financiamiento
 - Mecanismos de financiamiento público y privado
 - El papel del Estado
 - Legislación vigente
 - Políticas Públicas de Salud
5. Reformas y recomendaciones

1. Introducción.

Descripción general del país.

CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS
Dimensión	País pequeño
Superficie	176 mil km ²
Clima	Templado
Densidad	18 habit. P/ km ²
Capital	Montevideo
Concentración poblacional	43% en Capital
Rasgos socio-económicos	País en desarrollo, ingresos medios
Rasgos demo-epidemiológicos	Similares a países desarrollados

Indicadores demo - epidemiológicos

POBLACIÓN (AÑO 1996)	VALORES
Número de habitantes:	
• Total (100%)	3.163.763
• Hombres	48%
• Mujeres	52%
Tasa Anual Media de Crecimiento Intercensal ¹ (por mil)	6,4
Población Urbana País	90,8
Población Distribuida por Edades (en %):	
• Entre 0 y 14 años	25
• Entre 15 y 64 años	62
• Desde 65 años y más	12,8

INDICADORES DEMO-EPIDEMIOLOGICOS	VALORES	PERÍODO
Esperanza de vida al nacer (años):		
• Ambos sexos	74,13	1995-2000
• Hombres	70,45	1995-2000
• Mujeres	77,91	1995-2000
Tasa Bruta de Natalidad (por mil)	18,2	1996
Tasa Global de Fecundidad (por mil)	2,4	1995-2000
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil)	9,68	1996
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	17,5	1996
Porcentaje de Analfabetismo (%)	3,1	1996
Viviendas con Agua Potable (%)	82,2	1996
Hogares sin Servicio Sanitario- evacuación-(%)	4,3	1996
Principales Causas de Muerte (%):		
• Enfermedad Aparato Circulatorio	38,7	1995
• Tumores Malignos	22,7	1995
• Accidentes	5,0	1995
• Infecciones respiratorias agudas	2,6	1995
• Diabetes	1,9	1995
Inmunización (%): varía según zona y vacuna	85-99	1996

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Características demo - epidemiológicas centrales

¹ PERÍODO INTERCENSAL: 1985 - 1996.-

- Baja tasa de crecimiento demográfico (cerca al nivel del reemplazo)
- Tendencia a acentuar el proceso de envejecimiento de la población.
- Fuertes procesos de urbanización.
- Altas tasas de alfabetización (tendencia decreciente de analfabetos).
- Extensión de la red de agua potable en viviendas particulares.
- Buenas condiciones de evacuación del servicio sanitario
- Los factores anteriores justifican el predominio de las **enfermedades crónicas** sobre las patologías infecciosas como causa de muerte.
- Un rasgo resaltable es la tendencia descendente de la *tasa de mortalidad infantil*, la cual se acentúa en los últimos años, pasando de *46,3 por mil* en el período '70-'74 a *17,5 por mil* en 1996.

- **En síntesis:**
 - El país ha completado la transición demográfica.
 - Presenta una tendencia progresiva al envejecimiento de la población.
 - Predominio epidemiológico de enfermedades crónicas no transmisibles.
 - Alta expectativa de vida al nacer.
 - Mortalidad infantil en descenso progresivo.

Características socio - económicas

INDICADOR SOCIO-ECONÓMICO	1993	1995	1997
PBI TOTAL (Millones de U\$S)	13.800	18.000	19.900
PBI per CAPITA	4.300	5.700	6.200
Variación PBI respecto al año previo (%)	3,0	-1,8	5,1
Inflación -IPC- anual (%) :	53	35	15
Devaluación -Tipo de Cambio U\$S- (%)	26	26	15
Desempleo anual (respecto a PEA) urbano (%)	8,3	10,3	11,4
Salario Real (Variación Poder Compra) anual (%)	4,8	-2,9	0,24
Saldo Balanza Comercial (Mill. U\$S)	-680	-761	-987
Saldo Balanza de Pagos (Mill. U\$S)	213	209	330
Resultado Financiero Estatal anual (% del PBI)	-1,5	-1,6	-1,4
Canasta Básica Familiar (U\$S corrientes)	1.187	1.469	1.443

POBREZA	1989	1992	1994
Hogares Bajo Línea de Pobreza (%)	21,8	18,7	15,7
Hogares Indigentes	2,5	1,6	1,1

2. Características generales de la organización del sistema de salud en Uruguay

El sector salud en el Uruguay se puede descomponer, en términos de organización institucional, en dos sub-sectores: público y privado.

El sub-sector público está integrado por los Ministerios de Salud Pública (MSP), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, la Universidad de la República (Hospital de Clínicas), el Banco de Previsión Social (BPS), EL Fondo Nacional de Recursos (FNR) –considerando lo que se plantea en pág. 17-, los Gobiernos Departamentales, los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados.

El sub-sector privado está integrado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), sanatorios privados, emergencias móviles, clínicas médicas, seguros parciales y seguros integrales, así como por las empresas de diagnóstico y tratamiento de carácter privado.

SUB-SECTOR PÚBLICO:

La Constitución de la República establece que: "el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral, y social de todos los habitantes del país..."; "Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

El componente principal del sub-sector público es el Ministerio de Salud Pública. Fue creado en el año 1934 por la Ley N° 9.202 (Ley Orgánica de Salud Pública), asignándole el rol de institución rectora de la salud, debiendo a su vez organizar y dirigir servicios asistenciales y preventivos.

A partir de 1987 se encuentra vigente la Ley de Rendición de Cuentas N° 15.903, por la cual se crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), separándose de esta forma los servicios médico - asistenciales del Ministerio de Salud Pública (MSP), de su actividad normativa y de control.

En la actualidad el MSP normatiza todo lo referente al área de la salud, define políticas, planes y programas, y fiscaliza al sub - sector privado reglamentando y vigilando el funcionamiento de las instituciones de asistencia médica, así como el ejercicio de los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, farmacéuticos y otras profesiones derivadas).

Sin embargo, buena parte de la regulación del sector queda en manos de diversas entidades públicas: Ministerio de Economía y Finanzas (precios), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (mercado de trabajo en el área de la salud), Banco de Previsión Social (afiliados ex-DISSE, servicio materno infantil y de enfermedades congénitas), Fondo Nacional de Recursos (medicina altamente especializada), Banco de Seguros del Estado (enfermedades profesionales), Universidad de la República (Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, etc.), Ministerios de Defensa y del Interior (Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, y Servicio de Sanidad Policial), etc.

Las actividades a cumplir por el MSP en el área de la prevención incluyen entre otras, adopción de las medidas necesarias para mantener la salud colectiva, asegurar la cobertura de inmunizaciones a toda la población, ejercer la policía higiénica de los alimentos, Sanidad Marítima, Aérea y de Fronteras, etc.

Por su parte ASSE, (organismo desconcentrado dependiente del MSP) tiene la responsabilidad de brindar los servicios médico - asistenciales. El artículo 295 de la misma Ley que da origen a ASSE plantea que las prestaciones de tercer nivel "podrán realizarse mediante servicios propios o a través de su encargo a instituciones privadas a su costo". El artículo 296 otorga la facultad "para transferir a los Gobiernos Departamentales, mediante convenio, la administración o el uso de los establecimientos asistenciales propios, en la forma y oportunidad que establezca el Poder Ejecutivo; asimismo podrá convenirse con las IAMC el uso parcial de sus establecimientos asistenciales".

A través de ASSE el Estado asegura el cumplimiento del Principio de Subsidiariedad, garantizando que toda la población tenga cobertura asistencial y cubriendo las necesidades de quienes no puedan pagarla.

ASSE proporciona servicios a la población de escasos recursos a través de 65 establecimientos asistenciales en todo el país (12 hospitales especializados), con 8.500 camas ubicadas en hospitales para pacientes agudos o crónicos (unas 2.300 camas de crónicos). Las camas de agudos se ubican casi sus dos terceras partes en el Interior. Las camas de crónicos o

de larga estadía son casi las únicas con las que cuenta el país para tratar a los pacientes oncológicos, ancianos, enfermos psiquiátricos, etc.

En treinta años, el MSP redujo un 40% su disponibilidad de camas, siendo más pronunciada la caída en el Interior donde se perdieron casi la mitad de las camas. El crecimiento experimentado por las IAMC en los últimos años en materia de cobertura e infraestructura explica en parte este proceso.

El MSP sigue contando con un número mayor de camas que el sector de las IAMC pese a cubrir un porcentaje menor de la población que esta última. Esto se refleja en el número de camas por 10.000 habitantes, ya que para el MSP la tasa es de 52 mientras que para las IAMC es de 26.

El rendimiento del recurso cama presenta importantes variaciones según el tipo de paciente y la región considerada. En la Capital del país existe un alto porcentaje de ocupación de las camas, en parte explicada por lo prolongado de los días de estadía promedio. En el resto del país se registra un porcentaje de ocupación menor, reflejando una alta capacidad ociosa. Conviene puntualizar que si bien existe en el Interior una importante cantidad de camas, la escasez de recursos humanos, principalmente de enfermería, vinculada a la escasez de recursos presupuestales (al igual que en la Capital) hace que no todas las camas hospitalarias registradas en la estadística sean factibles de ser ocupadas.

En los Hospitales Especializados, el alto porcentaje de ocupación se debe básicamente a que son Hospitales de referencia nacional. El alto promedio de días de estadía del MSP oculta diferencias muy importantes según el tipo de establecimiento y la región.

Para los enfermos agudos, el alto promedio anual en Montevideo y un menor promedio anual en el Interior obedece, entre otras causas, a la resolución de pacientes complejos del Interior en Montevideo, a la labor docente realizada en los mismos, y a características socioeconómicas de los usuarios.

En relación a la capacidad de resolución, si bien no se dispone de estudios acerca de las patologías de los pacientes que se derivan a Montevideo, cabe preguntarse que ocurriría si el sistema público contara con una regionalización adecuada. Probablemente habría un menor número de derivaciones a la Capital, lo que permitiría menores molestias al paciente y sus familiares, menores costos y una menor congestión de los Hospitales de Montevideo.

ASSE dispone además de 190 Policlínicas y 22 Centros de Salud con los que brinda servicios de atención ambulatoria y prevención. Sus servicios están orientados fundamentalmente hacia la recuperación de la salud y, exceptuando inmunizaciones, los programas de promoción y fomento de la salud y rehabilitación han tenido cierto desarrollo. En lo relativo a la atención de primer nivel, la prestación de servicios a cargo de ASSE se canaliza también a través de los Médicos de Familia.

En Montevideo, la atención extra - hospitalaria es brindada por los Servicios de Asistencia Externa (SSAE), creada en 1990, que comprende las acciones de los Centros de Salud y Policlínicas, así como el Servicio de Atención Domiciliaria.. Los servicios de internación son brindados en Hospitales e Institutos Especializados.

En el Interior los servicios son proporcionados por las distintas Policlínicas, Centros de Salud y Hospitales de cada Departamento.

Según la normativa vigente, el Sector Público debería dar atención gratuita solamente a los ciudadanos indigentes y carentes de recursos (tal como lo establece el Art. 44, Cap. II, de la Constitución de la República, que fuera mencionado en párrafos anteriores). Sin embargo, a través de ASSE - MSP, se brinda atención gratuita a un universo más amplio. En el mismo se encuentran inclusive ciudadanos de niveles medios y altos de ingreso, y quienes cuentan con

la cobertura del sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Esto se explica por el hecho de que los trabajadores privados tienen a través del BPS la afiliación a la IAMC que hayan elegido, a pesar de lo cual, dado el elevado costo que deben asumir para poder hacer uso de estas instituciones - asociados a los llamados co - pagos o tasas moderadoras (órdenes de atención ambulatoria, paraclínica y tiques de medicamentos)-, no hacen uso de los mismos. Algo similar ocurre con otros afiliados a las IAMC (no ex-DISSE) de bajos niveles de ingreso.

De esta forma se configura la existencia de un subsidio implícito del sector público al sector privado IAMC, cuyo peso está dado por la intensidad de socios pertenecientes a la ex-Disse (BPS) y afiliados de bajos niveles de ingreso que tenga cada institución. Mientras el Estado abona a las IAMC una cuota mensual por la afiliación de los trabajadores beneficiarios de la seguridad social, suele ocurrir que éstos - y otros afiliados con dificultades de ingreso - acceden a la atención y el consumo de medicamentos y paraclínica en dependencias del MSP, siendo este último quien absorbe los costos correspondientes.

En la Reforma del Estado en curso, se reafirman dos cometidos sustantivos del MSP: por una parte, la prevención y la asistencia gratuita a los indigentes y personas carentes de recursos suficientes; por otra, la promoción de la salud mediante el control y la disminución de los factores de riesgo asociados con enfermedades y el mejoramiento de la calidad, la oportunidad, la eficacia y la eficiencia de la atención a toda la población.

Completan la red de servicios del Estado en materia de salud, una serie de efectores (prestadores) de diverso carácter.

El *Servicio de Sanidad de la Fuerzas Armadas* depende del Ministerio de Defensa, brindando atención médica al personal militar en ejercicio y retirado, así como a sus familiares directos. Se estima que la población usuaria asciende a alrededor de 170.000 personas. Posee en Montevideo un Hospital de 435 camas y Enfermerías en las unidades militares del resto del país.²

El *Servicio de Sanidad Policial* depende del Ministerio del Interior, brindando asistencia a funcionarios, ex - funcionarios policiales y sus familiares. Aproximadamente hay 98.000 personas cubiertas por el servicio. En Montevideo el Hospital Policial, inaugurado en el año 1980, cuenta actualmente con 64 camas. En el Interior contrata servicios a las IAMC y al MSP.³

El *Hospital de Clínicas*, por su carácter de Hospital Universitario, cumple funciones de investigación, docencia y asistencia. Inicialmente fue pensado para la atención de los casos de interés docente y/o científico, de las emergencias, de los tratamientos que pueden hacerse con recursos que sólo el Hospital posee y de las personas que por edad o afección no pueden hacer uso de seguros voluntarios. En los hechos atiende a la misma población usuaria del MSP, generándose así una superposición de servicios. En la actualidad cuenta con 664 camas.⁴

El *Banco de Previsión Social* (BPS), ente que centraliza la Seguridad Social, desarrolla las actividades en el área de la salud a través de dos programas principales: la asistencia médica a los afiliados activos del sector privado y un programa de atención materno - infantil. La asistencia médica a los afiliados activos no es provista de forma directa por el BPS, sino que es sub - contratada en el sector privado a las IAMC. Este programa incluye además un subsidio monetario en caso de enfermedad o invalidez temporal. El programa materno - infantil cubre la atención médica de la madre durante el embarazo y el parto, y la del niño hasta los cinco años de edad. Incluye a las cónyuges de los cotizantes que no estén afiliadas a ninguna IAMC. Posee instalaciones propias donde se asisten los casos de riesgo materno - infantil, policlínicas en

²Diagnóstico sectorial. Salud. Tomo V. Programa de Inversión Social. OPP, Presidencia de la República y BID. Pág 21.

³Diagnóstico sectorial, Op. Cit.

⁴Diagnóstico sectorial, Op. Cit.

Montevideo y en Canelones, y una unidad de Perinatología (Hospital Canzani). En el resto del país, salvo en Paysandú, contrata los servicios con entidades del sistema IAMC y el MSP.

El *Banco de Seguros del Estado*, creado en 1911, monopoliza la cobertura de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales. En esta materia sus funciones son la de promover la seguridad e higiene laboral, pagar indemnizaciones en caso de incapacidad temporaria o permanente y las rentas a los causa - habientes en caso de fallecimiento. También realiza asistencia directa a través de un Hospital propio, el que cuenta en la actualidad con 160 camas.

Diversos *entes autónomos y servicios descentralizados* (ANCAP, Banco Hipotecario, etc.) tienen servicios médicos propios a través de los cuales brindan atención a sus funcionarios y ex - funcionarios.

Los *Gobiernos Departamentales* han desarrollado programas de atención primaria dirigidos a sectores de población de bajos ingresos. Muchos de estos programas se realizan coordinadamente con el MSP.

SUB-SECTOR PRIVADO:

El principal componente del subsector privado lo constituye el sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Estas son entidades pre - pagas de servicios de salud sin fines de lucro, con una cobertura que alcanza a casi el 50% de la población del país (algo más de un millón y medio de personas). Este sistema otorga una cobertura integral⁵ ya que las IAMC no pueden realizar, salvo excepciones determinadas por el MSP, selección de riesgos, por ejemplo, ofreciendo distintas prestaciones y precios diferentes según núcleos de población cubiertos.

En la actualidad existen en nuestro país 52 IAMC, de las cuales 18 se encuentran en Montevideo y las restantes 34 en el Interior del país.

Su principal fuente de financiamiento son las cuotas pre - pagas directamente por las familias, o indirectamente a través del BPS para los trabajadores privados pertenecientes al mercado formal, y los co - pagos o tasas moderadoras (órdenes de atención ambulatoria, paraclínica y tickets de medicamentos). En relación a éstos últimos, desde comienzos del año 1993, han dejado de tener exclusivamente como objetivo moderar la demanda⁶ para transformarse en una importante fuente de ingresos.

Según la información que surge del Censo de Población de 1996, un 47% de la población del país está afiliada a alguna IAMC, siendo este porcentaje significativamente diferente en Montevideo donde representa un 60%, respecto del Interior del país, donde representa un 37%.

La normativa vigente identifica tres tipos de IAMC. El Decreto - Ley 15.181 (año 1981), las clasifica de la siguiente manera:

Asociaciones Asistenciales (mutualistas): aquellas que, inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorguen a sus asociados asistencia médica, y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin.

Cooperativas de profesionales: aquellas que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajan en ellas.

Servicios de Asistencia: creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y, eventualmente a los familiares de aquél.

En el caso de las afiliaciones producidas a través de organismos de la Seguridad Social, la misma se realizará sin examen médico previo de admisión ni limitaciones por razones de edad, pudiendo el trabajador elegir la IAMC que desee. Tampoco serán exigibles dichos requisitos en caso de cambio de una IAMC a otra. Las personas afiliadas a una IAMC a través del BPS no podrán transferirse a otra hasta computar una antigüedad mínima de veinticuatro meses continuos en la misma, salvo autorización por parte del BPS. Los beneficiarios gozarán desde su afiliación de la totalidad de los derechos asistenciales, incluida la atención del embarazo, parto y puerperio. Las IAMC están obligadas a la afiliación prenatal a los hijos de estas beneficiarias, pagando el BPS el equivalente a tres cuotas para el recién nacido.

⁵ Se entiende por cobertura integral a un paquete de prestaciones, definido legalmente en forma taxativa, y que incluye acciones que abarcan desde la atención ambulatoria (policlínicas, llamados a domicilio, urgencias, etc.) hasta la atención hospitalaria de internación (tanto sanatorial, como de tratamiento intensivo, etc.), cirugías, paraclínica, y medicamentos.

⁶ Se trata de cobrar un precio por el uso del servicio - no de internación -, buscando amortiguar la tendencia al sobreuso que tiene el asegurado cuando paga una cuota fija que le da derecho al acceso libre para la utilización de servicios asistenciales.

El Decreto Ley 15.181 (año 1981) establece que las IAMC están exoneradas de toda clase de tributos nacionales y departamentales, con excepción de los aportes a los organismos de seguridad social que correspondan. También están exentos de tales tributos los bienes de capital que éstas adquieran, importen o reciban con excepción del IVA cuando corresponda. Las donaciones efectuadas a nombre de las instituciones de referencia, están exoneradas en todo caso. A partir del año 1992 por el Decreto 783/91, la adquisición e importación de bienes por las IAMC generan el IVA, salvo que se trate de bienes cuya enajenación o importación se encuentre exonerada por una norma legal.

Todas las inversiones que se realicen en el sector privado con el objeto de brindar asistencia médica son reguladas, quedando sujetas a las normas que se establecen en los Decretos 87/83 y 88/83.

Desde el punto de vista de la segmentación de mercado se observa que las tres IAMC más grandes, CASMU, Asociación Española y Casa de Galicia, concentraban en 1996 el 37% de la masa total de afiliados al sistema. Si se considera solamente los afiliados de Montevideo (área de influencia fundamental de estas tres instituciones), éstas concentran un 58%.

Completan la estructura institucional privada de servicios de salud, diversas entidades de seguros parciales e integrales, unido a un importante número de Sanatorios Privados (Británico, Italiano, etc.), un conjunto significativo de clínicas médicas de diagnóstico y tratamiento, empresas farmacéuticas, etc. Por su importancia, analizaremos con cierto detenimiento a continuación únicamente los seguros privados con diversas opciones de cobertura y las emergencias móviles.

a. Seguros privados con opciones diversas de cobertura

En los últimos años se han desarrollado un conjunto de seguros médicos que proporcionan una oferta similar de servicios que las IAMC. Sin embargo, las normas que regulan su funcionamiento son muy diferentes a las que existen para el sistema IAMC.

Sintetizando los aspectos más importantes, el sector público mantiene sobre estos seguros privados un control insuficiente de la canasta de servicios asistenciales a proveer⁷; se aplican normas diferentes a las que deben enfrentar las IAMC en materia de regulación de precios, habilitación, control de calidad, sistemas de información, recursos humanos, control de inversiones, aportación al Fondo Nacional de Recursos (FNR), entre otros.

Un escenario de este tipo sesga las posibilidades de desarrollo de las estrategias empresariales, particularmente en la franja en que las IAMC compiten con los restantes seguros privados. Incluso se dan las condiciones para que se produzca una *selección adversa* de afiliados hacia el sistema IAMC a partir de este esquema. No sólo por el "descreme del mercado" por parte de los seguros privados, sino por la eventual exclusión de asegurados cuando éstos adquieren patologías crónicas o alcancen edades avanzadas.

En los últimos años se han sumado, a los seguros privados, empresas de intermediación financiera como prestadoras de servicios médicos. Globalmente considerados, los seguros privados - se excluyen las emergencias móviles -, no alcanzan a cubrir un 2% del total de la población (unos 52.000 afiliados aproximadamente). Sin embargo, dadas las ventajas de su regulación en relación a las IAMC, el desarrollado sistema de publicidad y marketing para capturar socios, la posibilidad de ofrecer diversidad de paquetes con distintos niveles de cobertura y precios, y su inserción reciente (unos 4 años aproximadamente), puede anticiparse

⁷ No se garantiza - a diferencia del sector IAMC - para la población asegurada, la asistencia integral, ni la cobertura al momento en que el asegurado adquiera una patología crónica o de alto costo

un proceso creciente de participación en el mercado, incluso intentando captar afiliados de ingresos medios.

Estos seguros son básicamente intermediarios que no cuentan por lo general con infraestructura propia, sub - contratan los servicios médicos, sanatoriales, de medicina especializada, técnicas de diagnóstico, etc. De allí que en su estructura de costos, predominen los costos variables sobre los fijos, lo que les otorga una mayor flexibilidad.

b. Emergencias móviles.

Constituyen una modalidad particular de seguro parcial, y están comprendidas por aquellas unidades equipadas con recursos humanos y materiales específicamente adecuados para el tratamiento de pacientes que, por su gravedad, se encuentran con desequilibrio de uno o más sistemas fisiológicos principales, con o sin pérdida de auto - regulación o en eminencia de descompensación.

Estas unidades deberán estar equipadas para efectuar el tratamiento correspondiente en el sitio donde se encuentre el paciente, así como durante el traslado al lugar de tratamiento definitivo.

Requieren de la autorización específica del MSP tanto para su creación como para su contratación por parte de una IAMC.

Las prestaciones pueden clasificarse en dos modalidades: a. Total, cuando brinda protección al beneficiario de cualquiera de los desequilibrios citados en cualquier cuadro nosológico en que se encuentre el paciente; b. Parcial: brinda protección al beneficiario en los desequilibrios ocasionados por problemas cardíacos (cuando el servicio es organizado por una IAMC, solamente se permite la modalidad de cobertura total).

Tienen la obligación de funcionar en régimen de 24 horas diarias. Los servicios prestados por las emergencias móviles son a veces complementarios pero siempre parcialmente sustitutivos a los ofrecidos por las IAMC.

La legislación existente obliga a estos seguros parciales a funcionar respetando requisitos mínimos de planta física (instalaciones especiales), equipamiento y personal. Son obligadas además a delimitar el espacio geográfico que cubren.

El surgimiento de estos seguros tiene sus orígenes, básicamente, en la ineficiencia de las IAMC para resolver el servicio de emergencia, de urgencia domiciliaria y de traslado. Las empresas de emergencia móvil, fundadas y dirigidas en su mayoría por médicos, fijan su estrategia en la captación del nicho de mercado dejado por las IAMC en su accionar burocrático.

De acuerdo a los últimos datos que se disponen, proporcionados por las empresas, se estima que en 1994 estos seguros parciales cubrían a 750.000 personas solo en Montevideo. Según informaciones de las propias empresas, la cantidad de afiliados respectivos es de 360.000 (UCM), 214.000 (SEMM), 110.000 (SUAT) y 70.000 (UCAR) en 1994, en Montevideo. En el interior se constata el registro en el BPS en 1997, de 37 empresas en 16 de los 18 departamentos en que se estructura el país.

Los ingresos obtenidos por el sector se estima estarían ascendiendo a alrededor de los 80 millones de dólares anuales, lo que estaría representando un quinto de los ingresos de las IAMC.

La participación en el mercado de salud de estos seguros parciales, cubriendo a una población que en buena medida tiene también cobertura en el sistema IAMC, ha dado lugar a una

competencia desigual en base a los problemas de regulación existentes en materia de precios y prestaciones. La atención de las emergencias móviles es más selectiva, con menos prestaciones en segmentos de mayores costos - no brinda ningún servicio de internación -, atendiendo al paciente, y en caso de necesidad de internación, se lo traslada a la IAMC de la cual sea socio o bien al MSP. Lo mismo ocurre cuando al paciente se le prescriben técnicas de diagnóstico paraclínicas.

Las empresas de emergencia móvil han tendido a extender sus servicios al área ambulatoria (policlínicas de consultas médicas), inicialmente sin cobro de co - pago por las mismas, de modo de evitar acudir a llamados que frecuentemente no justifican su presencia inmediata.

Este modo de atención fragmentado que brindan las emergencias móviles y las IAMC perjudica doblemente al usuario: del punto de vista sanitario, se pierde la continuidad de la atención al requerir aleatoriamente la atención ambulatoria en la IAMC o bien en la emergencia móvil; del punto de vista económico, abona el mismo servicio a dos seguros (IAMC y emergencia móvil) simultáneamente.

La estrategia de estos seguros parciales ha consistido en desarrollar seguros privados de amplia cobertura, buscando diversificar sus actividades, utilizando como punto de partida sus carteras de clientes y su reputación en la plaza, lo que les permite - junto con la regulación existente - disputar los mejores clientes ("descreme de mercado") a las IAMC, lanzándose al mercado con un servicio de salud nuevo y diferenciado de los existentes.

Una red de policlínicas y servicios periféricos de atención ambulatoria se agregan a la oferta de servicios de salud del sub - sector privado. Estos servicios son financiados con fondos provenientes de diversas fuentes: aportes de sectores de la población organizados a partir de su vinculación barrial con autogestión de los servicios, grupos que pertenecen a cooperativas, ya sea de vivienda o de otra naturaleza; recursos volcados por organizaciones no gubernamentales (ONG) de distinto tipo; etc.

Estos servicios se suelen superponer a los ya existentes en el sistema, cubriendo en general necesidades insatisfechas por dificultades de acceso para quienes ya poseen cobertura. Ejemplo de ello pueden ser los afiliados a las IAMC que ven impedida la posibilidad de hacer uso de los servicios que prestan las mismas por el elevado costo de los tiques moderadores, o bien los usuarios potenciales de los servicios del MSP que con escasa capacidad de pago están dispuestos a aportar parte de sus ingresos para mejorar probablemente su accesibilidad geográfica y la calidad de la atención.

COMPLEMENTARIEDAD (EJEMPLO MIXTO DE SEGURO): FONDO NACIONAL DE RECURSOS

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) puede ser conceptualizado como un seguro para un conjunto determinado de técnicas médicas definidas como de alta especialización y alto costo. El mismo es de carácter obligatorio para todo afiliado al sistema IAMC, siendo el precio que se debe pagar por la cobertura independiente de las características del afiliado. Es decir, se trata de un seguro cuya prima es independiente del riesgo del asegurado.

El FNR fue creado en el año 1980 y se encuentra regulado en la actualidad por la Ley N° 16.343 del 11 de enero de 1993 y el Decreto Reglamentario 358/93. El objetivo de su creación fue poder atender una serie de patologías cuyo tratamiento implica la utilización de medicina altamente especializada y de alto costo.

El segmento de la población beneficiaria del MSP también es cubierto por el FNR, teniendo los mismos derechos de los afiliados al sistema IAMC. La ley estipula que el pago en este caso lo realice el MEF de acuerdo al número de usuarios de los servicios del MSP y al mismo valor de cuota que los beneficiarios de las IAMC. La Ley también estipula la cobertura y el correspondiente aporte de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados y de los Gobiernos Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia médica esté directamente a su cargo. Recientemente se incorporó a los beneficiarios de los seguros quirúrgicos.

El FNR no cuenta con restricciones legales específicas en lo que hace a la determinación de la cuota que deben abonar los asegurados cubiertos por alguna de las entidades en las cuales reciben sus prestaciones (MSP, IAMC, etc.). La misma opera como variable de ajuste del sistema, de modo de alcanzar los equilibrios financieros corrientes; vale decir, se acomoda la cuota abonada al FNR en forma pasiva (sin restricciones) para hacer que el flujo de ingresos acompase a los egresos (descontado el aporte que realiza el MEF por los actos realizados a beneficiarios del MSP⁸. En última instancia entonces, la evolución de la misma queda determinada por el número de técnicas existente, el número de actos para cada técnica, y el precio que se abona a los IMAE (Institutos de Medicina Altamente Especializado⁹) por cada acto. De esta forma una parte significativa y tendencialmente creciente del gasto en salud del país queda asignada al financiamiento del FNR, el cual depende críticamente de estos Institutos de Medicina Altamente Especializada.

El FNR financia intervenciones de cirugía cardíaca, implantación de marcapasos, prótesis de cadera, hemodiálisis crónica, trasplantes renales, tratamiento de quemados graves, hemodinamia, angioplastia coronaria, diálisis peritoneal crónica, prótesis de rodilla, y litotricia.

A los solos efectos de tener una dimensión del gasto en medicina de alto costo y alta tecnología, se suele comparar el presupuesto del FNR y el presupuesto de ASSE (dado que en el primero se concentra la alta tecnología para un número reducido de pacientes, mientras que en el segundo se atiende aproximadamente a un millón de personas). De dicha comparación surge que ha variado desde un 9,6% cuando comienza actividades el Fondo (principios de los años 80) a 67,9% en el año 1995. Sin tomar en consideración si lo que sucede es que el presupuesto de ASSE es muy inferior a lo adecuado, o si el gasto del Fondo es excesivo, o una combinación de ambas situaciones¹⁰, lo importante es remarcar las causas que hacen que la asignación que realiza la sociedad del gasto en salud haya sufrido esas importantes modificaciones. Una probable respuesta es que mientras en ASSE se trabaja a presupuesto

⁸ El MEF ha incumplido la normativa que exige el pago por usuario, pagando desde el inicio mismo del FNR por acto realizado a los usuarios del MSP.

⁹ Son las entidades que brindan las prestaciones correspondientes a las técnicas cubiertas por el FNR (pueden ser entidades privadas, pueden pertenecer a una IAMC, al Sector Público, etc.).

¹⁰ Teniendo en cuenta que pacientes y patologías atendidas difieren sustancialmente.

dado, determinado por las leyes presupuestales, en el FNR no existen mecanismos que pongan límite al crecimiento del gasto.

La característica más destacada de la evolución de los egresos del FNR a lo largo de su existencia es su tendencia creciente (un solo año muestra una caída de los egresos en términos reales) a tasas que por otra parte, no muestran una tendencia decreciente como podría esperarse una vez que el stock de demanda insatisfecha existente hasta la aparición del FNR hubiera desaparecido. Esto es lo que se preveía en los estudios realizados cuando la creación del FNR. Este hecho es de suma importancia, ya que, de no mediar medidas que modifiquen esta situación, pone en tela de juicio la sostenibilidad del FNR, es decir, su viabilidad futura.

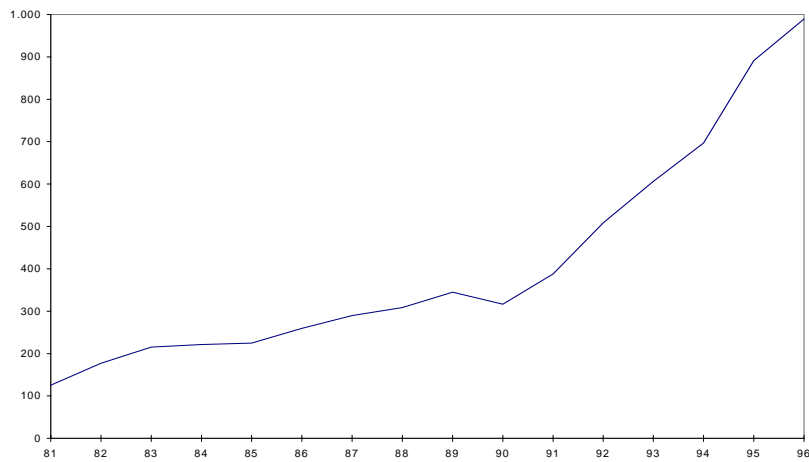
A efectos de ilustrar sobre la magnitud de la cifra de los egresos del FNR, pueden considerarse las siguientes comparaciones. Los egresos del FNR correspondientes al año 1996 representaron un 0,6% del PBI del país y un 6% del gasto total en salud de Uruguay.

Cuadro Egresos del FNR

Años	Miles \$ Const. 96	Variación Anual %	Base 100 Año 81	Miles de U\$\$ Corrientes
81	125.499		100	9.948
82	177.475	41,4	141	13.210
83	215.362	21,3	172	9.775
84	221.453	2,8	176	10.245
85	224.900	1,0	179	10.541
86	259.460	15,4	207	13.864
87	289.764	11,7	231	16.314
88	308.433	6,4	246	18.521
89	344.781	11,8	275	23.249
90	316.751	-8,1	252	25.287
91	388.004	22,5	309	32.603
92	508.364	31,0	405	45.271
93	605.927	19,2	483	63.241
94	696.763	15,0	555	81.899
95	891.256	27,9	710	112.845
96	989.512	11,0	788	124.077

Nota: No se incluyen los gastos de administración del FNR

**Gráfico. Egresos reales del FNR
Valores constantes 1996**



El FNR juega un papel importante en el desempeño del sistema IAMC. Esto se debe a que un número importante de Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) funcionan en las IAMC, lo que implica que la evolución de los egresos reseñada precedentemente tenga como contraparte la evolución de los ingresos del sistema IAMC. Contar con uno o más IMAE, puede considerarse una estrategia clave desarrollada por algunas IAMC, a los efectos de incrementar los ingresos por vías complementarias a la captación de afiliados.

SEGURIDAD SOCIAL

La población beneficiaria de la ex-DISSE (Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad) está comprendida por los trabajadores dependientes de la actividad privada (excepto los empleados bancarios), los trabajadores amparados al Seguro por Desempleo, los patrones de empresas unipersonales que no tengan más de un dependiente, y los cónyuges colaboradores de patrones rurales que no tengan más de un dependiente. En el caso de los jubilados, para acceder al beneficio, las limitantes que establece la Ley están referidas al monto máximo de ingresos totales, es decir, por concepto de jubilación y otro u otros ingresos percibidos y a la condición de ser ex trabajadores dependientes exclusivamente.

No quedan cubiertos por el Seguro los miembros de la familia del trabajador formal del sector privado, los trabajadores informales y sus familias, los trabajadores de la Administración Central y sus familias, los desocupados, las personas con discapacidad absoluta beneficiarias de pensión invalidez y los amparados a subsidio transitorio; los jubilados no dependientes y los pensionistas en general..

En ciertas unidades del Sector Público existen regímenes no muy generalizados pero que otorgan el reintegro de la cuota mutual que se paga a las IAMC o que tienen organizados servicios médicos para su personal (por ejemplo, ANCAP, BHU, etc.). A su vez, subsisten en el sector privado convenios particulares y Cajas de Auxilio (en expansión particularmente en los últimos años) que atienden este riesgo en forma independiente pero que son controlados por el BPS.

Entre los beneficios que otorga la ex-DISSE al beneficiario, se cuenta el pago de una cuota de afiliación a una IAMC apenas éste ingresa a la actividad respectiva, y el pago de subsidios monetarios por enfermedad¹¹. La cuota que paga la ex-DISSE a las IAMC es regulada por el Estado y ha sufrido variaciones a lo largo del tiempo. En la actualidad, corresponde al **85%** del valor de la cuota promedio de los afiliados individuales de cada IAMC. A su vez, cuando corresponda, y de acuerdo al juicio del cuerpo médico del BPS, se otorgarán beneficios complementarios a los prestados por las IAMC (por ejemplo: contribución en dinero para la adquisición de lentes, provisión de prótesis excepto dentales, internación psiquiátrica por los períodos no cubiertos por las IAMC, etc.).

Cabe destacar que en los hechos, los trabajadores amparados por la Seguridad Social ejercen el derecho a su asistencia exclusivamente a través de las IAMC, teniendo libertad de elección entre las mismas en Montevideo y con las limitaciones que establece la existencia de sólo una o dos entidades efectoras por departamento en el interior y sin limitación alguna por razones de edad, sexo o consideraciones físicas particulares (no se puede realizar examen de admisión), incluyendo derecho al parto.

Entre las fuentes de recursos para financiar el riesgo de enfermedad en el caso de los afiliados activos se cuentan la aportación patronal del **5%** sobre la nómina y una aportación obrera de un **3%** de los ingresos respectivos. A partir de 1993, el patrono (excepto rurales), debe cubrir la diferencia que pudiera existir entre las contribuciones vigentes y el valor de la cuota mutual que el BPS abone a las IAMC. Existe una legislación específica para el sector rural que estuvo suspendida hasta la entrada en vigencia de la Ley de Reforma de la Seguridad Social, con la cual se crea una aportación obrera del 3% sobre las asignaciones computables. En el caso de los pasivos, la Ley 16.713 establece para el financiamiento del beneficio previsto para este colectivo, una aportación del 1% de los jubilados que no perciben el beneficio y un 3% para aquellos titulares del beneficio. Ambos porcentajes se calculan sobre la pasividad nominal.

¹¹ Una vez que cumpla tres meses o 75 jornales de cotización dentro de los doce meses inmediatos anteriores a la fecha de denuncia de la enfermedad (estando afiliado a una IAMC). Dicho subsidio equivale al 70% del sueldo o jornal básico o habitual con un tope de tres SMN, y con carácter preventivo, el pago de la cuota de afiliación a una IAMC

Análisis cuantitativo del sistema

La cantidad de afiliados a las IAMC por el sistema de seguridad social se incrementó notoriamente entre los años 1985 y 1988 (35%) debido a la incorporación por vía reglamentaria de grupos laborales con bajo poder adquisitivo (trabajadores rurales entre 1984-1985, particularmente en el Interior, empleadas domésticas y empresas unipersonales).

En el siguiente cuadro puede observarse el número de beneficiarios de la seguridad social, y el peso relativo en el total de afiliados, para las IAMC (Montevideo e Interior), entre 1982 y 1996 (debe tenerse en cuenta que el Seguro data de mediados de los '70).

**Cuadro. Beneficiarios de la Seguridad Social afiliados a las IAMC.
Período 1982 - 1996**

Año	Porcentaje de afiliados ex-Disse a las IAMC	Total afiliados Ex-Disse a las IAMC	Total Afiliados IAMC
1982	20,4	256.000	1.256.000
1983	19,1	237.000	1.239.000
1984	20,2	251.000	1.245.000
1985	29,6	379.000	1.280.000
1986	31,7	419.000	1.321.000
1987	33,4	472.000	1.413.000
1988	34,8	512.000	1.472.000
1989	35,5	538.000	1.514.000
1990	36,9	567.000	1.536.000
1991	38,2	580.000	1.519.000
1992	38,7	581.000	1.500.000
1993	38,1	576.000	1.512.000
1994	37,8	573.000	1.514.000
1995	37,8	569.000	1.506.000
1996	38,5	581.000	1.511.000

Resulta notorio el crecimiento experimentado en términos globales (las afiliaciones por el BPS alcanzan casi al 40% del total). Un elemento a destacar es que el mayor impacto se produce en las IAMC del Interior, las cuales aceleran su desarrollo como tales a partir de este proceso de expansión de la Seguridad Social.

Como contrapartida, aumenta el grado de dependencia de las instituciones en relación a sus afiliados de la Seguridad Social; en la Capital la variabilidad entre instituciones es muy importante.

En el cuadro siguiente se puede observar la proporción de la población afiliada al sistema IAMC a través del BPS para el año 1997, de acuerdo al perfil etario.

**Cuadro. Proporción de la población afiliada al sistema IAMC a través del BPS.
Año 1997**

	IAMC Afiliac. Indiv.	IAMC DISSE	IAMC TOTAL	% DISSE
TOTAL DEL PAÍS	30,4	16,7	47,1	35,4
Hasta 13 años	30,6	0,4	31,0	1,3
14 a 19 años	27,1	6,3	33,4	18,9
20 a 24 años	18,0	32,5	50,5	64,4
25 a 29 años	15,6	38,7	54,3	71,3
30 a 39 años	18,2	33,3	51,5	64,7
40 a 49 años	21,1	29,1	50,2	58,0
50 a 59 años	28,7	25,4	54,1	46,9
60 y más años	53,2	4,8	58,0	8,3
Montevideo	41,2	20,3	61,5	33,0
Hasta 13 años	46,8	0,4	47,2	0,8
14 a 19 años	40,0	7,8	47,8	16,3
20 a 24 años	24,8	38,6	63,4	60,9
25 a 29 años	20,8	46,5	67,3	69,1
30 a 39 años	24,8	38,7	63,5	60,9
40 a 49 años	28,6	34,0	62,6	54,3
50 a 59 años	36,9	28,7	65,6	43,7
60 y más años	67,7	5,9	73,6	8,0
Interior	21,5	13,7	35,2	38,9
Hasta 13 años	19,5	0,3	19,8	1,5
14 a 19 años	17,8	5,2	23,0	22,6
20 a 24 años	11,9	27,0	38,9	69,4
25 a 29 años	10,3	31,1	41,4	75,1
30 a 39 años	12,1	28,4	40,5	70,1
40 a 49 años	14,9	25,0	39,9	62,6
50 a 59 años	21,9	22,6	44,5	50,8
60 y más años	40,6	3,9	44,5	8,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Se desprende del cuadro la lógica concentración de población activa afiliada a las IAMC a través de la Seguridad Social, entre los 20 y los 50 años de edad.

Análisis cuali - cuantitativo del sistema

El aumento de la cobertura de la Seguridad Social para grupos de bajos niveles salariales trajo aparejado un importante déficit en el Seguro de cobertura de salud para activos. El Gobierno procedió a liberalizar la cuota individual de las IAMC sobre fines de 1992, lo que provocó durante unos meses un fuerte crecimiento de la misma.

Como la cuota que abona la Seguridad Social a las IAMC es un porcentaje de la cuota promedio de los afiliados individuales de cada Institución, los egresos por este concepto crecen y traen consigo déficit importantes. Ante esta situación, el Gobierno establece la obligación de cubrir con aporte patronal las diferencias que se produzcan en cada empresa entre la contribución al Seguro y los aportes correspondientes, buscando alcanzar el equilibrio en el seguro de salud para activos.

En el siguiente cuadro de Ingresos y Egresos del Seguro de Enfermedad (ex-DISSE), se puede observar lo ocurrido entre 1993 y 1997 en términos globales.

Cuadro. Recursos y Erogaciones 1993-1997. En miles de U\$S corrientes
Riesgo: enfermedad

Años	Recursos Miles U\$S corrtes.	Erogaciones Miles U\$S corrtes.	Saldo Miles U\$S corrtes.
1993	222.196	217.632	4.564
1994	247.081	262.612	-15.531
1995	270.792	308.780	-37.988
1996	297.807	309.238	-11.431
1997	328.917	367.743	-38.826

A su vez, en el cuadro siguiente se puede observar la estructura de los recursos y las erogaciones que presenta el BPS para el año 1997.

**Cuadro. Banco de Previsión Social.
Recursos y Erogaciones del Seguro por Enfermedad, 1997
(miles de dólares corrientes)**

Recursos Propios	Miles de dólares corrientes.	%
Aportes Patronales	148.725	45,9
Aportes Personales	106.706	32,9
Multas, recargos e intereses	1.568	0,5
Complemento patronal cuota IAMC	67.081	20,7
Total	324.080	100,0
Erogaciones		
Prestaciones monetarias directas	18.264	5,1
Asistencia médica mutual	338.317	93,6
Beneficios complementarios	1.725	0,5
Otras prestaciones	3.122	0,9
Total	361.428	100,0
Resultado	-37.348	

Efectos de las medidas adoptadas desde comienzos de los 90

Los efectos de las medidas adoptadas por el Gobierno en relación a la regulación establecida entre 1992 y 1993 tendiente a equilibrar las cuentas del Seguro de Enfermedad, pueden sintetizarse en:

a)- En 1993, sin tomar en cuenta la modificación de los aportes rurales (hasta hace poco en suspenso) se pasa a un superávit financiero del sistema SEGURO-IAMC.

Los empresarios financian el déficit del aporte obrero patronal del 8% en relación a las cuotas mutuales que debe abonar el Seguro para los afiliados de bajos ingresos. El Seguro se queda con el excedente proveniente del aporte por los afiliados de mayores niveles de ingreso. Sin embargo, factores adicionales provocan el déficit observado en los años subsiguientes (como ejemplo, la reglamentación para los rurales, los subsidios monetarios por enfermedad, pagos por prenatales, el aporte al FNR, etc.).

b)- Otros efectos que provoca esta nueva situación:

Se mejora el financiamiento del Seguro de Enfermedad, permitiendo obtener un resultado más equilibrado, lo cual abre a su vez la posibilidad de financiar otros programas no contributivos.

Al pasar de un subsidio cruzado (proveniente de aportes obrero patronales de beneficiarios de altos niveles de ingresos) y un subsidio estatal, a un subsidio cruzado únicamente financiado por los empresarios, tiende a incrementarse el costo laboral.

Dependiendo de las elasticidades de oferta y demanda del mercado que se trate, este costo puede ser trasladado hacia adelante o hacia atrás, o bien ser absorbido por el propio empresario.

REGULACIÓN

El Estado no sólo juega un papel preponderante en relación a la oferta de servicios de salud a la población, también desempeña un rol fundamental en la regulación que ejerce sobre el sector, en diversas áreas. Es particularmente profusa la regulación sobre el sector de las IAMC, en sus diversas actividades. Se describen a continuación algunos de los aspectos considerados de mayor relevancia:

1. COBERTURA Y PRECIOS

A. DESCRIPCIÓN

a. Cobertura

La *cobertura* puede analizarse en base a dos aspectos fundamentales: por un lado, el *paquete de prestaciones* que brindan las entidades del sector IAMC a sus afiliados (también llamada "cobertura vertical"); y por otro lado, la *extensión* que abarca dicha cobertura en términos de *población* (también llamada "cobertura horizontal").

En relación al **paquete de prestaciones**, las IAMC tienen la obligación de prestar una cobertura de tipo *integral*. La Ley exige brindar, con prescindencia de los recursos económicos de los beneficiarios, cobertura de *asistencia médica básica, completa e igualitaria*: actividades de medicina, ginecología, cirugía, pediatría, y demás especialidades complementarias; *acciones preventivas*¹², que incluyen inmunizaciones, controles clínicos y paraclínicos del niño y del adulto; y *acciones de recuperación* de la salud, incluyendo atención domiciliaria (de urgencia y de radio), y ambulatoria en consultorio; servicios de emergencia e internación; provisión de medicamentos (en atención ambulatoria y durante internación); servicios diagnósticos y terapéuticos; cirugía, acceso a la alta tecnología, etc.

Pero el paquete no es ilimitado. Queda en la órbita del MSP la competencia de excluir o incluir técnicas de diagnóstico y terapéuticas dentro del paquete de prestaciones que deben brindar las IAMC. En lo relativo a las exclusiones, no se exige responsabilidad por la cobertura financiera en el campo de la tecnología innovadora y de alto costo formal, y en prestaciones taxativamente definidas por el MSP. Cabe resaltar entre las mismas, las acciones y/o procedimientos con finalidad estética y la internación psiquiátrica mayor de 30 días por año calendario, entre otras. De cualquier modo, normalmente se asegura el acceso organizado a los servicios¹³.

A su vez, la Ley admite que las IAMC puedan crear esquemas de atención con cobertura parcial, pero establece que cuando las IAMC ofrezcan ese tipo de cobertura, no lo podrán hacer en un número superior al diez por ciento del total de sus afiliados.

Uno de los efectos de mayor importancia en la regulación del paquete de prestaciones que deben brindar las IAMC consiste en que mientras éstas ven obstruida su capacidad de seleccionar población por riesgo, los restantes seguros privados (tanto los que brindan opciones de cobertura amplia como los que se desempeñan en segmentos de cobertura parcial y reducida), no tienen exigencias de integralidad en sus paquetes asistenciales, lo cual les permite desarrollar aquella selección, tendiendo a "descremar el mercado", en un marco de competencia desigual en lo que refiere a las reglas de juego imperantes.

¹² Es ampliamente compartido que en ésta área el sistema IAMC no ha desarrollado actividades de relevancia, dado que no se ha visualizado convenientemente los aspectos ventajosos de dicha práctica (menores costos, mayor efectividad, etc.)

¹³ Con una especie de reaseguro en la organización y acceso a los tratamientos de más alto costo a través del Fondo Nacional de Recursos.

En relación a la cobertura por **extensión poblacional**, cabe resaltar que los usuarios de la Seguridad Social (ex-DISSE) no tienen limitación para el ingreso a las IAMC, existiendo normas que exigen mínimos de permanencia.

Si bien los trabajadores cubiertos por la Seguridad Social obtienen su asistencia exclusivamente a través de las IAMC, la normativa asigna a la ex-DISSE (hoy BPS) la competencia en cuanto a asegurar la prestación de asistencia médica completa no sólo a través de dichas instituciones, sino también por la vía de centros asistenciales privados u oficiales habilitados para la prestación de tales servicios, coordinando con el MSP o los servicios especializados que éste indique. Estas últimas opciones no se han desarrollado debido a que no se han establecido los mecanismos para que se pudiera hacer uso de las opciones que prevé la Ley. Tampoco el BPS ha utilizado en toda su potencialidad las facultades fiscalizadoras que posee.

En los hechos, se extiende la cobertura de la ex-DISSE entre 1985-1988 para grupos de bajo poder adquisitivo: trabajadores rurales, empleadas domésticas, empresas unipersonales. DISSE recibe una mayor cantidad de aportes de franjas de menores niveles de ingreso por los cuales paga una cuota a las IAMC superior a dichos aportes. El sector se expande a partir de dicha incorporación, logrando consolidarse particularmente en el Interior del país.

Para los restantes usuarios (afiliados particulares, beneficiarios de convenios que se realizan entre las IAMC y grupos de individuos con algún tipo de atributo que los identifica como colectivo, etc.) se autoriza a establecer determinadas limitaciones al ingreso a las IAMC bajo circunstancias específicas, posibilitando en ciertos casos la realización de un examen de ingreso previo a los efectos de excluir de la cobertura por enfermedades preexistentes.

Finalmente, cabe resaltar que existe una *delimitación geográfica* para la cobertura de los afiliados a las IAMC: tienen derecho a recibir servicios de salud dentro de los límites de los Departamentos en que la IAMC está radicada, con exclusión de la atención a domicilio en zonas rurales. La atención en situaciones de emergencia rige en todo el territorio nacional.

b. Precios

Existe un proceso histórico de regulación y desregulación en el sector sobre las cuotas (particulares y colectivas) para la población que no integra el mercado formal de trabajo (jubilados, informales, empleados de la Administración Central, sectores de mayor nivel de ingreso) las tasas moderadoras (órdenes de atención ambulatoria, paraclínica y tiques de medicamentos, excluyendo internación) que fijan las IAMC, así como sobre las cuotas que abona la Seguridad Social por la población que cubre.

En relación a las **cuotas**, fueron reguladas a lo largo de las últimas décadas, destacándose dos momentos de liberalización: en los años 1984 y 1992. En ambos momentos, el valor de las mismas se dispara fuertemente. Desde comienzos de **1993** el sistema queda sujeto a un tipo de contralor por el cual las IAMC deben incrementar las cuotas en función de los ajustes definidos por el MEF, y con la obligación de comunicar a dicho Ministerio su valor a los efectos de obtener la autorización correspondiente. Mientras tanto, las *tasas moderadoras permanecen liberalizadas*.

Luego de un largo período sin regulación alguna, dichas **tasas** vienen siendo reguladas con criterios similares a los establecidos para las *cuotas*, es decir, en un régimen de semi - control a través de la fijación de topes máximos. En el caso de las cuotas, el ancla corresponde al valor de la *cuota promedio de los afiliados particulares de cada IAMC*, con ajustes autorizados administrativamente por el MEF.

En relación a las cuotas abonadas por la Seguridad Social (ex - DISSE), las mismas tienen una estrecha vinculación con la evolución de la cuota individual, dado que se conforman por un

porcentaje fijo del valor de la cuota promedio de los afiliados individuales de cada IAMC. Se *puede deducir que no es posible regular precios de cuotas de particulares sin considerar la cuota DISSE.*

La ex-DISSE (BPS) tiene la potestad de definir la cuota a pagar a las IAMC, entre el 85% y el 90% del valor de la *cuota individual promedio*. En los hechos, hasta el presente se ha venido pagando el porcentaje mínimo, y además es el Ministerio de Economía en los hechos, quien lo determina.

Constituyen una excepción en la aplicación del mencionado porcentaje los jubilados o pensionistas con un ingreso mensual inferior al 85% del SMN, los cuales quedan comprendidos en la cobertura de la ex-DISSE a partir de la Ley de Reforma de la Seguridad Social de abril de 1996. Por estos beneficiarios se abona un porcentaje mayor al 85% sobre la cuota promedio que presente cada IAMC.

Se agrega a su vez el *pago complementario* que deben realizar los *empleadores* cuando el total de aportes sobre su nómina no resulta suficiente para cubrir el egreso de la ex-DISSE por concepto de cuotas mutuales de los trabajadores pertenecientes a la empresa respectiva.

Las IAMC podrán fijar una suma adicional a sus niveles de cuota para el financiamiento de inversiones. Previo a la aplicación de dicha suma adicional, deben presentarse ante el MEF acreditando la autorización de la correspondiente inversión y comunicando el monto de la suma mensual fijada para su financiamiento, que no podrá ser superior al **7,5%** de la cuota promedio de sus afiliados particulares, así como el plazo de cobro previsto. (Decreto 482/90, Decreto del 09/91).

Las IAMC deben informar semestralmente al MEF acerca de los ingresos y egresos percibidos del semestre y totales acumulados por este concepto mediante un desarrollo explicativo de la inversión realizada.

Es facultad del MEF limitar el plazo de cobro de la suma adicional fijada por la Institución a efectos de evitar que los fondos recaudados se apliquen a otros destinos. (Decreto 482/90).

En la actualidad, a partir del Decreto 26/98 de julio de 1998, se autoriza a las instituciones IAMC a aumentar temporalmente la sobrecuota de inversiones prevista en el Decreto 482/90, hasta un máximo del **10%** de la cuota promedio de sus afiliados particulares, para el financiamiento de inversiones referidas exclusivamente a infraestructura y equipamiento médico.

Nuevamente, al igual que en la regulación del paquete asistencial, los restantes seguros privados (los que brindan opciones de cobertura amplia como los que se desempeñan en segmentos de cobertura parcial y reducida), no tienen un marco regulatorio para sus precios, lo cual les permite operar flexiblemente, en posiciones ventajosas al momento de competir con el sector IAMC, con estrategias que tienden a captar población joven, de mayor nivel de ingreso. Una vez más, el marco desregulado de estos seguros les proporciona ventajas sobre las IAMC, originadas en la fijación de reglas de juego asimétricas.

En relación a las inversiones, la normativa prevé la afectación de fondos provenientes de la recaudación de sobrecuotas con autorización del sector público en función de determinadas consideraciones. En los hechos, frecuentemente se han utilizado los fondos recaudados para financiar déficit operativos y no las inversiones previstas, sin que el Estado pudiera tomar las medidas sancionatorias específicas a las IAMC respectivas, de modo de tender a frenar dichos comportamientos.

Sin embargo, el Gobierno ha suspendido por lapsos cortos (6 meses) la autorización al sector en su conjunto para cobrar la sobrecuota de inversiones, y aún ha permitido expresamente la

utilización de los fondos recaudados por este concepto para financiar déficit por períodos transitorios.

Cabe mencionar que el efecto de la aplicación de esta sobrecuota ha sido positivo si se analiza la tendencia del sector, fundamentalmente a nivel de la acumulación patrimonial de las instituciones, y de su capacidad de oferta de camas de internación sanatorial. La contracara consiste en el incentivo a mantener el cobro de dicha sobrecuota más allá de lo estrictamente necesario, tendiendo a utilizar los fondos en adquisición de tecnología y equipamiento médico, con la consiguiente sobreinversión y presión adicional de costos.

B. EFECTOS DE LA REGULACIÓN: PRECIOS Y PRESTACIONES

En el marco de la política de estabilización implementada en la década, el Gobierno ha tendido a frenar la evolución creciente de las cuotas IAMC, de modo tal de impactar directamente en el IPC (dado el peso relativo que tiene la cuota en la canasta de dicho índice), y simultáneamente alcanzar un equilibrio financiero en el sub - sistema de la ex-DISSE. Pero estas medidas afectan negativamente los ingresos del sistema IAMC. Con el objetivo de compensar financieramente dicho efecto, se liberan las tasas moderadoras de la demanda (ordenes, tiques, etc.), de modo tal que se transforman en fuentes de financiamiento del sistema, con los consiguientes impactos que ello representa en materia de acceso de los afiliados al sector¹⁴.

Un enfoque complementario consiste en suponer que el Estado ha tendido a frenar el aumento de la cuota mutual con el objetivo de presionar a las IAMC a mejorar su gestión, impidiéndoles transferir a precios sus ineficiencias, de modo que para alcanzar horizontes de viabilidad en el mediano y largo plazo, deban actuar en base a políticas de contención de costos.

Simultáneamente, una cuota particular menor facilita el acceso a jubilados (no comprendidos en la cobertura de la Seguridad Social) y trabajadores informales, lo cual tiende a evitar una mayor utilización de los servicios que presta el Estado.

En relación a la ex-DISSE, el esquema creado con las presentes reglas de juego, no tiende a aprovechar algunas ventajas potenciales:

No se realizan licitaciones por el paquete de afiliados, perdiéndose la capacidad potencial de exigir niveles mínimos de calidad a las IAMC, y la mejora en las condiciones de precios. Ejemplo claro de ello, fue la discusión entre el Directorio del BPS y las IAMCs en 1996, donde el organismo amenazó con el mecanismo licitatorio en el marco de la extensión parcial del beneficio a los jubilados dependientes de bajos recursos, que finalmente no concretó.

Se desaprovechan las ventajas que otorga el *subsidio a la demanda*, dado que no se fomenta la competencia protegiendo la libre elección de los usuarios, aún en el caso en que se optara por licitar los paquetes. En su lugar, aparentemente ha predominado un fuerte y costoso juego de intermediación, sin que se logre tender a una sana competencia entre las instituciones en base a variables vinculadas a calidad y costos de los servicios prestados, más allá de aspectos secundarios como la imagen, la fuerza de ventas, la publicidad, etc.

Un aspecto adicional a tener en cuenta con el marco regulatorio presente, es que no se regulan los precios de algunos insumos que afectan seriamente los costos de las IAMC (ej. medicamentos). En un escenario de este tipo, con importantes déficit acumulados por la mayoría de las empresas, un esquema de inflación alta permite licuar dichos déficit con

¹⁴ Con demanda elástica -el afiliado reacciona fuertemente ante cambios en los precios-, se producen dificultades de acceso para sectores de bajos niveles de ingreso, aumentando seguramente la utilización de los servicios del sector público, al tiempo que se afecta negativamente la actividad del primer nivel de atención (consultas en policlínicas de medicina general, etc.) en las IAMC, con las consiguientes presiones de costos (pacientes que no son controlados en tiempo y forma pueden agudizar patologías prevenibles, con procesos de internación posterior, etc.).

medidas de tipo financiero (cobrando hoy, difiriendo pagos), no privilegiándose la contención de costos ni la calificación en la gestión gerencial.

Con el cambio de escenario, una menor presión inflacionaria - que impide mantener el mecanismo de licuación de déficit a partir de medidas financieras -, mayores restricciones crediticias, y el agotamiento de fuentes de endeudamiento básicamente salarial, se corre el riesgo de manejar indiscriminadamente recortes en los gastos afectando negativamente la calidad de los servicios (colas, racionamiento). En un escenario como el actual, con regulación "ineficiente", el sector se enfrenta a la necesidad urgente de encaminar medidas de contención de costos mejorando la gestión gerencial de las instituciones.

En suma, el sistema IAMC, fuertemente regulado en precios y prestaciones, enfrenta un mercado en el cual sus más directos competidores, los seguros privados - tanto los que ofrecen cobertura con grados diversos de amplitud, como los estrictamente parciales -, actúan en un marco desregulado que les permite desarrollar acciones de "descreme del mercado".

El proceso considerado en su globalidad tiende entonces a generar - en algún sentido- una *selección adversa* hacia las IAMC, las cuales absorben progresivamente sectores poblacionales con mayor probabilidad a enfermar, aumentando su atractivo fundamentalmente en el área de la cobertura quirúrgica y de internación para sectores de niveles de ingreso medio y bajo.

Se ha configurado un escenario de competencia con sesgos que favorecen a empresas de aseguramiento privado (emergencias móviles, seguros privados propiedad de las mismas, otros de carácter internacional, entidades sanatoriales privadas, etc.). Estas empresas operan con menor cobertura y selección de riesgos natural. En particular, las emergencias móviles transfieren costos de internación a las IAMC y al sector público. Han surgido y se han desarrollado aprovechando nichos de mercado fruto de la ineficiencia del sistema IAMC, logrando brindar prestaciones de menor costo y con notoria mayor eficiencia en determinados segmentos del mercado. Esto les permite operar con tasas moderadoras bajas o nulas, captación de demanda creciente y mayor éxito empresarial.

Desde el punto de vista asistencial, la segmentación de la prestación que se ofrece al usuario modifica las pautas de atención de la población, aumentando su capacidad de autoselección según el riesgo. Simultáneamente suele reconocerse el efecto negativo que desde el punto de vista asistencial tiene la dispersión en la actividad del primer nivel de atención (consultas de policlínica de medicina general, etc.) dada la dificultad que se genera, por ejemplo, en mantener historias clínicas únicas.

2. CANTIDAD DE AFILIADOS

La Ley 15181 de 1981 establece que las IAMC deben poseer un *número mínimo de afiliados* y otras características para poder funcionar. En 1983, el Decreto 97/83 establece que el número mínimo de afiliados se fija, para cada IAMC de Montevideo, en 20.000 afiliados. La aplicación de esta disposición, junto con la situación económica de esos años y la transferencia de afiliados entre instituciones, provoca el cierre de algunas IAMC de menor tamaño. Se establecen disposiciones de protección para los afiliados, los cuales son incorporados automáticamente a otra IAMC, sin realización de examen médico previo ni pago extra a la cuota mensual. En 1988 se regula la forma en que se asignan los afiliados, de modo de no castigar a las empresas de mayor solvencia y prestigio con población de mayor riesgo.

Cabe recalcar que el sistema IAMC constituye un conglomerado de instituciones aseguradoras en el ámbito de la salud. Los aspectos económico-financieros (endógenos y exógenos al sistema) se conjugan entonces con factores de tipo actuarial, epidemiológico, poblacional, etc., razón por la cual la escala resulta una cuestión determinante para la viabilidad futura de estas empresas.

Existen evidencias por demás claras de que las empresas con un escaso padrón de afiliados muestran una alta probabilidad de inviabilidad en el mediano y largo plazo. También existen sobradas muestras de las dificultades experimentadas para consolidar procesos de fusión o absorción voluntarias entre empresas. Existen desequilibrios principalmente en el mercado IAMC montevideano, el cual debería tender hacia un nuevo equilibrio, con un número de empresas menor y más adecuado para el mercado en el que operan. El rol regulador del Estado será determinante para que este tipo de soluciones se desencadene, con el fin de anticipar respuestas para una crisis que puede operar como "efecto dominó" si no se toman las medidas correspondientes.

En lo que tiene que ver con el número de afiliados al sistema IAMC por la Seguridad Social, se cierra el ingreso a DISSE de nuevos grupos buscando frenar el crecimiento del gasto, quedando sectores importantes fuera de la cobertura de la Seguridad Social (una parte de los mismos recibe prestaciones en el Sector Público, y el resto se atiende en las IAMC - sectores de alto nivel de ingreso en otros seguros privados -): familiares del trabajador formal del sector privado (salvo atención materno - infantil en el BPS); trabajadores informales y sus familiares; trabajadores de la Administración Central y los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados (con excepciones, dado que en ciertos casos los organismos abonan la cuota mutua a sus trabajadores) y sus familias; y la población desocupada.

Existe cierto consenso a nivel de los operadores del sector en relación a las ventajas de extender el seguro de enfermedad a sectores aún no cubiertos, lo cual permitiría incrementar la población afiliada al sistema IAMC. Siempre que ésta medida requiera de un incremento del gasto por parte del sector público, su factibilidad parece escasa al menos para el corto plazo.

3. OTRAS MATERIAS DE REGULACIÓN SOBRE LAS IAMC.

Son múltiples las demás áreas sobre las que recae la regulación de la actividad de las IAMC.

Cabe mencionar la planificación y realización de *inversiones*, incorporación de *tecnología* y *equipamiento*. La normativa regula formalmente la incorporación de tecnología, pero en los hechos no se ejecutan eficientemente las acciones tendientes a manejar en forma racional su evaluación e incorporación. Esto otorga discrecionalidad al regulador, al no cumplirse sistemáticamente con lo establecido en la normativa.

A ello debe agregarse la tendencia del sector a competir en base a la incorporación de tecnología, aprovechando la asimetría de información existente entre el médico y el paciente (característico de estos mercados), facilitado a su vez por la posibilidad de recaudar una sobrecuota de inversión (que en la actualidad puede llegar hasta el 10% de la cuota promedio de los afiliados particulares de la IAMC). Esto transforma la adquisición de tecnología y equipamiento en un factor adicional de presión de costos para las empresas IAMC, en el contexto de un fuerte proceso de sobreinversión en el sector.

No existe una regulación consistente para el *Fondo Nacional de Recursos* (FNR), el cual funciona como un reaseguro paralelo de las IAMC en las prestaciones de alta tecnología y altos costos. La inexistencia de incentivos para internalizar costos por parte de las IAMC en relación a las prestaciones cubiertas por el FNR, hace que las mismas tiendan a derivar acciones sobre sus pacientes al Fondo cuando deberían asumirlas y aún prevenirlas en el marco de su cobertura asistencial. Esto provoca mayores egresos y fuertes presiones de costos al sistema FNR, incrementando en forma sostenida las prestaciones de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE). A ello debe agregarse la inexistencia hasta el presente de estudios de costo-efectividad para el mantenimiento y/o incorporación de nuevas técnicas a ser cubiertas, así como una política errática en la regulación de precios y aranceles abonados por el FNR a los IMAE.

En relación a los *recursos humanos*, son diversas las áreas sobre las cuales se establecen normativas para el funcionamiento del sistema. Un aspecto a tener en cuenta es la *dotación mínima de personal*. Distintas normas de habilitación de servicios específicos o de normalización de profesiones establece requerimientos mínimos de distintos profesionales¹⁵.

En lo que hace a la *actividad médica*, los Laudos y Convenios Colectivos se refieren a la normatización de diversos aspectos del trabajo médico: normas y monto de remuneración; regímenes horarios en atención ambulatoria y hospitalaria, y productividad exigible; categorización de funciones estableciendo la carrera funcional; y la participación de los médicos en los órganos directivos de las IAMC.

Es frondosa la normativa existente para los recursos humanos del sector, y una descripción minuciosa de la misma con sus efectos desbordaría largamente los objetivos del presente documento. De todos modos, vale la pena mencionar algunas consideraciones en relación a las causas y efectos de la regulación a la que se enfrenta el sistema IAMC en el área de los recursos humanos, fundamentalmente médicos.

En primer lugar, la existencia de un *importante número de médicos* y el poder de negociación que éstos adquieren en diversas especialidades y tipo de actividad, hace que se consolide en el sector una doble tendencia: por un lado, el mantenimiento y leve incremento del *ingreso real* para ciertos sectores y un fuerte crecimiento del mismo para otros con mayor poder de mercado (ejemplo, anestésico-quirúrgicos); por otro lado, el aumento progresivo en las últimas décadas del número de cargos a partir de la reducción de la carga horaria¹⁶ y la normatización del rendimiento máximo exigible, minimizando la acumulación de puestos de trabajo en una misma IAMC, permite la consolidación del fenómeno del *multiempleo* (aproximadamente 3 cargos promedio por médico), con especial énfasis en Montevideo. A su vez, para asegurar el acceso a los cargos, y en función del modelo asistencial curativo predominante en el sector, se profundiza la *sobreespecialización* médica, lo que refuerza la presión de costos para las IAMC y el sistema en su conjunto dada la tendencia asociada a la especialización de utilizar alta tecnología y tratamientos más sofisticados.

Adicionalmente, el *multiempleo* genera serias distorsiones en diversas direcciones: Para los médicos, si bien representa una diversificación del riesgo, particularmente cuando se trata de evitar la concentración en empresas de menor porte, también trae consigo serias dificultades asociadas a costos de traslado, diversidad de relaciones funcionales, y menores posibilidades de mejorar la calidad en la atención a los pacientes, por ejemplo, ya sea por el tiempo a destinar en la consulta, o bien por las limitaciones que impone el esquema para la formación médica continua, etc. Para las empresas, el débil sentido de pertenencia e identificación del médico con la IAMC en la que trabaja, y la casi nula actividad en exclusividad existente, impide el desarrollo de una competencia por la captación de afiliados basada, por ejemplo, en la oferta exclusiva de médicos de cierto prestigio. Al mismo tiempo se aumentan los costos en un esquema de este tipo, dado que cada cargo tiene asociado no sólo un pago por destajo, sino adicionalmente un componente de pago fijo.

Una vez más, mientras el sistema IAMC queda sujeto a una fuerte regulación en materia laboral, los restantes seguros privados, particularmente en el área de la actividad médica, se encuentran desregulados, lo que les permite negociar con mayor flexibilidad y eficiencia la modalidad y los mecanismos de pago a estos profesionales.

En relación a los hechos, cabe reiterar que en el año 1993, el retiro del PE de la negociación salarial, permitió que sectores con mayor poder de mercado obtuvieran incrementos reales en sus remuneraciones, modificando el peso relativo de las modalidades de retribución existente

¹⁵ Este es el caso por ejemplo de las parteras, los Centros de Hemodiálisis, los Centros de Implantación de Marcapasos, las Unidades de Cuidados Especiales.

¹⁶ 26 horas mensuales para la actividad en consultorio y 96 horas para la emergencia, entre otras.

(mayor relevancia del acto quirúrgico, y en menor medida, del acto médico). Este cambio refuerza las posibilidades de inducir demanda, contribuyendo a incrementar los costos salariales de las empresas del sector.

La regulación en materia de exoneraciones impositivas, control de aspectos técnico-contables, marketing, y otras, completan el cuadro de normas que delimitan el accionar de las entidades comprendidas en el sistema IAMC.

4. CONCLUSIONES SOBRE REGULACIÓN Y SUS TENDENCIAS FUTURAS

La regulación imperante en el sector IAMC no parece fortalecer la competencia en calidad, contención de costos y especialización. Las principales variables priorizadas por las instituciones IAMC para la captación de afiliados parecen ser la alta tecnología, la imagen, el precio (cuota y tasas moderadoras), la promoción con fuerza de ventas, la publicidad, la ubicación geográfica, etc. Estas variables no conducen en general a una gestión más eficiente de los recursos involucrados en este tipo de mercados, ni necesariamente a una mejor calidad de las prestaciones en función de los objetivos perseguidos por entidades de servicios de salud.

En cuanto a los precios de cuota, los mismos no presentan una varianza significativa, lo cual demuestra que no se han utilizado (salvo en casos específicos para capturar segmentos de la población de menor riesgo - niños, jóvenes -) como variable determinante en la competencia entre empresas.

Pero existe movilidad de afiliados en el sector, probablemente basada en decisiones en las que pesan sobre todo las variables mencionadas en el párrafo anterior. Esta movilidad de los afiliados conduce naturalmente a la concentración, dado que son las empresas de mayor tamaño las que pueden hacer jugar con éxito aspectos tales como alta tecnología, publicidad, imagen, promoción, variedad de especialistas (en tipo y número), etc. La concentración puede favorecer al sistema en su conjunto, siempre que sea capaz de aprovechar las economías de escala que se pudieran producir en las diversas formas de integración interinstitucional, con apoyo regulatorio del Gobierno.

En todo caso, la regulación ha mostrado históricamente un comportamiento errático en lo que tiene que ver con los precios del sector, no ha podido establecer reglas de juego claras, ha configurado desigualdades competitivas entre empresas competidoras a partir de la existencia de asimetrías en la normativa que se aplica a los distintos tipos de entidades (IAMC y empresas aseguradoras privadas), y no ha sido capaz de establecer los incentivos adecuados que permitieran, regulación mediante, alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos destinados a salud en el país.

Las tendencias futuras en materia de regulación dependerán del modelo de sistema al que apunte el nuevo Gobierno a partir del año 2000. Seguramente deberán plasmarse, sea cual fuera ese modelo, medidas tendientes a alcanzar el equilibrio en el mercado de las IAMC, de modo de atemperar los fuertes déficit económicos y financieros que deben enfrentar, fundamentalmente las empresas de pequeño porte, las cuales, en escenarios de restricción crediticia y baja inflación, tienen escasos grados de libertad para alcanzar cierta viabilidad futura.

Simultáneamente, existe cierta probabilidad de que se tienda a atender los reclamos de las cámaras que nuclean a las IAMC en lo que tiene que ver con la configuración de un escenario de competencia con los seguros privados que presente reglas de juego semejantes en los diferentes planos analizados en el presente capítulo.

Algunas conclusiones acerca de la organización del sector salud.

Una de las características más destacadas de la organización de los servicios de salud en Uruguay es la inexistencia de una instancia que proporcione racionalidad a su funcionamiento. No existe en el país una autoridad rectora donde se centralicen las decisiones estratégicas del sector, tarea que la normativa vigente asigna al MSP. Puede afirmarse entonces, con el acuerdo de buena parte de los agentes que operan en el sector, que no existe en Uruguay un *sistema* de salud. En ausencia de una coordinación planificada y explícita, y de una política global para el sector, se producen múltiples efectos de interacción e interdependencia entre los prestadores, que lo convierten en una organización incoherente en diversas áreas, provocando la obtención de resultados muchas veces no deseados.

A modo de ejemplo, la doble cobertura concomitantemente con la falta de cobertura, subsidios cruzados, crecimiento del gasto en salud en los últimos años a tasas no sostenibles en el tiempo, duplicaciones evitables de costos fijos, problemas de acceso bajo circunstancias que no explican en absoluto su existencia, etc.

La regulación en el sector no ha logrado alcanzar, en una perspectiva de mediano y largo plazo, *escenarios estables* y previsibles para los agentes que participan en el sector salud. La multiplicidad de entidades regulatorias (MSP - aspectos sanitarios -, MEF - precios - , MTSS - mercado laboral -, BPS - 40% de los afiliados a las IAMC -, BSE - enfermedades profesionales -, Universidad de la República, etc.) que actúan sobre un sistema institucionalmente muy fragmentado y fuertemente segmentado, han provocado una superposición de medidas con objetivos no siempre coherentes, a veces contradictorios, y pocas veces eficaces en lo que tiene que ver con los fines de optimizar los recursos asignados con vistas a alcanzar niveles de excelencia en la calidad de la prestación que recibe la población, con la máxima eficiencia, eficacia y equidad posibles.

En este contexto, el MSP lleva adelante dos funciones claramente diferenciadas: por un lado, desarrolla actividades de *promoción y atención de la salud*, cumpliendo a su vez con funciones de tipo regulatorio en lo que tiene que ver con las cuestiones de tipo técnico - asistencial. Puede afirmarse a la luz de los hechos, que en la situación actual carece de los instrumentos necesarios para cumplir en forma eficiente con esta última función, al tiempo que la magnitud de su presupuesto y la distribución del mismo le impiden cumplir, en la mayor parte de los servicios que presta, con niveles mínimos de calidad, eficacia y eficiencia necesarios, no sólo para poder ejercer su rol regulatorio, sino para poder alcanzar los niveles de equidad deseables.

3. Cobertura y Equidad

Tomando en cuenta los datos que surgen de la Encuesta de Hogares, existe un 5,6% de la población que declara no tener derechos adquiridos para el cuidado de la salud en ninguna Institución, es decir se consideran sin cobertura médica. Del conjunto de población que dice tener cobertura, un 49,9% declaran tener derechos adquiridos en una IAMC, ya sea en forma individual o a partir del BPS (ex - DISSE), y un 35,1% en el MSP. Estos dos efectores acumulan entonces un 85% de la cobertura formal. El restante 15% corresponde a otros efectores públicos y privados.

Si se observa la cobertura por grupos de población, lo más llamativo es el elevado porcentaje de desocupados que declaran no tener derechos adquiridos para el cuidado de la salud. A nivel del país este porcentaje es de 14,2 y en Montevideo es aún mayor, 17,6%.

Si se relaciona la existencia de derechos adquiridos para el cuidado de la salud con el nivel de ingreso de los hogares, se observa que para el total del país, en el tramo de bajos ingresos, un 17,1% declara no tener cobertura, mientras que en el tramo de mayor ingreso este valor es de 2,0%. Para Montevideo estos valores son respectivamente, 24,5% y 1,0%.

Teniendo en cuenta la estructura etaria de la población que declara no tener derechos adquiridos para el cuidado de la salud, se observa que el tramo de mayor edad es el que presenta mayor nivel de cobertura. Es interesante destacar que a pesar que la cobertura por la ex - DISSE cae en forma importante en el tramo de 60 años y más, esta caída se ve compensada por un incremento equivalente en el número de afiliados al sistema en forma individual. Esto indicaría que la entrada al sistema vía la Seguridad Social en la etapa activa de las personas, no se revierte una vez que las mismas abandonan el mercado de trabajo, aún teniendo en cuenta que la Seguridad Social sólo cubre, a partir de 1996, a un porcentaje menor de pasivos (con ingresos muy bajos).

Cuadro. Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud según grandes áreas y grupos de población. Año 1997.

	Total	No tiene	IAMC Afiliac. Individ.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS	100,0	5,6	30,4	16,7	33,1	11,0	3,2
Menores de 14 años	100,0	5,2	30,6	0,4	47,9	11,6	4,3
Inactivos	100,0	4,6	46,4	1,2	34,9	9,2	3,6
Ocupados	100,0	5,7	18,0	39,3	22,0	12,7	2,2
Desocupados	100,0	14,2	22,0	5,1	48,4	6,5	3,8
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
Menores de 14 años	100,0	5,5	46,8	0,4	31,2	11,6	4,6
Inactivos	100,0	4,1	63,3	1,3	18,0	9,8	3,4
Ocupados	100,0	5,3	23,5	44,9	12,1	11,9	2,4
Desocupados	100,0	17,6	32,2	7,2	31,4	6,7	4,9
Interior	100,0	5,6	21,5	13,7	44,9	11,1	3,2
Menores de 14 años	100,0	5,0	19,5	0,3	59,4	11,6	4,1
Inactivos	100,0	5,0	33,5	1,2	47,8	8,8	3,7
Ocupados	100,0	6,1	13,0	34,2	31,2	13,4	2,1
Desocupados	100,0	11,1	12,3	3,1	64,5	6,3	2,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Cuadro. Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud según grandes áreas y estructuras etarias. Año 1997.

	Total	No tiene	IAMC Af. Indiv.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS	100,0	5,6	30,4	16,7	33,1	11,0	3,2
Hasta 13 años	100,0	5,2	30,6	0,4	47,9	11,6	4,3
14 a 19 años	100,0	8,6	27,1	6,3	44,6	9,3	4,1
20 a 24 años	100,0	8,7	18,0	32,5	31,6	7,1	2,1
25 a 29 años	100,0	8,0	15,6	38,7	26,7	9,0	2,1
30 a 39 años	100,0	6,9	18,2	33,3	26,7	12,5	2,5
40 a 49 años	100,0	6,1	21,1	29,1	27,1	14,2	2,5
50 a 59 años	100,0	4,8	28,7	25,4	24,2	14,3	2,6
60 y más años	100,0	2,7	53,2	4,8	27,1	8,7	3,5
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
Hasta 13 años	100,0	5,5	46,8	0,4	31,2	11,6	4,6
14 a 19 años	100,0	9,4	40,0	7,8	27,9	10,1	4,9
20 a 24 años	100,0	8,8	24,8	38,6	19,0	6,8	2,0
25 a 29 años	100,0	7,2	20,8	46,5	15,0	8,1	2,4
30 a 39 años	100,0	7,1	24,8	38,7	15,9	10,8	2,7
40 a 49 años	100,0	6,5	28,6	34,0	14,9	13,4	2,6
50 a 59 años	100,0	4,2	36,9	28,7	12,6	14,5	3,1
60 y más años	100,0	2,0	67,7	5,9	11,8	9,7	2,9
Interior	100,0	5,6	21,5	13,7	44,9	11,1	3,2
Hasta 13 años	100,0	5,0	19,5	0,3	59,4	11,6	4,1
14 a 19 años	100,0	8,0	17,8	5,2	56,7	8,8	3,5
20 a 24 años	100,0	8,5	11,9	27,0	42,9	7,4	2,2
25 a 29 años	100,0	8,7	10,3	31,1	38,3	9,8	1,8
30 a 39 años	100,0	6,7	12,1	28,4	36,6	14,0	2,3
40 a 49 años	100,0	5,7	14,9	25,0	37,0	14,9	2,4
50 a 59 años	100,0	5,4	21,9	22,6	33,7	14,2	2,2
60 y más años	100,0	3,3	40,6	3,9	40,3	7,8	4,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Cuadro. Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud según grandes áreas y nivel de instrucción más alto alcanzado. Año 1997.

	Total	No tiene	IAMC Af. Indiv.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS							
Menores de 14 años	100,0	5,2	30,6	0,4	47,9	11,6	4,3
Sin instrucción	100,0	4,2	24,9	4,1	57,0	4,5	5,4
Primaria	100,0	5,3	29,4	13,8	38,1	10,7	2,7
Secundaria	100,0	6,9	29,0	25,8	24,3	11,0	2,9
Técnico	100,0	6,9	19,0	28,6	30,0	12,8	2,6
Superior	100,0	3,9	48,4	27,5	6,6	9,9	3,7
Otro	100,0	7,1	32,7	23,9	20,2	16,2	0,0
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
Menores de 14 años	100,0	5,5	46,8	0,4	31,2	11,6	4,6
Sin instrucción	100,0	5,5	47,1	6,2	25,9	8,4	6,9
Primaria	100,0	5,6	41,8	15,2	24,0	10,7	2,5
Secundaria	100,0	6,5	37,5	28,7	14,0	10,2	3,0
Técnico	100,0	7,4	26,8	34,5	16,8	11,6	2,9
Superior	100,0	3,0	48,9	30,9	2,7	11,1	3,5
Otro	100,0	5,6	41,7	33,3	8,3	11,1	0,0
Interior	100,0	5,6	21,5	13,7	44,9	11,1	3,2
Menores de 14 años	100,0	5,0	19,5	0,3	59,4	11,6	4,1
Sin instrucción	100,0	3,8	18,7	3,6	65,6	3,4	4,9
Primaria	100,0	5,0	21,8	13,0	46,7	10,7	2,7
Secundaria	100,0	7,3	20,7	23,0	34,5	11,7	2,8
Técnico	100,0	6,4	12,9	24,0	40,5	13,8	2,4
Superior	100,0	5,9	47,4	19,9	15,3	7,3	4,3
Otro	100,0	9,5	19,0	9,5	38,1	23,8	0,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Cuadro. Proporción de la población urbana por derechos adquiridos para el cuidado de la salud según grandes áreas y tramos de ingresos de los hogares.

(En \$ uruguayos). Año 1997.

	Total	No tiene	IAMC Af. Indiv.	IAMC DISSE	MSP	Otros Públicos	Otros Priv.
TOTAL DEL PAÍS	100,0	5,6	30,4	16,7	33,1	11,0	3,2
0 a 1.000	100,0	17,1	6,8	1,4	73,3	0,8	0,6
1.001 a 3.000	100,0	8,7	13,4	3,7	69,1	2,4	2,7
3.001 a 5.000	100,0	6,5	19,4	8,8	54,9	6,9	3,5
5.001 a 10.000	100,0	5,9	25,9	15,8	35,8	13,3	3,2
10.001 a 15.000	100,0	5,4	35,0	23,0	18,6	14,2	3,7
15.001 a 20.000	100,0	4,1	45,9	24,8	8,3	13,8	3,1
20.001 a 30.000	100,0	2,4	53,5	26,2	5,5	10,2	2,1
30.001 y más	100,0	2,0	60,6	25,0	0,9	8,2	3,2
Montevideo	100,0	5,7	41,2	20,3	18,7	10,8	3,3
0 a 1.000	100,0	24,5	16,4	1,8	56,4	0,9	0,0
1.001 a 3.000	100,0	14,3	24,4	3,4	51,1	3,6	3,2
3.001 a 5.000	100,0	8,9	30,3	9,6	40,8	6,8	3,5
5.001 a 10.000	100,0	6,8	36,2	17,8	23,8	11,8	3,5
10.001 a 15.000	100,0	4,9	40,1	25,2	13,6	12,3	3,9
15.001 a 20.000	100,0	3,5	48,2	25,7	6,9	13,2	2,4
20.001 a 30.000	100,0	1,8	55,6	27,1	2,4	11,2	2,1
30.001 y más	100,0	1,0	60,6	25,0	1,0	9,2	3,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Los cuadros precedentes corresponden a lo que se puede denominar “cobertura formal”, la que se asocia con la existencia de un derecho adquirido para hacer uso de los servicios que brindan las distintas instituciones médicas.

No obstante, puede no existir una correspondencia entre la existencia de estos derechos y su utilización. Esto es probable que suceda cuando para poder hacer uso del derecho asistencial, es necesario asumir un costo, ya sea este pecuniario o no. Como ejemplo de los primeros, puede citarse la existencia de pagos de tasas moderadoras (denominados co - pagos) para la atención ambulatoria en el sector privado IAMC.

Tal como fuera mencionado anteriormente, estas tasas moderadoras se introducen para evitar la utilización innecesaria de los servicios que brindan estas instituciones. Pero con el tiempo este objetivo se ha ido desnaturalizando, siendo en la actualidad una fuente importante de ingresos para el sistema mutual.

Si se analiza la estructura de ingresos del sistema IAMC se observa que los co - pagos moderadores de la demanda incrementan su participación en el tiempo, pasando de representar en el año 1991 un 8,7% a un 11,1% en 1997.

Estructura de Ingresos Operativos del conjunto de IAMC

	Cuotas	Órdenes	Tiques	Otros	Ingresos Operativos Totales
1991	84,6	2,8	5,9	6,7	100,0
1992	83,5	2,8	6,3	7,4	100,0
1993	81,8	3,3	6,6	8,4	100,0
1994	78,8	4,1	8,1	9,0	100,0
1995	77,9	4,4	7,9	9,8	100,0
1996	78,5	3,8	7,3	10,4	100,0
1997	79,0	3,8	7,3	9,9	100,0
Promedio	80,6	3,6	7,1	8,8	100,0

Fuente: Sistema Nacional de Información (MSP)

Este incremento de la participación se explica por el crecimiento en el valor real de los precios de las órdenes y tiques. Es así que un conjunto de la población con derechos adquiridos en el sector privado, presumiblemente, demanden en caso de necesitarlo, servicios en el sector público, con lo que la cobertura del sector público real sería mayor por esta causa que la formal.

Existe también la posibilidad de una discrepancia entre cobertura formal y real entre quienes declaran tener derechos adquiridos en el MSP asociada a la existencia de costos de transporte o jornales perdidos.

4. Gasto y Financiamiento del sector salud en el Uruguay.

1. MAGNITUD DEL SECTOR SALUD: GASTO Y ESTRUCTURA

El gasto en salud en Uruguay ascendió, en 1995 (último año para el que se cuenta con información confiable) a US\$ 1.745 millones de dólares, lo que representa cerca de 10 puntos del PBI. Este valor es similar al observado en países desarrollados, tal como puede observarse en el siguiente cuadro.

**Cuadro. Gasto en Salud
Porcentaje del PBI - 1995**

País	%
Australia	8,4
Austria	9,6
Bélgica	8,0
Canadá	9,5
Dinamarca	6,5
Finlandia	8,2
Francia	9,9
Alemania	9,6
Italia	7,7
Japón	7,2
Holanda	8,8
España	7,6
Suiza	7,7
Reino Unido	6,9
Promedio	8,3

Si se observa la evolución del gasto en salud en la última década (cuadro siguiente), se destaca la tendencia al crecimiento del mismo. Teniendo en cuenta los niveles ya alcanzados, puede afirmarse que se presenta una situación difícilmente sostenible en el tiempo.

**Cuadro. El gasto en salud de Uruguay
1987-1995**

Año	Población En miles	Gasto en Salud (Millones US\$)	Gasto en Salud (% del PBI)	Gasto en Salud Per capita
1987	2.995	482	6,5	161
1991	3.078	807	8,0	261
1992	3.098	979	8,3	316
1994	3.141	1.589	9,8	506
1995	3.162	1.745	10,0	552

Es sabido que los precios del sector evolucionan normalmente por encima de los precios de la economía considerada en su conjunto. El envejecimiento de la población, el modelo asistencial, la incorporación indiscriminada de tecnología, los problemas de gestión, las escasas medidas tendientes a contener costos para niveles adecuados de calidad asistencial, la superposición de cobertura de servicios, y un sistema regulatorio que en los diferentes planos ha probado ser deficiente, entre otros factores, pueden explicar una buena parte de las tendencias observadas.

El gasto público en salud representa un 28,6% del gasto total en salud del país. A su vez, un 60% del gasto en salud del Sector Público se concentra en el MSP, como surge del siguiente cuadro.

El gasto privado, en el que se incluyen los gastos efectuados por las IAMC, los seguros privados parciales e integrales, el gasto en medicamentos comprados en farmacias externas y la compra directa de servicios de salud por parte de las familias, fue en 1995 de 1.272 millones de dólares, lo que equivale a un 71,4% del gasto en salud total del país (ver el mismo cuadro).

El gasto del sistema IAMC representó en 1995 un 49,6% del gasto total en salud del país, lo que equivale a 5 puntos del PBI.

Mientras que a nivel del sistema IAMC su participación en el gasto total coincide con el porcentaje de población afiliada (aproximadamente 50% en los dos casos), para ASSE-MSP se observa que mientras este da cobertura a un 34% de la población, su participación en el gasto total en salud es de 15%. *Por ende, el gasto medio es menor en ASSE-MSP en relación al sistema IAMC.*

Cuadro. Estructura Institucional del Gasto
Valores expresados en miles de dólares
Año 1995

Total del gasto	1.781.293	100,0		
Sector público	509.280	28,6	100,0	
Acciones a la población	40.679	2,3	8,0	
MSP	31.733	1,8	6,2	
Ch de lucha contra en cáncer	2.884	0,2	0,6	
Ch por salud cardiovascular	140	0,0	0,0	
Ch lucha contra la hidatidosis	827	0,0	0,2	
Ch de lucha antituberculosa	5.095	0,3	1,0	
Acciones a las personas	468.601	26,3	92,0	100,0
ASSE	266.726	15,0	52,4	56,9
DNSFFAA	33.269	1,9	6,5	7,1
DNSP	22.743	1,3	4,5	4,9
HHCC	28.065	1,6	5,5	6,0
BPS	40.167	2,3	7,9	8,6
BSE	23.755	1,3	4,7	5,1
ANCAP	9.842	0,6	1,9	2,1
IMM	7.244	0,4	1,4	1,5
FNR	36.141	2,0	7,1	7,7
ANP	649	0,0	0,1	0,1
Sector privado	1.272.012	71,4		100,0
IAMC	883.915	49,6		69,5
FNR	68.890	3,9		5,4
Seg. Parc. Emergenc. Móviles	104.237	5,9		8,2
Seg. Parc. Médico - Quirúrgico	7.679	0,4		0,6
Seg. Parc. Odontológicos	44.868	2,5		3,5
Farmacias externas	114.703	6,4		9,0
Casas de salud y Residencias	6.434	0,4		0,5
Caja Notarial	6.359	0,4		0,5
Asistenc. Estrictamente Privada	34.927	2,0		2,7

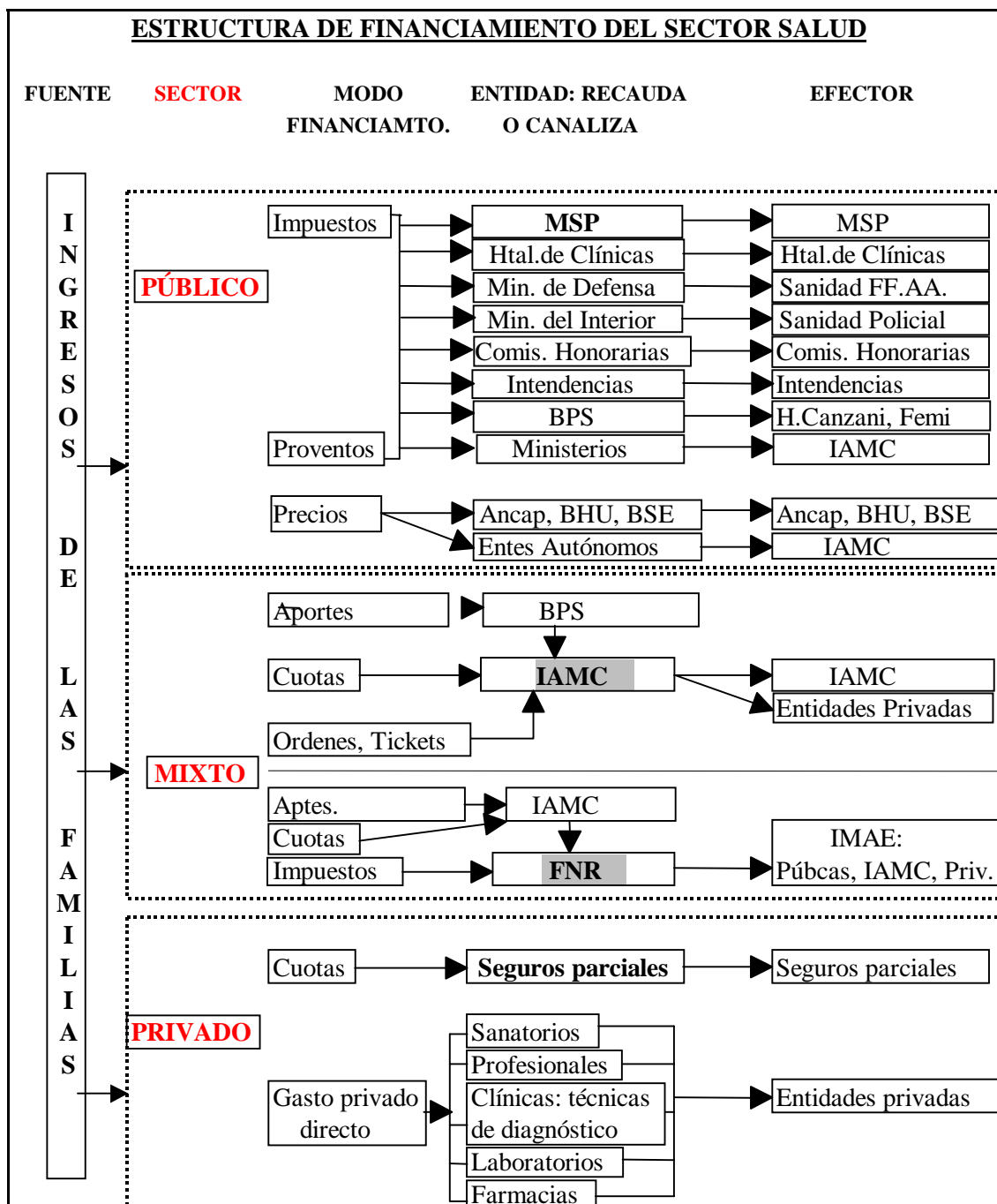
2. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD.

Dada la tendencia creciente del gasto, debe analizarse lo que ocurre con el financiamiento del mismo. Una multiplicidad de fuentes que vuelcan recursos al sector, muchas veces superpuestas, pueden tener un origen público, privado o mixto. Se presentan a su vez una gran cantidad de modalidades de financiamiento: impuestos, proventos, precios, aportes de los trabajadores, de usuarios, primas, y pagos directos de bolsillo, las cuales imprimen al mecanismo de financiamiento una gran complejidad.

Esta diversidad de fuentes y modalidades provoca a su vez serias dificultades para esclarecer cuales son los principios que contempla este mecanismo de financiamiento.

El impacto en la equidad - como uno de los principios rectores de los sistemas de salud - desde el punto de vista económico financiero del sector, requiere, para una primer aproximación, de un análisis integral del impacto del gasto y de su financiamiento sobre el bienestar de la población que recibe los servicios y los financia de un modo u otro. La complejidad que caracteriza a la actual estructura a través de la cual fluyen los recursos desde las familias hacia los prestadores y la cobertura que éstos otorgan a cambio a la población hace que sea prácticamente imposible identificar en que grado este modelo del sector salud contribuye efectivamente a mejorar la equidad entre la población.

En el cuadro siguiente puede observarse de modo gráfico el nivel de complejidad y fragmentación que presenta el sistema de salud uruguayo a nivel institucional, de fuentes de financiamiento y de canales de gasto de los recursos involucrados.



La participación del Estado en el sector salud es diferente si se considera su papel como proveedor de servicios que si se considera su papel de financiador. En este último caso hay que incluir su rol en lo que hace a las afiliaciones a través del BPS. Si esto se tiene en cuenta, la participación del Estado en el sector salud aumenta sustancialmente.

La principal fuente de ingresos del Sector Público lo constituyen los impuestos, los que representan un 88% del total de las fuentes de ingresos. La principal fuente de financiamiento del sector privado está constituida por las cuotas y los precios (co -pagos o tasas moderadoras), tal como puede observarse en el siguiente cuadro.

**Cuadro. Estructura de modalidades de financiamiento
Año 1995**

	Impuestos	Precios	Proventos	Cuotas	Total
Sector Público	25,2	2,5	0,9		28,6
MSP	16,1		0,7		16,8
HC	1,5		0,1		1,6
SFFAA	1,6	0,3	0,0		1,9
Sanidad Policial	1,0	0,3			1,3
FNR	2,0				2,0
Otros Públicos	3,0	1,9	0,1		5,0
Sector Privado		29,3		42,1	71,4
IAMC		11,4		38,2	49,6
FNR				3,9	3,9
Otras privadas		17,9			17,9
Total General	25,3	31,8	0,9	42,1	100,0

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD¹⁷

Si bien resulta difícil identificar en la actualidad la expresión en los hechos de políticas públicas de salud, pueden mencionarse sin embargo un conjunto de programas destinados a la atención de la población.

Estos programas se estructuran en torno a un número de problemas (aproximadamente una docena) considerados por el MSP como prioritarios: enfermedades cardiovasculares; morbilidad y mortalidad generados por accidentes de tránsito; hábitos tóxicos y adicciones; mortalidad infantil, embarazo y parto mal controlados; sida; cáncer de mama; cáncer de pulmón; salud oral; aislamiento social de ancianos; enfermedad de Chagas; hidatidosis; violencia - en especial la doméstica -; discapacidades por enfermedad ocular o auditiva.

Existe un sistema único de vigilancia epidemiológica en el marco del MSP, el cual cumple la función de recomendar a las autoridades las medidas eficaces a corto, mediano y largo plazo para prevenir o controlar las enfermedades sujetas a vigilancia o las situaciones de salud inusitadas o epidémicas.

El Banco Nacional de Sangre, dependiente del MSP, regula, supervisa y controla todos los bancos de sangre del país.

El agua potable tiene una amplia extensión para el consumo de la población, estando a cargo de las Obras Sanitarias del Estado (OSE). Según el Censo de 1985, el 7,4% de la población carecía de abastecimiento de agua potable y un 8,5% sufría de carencias críticas de saneamiento. En los últimos años se han ido extendiendo aún más ambos servicios. También la cobertura de servicios de alcantarillado público alcanza niveles importantes (43% de la población del país, 51% de la población urbana).

En relación a la protección y control de los alimentos, desde 1993 hasta mayo de 1997 se han confirmado por laboratorio 26 brotes de intoxicación alimentaria notificados al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del MSP. Los agentes bacterianos fueron la causa más frecuente (89%), los alimentos de origen animal los más incriminados (73%), y el domicilio la localización más frecuente del brote (46%).

El MSP cuenta, desde hace más de 20 años, con un Programa de Alimentación Complementaria destinado a combatir la desnutrición y el bajo peso al nacer en la población cubierta por ASSE, vale decir, en niños y embarazadas en situación de riesgo. Este Programa ha sido reforzado por otros Programas de ayuda alimentaria a cargo de organizaciones no gubernamentales y otros organismos vinculados al Gobierno y destinados no solo a embarazadas y a los niños sino también a los adultos mayores.

4. LEGISLACIÓN VIGENTE

Es profusa la legislación vigente relacionada con el sector salud. La normativa incluye un grupo de leyes principales a las cuales se suman un conjunto importante de decretos. Estas normas no se encuentran sistematizadas ni ordenadas en texto alguno, lo que complica el intento de describir las mismas.

Sin embargo, puede mencionarse el núcleo central de dicha legislación.

A partir de 1987 entra a regir la Ley de Rendición de Cuentas, N° 15.903, por la cual se crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), separándose de esta forma los servicios médicos del Ministerio de su actividad normativa y de control.

¹⁷ "La Salud en las Américas", Edición 1998, Volumen II. Uruguay.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR)¹⁸, cuya creación data del 1º de diciembre de 1980, se encuentra regulado en la actualidad por la Ley N° 16.343 (11/1/93) y su Decreto Reglamentario No. 358/93.

En 1981, se promulga la Ley 15.181, la cual regula la actividad de las IAMC. En 1983 un Decreto reglamenta las inversiones en servicios de atención médica de las IAMC, y en 1989 una ordenanza establece las normas referentes a los seguros parciales de salud. Numerosos Decretos complementan la regulación del sector, particularmente en lo que tiene que ver con las áreas mencionadas más arriba en el capítulo de regulación.

¹⁸ Desde el punto de vista jurídico, se define -a partir del año 1984- como persona pública no estatal, con fines de interés público, que se nutre de aportes económicos públicos y privados y es cogobernada por representantes de ambos sectores, provenientes de entidades relacionadas con el funcionamiento del sistema.

5. Reformas y recomendaciones.

En general, la estrategia para llevar a cabo la reforma del sector salud se basa en una gama de opciones con distinta intensidad, que oscila - en función de la fuente de la cual provenga la fundamentación - entre la revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central en torno a la fiscalización y el control (dirección del sistema, formulación de planes y programas, establecimiento de normas técnicas, coordinación de actividades público - privadas, supervisión, auditoría, y evaluación del cumplimiento de planes y programas), la descentralización de los hospitales del MSP, nuevas formas de regulación y financiación del sistema, entre otras variantes.

SUB-SECTOR PÚBLICO

El Gobierno ha tendido a desarrollar un proceso de reforma de las políticas sociales, bajo los objetivos declarados de mejorar la gestión pública, aumentar la productividad, y readecuar los servicios racionalizando el gasto. Se considera prioritaria la reforma del Sector Público que paulatinamente debería dejar de ofrecer directamente los servicios no sustantivos del Estado.

En los últimos años el MSP ha desarrollado una política de progresiva descentralización de sus servicios asistenciales, habiéndose propuesto una disminución paulatina de sus actividades en la prestación directa de servicios, mediante el traspaso a terceros de funciones consideradas como no sustantivas y la redistribución de responsabilidades y de recursos a través de la aplicación de un modelo de gestión descentralizada de sus servicios de salud tendientes a aumentar su eficacia y eficiencia.

Esta política se evidencia en una primera instancia con la desconcentración de ASSE en el año 1987, concentrando las acciones en problemas prioritarios, manteniendo un control residual sobre el sector privado, el cual ha sido regulado básicamente en materia de precios por el MEF.

Una serie de medidas concretas se pueden citar en la última década, orientadas en esta dirección.

Una de ellas ha sido el impulso a los denominados "**programas incentivados**". El sistema de incentivos implementado por el MSP a través de las Comisiones de Apoyo cuenta al año 1998 con diez Programas (identificados en los informes oficiales) y diferentes formas de instrumentación en sus distintas dependencias. El origen del mecanismo ha sido a través del primer "programa incentivado" implementado en los Centros de Tratamiento Intensivo (CTI) del MSP (1991-1993). A continuación se describen las principales características de dicho programa y algunos de sus resultados.

Según lo manifestado por las propias autoridades del MSP, las bajas remuneraciones del personal médico y paramédico, conducían inevitablemente al cierre de los CTI del MSP a comienzos de los años 90, ya que era prácticamente imposible contratar personal médico y de enfermería con las diferencias salariales existentes respecto al sector privado.

El MSP contaba con la infraestructura, el equipamiento básico y los recursos necesarios para brindar una atención adecuada con sus propios servicios instalados de CTI, requiriéndose probablemente una mínima inversión inicial para instrumentar su funcionamiento. En síntesis, el MSP contaba con dos de los tres factores necesarios para brindar un buen servicio propio de atención en el área de CTI: existía la infraestructura física adecuada y una demanda creciente por parte de los pacientes. Faltaba resolver entonces el tercer factor, el recurso humano, el cual se transforma de este modo en el "factor crítico".

A partir de estos antecedentes se implementó un Programa con el objetivo **explícito** de reacondicionar los CTI del MSP a los efectos de dar respuesta a la importante demanda existente, brindando así una mejor y más eficiente asistencia.

La racionalización en el uso de los recursos del Ministerio permitiría economizar fondos antes destinados al pago de servicios privados, lo cual generaría economías. Se estimaba que para 10.000 Días Cama Ocupados (DCO) de adultos, las economías del MSP oscilarían en los 6:400.000 dólares para el año 1991.

Se inicia en enero de 1991 en los CTI de Montevideo y en el Interior del país a un Departamento. El principal problema a resolver por el Programa era la contratación del personal médico y no médico necesario.

Este personal comienza a ser contratado para brindar sus servicios en los CTI como empresas unipersonales a través de contratos de arrendamiento, en donde la entidad contratante es la Comisión de Apoyo de los Programas Especiales de la Unidad Ejecutora 068 ASSE. La renovación de los contratos se realiza previa evaluación del personal acorde con pautas de funcionamiento previamente establecidas.

La retribución resulta ser similar a la de la actividad privada. El cálculo de los honorarios de los médicos intensivistas se realiza a partir del promedio de los salarios percibidos por dichos profesionales en distintas instituciones privadas, pasándose luego a tomar en consideración los valores definidos en Convenios firmados entre el gremio médico y las IAMC.

La retribución adquiere básicamente dos formas:

- a. se paga un complemento al salario ya percibido hasta alcanzar dicho monto cuando se trata de funcionarios del MSP (sin que por ello pierdan la calidad de funcionario público),
- b. Se paga en su totalidad con fondos no salariales cuando se trata de personal contratado fuera de la nómina de funcionarios.

Este Programa es financiado con una transferencia de fondos que mensualmente realiza el MSP, con destino a la Comisión de Apoyo de ASSE, provenientes de los rubros presupuestales 2 (materiales y suministros) y 3 (servicios no personales). La Comisión de Apoyo de ASSE era la encargada de administrar tales fondos de modo de cubrir los requerimientos necesarios para el funcionamiento del Programa.

Una vez puesto en funcionamiento el Programa, la Ley 16.226 determina que el 75% de las economías generadas se distribuyan entre todos los funcionarios del MSP y el 25% restante se incorpore a las economías del Ministerio.

En Montevideo el Programa atiende, en principio, la totalidad de la demanda de CTI y cuando la misma excede las posibilidades del Servicio, los pacientes se derivan al Sector Privado. En el Interior, exceptuando un Departamento, se realizan convenios entre el MSP y las IAMC a los efectos de implementar la derivación de los pacientes del Ministerio al sector privado.

Entre los resultados del Programa, se destaca el alto nivel de **cobertura** logrado: en los primeros tres años de aplicado el Programa, con una demanda creciente de Días Cama Ocupados de CTI de los usuarios del MSP, se logra su absorción - en más de un 90% a fines de 1993 - en detrimento del importante porcentaje de internaciones realizadas históricamente en los CTI del sector privado.

En términos de indicadores de **calidad**, y sólo a modo de ejemplo, se pudo constatar una notoria tendencia descendente en la mortalidad de los recién nacidos en los servicios de CTI del Hospital Pereira Rossell, para el período considerado (primeros tres años de funcionamiento del Programa), tal como puede observarse en la siguiente Tabla.

Año	Menores a 1.500 grs. (%)	Menores a 2.500 grs. (%)
1991	72	38
1992	56	31
1993	31	17

Finalmente, cabe mencionar las **economías** que efectivamente se alcanzaron en dicho período. Para ello, se realiza el cálculo de las economías del Programa CTI-MSP según Días Cama Ocupados de pacientes adultos (se excluyen niños), para el período 1991-1993, en U\$S.

Año	Nº DCO Adtos Programa MSP	Costo DCO Adtos Programa MSP (U\$S)	Costo DCO Adtos en las IAMC (U\$S)	Resultado Economías 1991 – 1993
1991	11.231	240,90	747,00	5.864.009
1992	12.999	237,10	747,00	6.628.190
1993	16.245	354,08	734,00	6.171.800
Total				18.483.999

Como puede apreciarse en la tabla, la instrumentación del Programa implicó una sensible disminución del gasto para el MSP en el período considerado.

En síntesis, entre los resultados más importantes a los que se arriba en los primeros tres años de implementado el Programa, se destaca una *cobertura* que alcanza al 93% de la demanda de servicios de CTI del MSP, la mejora de la *calidad* asistencial del servicio, la disminución de los porcentajes de estadía de los pacientes, la absorción del incremento de la demanda de camas de CTI, la captación de los profesionales y técnicos de alto nivel necesarios para el Proyecto, el *abatimiento de la presión financiera* que implicaba el nivel de derivación al sector privado y la distribución de las economías resultantes entre la totalidad de los funcionarios del MSP.

Una medida orientada en la misma dirección ha consistido en los sucesivos esfuerzos realizados por el MSP para implementar un **Registro Único de Cobertura Asistencial Formal**, de modo de identificar definitivamente a sus usuarios. Esto generaría las bases para una gestión autónoma y un gerenciamiento en base a mecanismos tendientes a alcanzar mejores resultados que los históricamente obtenidos a nivel de los servicios prestados. Se reuniría a su vez la información necesaria sobre cobertura asistencial de todos los habitantes del país, detectando así los casos de doble cobertura asistencial e identificando las situaciones en que ello determina un perjuicio para ASSE de no alcanzar la cancelación de la obligación por asistencia por parte de la Institución que corresponda.

El Proyecto de **Descentralización de ASSE** presentado con el Proyecto de Presupuesto en el año 1995 por el Ministro de Salud Pública de la época, Dr. Alfredo Solari, y que fuera rechazado con la oposición principal de las IAMC del Interior (las cuales percibieron en dicha medida la intención de constituir a ASSE en un potencial competidor), se orientaba en la dirección antes mencionada. Consistía en profundizar la descentralización en la gestión de los hospitales que constituyen el organismo, el cual había sido desconcentrado en 1987, con la lógica de separar progresivamente las funciones de prestación de servicios asistenciales (ASSE) y las de fiscalización y control (MSP).

Otra medida orientada en similar dirección consiste en la puesta en práctica de experiencias piloto de funcionamiento de **hospitales públicos del MSP con gestión descentralizada y nuevos mecanismos de gerenciamiento**. Se trata de mejorar la gestión y administración de las unidades asistenciales, buscando alcanzar una mayor eficiencia en la asignación y el manejo de los recursos del sector, favoreciendo la coordinación funcional con el sector privado e intentando alcanzar una utilización racional de la infraestructura hospitalaria existente.

Entre los objetivos declarados de esta experiencia aplicada a cuatro hospitales de ASSE, financiada con fondos de cooperación técnica del Banco Mundial (Proyecto FISS), se plantea la intención de mejorar la capacidad resolutive de los servicios asistenciales con mejores niveles de calidad de gestión en base a la formulación de un nuevo modelo de gerenciamiento hospitalario, basado en la medición de procesos y resultados, centrado en los costos y la calidad de los servicios. Ello debería permitir la evaluación de los servicios brindados, tanto en términos de eficiencia como de eficacia técnica, en un marco de responsabilidad de gestión y dirección. Este proceso debe a su vez garantizar un acceso más equitativo de la población usuaria a los servicios de salud.

Estas son, a grandes rasgos, las medidas que se pueden citar como representativas de la orientación que viene siguiendo el MSP en torno a su rol en materia de prestación de servicios.

SUB-SECTOR IAMC.

Puede afirmarse que en el país no existe una Política de Estado en materia de salud, careciéndose de políticas gubernamentales explícitas en el área, más allá del "laissez faire" predominante. Parece razonable esperar que las mismas debieran orientarse explícitamente a la consagración de un modelo cuya "imagen objetivo" fuera fruto de la combinación de dos aspectos cruciales para su viabilidad futura: por un lado, los acuerdos entre los diversos actores, con especial énfasis en la participación de los gremios involucrados y el aporte que pudieran realizar los beneficiarios de los servicios, es decir, la población en su conjunto; y por el otro, el cambio del modelo asistencial, de modo que se tuviera en cuenta en forma primordial los aspectos epidemiológicos, demográficos y de costos del sistema, tendiendo a un modelo en donde el primer nivel de atención - como aparentemente viene ocurriendo con diversos grados de profundidad en los países desarrollados- juegue *en serio, más allá de lo declarativo*, un papel primordial en la estructura asistencial.

Sin embargo, la realidad actual ha ido dejando progresivamente espacios para un debate en el cual los diagnósticos de situación se vuelven confusos, sesgados por intereses de distinto tipo, al tiempo que se abona el terreno para la presentación de propuestas que tienden a neutralizar los fundamentos mismos del sistema mutual, que en su larga trayectoria ha demostrado resultar un ejemplo incluso a nivel internacional, logrando conservar, a pesar de los avatares, valores y principios fundacionales que le han caracterizado a lo largo del tiempo.

Es por eso que resulta paradójico el que se tienda a analizar, como ha venido ocurriendo en los últimos tiempos, al mutualismo exclusivamente en un contexto coyuntural, excluyendo del análisis tanto la perspectiva histórica del sector y su larga vinculación en el tiempo con la población usuaria (fundamentalmente con los trabajadores vinculados al mercado formal de trabajo, a través de la Seguridad Social - ex DISSE -), así como la perspectiva futura de mediano y largo plazo. Resulta crucial la selectividad del enfoque, máxime si se tiene en cuenta las múltiples diferencias que se verifican hacia dentro del propio sistema. Bastaría mencionar, a modo de ejemplo, la identificación de las diferencias cruciales que se constatan entre la realidad que enfrentan las entidades radicadas en la Capital en relación a las que prestan sus servicios en el Interior del país, o entre las de mayor dimensión de afiliados con respecto a las de menor porte.

Se requieren propuestas de cambio que otorguen al sistema una salida viable para los problemas que presenta, con un marco de participación necesaria para la consecución de los objetivos que debe perseguir el sistema de salud en su conjunto, sobre la base de una política de salud apoyada en los postulados y principios que deberían regirlo desde una óptica socialmente aceptada.

Existen una serie de *factores que fundamentan la necesidad de consolidar y desarrollar el sector mutual*. Los valores y principios sobre los cuales se ha apoyado históricamente, sembrando en la población y sus trabajadores médicos y no médicos una vinculación de confianza y comprensión del sistema, factorpreciado para cualquier sistema que pretenda reconvertirse con la perspectiva de mejorar y crecer en el objetivo primordial de cualquier servicio de salud: la mejor atención al paciente.

Las IAMC constituyen, con todas sus variantes, organizaciones sin fines de lucro, que financian la atención médica de sus beneficiarios mediante el régimen de seguro voluntario de prepago, brindando un paquete asistencial integral de servicios a sus afiliados. Sin perjuicio de ello, existen grupos económicos (médicos y no médicos) que obtienen lucros importantes de esta actividad.

El sistema mutual es en su base solidario, dado que sus usuarios tienen derecho a la asistencia médica básica, completa e igualitaria, mediante el prepago de *cuotas mensuales*

únicas, las cuales, al no recoger el *costo de la asistencia médica previsible* con un criterio individual o por tramo de edad o sexo para los afiliados particulares, y con un aporte proporcional al ingreso en el caso de los afiliados por la Seguridad Social, tiende a que la población sana financie a la enferma, los de menor edad a los mayores, los de mayor ingreso a los de ingreso bajo, con una *prima* que recoge teóricamente el *costo medio* de toda la población afiliada al sistema.

A su vez, el sistema tiende a ser equitativo en el acceso de los usuarios a los servicios médicos sin importar sus recursos económicos y el costo real de los mismos, aún cuando algunas de sus variables, afectadas por la regulación, imponen barreras al acceso injustificadas desde un punto de vista sistémico.

La reglamentación de los servicios obligatorios que integran el paquete que deben prestar las IAMC tiende a asegurar la integralidad de la cobertura asistencial.

La universalidad se sostiene en el derecho de cualquier habitante a afiliarse a la IAMC que desee, evitándose que éstas puedan excluir de la cobertura a personas con enfermedades crónicas, con alto riesgo o con consumos de alto costo, aunque pueden establecer limitaciones (por ejemplo, límite de edad para el ingreso, otras limitaciones totales o parciales).

Finalmente, se tiende a proteger la libertad de elección del usuario, otorgando una gran movilidad al interior del sistema (principalmente para los trabajadores cubiertos por la Seguridad Social), con la diferencia señalada para el interior del país..

La existencia de la cobertura de la Seguridad Social a los trabajadores representa para las IAMC un seguro, dado que le otorga liquidez y certeza de cobro, al tiempo que sirve como garantía para la gestión de créditos bancarios. El 40% de la población afiliada a las IAMC lo es por la vía de la Seguridad Social.

Pero el sistema presenta *debilidades* importantes. Es fuertemente regulado, por una multiplicidad de entidades - muchas veces con criterios contradictorios, lo que genera escenarios poco estables y previsibles, al tiempo que predetermina nichos de mercado, asimetrías con desigualdad de condiciones en la competencia, etc.- y en diversos aspectos de su actividad. Sin embargo, se dejan libres mercados de insumos que afectan seriamente los costos de las IAMC (ej. medicamentos).

La historia de dicha regulación muestra un comportamiento errático en relación principalmente a los precios del sector, sin poder establecer reglas de juego claras y estables, que tendieran a una competencia en base a calidad de la asistencia brindada y contención de costos, configurando desigualdades competitivas entre entidades de distinto tipo (IAMC y otros seguros) a partir de la existencia de asimetrías, marchas y contramarchas, espacios legales que configuran verdadera "letra muerta", y en última instancia, la generación de escenarios que no se consolidan como marcos efectivos para un "sano" accionar del sistema en su conjunto.

El sistema IAMC muestra un gasto creciente (5 puntos del PBI en 1995) en un contexto de un nivel importante de gasto en salud para el país en su conjunto (10% del PBI para el mismo año) dado el modelo asistencial imperante, superando el gasto del MSP cuando ambos sub - sectores atienden similar número de personas.

El sector ha tendido a competir en la captación de afiliados en base a imagen, promoción y ventas, publicidad, ubicación geográfica, alta tecnología, y precios. Estas variables no han priorizado la calidad y la contención de costos, y han provocando serios cuellos de botella financieros a las instituciones, con la presión de costos respectiva.

Han carecido de una lógica de dirección con criterios de eficiencia en base a su condición de entidades de seguro. Al no aplicarse por lo general un gerenciamiento profesional y

técnicamente solvente, se ha tendido a poner en riesgo la viabilidad futura de buena parte de estas instituciones. Una muestra de ello ha sido la tradición del sector de licuar sus déficit con medidas de tipo financiero, basadas en el cobro presente de cuotas y el diferimiento de pagos, de modo de hacer jugar la inflación deteriorando los pasivos. Una vez que la inflación comienza a dar signos de ceder a la baja, la necesidad de calcular costos y establecer medidas de contención sin afectar negativamente la calidad asistencial, parecía algo notorio a simple vista. Sin embargo, una buena parte de las entidades no fueron capaces de comprender el agotamiento inminente del uso potencial de esa medida de tipo financiero.

Toleradas por el Estado que ha mantenido una actitud pasiva ante el progresivo desmejoramiento del perfil económico - financiero de estas instituciones, y presionadas por la coyuntura regional - crisis de Brasil, que trae consigo restricciones crediticias para el sector -, el proceso de deterioro alcanza el límite de la quiebra para algunas IAMC, en un horizonte de corto plazo.

Esta situación se ve agudizada aún por el hecho de que algunas de las **fuentes tradicionales de financiamiento no bancario** utilizadas por las instituciones se han ido agotando progresivamente, razón por la cual los pasivos de corto plazo exigen recurrir a los créditos bancarios, con los costos financieros que ello supone. En un contexto de restricción crediticia, y con una mala calificación de riesgo del sector por el Banco Central, llevan la situación a un plano sumamente delicado.

La imposibilidad de **diferenciar el riesgo** de su población, seleccionando tipo de prestaciones y precios según las características de los afiliados, si bien constituye un factor de equidad, puede resultar un elemento de distorsión económico - financiero si otros competidores de fuera (o de dentro) del sub-sector pueden hacerlo, máxime cuando la cuota única es regulada y no se conoce con exactitud si refleja o no una cuota promedio del sistema. Esto se agudiza cuando el sistema IAMC no es el único sistema de seguro, sino que se encuentra inserto en un sector segmentado y fragmentado, donde la población por diversos factores puede optar por otros esquemas de cobertura, haciendo que la rigidez regulatoria permita que la población afiliada a las IAMC presente un sesgo de **envejecimiento** mayor al de la población nacional.

El número de instituciones (52 en total, 18 en Montevideo) representa, en particular para la Capital, una cantidad de entidades que en la mayoría de los casos, no permiten alcanzar una escala técnica de afiliados suficiente en su rol de entidades aseguradoras, en función de su estructura de costos, de la cuota que se ven obligadas a cobrar, y de las fuertes **"economías de escala"** existentes (importantes costos fijos que se logran abatir cuando aumenta la cantidad de afiliados).

La **seguridad social** abona un 85% del promedio de las cuotas individuales de cada IAMC, lo que implica una pérdida considerable de recursos para el sistema en relación a la cuota única que se percibe de los afiliados particulares.

El **número de médicos** se muestra excesivo para el modelo asistencial predominante, lo cual afecta directamente al sistema mutual, dado que se ha tendido al **multiempleo** médico para evitar la desocupación, distorsionando de este modo la relación médico - paciente, afectando al médico en su capacidad potencial de brindar un servicio de mejor calidad, generándole dificultades derivadas del traslado continuo, etc. A su vez, se observa una importante **concentración de médicos activos en la Capital**, y una fuerte tendencia a la **superespecialización**, lo cual presiona sobre los costos de las instituciones.

En base a estas debilidades pueden identificarse una serie de amenazas para el sistema. Cabe prever en el futuro una **pérdida de afiliados**, en el conjunto del sub-sector dada la creciente informalización del mercado de trabajo y por ende una eventual caída en la cobertura de la Seguridad Social desde una visión de mediano y largo plazo, aunado con el deterioro del nivel de ingreso de sectores de la población que no pueden hacer frente a la cuota y salen del

sistema, de co-pagos (tiques y ordenes) elevados, que vuelven atractivas otras opciones de menor cobertura pero más accesibles, de nuevos competidores que apuntan a sectores de altos niveles de ingreso y cuya regulación les permite manejar selección de población a cubrir, etc.

La fuerte **crisis** que sufre un grupo de entidades de menor tamaño de acuerdo a su número de afiliados, en general gerenciadas sin aplicar criterios de eficiencia, con imposibilidad de **competir** con las instituciones de mayor envergadura (dado que para mejorar en imagen, hacer publicidad, crear IMAE para vender servicios, etc., se requiere de capital y socios que no tienen), y con incapacidad para anticipar escenarios futuros, hacen que corran el riesgo de **quebrar** en el corto plazo, con las consecuencias que ello traería aparejado, entre otras, en materia de pérdida de fuentes de trabajo, transfiriendo la sensación de inestabilidad al resto del sub - sector, que si bien sufre muchos de estos avatares, no se encuentra en idéntica situación - al menos para el corto plazo- que las entidades a las que se hacía referencia.

La imposibilidad de diferenciar riesgo en situaciones de urgencia por disminuir costos hace que frecuentemente se establezcan **políticas de contención de costos indiscriminadas**, excluyendo atención de afiliados por diversas vías, afectando en última instancia la calidad de la asistencia.

Una clara diferenciación de las realidades de las instituciones en función de su **localización geográfica** (Capital o Interior), hace que posibles soluciones integrales para el sistema no suelen encontrar viabilidad política, lo que obliga a que cualquier solución deba analizarse a la luz de ambas realidades con sus peculiaridades.

La segmentación y fragmentación del sistema, da lugar a la superposición y duplicación de la atención, dificultando la regulación, y propiciando un mayor desprestigio del sector.

La continuidad del **envejecimiento** de la población afiliada a las entidades IAMC puede conducir, en el actual modelo, a un progresivo encarecimiento de la asistencia, lo cual traerá probablemente consigo efectos no deseados en el corto y mediano plazo. Este factor se agudiza en la medida en que los servicios del sistema no cuentan con el desarrollo de programas y servicios que se adecuen a las necesidades y el perfil epidemiológico de la población. El escaso desarrollo del primer nivel de atención, de acciones preventivas estructuradas, de programas coordinados e integrales para el adulto mayor, de supervisión y acreditación de servicios, de auditorías médicas, de incentivos para la educación médica continua, de esquemas de evaluación rigurosa, etc., son ejemplos de ello.

Aún en el escenario descrito, pueden existir *oportunidades* para fortalecer al sector mutual, siempre que se alcancen los acuerdos y exista la voluntad política de llevar adelante cambios estructurales, que tiendan a fortalecer los principios que le han dado fortaleza, y que resulten lo suficientemente audaces como para sacar al sector en su globalidad de la inercia y la "suma cero" resultado de la acción de sus fuerzas internas, lo que implicará a su vez actuar sobre una serie de variables en el tiempo, las cuales se pueden resumir brevemente y sin pretender ser exhaustivos, en las siguientes medidas:

Que el Estado concentre, en un único órgano, la **regulación** del sistema, haciendo que desde el mismo se coordine con los Ministerios históricamente involucrados con el sector las políticas regulatorias, pero con amplia autonomía de acción. Se trata de regular coordinadamente aspectos que van desde lo asistencial, pasando por los precios del sector (cuotas, co - pagos, aranceles, etc.), la incorporación y evaluación del equipamiento y la tecnología, etc.

Se requiere el establecimiento de un **modelo** al cual tender, pareciendo razonable esperar, con el acuerdo de los actores del sector (Estado, Gremios y Empresas), un conjunto de medidas que en general contemplen:

- El diseño de un sistema integral de incentivos para todo el sector que evite duplicaciones y superposiciones con otros efectores, priorizando los aspectos vinculados a la cobertura, la calidad asistencial y la equidad en el acceso.
- Apuntar a universalizar al conjunto de los servicios de salud en una unidad en contraposición a la segmentación existente, por ejemplo, por la vía de la extensión de la Seguridad Social a sectores aún no cubiertos. Para ello se debería exigir simultáneamente el cumplimiento de parámetros mínimos de calidad asistencial, acreditación de servicios, desarrollo del primer nivel de atención, etc.
- Permitir por la vía de la reglamentación la concentración de instituciones de modo de alcanzar un equilibrio en el número de entidades saneadas en su capacidad operativa y de gestión, con opciones de operar con horizontes de mediano y largo plazo
- Obtener para ello financiamiento en condiciones ventajosas siempre contra proyectos viables con vistas al futuro
- Reducir el precio de los co - pagos de modo de mejorar el acceso al sistema
- Tender a modificar con el tiempo el modelo asistencial, otorgando mayor relevancia a la atención del primer nivel, para lo cual se requiere el concurso de la entidad formadora de médicos generales y de familia, de modo de tender a la excelencia en su formación, y de una mejor remuneración y status para los mismos.

En síntesis, los problemas que presenta en la actualidad el sistema IAMC se arrastran desde tiempo, fundamentalmente el continuo estado deficitario de sus resultados económicos, la falta de adecuación a las necesidades demo - epidemiológicas de la población y las exigencias de un entorno en permanente cambio. Si bien el sistema IAMC muestra fortalezas que son avaladas por una rica historia de relacionamiento con la población, también presenta debilidades que lo hacen vulnerable ante factores exógenos y endógenos al sistema. Esas debilidades se convierten en amenazas para el futuro, verificadas en propuestas que tienden a herir al sistema en sus bases fundacionales. A ello debe agregarse la incertidumbre que de por sí trae consigo el mirar al futuro, agudizado ahora por la situación del contexto regional. Ante estas amenazas, debe profundizarse en las oportunidades de cambio y mejoramiento del sistema ante la problemática identificada. Estas oportunidades demuestran que existen salidas posibles, siempre y cuando los actores se muestren contestes en encontrar vías que requerirán siempre de la participación del mayor número de actores involucrados.

SIGLAS

ANCAP	Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland
ANP	Administración Nacional de Puertos
ASSE	Administración de los Servicios del Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
DNSFFAA	Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas
DNSP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
FNR	Fondo Nacional de Recursos
HH CC	Hospital de Clínicas
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
OSE	Obras Sanitarias del Estado
SMN	Salario Mínimo Nacional

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. Diagnóstico sectorial. Salud. Tomo V. Programa de Inversión Social. Presidencia de la República, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), y BID. 1992.
2. "La Salud en las Américas", Edición 1998, Volumen II. Uruguay. OPS/OMS.
3. "Estudio sobre Fondo Nacional de Recursos", Ec. Luis Lazarov, Dra. Marisa Buglioli. Centro de Investigación y Estudios del Sindicato Médico del Uruguay (CIESMU). 1997.
4. "El MSP y las Condiciones de Trabajo Médico", Revista Noticias N° 70, SMU, Suplemento Especial, 1994.
5. "Ajustes al Sistema de Servicios de Salud - Uruguay", Presidencia de la República, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Ministerio de Salud Pública, Fortalecimiento del Área Social (FAS), 1995.
6. "La Salud de los Uruguayos", J.C. Veronelli, Aron Nowinski, Alvaro Haretche, Benito Roitman. Nordan. 1994.
7. "Diagnóstico y Perspectivas de la Seguridad Social en el Uruguay: Estudio de Salud", A.C. Médici, 1994.
8. "Estudio del Sistema de Salud", Cr. J. Porteiro. MSP, OMS/OPS, PNUD, Proyecto URU 5101, 1984.
9. "V Curso-Taller OPS/OMS-CIESS, Legislación de Salud sobre Problemas emergentes de los procesos de cambio II: Marco Jurídico del financiamiento en salud", *Un Estudio de caso en relación con la extensión de cobertura en salud//seguridad social: el mutualismo*, Ec. Luis Lazarov, Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud (REDEFS), México, 1998.
10. "Mutualismo y Coyuntura", Editorial de Revista Compendio, Vol. 22, N° 1, Abril de 1999, Ec. Luis Lazarov.
11. "Uruguay: Health Sector Development Project", BM, Report N° 13678-UR, 1995
12. "El Gasto en Salud en el Uruguay", Proyecto Fortalecimiento Institucional Sector Salud (FISS), MSP, BIRF. 1996
13. "La Seguridad Social en el Uruguay. 1998.", Asesoría Económica y Actuarial del Banco de Previsión Social. 1998.