

**INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA
EN EL URUGUAY: REGULACIÓN Y DESEMPEÑO**

**Dr. Gastón J. Labadie
Ec. Alejandro Ramos
Dra. Delia Sánchez**



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1994**

LC/L.867
Diciembre de 1994

Este documento fue preparado por Gastón J. Labadie, Alejandro Ramos y Delia Sánchez del grupo de Estudios en Economía, Organización y Políticas Sociales (GEOPS) de Uruguay. Constituye una versión corregida de la ponencia presentada en el Foro sobre "Instituciones de asistencia médica colectiva" organizado por el Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social (CERES) y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) en Montevideo, en diciembre de 1992.

Las opiniones expresadas en el trabajo, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN	5
I. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA: CONCEPTO, FORMAS Y EVOLUCIÓN	7
1. Definición	7
2. Formas	7
3. Evolución	8
4. Los recursos actuales de las IAMCs	10
II. EL MARCO REGULATORIO Y SU INFLUENCIA	13
1. Evolución	13
2. Efectos de la regulación y de los cambios	16
III. LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN LAS IAMCs	21
1. Evolución	21
IV. EL DESEMPEÑO ECONÓMICO-FINANCIERO DE LAS IAMCs	27
1. Aspectos críticos	27
2. Rol de la Seguridad Social en el financiamiento de las IAMCs	28
3. Estructura y evolución financiera del mutualismo en el período 1983-1990	33
4. Análisis del patrimonio	37
5. Análisis de la rentabilidad	41
V. CONCLUSIONES	43
Notas	47
BIBLIOGRAFÍA	49

INTRODUCCIÓN

Este proyecto ha examinado la organización y desempeño de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs), que son el componente más importante del sector privado de asistencia médica en el Uruguay, realizando un estudio histórico y descriptivo del desarrollo del sector, de sus recursos actuales, de su marco regulatorio, de las formas de financiamiento, y de la evolución de los distintos tipos organizacionales que lo han caracterizado. Se ha estudiado, además, qué factores han tenido influencia en el crecimiento y desaparición de IAMCs durante el período 1982-1990, su situación financiera, y los grados en que las instituciones tienen mayores o menores niveles de utilización de acuerdo al tipo organizacional, la forma de recompensar a su personal médico, el tamaño de la institución, o la estructura etaria de la población afiliada. Para realizar estos estudios se han utilizado diversas fuentes de datos. Se sistematizó información de tipo histórico, se utilizó la base de datos del Sistema Nacional de Información del Ministerio de Salud Pública, que fue organizada y depurada, y se realizó una encuesta-censo a fines de 1991 a todas las IAMCs del país. Esta información ha generado una serie de trabajos, algunos publicados y otros en vías de ser completados (Labadie y Sánchez, 1991; Arocena y Labadie, 1992; Gherardi, Labadie y Sánchez, 1992; Labadie y Sánchez, 1992; Sánchez, 1992; Sánchez y Labadie, 1992; Solari, 1992; Cassoni y Labadie, en publicación; Ramos, 1993; Sánchez, Labadie y Serra, en publicación; Arocena, Labadie y Serra, en preparación; Cassoni, DeBrock y Labadie, en preparación; Labadie y Gargiulo, en preparación; Ramos, Glejberman y Jorcín, en preparación).

Corresponde, en este sentido, agradecer públicamente la colaboración del Ministerio de Salud Pública (MSP), del actual Ministro Dr. García Costa, y de sus predecesores, los Dres. Solari y Del Piazzo quienes, dada la naturaleza del estudio, autorizaron la utilización de la información disponible. Asimismo, se agradece a las autoridades y personal de Coordinación y Control del MSP y, en particular, a las Sras. Regina Pardo y Giselle Jorcín. Las Instituciones de Asistencia, así como las agrupaciones de segundo orden, proveyeron igual respaldo, respondiendo dos complejos cuestionarios presentados a gerentes y directores técnicos. Finalmente, los autores expresan su agradecimiento a quienes han participado más activamente y permitido que se alcanzaran los objetivos hasta ahora logrados en el proyecto. El profesor Larry DeBrock, de la Universidad de Illinois, ha asesorado en aspectos económicos y econométricos en general y ha tenido la responsabilidad principal, junto con la economista Adriana Cassoni, del análisis econométrico de los niveles de utilización de las IAMCs. Esta se hizo cargo de la supervisión del armado de la base de datos del SINADI y de su organización, corrección de inconsistencias, etc., y desempeñó asimismo, un papel fundamental en el análisis econométrico de esta información. El sociólogo Felipe Arocena ha cumplido un papel semejante en otras actividades, y en particular en el desarrollo y análisis de la encuesta realizada a las IAMCs. Finalmente, el sociólogo Joaquín Serra ha contribuido con el análisis de los datos de utilización, con la recolección de datos históricos y con su conocimiento directo del sector.

De los autores de este reporte, Delia Sánchez ha cumplido un rol de asesoramiento general en su calidad de médico, ha compartido responsabilidades en el análisis histórico,

y ha asumido la responsabilidad principal del análisis descriptivo de los datos de utilización del SINADI y de la encuesta. El economista Alejandro Ramos ha asumido la responsabilidad principal del análisis de los datos financieros y del financiamiento a través de la Seguridad Social. El Dr. Labadie ha desempeñado la dirección general del proyecto, ha sido el responsable principal en la encuesta, con la Dra. Sánchez, en el análisis histórico y la descripción de los datos del SINADI y, con la Ec. Cassoni, en el análisis econométrico de los mismos datos.

I. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA: CONCEPTO, FORMAS Y EVOLUCIÓN

1. Definición

Analíticamente una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) es un seguro prepago de salud en el que una institución, al menos parcialmente dirigida por médicos, se compromete a organizar el acceso a un conjunto muy amplio e integral de servicios de salud brindados a sus afiliados por un cuerpo médico propio o contratado, en instalaciones propias o contratadas, pero en todo caso indicadas y gerenciadas por la institución. En este sentido, el término colectivo enfatiza la diferencia con la asistencia médica individual, ya que el usuario se relaciona con una organización de profesionales; también puede hacer referencia al hecho de que los asegurados eran primordialmente conjuntos de individuos, vinculados por razones étnicas u ocupacionales, a través de convenios colectivos. Este factor ha perdido su perfil diferenciador ya que actualmente la vinculación de la mayor parte de los afiliados a la mayoría de las IAMC se realiza mediante decisiones individuales y no grupales, aun en los casos en que esa elección sea financiada por la Seguridad Social.

El componente de cobertura integral ha sido, desde los años 1981-1983, el principal elemento diferenciador de las IAMCs respecto a otras instituciones de asistencia, como los denominados seguros parciales. Hasta 1989, las IAMCs estaban obligadas a ofrecer un conjunto de servicios de los que sólo se excluían aquellos listados por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Desde entonces, pudieron no ofrecer ciertos servicios de alta tecnología o alto costo, salvo que fueran explícitamente incluidos por el Ministerio. Sólo a partir de febrero de 1992 puede existir una oferta diferenciada, sin que se ofrezcan medicamentos. Más allá de factores tradicionales y propios de las instituciones, esta oferta amplia y homogénea, al menos teórica, era el diferenciador entre las IAMCs y otras formas de organización, y permitía que las instituciones —previa habilitación del MSP— se acogieran a ese marco regulador. La otra limitación existente frente a los servicios que las IAMCs están obligadas a ofrecer, es el campo de la alta tecnología, que se financia a través del Fondo Nacional de Recursos; aun cuando las IAMCs canalizan administrativamente parte del financiamiento y, a veces, organizan el acceso a los servicios, derivando a los pacientes para la atención de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAEs).

La participación preceptiva de médicos en la dirección de la IAMC es, finalmente, otro factor diferenciador desde 1943.

2. Formas

A los efectos del análisis, aunque no siempre desde el punto de vista jurídico, pueden distinguirse diversos tipos de IAMC. Las mutualistas son la forma más antigua, que se inició en 1853. Es comparable a una cooperativa de consumidores en la que sus directivos

son elegidos entre sus afiliados. Consecuentemente, más allá de la participación preceptiva de los médicos en la dirección, el cuerpo médico es contratado.

El otro gran tipo de IAMC son las cooperativas médicas, que funcionan como cooperativas de productores. A su vez, dentro de éstas es posible distinguir entre cooperativas vinculadas al gremio médico y dirigidas por médicos elegidos. Cada uno de estos médicos cooperativistas es dueño y empleado a la vez. Por razones históricas, ya que la ley de 1943 consagraba que las instituciones eran sin fines de lucro, en general el cooperativista no recibe beneficios como socio, aunque sí cobra salario en su condición de médico de la cooperativa. En este tipo de institución a veces hay situaciones conflictivas derivadas de las dificultades de compatibilizar las demandas de pleno empleo o mejores salarios de los gremios médicos y el control de costos por la IAMC.

La otra forma se caracteriza porque los propietarios y socios cooperativos, son médicos que contratan a su vez a otros médicos. No siempre los socios retirarán beneficios, pero los objetivos de la institución no presentan el conflicto de pleno empleo vs. control de costos antes descrito (véase Solari, 1992; Labadie y Sánchez, 1992).

3. Evolución

El sector privado ha evolucionado de una práctica mayoritariamente particular en el siglo pasado y principios del actual, a una predominantemente colectiva, que se consolida en Montevideo en los años cincuenta y en el Interior durante los ochenta. Esto último es, en parte, resultado de que las cooperativas médicas del Interior debieron abrir sus registros de afiliados (véase Labadie y Sánchez, 1991; Gherardi, Labadie y Sánchez, 1992; y Labadie y Sánchez, 1992).

Como se aprecia en el cuadro 1, la cobertura de las IAMCs creció en forma muy significativa entre 1912 y 1943 y en los años sesenta ya cubría alrededor de la mitad de la población de Montevideo.

En 1981 había 83 instituciones, 36 en Montevideo y 4 en el Interior del país. Las afiliadas a la Federación Médica del Interior (FEMI) sumaban 25 con 240 490 afiliados, lo que representaba 17% de la población del interior. Las demás eran mutualistas locales o ramas de IAMCs de Montevideo. En 1991 existían 52 IAMCs, registradas en el SINADI, con una cobertura de un millón 519 000 personas, más de un tercio, fuera de Montevideo. Este proceso de expansión ha sido acompañado por un aumento de la cobertura financiada por la Seguridad Social (DISSE).

A partir de 1983, como se observa en el cuadro 2, se produce un cambio en la estructura del sector. Desaparecieron rápidamente algunas y se desarrollaron otras, pequeñas inicialmente, que superaron los 10 000 afiliados en unos casos y los 20 000 en otros. El resultado es que el sector, caracterizado anteriormente por dos o tres instituciones muy grandes y muchas relativamente pequeñas, muestra hoy un buen número de instituciones medianas. Si en 1980-1981 había 12 instituciones de entre 10 y 20 000 afiliados, en 1985 había 21 de entre 10 y 20 000. En la categoría de entre 20 a 49 000 había 14 en 1980-1981 y 16 en 1985. Esta tendencia se ha consolidado más recientemente. Sigue habiendo dos o tres instituciones preponderantes por su tamaño, pero hay un buen número de medianas. Consecuentemente, se redujeron tanto el número de instituciones como el grado de concentración en el sector. Estos cambios son resultado, en parte, de los decretos de 1983, que fijaron un tamaño mínimo para ciertas instituciones, dando transparencia a la situación económico-financiera preexistente de algunas instituciones muy chicas.

Cuadro 1

NÚMERO DE AFILIADOS A LAS IAMCs

Fecha	Número de miembros	
	Totales	Montevideo
1853	186	--
1882	12 000	--
1887	15 000	--
1912	45 000	--
1922	200 000	--
1943	246 000	300 00
1957	--	400 00
1958	--	523 00
1967	634 115	--
1970	796 234	--
1974	898 823	--
1978	944 614	--
1981	997 458	1 273 308
1982	--	1 256 346
1986	909 646	1 318 075
1989	997 981	1 512 712
1991	--	1 518 950

Cuadro 2

NÚMERO DE IAMCs POR ESTRUCTURA DE TAMAÑO DESDE 1980-1981 A 1985

Rango	1980-1981	1983	1984	1985
1 - 999	6	0	0	0
1 000 - 4 999	26	9	6	4
5 000 - 9 999	19	19	9	5
10 000 - 19 999	12	15	19	21
20 000 - 49 999	14	15	16	16
+ 50 000	4	3	3	3
TOTAL	81	61	53	49

Esto puede tener consecuencias sobre el grado de competitividad de las instituciones medianas.

Paralelamente, ha existido también una tendencia al cambio en el tipo de instituciones. Desde la creación en 1935 del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), prácticamente no han surgido mutualistas y sí varias cooperativas. En particular, en los ochenta, han tendido a desaparecer mutualistas, como se indica en el cuadro 3.

Cuadro 3

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE IAMCs SEGÚN TIPO

	1982	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Cooperativa	50	37	37	35	37	40	41	43
Mutualista	33	16	12	11	11	11	10	9
Total	83	53	49	46	48	51	51	52

A fines de esa década, se instalaron pequeñas cooperativas en el Interior independientes de las asociadas a gremios, nucleadas desde 1965 en la Federación Médica del Interior (FEMI).

Más recientemente hubo una ampliación del trabajo médico particular. En 1990, por primera vez desde 1920, un quinto de los médicos declaraban que su fuente principal de ingresos era la actividad privada.

4. Los recursos actuales de las IAMCs

Los cuadros 4 y 5 presentan en forma global los resultados de la encuesta realizada por CERES.

El cuadro 5 destaca el fenómeno de la contratación de los recursos. El sector privado colectivo y el resto del sector privado -institucional e individual- no pueden ser concebidos como compartimientos estancos; se hallan interrelacionados. Otras cifras complementarias son también indicativas: 100% de las IAMCs informan la contratación de algún servicio; 34% contratan todos sus servicios de hospitalización; 70% contratan parte de sus servicios de hospitalización y 18% arriendan planta física a servicios privados que luego atienden en forma preferencial a sus afiliados, pero también a otros pacientes. Asociado a este fenómeno, se observa también el desarrollo de la atención particular.

El crecimiento de la oferta médica, que se plasma en la relación de 10 cargos médicos por uno de enfermera, (Rígoli, 1991; Labadie y Sánchez, 1991; Solari, 1992) y el propio crecimiento del sector y de la afiliación a las IAMCs, parece haber nutrido a un subsector privado, que ofrecería tecnología y servicios que son contratados por IAMCs.

Cuadro 4

CARGOS MÉDICOS Y DE PERSONAL DE ASISTENCIA EN LAS IAMCs - 1991

Personal titular	Tasa/1000 afiliados	Nº
Personal administración	2.5	42
Médicos	5.3	42
Personal asistencia (incluye médicos)	11.4	42
Enfermeras	0.5	42
Especialidad policlínica	5.8	47
Pediatras	0.4	49
Ginecólogos	0.3	49
Cirujías generales	0.2	49

Cuadro 5

RECURSOS DE LAS IAMCs - 1991

	Propios			Contratos	
	Total	N	/1000 AF/	Total	N
Sanatorio	50	50	0.04	73	50
Camas int. comunes	2 372	50	1.70	633	36
Camas C.T.I.	178	50	0.13	81	36
Camas C. intermedios	136	50	0.13	47	48
Camas neonatal	126	49	0.10	94	42
Camas maternidad	459	48	0.09	206	43
No. consultorios	941	50	0.34	58	49
No. sedes secundarias	118	50	0.70	12	50
Salas operaciones	105	50	0.09	104	48
Salas parto	54	50	0.08	52	47
Ambulancia urgencia	17	50	0.04	78	45
Ambulancia traslado	19	50	0.01	229	46
Camas C/ oxígeno	1 521	49	1.14	179	48
Camas C/ flujo laminar	10	50	0.01	9	46
Equipo diálisis renal	23	50	0.02	18	47
Sala operación cardíaca	2	50	0.00	-	-
Microscopios microcirugía	30	49	0.02	19	49

II. EL MARCO REGULATORIO Y SU INFLUENCIA

1. Evolución

El sector de IAMCs careció de regulación hasta el decreto-ley No.10384, de febrero de 1943 que introdujo normas que respondían a las demandas del cuerpo médico de Montevideo.

En 1939, la Primera Convención Médica había aceptado al mutualismo como consecuencia tanto del encarecimiento de la evolución técnica en asistencia médica como del "empobrecimiento de la clase media". Se declaraba que el mutualismo, "...legítimo en su momento, se desarrolló ampliamente pero en forma desarticulada, inarmónica, defraudando al enfermo y explotando al médico en una medida que alcanza lo intolerable". Se clasificó a las IAMCs en cuatro categorías: comerciales, patronales, de colectividades, y el CASMU. Se afirmó que el Estado debería cumplir una función fiscalizadora. Se solicitó que los médicos estuviesen representados en la dirección de las mutualistas y que las incorporaciones se realizaran por concurso. El decreto-ley de 1943 tomó básicamente la clasificación elaborada por esta Convención Médica, concedió exenciones impositivas a las instituciones sin fines de lucro y consagró la participación de representantes de los médicos en los cuerpos directivos de las mutualistas. Ese marco regulatorio no sufrió variaciones sustanciales hasta 1968, cuando se estableció la fijación de precios como parte del plan de estabilización económica impulsado por el gobierno de la época.

La importancia de las exenciones disminuyó significativamente a partir de la simplificación tributaria que tuvo lugar en 1974 y en la que el IVA tomó un papel preponderante. Aun así, y pese a cambios en el último año, las IAMC están exoneradas de aportes patronales a la Seguridad Social, de impuestos a la Dirección General Impositiva, de tributos municipales (con excepción de tasas y contribuciones) y del pago del IVA, así como de recargos aduaneros en la importación (si el proyecto es declarado de "interés nacional"). A ello se agrega el beneficio indirecto en las tarifas de los sanatorios y hospitales privados porque éstos se exoneran del pago del IVA si destinan por lo menos la mitad de sus camas a la atención de pacientes del MSP o de las IAMCs.

A fin de poder instrumentar mejor el control de precios, en 1969, se distinguieron tres categorías de instituciones y se definió el concepto de "sin fin de lucro" (establecido en la legislación de 1943) entendiéndose por tal que los directores no reciban remuneración por sus actividades, norma derogada en 1986.

El Cuadro 6 sintetiza la evolución cronológica desde 1968 a 1992 de algunos aspectos del marco regulatorio. Allí se observa que esta fijación de precios continuó hasta 1983 en que se estableció un tope, abandonado en julio de 1984, generando la primera liberalización total de cuotas, proceso detenido en octubre de 1985, cuando se volvieron a controlar los precios a través de la DINACOPRIN (Dirección Nacional de Costos, Precios e Ingresos). Este sistema fue modificado nuevamente a fines de 1990, cuando se estableció una liberalización parcial con topes sobre las cuotas. Este régimen fue nuevamente cambiado en febrero de 1992, en que se autorizó una liberalización total de cuotas, modificada tres meses más tarde, para fijar un nuevo control de

precios. Este último control se ejerce "informalmente" y sus reglas no están claramente establecidas.

Cuadro 6

CRONOGRAMA DE REGULACIONES EN MATERIA DE CONTROL DE PRECIOS, MOVIMIENTO Y NÚMERO DE AFILIADOS Y ESTRUCTURA ORGÁNICA DE IAMCs

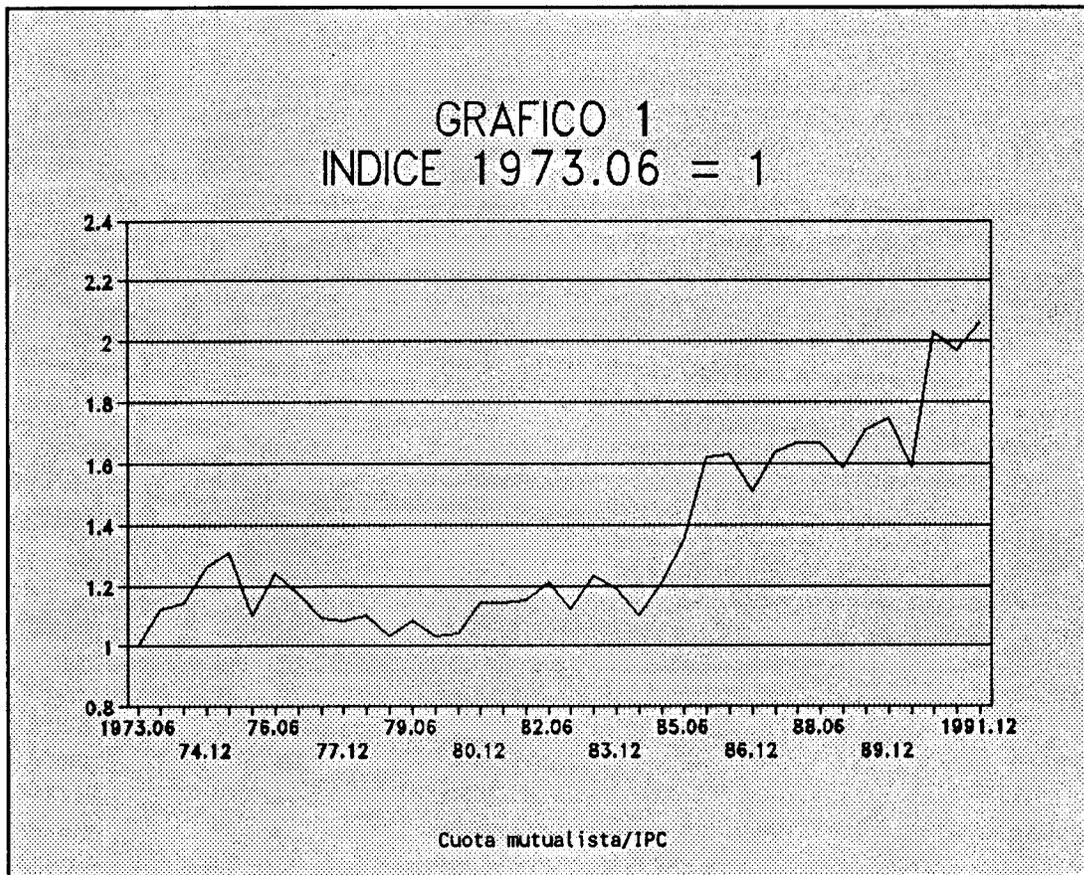
Movimiento de afiliados y estr. orgánica	Precios
	1968 - COPRIN: Fijación de precios
	1969 - Junta Coordinadora de Asistencia Colectivizada
	- Categorías (1 a 3) - Def. de "sin fin de lucro": ausencia de remuneración de los directores
- ASSE-DISSE: Ingreso inmediato sin límites p/empleados del sector privado	1975
- IAMCs proveen "atención básica"	1981
- Def. "atención básica-integral" - Tamaño mínimo p/IAMCs. - Incorporación automática de socios de IAMCs que cierran s/examen ni pago extra - Total aceptación en 90 días luego de examen médico: 12 meses para operatorios; 24 meses para afección médica. Urgencia y cirugía a tarifas fijadas por el MSP	1983 - Liberalización parcial: tope general
	1984 -(Julio) - liberalización total (con potestades de DINACOPRIN p/ desviaciones tope para tickets (co-pagos) independientes de cuotas
	1985 -(Octubre) - fijación de precios (luego de aumento) - fijación de tickets
- Se elimina norma sobre el tamaño mínimo	1986 - Los cargos directivos "podrán ser rentados"
- Se permiten limitaciones a la edad de los ingresos - Se permiten limitaciones en medicamentos - Derechos para embarazadas sólo después de 300 días - Derechos según resultados de examen para quienes se cambien	1988
	1989 - Tope p/sobre cuota de inversiones - Tope p/ticket
	1990 - Liberalización parcial: tope p/cuotas y tickets
- Se permite rechazar socios de DISSE - Se permite a las IAMCs proveer servicios "parciales" (sin medicamentos)	1992 -(Febrero) - Se libera totalmente cuota y co-pago - Se fija administrativamente el valor nominal de la cuota de DISSE. - Se reestablece contralor de precios según categorías

La liberalización inicial de los años ochenta se acompañó de cambios tendientes a permitir una mayor movilidad de los afiliados, requisito imprescindible para el ajuste del sistema, dado que se habían establecido límites mínimos al tamaño de las instituciones a partir de 1983 y hasta 1986. También obligó a las instituciones a aceptar a todos aquellos afiliados que se trasladaban de una institución a otra, estableciendo que a los 90 días, luego del examen médico, tenían pleno uso de derechos.

Cuando quien se trasladaba presentaba alguna afección debía esperar 12 meses si requería operación quirúrgica o 24 meses, en caso de afección médica crónica. En cualquier caso había servicios de urgencia y cirugía a tarifa fijada por el MSP.

En 1988 se puso fin a esta mayor movilidad permitiéndose establecer limitaciones a la edad de ingreso y a los medicamentos, y se autorizó la fijación de derechos diferenciales para las embarazadas. Por otro lado, las normas de total aceptación de DISSE que empiezan en 1975 se relativizan en 1992 cuando, además de fijar una cuota nominal a los afiliados de DISSE, se permite que las instituciones rechacen a ciertos socios de DISSE.

La liberalización de precios más reciente no fue acompañada de la autorización de una movilidad adecuada de los usuarios. Ello podría haber obligado a las instituciones a ajustar sus cuotas a los cambios en la demanda. Ninguna de las dos liberalizaciones dieron suficiente tiempo como para que este ajuste del mercado tuviera lugar: la primera duró 13 meses y la segunda apenas 3. Como se puede observar en el Gráfico 1, los controles fueron establecidos en forma inmediata luego de un salto inicial en las cuotas.



2. Efectos de la regulación y de los cambios

Para evaluar apropiadamente el efecto de una eventual continuación de la liberalización es necesario conocer las variaciones en el número de afiliados que resultarían de variaciones en el cambio de la cuota y de los tickets (copagos). Las estimaciones realizadas para Montevideo permiten concluir que, trabajando con promedios, la liberalización de 1984-1985 (aislado su efecto de otros factores) llevó a una disminución en el ingreso de afiliados de más de 3 500 personas por institución, lo que significa que este flujo se redujo casi a la mitad. Además, provocó un egreso de afiliados del orden del 15%. El efecto neto fue una reducción promedio por IAMC de más de 4 000 individuos, generando, por una sola vez, un saldo neto negativo en el flujo de afiliados. Por su parte, en el Interior, en el período 1983-1990, el fenómeno se dio aún más acentuadamente entre quienes no pertenecían a DISSE, ya que el aumento de 1% de la cuota, trajo aparejado una disminución del 3.5% en el saldo neto de los ingresos, menos los egresos de afiliados.

A ello debería agregarse el efecto de los copagos que, en Montevideo, también tienen un impacto negativo para los afiliados a una IAMC a través de DISSE (para quienes la cuota no importa, pues la paga la Seguridad Social): a un 100% de aumento en el precio de los copagos, se asocia 2% de disminución en el total de los afiliados. Por otra parte, a un nivel dado de cuota para las instituciones, un aumento del 10% en los tickets (en período de liberalización) genera una disminución de 4% de los ingresos totales de afiliados a la institución (véase Cassoni y Labadie, 1994).

Los controles de precios existentes pueden ser responsables, en parte, de que las instituciones sólo puedan expandirse por la vía del aumento de socios o por la venta de servicios a otras instituciones. Finalmente, al no poder ajustar por precios, el control de cuotas puede estar generando un incentivo perverso para la limitación de la oferta efectiva (que ajustarían de esta manera por cantidad y no por precio). Esto constituye un incentivo para que aumente el grado de burocratización en el acceso a los servicios, como manera de aumentar "los costos" de uso del servicio y que se generen "colas" (líneas de espera). El Cuadro 7 muestra que existe una diferenciación importante entre las instituciones según la demora en los diversos servicios, con los consiguientes efectos perjudiciales en el nivel de atención.

En la encuesta se solicitó información respecto a los días de demora para el primer médico disponible en las distintas instituciones, mediante el procedimiento se preguntó en la oficina de citas: "Si quiero ver un pediatra ¿cuándo puedo verlo?", independientemente de cuál fuese este pediatra.

Hay una proporción de instituciones, a veces 25%, que demoran un tiempo considerable en dar una consulta para el primer especialista disponible.

La mayor facilidad de conseguir una consulta con pediatras, ginecólogos y cirujanos está asociada con la disponibilidad de estos profesionales en el sistema; para otros especialistas, la demora puede ser mayor. Inclusive, la consulta para el cirujano puede demorar de 5 a 10 días, en 8% de las instituciones.

En definitiva, entonces, la encuesta muestra que existe una efectiva diferenciación de los servicios que ofrecen las diversas instituciones.

También contribuye a que haya "colas" la forma en que está organizado el trabajo médico y el nivel de remuneración de los técnicos. Quienes pueden pagar, salen del sistema IAMC y se atienden en forma particular, usualmente con el mismo médico, que atiende también en su consultorio particular. De esta manera, la IAMC se ahorra los costos de proveer el servicio, el médico aumenta sus ingresos, y el individuo tiene una atención más expedita. Sin embargo, la solución resulta inequitativa. Ello no obstante, con

Cuadro 7

TIEMPOS DE ESPERA EN LAS IAMCs

A. FRECUENCIA RELATIVA IAMC SEGÚN DÍAS DEMORA DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

Días demora de proceso en laboratorio

Tipo de análisis	1	2	3	4	5	6	7o+	Total
Orina completa	64	16	10	6	2	-	2	100
Hemograma completo	58	12	12	12	4	-	2	100
Exudado faringeo	6	38	30	14	10	-	2	100
Proteínoograma	30	18	22	8	6	-	16	100
VDRL	48	18	14	6	6	-	8	100

B. FRECUENCIA RELATIVA IAMC SEGÚN DEMORA PARA PRIMERA HORA DISPONIBLE PARA DIFERENTES ESPECIALIDADES DE POLICLÍNICA

Días demora 1° hora disponible

Especialista	0	1	2	3	4	5	5-10	+De 10	S.D	No tiene	TOTAL
Pediatra	42	34	6	10	-	2	4	2	-	-	100
Ginecólogo	32	30	12	6	6	-	10	4	-	-	100
Cirujano gral.	24	46	14	4	2	-	8	2	-	-	100
Oftalmólogo	6	12	10	8	4	-	36	22	2	-	100
Otorrino.	10	14	22	6	6	4	26	12	-	-	100
Dermatólogo	12	14	10	10	8	2	20	22	-	2	100
Neurólogo	6	6	12	10	12	6	24	20	-	4	100
Urólogo	6	18	16	6	10	6	22	12	2	2	100
Geriatra	6	6	6	2	2	2	8	6	2	60	100
Psiquiatra	8	16	18	6	14	4	24	10	-	-	100

Nota: El número que se presenta en la tabla es el porcentaje de instituciones que demoran ese número de días.

un control administrativo del monto de las cuotas y un costo histórico de la cuota real, que ha oscilado entre 12 y 24 dólares, difícilmente pueden financiarse todos los servicios que teóricamente deben proveerse.

Las IAMCs han sido también fuertemente reguladas en otros aspectos (véase Cuadro 8). Hay muy pocos ámbitos en que pueda ejercerse la discrecionalidad empresarial, lo que limita las posibles estrategias de diferenciación. Si a ello se agregan los cambios en las regulaciones que ha tenido el sector, no resulta sorprendente que no se haya desarrollado un grupo gerencial adecuadamente profesionalizado. De hecho, se obligaba a que los directivos no recibieran remuneración, no se permite la contratación de los denominados "promotores" de los servicios de las distintas IAMCs (lo cual no ha resuelto el problema de la circulación de afiliados de DISSE), y se establece que el Director Técnico es el último responsable del desempeño de la institución, aun cuando no sea dueño o codueño. Los objetivos organizacionales no están claramente establecidos y, consecuentemente, no hay incentivos claros para la búsqueda de la eficiencia y la eficacia de la IAMC.

En el Cuadro 8 también se evalúa la efectividad de la regulación según el organismo contralor. Aquellos aspectos a cargo del MSP son los que menos se harían cumplir. Por otra parte, es llamativo que la calidad de los servicios, o su provisión efectiva no sea regulada. Este aspecto resulta de particular importancia debido a que se vincula con el acceso a los servicios de salud por los usuarios y a que los seguros prepagos de salud pueden tener incentivos (no intencionados) a no proveer ciertos servicios necesarios.

Éste podría ser el caso de servicios no vinculados directamente con la actividad médica (y consecuentemente con la mejora de los ingresos de los socios y del personal médico), como la hospitalización y los medicamentos, según surge de la evolución de la estructura de costos de las IAMCs. Ello puede ser el origen de que los costos salariales hayan incrementado su significación en el período 1983-1990 pasando de 38.7% a 47.4% de los egresos totales. Del mismo modo, en precios constantes de 1985 hubo un aumento de 84% en los salarios y sólo de 24% en los medicamentos.

Ello no se debe exclusivamente a los incentivos existentes en las IAMCs, sino también a cambios en los precios relativos, ya que los salarios en el país se encontraban deprimidos en 1983 y experimentaron un aumento real en el período, aunque en un porcentaje bastante menor.

El problema de la calidad de la atención se ve agravado por las limitaciones a la movilidad de los afiliados, lo que restringe la competencia entre las instituciones. El tema de la calidad asume particular importancia en formas organizacionales como las cooperativas médicas, en las cuales existen ciertos incentivos a minimizar costos que no sean los salarios médicos. En consecuencia, en una estructura tan regulada que obliga a ajustar costos, realmente sorprende que no haya sido examinado el tema, que asume particular importancia cuando se observa la diversidad en las demoras o en las líneas de espera, así como la diversidad en los niveles de utilización.

Cuadro 8

LA PRÁCTICA DE LA REGULACIÓN. ASPECTOS EN QUE LAS IAMCs ESTÁN ACOTADAS EN SU PODER DE DECISIÓN

	Regulación	
	Normativa	Práctica
Forma societaria	Sí	Parcial
Estatutos	Sí	No
Otros fines	Sí	Parcial
Beneficios a cubrir	Sí	Sí
Organización de servicios asistenciales	Parcial	No
Organización administrativa y marketing	Sí	Parcial
- Ejercicio legal	Sí	Sí
- Plan de cuentas	Sí	Sí
Transferibilidad de afiliados	Parcial	No
Incorporación de inversiones	Sí	Parcial
Incorporación de tecnología	Sí	Sí
Precios de los insumos	Sí	Sí
Relaciones laborales	Sí	Sí
Cantidad de Especialidades	Sí	Sí
Cantidad de personal	No	No
Límites de productividad	Sí	Sí
Relación con seguridad social	Sí	Sí
Respaldo financiero (Reservas)	No	No
Calidad	No	No

III. LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN LAS IAMCs

El sistema no cuenta con información sobre calidad, lo que dificulta llegar a conclusiones sobre eficiencia y otros aspectos. Hay que recurrir a aproximaciones. Una es la cantidad de servicios, aunque se sabe que no necesariamente más servicios implican mejor calidad. La otra es la complejidad tecnológica de los servicios prestados, con la misma salvedad: mayor complejidad tampoco es idéntica a mayor calidad. Ambos pueden dar una pauta de las variaciones que se dan al interior del sistema en cantidad de servicios brindados y complejidad de los servicios de que disponen las instituciones. A partir de allí, podrá observarse cómo inciden estos aspectos en el producto, en la calidad del servicio y en la salud de las personas atendidas.

Como se mencionó antes, debido a la legislación vigente, las IAMCs deben brindar a sus afiliados todos los servicios de la práctica médica habitual en el país, que no se encuentren excluidos según un listado que publica el MSP. De ser así estaría predefinido lo que brindan las IAMCs. Sin embargo, existe una variación importante en la cantidad efectivamente utilizada de cada servicio.

Así entendido, el análisis que se realiza a continuación se centra en indicadores cuantitativos de la prestación de atención médica. Debe recordarse que hay una referencia implícita a valores anuales por mil afiliados, a menos que se indique lo contrario.¹

1. Evolución

Junto con el crecimiento de la población cubierta por las IAMCs, que pasó de un millón 264 426 afiliados en 1983 a un millón 518 958 en diciembre de 1991, hubo un aumento importante en el volumen total de servicios prestados, aun en aquellos casos que las tasas de utilización por mil afiliados no tuvieron variaciones importantes, como el número total de consultas médicas, o el de intervenciones quirúrgicas, que varió de 62 110 procedimientos en 1983 a 70 957 en 1990.

Simultáneamente, se tornaron práctica común algunos servicios que al principio del período tenían una difusión incipiente: cuidados intensivos e intermedios, perinatología, tomografía axial computada, etc. Como se observa en el Cuadro 9, que presenta la evolución de indicadores de utilización, cuidados intensivos, por ejemplo, pasó de 3.57 egresos por mil afiliados en 1983 a 4.74 por mil en 1990. También aumentó en forma importante la utilización de laboratorio, tanto por la incorporación de nuevas técnicas, como por una tendencia a mayor homogeneización de las prestaciones entre las IAMCs, pasando de 1989 exámenes por 1 000 afiliados en 1983 a 2 409 en 1990. La radiología, en cambio, mantuvo valores estables.

Hubo un crecimiento en la utilización de medicamentos, entre 1983 y 1986, pero la tendencia se revirtió, y en 1990 los valores eran más o menos similares a los del comienzo del período (aprox. 9 400 por mil afiliados).

El incremento en el número de egresos hospitalarios se acompaña de una disminución en las estadías promedio, ya que al reducir la estadía se permiten nuevos

ingresos, lo que sugeriría una demanda postergada que no se puede cuantificar. Si bien menores promedios de estadía podrían generar una reducción de los costos, esto no implica necesariamente un ahorro para las IAMCs, ya que han aumentado los egresos hospitalarios.

Cuadro 9

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE UTILIZACIÓN PARA ALGUNOS INDICADORES BÁSICOS DE UTILIZACIÓN

Indicador	1983	1986	1988	1990
Cirugía / 1000 Af.	49.12	50.13	48.24	46.92
Consultas / 1000 Af.	5 424.00	5 658.00	5 551.00	5 167.00
Egresos hospitalarios / 1000 Af.	99.27	110.12	108.29	105.54
Estadía promedio	5.41	5.26	4.98	4.92
Nº recetas / 1000 Af.	9 141.35	10 599.09	10 424.69	9 438.88
Ex. laboratorio / 1000 Af.	1 899.08	2 139.17	2 297.99	2 409.57
Ex. radiología / 1000 Af.	449.62	470.96	454.68	464.39
Egresos CTI / 1000 Af.	3.57	4.13	4.55	4.74

Fuente: SINADI - Cálculos CERES.

Por otro lado, ya se ha señalado que el aumento en el número de prestaciones no significa necesariamente un crecimiento acorde en la capacidad tecnológica y de infraestructura de las IAMCs, dado el importante volumen de compra al sector privado particular. Existe una diferencia en los niveles de utilización de servicios entre Montevideo Interior, lo que parece responder a una conducta clínica diferente entre las dos regiones.

Como se indica en los cuadros 10 a 13, la diferencia entre Montevideo y el Interior, ha ido disminuyendo, pero aún se mantiene, y se expresa especialmente en el uso de tecnología: las IAMCs de Montevideo brindan más radiología, exámenes de laboratorio, CTI, tomografía o cirugía compleja, que las del Interior. No hay motivo para suponer que las necesidades de las dos poblaciones sean distintas, así que la diferencia debe atribuirse a otros factores: disponibilidad de tecnología para su prestación oportuna, tiempo dedicado al estudio clínico del paciente y conocimiento de su historia y forma de integración del médico a la IAMC (cooperativista vs. empleado) con la consecuente conciencia sobre los costos de atención.

Es significativo que prácticamente no existan diferencias regionales en la consulta común o en los egresos hospitalarios por 1000 afiliados, mientras que ellas reaparecen en la consulta de urgencia, que tiene una frecuencia muy superior en Montevideo.

Para examinar la utilización según tipo de IAMC, se utilizó la clasificación en las tres categorías ya mencionadas: mutualistas, cooperativas gremiales y cooperativas no ligadas a gremios.

Cuadro 10

**EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UTILIZACIÓN DE RADIOLOGÍA POR MIL
AFILIADOS SEGÚN REGIÓN GEOGRÁFICA**

Tipo de estudio	1983		1986		1988		1990	
	Total por región	Total						
Radiología								
Montevideo	500.53	449.62	534.51	470.96	504.0	54.68	518.00	64.39
Interior	283.63	449.62	317.50	470.96	348.90	454.68	360.45	464.39
Exámenes laboratorio								
Montevideo	2 167.11	1 899.08	2 405.95	2 139.17	2 591.84	2 297.99	2 703.91	2 409.57
Interior	1 025.27	1 899.08	1 495.01	2 139.17	1 668.29	2 297.99	1 840.68	2 409.57

Fuente: MSP - SINADI - Cálculos CERES.

Cuadro 11

**UTILIZACIÓN DE CTI PROPIO (DÍAS/CAMA POR MIL AFILIADOS) SEGÚN
REGIÓN GEOGRÁFICA Y TIPO ORGANIZACIONAL**

(Agosto 1991)

Días cama/ 100 AF.	Montevideo		Interior			Total	
	Mutua- lista N°	Coope- rativa N°	Mutua- lista N°	Coope- rativa N°	Coope- rativa gremial N°	N°	%
0		3	2	9	11	25	64.1
0.1 - 1.0		1			3	4	10.3
1.1 - 2.0	3	1			2	6	15.4
2.1 - 3.0		2				2	5.1
3.1 y +	2					2	5.0
TOTAL	5	7	2	9	16	39	100.0

Fuente: Encuesta CERES.

Cuadro 12

**UTILIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA (Nº/ 1000 AFILIADOS) SEGÚN
REGIÓN GEOGRÁFICA Y TIPO ORGANIZACIONAL
(Agosto 1991)**

Nº de tomografías 1000 afiliados	Montevideo		Interior			Total	
	Tipo organizacional		Tipo organizacional			Nº	%
	Mutualista Nº	Cooperativa Nº	Mutualista Nº	Cooperativa Nº	Coop. gremial Nº		
0			1	6	1	8	21.6
0.01-0.20					4	4	10.8
0.21-0.40				2	7	9	24.3
0.41-0.60	1				3	4	10.8
0.61-1.00	1	1			1	3	8.1
1.1 +	3	4	1		1	9	24.3
TOTAL	5	5	2	8	17	37	100.0

Fuente: Encuesta CERES.

Cuadro 13

**UTILIZACIÓN DE ECOGRAFÍA SEGÚN REGIÓN Y TIPO INSTITUCIONAL
(Agosto 1991)**

Nº de ecografía	Montevideo		Interior			Total	
	Tipo organizacional		Tipo organizacional			Nº	%
	Mutualista Nº	Cooperativa Nº	Mutualista Nº	Cooperativa Nº	Coop. gremial Nº		
0.1-1.0				1	1	2	5.3
1.1-5.0		1			1	3	13.2
5.1-10.0		2	1	2	5	10	26.3
10.1-15.0	3		1	2	4	10	26.3
15.1-20.0	1	2		2	2	7	18.4
20.1 +	1	1		1	1	4	10.5
TOTAL	5	6	2	9	16	38	100.0

Fuente: Encuesta CERES.

El tipo de organización no implica solamente la propiedad de la IAMC, sino también modalidades de retribución diferentes por el trabajo médico, requisitos de exclusividad en muchos casos, contraposición de intereses, como los de indicador y de proveedor de servicios, incentivo para que la IAMC centralice o compre servicios a terceros, etc.

Estas relaciones no se dan uniformemente en un mismo tipo de institución, lo que dificulta el análisis global. CASMU y las IAMCs de FEMI son todas cooperativas gremiales, pero la primera es muy distinta, mientras que dentro del segundo grupo existen a la vez grandes variaciones.

En este resumen del estudio realizado, se tuvo que unir el CASMU a las cooperativas gremiales, pese a las distorsiones que ello implica.

CASMU es, en realidad, una categoría en sí misma, tanto por su tamaño, como por su peculiar estructura organizativa y su vinculación a los diversos grupos de profesionales y proveedores de servicios.

Incluso dentro de una misma IAMC, existen diferentes modalidades de contratación del trabajo médico, con una clara incidencia en la utilización. Así, al analizar las consultas por 1000 afiliados en las distintas especialidades médicas de las cooperativas gremiales, categoría en la que una sola IAMC tiene especial peso, se observa una clara diferencia entre consultas que se retribuyen por salario de las que se pagan a destajo.

Tanto en los servicios que se indican como en otros que no son presentados en las tablas, las mutualistas se encuentran en los niveles más altos de utilización, variando la relación entre cooperativas gremiales y no gremiales.

En los Cuadros 11 a 13 se presentan los resultados de la utilización de los servicios de ecografía, radiología y tomografía computada, todos de alto componente tecnológico, según región y tipo de organización. Se puede apreciar una utilización mayor en Montevideo y, a la vez, una diferencia importante entre las instituciones del Interior, donde las cooperativas gremiales brindan este servicio a niveles similares a los de las mutualistas de Montevideo, aunque no son un conjunto homogéneo.

Tanto en la información de SINADI como en la encuesta, se analizaron indicadores de complejidad tecnológica de los servicios brindados por las IAMCs.

Así, por un lado, se tiene el número de prestaciones tecnológicamente complejas, como las ya señaladas y, por otro, la relación entre unidades de valor relativo y número de medicamentos y exámenes de laboratorio y radiológicos, recogidos habitualmente por SINADI. Esta relación, que varía entre instituciones y grupos de instituciones, en el caso de laboratorio y radiología (donde los precios se encuentran aceptablemente estandarizados) se debe al tipo de estudio realizado, siendo habitualmente los más complejos, de mayor costo. Si bien complejidad no es sinónimo de calidad, puede pensarse que es una aproximación válida, en ausencia de otros indicadores.

Es importante también la relación entre tipo de organización y propiedad de los servicios. Las ecografías, por ejemplo, son en general contratadas (ya que sólo 10 de 39 IAMCs tenían servicios propios en 1991, y no todas ellas cubrían totalmente sus propias necesidades). La propiedad de los equipos requeridos se concentra en las cooperativas gremiales del Interior y, en dos mutualistas de Montevideo. Podría pensarse que, en el Interior, la carencia de radiología compleja, unida al hecho que la mayoría de los médicos de una zona sean miembros de la cooperativa, incentiva la adquisición de un ecógrafo por la IAMC, lo que sustituye servicios más complejos y necesidades de personal, y la alta tecnología no se convierte en un negocio particular.

Al analizar la utilización de servicios según porcentaje de afiliados mayores de 65 años se pudo comprobar que, especialmente en los primeros años (1983 a 1986), aquellas IAMCs que tenían más de 20% de afiliados en ese grupo etario eran las que brindaban menos servicios. Todas ellas desaparecieron luego por lo que, probablemente,

se estaba captando a una población cautiva en instituciones con graves dificultades para brindar servicios.

Salvo lo señalado, no se aprecia una relación directa entre utilización y mediana de edad de la población en el análisis bivariado. Sin embargo, en el análisis econométrico, hay una asociación positiva entre la utilización de servicios y la edad de los hombres. En cambio, respecto a las mujeres, la edad no está asociada con una mayor utilización. Ellas presentan niveles de utilización superiores a los hombres, pero manteniendo un nivel similar a lo largo de su vida (véase Cassoni, DeBrock y Labadie, en publicación).

El tamaño institucional está claramente vinculado a la utilización de los servicios, aunque no puede hablarse de una relación lineal.

Es un hecho que las IAMCs más grandes del sistema tienden a brindar más servicios, especialmente los relacionados con tecnología más compleja, sobre todo porque se encuentran instaladas en Montevideo, donde también se concentra el grueso de la tecnología médica, lo que facilita su uso oportuno.

IV. EL DESEMPEÑO ECONÓMICO-FINANCIERO DE LAS IAMCs

1. Aspectos críticos

El sector de las IAMCs es uno de los más regulados del país, en gran medida por las características propias de los servicios de atención a la salud y, en parte, por resabios de un modelo intervencionista predominante en el pasado.

Como consecuencia de esta alta regulación, combinada con una amplia exoneración fiscal y un trato especial a las IAMCs respecto a sus atrasos en los pagos a instituciones estatales, se ha generado un sector atípico en su estructura y condicionantes financieras. Su evolución está más pautada por su relacionamiento con el sector público y los cambios regulatorios, que por la coyuntura económica, aunque hay que mencionar que la inflación ha jugado un rol favorable para los resultados financieros de las IAMCs.

En forma más directa, la regulación de los aspectos financiero e industrial afecta los ingresos de las IAMCs. Tiene dos orígenes en el período más reciente (1983-1990): por un lado, la Seguridad Social, contratante fundamental y creciente de sus servicios, influyó sobre la cantidad de afiliados, mientras que la forma de contratación actuó sobre la distribución de los mismos en las IAMCs; por el otro, el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, reguló los precios y cuotas de las IAMCs con mayor o menor flexibilidad, según las épocas. Durante los lapsos en que existió una liberalización parcial de las cuotas, ello permitió a algunas instituciones, particularmente del Interior, capitalizarse y desarrollarse como nunca antes.

El análisis financiero de las IAMCs, debe tener en cuenta las características del sector y vincular la acción del Estado a los resultados obtenidos por las instituciones. Las IAMCs recurren tradicionalmente al argumento de la "crisis" de pagos, dando una imagen de permanente penuria financiera. Es necesario evaluar si todas las instituciones tienen las mismas dificultades; si existen factores de "riesgo" financiero, como el reducido tamaño de algunas empresas, su localización, el porcentaje de afiliados de edad avanzada, etc., que pueden incidir en los costos de atención, etc.

También hay que analizar la rentabilidad como indicador de las perspectivas futuras del sector y, particularmente, el rol de la inflación en relación a los resultados de la actividad.

Se examinará brevemente, asimismo, la manera en que el Estado, a través de la Seguridad Social, se inserta progresivamente en las finanzas de las IAMCs (como demandante de sus servicios) hasta transformarse en el factor fundamental para el crecimiento y la consolidación del sector. Los datos disponibles para el período 1983-1990 obtenidos del Sistema Nacional de Recursos (SINADI, MSP) permiten evaluar las finanzas de la industria a través de sus balances y estados de resultados. Con datos provenientes de algunos estudios, se realizarán también comparaciones sobre la estructura financiera del sector.

2. Rol de la Seguridad Social en el financiamiento de las IAMCs

Desde su nacimiento, los seguros de salud en el Uruguay estuvieron asociados a la contratación de servicios a las IAMCs, exclusivas proveedoras, ya que las sucesivas leyes no consideraron otros efectores de salud.

El cuadro 14 muestra el importante efecto que tuvo la estatización de los servicios de seguridad social, producida en 1973, sobre la evolución del número de afiliados a la seguridad social y, por tanto, al seguro de salud y a las IAMCs.

Entre 1964 y 1974 las estimaciones disponibles indican que el número de beneficiarios totales del país creció de 52 000 a 145 500 (a una tasa del 5.28% anual).

La creación de ASSE y la nueva incorporación de gremios en 1977 permitió un rápido incremento de la cobertura a 195 812, de los cuales poco más de la cuarta parte eran del Interior.

Hasta 1981 continuó la expansión de la cobertura. Posteriormente, se produjo un estancamiento y una leve disminución entre 1982-1984, tanto en Montevideo como en el Interior, para retomar el crecimiento a partir de 1985, a tasas elevadas, particularmente en el Interior.

El período 1977-1990 determinó globalmente y en promedio una expansión a un ritmo del 8.52% anual, con el Interior creciendo al 12.6% y Montevideo al 6.5%.

En 1990 se alcanzó una cobertura de 566 724 afiliados (el 18.3% de la población total, el 30% sobre la población activa). El sistema siguió creciendo a tasas de alrededor de 5% anual, principalmente merced al Interior que lo sigue haciendo a 10%, debido a que la integración de los trabajadores al seguro comenzó allí después que en Montevideo.

Este incremento de la cobertura se logró mediante la integración de sectores de menor ingreso, cuyas cuotas de prepago a las IAMCs hubo que financiar con recursos de Tesorería. Como consecuencia, se generaron déficits en la seguridad social ocasionados por el área de la salud, que durante largo tiempo había tenido superávit.

El Cuadro 15 muestra los ingresos y egresos del sistema, según información del Banco de Previsión Social, desde 1976, cuando el sistema ya estaba estatizado y todos los seguros dentro de ASSE (después DISSE). Si bien este Cuadro incluye el total de las prestaciones de lo que fueron sucesivamente ASSE, DISSE y actualmente seguro de enfermedad del Banco de Previsión Social, el principal componente fue siempre el pago de la cuota a las IAMCs.

Se observa que el sistema fue superavitario hasta 1982. En 1976, ASSE tenía un superávit de 22.4%; en 1982 todavía era de 9.7%, pero a partir de 1983 se suceden los déficits crecientes hasta superar el 50% de los ingresos en 1990.

El crecimiento en la cobertura a partir de 1984 es el factor clave para explicar la crisis del sistema de seguridad social de la ex-DISSE. Los ingresos crecieron menos que proporcionalmente al número de beneficiarios porque los grupos de actividad que se integraron (trabajadores rurales, empresarios unipersonales y trabajadores por cuenta propia, y empleadas domésticas) aportaban menos (tenían menos ingreso promedio que los que ya formaban parte del sistema). Tomando aisladamente el crecimiento de la cobertura, entre 1985-1990, los nuevos grupos crecen a 17.4% anual, mientras que los que ya habían ingresado antes de 1984 lo hacen a 4.8% anual, en el mismo período.

El Cuadro 16 establece el peso relativo de las cuotas de DISSE en los ingresos operativos de las IAMCs. Se observa que de 21% en 1983 alcanza a 42% en 1989-1990. El incremento es constante a partir de 1985, cuando ya la participación había alcanzado el 33%.

BANCO DE PREVISION SOCIAL - EX-DISSE - BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

Año	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Total país	195 812	232 748	248 540	252 199	273 206	255 740	247 093	250 973	378 462	418 080	471 948	511 909	537 151	566 724
Montevideo	143 912	156 008	164 627	177 928	182 911	166 207	157 766	163 882	222 074	251 697	276 939	302 880	318 477	325 043
Interior	51 900	76 740	83 913	74 271	90 295	89 533	89 327	87 091	156 388	166 383	195 009	209 029	218 674	241 681

	Tasas de crecimiento			
	1977-1990	1977-1981	1981-1984	1984-1990
País	8.52%	8.68%	-2.79%	12.93%
Montevideo	6.47%	6.18%	-3.60%	10.06%
Interior	12.56%	14.85%	-1.20%	17.83%

	Grupos que adquieren beneficios en 1985	
	Total de afiliados en 1990:	Total de afiliados en 1985:
Total de afiliados en 1990:	205 016	92 033
Tasa de crecim. en 1985-90:	17.37%	

	Tasa de crecimiento total afiliados país sin grupos que ingresen en 1985	
	Total afiliados en 1985:	Total afiliados en 1990:
Total afiliados en 1985:	286 429	361 708
Tasa de crecimiento 1985-90:	4.78%	

Fuente: Banco de Previsión Social.

INGRESOS Y EGRESOS DEL BANCO DE PREVISION SOCIAL POR SEGUROS DE ENFERMEDAD

(En miles de M\$ constantes de 1990)

Ano	1976	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
<u>Ingresos</u>									
- Contribuciones (incluye ap.patr. y obr.)	60 491	s/d	s/d	3 157 718	6 857 567	10 902 668	20 540 762	38 558 461	77 275 636
- Otras contribuciones (incluye rec, multas, TOTAL	4 198	s/d	s/d	54 909	81 965	124 340	91 845	158 962	338 829
	64 690	851 555	1 213 958	3 212 627	6 939 532	11 027 008	20 632 607	38 717 423	77 614 465
<u>Egresos</u>									
- Prestaciones	43 024	889 219	1 426 296	3 809 723	8 168 562	14 575 512	26 793 240	57 285 221	116 211 794
- Subs. enfer. y fallec.	8 407	106 148	140 943	387 873	914 351	1 762 916	3 239 056	6 093 197	11 727 474
- Asistencia medica	29 603	767 512	1 261 070	3 421 850	7 254 211	12 832 596	23 554 184	51 192 024	104 484 320
- Pagos org. S.S y otros	5 014	15 559	24 283						
- Gastos funcionamiento	7 085			65 685	140 428	255 762	480 075	906 376	2 120 981
- Otros egresos	108	889 219	1 426 296	3 875 408	8 308 990	14 831 274	27 273 315	58 191 597	118 332 775
TOTAL	50 216	889 219	1 426 296	3 875 408	8 308 990	14 831 274	27 273 315	58 191 597	118 332 775
Superavit o deficit	14 474	(37 664)	(212 338)	(662 781)	(1 369 458)	(3 804 266)	(6 640 708)	(19 474 174)	(40 718 310)
Resultado en % s/ingr.	22.37%	-4.42%	-17.49%	-20.63%	-19.73%	-34.50%	-32.19%	-50.30%	-52.46%
<u>Ingresos a precios constantes de 1990</u>	38 762 715	41 009 136	37 642 737	57 843 175	70 606 282	68 587 572	79 111 728	82 280 703	77 614 465
<u>Indice ing. reales</u>	50	53	48	75	91	88	102	106	100
<u>Egresos a prec. de 1990</u>	30 089 989	42 822 956	44 226 971	69 776 511	84 539 836	92 249 962	104 574 235	123 666 431	118 332 775
<u>Indice evolucion</u>									
<u>Egresos reales</u>	25	36	37	59	71	78	88	105	100

Notas: Luego de 1983 no hay informacion sobre los gastos de funcionamiento. No se incluyen los fondos por Asistencia Meta del Gobierno Central.

Fuente: Boletines estadisticos del Banco de Prevision Social.

Cuadro 16

IMPACTO DE CUOTAS DE DISSE EN LOS INGRESOS OPERATIVOS DE LAS IAMCS

(en precios corrientes y %)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Ingresos operativos IAMC	3 597 901	5 628 612	10 332 201	21 596 794	38 465 219	65 006 572	121 864 680	254 661 434
Cuotas DISSE a IAMC	767 512	1 261 070	3 421 850	7 254 211	12 832 596	23 554 184	51 192 024	104 484 320
% de ingr. IAMC por DISSE	21.33%	22.40%	33.12%	33.59%	33.36%	36.23%	42.01%	41.03%

Fuente: Elaborado con datos del Cuadro 14 y SINADI.

El cuadro 17 muestra las tasas de crecimiento de los ingresos operativos de las IAMCs con y sin las cuotas de los afiliados de DISSE. Teniendo como base 1983, los ingresos operativos totales de las IAMCs crecen casi 50% en términos reales hacia 1990, lo que implica una tasa acumulativa de 5.66% anual.

Los ingresos que las IAMCs perciben de sus afiliados voluntarios crecen hasta 1987 en que son 17% superiores al año base; se estancan en 1988 y descienden en 1989 y 1990 donde superan sólo en 10% a la base. La tasa promedio anual de crecimiento de estos ingresos operativos es de 1.39% entre 1983-1990, vale decir, cuatro veces menor que la anterior.

Consecuentemente, como contrapartida del crecimiento del déficit en la Seguridad Social por los seguros de enfermedad, el incremento de la afiliación fue el principal factor de expansión de los ingresos operativos de las IAMCs entre 1985 y 1989. Si no se hubiera incrementado esta cobertura, el costo por afiliado sería probablemente mayor por cuanto los afiliados de DISSE consumen menos servicios que los afiliados voluntarios. El efecto sobre la rentabilidad de las IAMCs derivado del incremento de la cobertura de DISSE ha sido crucial. Esto abre interrogantes sobre el futuro financiero de las IAMCs en la medida en que no se pueda financiar el ingreso de nuevos grupos laborales a través de DISSE.

Cuadro 17

EVOLUCIÓN DE INGRESOS OPERATIVOS DE IAMC CON Y SIN CUOTAS DE DISSE

(En miles de N\$ constantes de 1990 y tasas reales de evolución anual)

	Ingresos operat.IAMC a pr.const.'90	Tasa de evol.real anual 1983-1990	Ingr. operativos IAMC sin DISSE a pr.const.'90	Tasa de evol.real anual 1983-1990
1983	173 267 505	5.66%	136 305 707	1.39%
1984	174 533 517		135 429 919	
1985	186 030 720		124 420 496	
1986	219 736 624		145 928 640	
1987	239 252 204		159 433 943	
1988	249 255 087		158 941 139	
1989	258 981 894		150 190 673	
1990	254 661 434		150 177 114	

Fuente: Elaborado con datos del Cuadro 14 y SINADI.

3. Estructura y evolución financiera del mutualismo en el período 1983-1990

a) *Estructura financiera*

El mutualismo tiene varias características atípicas. Con la información de los Cuadros 18A y 18B, puede compararse la estructura de activos y pasivos del mutualismo para el período 1983-1990 con la proporcionada por un estudio elaborado para el período 1972-1976 que cubrió todo el país. Se observa lo siguiente:

i) Mientras que para la industria global los activos corrientes eran alrededor de 70% del activo total, en las IAMCs constituyen menos de 20%. Ello se debe a que 90% de los ingresos derivan de pagos mensuales en los que hay poco atraso, por lo que las instituciones no requieren fijar fondos líquidos importantes para mantener el funcionamiento de las finanzas de estas instituciones.

ii) Las deudas comerciales son, en 1990, 40% del total de las deudas promedio. El pasivo bancario es inexistente en las IAMCs, mientras que en el sector industrial ascendía en promedio a 45% del pasivo corriente. Las IAMCs se manejan con plazos de entre 60 y 90 días para el pago a proveedores (durante el período de análisis), plazos que eran mayores aún en 1983-1984 y en las épocas de crisis de pagos. Como consecuencia, es usual que los proveedores se compensen elevando sus precios (lo que significa un costo financiero que no es computado como tal). En contrapartida a la baja incidencia del endeudamiento bancario, es elevada la proporción de deudas diversas. Entre ellas se encuentran las relacionadas con el personal y los posibles atrasos con el Fondo Nacional de Recursos por cuotas de los afiliados. Esta deuda llega al 27% del total del pasivo en 1990.

Se comprueba entonces que la deuda con instituciones financieras tiene escasa importancia relativa a diferencia de lo que sucede en la industria y el comercio, donde constituye alrededor del 40% del pasivo corriente.

iii) El pasivo de largo plazo se reduce a menos del 10% en 1990, pero en 1983 era la mitad. Esto tiene importancia y se discute más abajo.

iv) El sector de las IAMCs tiene capital de trabajo negativo, y activos monetarios netos negativos, o sea, tiene una fuerte exposición positiva a la inflación. La inflación trabaja a favor del sector. Este resultado, como se verá, es esencial en Montevideo pero no en el Interior.

b) *Evolución financiera de las IAMCs entre 1983 y 1990*

Como ya se comentó, un elemento clave para entender la evolución financiera de las IAMCs es el ciclo de endeudamiento y refinanciación por atrasos con la Seguridad Social en el traspaso de las retenciones de aportes del personal. En 1983, las instituciones firmaron generosos convenios de refinanciación a largo plazo a una baja tasa fija con la Seguridad Social, de forma que el pasivo existente a esa fecha se licuó cómodamente.

Durante el período 1983-1990 se acumuló una nueva deuda con la Seguridad Social que se contabilizó, en la mayoría de las instituciones, por su valor nominal sin multas ni recargos por los atrasos en que sucesivamente se iba incurriendo. Recién a partir de una norma legal de marzo de 1992 las instituciones debieron comenzar a reconocer estos pasivos y nuevamente realizar convenios con la Seguridad Social. A partir de esta fecha se regulariza en los balances la deuda total con la seguridad social (pasivo de largo plazo) que se vio incrementada por un mecanismo de indexación especial.² Como consecuencia,

Cuadro 18A

ESTRUCTURA DE ACTIVOS EN % SOBRE TOTAL DE ACTIVO

Año	Activo corriente	Activo no corriente	Total activo
1983	21.6	78.4	100.0
1984	19.3	80.7	100.0
1985	21.6	78.4	100.0
1986	22.1	77.9	100.0
1987	24.0	76.0	100.0
1988	22.3	77.7	100.0
1989	23.1	76.9	100.0
1990	20.4	79.6	100.0

Fuente: Elaborado con datos del SINADI (MSP).

Cuadro 18B

ESTRUCTURA DE PASIVOS EN % SOBRE TOTAL DE PASIVO

Año	Deudas Provee.	Finan.	BPS del Ejerc.	BPS ac. Ej.ant.	Deudas Diversas	Previs. Corrien.	Pasivo Corrien.	Pasivo No corr.	Pasivo Total	Pasivo Total /Patrimonio
83	23.4%	4.6%	3.2%	1.9%	11.4%	0.9%	45.4%	54.6%	100.0%	301.1%
84	32.7%	4.5%	3.6%	0.9%	12.1%	1.0%	54.8%	5.2%	100.0%	140.0%
85	35.2%	8.0%	4.3%	0.9%	15.8%	1.6%	65.8%	34.1%	100.0%	95.2%
86	34.0%	9.7%	4.5%	1.3%	18.4%	2.0%	70.0%	30.0%	100.0%	81.8%
87	35.5%	8.4%	5.5%	0.8%	23.9%	2.6%	76.7%	23.3%	100.0%	77.7%
88	36.8%	9.5%	5.7%	1.0%	24.3%	3.3%	80.7%	19.3%	100.0%	80.4%
89	38.3%	9.7%	6.3%	1.8%	26.9%	4.4%	87.4%	12.8%	100.2%	75.1%
90	40.1%	9.7%	6.7%	1.0%	29.2%	2.9%	89.7%	10.4%	100.0%	65.4%

Fuente: Elaborado con datos de SINADI (MSP).

los balances de las instituciones no reflejaron estrictamente, durante 1983-1990 y particularmente en los últimos años, el atraso generado con la seguridad social. No contabilizaron las deudas en forma actualizada con las multas y recargos. Se han acostumbrado a trabajar con "ciclos" de acumulación de deuda-convenios de financiamiento-acumulación de nueva deuda, con la aquiescencia del Estado. En gran medida estos ciclos han sido la variable "de ajuste" financiero de las IAMCs.

Durante el período, el sector careció de fondos de largo plazo formales para su actividad, usando los atrasos financieros con la Seguridad Social y con los proveedores como mecanismos espontáneos o informales para financiar inversiones. El costo probablemente haya sido elevado porque los proveedores aumentaron los precios para compensar los atrasos en los pagos. También son claves en la evolución financiera del sector el incremento de la afiliación por la seguridad social ya mencionado y la alta inflación del período. Los incrementos de afiliación por DISSE se vienen enlenteciendo, debido a que ya no es posible integrar nuevos grupos laborales sin un fuerte incremento del déficit de la seguridad social. La eventual reducción de la inflación será otro factor limitante en el futuro.

La afiliación no sólo mejoró globalmente el perfil de ingresos sino posiblemente también el de los gastos por afiliado. Este crecimiento del número de afiliados es de gran importancia para el mutualismo ya que quienes se incorporan están en actividad y tienen menor riesgo desde el punto de vista de la salud que el afiliado promedio de las IAMCs; por tanto, cabe presumir que consumen menos servicios. Así, el aumento de su número mejora el "leverage operativo" de las empresas.

Cuando se hace un análisis financiero de las IAMCs con datos de tipo básicamente descriptivo a partir del cálculo de algunas ratios financieras,³ se destacan las siguientes tendencias:⁴

i) Distinguiendo por *localización* (cuadros 19A y 19B), se observa que las instituciones del Interior tienen mayor liquidez que las de Montevideo pero una similar relación de endeudamiento. No existen diferencias importantes en la estructura de la deuda de corto plazo. El indicador global IDR (que mide la incapacidad de repago a través de una ratio pasiva sobre un índice de los ingresos por cuotas) es sistemáticamente mejor en el Interior, pero presenta una evolución similar que en Montevideo, con niveles relativamente peores a principio y fin del período.

Para las instituciones del Interior la liquidez crece en forma acelerada desde 1983 hasta 1986, lo que indica que se acumularon fondos líquidos por los incrementos tarifarios derivados de la liberalización de cuotas, que fue mejor aprovechada que en Montevideo.

ii) La discriminación según *tamaño* en las IAMCs de Montevideo muestra que las de tamaño más pequeño tienden a desaparecer al comienzo del período, por la crisis y la política de cierres y fusiones que apuntó a consolidar el sector.

Esta situación de liquidez se modifica a partir de 1987 por el reingreso de controles de cuotas y posiblemente por incremento del activo fijo.

Incluso con posterioridad a este proceso, se comprueba una relación directa entre tamaño pequeño y situación relativamente menos favorable en lo financiero. Aun cuando el límite superior del primer cuartil evoluciona de 7 345 miembros en 1983 a cerca de 20 000 en 1990, igualmente se mantiene una situación de menor liquidez, mayor endeudamiento y menor capacidad de repago de deudas en las empresas chicas en 1990, así como en el resto del período. En el Interior, los tamaños más pequeños no están asociados con menor liquidez y solvencia financiera, y todo el sector aparece en general más uniforme en términos de los indicadores por tamaño.

Cuadro 19A

RATIOS FINANCIERAS DE IAMC EN MONTEVIDEO

Año	Activo /Pasivo	Pasivo Patrimonio	Deudas Proveed. /Pasivo	Deudas ret. Aportes SS /Pasivo	Deudas Acreedores /Pasivo	Deudas Diversas /Pasivo	IDRP
1983	0.59	3.38	0.54	0.07	0.11	0.22	0.35
1984	0.54	1.49	0.62	0.06	0.08	0.20	0.37
1985	0.58	0.98	0.55	0.06	0.08	0.22	0.38
1986	0.59	0.84	0.51	0.06	0.08	0.25	0.32
1987	0.62	0.80	0.47	0.07	0.08	0.31	0.31
1988	0.54	0.78	0.46	0.07	0.08	0.30	0.30
1989	0.53	0.74	0.46	0.07	0.09	0.29	0.35
1990	0.48	0.64	0.47	0.07	0.08	0.31	0.37

Fuente: Balances y Estados de Resultados de SINADI, (Ministerio de Salud Pública).

Cuadro 19B

RATIOS FINANCIERAS DE IAMC DEL INTERIOR

Año	Activo /Pasivo	Pasivo Patrimonio	Deudas Proveed. /Pasivo	Deudas ret. Aportes SS /Pasivo	Deudas Acreedores /Pasivo	Deudas Diversas /Pasivo	IDRP
1983	0.90	1.47	0.37	0.07	0.10	0.45	0.24
1984	1.00	0.92	0.43	0.09	0.10	0.36	0.21
1985	1.13	0.81	0.45	0.07	0.08	0.37	0.23
1986	1.18	0.71	0.38	0.07	0.08	0.32	0.21
1987	1.10	0.70	0.42	0.08	0.09	0.32	0.22
1988	0.92	0.93	0.44	0.08	0.08	0.32	0.24
1989	0.92	0.81	0.38	0.08	0.10	0.38	0.24
1990	0.90	0.72	0.38	0.09	0.10	0.39	0.25

Fuente: Balances y Estados de Resultados de SINADI (MSP).

iii) Según *tipo* de empresa (Cuadro 19C), se aprecia que las cooperativas presentan mayor liquidez y mejor índice de comodidad financiera expresada en la ratio CAPDEREP, pero tienen una relación de endeudamiento superior a la de las mutualistas. Esto, podría provenir de que disponen de pocos activos fijos (particularmente camas hospitalarias propias).

iv) Las firmas con menor nivel de *riesgo*, definido como el porcentaje de los mayores de 65 años sobre el total de los afiliados, tienen mejor liquidez durante el período y, al final del mismo, también es mejor su relación de endeudamiento. Sin embargo, la evidencia recién se hace notoria a partir de una afiliación de mayores de 65 años superior al 20% del total de afiliados. Dicho porcentaje surge como el nivel crítico. Para el último cuartil, con una media de 38% de afiliados mayores de 65 años, la situación financiera es claramente desfavorable.

v) El agrupamiento según la *disponibilidad de camas por afiliado*. Permite detectar que las instituciones con menos camas por afiliado (que por tanto subcontratan mayor proporción de servicios) tienen menor liquidez y presentan mayor endeudamiento respecto de su capital. Sin embargo, la ratio CAPDEREP no difiere sustancialmente. Esto indicaría que frente a controles de precios y tarifas, instituciones bien manejadas pudieron funcionar aun con poco capital.

Sin embargo, puede pensarse que en el largo plazo la liberalización puede implicar restricciones financieras importantes a las empresas que no poseen recursos hospitalarios propios, si la demanda crece y las camas globalmente escasean.

4. Análisis del patrimonio

Los Cuadros 20A y 20B agrupan la información de la estructura y evolución a precios constantes del patrimonio del sector y el peso relativo de las 5 mayores empresas de Montevideo y del Interior, según tipo de institución (mutualista o cooperativa médica).

En esta oportunidad se presenta una apertura entre cooperativas de FEMI, otras del interior del país, y el resto de las cooperativas, ubicadas en Montevideo.

Como principales conclusiones se destacan:

a) *Sector IAMC global*

El patrimonio muestra una mejora muy importante entre 1983 y 1985 y hacia 1987, una caída en 1988 y una recuperación para 1990, cuando el indicador alcanza un nivel de 114 con base 100 en 1987. Este resultado es parcialmente dependiente de la situación de crisis al principio del período.

b) *Cinco instituciones mayores*

Poseían 99.8% del patrimonio del total del sector en 1983, que se reduce a 72% en 1985 y a 62% en 1990. Debido a que la principal empresa siguió una evolución diferente al resto, y de significar 56% del total del patrimonio en 1983 cayó a 19% en 1990.

Cuadro 19C

RATIOS FINANCIERAS DE IAMCs CLASIFICADAS POR TIPO

(Mutualista y cooperativas)

Año	Tipo	Activo /Pasivo	Pasivo Patrim.	Deudas Proveed. /Pasivo	Deudas ret. Aportes SS /Pasivo	Deudas Acreed. /Pasivo	Deudas Diversas /Pasivo	IDRP
83	1	0.64	7.99	0.54	0.09	0.16	0.20	0.37
84	1	0.56	1.62	0.60	0.09	0.12	0.20	0.36
85	1	0.66	0.93	0.52	0.08	0.10	0.22	0.36
86	1	0.65	0.75	0.49	0.08	0.10	0.25	0.32
87	1	0.63	0.57	0.47	0.09	0.10	0.27	0.29
88	1	0.63	0.57	0.43	0.09	0.11	0.27	0.28
89	1	0.65	0.60	0.43	0.09	0.13	0.29	0.31
90	1	0.62	0.45	0.48	0.09	0.10	0.28	0.30
83	2	0.75	3.22	0.47	0.07	0.09	0.33	0.28
84	2	0.79	1.93	0.50	0.07	0.08	0.27	0.27
85	2	0.86	1.03	0.49	0.06	0.07	0.27	0.29
86	2	0.94	0.90	0.45	0.06	0.07	0.28	0.25
87	2	0.85	0.83	0.48	0.07	0.07	0.28	0.26
88	2	0.76	1.01	0.48	0.07	0.07	0.29	0.27
89	2	0.78	0.86	0.42	0.07	0.08	0.32	0.28
90	2	0.76	0.77	0.43	0.08	0.08	0.34	0.29

Nota: Tipo 1 es "mutualista", tipo 2 es cooperativa médica, el CASMU fue excluido.

Fuente: SINADI (MSP).

Cuadro 20A

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL PATRIMONIO

(en miles de dólares constantes de 1983 e índice base 87=100)

	Patrimonio Indust.	5 Mayores	Montevideo	Interior	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 4
<u>En dólares corrientes de 1983</u>							
1983	21 160	21 121	17 085	4 075	4 380	1 110	3 784
1984	36 948	31 622	31 165	5 783	15 840	1 432	5 644
1985	51 505	37 107	43 649	7 856	22 477	6 318	7 678
1986	55 152	36 485	45 786	9 367	25 627	5 868	9 096
1987	57 082	34 833	46 255	10 827	31 066	7 431	10 521
1988	53 717	36 175	42 269	9 447	28 663	6 865	9 045
1989	60 857	40 080	48 493	12 365	28 668	8 218	11 972
1990	64 985	40 269	51 767	13 219	31 012	8 51	12 827
<u>En porcentajes</u>							
1983	100.0	99.8	80.7	19.3	20.7	5.2	17.9
1984	100.0	85.6	84.3	15.7	42.9	3.9	15.3
1985	100.0	72.0	84.7	15.3	43.6	12.3	14.9
1986	100.0	66.2	83.0	17.0	46.5	10.6	16.5
1987	100.0	61.0	81.0	19.0	54.4	13.0	18.4
1988	100.0	67.3	82.4	17.6	53.4	12.8	16.8
1989	100.0	65.9	79.7	20.3	47.1	13.5	19.7
1990	100.0	62.0	79.7	20.3	47.7	13.1	19.7
<u>Índice base '87 = 100</u>							
1983	37.1	60.6	36.9	37.6	14.1	14.9	36.0
1984	64.7	90.8	67.4	53.4	51.0	19.3	53.6
1985	90.2	106.5	94.4	72.6	72.4	85.0	73.0
1986	96.6	104.7	99.0	86.5	82.5	79.0	86.5
1987	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1988	94.1	103.9	95.7	87.3	92.3	92.4	86.0
1989	106.6	115.1	104.8	114.2	92.3	110.6	113.8
1990	113.8	115.6	111.9	122.1	99.8	114.5	121.9

Cuadro 20B

TASA DE EVOLUCIÓN REAL ANUAL

Período	Patrimonio Indust.	5 May.	Montevideo	Interior	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 4
En porcentajes							
1983-1990	17.4	9.7	17.2	18.3	32.3	33.8	19.1
1985-1990	4.8	1.6	3.5	11	6.6	6.1	10.8
1983-1985	56	32.5	59.8	38.9	126.5	138.6	42.5

c) *Instituciones de Montevideo y del Interior*

Se detectaron pocas diferencias. El patrimonial de las empresas del Interior es un quinto del total del sector al principio y al final del período. Hay mayor variabilidad en las firmas del interior, debido quizás a tamaño y tipo de institución.

d) *Instituciones por tipo*

El conjunto de las mutualistas representaba en 1990, 47% del patrimonial del sector; las cooperativas no FEMI, sólo el 13% y las de FEMI, casi el 20%.

Después de la crisis de 1982 las mutualistas se recuperan más rápidamente, pero ya en 1985 no hay diferencias con las cooperativas médicas no FEMI. A partir de 1988 las cooperativas están en una mejor situación relativa, ya que su patrimonial creció a una tasa de 11% anual en términos reales entre 1988-1990 mientras que las mutualistas lo hicieron a 4%. El patrimonial de FEMI muestra un crecimiento más lento que el del sector entre 1983-1985, pero mucho más acelerado entre 1985-1987, en que creció a 17% anual real. Luego de la caída de 1988, la recuperación es también mas rápida. Entre 1988 y 1990 crece a 19% anual. En este reporte se excluyó al CASMU.

e) *Tamaño por localización*

Los resultados más favorables respecto de la evolución del patrimonio son los del tercer cuartil en Montevideo, conformado por empresas que, en 1985, tenían entre 20 000 y 24 000 afiliados, y que crecen hasta fluctuar entre 26 000 y 30 000 en 1990. Su peso relativo en el patrimonial total no es elevado, pero se multiplicó por 8 desde 1985 cuando alcanzan a representar 19% del sector en Montevideo.

En contrapartida, en el mismo período, el patrimonial del cuartil de las empresas más grandes en Montevideo (sin CASMU) indica una evolución de sólo 9%.

El análisis de la evolución del patrimonial para las instituciones del Interior confirmaría la existencia de un tamaño de IAMC por debajo del cual el desempeño es pobre o inadecuado. Nuevamente, el tamaño de 20 000 afiliados surge como crítico. En el tercer cuartil, donde se ubican las empresas entre 20 000 y 40 000 afiliados, se concentra el fuerte crecimiento del patrimonial de la industria en el Interior del país. El segundo cuartil presenta un muy reducido crecimiento en el período.

5. Análisis de la rentabilidad

La rentabilidad, medida como la ratio de las variaciones en el patrimonial real sobre los activos totales en promedio, se presenta en el cuadro 21. Se realizaron ajustes a los activos en función de las normas internacionales de contabilidad para tener en cuenta el factor inflacionario del período.

La rentabilidad, corregida por la inflación, ha sido positiva en el período, salvo en 1987, con un promedio de 1.79% sobre activos. Este retorno es más bajo que el de los hospitales tipo A en Estados Unidos, que logran entre 3% y 7%, pero igualmente parece suficiente. El comportamiento de la ratio está pautado por Montevideo, aunque también esas empresas consideradas globalmente tuvieron pérdidas en 1986.

Para el interior, los cambios en la rentabilidad promedio son un poco más amplios, y el promedio de la misma es 2.29% para el período, con puntos altos en 1985 y 1989 del 4%.

Cuadro 21

RENTABILIDAD DE IAMCs AJUSTADA POR INFLACIÓN

Año	Inflación rentabilidad real		Estimación de la ratio ganancias respecto del patrimonial			
	Sector	Montevideo	Ratio Interior	Ratio Sector	Ratio Montevideo	Interior
1983-1984	3.74	3.85	2.96	51.19	61.65	-3.51
1984-1985	3.00	2.97	3.13	43.62	51.75	-1.52
1985-1986	2.28	1.98	3.98	28.21	33.54	2.46
1986-1987	0.11	-0.23	1.70	9.31	10.77	2.69
1987-1988	-0.48	-0.24	-1.45	10.63	15.28	-10.38
1988-1989	2.25	1.80	4.00	27.29	29.47	18.39
1989-1990	1.64	1.63	1.68	28.80	35.45	3.06

Las ganancias por inflación han sido usuales en el sector, cuyos pasivos monetarios exceden, tradicionalmente a sus activos, lo que lleva a un saldo de activos monetarios netos negativo y, por tanto, a una fuerte exposición positiva a la inflación. Esta característica ha permitido que la industria ganara no menos de 9% de su patrimonio por este concepto. El máximo de ganancia inflacionaria se produjo en el ejercicio 1983-1984 con 51% sobre el patrimonio de dicho año. El comportamiento es diferente en Montevideo, donde las instituciones han tenido más ganancias por inflación, que en el Interior; en éste incluso han existido pérdidas por inflación en 1987-1988 y al principio del período de análisis.

Esta ganancia por inflación ha permitido revertir las pérdidas operativas (ajustadas, sin inflación) de la industria y, por tanto, generar una variación patrimonial neta positiva en casi todos los años del período. Las pérdidas operativas de la industria provienen de los resultados de las instituciones de Montevideo en todo el período, y de las del Interior

a partir de mediados del mismo. Las pérdidas operativas, salvo el nivel desacostumbrado de 1983, reflejan niveles entre 12.5% y 17.5% del patrimonio para el sector como un todo, entre 15 y 22% en Montevideo y entre 2 y 8% para el Interior, en este último caso desde 1986.

V. CONCLUSIONES

A modo de resumen, se pueden plantear los siguientes aspectos:

a) ***El sector cambió su estructura entre 1983 y 1990***

Tanto en Montevideo como en algunos departamentos del Interior un número importante de instituciones pequeñas desapareció o fue absorbido y otro grupo creció generándose, consecuentemente, una menor concentración de los afiliados, los recursos y probablemente el nivel de calidad de los servicios que el preexistente en las principales instituciones. Como consecuencia, podría haber una mayor competencia en la industria, con un número más importante de instituciones medianas.

b) ***El crecimiento de la afiliación a las IAMCs y la oferta médica son los dos principales factores que explican los cambios estructurales***

El aumento de la afiliación, en parte debido a aumentos de la cobertura de la Seguridad Social como tercer pagador, ha estado detrás del desarrollo de cooperativas médicas.

Por otra parte, en un período más reciente, se observa en el Interior una tendencia creciente a la formación de nuevas instituciones de tamaño muy pequeño.

Este proceso parece estar asociado con la oferta de trabajo médico, lo que se refleja en la razón de 10 a 1 entre los cargos médicos y los cargos de enfermeras existentes en las IAMCs encuestadas en 1991. Asimismo, ha habido un desarrollo del ejercicio particular de la medicina. Por primera vez en el siglo, un conjunto de médicos obtiene en el ejercicio independiente de la profesión, ingresos de una importancia comparable a la de sus colegas en 1920.

El desarrollo del sector de asistencia individual parece estar vinculado también al propio crecimiento del sector de las IAMCs, dada la significación que tiene la subcontratación de servicios de hospitalización, de diagnóstico, y de trabajo médico especializado. Por otra parte, la incorporación de nuevas tecnologías, como el CTI, la ecografía y la tomografía se ha dado, fundamentalmente, fuera de las IAMCs, con la consiguiente transferencia de recursos al sector privado que las provee.

- c) ***El Estado ha promovido fiscalmente al sector de las IAMCs pero lo ha regulado produciendo consecuencias importantes para su desarrollo, particularmente en los sistemas de incentivos para la gestión empresarial y en la combinación de servicios ofrecidos***

El desarrollo del sector de las IAMCs ha estado enmarcado por exenciones impositivas y una fuerte regulación que ha normado desde las cuotas a cobrar hasta los servicios a proveer, estableciendo también que la condición de institución sin fines de lucro estaría dada por el no cobro de sueldo por parte de los directores y que la responsabilidad final de la IAMCs estaría a cargo del Director Técnico, que puede o no estar incentivado para ejercer el control, dada la estructura organizativa de las IAMCs.

Como resultado, hay muy pocos ámbitos en que se pueda ejercer la discrecionalidad empresarial, limitando enormemente las posibles estrategias de diferenciación que puedan desarrollar las IAMCs y consecuentemente, no se plantean demandas de una gerencia altamente profesionalizada para el sector.

Por añadidura, la regulación de las cuotas, fuente principal de ingresos de las IAMCs, ha sido cambiada en forma reiterada, con períodos de liberalización con topes, y breves períodos de liberalización total. Esta situación no ha permitido que se den los ajustes en la demanda de los servicios como respuesta a los cambios de precios que, a su vez, permitieran que las instituciones pudieran ofrecer, por lo menos, niveles distintos de calidad a distintos precios. Igualmente, en este caso habría que remover restricciones de tipo regulatorio. Tampoco se ha facilitado la movilidad de los afiliados entre las instituciones.

Los controles de precio existentes son responsables en parte de que las instituciones sólo puedan expandirse mediante del aumento de socios o por la venta de servicios a otras instituciones. Finalmente, al no permitir ajustar las cuotas de acuerdo a la estrategia de las distintas empresas, el control de precios puede estar generando un incentivo perverso para la limitación de la oferta efectiva que realicen las instituciones (que ajustarían de esta manera por cantidad y no por precio).

- d) ***El marco regulatorio no ha normado la calidad ni el rango efectivo de los servicios que se proveen, como lo ha hecho con la cantidad y los precios***

Resulta llamativo que en un régimen tan regulado no hayan existido previsiones respecto a calidad, por lo que ésta ha terminado siendo la variable de ajuste del sistema.

Este aspecto, es fundamental para la salud efectiva de la población y asume particular importancia dado que los afiliados no tienen plena libertad de movimiento entre instituciones. Por otra parte, en la estructura de incentivos de ciertas IAMCs podría existir una tendencia a la minimización de los costos no salariales, por ser los que no están vinculados con el trabajo médico.

Estas preocupaciones son consistentes con los resultados de los estudios de utilización, en los que se observan diferencias importantes en el nivel de complejidad de los servicios brindados por distintas instituciones de Montevideo y del Interior. Aun dentro de cada región hay importantes variaciones en la atención brindada por distintos tipos de IAMC, e incluso hay diferenciación dentro del grupo de las cooperativas del Interior. Un mayor o menor nivel de utilización no tiene por qué ser indicativo de un mayor o menor nivel de atención. Es posible que existan instituciones eficientes en términos del control de sus costos que además sean eficaces en la provisión de un servicio de calidad.

Las diferencias en complejidad, sin perjuicio de que el tema exija mayor examen, podrían sugerir que ciertas instituciones han podido proveer los servicios que reglamentariamente deben brindar a un costo de 12 a 24 dólares, a expensas de restricciones en la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos.

- e) ***El ingreso de afiliados a través de la Seguridad Social es otro de los elementos críticos para explicar la evolución del sector en el período reciente; la modalidad de contratación y pago lo será para el futuro próximo***

Desde 1975, el sistema de IAMCs ha actuado como el proveedor privado de los servicios públicos de salud, financiados por la Seguridad Social. La demanda de servicios a través de la afiliación de la Seguridad Social ha sido el factor principal de crecimiento de la afiliación de las IAMCs durante el período 1983-1990. También ha sido clave para su rentabilidad, ya que los afiliados por DISSE probablemente tengan un costo promedio de atención menor que los restantes asociados.

Dado que la Seguridad Social enfrentó déficits crecientes al incorporar a grupos de menor nivel económico, la evolución futura de la cobertura será más lenta, especialmente en Montevideo. Esto determinará que el crecimiento de las IAMCs vuelva a plantearse en función del afiliado individual, existiendo interrogantes respecto al crecimiento de este segmento en el corto plazo.

En las relaciones con la Seguridad Social, los elementos críticos que se enfrentarán en el próximo período son los de la modalidad y nivel de pago por afiliado y la forma de contratación. En efecto, el peso relativo de la Seguridad Social en las IAMCs es tal, que decisiones de este tipo pueden generar traslaciones de ingresos muy importantes.

- f) ***El comportamiento financiero del sector ha sido adecuado en función de la inflación alta del período. Si la inflación se reduce en forma importante, el sistema de IAMCs entrará en crisis, a menos que modifique la estructura de endeudamiento tradicional***

El sector es peculiar por su casi inexistente pasivo con los bancos. Frente a las limitaciones en los precios, ha reaccionado obteniendo financiamiento espontáneo de sus proveedores, de la Seguridad Social, a través de la retención de aportes jubilatorios de sus funcionarios, y hasta de atrasos en el pago a sus propios funcionarios médicos. Sus características le permiten funcionar con saldos de activos monetarios mínimos y así aprovechar la inflación, determinando traslados de ingresos de sus acreedores. Sin embargo, la recurrencia a este tipo de financiamiento abre interrogantes sobre el futuro, en caso que la inflación se reduzca, caso en que deberán generarse nuevas fuentes de financiamiento, probablemente con mayor incidencia de los bancos; por lo tanto, el costo se incrementará.

Por otra parte, llama la atención que casi no existe endeudamiento bancario en un sector que mueve más de 350 millones de dólares anualmente. Esto implica que el sector bancario visualiza un riesgo alto en estas empresas que, sin embargo, tienen un "cash flow" muy predecible. Esta situación, probablemente provenga de la gran intervención estatal que genera un marco de inestabilidad o "atipicidad" en comparación con otras industrias del país.

- g) ***Dada la estructura de activos y pasivos, y que más de 80% del activo es inmovilizado, el sector financia inversiones con recursos de corto plazo***

El endeudamiento de largo plazo es casi inexistente, precisamente porque se recurre poco a fuentes tradicionales de crédito. Esta situación restringe la capacidad de inversión de las instituciones y puede estar, en parte, detrás de la proliferación de servicios particulares que sí las hacen para vender los servicios. El financiamiento de inversiones con fondos de corto plazo y precios (vía la sobrecuota de inversión que se autoriza con un tope) introduce encarecimiento de la inversión, incertidumbre y lentitud cuando se trata de obras físicas y de introducción de innovaciones. Globalmente, plantea una restricción para que los sectores más eficientes se consoliden a expensas de los demás.

- h) ***Las pérdidas operativas contables no son adecuados indicadores de la rentabilidad que, salvo en 1987, ha sido positiva en términos reales, una vez que se ha tomado en cuenta el factor inflacionario***

Más allá de los problemas en el flujo de fondos para algunas instituciones, la evolución de los patrimonios reales ha sido positiva en el período para todo el sector. Las pérdidas operativas contables encubren pagos de intereses de financiación a proveedores implícitos en precios más altos y otros dispositivos, además de no reflejar las ganancias por inflación. Si bien la rentabilidad es modesta, refleja una sostenida evolución positiva de la industria lo que constituye un buen soporte hacia el futuro.

- i) ***Dada esta situación de las IAMCs, que han actuado con relativa eficacia como proveedores privados del bien público salud, y la situación deficitaria de la Seguridad Social, correspondería examinar la posibilidad de reestructurar procedimientos administrativos y el propio sistema de subsidios a los trabajadores activos***

La situación deficitaria de la Seguridad Social y su importancia en el financiamiento de las IAMCs, así como un descenso en la inflación, no deberían llevar a la crisis real del sistema, que ha sido relativamente más exitoso que el público en alcanzar niveles razonables de calidad de atención para una proporción muy importante de la población. Debería realizarse un examen más cuidadoso de los mecanismos de subsidio evaluando distintos aspectos del régimen vigente.

No se ha recurrido al procedimiento de licitaciones de servicios por parte de la Seguridad Social como alternativa para mejorar sus déficits y proveer un servicio más uniforme y de mejor calidad a sus afiliados, inclusive a través de la negociación de los propios empleadores con las IAMCs.

Por otra parte, la equidad del sistema debería examinarse, ya que el régimen actual financia la total libertad de elección de todos los trabajadores activos, mientras que no financia la cobertura de los no activos. Aquellos con menores niveles de morbilidad y con mejores ingresos en términos relativos, son subsidiados, mientras que quienes tienen mayores necesidades de atención e incurrir en mayores gastos, no lo son.

Notas

¹ La información sobre utilización de servicios proviene de dos fuentes: los datos de SINADI procesados por CERES, y los contenidos en los formularios para directores administrativos de la encuesta. En este último, existieron diferencias de criterios en el llenado, pero como la coherencia interna de cada formulario en general resultó elevada, se procedió a recuperar datos, especialmente, respecto a aquellas tecnologías en las que existía un alto nivel de contratación y precios de mercado más o menos fijos y conocidos. Esto no pudo hacerse para todos los servicios y hubo que abandonar el examen de algunos, como la radioterapia. Se han mantenido las mismas variables independientes para el análisis de SINADI y de la encuesta, y para el análisis financiero: región geográfica (Montevideo-Interior), tamaño (número de afiliados), tipo de organización (mutualista, cooperativa gremial y cooperativa no gremial), situación financiera (déficit o superávit) y el porcentaje de afiliados mayores de 65 años. Las variables dependientes incluyen los siguientes indicadores de utilización:

- utilización consultas comunes/1000 afiliados (SINADI y encuesta)
- utilización consultas urgentes/1000 afiliados (SINADI y encuesta)
- egresos hospitalarios/1000 afiliados (SINADI)
- estadía promedio en cuidados intensivos (SINADI)
- días-cama de cuidados intensivos/1000 afiliados (encuesta)
- procedimientos quirúrgicos/1000 afiliados (SINADI)
- radiología/1000 afiliados (SINADI y encuesta)
- valor promedio de la radiología (SINADI)
- exámenes laboratorio/1000 afiliados (SINADI y encuesta)
- valor promedio exámenes de laboratorio (SINADI)
- recetas/1000 afiliados (SINADI y encuesta)
- valor promedio de las recetas (SINADI)
- días-cama cuidados moderados (encuesta)
- días-cama maternidad (encuesta)
- ecografías/1000 afiliados (encuesta)
- tomografía/1000 afiliados (encuesta).

² Los montos de esta deuda no pudieron lógicamente ser relevados a los efectos del presente estudio.

³ Notas y comentarios sobre algunos ratios para la industria IAMC (período 1983-1990): a) La razón corriente alcanza un máximo de 0.7 en 1987 a partir de 0.63 en 1983 decreciendo luego hacia 1990. b) La relación de endeudamiento mejora sistemáticamente para la industria durante 1983-1990, cuando alcanza un nivel de 0.65. c) Dentro del pasivo corriente existe una relativa constancia de la proporción de deudas con proveedores que corresponden a la mitad del total de la deuda a corto plazo, con altos valores porcentuales entre 1984-1985. d) Las deudas con la seguridad social por retenciones de aportes de los funcionarios de las IAMCs son más estables, con leve incremento en 1989-1990 a un 7-8% del total. e) Las deudas diversas muestran una evolución reciente del 25% en 1983 al 33% en 1990. f) La ratio de pasivo sobre ingresos por cuotas CAPDEREP pretende presentar una síntesis de la capacidad de repago en el corto plazo en función de ingresos por cuotas (es un índice de comodidad financiera). Según esta ratio, los peores años para el sector estuvieron al principio y al final de la serie, con 1985 el peor y 1987 el mejor.

⁴ Las variables que se utilizaron para este estudio fueron: a) Localización (Montevideo e Interior). b) Tamaño. c) Tipo de institución (Mutualista, Cooperativa). d) Riesgo. Afiliados mayores de 65 años sobre el total. e) Disponibilidad de recursos sanatoriales propios, a través del indicador camas por afiliado. Los datos proceden del SINADI.

BIBLIOGRAFÍA

- Arocena, F. y G. J. Labadie (1992), "Los recursos del sector de asistencia médica colectiva: informe de una encuesta", en *Descripción e Índices*, N° 11, CERES.
- Arocena, F., G. J. Labadie y J. Serra (en prep.), "Las formas de compensación y organización del trabajo médico en las IAMCs".
- Cassoni, A., L. DeBrock y G. J. Labadie (en prep.), "Utilization in Uruguayan HMOS: an Econometric Study".
- Cassoni, A. y G. J. Labadie (1994), "The Decision to Join or Leave a IAMC: An Econometric Study".
- Gherardi, A., G. J. Labadie y D. Sánchez (1992), "La asistencia médica colectiva en el Uruguay: algunos aspectos históricos", en *Revista Noticias*, abril, N° 56, pp. 16-18.
- Labadie, G. J. y M. Gargiulo (en prep.), "Compraventa de servicios y recursos en el sector de asistencia médica colectiva".
- Labadie, G. J. y D. Sánchez (1991), "Evolución del sector salud y desarrollo de sus formas de organización", en *La Estructura y Comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y Uruguay*, Cuaderno Técnico N° 36, OPS, Washington, D.C.
- _____ (1992), "Collective Medical Care in Uruguay", informe presentado al CIID (mimeo), CERES.
- Ramos, A., D. Glejberman y G. Jorcín (en prep.), "Situación financiera y patrimonial de las IAMCs: 1983-91".
- _____ (1993), "Impacto de la seguridad social sobre la cobertura y los ingresos de las IAMCs" (mimeo), CERES.
- Sánchez, D. (1992), "Utilización de servicios según encuesta a directores administrativos de las IAMCs" (mimeo), CERES.
- Sánchez, D. y G. J. Labadie (1992), "Configuración y problemática del sistema marco normativo y régimen competitivo", grabación de la ponencia en el Seminario "Asistencia Médica Colectiva: Problemática Actual y Posibles Soluciones", Montevideo, 2 al 4 de abril.
- Sánchez, D., G. J. Labadie y J. Serra (en publ.), "Evolución de la cobertura y niveles de utilización en las IAMC: 1983-1991" (mimeo), CERES.
- Solari, A. (1992), "Asistencia médica colectiva: formas de organización y marco normativo", CERES, en *Descripción e Índices*, N° 10.