

cinve

---

Documentos de Trabajo

**Servicios de salud en el Uruguay**

**Dra. Marisa Buglioli**

**Luis Lazarov**

**Dr. José Portillo**

**enero 2001**

Publicado en Medicina y Sociedad, Volumen 24 – Nº 1, Enero – Marzo 2001

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

# SERVICIOS DE SALUD EN EL URUGUAY

Medicina y Sociedad, Volumen 24 – Nº 1, Enero – Marzo 2001

José Portillo, Marisa Buglioli, Luis Lazarov<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

Uruguay ha sido desde su independencia un país relativamente privilegiado en el contexto latinoamericano.

Si bien su territorio es demasiado pequeño en relación a los restantes países sudamericanos y su autonomía surge más como negociación política de argentinos y brasileños con los imperios inglés, francés y portugués que como reivindicación de una identidad cultural propia, los avatares históricos posteriores le darán una cierta supremacía en el contexto latinoamericano.

El proyecto modernizador proveniente de Europa, alcanza tempranamente al Uruguay. Luego de su independencia en los comienzos del siglo XIX, del Imperio y la Corona Española, se suceden una serie de enfrentamientos políticos y militares, en los que diferentes divisas reciben apoyos extranjeros. Estos enfrentamientos sangrientos en guerras civiles más o menos declaradas y una sucesión de gobiernos militares mantiene al país en un sistema de producción precapitalista de materias primas ganaderas. Pero aproximadamente entre las décadas del 60 y el 70, como consecuencia de la importación de ganado de raza y de modernas técnicas de pastoreo y el cercado de los campos, por decisión del sector más visionario de la oligarquía criolla, se inicia el proceso modernizador en el Uruguay. Se multiplica la cantidad y se mejora la calidad de cueros y carnes aumentando notoriamente las exportaciones. Esto permite la importación de bienes de consumo y de capital, con la consiguiente mejora en la calidad de vida de la burguesía y el inicio de una industrialización incipiente. El Uruguay “bárbaro” se ha “civilizado” (Barrán, 1989).

Los cambios producidos en el inicio del siglo XX son económicos y culturales, pero también políticos. A imagen y semejanza de países de Europa Occidental en particular Suiza, se consolidan reformas constitucionales y legales, que no sólo producen una estabilidad política que durará más de 80 años, sino que también le asignan al Estado un rol significativo en la protección social y justicia distributiva. De un país semisalvaje se pasa a un “laboratorio social” (Morás, 2000) que será modelo de Estado Benefactor en toda la región durante la primera mitad del siglo XX.

Un fuerte sistema de seguridad social, unido a las asociaciones de ayuda mutua, sobretudo a partir de nacionalidades de inmigrantes y no tanto por gremios, permiten una protección social relativamente comparable a los países europeos.

La importancia del Imperio Británico será en los primeros años del siglo muy importante, fundamentalmente por los empréstitos y por inversiones (sobre todo en servicios públicos) directamente administradas (Farone, 1968).

También en los aspectos culturales, tanto científicos como artísticos, Uruguay logra un cierto destaque. Por un lado se universaliza la educación primaria, logrando tasas de alfabetismo superiores a toda la región. Por otra parte los profesores universitarios, escritores, pintores, se forman en Europa, en general en Francia, siendo directos importadores de las ideas positivistas y liberales, aunque también socialistas que se producían en el centro europeo, motor del pensamiento occidental en el siglo XIX.

---

<sup>1</sup> Nota aclaratoria: parte de este trabajo se basa en un estudio realizado en el **Centro de Investigaciones Económicas (CINVE)** junto al Dr. Gustavo Mieres y el Ec. Carlos Grau.

Fuertes corrientes migratorias desde Europa, sobretodo España e Italia, pero no exclusivamente, aportaban mano de obra para consolidar el nacimiento de la industria con el inicio del siglo XX.

Uruguay tenía un sostenido crecimiento económico, iniciaba su proceso de industrialización y gozaba de una bien merecida fama cultural e intelectual, por sus logros en la extensión de la educación escolar y la producción reconocida de científicos y artistas.

La atención a la salud no es un proceso autónomo. La participación del Estado en la misma y el desarrollo histórico de la nación están estrechamente vinculados. La práctica médica está directamente articulada con la transformación histórica del proceso de producción. Es en el modo de producción capitalista, donde la medicina, que se desplaza del espacio mágico y religioso, adquiere mayor vínculo con el proceso económico y político, al transformarse en indirectamente productiva, conservando la mano de obra. A fines del siglo XIX el rol de Estado en la atención a la salud es normatizador, pero con el inicio del siglo XX, el Estado asume la prestación directa de servicios y se compromete con la educación y la investigación médicas. Por otra parte las agrupaciones de ayuda mutua van asumiendo tareas de atención médica además de la protección por desempleo.

Se va conformando así un doble conjunto de servicios que perdurará hasta el presente. El desarrollo de estos servicios unido a las condiciones económicas y sanitarias más generales permitirán lograr los mejores indicadores de salud, hasta promediar el siglo XX. Pero incluso la sociedad uruguaya, también como consecuencia de un conjunto de factores complejos, se transformará en una sociedad profunda y extensamente medicalizada.

A partir de 1950, se produce coincidiendo con propuestas económicas como el desarrollismo y el modelo por sustitución de importaciones y luego de la post-guerra, una detención del crecimiento del Uruguay en todos sus aspectos. Esto incluye un retroceso relativo en el contexto americano en materia de indicadores de salud. Aunque el país mantiene un liderazgo en los indicadores económicos y sociales, se produce un retroceso en indicadores de salud, en especial mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, siendo superado entre otros por Cuba, Costa Rica, Chile y muchos países del Caribe anglo – parlante.

Lejos de tender a una sistematización de los servicios de salud (como sucediera en los países americanos que hoy tienen mejores indicadores de salud), se mantuvo un conjunto de servicios, públicos y privados de características muy diferentes. Algunos factores similares a los estudiados por P. Starr 1982 (acciones corporativas y el interés de lucro) podrían ser explicativos.

La influencia de los modelos económicos neo-liberales en todo el continente, han tenido efectos relativos en el Uruguay. El gasto actual en salud, es porcentualmente muy alto con aproximadamente un 10 % del PBI, aunque en valores absolutos sea muy inferior a los países europeos, EEUU, Canadá y Australia. Además el mayor porcentaje de ese gasto es privado (7.2 %) mientras que el Estado solo aporta 2.8 %. Por lo tanto parece difícil lograr un efecto privatizador aún mayor. No se descarta en cambio que dentro del sector privado se pueda transformar de empresas solidarias sin fines de lucro a empresas nacionales o extranjeras que buscan distribución de utilidades, como ha sucedido en otros países de la sub-región.

## **CONTEXTO SOCIOECONÓMICO**

El Uruguay es un país que ocupa una superficie de 176.215 kilómetros cuadrados, y donde habitan 3.163.763 personas de acuerdo a los datos del último censo realizado en el año 1996. El 90,8 % de la población reside en áreas urbanas, y 42.5 % se concentra en Montevideo, la capital del país. La densidad promedio es de 18 habitantes por km<sup>2</sup>, y el índice de masculinidad para la totalidad del país es de 0,94.

Desde el punto de vista socioeconómico, se encuentra dentro de los países en desarrollo, con ingresos que pueden definirse como medios. El PBI (producto bruto interno) por habitante fue en

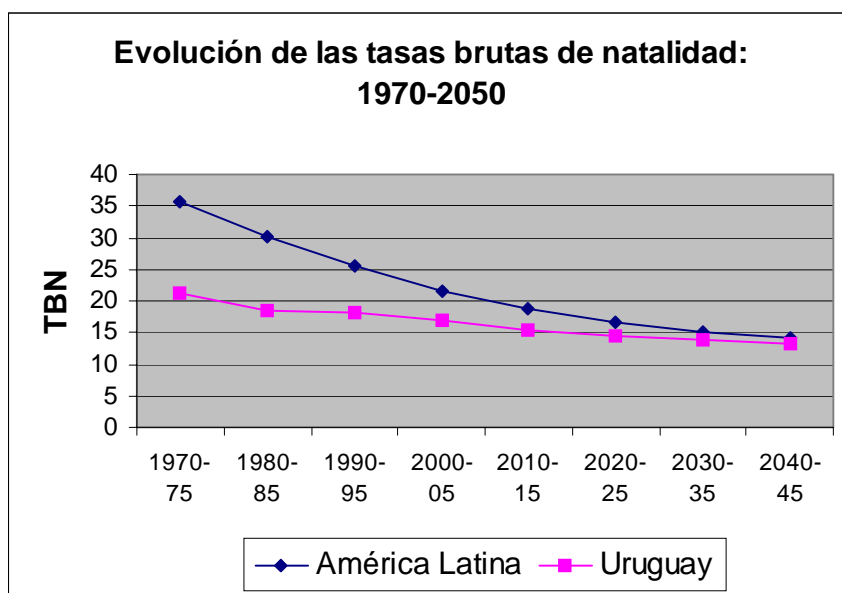
1997 de 6333 dólares (Banco Central). En 1995 representó U\$S 5170, siendo el promedio para América Latina y el Caribe de 3300 dólares, y el promedio mundial de 4800 para el mismo año.

Históricamente la economía del país se ha sustentado en el sector agropecuario de producción, en especial la ganadería, y con una industria basada en la elaboración de productos agrícolas y ganaderos. En los últimos años se ha incentivado el desarrollo del sector terciario de servicios, el que ha comenzado a ganar importancia desde la creación de Mercado Común del Sur.

En el año 1995 la población con necesidades básicas insatisfechas representaba para todo el país en promedio el 27,6%, siendo mayor la cifra para la población residente fuera de la capital con relación a los habitantes de Montevideo. El porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza pasó del 16% en 1986, a 12% en 1990 y un 6% en el año 1997, y los hogares bajo la línea de indigencia o extrema pobreza representa el 1% del total de hogares en la actualidad considerando solamente las zonas urbanas.

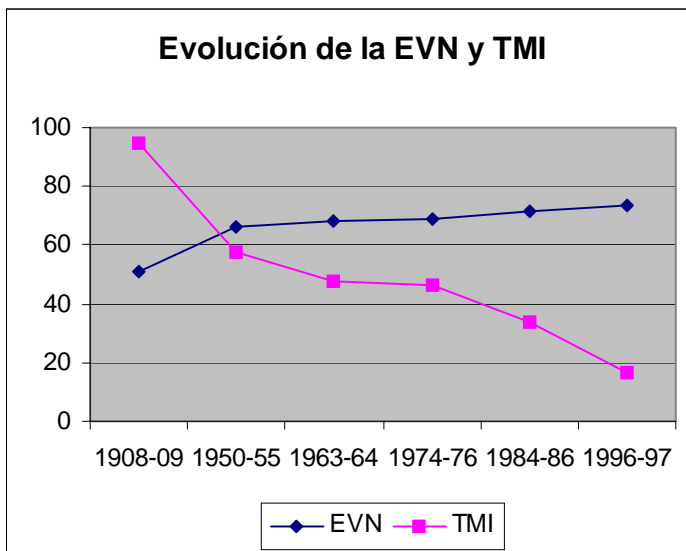
### SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Puede observarse que los cambios en la natalidad, mortalidad y el incremento en la esperanza de vida al nacer, se producen en forma precoz si se compara con el resto de la región. En la década de los '20 la tasa de natalidad era de alrededor de 25 nacimientos cada mil habitantes, alcanzando cifras de 20 por mil en los '30. Se mantiene este valor hasta la década de los '80 donde se produce un nuevo descenso hasta llegar a cifras de alrededor de 17 por mil.



La mortalidad general alcanza una tasa de alrededor de 10,5 por mil desde mediados de los años '30, y se mantiene alrededor del 10 por mil desde entonces, con pequeñas oscilaciones primero a la baja y en el último período al alta debido al peso relativo cada vez mayor que tiene la población anciana.

Puede observarse un comportamiento similar en la evolución de la EVN y la TMI, en cuanto a la precocidad de sus variaciones con relación a la región.



En cuanto a la migración, las tasas negativas más elevadas sucedieron en la década de los setenta coincidiendo con una coyuntura política y económica especial, con cifras de -9.7 por mil, presentando en la actualidad un saldo neto es de alrededor de -1,0 por mil.

Como consecuencia del comportamiento en la natalidad, mortalidad y migración, el crecimiento poblacional es muy bajo. La tasa anual media de crecimiento intercensal<sup>2</sup> es de 6,4 por mil habitantes para todo el país, presentando un comportamiento diferente para la población urbana (crece a una tasa anual promedio de 10 por mil) y en las áreas rurales (donde decrece a una tasa anual de 21 por mil). La tasa de crecimiento de Uruguay es la más baja de las Américas con la excepción de algunas islas del Caribe inglés.

Otras de las consecuencias de la evolución de las variables demo-epidemiológicas es la variación sustancial que se ha producido en la estructura de la pirámide poblacional con notorio envejecimiento de la misma. El grupo de mayores de 65 años que representaban menos del 3 % a principios de siglo, actualmente tienen un peso relativo del 13%. La tasa de crecimiento de este último grupo es tres veces mayor que la del promedio del país. Este progresivo envejecimiento es más acentuado al considerar el sexo femenino como consecuencia de las diferencias en mortalidad entre sexos. El Uruguay es el país con el porcentaje más alto de adultos mayores de toda América Latina.

La esperanza de vida al nacer es en la actualidad para los hombres de 69,9 años y para las mujeres 77,7, siendo el promedio global 73,8 años. La tasa de mortalidad infantil fue de 14,2 por mil nacidos vivos para 1999.

Con respecto a la mortalidad por causa, se destacan las enfermedades no transmisibles como es característico de los países en etapas avanzadas de la transición demográfica. Las enfermedades cardiovasculares para el año 1997 representaron el 36,2 de las defunciones por causas definidas (10.592 fallecidos), siendo las afecciones isquémicas y las cerebrovasculares las más frecuentes. El 25,9 % de las defunciones fueron producidas por los tumores malignos en el año 1997 (7.391 fallecidos). Si se consideran las tasas por 100.000 habitantes ajustadas por edad, el Uruguay ocupa el tercer lugar en el mundo en mortalidad por cáncer en los hombres y el noveno en el caso de las mujeres.

<sup>2</sup> Se refiere al período entre los dos últimos censos: 1985 y 1996.

Un indicador de reciente uso en nuestro medio es el de los años de vida saludables ajustados según la discapacidad (AVISA)<sup>3</sup>, que surge como resultado de un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública en colaboración con el Banco Mundial. Del mismo surge que las enfermedades no transmisibles son las que producen la mayor pérdida de AVISA para el conjunto de la población.

Para todo el país la tasa de AVISA por cada mil habitantes es de 154,22, con una pequeña diferencia a favor de las muertes prematuras en relación a la discapacidad (79,12 frente a 75,10 respectivamente) como la dimensión que explica la mayor parte de las pérdidas.

#### **Tasas de AVISA por mil habitantes según sexo.**

Dimensión	Hombres	Mujeres	Total
Discapacidad	86,16	64,61	75,10
Muerte prematura	94,22	64,77	79,12
Total	180,34	129,38	154,22

Fuente: Estudio del Peso de la enfermedad. Proyecto FISS-MSP/BIRF.

#### **Síntesis de los principales hallazgos en cuanto a aspectos demo-epidemiológicos:**

- ✓ Envejecimiento de la población, más marcado en la población de la capital.
- ✓ Mayores problemas de salud en los hombres generando brechas importantes entre ambos sexos en EVN.
- ✓ Presencia de desigualdades en la situación de salud
- ✓ Causas no transmisibles como la principal causa de muerte y de pérdida de AVISA
- ✓ Si se mide la discapacidad se agregan nuevas afecciones como problemas de salud como es el caso de las enfermedades neuropsiquiátricas
- ✓ Persistencia de problemas no relacionados con la no transmisibles en ciertos sectores de población: 18% de nacimientos en madres adolescentes.
- ✓ El peso de enfermedad es mayor en los hombres y en los residentes en Montevideo
- ✓ La evolución de los indicadores de salud muestra el desplazamiento de Uruguay de las mejores posiciones en cuanto a los resultados obtenidos: se considera que Uruguay evolucionó muy favorablemente en sus indicadores epidemiológicos en la primera mitad del siglo XX asistiendo posteriormente a un estancamiento o muy escasa mejora de sus condiciones de salud con relación a otros países con similares posibilidades.

#### **SERVICIOS DE ATENCION MÉDICA**

La estructura de la atención médica presenta una organización muy fragmentada, integrada por una compleja red de instituciones públicas y privadas, que dan cobertura formal a alrededor del 95% de la población, con una importante disponibilidad de recursos asignados al sector: 10 % del producto bruto (565 dólares per cápita), 3,7 médicos por mil habitantes.

Conviven en el sistema dos sub-sectores claramente diferenciados: uno público, con predominio del Ministerio de Salud Pública y otro privado, con un mayor peso relativo de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), principal componente del subsector. Esta fragmentación, unida a la fuerte diferenciación Capital – Resto del país, otorgan al sector salud uruguayo una gran complejidad, superposición de cobertura y una intrincada red de efectores que brindan prestación asistencial.

<sup>3</sup> AVISA: en este indicador se combinan la pérdida de vida por muerte prematura y la pérdida de vida saludable resultante de una enfermedad no mortal pero que ocasiona discapacidad en el colectivo.

## SECTOR PÚBLICO

### Ministerio de Salud Pública

En el área pública, el componente principal es el Ministerio de Salud Pública. Las competencias del Ministerio de Salud Pública así como su rol en el sector se expresan en diversas normas jurídicas de las cuales se resumirá el alcance de algunas de ellas. En ese sentido debe tenerse presente que la Constitución de la República establece en su artículo 44 que:

“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”

Puede afirmarse entonces que al Estado le competen dos funciones principales: legislar en materia de salud e higiene públicas y proporcionar los medios para la asistencia de las personas indigentes o carentes de medios suficientes. Los cometidos definidos para esta entidad en el cumplimiento de estas funciones pueden desagregarse de la siguiente manera:

- ✓ Mantener y mejorar la salud colectiva de la población a través de la vigilancia epidemiológica y de la instrumentación de planes y programas destinados al control de enfermedades y a la promoción y prevención de la salud de la población.
- ✓ Planificar el sistema de servicios de salud, tanto en lo que hace a la regulación y el control de la oferta como a los aspectos vinculados a la demanda, así como a los mecanismos de financiamiento y a la estructura organizativa del mismo.
- ✓ Garantizar la calidad de los servicios de salud públicos y privados y de los productos farmacéuticos comercializados en el país, y controlar el ejercicio de las profesiones del personal de la salud.
- ✓ Administrar los servicios de salud del Estado

En relación a este último cometido, la ley N° 15.903 de rendición de cuentas de 1986, crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública. La sanción de esta ley se fundamentó en la necesidad de crear ámbitos organizativos claramente diferenciados entre los servicios asistenciales y aquellos destinados a las restantes funciones del MSP. Por otra parte, la creación de ASSE significó un primer paso en el proceso que algunos años más tarde fuera fuertemente debatido, acerca de la descentralización de los servicios de salud del Ministerio.

Debe destacarse que en todos los casos, los cometidos esenciales del Ministerio son compartidos con otras dependencias estatales. En relación a la regulación del sistema, cabe consignar que las políticas referidas al financiamiento del sector escapan a su competencia y se encuentran en la órbita del Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco de Previsión Social. Por otra parte, la administración de los servicios públicos de salud o su coordinación también escapan a las competencias del Ministerio por cuanto existen múltiples efectores dependientes de otros organismos estatales, cuya gestión no se encuentran sujeta al contralor del MSP. Tal es el caso de la Dirección General de Sanidad de la Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, la Dirección de Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior, el Área de la Salud del Banco de Previsión Social, la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado y los servicios de salud de los Entes Autónomos.

En cuanto a la función asistencial del MSP, se realiza a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, la cual posee una extensa red de servicios distribuidos en todo el país: 48 hospitales generales, 11 hospitales especializados, 170 policlínicas, 27 centros de salud, a través de los cuales brinda servicios de internación, atención ambulatoria y prevención. En los últimos años ha venido registrando una tendencia decreciente en el número de camas (11% entre 1991-1998), con una disponibilidad actual de 7342 camas para pacientes agudos y crónicos.

En cuanto a la producción de los servicios se constata un incremento en las prestaciones, fundamentalmente en la consulta ambulatoria (43% entre 1991-1998), y los egresos (6,5% para igual período), manteniéndose casi igual la actividad quirúrgica. El importante aumento en el número de consultas se explica por mayor disponibilidad de horas médicas en el primer nivel (medicina familiar y algunas especialidades) y el desarrollo del programa de salud mental. Para 1998 las consultas para el conjunto del país fueron de 4736951, los egresos 120542 y las cirugías 32378.

Las medidas de desempeño hospitalario, fundamentalmente en lo relativo al uso del recurso cama muestran variaciones de acuerdo al tipo de paciente pero también a la región considerada. El porcentaje ocupacional en los hospitales del interior del país son realmente bajos (50%), con cifras de alrededor del 80% para Montevideo. El promedio de estadía, si bien muestra una mejoría en la última década, aun se mantiene lejos de los estándares para un hospital de agudos (10 días para los hospitales de Montevideo). En los hospitales de agudos del interior la variabilidad de este último indicador es importante, con un valor mínimo de 4,6 días y uno máximo de 11 días.

### Otros efectores públicos

Para la descripción de este grupo de instituciones pueden tomarse en cuenta varios elementos.

En primer lugar el paquete de prestaciones brindadas. En ese sentido pueden identificarse dos tipos diferentes de instituciones:

- Las que brindan asistencia integral, considerando como tal un paquete de prestaciones comparable con las otorgadas por el MSP a través de ASSE, dentro de las cuales pueden incluirse:
  - Hospital de Clínicas
  - Sanidad Militar
  - Sanidad Policial
  - Servicios de atención médica de algunas Empresas Públicas.
- Otro grupo que integra dependencias que atienden riesgos específicos o brindan un paquete de prestaciones que puede definirse como parcial:
  - Banco de Previsión Social
  - Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado
  - Servicios de Salud de las Intendencias Municipales
  - Servicios de atención médica de algunas Empresas Públicas

En segundo lugar, se considera la población potencialmente adscrita a la institución, fundamentalmente si se trata de población compartida con los servicios del MSP, o si se trata de población cerrada o específica del componente descrito.

- En el primer grupo se deben incluir:
  - Hospital de Clínicas
  - Servicios de Salud de las Intendencias Municipales

Esta distinción no se puede realizar en forma rígida, debido a la presencia de grupos de población que cruzan varios de estos efectores. Siguiendo una definición más amplia se debería sumar a este grupo los servicios de salud en el área materno-infantil del Banco de Previsión Social.



## SECTOR PRIVADO

### Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

Surgidas a partir de las “sociedades de socorros mutuos” instrumentadas en el siglo XIX por los grupos de inmigrantes llegados al país, - como forma de protección social ante un medio totalmente ajeno para ellos -, las IAMC tienen en la actualidad como función principal la asistencia médica, dando cobertura a casi el 50% de la población del país, constituyendo a su vez el esquema asegurador privado de mayor importancia a nivel nacional.

La normativa vigente identifica tres tipos de IAMC: *asociaciones asistenciales* (mutualistas) las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica, y cuyo patrimonio está afectado exclusivamente a ese fin; *cooperativas de profesionales*, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social ha sido aportado por los profesionales que trabajan en ellas; los *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.

Cualquiera sea la modalidad legal adoptada, las IAMC presentan algunas características comunes. Se trata de entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral con algunas limitaciones como por ejemplo en alta tecnología y atención odontológica, que no persiguen fines de lucro y que actúan como entidad aseguradora y prestadora de servicios a la vez. Vale subrayar que existe en ellas una integración vertical de estas dos actividades aunque se evidencia una enorme variabilidad en cuanto a las prestaciones que se realizan a través de servicios propios o contratados a terceras instituciones. En lo que hace a su función aseguradora existen peculiaridades que las diferencian de lo que sucede en general con las instituciones que ofrecen servicios en los mercados de seguros.

Desde el año 1991 se observa un déficit persistente en el sistema, con un fuerte endeudamiento financiero del sector. Si se toma como indicador de la situación actual el número de afiliados en instituciones en situación de crisis para el año 1999, se aprecia que 36,6% de los usuarios están afiliados a instituciones con un déficit mayor al 8% de los ingresos y que 52% lo están a instituciones con déficit mayor a 4 %.

Como forma de describir y analizar la situación de tan complejo sistema de organización, se abordará la regulación que se ejerce sobre el sector en algunas variables seleccionadas relativas tanto al comportamiento de la oferta como de la demanda, que pudieran estar explicando, al menos en parte, la situación en la que se encuentra hoy el sector. Dada la importancia que adquiere dicha regulación, se entiende que este abordaje del tema permite profundizar en su descripción al tiempo que da pie para enfocar el análisis de su evolución actual y las posibles perspectivas futuras.

### Estructura del mercado: concentración y cuotas de mercado.

En la actualidad existen en Uruguay 53 IAMC, de las cuales 19 se encuentran en Montevideo y las restantes 34 en el Interior del país (resto del país exceptuando Montevideo). 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 las instituciones de Montevideo son significativamente más grandes que las del Interior, con 53.904 y 15.893 afiliados promedio respectivamente.

En la siguiente tabla se clasifican las IAMC en tramos de distinto tamaño, en función de la cantidad de afiliados que poseen, para el año 1996, lo cual permite visualizar el grado de concentración existente por región.

### Tamaño de las IAMC según número de afiliados, 1996.

Tamaño IAMC (tramos afiliados)	Montevideo		Interior		Total	
	Nº	Afiliados	Nº	Afiliados	Nº	Afiliados
0 a 999			3	2.224	3	2.224
1.000 a 4.999			6	14.299	6	14.299
5.000 a 9.999			5	33.586	5	33.586
10.000 a 19.999	5	73.681	6	94.244	11	167.925
20.000 a 49.000	9	267.814	14	396.001	23	663.815
Más 50.000	4	628.774			4	628.774
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>970.269</b>	<b>34</b>	<b>540.354</b>	<b>52</b>	<b>1.510.623</b>
<b>Tamaño Promedio</b>		<b>53.904</b>		<b>15.893</b>		<b>29.050</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SINADI (Sistema nacional de Información).

Para el Interior, la dispersión en el tamaño de las instituciones es mucho mayor que en Montevideo, no existiendo ninguna Institución que en el año 1996 sobrepasara los 45.000 afiliados. Las IAMC de mayor tamaño de Montevideo sostienen un proceso lento pero constante de crecimiento, lo que se traduce en una tendencia a la concentración. La fuente de crecimiento de afiliados de estas últimas está dada fundamentalmente por las IAMC de menor tamaño de la capital.

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

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

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SINADI (Sistema nacional de Información).

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. En el caso de la capital, debería pensarse en la necesidad de un nuevo equilibrio, con un número de empresas menor y más adecuado para este tipo de mercado. El rol regulador del Estado será determinante para poder anticipar respuestas para una crisis que puede operar como "efecto dominó" si no se toman las medidas correspondientes.

### Afiliación: selección adversa y de riesgos.

La estructura de población en las IAMC es más envejecida con relación al promedio del país. Por ejemplo para el caso de los niños, que no tienen derecho a asistirse en el sector público, es frecuente la suscripción a seguros parciales que a través de una prima más baja ofrecen las prestaciones que con mayor probabilidad pueden requerir de acuerdo a su nivel de riesgo. En la siguiente tabla se compara el perfil etario de las IAMC con el de la población nacional según el último censo. El envejecimiento relativo de la población del sistema IAMC también queda de manifiesto de acuerdo a los datos de la Encuesta Continua de Hogares: mientras el porcentaje de población beneficiaria del sistema IAMC representa 51,4% del total de la población, en el caso de los mayores de 60 años los afiliados al sistema IAMC representan el 62,3% del total de este grupo.

**Composición por edad de los afiliados a las IAMC  
en comparación con la población del país, 1996.**

	<b>IAMC en %</b>	<b>Censo Nacional en %</b>
Entre 0 y 14 años	15,4	25,1
Entre 15 y 64 años	68,2	62,1
Desde 65 años y más	16,4	12,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas

Una de las variables exógenas que inciden en forma significativa en los costos asistenciales de las IAMC es la participación relativa de las personas de mayor edad, las que presentan tasas de utilización significativamente superiores que las del resto de los afiliados. Un estudio realizado por una Consultora 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 y consumió el 46% de los medicamentos. Como resultado de estas tasas de utilización, los gastos asociados a esta franja de edad representaron 31% de los gastos totales de las instituciones. Si bien la variable edad no es la única que debe analizarse si de costos de la atención médica se trata, es indudable la importancia que esta dimensión representa en estudios que concentran su atención en los grupos de mayor gasto: a modo de ejemplo, el 5 % de población consume el 98% del gasto en hospitalización y el 55% del gasto ambulatorio para el caso de una mutualidad en España<sup>2</sup>.

Las IAMC presentan diferencias sustantivas en las pautas regulatorias con los restantes seguros privados (tanto los que brindan opciones de cobertura amplia como los que se desempeñan en segmentos de cobertura parcial y reducida). Estos últimos, no tienen exigencias de integralidad en sus paquetes asistenciales, lo cual les permite desarrollar políticas de afiliación diferencial tanto en el tipo de prestaciones como en el precio de los paquetes ofrecidos, según el nivel de riesgo de la población potencialmente demandante, en un marco de competencia desigual en lo que refiere a las reglas de juego imperantes. Las estrategias de estos sectores de captar población joven, de mayor nivel de ingreso, tiene su efecto indirecto en la composición de los usuarios de las IAMC.

Esto se potencia frente a la ausencia de incentivos de la población de menor costo para las IAMC para afiliarse en el sistema dado el mecanismo de financiamiento a través de una prima fija. El elevado nivel de agregación de servicios incluido en el pago de la prima por usuario parece incorporar un mensaje de eficiencia desde el financiamiento, pero se describe un trade-off entre eficiencia y selección en los casos de no existir una adecuada distribución de riesgos financieros entre proveedor y financiador<sup>3</sup>. Si bien no existen estudios que se centren en la descripción del fenómeno de la selección de riesgos dentro de las IAMC como tampoco se encuentran disponibles en otras realidades<sup>4</sup>, se han instrumentado diferentes herramientas que sin incorporar mecanismos de ajuste explícito de riesgo<sup>5</sup>, permitirían mitigar el problema potencial de la selección de pacientes por parte de estas instituciones:

- Prohibición de toda discriminación respecto a las poblaciones aseguradas: es el caso de los beneficiarios a través de la seguridad social los cuales no tienen limitaciones para el ingreso a las IAMC (a estos últimos se les exige mínimos de permanencia). También entran dentro de este apartado usuarios con determinadas patologías de alta prevalencia como es el caso de los diabéticos.
- Obligatoriedad de asegurar un mínimo de población que permita consolidar un pool suficiente de riesgo. A principios de los ochenta (Decreto 97/83) se fijó en 20 mil el número mínimo de afiliados para las IAMC de Montevideo. La aplicación de esta disposición junto a la situación económica y la

transferencia de afiliados entre instituciones, determinó el cierre de algunas instituciones de menor tamaño. Actualmente esta disposición está derogada.

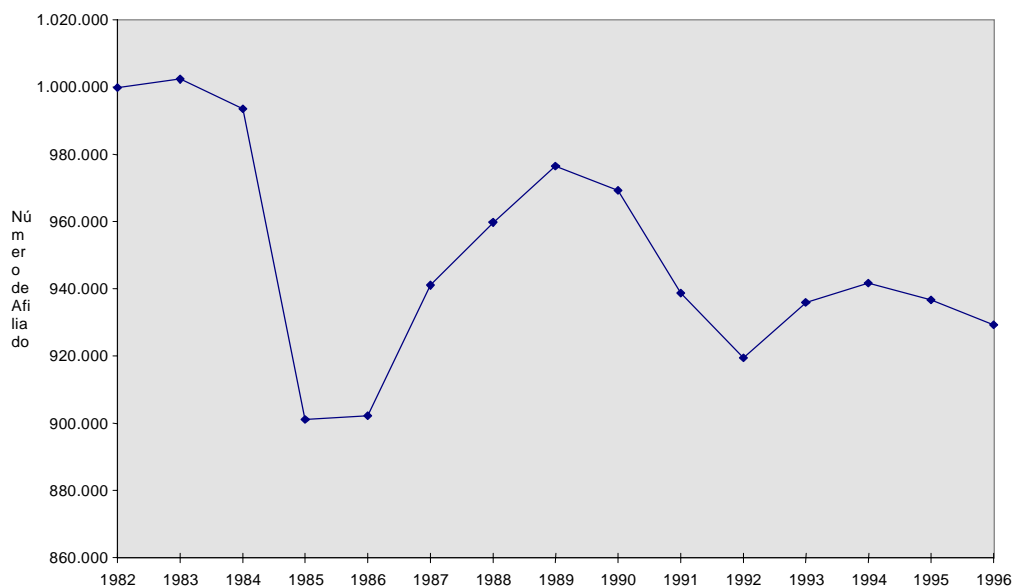
- Creación de un fondo para la cobertura de prestaciones de alto coste y alta complejidad (Fondo Nacional de Recursos), las cuáles quedan fuera del paquete de prestaciones obligatorias de las IAMC.
- Forzar perfiles de aseguramiento con cierta compensación intergeneracional: los jóvenes y más sanos financian a los más utilizadores por su nivel de morbilidad. Esta fue la base del sistema en su concepción inicial, y aún hoy es el paradigma de la equidad del sistema para algunos actores relevantes (instituciones de segundo grado que representan a las IAMC, sindicatos de trabajadores y de médicos). En la medida que los que hacen un menor uso de los servicios asistenciales son los jóvenes sanos, son éstos quienes financiarían a los adultos enfermos. En este criterio de equidad no se contempla la capacidad de pago de los involucrados. Como se describiera previamente el paquete no diferenciado de prestaciones es ofrecido en muchos casos a una prima (valor de la cuota mutua) que no diferencia por riesgos. Esto da como resultado que en el sistema exista un esquema de subsidios implícitos desde aquellos que hacen un menor uso de los servicios asistenciales hacia quienes hacen mayor utilización de los mismos.

En cuanto al ajuste explícito de riesgos a partir de valores diferenciales de las primas, puede decirse que en los últimos años se dio un fenómeno creciente en este sentido, pero de carácter autolimitado por el tipo de regulación establecido. Luego de una segunda liberalización del precio tope de la cuota en 1992 que duró solo algunos meses, los incrementos de la misma deben ser autorizados por el Ministerio de Economía y Finanzas. En los últimos dos años se incorpora en algunas instituciones un criterio de ajuste por edad, bajando el valor para la población más joven y sana. El valor de la cuota que reciben las IAMC por sus afiliados a través de la seguridad social, se fija en función del valor promedio de la cuota de afiliación individual de la institución. De esta manera una institución que quiera disminuir el valor de la cuota para un segmento de la población, recibirá un valor menor de la cuota por parte del Banco de Previsión Social. En la medida que en promedio, las instituciones tienen 40% de afiliados de este tipo, se limita seriamente la posibilidad de realizar discriminación de precios en función de los riesgos.

#### Impacto de los precios de las primas y los co-pagos.

Los dos descensos en el número de afiliados voluntarios (no adscritos a través de la seguridad social) coinciden prácticamente con períodos de liberalización del valor de la prima, aunque el incremento de los precios repercute en una leve caída en el número de afiliados (baja elasticidad de la demanda).

### Evolución de los afiliados voluntarios



Con el objetivo de compensar financieramente a las IAMC ante la fijación de valores tope de las primas, se liberan las tasas moderadoras de la demanda (órdenes y tickets), 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. Las tasas moderadoras en la actualidad y luego de un largo período sin ningún tipo de regulación, pasan a tener un régimen de semi-control con el establecimiento de tope máximos.

### Evolución de los Ingresos 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 moderadoras. Órdenes	100,0	106,6	135,3	179,6	198,2	189,5	193,4	206,6
Tasas moderadores. 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
<b>SUBTOTAL Ingresos Operativos</b>	<b>100,0</b>	<b>109,0</b>	<b>116,9</b>	<b>124,8</b>	<b>128,9</b>	<b>140,0</b>	<b>144,9</b>	<b>149,1</b>
<b>INGRESOS NO OPERATIVOS</b>	<b>100,0</b>	<b>121,5</b>	<b>104,5</b>	<b>110,7</b>	<b>110,0</b>	<b>132,4</b>	<b>148,1</b>	<b>160,4</b>
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>100,0</b>	<b>109,4</b>	<b>116,5</b>	<b>124,3</b>	<b>128,3</b>	<b>139,8</b>	<b>145,0</b>	<b>149,4</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SINADI (Sistema nacional de Información).

En cuanto a los efectos de los co-pagos sobre la demanda de servicios, en el número de consultas cada 1.000 afiliados se observa una disminución en el período 1994-1997 con relación al período 1991-1993, coincidente con un aumento en el valor real de los co-pagos. 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.

**Evolución del número de consultas  
cada mil afiliados.**

<b>Año</b>	<b>Consultas no urgentes cada 1.000 afiliados</b>
1991	5,35
1992	5,46
1993	5,43
1994	5,19
1995	4,94
1996	5,16
1997	5,06
<b>Promedio</b>	<b>5,23</b>

El impacto mayor se produciría en los sectores de menores ingresos, afectando la accesibilidad económica a la consulta ambulatoria, aumentando seguramente la utilización de los servicios del sector público, y pudiendo además repercutir negativamente sobre los costos de las IAMC al no facilitar el acceso a las actividades preventivas en el primer nivel de atención. Por otro lado, el efecto disuasorio de la tasa moderadora en la utilización de servicios es similar en procedimientos de mayor o menor efectividad demostrada, por lo que los mecanismos de coparticipación de costos no serían efectivos para reducir la demanda superflua.

**CONCLUSIONES**

Luego de descritas las principales características de los servicios de salud en Uruguay, se podría concluir en un decálogo diagnóstico de la patología de la Atención a la Salud (Rizzi, 1999):

- 1 “Se gasta mucho en reparación de la salud perdida y muy poco en prevenir la enfermedad (se invierte demasiado en algunos casos de precario futuro y poco en muchos casos de grandes réditos sanitarios).
- 2 Hay exceso de efectores asistenciales carecientes de esencial interrelación (las redes asistenciales son precarias o simples diseños propagandísticos),
- 3 La capacidad instalada no se corresponde con la demanda real (el rendimiento de la inversión económica y social es mínima).
- 4 No se utilizan en magnitud suficiente las mejores y más probadas técnicas en salud pública (hay notorio apoyo a las técnicas asistenciales que dan “prestigio” o están de moda).
- 5 Existe una plétora perjudicial de medicamentos (no hay una política adecuada para conseguir transformarlos en recursos útiles para la sociedad).
- 6 Hay un exceso de intermediarios en el sector salud (es notoria la existencia de gasto improductivo).
- 7 Existen instituciones estructuralmente inadecuadas para atender requerimientos .sanitarios (hay multiplicidad de organizaciones sin objetivos concretos y además no tienen viabilidad financiera).
- 8 Hay sobreutilización de recursos diagnósticos y excesos terapéuticos (constituyen verdaderas malversaciones de los recursos de la sociedad).
- 9 Es creciente el “mal uso” de la mala praxis (en lugar de constituir un mecanismo de seguridad de la población, este recurso jurídico se está tornando una nueva quita de los recursos destinados a la salubridad)
- 10 Existe una perniciosa propaganda que orienta a la población a consumos inadecuados o tendenciosos (la educación para la salud sufre persistentes derrotas ante los modelos publicitarios).

De acuerdo a las características señaladas sintetizadas en este decálogo diagnóstico y a las tendencias que se visualizan entre los principales actores, el pronóstico del sistema es grave.

Salvo desde algunos sectores del gremio médico y desde la Universidad, no existen propuestas más o menos globales y sistematizadoras, que recorriendo una cierta gradualidad permitan lograr una cobertura asistencial universal y equitativa. Es preocupante, que a pesar de una crisis estructural, a la cual se suma una severa crisis coyuntural, tanto en el subsector público como en el privado, no existen proyectos de reforma desde los partidos políticos.

Esta reforma sanitaria debiera estar (más o menos elaborada) en la agenda política y no ha sido así. Aún ello constituiría una condición necesaria aunque no suficiente. Esta reforma debería tomar en consideración la opinión de todos los actores implicados, es decir el conjunto del entramado social.

Se supone que una solución deseable debiera surgir de un financiamiento mixto, (Estado, empleador y trabajador) con un Estado fuertemente regulador y evaluador y un conjunto de prestadores privados sin fines de lucro, que permita una atención integral, universal, equitativa y altamente eficaz y eficiente.

## **BIBLOGRAFIA CONSULTADA**

- Análisis y tendencias de la salud en Uruguay 1999. Montevideo: FISS-MSP, 1999.
- Barrán, JP. Historia del Uruguay moderno. Ed. Banda Oriental, Montevideo, 1973.
- Barrán; JP. Historiaa de la sensibilidad en el Uruguay. Ed. Banda Oriental. Montevideo, 1989.
- Faraone, R. El Uruguay en que vivimos (1990-1968). Montevideo, 1968.
- Estadísticas de salud: edición 1998. Montevideo: FISS-MSP, 1998.
- Estado Mundial de la Infancia. UNICEF. Nueva York, 2000.
- Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud. OMS, Informe de grupo de Estado. OMS, Ginebra, 1993.
- Informe de Desarrollo Humano –PNUD ,1999.
- Marginalidad e integración social en Uruguay. CEPTA, Montevideo, 1996.
- Margolis, E y Piazza, N. Organización de la Atención Médica en el Uruguay. Montevideo, Ed. Nordan, 1989.
- Medici A, Londoño JL, Coelho O, Saxenian H. Managed Care and Managed Competition in Latin America and the Caribbean. Innovations in Health Financing: mayo 1997.
- Musgrove, Ph. Public and private roels in Health.Theory and financing patterus. The Worl Bank. Washington, 1996.
- Panorama económico de Américan Latina. CEPAL. Santiago de Chile, 1996.
- Panorama social de América Latina 1997. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 1998.
- Peso de la Enfermedad: Informe final. Montevideo, 1997.
- Por ellos. Informe Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, 1995-1999.
- Portillo, J. Otra racionalidad Médica. Montevideo, Ed. Nordan, 1993.
- Portillo, J. Arte médico y responsabilidad humana. Salud Problema, 6:7-16, 1999.
- Portillo, J. Historia de la Medicina estatal en el Uruguay (1924-1930). Rev. Med. Urug. 11:5-18,1995.
- Uruguay: agenda social. CEPAL, Montevideo, 1995.
- World Bank. Health, nutrition & population. The human development network, 1998.
-