

cinve

---

Documentos de Trabajo

**Las instituciones de asistencia médica colectiva**

**Carlos Grau Pérez**  
cinve

**Luis Lazarov**  
cinve

**Junio 2000**

Para la realización de este capítulo se empleó: información del Sistema Nacional de Información (SINADI), de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), del último Censo de Población y Viviendas, series de precios elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), del Banco de Previsión Social acerca del número de afiliados al sistema IAMC a través de la Ex Disse, y de diversos trabajos de consultoría realizados previamente. A pesar de la diversidad de fuentes de información no se cuenta en el país con el relevamiento de variables estratégicas para entender la dinámica del sector.

De las fuentes de información mencionadas, *solamente el SINADI aporta información asistencial y económica - financiera del sistema IAMC*, las demás fuentes contribuyen exclusivamente a la identificación y caracterización del conjunto de afiliados al sistema y al conocimiento de la evolución de algunos precios del sector.

Cabe entonces mencionar algunas de las limitaciones del SINADI. En primer lugar hay que destacar que la información que las instituciones aportan es controlada en la oficina del SINADI, pero no es auditada. Esto ha dado lugar a que informantes calificados y el propio ministro relativizara en la prensa la veracidad de la información que se procesa en el SINADI.

En relación al contenido tenemos que, en lo asistencial: a) los datos que actualmente recaba el SINADI sólo permiten obtener indicadores de producción y algunos referidos a la estructura, pero no habilitan la posibilidad de evaluar correctamente<sup>1</sup> aspectos vinculados al desempeño de los recursos ni a la calidad de las prestaciones. Asimismo tampoco es posible caracterizar la demanda de atención a través de indicadores de uso de los servicios, b) en cuanto a los datos de producción el SINADI prevé las siguientes variables: consultas no urgentes (en policlínica y en domicilio), consultas urgentes (en el servicio de urgencia y en domicilio), egresos e intervenciones quirúrgicas según complejidad. En el caso de las consultas la apertura prevista en consultas no urgentes es en cuatro especialidades (medicina, cirugía, ginecología y pediatría) en tanto en las consultas urgentes y no urgentes domiciliarias la apertura prevista es “adultos y pediatría”. No se dispone por lo tanto de una apertura adecuada de las especialidades a efectos de identificar con claridad las consultas de medicina general y cirugía general discriminadas de las restantes especialidades médicas y quirúrgicas. No se cuenta con información acerca de los egresos de internación domiciliaria, lo que no permite contemplar las nuevas modalidades asistenciales desarrolladas en los últimos años. Dado el desarrollo de la cirugía endoscópica la inexistencia de información al respecto también es una limitación, c) La información con cuenta el SINADI sólo permite la elaboración de indicadores de utilización que vinculan la producción de servicios con la totalidad de la población beneficiaria, lo cual no evalúa adecuadamente la intensidad con que los beneficiarios hacen uso de los servicios. Asimismo, dichos indicadores no permiten conocer la proporción de la población beneficiaria que efectivamente utiliza los mismos, d) en

---

<sup>1</sup> Entre los pocos indicadores de desempeño que aporta el SINADI se encuentran la tasa de hospitalización y la duración promedio de las internaciones.

el SINADI no existen indicadores para la evaluación del desempeño de los recursos al área ambulatoria a través de la evaluación del rendimiento de la hora médica de policlínica, tampoco se cuenta con la posibilidad de calcular el giro cama y el porcentaje ocupacional en la medida que no se solicita regularmente a las instituciones información acerca de la dotación de camas, e) el SINADI no incorpora información referida a la calidad de la atención como tasas de infección hospitalarias , tasas de reingresos y reconsultas, f) el SINADI no permite conocer las tasas de utilización de los servicios asistenciales producidos por edad, g) la información acerca de técnicas de diagnóstico no incorpora algunas de alta frecuencia como ecografías, estudios de ecodoppler, tomografías, resonancias y estudios endoscópicos digestivos.

En lo económico - financiero tenemos que: a) el SINADI no solicita información acerca de los costos de las distintas actividades asistenciales, b) el SINADI no permite discriminar los egresos de las principales actividades desarrolladas por las IAMC, prestación de servicios a sus afiliados, venta de servicios a terceros y venta de servicios al Fondo Nacional de Recursos, c) no permite explicar la evolución de los principales componentes de los egresos, d) no permite conocer el gasto por beneficiario según edad del mismo.

A las limitaciones propias del SINADI se agregó la imposibilidad de acceder a la información a nivel de institución, lo que hubiera permitido realizar un análisis más en profundidad. El máximo nivel de desagregación de la información con que se contó fue, por un lado Montevideo – Interior, y por otro lado según número de afiliados en cuatro tramos.

## **Introducción**

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) son el principal componente del subsector privado del sector salud en Uruguay. Las mismas dan cobertura a casi el 50% de la población del país, algo más de un millón y medio de personas.

Las IAMC son entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral a sus afiliados<sup>2</sup>. Se entiende por cobertura integral, un paquete de prestaciones definido legalmente en forma taxativa en la ley 15.181, 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<sup>3</sup>.

Las IAMC actúan como entidad aseguradora y prestadora de servicios de salud a la vez, es decir, se observa en las mismas una integración vertical de estas dos actividades. No obstante, en lo que hace a su función aseguradora se observan dos peculiaridades que las diferencian de lo que sucede en general con las instituciones que ofrecen servicios en los mercados de seguros.

Por un lado las IAMC enfrentan desde el punto de vista normativo una serie de barreras que limitan su capacidad de realizar selección de riesgos libremente como lo hacen habitualmente las empresas aseguradoras. Existen una serie de limitaciones que en forma directa o indirecta condicionan esta posibilidad. Por ejemplo, el Decreto 482/90 establece que la cuota máxima por categoría de afiliados no podrá superar en más de un 10% a la cuota promedio de los afiliados individuales no vitalicios de la institución.

La normativa también prevé que a los jubilados con ingresos menores a un determinado monto, se les cobrará la cuota más baja de las individuales. Las IAMC pueden ofrecer cobertura parcial como máximo a un 10% de sus afiliados. El valor de la cuota que reciben las IAMC por los afiliados que tienen a través del BPS, se fija en función al valor promedio de la cuota individual de la institución. De esta manera una institución que quiera bajar el valor de la cuota para un segmento de la población, recibirá un valor menor de la cuota por parte del BPS. En la medida que en promedio, las instituciones tienen un 40% de afiliados de este tipo, esto limita seriamente la posibilidad de realizar discriminación de precios en función de los riesgos.

---

<sup>2</sup> Las IAMC están autorizadas a ofrecer una cobertura parcial, con la limitación que el número de afiliados en esta modalidad no puede exceder el 10% del total de afiliados de la institución.

<sup>3</sup> La normativa habilita a que las instituciones puedan excluir la entrega de medicamentos del paquete de servicios, sin embargo, esta práctica no se observa en ninguna institución.

Por otro lado el paquete no diferenciado de prestaciones es ofrecido en la mayoría de los casos<sup>4</sup> a una prima (valor de la cuota mutual) que no diferencia por riesgos. Esto da como resultado que en el sistema exista un sistema de subsidios implícitos desde aquellos que hacen un menor uso de los servicios asistenciales hacía quienes hacen mayor uso de los mismos.

En este subsidio implícito se apoya, para algunos actores (Plenario Intermutual, FUS, SMU) la equidad del sistema IAMC. En la medida que los que hacen un menor uso de los servicios asistenciales son los jóvenes sanos, son estos quienes financiarían a los adultos enfermos. En este criterio de equidad no se contempla la capacidad de pago de los involucrados. Sobre este punto se vuelve más adelante.

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.

---

<sup>4</sup> Tradicionalmente las instituciones cobraban una cuota única, hoy se observa, principalmente en algunas instituciones grandes, la práctica de diferenciar el valor de la cuota en función de la edad.

## DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA

En la actualidad existen en Uruguay 52<sup>5</sup> IAMC, de las cuales 19 se encuentran en Montevideo y las restantes 34 en el Interior del país. El tamaño promedio de las IAMC medido en número de afiliados era en el año 1996 de 29.050. Si se considera en forma separada Montevideo e Interior, se observa que en promedio las instituciones de Montevideo son significativamente mayores a las del Interior, con 53.904 y 15.893 afiliados promedio respectivamente.

En el cuadro siguiente se clasifican las IAMC en tramos de distinto tamaño, en función de la cantidad de afiliados que poseen, para el año 1997, lo cual permite visualizar el grado de concentración existente por región.

### AÑO 1997

Tamaño IAMC (tramos afiliados)	Montevideo Nº Afiliados		Interior Nº Afiliados		Total Nº Afiliados	
0 a 999			2	1.177	2	1.177
1.000 a 4.999			6	16.453	6	16.453
5.000 a 9.999			5	34.842	5	34.842
10.000 a 19.999	6	92.138	7	116.931	13	209.069
20.000 a 49.999	8	255.469	13	379.524	21	634.993
Más 50.000	4	638.003			4	638.003
Total	18	985.610	33	548.927	51	1.534.537
Tamaño Promedio		<b>54.576</b>		<b>16.634</b>		<b>30.088</b>

Fuente: Anuario Estadístico, INE

El 69,1% de la masa de afiliados del Interior pertenece a instituciones que tienen entre 20.000 y 49.999 afiliados, no existiendo ninguna Institución que en el año 1997 sobrepasara los 50.000 afiliados.

El conjunto de las cuatro IAMC de mayor tamaño de Montevideo sostienen un proceso lento pero constante de crecimiento entre 1985 y 1995, lo que se traduce en una tendencia a la concentración, tal como se observa en el cuadro que se presenta a continuación. La fuente de concentración de afiliados de estas últimas está dado fundamentalmente por las IAMC de menor tamaño.

<sup>5</sup> En este número se considera Uruguay-España en la medida que su destino es todavía incierto y se incorpora COSEMM de reciente creación (finales del año 1999).

**Participación de las cuatro empresas más grandes  
en el número de afiliados de Montevideo**

Años	Participación
1985	55,4
1987	57,5
1989	57,9
1991	58,8
1993	61,3
1995	64,4
1997	64,3
1998	65,0

## DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA

### Caracterización del perfil etario de los afiliados al sistema IAMC

Las características de la demanda de los prestadores de servicios de salud están condicionadas por las características demográficas de la población a la que brindan asistencia. Es por esta razón que a continuación se analiza la estructura de edades de los principales prestadores de salud de Uruguay. La información surge del último Censo de Población y Viviendas realizado en el año 1996. En el mismo se preguntó acerca de la “cobertura principal”, con lo que no se cuenta con información acerca de la superposición de cobertura. Esta información es importante en la medida que los costos esperados de la masa de beneficiarios de una institución, dependen *del conjunto de derechos que los mismos posean*.

Por ejemplo, las personas con cobertura principal en una IAMC que cuentan con cobertura de un servicio de emergencia móvil que brinda atención en consultorio en algunas especialidades básicas, sin costo para el usuario, va a presentar seguramente tasas de utilización distintas que los afiliados sin esta cobertura adicional.

A efectos de contar con un número resumen que permita evaluar el envejecimiento relativo del conjunto de beneficiarios de los distintos prestadores se estimó la edad promedio de los beneficiarios de cada uno de estos. La misma se calculó como el promedio ponderado de la edad media de cada uno de las franjas de edad. Dado que el último intervalo de edad es abierto se tomó como límite superior de la última franja la esperanza de vida al nacer. Los resultados se muestran en el cuadro siguiente:

#### Edad Promedio

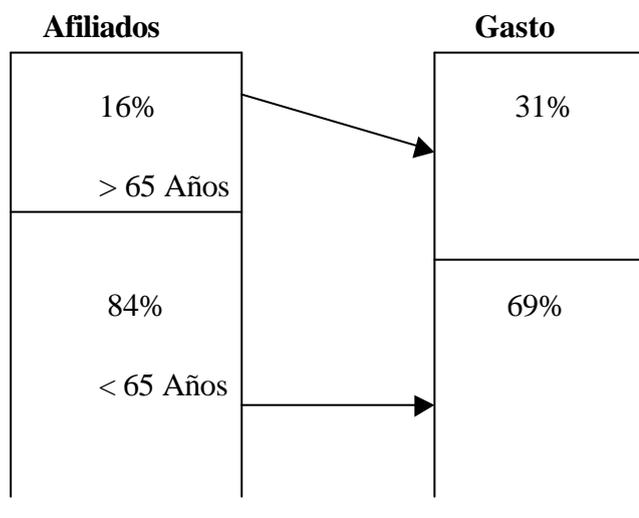
	Total	MSP	IAMC	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros	Sin Cobertura
Ambos sexos	33,8	29,1	38,6	29,6	31,8	36,1	29,6
Hombres	32,5	27,4	36,9	29,4	30,6	37,0	30,3
Mujeres	34,8	30,5	40,3	29,8	32,9	35,1	28,8

Una de las variables exógenas que inciden en forma significativa en los costos asistenciales de las IAMC es la participación relativa de las personas mayores de edad, las que presentan tasas de utilización significativamente superiores que las del resto de los afiliados.

Un estudio realizado por la Consultora Tea Deloitte y Touche para la Coordinadora de IAMC en el año 1997, con información aportada por tres instituciones, las dos mayores de Montevideo y una pequeña del interior acerca de las tasas de utilización por franja de edad arrojó los siguientes resultados. Mientras el grupo de personas mayor de 65 años representa el 16% del total de afiliados al sistema, le correspondió el 32% del total de las consultas realizadas en el ejercicio, ocupó el 36% del total de días cama, recibió el 29% de las intervenciones quirúrgicas, consume el 46% de los medicamentos.

*Como resultado de estas mayores tasas de utilización, los gastos asociados a esta franja de edad que representa el 16% de los afiliados, representan el 31% de los gastos totales de las instituciones. La participación de los costos asociados a esta franja de edad duplica la participación relativa de los afiliados de esta edad.*

### Distribución etaria de los afiliados y distribución de los gastos



Tomando en cuenta el resultado del último Censo Nacional de Población y Viviendas<sup>6</sup>, se presenta en el cuadro siguiente el perfil etario de la población afiliada a las IAMC.

---

<sup>6</sup> La información del Censo de Población y Viviendas no arroja los mismos resultados que la ECH, esto se explica por un lado al sesgo que puede tener esta última en la medida que no cubre zonas rurales, y en segundo lugar a que la pregunta que se formula no es la misma.

Grupos de edades (en años)	Población							
	Total	MSP	IAMC	Sanidad Militar	Sanidad Policial	Otros	Sin cobertura	Ignorado
Total país	100,0	100,0	<b>100,0</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Menos de 15	25,1	36,4	<b>15,4</b>	29,9	28,8	18,8	27,9	43,4
De 15 a 49	47,9	42,3	<b>50,1</b>	52,3	47,2	51,0	54,4	37,9
De 50 a 64	14,2	10,2	<b>18,1</b>	11,1	13,9	17,4	11,3	9,3
De 65 a 79	10,0	8,6	<b>12,8</b>	5,5	8,3	10,3	5,2	6,8
De 80 ó más	2,8	2,5	<b>3,6</b>	1,2	1,8	2,5	1,2	2,6

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas

A continuación se presenta el cuadro anterior simplificado y se compara el perfil etario de las IAMC con el de la población nacional.

**Población de las IAMC distribuida por edades**  
**Año 1996**

	Valores %
• Entre 0 y 14 años	<b>15,4</b>
• Entre 15 y 64 años	<b>68,2</b>
• Desde 65 años y más	<b>16,4</b>
• Total	<b>100,0</b>

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas

**Población del país distribuida por edades**  
**Año 1996**

	Valores %
• Entre 0 y 14 años	<b>25,1</b>
• Entre 15 y 64 años	<b>62,1</b>
• Desde 65 años y más	<b>12,8</b>
• Total	<b>100,0</b>

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas

La característica relevante que surge del análisis del censo, es que la estructura etaria de los afiliados a las IAMC es más envejecida - en promedio - que la de la población del país.

El envejecimiento relativo de la población del sistema IAMC también queda de manifiesto a partir del procesamiento de la Encuesta Continua de Hogares. En el cuadro que se presenta a continuación se observa que *el 62,3% de la población mayor de 60 años es beneficiaria*

del sistema IAMC, mientras que un 51,4% de la población total es beneficiaria de las IAMC.

**Distribución de las personas según institución de salud en que tienen derechos adquiridos, por grupos de edades**

**En porcentajes**

**Año 1998**

	0 a 17	18 a 59	60 y más	Total
No tiene	4,2	5,9	2,3	4,7
IAMC	36,3	55,6	62,3	51,4
Afiliación individual	35,8	23,2	57,0	33,2
Afiliación ExDISSE	0,3	30,8	4,5	17,1
Afiliación colectiva	0,2	1,7	0,8	1,1
MSP	48,9	26,7	24,1	32,5
Otras instituciones públicas	10,6	11,5	11,0	11,1
Otras instituciones privadas	0,0	0,3	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Bucheli, M. (2000)

El envejecimiento de la población beneficiaria de las IAMC se explica básicamente por los siguientes factores:

1. El bajo peso relativo de los menores de 14 años en las IAMC.
2. El ingreso en los últimos años de 40.000 jubilados al sistema (lo cual reafirma la tendencia al envejecimiento del mismo).
3. La presencia de los seguros parciales que tienden a capturar con facilidad a la población de menor edad.

**Heterogeneidad Montevideo - Interior**

La estructura etaria de la población beneficiaria del sistema IAMC de Montevideo es diferente a la del Interior. Según información del SINADI, la población mayor de 65 años representaba en el año 1998 un 18,3% del total de los beneficiarios de Montevideo, siendo este porcentaje para el Interior de 13,6. Tanto en Montevideo como en el Interior se observa una tendencia al incremento de la participación de la población mayor de 65 años en el número total de afiliados, véase el cuadro que se presenta a continuación.

**Participación de la población mayor de 65 años**

**En %**

	Montevideo	Interior	Total
1990	13,3	9,5	12,0
1991	14,1	9,1	12,4
1992	14,4	10,2	12,9
1993	15,2	11,2	13,8
1994	15,3	11,9	14,1
1995	16,2	12,4	14,8
1996	17,3	12,9	15,7
1997	17,8	13,1	16,1
1998	18,3	13,6	16,6

Fuente: SINADI

No se observan diferencias significativas en el perfil etario de las instituciones según su tamaño, véase el cuadro que se presenta a continuación.

**Porcentaje de población mayor de 65 años según tamaño de empresa**

**En %**

	0 – 20.000 Afiliados	20.000-50.000 Afiliados	50.000-100.000 Afiliados	Más de 100.000 Afiliados
1990	12,4	9,8	17,0	13,7
1991	11,2	10,9	15,5	15,0
1992	13,1	11,6	13,5	16,0
1993	13,9	12,2	18,1	16,2
1994	15,0	12,6	22,0	15,6
1995	16,3	12,8	18,1	16,3
1996	16,9	14,5	17,0	16,8
1997	16,9	14,6	16,8	17,7

Fuente: SINADI

También se observa de la comparación entre Montevideo e Interior una composición de género diferente, observándose en el Montevideo una participación relativa de las mujeres en el total de afiliados mayor a la observada en el Interior.

**Número de hombres / Número de mujeres**

	Montevideo	Interior	Total
1990	0,93	1,20	1,02
1991	0,94	1,19	1,02
1992	0,94	1,22	1,03
1993	0,95	1,23	1,04
1994	0,93	1,25	1,03
1995	0,91	1,23	1,01
1996	0,90	1,26	1,02
1997	0,91	1,26	1,02
1998	0,90	1,25	1,02

Fuente: SINADI

Cabe realizar un comentario acerca de las comparaciones que se realizan teniendo en cuenta el tamaño y la localización geográfica como las que se han realizado precedentemente.

La información desagregada por tamaño está sumamente vinculada a la información desagregada por localización geográfica de las instituciones. Esto se debe a que las instituciones del interior concentran la mayor parte de los beneficiarios pertenecientes a instituciones chicas, pasando lo contrario con las instituciones de Montevideo, ver cuadro que se presenta a continuación.

**Distribución de los afiliados según tamaño y localización geográfica de las instituciones<sup>7</sup>**

Tamaño	Montevideo	Interior	Total
Menos de 20.000	33,8	66,2	100,0
20.000 a 50.000	40,4	59,6	100,0
50.000 a 100.000	100,0	0	100,0
Más de 100.000	100,0	0	100,0

Fuente: SINADI

**Beneficiarios voluntarios y los que lo son a través del BPS**

En el conjunto de afiliados a las IAMC existen dos grupos cualitativamente diferentes, uno conformado por aquellos beneficiarios que contratan el seguro en forma voluntaria, y otro grupo conformado por aquellos que lo contratan en forma *coercitiva*, es decir los trabajadores del sector privado.

<sup>7</sup> Información correspondiente al año 1996.

El análisis de como evolucionan estos dos subconjuntos por separado aporta información significativa. Por ejemplo, cuando se quiere analizar el impacto que sobre el número de beneficiarios de las IAMC tiene una variación en el precio de la cuota, se debe tener en cuenta que esta variación solamente va a afectar a la demanda voluntaria.

**Proporción de la población afiliada al sistema IAMC a través del BPS**

**Año 1997**

	IAMC Afiliac. Indiv.	IAMC a través del BPS	IAMC TOTAL	% DISSE
<b>TOTAL DEL PAÍS</b>	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
<b>Montevideo</b>	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
<b>Interior</b>	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

A su vez, si se quisiera hacer proyecciones de tasas de utilización para las distintas IAMC, en la medida que los afiliados de tipo *coercitivo* tienen una estructura etaria claramente diferente al resto de los afiliados (ver cuadro precedente), y en la medida que la estructura etaria impacta en forma diferencial en las tasas de utilización, sería necesario corregir las proyecciones por este factor.

	Porcentaje de Afiliados a través del BPS	Número de Afiliados a través del BPS	Número de Afiliados voluntarios	Total de Afiliados
1982	20,4	256.224	999.776	1.256.000
1983	19,1	236.649	1.002.351	1.239.000
1984	20,2	251.490	993.510	1.245.000
1985	29,6	378.880	901.120	1.280.000
1986	31,7	418.757	902.243	1.321.000
1987	33,4	471.942	941.058	1.413.000
1988	34,8	512.256	959.744	1.472.000
1989	35,5	537.470	976.530	1.514.000
1990	36,9	566.784	969.216	1.536.000
1991	38,2	580.258	938.742	1.519.000
1992	38,7	580.500	919.500	1.500.000
1993	38,1	576.072	935.928	1.512.000
1994	37,8	572.292	941.708	1.514.000
1995	37,8	569.268	936.732	1.506.000
1996	38,5	581.735	929.265	1.511.000

Del cuadro precedente se desprende que el crecimiento que se observa en el número de afiliados entre los años 1982 y 1996 se explica fundamentalmente por el subconjunto de quienes contratan el seguro en forma coercitiva.

Evolución de los afiliados voluntarios



En el gráfico precedente se observan dos caídas en el número de afiliados voluntarios, coincidentes con las liberalizaciones del valor de la cuota del año 1984 ya de principios de los noventa.

## ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN DEL SECTOR

### 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*<sup>8</sup>, 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 servicios<sup>9</sup>.

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*

---

<sup>8</sup> 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.)

<sup>9</sup> Con una especie de reaseguro en la organización y acceso a los tratamientos de más alto costo a través del Fondo Nacional de Recursos.

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.

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 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 prevee la Ley.

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.

## **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.

Dicho proceso puede sintetizarse del siguiente modo:

#### i. CUOTAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS, Y TASAS MODERADORAS

Entre 1968 y 1982, los precios son regulados en forma directa a cada IAMC según el incremento de costos, la categoría de la IAMC en la escala definida en la época por el MSP, y ciertos aumentos extras otorgados con el fin de aliviar déficit. En 1983 se fijan tope máximos y únicos para todo el sector, teniendo cada empresa la potestad de ubicar sus cuotas y tasas moderadoras (ordenes, tickets, etc.) por debajo de dicho límite.

Un año más tarde, se produce la primer liberalización de cuotas y salarios en el sistema IAMC, manteniéndose cierta regulación en las cuotas con el objetivo de evitar la discriminación entre categorías de afiliados en una misma institución y conservando los tope máximos en las tasas moderadoras.

En el año 1985 se vuelve a la regulación de las cuotas, dada la evolución por encima del IPC que sufrieran estos precios una vez liberados. El ancla del sistema pasa a ser el valor de la cuota promedio. Unos años más tarde -1989- se uniformizan los tope máximos de las tasas moderadoras, desvinculándolos del monto de la cuota promedio de cada institución e indexándolos automáticamente. En ese mismo año se reglamenta el financiamiento de inversiones, fijando con carácter general el monto máximo de la suma adicional para el "fondo de inversiones".

En 1990, las cuotas vuelven a oscilar en base a tope máximos fijados administrativamente (al igual que las tasas moderadoras), con ajustes periódicos de acuerdo a parámetros preestablecidos.

En 1992, se produce la segunda liberalización del período considerado, otorgándose una mayor movilidad a los afiliados al sistema. Las cuotas y las tasas moderadoras se liberan de los tope preestablecidos, y el nuevo regimen tiene una corta duración, prácticamente tres meses. Los efectos observados pueden resumirse en un aumento de los precios con leve caída en el número de afiliados (baja elasticidad de la demanda). Se observa una mayor movilidad dentro del sistema. Las IAMC anticipan el comportamiento oscilante en materia de regulación por parte del Estado, ajustando sus cuotas y tasas moderadoras luego de la liberalización parcial o total de las mismas.

Sobre comienzos de 1993 el sistema queda sujeto a un nuevo tipo de contralor para las cuotas, debiendo las IAMC incrementar las mismas 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. Sin embargo, *las tasas moderadoras permanecen liberalizadas.*

En la actualidad, 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.

## ii. CUOTAS ABONADAS POR LA SEGURIDAD SOCIAL (EX-DISSE)

En 1990, la cuota que abona DISSE a las IAMC depende del *incremento real de la cuota individual de cada IAMC* en los últimos 12 meses a partir del valor de setiembre de 1990 (fecha de cierre de los balances de las IAMC), oscilando entre un 97,5 y un 92,5% del importe de la cuota promedio de las IAMC. A los efectos de determinar las franjas de incremento para las cuales se asocian los porcentajes respectivos, se establecen criterios diferentes para Montevideo e Interior, siendo menos ventajoso el criterio aplicado a la Capital.

Si bien al año siguiente el método de ajuste se mantiene, ya desde sus comienzos se modifican básicamente los porcentajes sobre el importe de la cuota promedio a abonar, pasando ahora a valores entre el 85 y el 80%.

En 1992 el valor nominal de la cuota abonada a las IAMC se *congela* en un monto fijo (US\$ 15). Este valor se actualiza con *paramétricas* compuestas con ponderaciones de distintos índices (bimensualmente o siempre que el aumento de la paramétrica supere el 6%). En los hechos se mantuvo congelada. La medida viene ligada a la semiliberalización de las *cuotas individuales* en este mismo año, y a los efectos que tuvo en el déficit de DISSE. *Se podría deducir que no es posible regular precios de cuotas de particulares sin considerar la cuota DISSE.*

Un año más tarde, el sistema de ajuste sufre modificaciones. La *ex-DISSE* pasa a tener 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 la fecha se ha venido pagando el porcentaje mínimo.

Constituyen una excepción en la aplicación del mencionado porcentaje los jubilados o pensionistas con un ingreso mensual inferior al 85% del Salario Mínimo Nacional (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.

iii. SOBRECUOTA DE INVERSIÓN

Las IAMC podrán fijar una suma adicional a sus niveles de cuota para el financiamiento de inversiones. Previa 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.

A los efectos del pronunciamiento acerca de las solicitudes de autorización por parte de las IAMC, se crea una Comisión Asesora integrada por dos miembros del MSP y dos miembros del MEF (uno de los cuales preside la comisión). Las solicitudes deben incluir un plan de desarrollo institucional en concordancia con las necesidades sanitarias del país, un proyecto de inversión viable desde el punto de vista económico-financiero y técnico, cronograma de inversiones, y fundamentación del ajuste entre la capacidad de producción de los servicios proyectados y las necesidades de la población afiliada actual o proyectada de la IAMC. El control del destino de los fondos recaudados queda en manos del MEF, debiendo las instituciones informar trimestralmente acerca de la marcha global de la inversión.

### Evolución de la regulación en los principales precios del sector

Período	Cuota Particular. Sobrecuota para inversiones	Tasas Moderadoras	Cuota DISSE
1968-1982	Regulación directa a c/IAMC en función de costos		
1983	Topes máximos únicos para todo el sector	Topes máximos únicos para todo el sector	
1984	Liberalización con control entre categorías de c/IAMC	Topes máximos únicos para todo el sector	
1985	Fijación de cuota en base a la cuota promedio del sector	Topes máximos únicos para todo el sector	
1989	Se reglamenta la denominada "sobrecuota para inversiones", hasta un <b>7,5%</b> sobre la cuota promedio de los afiliados particulares de c/IAMC	Uniformización de topes máximos, independientes de la cuota promedio de c/IAMC. Ajuste automático.	
1990	Topes máximos fijados administrativamente, ajustados según paramétrica	Topes máximos fijados administrativamente, ajustados según paramétrica	Depende del incremento real de la cuota individual de c/IAMC (entre <b>97.5</b> y <b>92.5%</b> s/cuota promedio) por región.
1991			Depende del incremento real de la cuota promedio individual de c/IAMC (entre <b>85</b> y <b>80%</b> s/dicha cuota) por región.
1992	Liberalización de la cuota particulares	Liberalización	Monto fijo, con ajustes periódicos de acuerdo a paramétrica. En los hechos, se congela.
1993	Control administrativo del MEF con autorización de ajustes periódicos en base a paramétrica	Permanecen liberalizadas	Ex DISSE c/potestad de abonar el <b>90</b> o el <b>85%</b> del valor promedio de la cuota de particulares de c/IAMC. En los hechos, se paga <b>85%</b>
1998	Autorización a aumentar hasta el <b>10%</b> la <i>sobrecuota para inversiones</i> , previa autorización del MEF.		
1999	Evolución en función de la cuota promedio de afiliados particulares de c/IAMC. Ajustes periódicos autorizados por el MEF en base a paramétrica.	Semi-control, con fijación de topes máximos. Ajustes periódicos autorizados por el MEF en base a paramétrica.	Ex DISSE c/potestad de abonar el <b>90</b> o el <b>85%</b> del valor promedio de la cuota de particulares de c/IAMC. En los hechos, se paga <b>85%</b> (excepto pasivos cubiertos por Reforma Seg. Social 1996)

*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 prevee 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 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.*

## **EFFECTOS 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 subsistema 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, tickets, 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 sector<sup>10</sup>.

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

---

<sup>10</sup> 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.).

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.
- 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, ha predominado un fuerte y costoso juego de intermediación lucrativa, 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 medidas de tipo financiero (cobrando hoy, pagando diferido), 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.

## **ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES PRECIOS DEL SECTOR**

Dada la importancia que tiene para el sector la regulación de precios, se analiza a continuación en forma esquemática la evolución de los mismos, teniendo en cuenta las medidas adoptadas en tal sentido por las entidades estatales intervinientes.

El resultado económico de las IAMC depende críticamente de la evolución de los precios del sector:

Por el lado de los ingresos, los principales precios son:

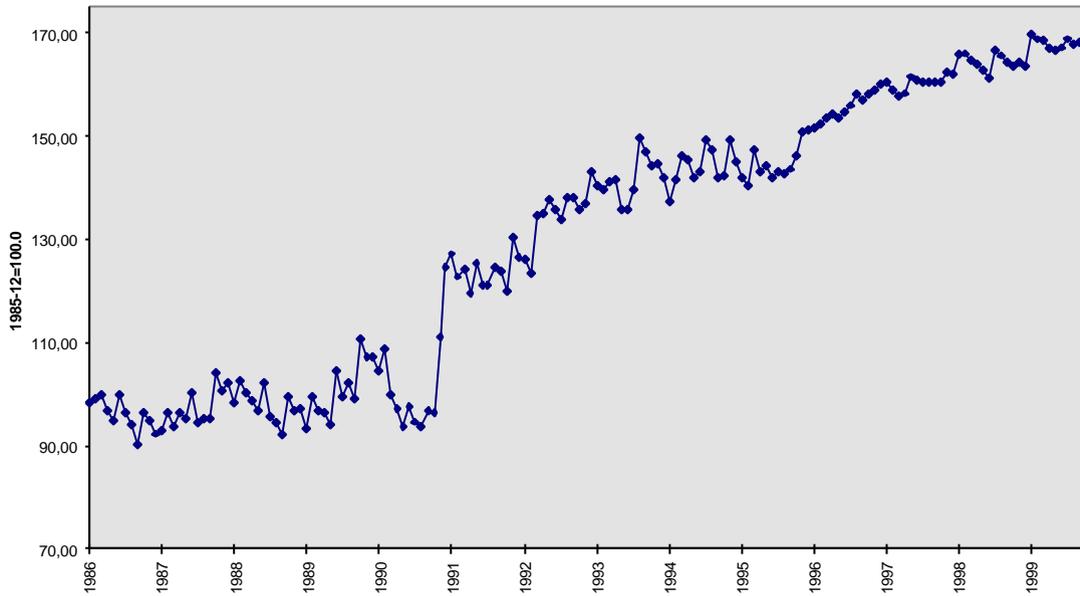
- la cuota IAMC que pagan directamente los afiliados particulares
- la cuota IAMC que abona por sus afiliados la ex-DISSE
- las tasas moderadoras: órdenes de distinto tipo (atención ambulatoria, paraclínica), los tickets (medicamentos)
- el arancel fijado para el pago a los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) por los actos cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Por el lado de los egresos, el principal precio corresponde a las remuneraciones de los médicos, paramédicos y funcionarios no médicos.

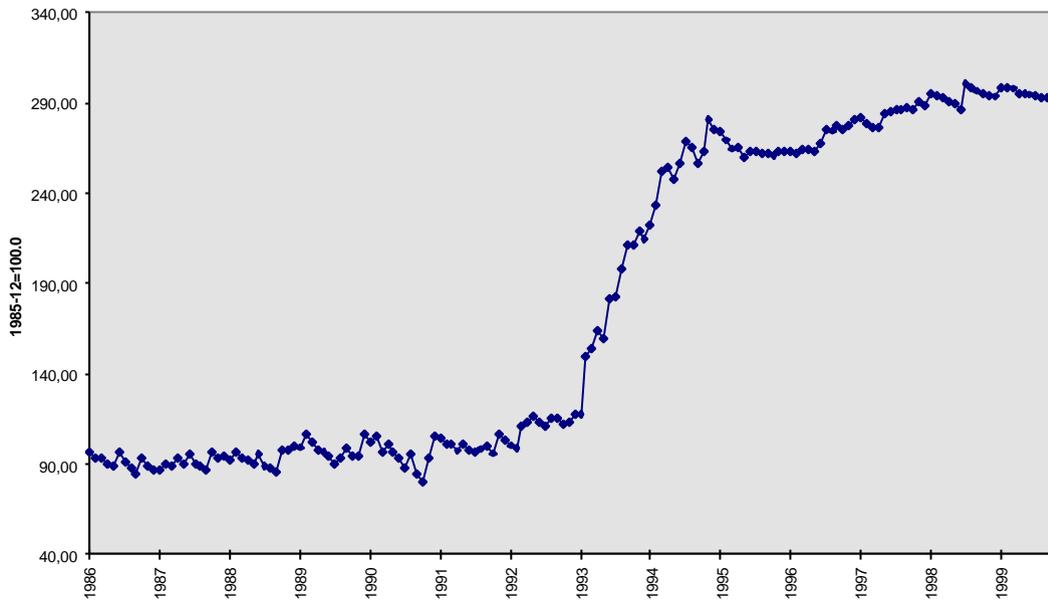
Los precios vinculados a los ingresos crecieron en el período de análisis por encima del IPC. Como es sabido, la cuota mutual es regulada por el MEF, quien también interviene en la fijación de los aranceles que se les paga a los IMAE.

A continuación se presenta la evolución del valor real (se empleó como deflactor el Índice de Precios al Consumo) de los principales precios del sector, regulados y no regulados, haciendo énfasis fundamentalmente en aquellos que impactan sobre los ingresos de las instituciones.

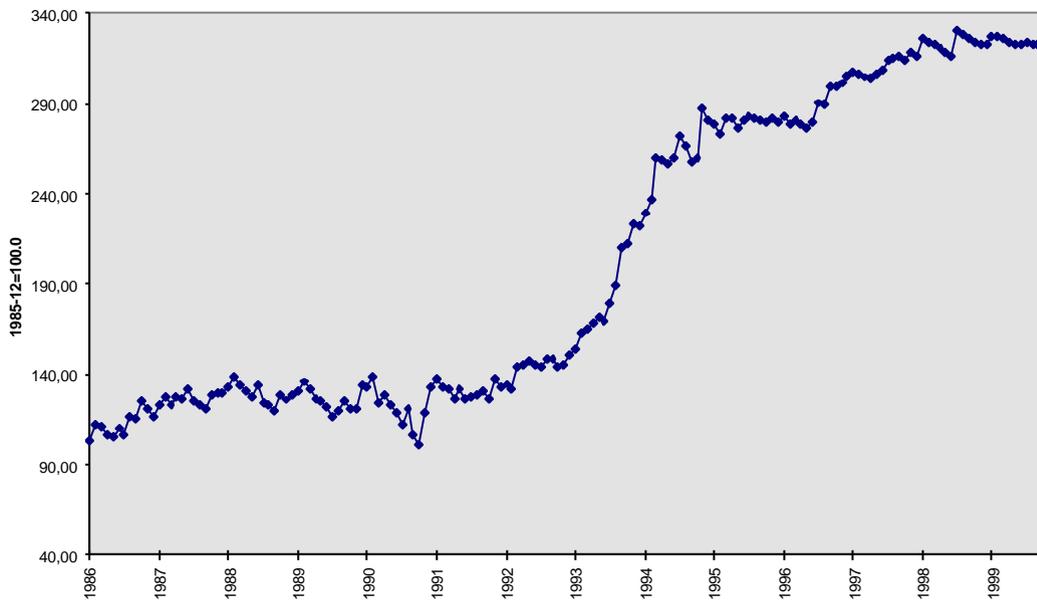
ÍNDICE DEL VALOR REAL DE LA CUOTA



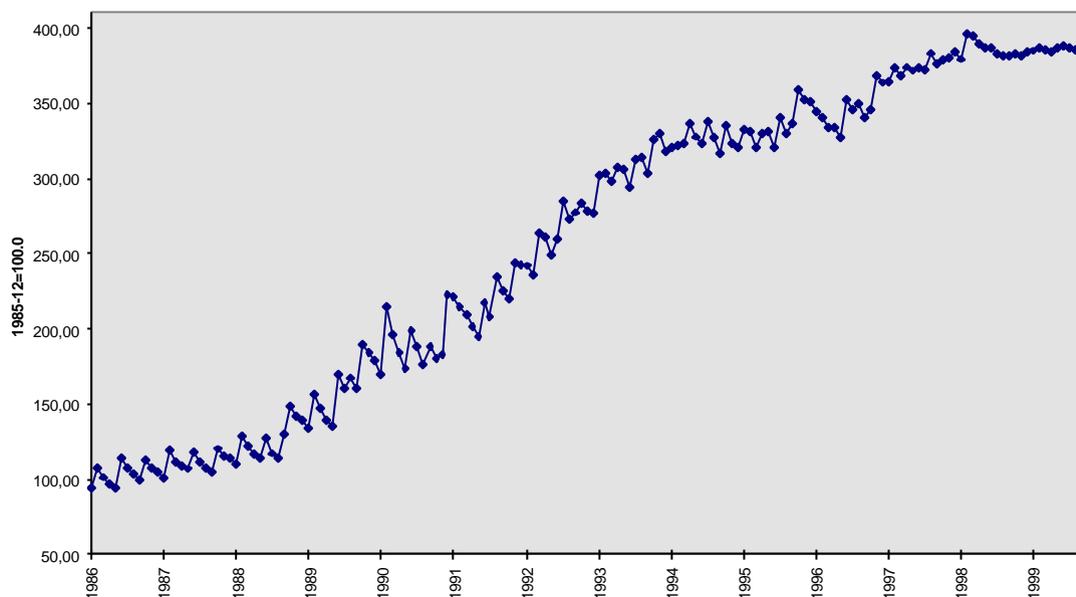
ÍNDICE DEL VALOR REAL DE LAS ÓRDENES



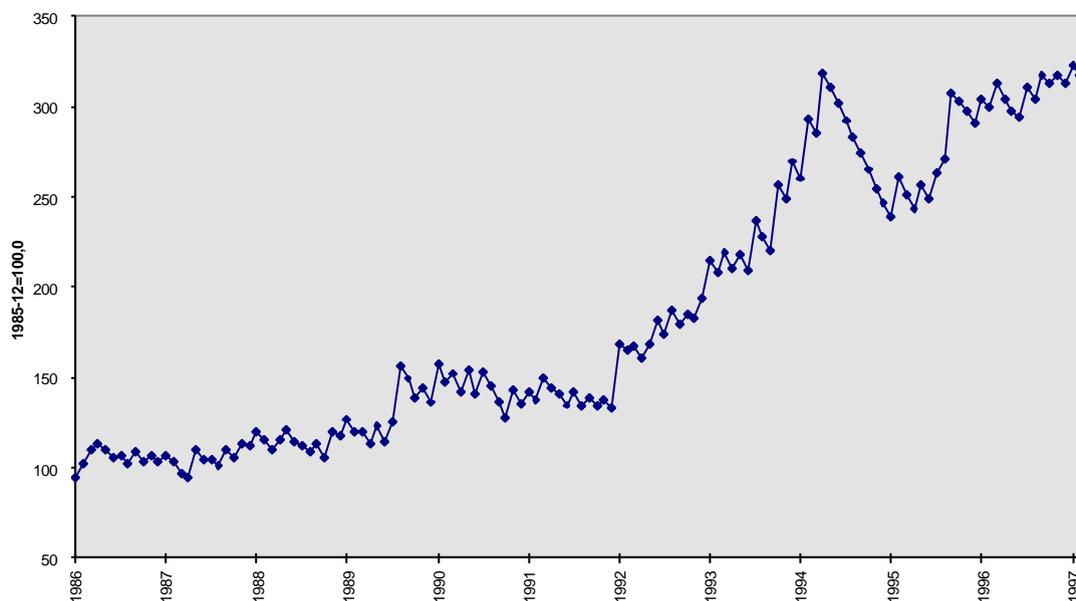
ÍNDICE DEL VALOR REAL DE LOS TICKETS



ÍNDICE DEL VALOR REAL DE LA CUOTA EMER. MOVIL



ÍNDICE DEL VALOR REAL DE LA CUOTA IMAE



De la observación de los gráficos precedentes se desprenden los siguientes comentarios:

La evolución del Índice del Valor Real de la *cuota IAMC*, y del correspondiente a *órdenes* y a *tickets*, muestra a comienzos de los '90 un incremento sustantivo. Esta evolución

está asociada a las modificaciones en el marco regulatorio (ver cuadro comparativo de la regulación para estas variables) con la liberalización de los precios de cuota y tasas moderadoras (órdenes, tickets). La evolución posterior deja al descubierto cómo éstas últimas se han transformado en fuentes de financiamiento, mientras las cuotas mantienen una tendencia creciente pero más suavizada para el mismo período.

La evolución del Índice correspondiente a la *cuota real de emergencias móviles* muestra un incremento continuo a lo largo del tiempo. Este precio no estuvo regulado en el período de análisis.

La evolución del Índice del valor real de la *cuota FNR (IMAE)* presenta, al igual que lo que sucede con el valor de la cuota IAMC, las órdenes y tickets, un incremento importante a principios de los '90. Sin embargo, la explicación en este caso es diferente, ya que viene dada fundamentalmente por la incorporación de nuevas técnicas a la cobertura del FNR. Esta incorporación implicó como ya fue analizado un incremento de los egresos, que fue financiado con el incremento de la cuota FNR.

La evolución de los principales precios vinculados a los mercados de servicios para el cuidado de la salud, muestra en promedio, al igual a lo que se observa en otros países, un crecimiento superior al que se observa en el resto de los precios de la economía. En el cuadro que aparece a continuación se presenta una reestimación de las tasas de variación de Índice del Precios al Consumo si se excluye el rubro Cuidados Médicos, así como las tasas de variación de este rubro en forma aislada.

**Tasas anuales de variación del IPC sin Cuidados Médicos e Índice de Precios de Cuidados Médicos**

	IPC sin Cuidados Médicos	Índice de Precios de Cuidados Médicos	IPC
1986	71,8	59,7	70,6
1987	55,9	72,1	57,3
1988	69,4	65,3	69,0
1989	87,7	103,5	89,2
1990	126,1	154,3	129,0
1991	80,9	85,8	81,5
1992	56,5	77,9	58,9
1993	52,1	57,8	52,9
1994	43,4	48,5	44,1
1995	34,6	40,8	35,4
Promedio	67,8	76,6	68,8

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE

## CANTIDAD DE AFILIADOS

La Ley 15.181 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 mil 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. Los sucesos de notoriedad de las últimas semanas dejan al desnudo la existencia de 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 un mercado como este. 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 altos niveles 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 al 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. Esta medida requiere un*

*incremento de gasto por parte del sector público, lo cual no parece factible al menos en el corto plazo.*

## **INVERSIONES, INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍA Y EQUIPAMIENTO**

En relación a la planificación y realización de *inversiones*, todas aquellas que se realicen en el sub-sector privado con el objeto de brindar asistencia médica, ya sean adquisiciones en plaza o en el exterior, estarán sujetas a las normas que se establecen en los Decretos 87/83 y 88/83 de 1983 y posteriores (Decreto 558/91), teniendo a su vez prioridad las solicitudes realizadas por las IAMC.

Estas deberán recabar autorización del Poder Ejecutivo para la realización de inversiones, ya sea que formen parte o no de un Plan de Desarrollo de la Institución. La autorización podrá ser otorgada cuando se justifique su necesidad de acuerdo a las prioridades sanitarias del país; o se determine la viabilidad tanto técnica como financiera del Proyecto.

Podrán autorizarse Proyectos de Inversión a ser realizados en forma conjunta por varias IAMC o por Asociaciones de segundo o tercer grado que de forma exclusiva las agrupen, cuando la capacidad de la inversión exceda la demanda de la población de cada una de aquellas.

Las autorizaciones solicitadas para inversiones no comprendidas en un Plan de Desarrollo, sólo podrán ser otorgadas en los casos de equipos destinados a cubrir la demanda de la población afiliada a la IAMC a la fecha de la solicitud.

El Poder Ejecutivo (PE) podrá autorizar a las IAMC la realización de inversiones, una vez constatado el cumplimiento de los requisitos anteriores, siempre que no superen determinados topes para la adquisición de instrumental y equipos; reposición de equipos que no incrementen la capacidad operativa y no incorporen nueva tecnología; e inversiones comprendidas en un Plan de Desarrollo previamente aprobado. La autorización del PE es condición necesaria para que el BROU de curso a la denuncia de importación y apertura de créditos para la importación de bienes

Las IAMC y las personas jurídicas que prestan asistencia médica privada particular tienen exoneración impositiva para importar equipamiento asistencial según la Ley N° 12.670 de 1959 (y concordantes), teniendo obligación de prestar atención médica a pacientes de Unidades Ejecutoras del MSP por un monto equivalente a la exoneración obtenida.

En relación a la normativa para la incorporación de equipamiento médico, las unidades especializadas del MSP, actuando coordinadamente, deben evaluar todas las solicitudes de incorporación de equipamiento médico provenientes de las IAMC y de las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular.

Es cometido del MSP realizar la evaluación técnica del equipamiento médico a incorporar y asesorar a las instituciones, cuando las mismas lo solicitaran oficialmente, como forma de racionalizar sus inversiones. Se debería realizar un análisis de la factibilidad económica de la inversión cuando: las solicitudes impliquen incorporación de equipamiento médico aún inexistente en el país; la solicitud fuera realizada por una IAMC que manifieste que no habrá de brindar servicios a terceros y el monto de la inversión supere un tope establecido; la solicitud fuera realizada por una persona física o jurídica que brinda asistencia médica privada o particular o una IAMC que venda servicios a terceros; el precio de la técnica o procedimiento a brindar supere un valor preestablecido.

Las tecnologías a importar deben ser de reconocida aceptación y difusión nacional y/o internacional. No se podrá extender autorizaciones en relación a equipos que se encontraran en la fase de experimentación y/o desarrollo. La negativa debe ser fundamentada.

Las diferentes solicitudes de autorización para la incorporación de equipamiento médico, deberían estar en correlación con la Política de Salud determinada por el MSP, debiéndose justificar la incorporación en función de las prioridades sanitarias del país (servicios prioritarios). Las solicitudes de incorporación de equipamiento médico orientada a la prestación de servicios no prioritarios deberían justificar la necesidad definiendo claramente los aspectos relacionados con la demanda potencial de este tipo de servicios en función de la población a cubrir y las posibilidades de oferta potencial del equipamiento respectivo.

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 (típico 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 síntesis, el sistema FNR corre serios riesgos de viabilidad futura. Dependiendo del mecanismo sustitutivo para la cobertura de las técnicas que cubre en la actualidad el FNR en caso que este desapareciera, o bien de las medidas que eventualmente se tomaran de futuro a los efectos de contener la fuerte expansión del gasto que viene sufriendo, la incorporación y evaluación de la tecnología de más alto costo impactará de modo diferente en el desarrollo de las instituciones del sistema IAMC, tanto por el lado de sus costos, como de sus ingresos.*

## **RECURSOS HUMANOS**

En lo que tiene que ver con 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 profesionales<sup>11</sup>.

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.

Distintos Decretos del Poder Ejecutivo, acordados en el ámbito del Ministerio de Trabajo entre delegados de las empresas, los sindicatos y del Ministerio, consagran diferentes topes máximos al *número de servicios o actos asistenciales a producir por hora de trabajo*. Entre los médicos la norma más significativa es la que establece que los profesionales en su labor de consultorio asistirán hasta seis pacientes por hora, salvo en cuatro especialidades<sup>12</sup> que atienden cuatro pacientes/hora. También existen normas similares para

---

<sup>11</sup> Este es el caso por ejemplo de las parteras, los Centros de Hemodiálisis, los Centros de Implantación de Marcapasos, las Unidades de Cuidados Especiales.

<sup>12</sup> Psiquiatría, neurología, fisiatría y nefrología.

diferentes tipos de técnicos<sup>13</sup>. El Laudo de 1965, ratificado en 1985, estipulaba topes de acumulación de actividad en el destajo entre distintas instituciones para un mismo médico.

El *salario de los médicos* se fija desde 1993 a través de convenios colectivos entre los distintos agrupamientos de empresas (FEMI, Plenario y UMU) y los distintos agrupamientos médicos (FEMI, Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas y SMU). El salario de las demás categorías laborales se fija desde 1985 a través de Decretos que recogen los acuerdos alcanzados entre la FUS, los agrupamientos de empresas y el Estado.

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 informe. 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 horaria<sup>14</sup> 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.

En mercados competitivos, el exceso de oferta de mano de obra debería tender a presionar a la baja la remuneración del factor. Sin embargo, en el sector salud, y en particular en el Uruguay, el *número excesivo de médicos* para el actual modelo asistencial tiende a mantener y aún incrementar la masa salarial en términos reales, apoyado en fuerte poder sindical. El sector público, que participa en las negociaciones salariales entre empresas IAMC y sindicatos, y que al mismo tiempo regula los precios de cuotas de las IAMC, ha aceptado vincular ambos factores - precios y salarios - en mecanismos de indexación, la mayoría de las veces automática, lo que conduce a la desvinculación de las remuneraciones en relación a aspectos tales como los resultados alcanzados por las empresas o la productividad laboral (en aquellos casos en los cuales podría ser beneficioso la conjugación de ambas variables).

---

<sup>13</sup> Practicantes de policlínica, Técnicos en Fisioterapia, y Técnicos en Fonoaudiología.

<sup>14</sup> 26 horas mensuales para la actividad en consultorio y 96 horas para la emergencia, entre otras.

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.

Factores adicionales como el libre ingreso a la Facultad de Medicina, lo cual asegura una tasa de crecimiento futura del número de médicos, unida a la falta de incentivos al retiro del mercado de trabajo para los médicos que permanecen en el sistema jubilatorio tradicional, provocan un crecimiento permanente del número de médicos en actividad, lo cual vuelve a fortalecer la presión de costos sobre el sistema IAMC, teniendo en cuenta que los médicos tienen la capacidad de inducir demanda, y que la regulación existente otorga una importante inflexibilidad al mercado de trabajo.

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 ( 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.

## **EXONERACIÓN IMPOSITIVA**

El Decreto Ley 15.181 (1981), establece que las IAMC (instituciones que no persiguen fines de lucro) están exoneradas de toda clase de tributos nacionales y departamentales, con excepción de los aportes a los organismos de seguridad social que correspondan (existe exoneración de aportes patronales, excepto el que corresponde a la ex-DISSE). 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 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. (Decreto 783/991)

### **CONTROL DE ASPECTOS TECNICOS Y CONTABLES**

Las IAMC deberán presentar ante las dependencias competentes del MSP los datos requeridos por el Sistema Nacional de Información (SINADI), así como demás información estadística que les sea solicitada. La misma es vertida en formularios expresamente diseñados a tal fin y presentada periódicamente ante el MSP (Decreto 93/983)

El MSP otorgará el certificado que acredite el adecuado cumplimiento por parte de las IAMC en la entrega de la información, cuya presentación será indispensable para dar curso a cualquier tramitación que deba realizar la Institución ante las dependencias de la Administración Central. En particular, sin el correspondiente certificado no se habilita el pago que realiza la ex-DISSE por sus afiliados a la IAMC, y dada la importancia que el mismo tiene para la mayoría de las empresas por el calce del mismo - dados los montos y la certeza de cobro- con las remuneraciones del personal, es de especial preocupación de las instituciones cumplir con la entrega de dicha información.

Las dependencias competentes del MSP tendrán amplias facultades de inspección para corroborar la veracidad de la información vertida. En caso de reiteración de errores o de distorsión deliberada de los datos, la Institución no recibirá el certificado de cumplimiento, sin perjuicio de la responsabilidad penal que correspondiera, por incurrir en falsa declaración jurada. (Decreto 93/983)

Si bien la normativa establece la exigencia de que los seguros privados no IAMC entreguen la información contable y asistencial al MSP, al no operar los mecanismos coercitivos - como la necesidad del certificado antes mencionado para cobrar en la ex-DISSE -, la información no es proporcionada en tiempo y forma por los mismos.

### **MARKETING**

Las IAMC no están autorizadas a utilizar cualquier tipo de intermediación lucrativa para la captación de nuevos afiliados o socios.

*Sin embargo, esta práctica se ha desarrollado en la competencia por la captación de afiliados a la seguridad social, resultando para las empresas un mecanismo gravoso, que ha incrementado sus gastos considerablemente, les ha generado serios inconvenientes financieros, al tiempo que representa un desembolso que nada tiene que ver con los objetivos perseguidos, no permite fortalecer las variables "sanas" de competencia en el mercado y afecta la eficiencia en la asignación de recursos.*

## **CONCLUSIONES SOBRE REGULACIÓN Y SUS TENDENCIAS FUTURAS**

La regulación imperante en el sector 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, 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.

## ANÁLISIS DE LOS INGRESOS Y EGRESOS DEL SISTEMA IAMC

### La estructura de los Ingresos Operativos

*La principal fuente de ingresos del sistema IAMC lo constituye la cuota mutual. No obstante, se observa en los últimos años una tendencia a la disminución de su participación relativa, desde un 85% de los ingresos corrientes totales en el año 1991, hasta un 77,7% en 1998. Este proceso se da en un contexto donde el valor de la cuota mutual crece en valores reales y el número de afiliados al sistema IAMC no cae, es decir, en un contexto en el que el valor de los ingresos por cuotas crece en términos reales, lo que implica que los otros rubros que conforman los ingresos operativos crecieron aun más.*

Las explicaciones de este fenómeno son varias. Por un lado, los aumentos autorizados por el MEF en el valor de la cuota mutual, dada su alta incidencia en la canasta de consumo y en consecuencia en la inflación, fueron menores al autorizado para el valor de los copagos (órdenes para atención ambulatoria, paraclínica y tiques de medicamentos). *Es así que el papel moderador de la demanda de los copagos se ha transformado, pasando los mismos a formar parte de las fuentes de financiamiento.*

Por otro lado, Uruguay no escapa a la tendencia internacional en lo que hace a la incidencia de la tecnología médica en los gastos del sector salud. Lo que se destaca en diversos estudios es que entre las explicaciones del crecimiento del gasto en salud, figura como elemento importante la incorporación de nuevos procedimientos vinculados al avance tecnológico. Esto contrasta con lo que se observa en otros sectores, donde la incorporación de tecnología está asociada a la reducción de costos. En el rubro Otros Ingresos se incluye el rubro Medicina Altamente Especializada, vinculado a la incorporación tecnológica, y cubierto por el FNR.

### Estructura de Ingresos Operativos del sistema IAMC

	Cuotas	Órdenes	Tickets	Otros	Total
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
1998	77,7	3,9	7,3	11,1	100,0
<b>Promedio</b>	<b>80,6</b>	<b>3,6</b>	<b>7,1</b>	<b>8,8</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SINADI

### La estructura de Egresos Operativos del sistema IAMC

*El principal componente de los Egresos Operativos lo constituye el rubro Remuneraciones y Cargas Sociales, representando en promedio en el período 1991-1998 un 55%. Es importante hacer notar que este valor está subestimado. Esto obedece a que en el rubro Remuneraciones y Cargas Sociales se cargan exclusivamente los pagos por los servicios prestados por el personal de las IAMC en relación de dependencia. Los pagos realizados al personal que o bien no mantiene relación de dependencia, o bien, la mantiene pero no para la totalidad de sus actividades no aparecen en este rubro. La información disponible no permite entonces conocer con precisión el peso relativo de las remuneraciones en la estructura de costos.*

Los rubros de la estructura de gastos que le siguen en orden de importancia son Medicamentos y Servicios Contratados, ver cuadro siguiente.

### Estructura de los Egresos Operativos del sistema IAMC

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Remuneraciones y Carg. Sociales	52,3	53,0	54,5	55,8	56,8	56,5	56,0	55,7
Medicamentos	16,3	16,1	15,1	13,8	13,2	13,1	13,0	13,5
Otros Bienes	4,9	4,5	4,1	3,8	3,9	4,1	4,3	4,8
Servicios Propios	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,5	1,4	1,5
Servicios Contratados	16,0	16,0	16,3	16,2	15,6	15,4	15,2	14,2
Gastos de Mantenimiento	1,0	1,0	0,9	1,2	1,1	1,1	1,2	1,3
Gastos de Funcionamiento	5,7	5,8	5,6	6,0	5,8	6,2	6,6	7,2
Amortizaciones	1,7	1,6	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	1,8
Transferencias	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100,0

Fuente: SINADI

### La dinámica de los ingresos y egresos del sistema IAMC

En el cuadro que aparece a continuación se presenta la dinámica de los distintos rubros que componen los ingresos y egresos operativos del sistema. Para cada rubro se calculó un índice con base en el año 1991.

**Evolución de los Ingresos y Egresos en términos reales**  
**Índices 1991 = 100.0**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<b>INGRESOS OPERATIVOS</b>								
Cuotas	100,0	107,6	113,0	116,2	118,8	130,0	135,4	137,0
Tasas mod. Órdenes	100,0	106,6	135,3	179,6	198,2	189,5	193,4	206,6
Tasas mod. Tickets	100,0	117,2	130,5	171,4	172,5	172,6	178,5	183,4
Otros	100,0	120,9	146,3	168,7	190,2	217,2	215,0	247,5
Sub Total Ing. Operativos	100,0	109,0	116,9	124,8	128,9	140,0	144,9	149,1
<b>INGRESOS NO OPERATIVOS</b>	100,0	121,5	104,5	110,7	110,0	132,4	148,1	160,4
<b>TOTAL INGRESOS</b>	100,0	109,4	116,5	124,3	128,3	139,8	145,0	149,4
<b>EGRESOS OPERATIVOS</b>								
Remuner. y cargas sociales	100,0	116,3	126,3	143,3	147,9	152,9	157,2	161,0
Bienes								
Medicamentos	100,0	113,1	112,1	113,3	110,5	113,9	117,0	124,8
Otros bienes	100,0	105,0	101,3	103,5	108,2	117,2	130,2	147,8
Servicios								
Servicios propios	100,0	109,9	118,8	121,1	128,5	139,7	129,7	144,8
Servicios contratados	100,0	114,3	122,7	135,4	132,7	135,8	139,0	133,7
Gastos de mantenimiento	100,0	117,3	111,4	165,8	155,4	152,0	186,9	196,2
Gastos de Funcionamiento	100,0	116,1	119,4	139,9	138,3	152,5	170,1	189,8
Amortizaciones	100,0	106,4	100,0	108,8	121,2	130,1	137,5	153,8
Transferencias	100,0	110,8	115,3	116,8	129,6	150,6	158,0	29,7
Sub Total Egresos Operativos	100,0	114,6	121,0	134,2	136,1	141,4	146,7	151,0
<b>EGRESOS NO OPERATIVOS</b>								
Gastos Financieros	100,0	92,8	106,6	121,0	170,7	181,9	183,6	190,2
Otros Egresos	100,0	112,6	104,1	131,8	281,9	149,9	167,3	243,7
Sub Total Egr. No Operativos	100,0	98,7	105,8	124,2	203,6	172,4	178,8	206,1
<b>TOTAL EGRESOS</b>	100,0	114,1	120,5	133,9	138,2	142,4	147,7	152,7

Fuente: SINADI

En los ingresos operativos el rubro de mayor expansión es el rubro Otros, creciendo más de 100% entre los años 1991 y 1998. Los componentes que forman parte de este rubro son:

- Venta de servicios asistenciales ambulatorios;
- Venta de servicios asistenciales de internación;
- Medicina altamente especializada (financiado por el FNR);
- Otros ingresos.

De estos rubros los de mayor importancia son la venta de servicios de internación donde se incluye la ventas de servicios de CTI y la medicina altamente especializada vinculada al FNR. En el caso de la medicina altamente especializada se observa un incremento a lo largo del período explicado por la cobertura de nuevas técnicas por parte del FNR y el progresivo incremento de los aranceles percibidos por los IMAE.

La participación de los egresos por Remuneraciones en relación a los ingresos por el cobro de Cuotas ha venido aumentando en forma sostenida, pasando de representar un 62,7% en el año 1991, a representar 73,7% en 1998.

#### **Remuneraciones sobre Ingresos Operativos e Ingresos por Cuotas**

**En %**

Años	En relación a Ing. Operat.	En relación a las cuotas
1991	53,0	62,7
1992	56,6	67,8
1993	57,3	70,0
1994	60,9	77,3
1995	60,8	78,1
1996	57,9	73,7
1997	57,5	72,8
1998	57,3	73,7

Fuente: SINADI

El valor de los ingresos por cuotas evoluciona en forma similar al valor de la cuota lo que estaría indicando que existe para niveles razonables (en el corto plazo) de variación del valor de la cuota IAMC cierta insensibilidad precio. Lo mismo no ocurre con las órdenes donde se observan variaciones no proporcionales entre el precio y los ingresos, ver cuadro siguiente.

**Tasas de variación anuales en términos reales**

	Ingresos por Cuotas	Valor de la Cuota	Ingresos por Órdenes	Valor de las Órdenes
1992	7,6	8,9	6,6	11,0
1993	5,0	5,1	26,9	61,9
1994	2,8	1,7	32,7	42,1
1995	2,2	0,3	10,3	3,1
1996	9,4	7,6	-4,4	2,4

Desde el año 1991 hasta el año 1999 se observa la persistencia de un déficit en el sistema, que se incrementa en forma sustantiva en los años 1994 y 1995 y que vuelve a disminuir en forma significativa en el año 1996. En el año 1998, a pesar de la notoriedad que tuvo en la prensa la situación deficitaria en la que se encuentra el sistema IAMC, la situación no se diferencia de la de 1997. Los ingresos operativos y los egresos operativos crecieron en un mismo porcentaje, 3%, observándose una pequeña diferencia en los resultados sobre ingreso, explicada por el fuerte incremento del rubro otros dentro de los egresos no operativos.

El importante déficit observado en los años 1992 y 1994 explica el crecimiento significativo que se observa en el endeudamiento financiero del sector, el que se incrementa en un 91% y 61% respectivamente. Desde entonces, no se han dado las condiciones para cancelar ese endeudamiento.

**Evolución de los resultados del sistema IAMC<sup>15</sup>**

	Resultado sobre Ingresos	Resultado Operativo sobre Ingresos
1991	-1,4	-1,4
1992	-5,7	-6,4
1993	-4,9	-4,9
1994	-9,1	-8,8
1995	-9,1	-6,9
1996	-3,2	-2,4
1997	-3,2	-2,6
1998	-3,6	-2,6

Fuente: SINADI

<sup>15</sup> Al momento de realizar este informe, a pesar de que informalmente se manejan valores acerca del déficit del sector, los mismos no son oficiales en la medida que existe todavía una institución que no remitió la información. El valor que se maneja es de un déficit para el conjunto del sector de 9% de sus ingresos.

Al momento de redactar este trabajo no se cuenta con información definitiva para el año 1999, no obstante se cuenta con información para la casi totalidad de instituciones. A partir de la misma se intenta responder la siguiente pregunta, ¿ Cuan intensa es la situación crítica por la que atraviesa el sistema IAMC en la actualidad?

Si tomamos como indicador de la intensidad de la crisis el número de afiliados de las instituciones en situación crítica, y como indicadores posibles de situación crítica un déficit mayor a 4 u 8 como porcentaje de los ingresos tenemos que:

Total del País

	Déficit > 8%	Déficit > 4%
1996	21,6	38,1
1997	9,0	33,6
1998	11,3	56,0
1999	36,6	51,9

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI  
El déficit es tomado sobre ingresos

Si se analiza por región se observa la existencia de un comportamiento diferencial según Montevideo Interior.

Montevideo

	Déficit > 8%	Déficit > 4%
1996	33,3	50,6
1997	11,4	40,2
1998	15,1	79,1
1999	54,7	78,9

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI

Interior

	Déficit > 8%	Déficit > 4%
1996	0,4	15,6
1997	4,7	21,9
1998	0,7	14,0
1999	5,7	6,2

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI

También se observa un comportamiento diferencial si se considera el tamaño de las instituciones. El cuadro siguiente compara el tamaño promedio de las instituciones de Montevideo con el tamaño promedio de las instituciones que están en situación crítica

Montevideo

	Tamaño Promedio	Tamaño Promedio de las Inst. con def >8
1996	53.904	80.844
1997	54.756	22.510
1998	54.900	29.991
1999	61.610	72.224

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI

Si tomáramos como indicador de situación crítica un indicador alternativo, el pasivo que tienen las instituciones, tenemos que,

Pasivo promedio por afiliado en pesos  
de setiembre de 1999

	Montevideo	Interior
1996	2.252,6	1.183,5
1997	2.522,6	1.418,0
1998	3.004,3	1.494,3
1999	3.051,4	1.689,0

Fuente: Elaboración propia en base a información del SINADI

El pasivo por afiliado es de casi el doble en Montevideo que en el Interior, equivaliendo a aproximadamente seis cuotas mutuales en Montevideo.

## El financiamiento del sistema IAMC

La principal fuente de financiamiento del sector, lo constituye a pesar de que su relevancia ha disminuido en el tiempo, el pago diferido a los proveedores. La de menor importancia desde el punto de vista de su participación relativa, aunque con una tendencia creciente en el tiempo, corresponde al endeudamiento con el sistema financiero. La participación del endeudamiento con Proveedores pasó de 51,8% a 42,8% entre 1991 y 1998, mientras que en igual período la participación de las deudas financieras de corto plazo, pasó de 6,7% a 21,3%, ver cuadro siguiente.

**Estructura de financiamiento de Corto Plazo del sistema IAMC**

	Proveedores	Financieras	Deudas Diversas	Total
1991	51,8	6,7	41,5	100,0
1992	48,8	11,2	40,0	100,0
1993	46,6	12,1	41,3	100,0
1994	44,5	15,7	39,8	100,0
1995	41,4	17,7	40,9	100,0
1996	39,0	19,4	41,6	100,0
1997	43,8	18,3	37,9	100,0
1998	42,8	21,3	35,9	100,0

**El endeudamiento de corto plazo y de largo plazo**

La participación del crédito de largo plazo se incrementa en los últimos tres años, aunque no en forma significativa.

Algo similar ocurre con el volumen de crédito de largo plazo.

**Estructura temporal del Endeudamiento**

	Corto Plazo	Largo Plazo	Total
1991	93,8	6,2	100,0
1992	95,2	4,8	100,0
1993	96,2	3,8	100,0
1994	94,9	5,1	100,0
1995	94,5	5,5	100,0
1996	93,0	7,0	100,0
1997	89,7	10,3	100,0
1998	88,4	11,6	100,0

Corto plazo = Proveedores + Deudas Financieras + Diversas

## **INDICADORES ASISTENCIALES DEL SISTEMA IAMC**

A continuación se presentan los indicadores asistenciales del sistema IAMC. En primer lugar aparecen los indicadores del sistema en su conjunto, en segundo lugar se analizan las diferencias que desde el punto de vista asistencial se observan entre Montevideo e Interior y por último se analiza el impacto del acuerdo laboral del año 1993.

### **I. REFERIDOS A TODO EL SISTEMA**

En el número de consultas cada 1.000 afiliados se observa una disminución en el período 1994 1997 en relación al período 1991 1993, coincidente con un aumento en el valor real de los copagos. El promedio de consultas para el período 1991 1993 fue de 5,41 mientras que en 1994 1997 fue de 5,08, lo que implica una caída del 6,1%.

No obstante, no se observa una tendencia a que el valor de este indicador siga disminuyendo en el tiempo. Es importante destacar que se observa un comportamiento de esta variable diferente en Montevideo e Interior, lo que se trata en el apartado siguiente.

El número de recetas por consulta se ha mantenido constante en el período. Lo mismo se observa con los egresos cada 1.000 afiliados, lo que implica que las nuevas modalidades asistenciales que algunas instituciones están poniendo en práctica, como la cirugía ambulatoria y la internación domiciliaria no están pautando una modificación en la intensidad en el uso de las camas.

Se observa si una disminución significativa en la duración promedio de las internaciones, cayendo un 6,9% entre 1991 y 1997. Como resultado de que la tasa de egresos se haya mantenido constante y la duración promedio de la internación haya disminuido, tenemos que los días de hospitalización cada 1.000 afiliados caen.

En las cirugías corrientes se observa un crecimiento del 27,6% en el período, manteniéndose constante el número de cirugías mayores y altas.

Los egresos de CTI aumentaron un 34% en el período 1991 1997, resultando llamativo que el incremento se concentra básicamente en los años 1992 y 1993.

	Consultas no urgentes por afiliado	Recetas por consulta	Egresos cada 1.000 afiliados	Duración promedio de la internac.	Días de hospitalización cada 1.000 afiliados	Cirugías corrientes cada 1.000 afiliados	Cirugías mayores cada 1.000 afiliados	Cirugías altas cada 1.000 afiliados	Egresos de CTI cada 1.000 afiliados
1991	5,35	1,38	109,62	4,80	526,60	24,06	18,20	6,40	5,68
1992	5,46		112,30	4,65	522,40	24,06	17,90	6,13	6,80
1993	5,43	1,65	111,69	4,72	527,24	24,68	17,44	5,77	7,38
1994	5,19	1,52	111,07	4,67	518,45	29,46	19,56	5,65	7,32
1995	4,94	1,55	110,58	4,53	500,77	29,88	19,29	5,94	7,15
1996	5,16	1,58	110,48	4,74	523,41	31,13	20,16	5,44	7,49
1997	5,06	1,44	110,22	4,47	493,24	30,70	19,62	6,87	7,61
Prom.	5,23	1,42	110,85	4,66	516,01	27,71	18,88	6,03	7,06

Fuente: SINADI

## **Análisis del uso y de la dotación de camas del sistema**

La utilización del recurso cama en el sistema IAMC ha venido disminuyendo en el tiempo pasando de 526,6 camas al año cada 1.000 afiliados en 1991 a 493,2 en 1997, lo que significa una caída del 6,3%. Esta disminución puede ser provocada por dos factores, una caída en la tasa de internación, y/o una caída en la estadía promedio.

El primer factor podría estar mostrando una modificación en el modelo asistencial con una mayor incidencia de la internación domiciliaria, y la existencia de un mayor número de cirugías ambulatorias. El segundo factor se asocia a un mejor uso del recurso cama.

La información para el sistema IAMC muestra que en el período 1991-1997 no existió una caída en las tasas de internación, con lo que al momento no han sido significativos los cambios del modelo asistencial planteados previamente, explicándose la caída en la utilización de las camas exclusivamente por la disminución de la estadía promedio. Esta cayó de 4,80 a 4,47 días, lo que significa un 6,8%.

La información precedente permite estimar la necesidad de camas del sistema IAMC para el año 1996, último para el que disponemos de información acerca de su stock, en 2.150. Al año 1996 el sistema contaba con 2.522 camas, lo que da un porcentaje ocupacional de aproximadamente 85,2%. Cabe destacar que este valor es aproximado en la medida que no todas las camas que emplea el sistema pertenecen al mismo, es decir existen arrendamientos de camas fuera del sistema, ni todas las camas del sistema son empleadas por beneficiarios del mismo.

	Camas Disponibles	Camas Necesarias	% ocupacional
Montevideo	1.646		
Interior	876		
Total del país	2.522	2.150	85,2%

Fuente: Elaboración propia

La estimación del número de camas necesarias se realizó asumiendo en forma implícita que la utilización del recurso cama se hace a una intensidad homogénea a lo largo del año. Sin embargo, la utilización de este recurso muestra una marcada estacionalidad.

En caso de incorporar esta estacionalidad en la estimación la cantidad de camas necesarias sería mayor. Esto plantea que de no mediar modificaciones en el modelo de atención vigente que impliquen una modificación en el uso del recurso cama, la capacidad instalada de este recurso estaría siendo empleada a niveles cercanos al 100%. Esto implica que la eventualidad de un incremento significativo en el número de afiliados del sistema, tendría que asociarse a un incremento en la disponibilidad de camas.

## **II. MONTEVIDEO - INTERIOR**

De la comparación de distintos indicadores de utilización para Montevideo e Interior se desprenden en algunos casos diferencias importantes, las que, dado que los perfiles de morbilidad no presentan diferencias importantes, podrían estar indicando la existencia de modelos de atención diferentes. A continuación se presenta una serie de cuadros con información asistencial discriminando Montevideo e Interior.

**Consultas no urgentes cada 1.000 afiliados**

	Montevideo	Interior
1991	5,42	5,22
1992	5,57	5,25
1993	5,43	5,42
1994	5,29	5,01
1995	4,91	4,98
1996	5,15	5,19
1997	4,92	5,30
Promedio	5,24	5,20

Fuente: SINADI

En Montevideo se observa una caída en el número de consultas no urgentes si se compara los períodos 1991-1993 con 1994 – 1997, no sucediendo lo mismo en el Interior.

**Recetas por consulta**

	Montevideo	Interior
1991	1,04	2,00
1992	0,88	
1993	1,60	1,75
1994	1,39	1,75
1995	1,40	1,83
1996	1,25	2,17
1997	1,23	1,81
Promedio	1,26	1,88

Fuente: SINADI

**Días de hospitalización cada 1.000 afiliados**

	Montevideo	Interior	Variación Porcentual Entre zonas
1991	562,43	462,23	21,7
1992	565,86	444,32	27,3
1993	562,34	464,19	21,1
1994	557,14	448,94	24,1
1995	532,85	443,14	20,2
1996	548,55	478,25	14,7
1997	504,83	472,42	6,9
Promedio	547,7	459,1	19,3

Fuente: SINADI

En Montevideo se observa una clara tendencia a la disminución en el número de días de hospitalización cada 1.000 afiliados, no observándose lo mismo en el Interior

En el año 1996 las IAMC de Montevideo emplearon 548,55 días cama cada 1.000 afiliados. Esto implica una necesidad 1.505 camas. Las IAMC de Montevideo tenían en 1996 una cantidad de camas igual a 1646.

En el Interior en 1996 las IAMC emplearon 478,25 días camas cada 1.000 afiliados. Esto implica una necesidad de camas de 655. Las IAMC del Interior tenían en el año 1996 una cantidad de camas igual a 876.

	Camas Disponibles	Camas Necesarias
Montevideo	1.646	1.505
Interior	876	655

**Tasas de internación cada 1.000 afiliados**

Año	Montevideo	Interior	Variación porcentual entre zonas
1991	107,3	113,8	6,0
1992	110,4	115,7	4,8
1993	109,9	114,9	4,5
1994	109,6	113,7	3,7
1995	109,4	112,7	3,0
1996	109,3	112,6	3,0
1997	108,4	113,5	4,7
1998	107,9	114,6	6,2
Promedio			4,5

Fuente: SINADI

Las tasas de internación de Montevideo e Interior se mantienen constantes a lo largo del período 1991-1997, sin embargo se observan en forma sistemática valores superiores en el Interior del orden del 4,5%.

**Días promedio de internación**

	Montevideo	Interior	Variación porcentual entre zonas
1991	5,24	4,06	29,05
1992	5,12	3,84	33,47
1993	5,12	4,04	26,66
1994	5,08	3,95	28,74
1995	4,87	3,93	23,87
1996	5,02	4,25	18,16
1997	4,66	4,16	11,89

El número de días de internación es superior en todo el período en Montevideo que en el Interior, llegando a ser en el año 1992 un 33,4% superior. En promedio para el período la diferencia fue de 24,55%. Se observa en los últimos años una tendencia a la disminución de la diferencia que se observa en el valor de este indicador.

**Egresos de CTI por 1.000 afiliados**

	Montevideo	Interior	Variación porcentual entre zonas
1991	6,72	3,81	76,4
1992	7,86	4,89	60,7
1993	8,37	5,60	49,5
1994	8,22	5,69	44,4
1995	8,18	5,30	54,3
1996	8,50	5,67	49,9
1997	8,54	5,95	43,5
Promedio			54,1

Fuente: SINADI

Los egresos de CTI muestran una tendencia creciente sostenidamente tanto en Montevideo como en el Interior. En Montevideo se observa un crecimiento entre 1997 y 1991 de 27,1%, siendo este incremento en el Interior sensiblemente superior, 56,3%.

*Resulta llamativo el diferencial que existe en esta variable entre Montevideo e Interior, siendo en promedio un 54,1% superior en Montevideo que en el Interior.*

**III. EL IMPACTO DE LOS ACUERDOS SALARIALES DEL AÑO 1993**

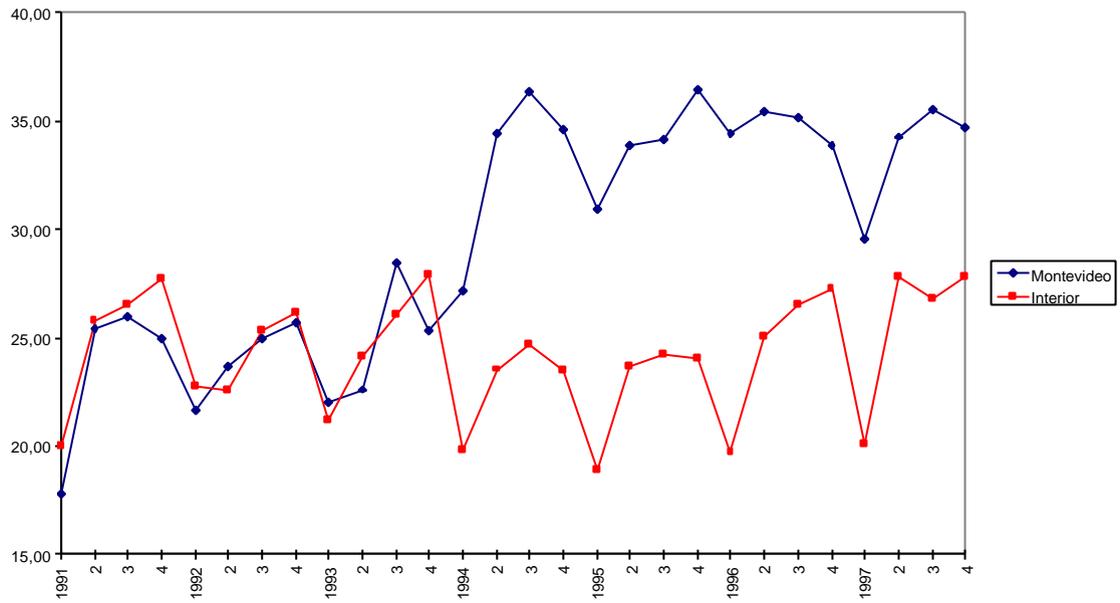
En el año 1993, luego de la huelga llevada adelante por las sociedades anestésico - quirúrgicas se firma un convenio salarial que comprendió el período 1 de julio de 1993 a 30 de junio de 1995. El acuerdo alcanzó a las IAMC de Montevideo pero no a las del Interior del país. En el mismo se revaloriza el pago por acto, lo que puede haber generado incentivos para la realización de un número mayor de actos del que se venían observando. A continuación se analiza la evolución de los actos en este período.

**Intervenciones quirúrgicas al año por 1.000 afiliados  
en el sistema IAMC<sup>16</sup>**

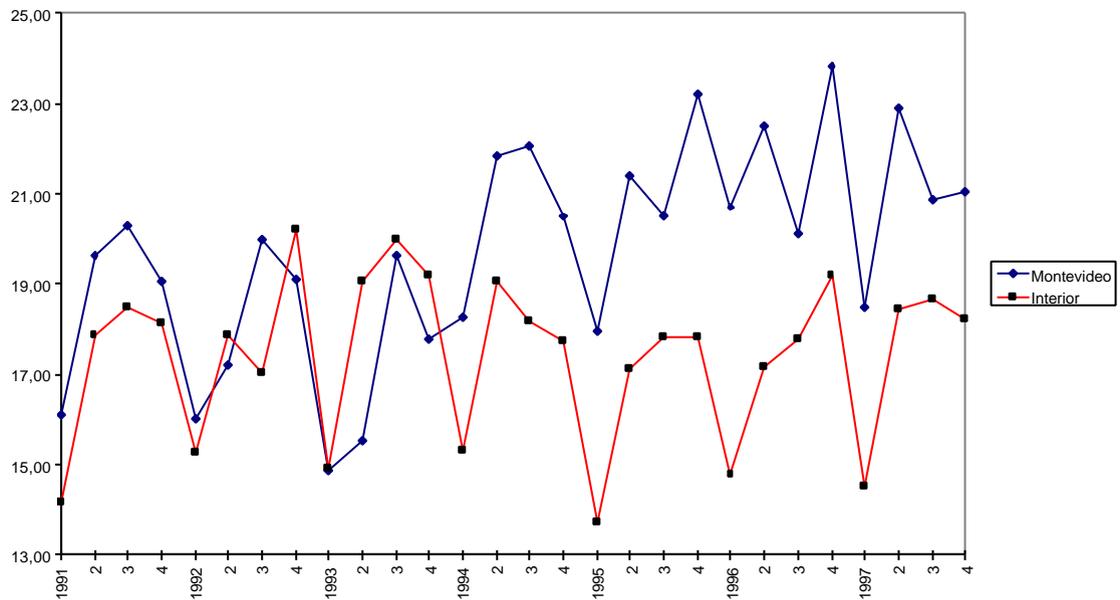
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Montevideo</b>							
Corrientes	23,55	23,99	24,59	33,13	33,87	34,75	33,52
Mayores	18,78	18,07	16,96	20,67	20,77	21,79	20,83
Altas	7,89	7,37	6,90	6,68	7,43	6,16	8,04
Total	50,22	49,43	48,45	60,48	62,07	62,70	62,39
<b>Interior</b>							
Corrientes	24,99	24,19	24,84	22,88	22,71	24,62	25,63
Mayores	17,16	17,60	18,29	17,58	16,63	17,23	17,46
Altas	3,73	3,90	3,75	3,79	3,27	4,15	4,77
Total	45,88	45,69	46,88	44,25	42,61	46,00	47,86

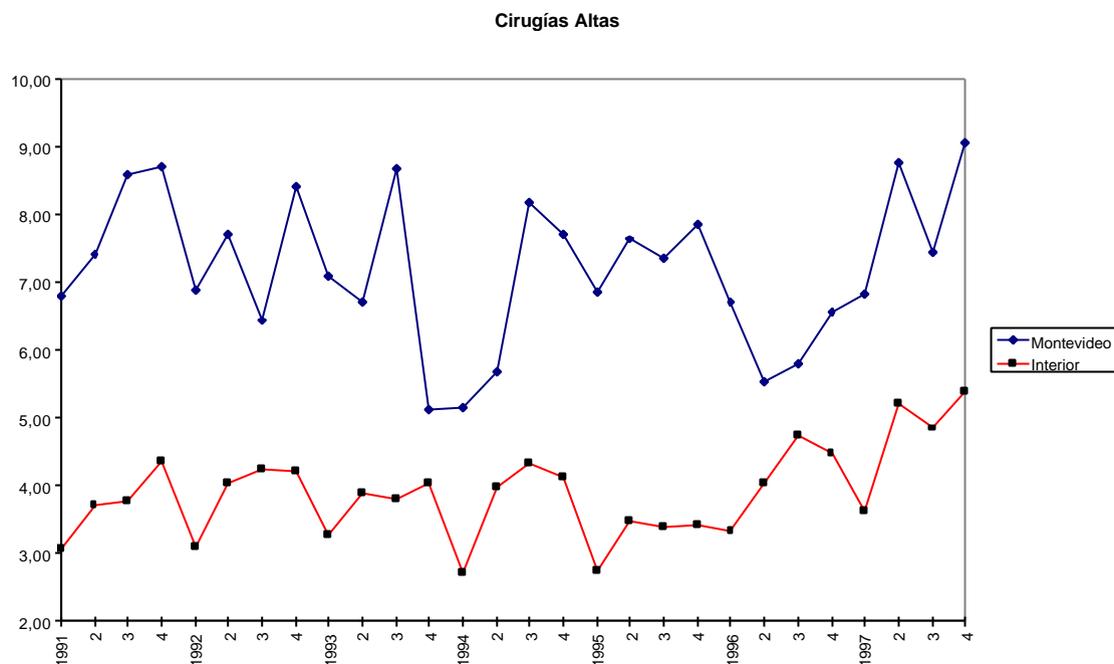
<sup>16</sup> Los datos surgen como promedio ponderado por la cantidad de afiliados de cada institución, a diferencia de los valores que se publican habitualmente, los que surgen de realizar el promedio simple de cada institución.

Cirugías Corrientes



Cirugías Mayores





### Comentarios acerca de los gráficos

#### Cirugías corrientes

Desde 1991 a 1993 la cantidad de cirugías corrientes realizadas a beneficiarios de Montevideo y del Interior evolucionan de la misma manera. El coeficiente de correlación, calculado en base a información trimestral, entre el número de cirugías corrientes por 1.000 afiliados en Montevideo y en el Interior toma un valor de 0,83 en este período.

Si se calcula el coeficiente de correlación entre 1991 y 1997 el coeficiente de correlación cae a 0,21, mostrando claramente que a partir del año 1994 las dos variables varían en forma diferente.

El número promedio de cirugías corrientes por cada 1.000 afiliados fue de 24,0 para los beneficiarios de Montevideo entre 1991 y 1993 y de 24,7 para igual período en el Interior. Es decir en el período previo al acuerdo salarial de 1993 no existían diferencias significativas en el número de cirugías corrientes. Sin embargo, en el período posterior al acuerdo se observa un incremento de 24,0 a 33,8 cirugías por cada 1.000 afiliados en Montevideo, mientras que en el Interior el promedio desciende de 24,7 a 24,0, ver cuadros que se presentan a continuación.

#### Coeficientes de correlación

1991 - 1993	0,83
1994 - 1997	0,21

**Número promedio de cirugías corrientes por cada 1.000 afiliados**

Años	Montevideo	Interior
1991 – 1993	24,04	24,67
1994 – 1997	33,82	23,96

**Cirugías Mayores**

**Coefficientes de correlación**

1991 – 1993	0,57
1994 – 1997	0,42

**Número promedio de cirugías mayores por cada 1.000 afiliados**

Años	Montevideo	Interior
1991 – 1993	17,94	17,69
1994 – 1997	21,02	17,22

## **ANÁLISIS DE LOS DISTINTOS OBJETIVOS EMPRESARIALES Y DE LAS ESTRATEGIAS QUE SE OBSERVAN EN EL SECTOR**

Desde el punto de vista del sector, las estrategias observadas surgen claramente a partir del *lobbie* que realizan las entidades IAMC a través de las cámaras que las nuclean, en comisiones coordinadoras de empresas, tanto de Montevideo como del Interior. El proceso crítico que vienen atravesando diversas empresas del sector -en general de pequeño porte- es conocido por los operadores del mismo, pero ha tomado estado público a través de la prensa en los últimos meses, particularmente a partir de la crítica situación financiera por la que estarían atravesando varias instituciones.

Esta situación que a pesar de tomar notoriedad en los últimos tiempos, no es nueva, ha dado lugar a que las empresas reclamaran una serie de medidas de parte del Poder Ejecutivo que permitan afrontar la situación crítica que vive el sistema, clasificándolas en "medidas inmediatas" y "medidas que apuntan a los factores más permanentes".

### **Medidas inmediatas:**

1. Recategorización del riesgo crediticio del sector de modo de facilitar y abaratar el acceso de las IAMC al financiamiento bancario. Se entiende que las entidades de asistencia médica colectivizada se encuentran "mal categorizadas por desconocimiento de sus peculiaridades".
2. Reestructuración de pasivos de corto plazo en deudas de largo plazo para instituciones que demuestren capacidad de repago.
3. Acuerdos con los gremios médicos y no médicos en el ámbito del Ministerio de Trabajo, alguna medida transitoria para instituciones deficitarias, mientras dure el déficit: a.
4. Suspender la aplicación de aumentos salariales previstos en los convenios colectivos de 1999; b. Aplicar una escala de descuentos salariales progresiva según el nivel de retribución; c. Cualquier otra alternativa que tenga resultados similares.
5. Eliminar la "competencia ilegal" de instituciones que rebajan unilateralmente cuotas de afiliados más jóvenes, a partir del cumplimiento por parte del MEF de los controles necesarios sobre los mecanismos de fijación de precios establecidos en la normativa vigente.
6. Extensión de plazos de aportes regulares, personales y patronales, al BPS. Anticipar 30 días el pago que realiza el BPS a las IAMC por la asistencia médica de activos y jubilados.
7. Cumplimiento de los pagos en plazos contractuales por parte del Estado y las Intendencias por servicios médicos contratados a las IAMC.

8. Extensión a los "seguros parciales" de las mismas condiciones de ingreso y permanencia de los afiliados que rigen para las IAMC.

**Medidas que apuntan a factores permanentes:**

1. Adecuación del marco normativo, tendiente a uniformizar la normativa de los "seguros parciales" de salud y las IAMC, buscando mejorar la eficiencia del sector.

2. Extensión de la cobertura a través de la seguridad social u otros mecanismos, a nuevas capas de la población, de modo de mejorar la distribución etaria de la población cubierta, permitiendo abaratar el costo promedio de la atención médica.

3. Renegociación de convenios laborales, tendiendo a readecuar las condiciones laborales a la realidad actual (muchas provienen del Laudo del año 1965), en acuerdo con las gremiales médicas y no médicas, sustituyendo el sistema de retribución basado en el acto médico-quirúrgico por otro con mayor predominio del salario fijo.

4. Apoyo financiero como respaldo efectivo a los procesos de reconversión para instituciones que presenten proyectos viables en base a la mejora de la gestión, en especial para aquellas IAMC que a través de la fusión mejoren la eficiencia y calidad de los servicios.

5. Sistema alternativo de regulación de precios que contemple la variación real de los costos, el envejecimiento de la población, la incorporación de tecnología y los costos financieros, tendiendo a mejorar la accesibilidad a los servicios por la aplicación de tasas moderadoras razonables.

6. Creación de un centro de evaluación de tecnologías médicas que permita apoyar la toma de decisiones sobre las prestaciones que deben ser proporcionadas obligatoriamente por las IAMC y el resto de las entidades públicas y privadas.

7. Creación de un programa de garantía de calidad y acreditación de servicios de salud.

En términos generales, pasando a abordar la realidad de los diferentes grupos de empresas y algunos casos particulares, *cabe resaltar las dificultades que han mostrado las empresas del sector IAMC para adaptar sus estrategias empresariales a los cambios futuros*. En particular, la caída de la inflación en los últimos años ha dejado en evidencia la falta de mecanismos de gestión que tendieran a una mayor eficiencia en la administración de los recursos en estas entidades (más allá de la política de licuación de pasivos que se ha seguido para enfrentar financieramente los déficit en los que se ha venido incurriendo).

Pueden señalarse en términos generales un grupo de problemas compartidos en mayor o menor medida por las entidades del sector, lo cual condiciona las estrategias a seguir por las

empresas, dependiendo de la profundidad de la problemática en cada caso y de las variables estratégicas propias de cada empresa:

- **costos** excesivos de estructura para el tamaño y demanda de servicios existente, junto con fuertes erogaciones en promoción y déficit sistemáticos en el tiempo sin que se procesaran medidas de reajuste estructural.
- **organización** deficiente de los recursos disponibles, con dificultades derivadas de la forma de propiedad y de los sistemas de incentivos para procesar reorganizaciones internas.
- **sistemas de información** carentes de contabilidad de costos, poco veraces y oportunos, provenientes de sistemas informáticos incompletos.
- **situaciones financieras** críticas, con exceso de endeudamiento de corto plazo que generan serios problemas de liquidez, y dificultades para financiar inversiones.
- **esquemas de comercialización** precarios, con respuestas tardías ante las innovaciones de los competidores, y desconocimiento del mercado (tanto de sus propios clientes como de los competidores).
- **recursos humanos costosos**, carentes de motivación y con alta conflictividad potencial

Las estrategias observadas deben analizarse a la luz de la clasificación de las IAMC en función de criterios que naturalmente separan su accionar: de acuerdo a su ubicación geográfica (Montevideo e Interior), y en función a las distintas variables que determinan su tamaño (fundamentalmente en base a la escala de afiliados, y como consecuencia la propiedad de IMAE, ventas de servicios, etc.). Las variables estratégicas claves a tener en cuenta podrían ser precisamente el *tamaño*, junto con *el grado de integración vertical*, *los clientes objetivo* y *la publicidad*.

La competencia en Montevideo se basa fundamentalmente en variables como el nombre e imagen de la empresa, su infraestructura e instalaciones, su fuerza de ventas, la tecnología incorporada, la variedad y el número de especialistas de su cuerpo médico, la atención personalizada que desarrolle, el prestigio social adquirido, y la publicidad como medio de canalizar estos valores.

La estrategia comercial que se desarrolla en base a estos factores sólo puede ser encarada por empresas tamaño considerable, con escala suficiente como para soportar los costos que trae aparejada una estrategia de este tipo y alcanzar el impacto esperado.

Estas empresas tienen además, por la dimensión de su padrón de afiliados (y la capacidad de aprovechar las economías de escala existentes), la oportunidad de instalar

Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), lo cual les permite vender servicios al Fondo Nacional de Recursos (FNR) cubriendo en general a sus propios afiliados; integrar verticalmente sus servicios (ejemplo de ello es la Asociación Española de Socorros Mutuos), optimizando el uso de infraestructura instalada y los recursos humanos contratados; diversificar las fuentes de financiamiento; fortalecer su imagen como prestadores con la incorporación de tecnología de punta; y el aprovechamiento de las mejores condiciones para negociar precios con sus proveedores (medicamentos, insumos, etc.).

A su vez, estas empresas compiten por la captación de afiliados en los distintos tramos de ingreso. Particularmente, aspiran a captar a sectores de mayor nivel de ingreso, lo cual las ubica en un segmento del mercado en el cual deben competir con los seguros privados que manejan ofertas diversas de cobertura (aún la integral), pero que se encuentran desregulados en precios, paquete de servicios, mercado de trabajo, etc., frente a una fuerte regulación al sistema IAMC en diversas áreas, como ya fuera analizado anteriormente.

Este escenario otorga ventajas a los seguros privados. No obstante, los seguros que no cuentan con sanatorio propio arriendan camas de internación a otros seguros privados sanatoriales. En la medida en que las IAMC también arriendan servicios en los mismos sanatorios, la diferenciación del producto por parte de los seguros privados se vuelve dificultosa en esa área.

La caída de la inflación y la regulación existente, obliga a las IAMC de mayor escala a establecer nuevos mecanismos de gestión, tendiendo a fijar progresivamente nuevas políticas de contención de costos que les permitan introducir eficiencia en la administración de sus recursos, profesionalizando sus áreas gerenciales y técnicas.

La IAMC de mayor tamaño en términos de afiliados ha mejorado su gestión en los últimos años, haciendo caer significativamente su déficit anual, mejorando la calidad de sus servicios, alcanzando mayores economías en la negociación con proveedores (en función de su escala), y ejecutando políticas de contención de costos que se verifican, por ejemplo, en una progresiva tercerización de servicios (limpieza, traslados, etc.).

Un fenómeno a destacar es la estrategia seguida por una IAMC de mediano porte de tender a captar afiliados seleccionando riesgo a partir de la diferenciación de la cuota, lo que ha generado distorsiones en el mercado. El resultado de su política ha sido concentrar un importante núcleo de jóvenes y niños en su padrón social, con los respectivos núcleos familiares, sesgando de ese modo su riesgo poblacional y el de las restantes empresas del mercado. La aceptación por parte del MEF de que esta institución considere como afiliados colectivos y no particulares a estos socios (lo cual le evita perder valor a la cuota promedio que toma la ex-DISSE como base para el pago por sus afiliados), ha generado conflictos de

importancia en el sector. A comienzos de este año la empresa se autoexcluye de la cámara empresarial que la nucleaba (Plenario Intermutual).

En la otra punta del espectro IAMC, las empresas de menor tamaño en Montevideo tienen dificultades para insertar sus estrategias de desarrollo en este escenario, dado que se ven impedidas de adquirir tecnología de altos costos, abordar campañas publicitarias al nivel que alcanzan las empresas más grandes del mercado, no tienen una escala suficiente para la implantación de IMAE, no cuentan en general con médicos de prestigio en exclusividad para poder diferenciar el producto ofrecido, tienen dificultades para abatir costos fijos dada la contratación de la mayoría de las técnicas de diagnóstico (no integradas verticalmente), perdiendo entonces los incentivos que la integración otorga para racionalizar su uso, no tienen acceso a los montos de capital requeridos para competir en condiciones mínimas de éxito, etc.

A su vez, la ventaja de ser empresas pequeñas, con mejores posibilidades para desarrollar una atención personalizada, se ve dificultada por las fuertes crisis económico-financieras que atraviesan, lo cual desencadena frecuentes conflictos con el personal, perdiendo entonces afiliados y por tanto espacio potencial de crecimiento en el mercado.

A ello deben sumarse las dificultades de gerenciamiento constatables en estas empresas. Es frecuente encontrar en la dirección de las mismas a médicos cuya especialización no es precisamente la de administradores de servicios de salud. A su vez, suelen ejercer simultáneamente la actividad clínica en su especialidad en diversas entidades del medio, lo cual les exige mantenerse actualizados en su profesión, y ello en detrimento de una acción profesionalizada en la conducción de este tipo de empresas.

A su vez, son estas empresas las que han debido recurrir sistemáticamente a la intermediación lucrativa (promoción) para mantener su padrón de afiliados ex-DISSE, cuya caída comprometería aún más su viabilidad futura. Este accionar viene acompañado de altos costos y desfinanciamiento progresivo.

Posicionadas en general en sectores de la población de ingresos bajos y medios, con tendencia a un mayor consumo, y con dificultades para mejorar las condiciones de adquisición de insumos, estas empresas se ven progresivamente sumergidas en situaciones críticas que ponen en tela de juicio su existencia en el corto y mediano plazo.

Las IAMC de Montevideo han tendido a ampliar su capacidad potencial de crecimiento buscando expandirse hacia el Interior, fundamentalmente en Departamentos limítrofes (Canelones - Ciudad de la Costa, otras localidades del Departamento en rutas de acceso a Montevideo -, etc.). De todos modos, esto no resulta suficiente como estrategia a los efectos de revertir las situaciones críticas que viven muchas de las empresas de menor tamaño.

Una de las tendencias que se observan en el sector es la de un progresivo acercamiento entre empresas pequeñas que por sus características (servicios e infraestructura instalada o bien zonas de influencia) resultan complementarias, con la intención de iniciar procesos de fuerte complementación de servicios, incluso habilitando espacios para la evaluación de opciones de fusión. Si bien estos procesos no han prosperado aún por la acción voluntaria de los actores (dado que afectan potencialmente intereses tanto de quienes deben tomar la decisión de avanzar seriamente en estos esquemas, como de los recursos humanos de las empresas involucradas y por ende de los gremios que los nuclean), el PE tiene las herramientas necesarias para desencadenar procesos de este tipo, de modo de contribuir a la configuración de un escenario más racional en cuanto al número de empresas IAMC compitiendo en el mercado.

El hecho de que el sistema IAMC esté constituido por entidades sin fines de lucro, hace que los procesos de racionalización con criterios estrictamente de eficiencia económica se vean dificultados en los niveles de decisión política de estas empresas. Sin embargo, se puede percibir una progresiva toma de conciencia de la necesidad de racionalizar el gasto, de manejar información veraz y oportuna para una mejor toma de decisiones tendientes a contener costos, etc.

Las estrategias de las entidades del Interior del país difieren con las de Montevideo, en la medida en que la morfología de los mercados también resulta diferente. Las empresas del Interior mantienen un vínculo peculiar con los servicios del MSP en los distintos Departamentos. Es frecuente que se compartan instalaciones y recursos, y que el MSP atienda a sus usuarios en dependencias de entidades IAMC -fundamentalmente en internación-. El problema para el sector privado son los plazos para el cobro de las facturas por dicha atención, mientras que el MSP tiene serias dificultades para controlar el uso de sus instalaciones por parte de las empresas, el contenido de los rubros facturados, la contratación de personal - fundamentalmente médico - para el funcionamiento de sus servicios, etc.

Un aspecto que se ha planteado en forma recurrente es la necesidad de reformular el actual Fondo Nacional de Recursos (FNR). En tal sentido, y de modo informal, representantes de las cámaras empresariales han insistido en la posibilidad de transferir los fondos recaudados por el FNR, así como la responsabilidad por la prestación de servicios de alta tecnología y alto costo, a un esquema de seguro de funcione hacia el interior del sistema IAMC.