

INFORME

EL SECTOR SALUD:

***COYUNTURA Y FUTURO DEL SUB -
SECTOR IAMC***

OCTUBRE 2001

INDICE

- **CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO Y PERSPECTIVAS**
 - * INTRODUCCIÓN
 - * FACTORES DESENCADENANTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL
 - * PORQUÉ FORTALECER AL SISTEMA IAMC COMO ALTERNATIVA VÁLIDA. DEBILIDADES, FORTALEZAS, AMENAZAS Y OPORTUNIDADES
 - * IMAGEN OBJETIVO DEL SISTEMA
 - * MEDIDAS DE TRANSICIÓN: CORTO Y MEDIANO PLAZO

- **CAPÍTULO 2. PRESENTE DINÁMICO DEL SISTEMA**
 - * RASGOS DE DISEÑO SISTÉMICO Y MARCO DE ACCIÓN INSTITUCIONAL
 - * MODELO IAMC “TRADICIONAL”: ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN
 - * CONSECUENCIAS ESTRUCTURALES Y OPERATIVAS
 - RECURSOS HUMANOS: MERCADO DE TRABAJO
 - EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA
 - MERCADO DE INSUMOS
 - INGRESOS: DISTORSIONES Y COMPETITIVIDAD
 - ENDEUDAMIENTO

- **CAPÍTULO 3. ALTERNATIVAS PARA LA TRANSICIÓN**
 - * CAMBIOS EN EL DISEÑO DEL SISTEMA, EL MARCO PARA LA ACCIÓN INSTITUCIONAL Y EL FINANCIAMIENTO
 - * MODERNIZACIÓN DEL MODELO IAMC: ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN
 - * CONSECUENCIAS ESTRUCTURALES Y OPERATIVAS
 - RECURSOS HUMANOS: MERCADO DE TRABAJO
 - EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA
 - MERCADO DE INSUMOS
 - INGRESOS Y SEGURO DE ENFERMEDAD DE LA EX – DISSE
 - ENDEUDAMIENTO: FUENTES DE FINANCIAMIENTO
 - * CUESTIONES PENDIENTES: MODELO INTEGRADO PÚBLICO-PRIVADO A NIVEL NACIONAL CON VIABILIDAD FUTURA.

CAPÍTULO 1

DIAGNÓSTICO Y PERSPECTIVAS

- * INTRODUCCIÓN
- * FACTORES DESENCADENANTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL
- * PORQUÉ FORTALECER AL SISTEMA IAMC COMO ALTERNATIVA VÁLIDA. DEBILIDADES, FORTALEZAS, AMENAZAS Y OPORTUNIDADES
- * IMAGEN OBJETIVO DEL SISTEMA
- * MEDIDAS DE TRANSICIÓN: CORTO Y MEDIANO PLAZO

1. Introducción

A nadie escapa la severa coyuntura por la que atraviesa el sistema mutual y el sector salud en su conjunto. Este trabajo pretende abordar desde un enfoque básicamente económico, algunas de las causas que se entiende constituyen factores centrales para el desencadenamiento de la problemática actual –particularmente de las IAMC- y las perspectivas que se pueden plantear a futuro con base en un conjunto de respuestas posibles.

La mecánica de análisis parte de un esbozo de diagnóstico del sector IAMC apoyado en dos enfoques: por un lado se abordan los factores relevantes que tienen que ver con variables de contexto y por otro la dinámica interna del sistema, haciendo énfasis en sus principales fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.

Simultáneamente, se describen los principios básicos en los cuales se entiende debería apoyarse el modelo en el mediano y largo plazo.

Teniendo en cuenta el punto de partida y el modelo deseado, se establecen las principales medidas a tomar como instrumentos de corto plazo que permitan tender desde la realidad actual hacia el modelo definido a futuro.

2. Factores desencadenantes de la situación actual

En una primera aproximación no parece razonable pretender abordar el estudio del problema desde un ángulo parcial, sin enmarcarlo en un contexto más global, tanto en el ámbito sectorial como del país en su conjunto.

Desde fuera del sistema de salud se destacan en la coyuntura aspectos de carácter demo – epidemiológico y socio – económicos que se interconectan de un modo directo.

Entre los primeros, resalta el envejecimiento progresivo de la población y, en el marco del predominio de las enfermedades crónicas, la aparición de enfermedades emergentes que demandan soluciones específicas, tanto del punto de vista asistencial como de la asignación de recursos.

Entre los segundos, la baja inflación, el ciclo recesivo que se ha venido materializando en la actividad económica, el creciente nivel de desempleo y el fenómeno de la emigración, junto a fuertes restricciones crediticias, afectan directamente al sector.

En lo relativo a la inflación, cuando presentaba guarismos altos permitía atemperar con *medidas financieras* las *dificultades económicas* resultantes de la actividad de las diversas entidades. Para explicar esto último, se puede suponer que un individuo cobra su sueldo hoy, equivalente a sus obligaciones generadas en el mes, pero como puede diferir a futuro sus obligaciones (por ejemplo, en 60 o 90 días), hoy se encuentra cancelando obligaciones con proveedores de dos o tres meses atrás. Con altos índices de inflación, el dinero de la persona adquiere mayor valor con relación a lo que valen sus obligaciones generadas en el pasado, ya que la inflación ha erosionado las mismas al momento en que el individuo las cancela.

Algo similar ocurría con las IAMC, ya que mientras cobraban sus principales ingresos hoy (básicamente por cuotas, tickets y órdenes), pagaban sus obligaciones con proveedores - particularmente medicamentos, materiales y técnicas- diferidas en el tiempo (las originadas como mínimo entre 60 y 90 días atrás).

En consecuencia, para que el mecanismo opere con eficacia resulta imprescindible contar con índices de inflación relevantes. En el **cuadro** que sigue se observa la tendencia *decreciente* de la inflación a lo largo de los años 90 y la evolución del déficit de las IAMC (tanto en términos país como en Montevideo) que alcanzan niveles mayores al actual, como por ejemplo en los años 94 y 95. Sin embargo, la situación se advierte como más delicada en la actualidad si se la compara con aquellos años.

Sin que ello represente una confirmación empírica de la hipótesis que venimos manejando, los datos al menos no la contradicen. *En consecuencia, puede afirmarse que la caída de la inflación ha impedido proseguir con ese mecanismo, poniendo de manifiesto un problema estructural que venía siendo “disimulado” desde mucho tiempo atrás.*

Año	INFLACIÓN IPC anual Oct.-Set.	IAMC PAÍS % resultados s/ingresos	IAMC MONTEVIDEO % resultados s/ingresos
1991	91,50%	-1,35%	-4,00%
1992	63,37%	-5,72%	-7,84%
1993	52,97%	-4,87%	-5,16%
1994	41,25%	-9,21%	-11,37%
1995	42,25%	-9,10%	-11,97%
1996	26,34%	-3,23%	-4,47%
1997	17,07%	-3,29%	-4,50%
1998	9,96%	-3,48%	-5,12%
1999	4,10%	-4,97%	-7,15%
2000	5,34%	-5,08%	-7,00%

Fuente: Sinadi-MSP, Instituto Nacional de Estadística.

El desempleo y la emigración, junto con el creciente grado de informalización de la economía, afectan profundamente a los sistemas que se estructuran a través de los seguros sociales (ejemplo de ello es el programa de cobertura de salud de la ex – DISSE) con base en la cobertura de poblaciones pertenecientes a los mercados formales de trabajo.

Los datos sobre desempleo indican que este se ha mantenido en niveles elevados. Para el trimestre móvil mayo – julio de 2001, la tasa de desempleo observada para el país fue de un 15,9% de la Población Económicamente Activa (PEA), representando una cantidad de desocupados que suman unas 201.500 personas; para Montevideo y en el mismo trimestre móvil, el guarismo alcanza el 16,3% de la PEA, mientras que en el Interior urbano¹ fue de 15,5%. La tasa de desempleo ha trepado a uno de sus niveles más elevados en la historia del país.

Al contraerse el mercado formal de trabajo, tiende a restringirse la cobertura por intermedio del seguro de la ex - DISSE, y la parte de la población de bajos ingresos que queda sin cobertura en el sector privado IAMC seguramente debe orientar su demanda por prestaciones a las dependencias de ASSE.

Las restricciones al crédito fruto del nivel de riesgo que engloba al sector y de algunas medidas adoptadas fundamentalmente por la anterior Administración con relación al cierre de determinadas instituciones, han agudizado el problema. Las caídas en los ingresos en el sector IAMC, sumadas a la imposibilidad de utilizar la inflación como mecanismo de amortiguación financiera de los problemas económicos, dejan al descubierto la problemática que representan los déficit económicos acumulados.

A ello debe agregarse el alto costo financiero de la financiación bancaria, con las consiguientes *necesidades adicionales de fondos que no encuentran fuentes suficientes de financiamiento dispuestas a asumir el riesgo de solventar en el corto plazo a las entidades que atraviesan momentos críticos de su desarrollo institucional.*

Finalmente, puede asociarse a los aspectos mencionados anteriormente las consecuencias que tiene a nivel del modelo asistencial la permanente *expansión tecnológica* que en el ámbito internacional se produce en el área de la salud. Se caracteriza por no sustituir mano de obra –como ocurre en otros sectores de actividad–, y muchas veces tampoco permite sustituir –para una misma técnica– los medios tecnológicos ya existentes de un modo integral, constituyéndose así en un factor adicional de presión sobre el sector.

¹ Poblaciones mayores de 5.000 habitantes.

Buscan su incorporación quienes la utilizan con fines diagnósticos y terapéuticos, a lo cual se suma la presión de la propia población, la que cuenta hoy con mayor conocimiento de sus avances a partir de los imponentes medios de comunicación que se le ofrecen con relativa facilidad de acceso, como es el caso de Internet.

Obviarla significa, para las entidades prestadoras, marginarse en términos de competencia dadas las variables sobre las cuales la población toma su decisión de afiliación en la actualidad, muchas veces inducida por campañas publicitarias orientadas a alcanzar este objetivo.

Desde dentro del sistema de salud no mejora el panorama. Entre los factores a destacar se encuentra el predominio de enfermedades crónicas no trasmisibles, en el contexto de un modelo asistencial y de organización de servicios inadecuados integralmente a las necesidades; comportamientos que no tienden a priorizar calidad y eficiencia; modelos de gestión desajustados con relación a las nuevas realidades; sistemas de información que no son confiables ni oportunos para la toma de decisiones; etc.

Estos factores se agravan a partir de la *regulación* que ejerce el Estado sobre el sector. Si bien se justifica el ejercicio regulatorio desde un punto de vista teórico, en su aplicación concreta ha provocado serias distorsiones.

Por un lado, debido a la existencia de múltiples *fuentes de regulación* o instituciones con incidencia directa o indirecta en el sistema pero con escasa o nula coordinación entre sí. Se hace referencia a entidades tales como el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerios del Interior y de Defensa, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, Universidad de la República, etc.

Por otro lado, y consecuencia en parte de lo anterior, se observan los delicados efectos que trae aparejada la regulación en la *materia regulada*:

* *cuotas o primas* topeadas para las IAMC en niveles que no reflejan necesariamente estructuras de costos ni riesgos asociados a entidades que constituyen básicamente seguros de salud;

* *co-pagos* (órdenes y tickets de diverso tipo) cuyos topes han distorsionado su función reguladora de demanda para convertirlos en financiadores del sistema (haciendo que parte de la población con cobertura IAMC tuviera serios obstáculos de acceso económico para hacer uso de un servicio al que le asiste derecho, debiendo orientar probablemente su demanda hacia la red de servicios asistenciales prestados por ASSE);

* clases de seguros y mercados de insumos con precios totalmente desregulados, donde existen segmentos monopólicos u oligopólicos con importante poder de mercado, como por ejemplo los seguros privados no mutuales, mercados de medicamentos, de materiales de uso médico, etc; ambas situaciones presionan al alza los costos de las IAMC. En el primer caso, por la selección de riesgo que pueden realizar los seguros y el consiguiente envejecimiento relativo de la población afiliada a las IAMC; en cuanto a los insumos, por el poder de mercado que poseen en determinadas líneas y la consiguiente capacidad para aumentar precios y rentabilidad.

* escasos o nulos controles de calidad asistencial² ni participación en la fijación de reglas de juego para la evaluación, criterios de incorporación y utilización de tecnología en los servicios;

* fuertes rigideces en el mercado de trabajo, el que constituye aproximadamente entre un 60% y un 70% de los egresos de las IAMC, en cuyo contexto se ha desarrollado un importante multiempleo médico (con las consecuencias que este trae aparejado para la actividad profesional y la relación médico - paciente) y serios problemas de productividad, particularmente en el sector no médico con menor proximidad al paciente.

² Más allá de los que surgen a partir de denuncias de los usuarios de los servicios.

El escenario que surge de la combinación de los fenómenos anotados se agudiza por la carencia, en los últimos años, de *políticas explícitas, integrales y articuladas* para el sector salud en su conjunto, que permitieran definir reglas de juego claras y estables para los actores que lo integran.

Teniendo en cuenta las medidas que se vienen planteando desde esta Administración, si bien se revela la existencia de una *intención explícita –y parcial- de corregir los problemas del actual sistema conservando su esencia*, no parece corroborarse por la vía de los hechos la existencia de *voluntad política* -absolutamente necesaria- para la implementación de medidas tendientes a su consecución, y no sólo para resolver problemas de corto plazo, sino –y aunque no parezca suele resultar lo más difícil- aquellos asociados al mediano y largo plazo.

Esto implica a su vez la disposición a asumir los costos políticos derivados del proceso por parte de los responsables de la puesta en práctica, máxime cuando buena parte de los actores han permanecido largo tiempo en una especie de “equilibrio inestable”, lo que los llevará racionalmente a intentar minimizar su participación en los costos del ajuste.

Los escasos y esporádicos intentos de algunos agentes de alcanzar mejores resultados en calidad y menor gasto bajo el supuesto de un escenario futuro con reglas de juego estables (en lo que depende de las variables sectoriales monitoreadas por el Estado) se ha debido enfrentar histórica y sistemáticamente con un comportamiento regulatorio *errático* de parte del Poder Ejecutivo (PE) sobre el sector. Una muestra actual de esta lógica histórica lo constituye la política seguida en materia tributaria sobre el sector salud en el último año. Se comenzó con la propuesta de aplicación de un IVA de 9%, se implementó en su sustitución un impuesto específico del 3% (IMESSA) y luego de cuatro meses de implementado el Poder Ejecutivo propone sustituirlo con un IVA de 19%. Sobrarían los comentarios...

Lejos de premiar la eficiencia y la calidad, se ha incentivado la apuesta de las instituciones al “lobbie diferenciador”, al “atajo facilista”, con las conocidas consecuencias reflejadas en los magros resultados alcanzados por las mismas.

Más allá de medidas puntuales orientadas a ordenar las relaciones de propiedad en las IAMC a través del estatuto tipo –se esté o no de acuerdo con su contenido-, nada permite avizorar en la actualidad que el escenario futuro tienda a eliminar dichos comportamientos, partiendo del contexto presente y de la lógica de funcionamiento del sector.

Por si esto fuera poco, el proceso se desarrolla en el marco de la coexistencia de dos subsectores de prestación asistencial claramente definidos: uno público en el que predomina ASSE -organismo desconcentrado del MSP-, y otro privado en el que las IAMC sobresalen por su cobertura poblacional, alcanzando a la mitad de los habitantes del país.

Muy probablemente esta *fragmentación* –que es mucho mayor si se tiene en cuenta las partes que componen cada subsector- permita observar niveles de calidad asistencial diferenciales para ambos agrupamientos. Esta afirmación se sustenta en las importantes diferencias que se constatan en términos del gasto para cada subsector, la correspondiente población cubierta y el diferencial del gasto per cápita (ver cuadro).

Peso relativo del gasto en salud: MSP - IAMC. Años seleccionados.						
Años	1995		1998		Población 96	Per cápita
Conceptos	Gasto mill U\$\$	% s/Gasto Total	Gasto mill U\$\$	% s/Gasto Total	Miles personas	U\$\$
MSP	298	17%	310	14%	1.073	289
IAMC	884	50%	916	40%	1.481	618
Otros Públicos	211	12%	386	17%		
Otros Privados	388	22%	681	30%		
Total	1.781	100%	2.292	100%		

Nota: la diferente participación de otros públicos y privados en cada año puede obedecer a diferentes métodos de medición en cada caso

Fuente: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud, 1996-1998

Desde una óptica de análisis teórico, suele plantearse que tal diferencia resulta funcional. Dada la gratuidad del servicio público, y teniendo en cuenta su escasa capacidad de control sobre el consumo de sus servicios, si su calidad asistencial fuera equivalente a la del sector privado, se incentivaría un consumo aún mayor en los servicios de ASSE, sin que éste pudiera obtener el reembolso respectivo³.

La relación público-privado en el sector adquiere diferentes matices si se aborda a la luz de la ubicación regional de los servicios. Las complementaciones, contradicciones y relacionamiento directo e indirecto entre ambos subsectores presentan consecuencias y diferencias relevantes si se los analiza en un contexto Montevideo-Interior. Cualquier medida tendiente a reformar al sector con una orientación basada en una concepción integral de la problemática y el modelo finalista, deberá contemplar las distintas realidades que se presentan en este contexto.

Definir el modo en que el Estado continuará cumpliendo con el mandato constitucional de cubrir a los indigentes y carentes de recursos suficientes, siempre que se proponga hacerlo con un nivel de calidad asistencial semejante para el conjunto de la población, es uno de los desafíos claves a dilucidar en el corto y mediano plazo.

En síntesis, se puede establecer una combinación de múltiples causas, de naturaleza diversa, que inciden en el proceso de desarrollo institucional que desemboca en la actual situación, con los problemas económico-financieros que la caracterizan⁴ asociados a un esquema asistencial que no responde a las exigencias del momento. Este proceso coloca a las IAMC en una posición sumamente delicada, quedando expuesta en forma descarnada la grave situación estructural que atraviesan, particularmente en Montevideo.

En el siguiente cuadro se sintetizan algunos de los problemas considerados relevantes en la coyuntura del sector y sus posibles causas, sin que con ello se pretenda configurar un listado taxativo. Se busca simplemente alcanzar un ordenamiento razonable con el fin de escoger aquellos que se consideren capitales con relación a los objetivos perseguidos.

TABLA: PROBLEMAS Y CAUSAS IDENTIFICADOS EN EL SISTEMA IAMC			
1. Mercado IAMC	2. Estado	3. Oferta IAMC	4. Población demandante: Financiamiento - Equidad
Competencia	Políticas y reglas de juego	Escala mínima del seguro y relación con el área de prestación del servicio.	Tope: cuota uniforme
Riesgos	Regulación	Integración vertical homogénea	Tope: altos co-pagos
Incentivos	Modelo fragmentado	<u>Modelo de Gestión:</u> * Productividad del recurso humano * Modalidad de pago y riesgo asumido * Insumos desregulados (ej. medicamentos) * Contrataciones a terceros * Sistemas de información	* Información: libre elección * Evaluación servicios consumidos
Diferencias Montevideo - Interior		<u>Modelo Asistencial:</u> * Calidad diferencial por poblaciones. Fragmentación. protocolos, supervisión. * Adecuación a situación demográfica y epidemiológica * Primer nivel de atención y referencias. * Tecnología	

³ Aún cuando en la actualidad se viene procesando una reestructura en la organización de los servicios de ASSE, en la que se incluye un mecanismo para el cobro de aranceles a los usuarios.

⁴ Importante déficit acumulado en los últimos años, agudizado por la caída de la inflación, y como consecuencia un enorme endeudamiento fundamentalmente de corto plazo.

3. Porqué fortalecer al sistema IAMC como alternativa válida.

Se han esbozado en líneas generales los aspectos considerados relevantes de la situación actual. A continuación se mencionan brevemente aquellos considerados como debilidades del subsector, para resaltar luego sus fortalezas, y a partir de allí las amenazas y oportunidades que se presentan.

Entre las principales **DEBILIDADES** del subsector se pueden mencionar:

1. **Regulación:** se justifica teóricamente; es extensa, confusa y contradictoria en la práctica.
 - Fuentes: múltiples, descoordinadas y con objetivos diversos, no siempre coincidentes.
 - Materia: señales contradictorias y erráticas (cuotas: evolución inestable y sin lógica, co-pagos: financiadores y no reguladores de demanda), fuertes asimetrías (exceso y ausencias de regulación según tipo de empresas y mercados); no contribuye a homogenizar la calidad asistencial; para la tecnología existe normativa y es escasa su aplicación.
2. **Equidad y acceso:** limitaciones por co-pagos financiadores; cuota única atenta contra la equidad
3. **Gasto:** elevado y de tendencia creciente sin acompañarse de mejores resultados en salud
4. **Dirección política:** estrategias poco consistentes
5. **Dirección gerencial:**
 - poco profesional, sin aplicar la lógica de la doble actividad involucrada: seguro y prestación
 - gestión tradicional: pe: uso de la inflación para licuar déficit; cálculo de costos inexistente; incapacidad para anticipar la reconversión; excesivo énfasis en limitar las acciones a la disminución de salarios sin alternativas de gestión que tiendan a la eficiencia, la calidad y la eficacia en los resultados; tendencia tradicional a apostar al lobbie y el atajo en lugar de la gestión.
6. **Estatuto único.** Introduce mayor rigidez aún, acumulando regulación que quita grados de libertad a la acción gerencial
7. **Sistemas de información:** inexistentes, inadecuados, ni confiables ni oportunos para la toma de decisiones.
8. **Nº de IAMC:** excesiva y permanencia de empresas sin escala suficiente. (pe: no aplicación de la lógica de seguro). Tendencia inevitable a la concentración trabada por factores espurios.
9. **Selección de riesgo vs. cuota única.**
 - asimetría competitiva con otros efectores (ejemplo: seguros privados)
 - incentivos contrarios al equilibrio sistémico con cuota única, sin garantizar equidad.
10. **Envejecimiento población:** nacional; cobertura IAMC aumenta (selección adversa).
11. **Seguridad Social:** afectada por desempleo e informalidad; 85% de la cuota promedio individual; no cubre a funcionarios públicos ni familiares; afecta la competitividad ==> se expone a que se la pretenda recortar.
12. **RRHH y presión de costos:**
 - **Productividad:** baja, especialmente en personal no médico con menor proximidad al paciente.
 - **Modalidad de pago:** excesivo peso en componentes fijos, no asociados a la actividad, particularmente en sectores no médicos.
 - **Modalidad de trabajo:** exceso de cargos, *multiempleo*, particularmente en el área médica, afecta relación médico - paciente
 - **Regulación:** excesiva rigidez, desactualización; no aplicación a entidades no IAMC (médicos sin convenio desde 1992-1993).
 - **Médicos:** Sobreoferta en el presente modelo, multiempleo ya mencionado, *sobreespecialización*, concentración en la Capital, problemas de productividad e incentivos.
 - **No Médicos:** Sobre - ocupación, multiempleo –en particular en el área de enfermería y servicios-, escasa formación en sectores no técnicos, problemas de productividad e incentivos.
13. **Medicamentos, materiales:** Estado prescindente –pe: desregulación de precios-, no aplicación de vademecum, desaprovechamiento de las escalas, problemas de gestión, etc.
14. **Contratos a terceros:** No se aplican criterios de mercado
15. **Tecnología:** Problemas en evaluación, incorporación y uso.
16. **Modelo asistencial:** inadecuado integralmente al perfil demo-epidemiológico de la población cubierta.

FORTALEZAS

1. **Naturaleza.** Organizaciones sin fines de lucro pero que se encuentran en proceso de asumir la necesidad de equilibrios económico-financieros para alcanzar viabilidad de largo plazo.
2. **Carácter.** Seguros voluntarios de prepago de alcance nacional y tradición de cobertura a la población, combinados con la prestación de servicios. Se evitan costos de transacción.
3. **Cobertura.**
 - Integralidad: paquete asistencial integral.
 - Solidaridad: acceso a servicios expandido (excepto por el crecimiento de los co-pagos)
 - Universalidad: sin exclusiones (excepto por el pago de la cuota)
4. **Competencia.** Libre elección (condiciones especiales en el seguro de enfermedad)
5. **Seguridad Social:** mercado formal de trabajo cubierto por las IAMC
6. **Ocupación médica:** Laudo y nivel de ocupación que permite monitorear ajustes a futuro.
7. **Resultados asistenciales.** Contribución a los avances generales
8. **Estatuto tipo.** Separa las funciones de propiedad – dirección, de las de prestador simultáneo

AMENAZAS

1. **Endeudamiento:** abultado, de corto plazo, con alto costo financiero; pone en riesgo sobrevivencia de las instituciones
2. **Cuota única y paramétrica de ajuste tradicional:** afecta negativamente los ingresos institucionales
3. **Pérdida de afiliados:**
 - Seguridad Social: tendencia creciente del desempleo y la informalización
 - Otros efectores: asimetría competitiva, diferencias en alcance y naturaleza de la regulación
 - Caída de ingresos: altos co-pagos, pérdida de afiliados ==> cobertura MSP y seguros privados
4. **Envejecimiento poblacional:** se incrementan progresivamente los costos sin contrapartida
5. **Crisis en el sector IAMC y riesgo de quiebre**
 - Competencia: inviable para las entidades de menor tamaño; variables de competencia *poco sanas*
 - Escala y normativa actual: plantea dificultades para abatir costos fijos
 - Gestión tradicional: incapacidad de anticipar escenarios y reconvertir estructuralmente la gestión institucional
6. **Contención de costos indiscriminada puede afectar:**
 - calidad asistencial
 - calidad de los recursos humanos
 - productividad
7. **Inexistencia de políticas de incentivos y contención del gasto:**
 - dificulta el cambio en el modelo asistencial
 - impide la obtención de equilibrios económicos y financieros
 - dificulta la viabilización institucional con perspectivas de mediano y largo plazo
8. **Soluciones parciales para Montevideo:** el Interior tenderá a agudizar situación crítica
9. **Excesiva fragmentación y segmentación institucional**
 - duplica servicios
 - dificulta regulación
 - desprestigia al sector
10. **Instalación de nuevos seguros privados no IAMC:** pone en riesgo el futuro del sistema si no se quiebra la inercia tradicional.
11. **Tendencia a debilitar al sistema con medidas económicas adversas:** la eventual implementación del IVA a la salud y el debilitamiento de sistemas como el de la Ex - DISSE afectarían negativamente al sistema.
12. **Estatuto tipo:** introduce rigidez al funcionamiento que puede trabar la eficiencia en la gestión

OPORTUNIDADES

1. **Qué:** por vía de acuerdos, existiendo voluntad política, deberían alcanzarse cambios estructurales.
2. **Para qué:** para fortalecer los principios del sistema IAMC con funcionamiento eficaz y eficiente.
3. **Cómo:**
 - asumiendo el PE los costos políticos del cambio del diseño y marco de funcionamiento del sector.
 - con iniciativa y liderando los cambios con propuestas acordadas
 - garantizando la existencia y el cumplimiento de reglas de juego claras y estables
 - con la voluntad para sacar al sector de la inercia
 - actuando sobre variables múltiples seleccionadas en el tiempo
4. **Posibilidad de tomar medidas globales (conceptual):**
 - Superintendencia y acreditación de servicio: concentración de la regulación
 - Seguro nacional de salud: extensión progresiva del seguro (pe: Ex DISSE)
 - Sistema integral de incentivos: tendientes a neutralizar los efectos nocivos de la estructura actual

- Concentración regulada de las IAMC
- 5. **Medidas específicas:**
- A. Cambios en el modelo de financiamiento:
 - Fondo único: recaudador y financiador
 - Aportes de los usuarios con énfasis en la solidaridad (acceso: cuotas, co pagos)
 - Reembolso a las IAMC con criterios de eficiencia, según riesgo (seguro-prestación)
- B. Cambios en el modelo asistencial:
 - fortalecimiento del primer nivel de atención
 - desarrollo y dinámica operativa de los equipos de salud
 - incentivo adecuado al funcionamiento articulado de los niveles de atención en las IAMC
- C. Cambios en el modelo de gestión:
 - modelos que incorporen progresivamente esquemas de “riesgo compartido”
 - estabilizadores automáticos en la gestión operativa
 - mejora de la productividad en las áreas donde ésta es muy baja
 - abatimiento de costos con base en procesos de racionalización del funcionamiento institucional
- D. Endeudamiento: fondos contra proyectos de viabilidad que planteen y comprometan instrumentación de los cambios estructurales; desembolsos contra cumplimiento de metas previstas.

IMAGEN OBJETIVO: PRINCIPIOS DEL SISTEMA IAMC

1. **DEMANDA (población):**
 - Equidad-solidaridad (acceso-financiamiento)
 - Efectividad (calidad)
 - Integralidad (paquete)
 - Universalidad (cobertura)
 - Satisfacción y libre elección
2. **OFERTA (entidades IAMC):**
 - Eficacia
 - Eficiencia
 - Productividad
 - Sostenibilidad (empleo)
 - Calidad asistencial
3. **MERCADO:**
 - Competencia regulada y con base en costos y calidad asistencial
 - Información
 - Transparencia

MEDIDAS DE TRANSICIÓN

A. MACRO

1. PROBLEMA: ENDEUDAMIENTO SECTORIAL

- RESPUESTA: Préstamo BID, emisión de bonos, eventual contraparte nacional.

2. PROBLEMA: FINANCIAMIENTO, EQUIDAD (DEMANDA)

- RESPUESTA: Fondo Único, Ente Acreditador, Precios acordes (seguros, insumos).

3. PROBLEMA: REGULACIÓN ERRÁTICA (fuente, materia)

- RESPUESTA:

** Fuentes:*

- Superintendencia para el sector que concentre la regulación, con independencia del poder político.

** Materia:*

- Cuota y co-pagos, seguro de salud.
- Insumos: regulación de mercados no competitivos
- Tecnología: evaluación de la incorporación y uso
- Propiedad: estatuto tipo menos intervencionista, separando propiedad y dirección de prestación

- * *Reglas de juego:* pocas, estables, claras y obligatorias

B. MICRO

PROBLEMA: DÉFICIT ECONÓMICO

- RESPUESTAS: LÓGICA SEGURO – PRESTACIÓN, CALIDAD ASISTENCIAL, COMPETENCIA “SANA”.

1. Modelo Asistencial (producción):

- Fortalecimiento primer nivel
- Articulación entre niveles asistenciales
- Acreditación, supervisión y protocolización

2. Modelo de Gestión (funcionamiento)

- Mecanismos de reembolso que incentiven: contención del gasto y estabilización automática (ciclo y riesgo)
- Factores productivos: mejor productividad de RRHH y remuneración acorde; racionalización en incorporación y uso de los equipos.
- Insumos y contratos teniendo en cuenta los mercados: medicamentos, materiales y contratos a 3°
- Competencia: respeto de las reglas de juego, basada en la gestión eficiente y eficaz

C. INSTRUMENTOS

PROYECTOS DE RECONVERSIÓN QUE ARTICULEN:

- **Medidas macro:** establecidas desde el Poder Ejecutivo
- **Objetivos micro:** condiciones desde el Poder Ejecutivo para acceder a los préstamos al sector

CAPÍTULO 2

PRESENTE DINÁMICO DEL SISTEMA

1. MODELO IAMC “TRADICIONAL”: ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN

2. CONSECUENCIAS ESTRUCTURALES Y OPERATIVAS

I. INTRODUCCIÓN

II. INGRESOS

III. EGRESOS

1. RECURSOS HUMANOS: MERCADO DE TRABAJO

2. MERCADO DE INSUMOS

IV. ENDEUDAMIENTO

1. Modelo IAMC “tradicional”: asistencial y de gestión

Como aporte para la reflexión y con un criterio muy general, se puede abordar como *esquema tradicional de gestión* la búsqueda *casi exclusiva* de maximizar ingresos (por concepto de cuotas, co-pagos, ventas de servicios) y minimizar gastos (hasta donde fuera posible en función de los diversos intereses en juego, siempre con las retribuciones como principal variable de ajuste), por medio de instrumentos utilizados hasta su saturación⁵ y en muchos casos de dudoso impacto, en escenarios inestables, fragmentados, inflacionarios y de una competencia “insana”, en la que el usuario ha sido poco contemplado como factor principal del sistema. Si bien estos mecanismos tendientes a manejar ingresos y gastos son necesarios, aún cuando se manejaran racionalmente, no resultan suficientes en escenarios como el actual.

El modelo predominante se caracteriza por la ausencia -en la mayoría de los casos- de adecuados *sistemas de reembolso y ajuste con base en mecanismos incitativos* que tiendan a la obtención de los resultados esperados, de modo tal de contribuir a la transformación radical del modelo asistencial y a mejorar estructuralmente la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Por el contrario, este esquema de gestión –unido a los problemas de diseño y regulación del sistema- ha sido una de las principales causas explicativas del delicado presente por el que atraviesa el sector. El mismo se caracteriza por un creciente endeudamiento que compromete las salidas de corto plazo, una asignación irracional e ineficiente del gasto particularmente en lo que refiere a los factores de producción (recursos humanos, equipamiento y tecnología, insumos tales como medicamentos y materiales, etc.). La población cubierta en la actualidad por el sistema permite constatar una importante capacidad ociosa, o en otras palabras, una sobredimensión de su capacidad instalada. Este factor haría posible la integración de nuevos grupos poblacionales que hoy, por diferentes motivos, no se estuvieran asistiendo en el sector. A continuación se profundizan algunos de los rasgos mencionados con el objetivo de plantear alternativas futuras a la problemática analizada.

⁵ Muchas veces se restringieron únicamente a manejar aspectos de carácter estrictamente financiero, sin ir más allá.

2. Consecuencias estructurales y operativas

I. INTRODUCCIÓN

El Estado de Resultados que se muestra en el Cuadro que sigue representa una imagen de la situación económica del sector para el último ejercicio del que se dispone de información (1999 – 2000).

ESTADO DE RESULTADOS. Ejercicio: 1099-900.						
Miles de U\$S y % sobre el total de Ingresos						
Conceptos	Montevideo		Interior		Total País	
	Miles U\$S	% s/Ing	Miles U\$S	% s/Ing	Miles U\$S	% s/Ing
INGRESOS OPERATIVOS						
-Cuotas (incluye sobrecuota de inversiones)	459.459	69%	267.479	79%	726.938	72%
-Tasas moderadoras, Ordenes	27.748	4%	6.626	2%	34.374	3%
-Tasas moderadoras, Tiques, Para-clínica	56.444	8%	23.826	7%	80.270	8%
-Otros	92.808	14%	33.911	10%	126.719	13%
Subtotal Ingresos Operativos	636.459	95%	331.842	98%	968.301	96%
INGRESOS NO OPERATIVOS						
-Otros ingresos	31.466	5%	5.980	2%	37.447	4%
Subtotal Ingresos No Operativos	31.466	5%	5.980	2%	37.447	4%
TOTAL DE INGRESOS	667.925	100%	337.823	100%	1.005.748	100%
EGRESOS OPERATIVOS						
-Remuneraciones y Cargas Sociales	369.743	55%	179.532	53%	549.275	55%
Bienes	135.597	20%	58.153	17%	193.750	19%
-Medicamentos	98.492	15%	46.268	14%	144.760	14%
-Otros Bienes	37.104	6%	11.886	4%	48.990	5%
Servicios	88.485	13%	60.721	18%	149.206	15%
-Servicios Propios	8.403	1%	4.917	1%	13.320	1%
-Servicios Contratados	80.083	12%	55.804	17%	135.886	14%
-Gastos de Mantenimiento	8.545	1%	3.505	1%	12.050	1%
-Gastos de Funcionamiento	50.412	8%	25.757	8%	76.169	8%
-Amortizaciones	14.117	2%	6.130	2%	20.247	2%
-Transferencias	5.336	1%	244	0%	5.580	1%
-Otros Egresos	-	0%	-	0%	-	0%
Subtotal Egresos Operativos	672.235	101%	334.043	99%	1.006.278	100%
EGRESOS NO OPERATIVOS						
-Gastos Financieros	26.706	4%	5.912	2%	32.618	3%
-Otros Egresos	15.713	2%	2.181	1%	17.894	2%
Subtotal Egresos No Operativos	42.419	6%	8.093	2%	50.512	5%
TOTAL DE EGRESOS	714.654	107%	342.136	101%	1.056.790	105%
RESULTADO DEL EJERCICIO	- 46.729	-7%	- 4.313	-1%	- 51.042	-5%

A los efectos de analizar la evolución de los principales rubros de ingresos y gastos del sistema en la última década, se presentan a continuación dos grupos de tres cuadros cada uno.

En el primer grupo, se observa la evolución en el período de la participación relativa de los principales rubros de ingresos y gastos en el total de ingresos, clasificado en Montevideo, Interior y País.

En el segundo grupo, se describe para el mismo lapso la evolución en términos reales de cada rubro, tomando como base 100 los valores del ejercicio 90-91.

PRIMER GRUPO DE CUADROS.

EVOLUCIÓN DE PARTICIPACIONES RELATIVAS (Fuente: SINADI)

PAÍS. % sobre ingresos	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
INGRESOS										
Cuotas abonados	81.9	80.5	79.5	76.6	75.8	76.2	76.5	75.1	72.2	71.4
Ordenes	2.7	2.7	3.2	4.0	4.2	3.7	3.7	3.7	3.5	3.4
Tiques	5.7	6.1	6.4	7.9	7.7	7.0	7.0	7.0	7.5	8.0
Venta de servicios	6.0	6.7	7.7	8.2	9.1	9.4	9.0	9.9	10.9	10.6
Otros ingresos	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5	0.7	0.6	0.8	0.4	0.6
Sobrecuota de gestión	-	-	-	-	-	-	-	-	2.3	2.3
Total ingresos operativos	96.8	96.5	97.2	97.2	97.3	97.0	96.8	96.5	96.8	96.3
Varios	3.2	3.5	2.8	2.8	2.7	3.0	3.2	3.5	3.2	3.7
Total ingresos no operativos	3.2	3.5	2.8	2.8	2.7	3.0	3.2	3.5	3.2	3.7
Total ingresos	100.0									
EGRESOS										
Remuneraciones y cargas sociales	51.3	54.6	55.6	59.2	59.1	56.1	55.7	54.8	55.4	54.6
Medicamentos	16.0	16.5	15.4	14.6	13.8	13.0	12.9	13.3	14.3	14.4
Otros bienes consumidos	4.8	4.6	4.2	4.0	4.0	4.0	4.3	4.7	4.9	4.9
Servicios consumidos propios	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4	1.3
Servicios contratados a terceros	15.7	16.4	16.6	17.2	16.3	15.3	15.1	14.4	14.0	13.5
Gasto mantenimiento	1.0	1.0	0.9	1.3	1.2	1.0	1.2	1.2	1.2	1.2
Gasto funcionamiento	5.6	6.0	5.8	6.3	6.1	6.1	6.6	7.1	7.4	7.6
Amortizaciones	1.7	1.7	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.7	1.8	2.0
Transferencias	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Total egresos operativos	98.2	102.9	102.0	106.1	104.1	99.4	99.4	99.2	100.9	100.1
Gastos financieros	2.2	1.9	2.0	2.1	2.9	2.9	2.8	2.8	2.9	3.2
Gastos extraordinarios y otros gastos	0.9	1.0	0.8	1.0	2.0	1.0	1.1	1.5	1.2	1.8
Total egresos no operativos	3.1	2.8	2.8	3.1	5.0	3.9	3.9	4.3	4.1	5.0
Total egresos	101.4	105.7	104.9	109.2	109.1	103.2	103.3	103.5	105.0	105.1
Resultado del ejercicio	(1.35)	(5.72)	(4.87)	(9.21)	(9.10)	(3.23)	(3.29)	(3.48)	(4.97)	(5.08)

MVDEO. % sobre ingresos	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
INGRESOS										
Cuotas abonados	80.5	78.7	77.7	74.4	73.7	73.9	74.1	72.6	69.6	68.8
Ordenes	3.0	3.0	3.7	4.6	5.1	4.4	4.4	4.6	4.2	4.2
Tiques	6.1	6.5	6.7	8.6	8.3	7.6	7.6	7.3	7.9	8.5
Venta de servicios	6.5	7.3	8.4	8.7	9.4	10.2	9.7	10.8	12.0	11.4
Otros ingresos	0.4	0.5	0.4	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.3	0.4
Sobrecuota de gestión	-	-	-	-	-	-	-	-	2.2	2.1
Total ingresos operativos	96.6	96.1	96.9	96.7	97.0	96.7	96.3	95.8	96.2	95.3
Varios	3.4	3.9	3.1	3.3	3.0	3.3	3.7	4.2	3.8	4.7
Total ingresos no operativos	3.4	3.9	3.1	3.3	3.0	3.3	3.7	4.2	3.8	4.7
Total ingresos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
EGRESOS										
Remuneraciones y cargas sociales	51.4	54.4	55.2	59.9	60.2	56.7	56.6	55.9	56.8	55.4
Medicamentos	17.1	17.4	15.7	14.8	13.9	13.0	12.8	13.3	14.5	14.7
Otros bienes consumidos	5.3	5.1	4.4	4.4	4.5	4.5	4.8	5.3	5.5	5.6
Servicios consumidos propios	1.8	1.8	1.8	1.7	1.8	1.7	1.5	1.5	1.3	1.3
Servicios contratados a terceros	16.0	16.4	15.9	17.0	15.8	14.6	14.1	13.1	12.4	12.0
Gasto mantenimiento	1.0	1.1	0.9	1.5	1.3	1.1	1.3	1.4	1.3	1.3
Gasto funcionamiento	5.3	5.6	5.6	6.2	5.7	5.7	6.2	6.9	7.4	7.5
Amortizaciones	1.8	1.8	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.8	1.9	2.1
Transferencias	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
Total egresos operativos	100.3	104.3	101.6	107.6	105.5	99.7	99.6	99.9	101.9	100.6
Gastos financieros	2.8	2.5	2.6	2.6	3.7	3.6	3.5	3.5	3.7	4.0
Gastos extraordinarios y otros gastos	0.9	1.1	1.0	1.2	2.8	1.1	1.4	1.7	1.6	2.4
Total egresos no operativos	3.7	3.6	3.5	3.8	6.5	4.7	4.9	5.2	5.3	6.4
Total egresos	104.0	107.8	105.2	111.4	112.0	104.5	104.5	105.1	107.1	107.0
Resultado del ejercicio	(4.00)	(7.84)	(5.16)	(11.37)	(11.97)	(4.47)	(4.50)	(5.12)	(7.15)	(7.00)

INTERIOR. % sobre ingresos	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
INGRESOS										
Cuotas abonados	85.2	84.5	83.5	81.6	80.3	81.0	81.5	80.3	77.3	76.5
Ordenes	2.1	1.9	2.0	2.5	2.4	2.2	2.0	1.9	2.0	2.0
Tiques	4.7	5.2	5.6	6.2	6.3	5.9	5.9	6.3	6.8	7.1
Venta de servicios	5.0	5.3	6.3	7.2	8.4	7.6	7.5	8.2	8.9	9.1
Otros ingresos	0.5	0.5	0.4	0.7	0.6	1.0	0.9	1.3	0.7	0.9
Sobrecuota de gestión	-	-	-	-	-	-	-	-	2.4	2.7
Total ingresos operativos	97.4	97.4	97.7	98.2	98.0	97.7	97.8	98.0	98.0	98.2
Varios	2.6	2.6	2.3	1.8	2.0	2.3	2.2	2.0	2.0	1.8
Total ingresos no operativos	2.6	2.6	2.3	1.8	2.0	2.3	2.2	2.0	2.0	1.8
Total ingresos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
EGRESOS										
Remuneraciones y cargas sociales	51.2	54.9	56.7	57.8	56.8	54.9	53.8	52.4	52.5	53.1
Medicamentos	13.3	14.5	14.8	14.2	13.4	13.1	13.2	13.4	13.9	13.7
Otros bienes consumidos	3.7	3.6	3.6	3.1	3.1	3.0	3.3	3.4	3.6	3.5
Servicios consumidos propios	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0	1.1	1.1	1.2	1.4	1.5
Servicios contratados a terceros	15.0	16.6	18.0	17.5	17.5	16.7	17.3	17.0	17.2	16.5
Gasto mantenimiento	1.0	1.0	0.9	0.8	0.8	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0
Gasto funcionamiento	6.4	6.8	6.2	6.7	6.9	7.0	7.4	7.4	7.5	7.6
Amortizaciones	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.8
Transferencias	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.1
Total egresos operativos	93.2	99.9	102.9	102.7	101.3	98.6	99.0	97.8	98.9	98.9
Gastos financieros	0.7	0.6	0.8	1.2	1.2	1.2	1.4	1.3	1.3	1.8
Gastos extraordinarios y otros gastos	1.1	0.6	0.5	0.4	0.4	0.8	0.4	1.1	0.5	0.6
Total egresos no operativos	1.8	1.2	1.3	1.7	1.6	2.0	1.7	2.4	1.8	2.4
Total egresos	95.0	101.1	104.2	104.4	102.9	100.5	100.8	100.2	100.7	101.3
Resultado del ejercicio	4.97	(1,10)	(4,25)	(4,43)	(2,92)	(0,55)	(0,75)	(0,17)	(0,66)	(1,28)

SEGUNDO GRUPO DE CUADROS.

EVOLUCIÓN EN TÉRMINOS REALES (Fuente: SINADI).

PAÍS. Evolución ingresos y egresos Valores reales. Índice 1991=100	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
INGRESOS										
Cuotas abonados	100	115	123	131	137	155	168	178	180	176
Ordenes	100	114	147	203	227	225	240	264	258	252
Tiques	100	125	142	194	198	205	222	237	269	283
Venta de servicios	100	129	163	190	221	258	268	318	370	355
Otros ingresos	100	131	115	167	179	257	235	354	205	268
Sobrecuota de gestión									100	102
Total ingresos operativos	100	116	127	141	148	167	180	193	204	201
Varios	100	130	114	125	126	157	184	213	205	237
Total ingresos no operativos	100	130	114	125	126	157	184	213	205	237
Total ingresos	100	117	127	140	148	166	180	194	204	202
EGRESOS										
Remuneraciones y cargas sociales	100	124	138	162	170	182	195	207	220	215
Medicamentos	100	121	122	128	127	135	145	161	183	182
Otros bienes consumidos	100	112	110	117	124	139	162	189	206	205
Servicios consumidos propios	100	117	129	137	148	166	161	184	182	177
Servicios contratados a terceros	100	122	134	153	153	162	173	177	181	174
Gasto mantenimiento	100	125	121	187	179	181	232	251	254	252
Gasto funcionamiento	100	124	130	158	159	181	211	243	270	272
Amortizaciones	100	114	109	123	139	155	171	196	213	239
Transferencias	100	118	126	132	149	179	196	204	222	202
Total egresos operativos	100	122	132	152	156	168	182	196	209	206
Gastos financieros	100	99	116	137	196	216	228	246	265	297
Gastos extraordinarios y otros gastos	100	120	113	149	323	178	208	309	270	387
Total egresos no operativos	100	105	115	140	234	205	222	265	267	324
Total egresos	100	122	131	151	159	169	184	198	211	210

MVDEO. Evolución ingresos y egresos Valores reales. Índice 1991=100	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
INGRESOS										
Cuotas abonados	100	111	120	127	131	148	159	166	166	163
Ordenes	100	114	153	211	239	235	254	282	270	262
Tiques	100	121	136	193	194	199	213	220	247	262
Venta de servicios	100	128	160	183	207	254	259	305	355	333
Otros ingresos	100	131	122	141	170	205	162	239	145	189
Sobrecuota de gestión									100	95
Total ingresos operativos	100	113	124	137	143	161	172	182	191	188
Varios	100	131	113	132	127	157	190	227	212	263
Total ingresos no operativos	100	131	113	132	127	157	190	227	212	263
Total ingresos	100	113	124	137	143	161	173	184	192	190
EGRESOS										
Remuneraciones y cargas sociales	100	120	133	160	167	178	190	200	212	205
Medicamentos	100	116	113	118	116	122	129	143	163	164
Otros bienes consumidos	100	109	104	114	121	137	157	185	200	200
Servicios consumidos propios	100	117	127	134	143	157	145	159	144	135
Servicios contratados a terceros	100	116	123	146	140	147	151	150	148	142
Gasto mantenimiento	100	125	118	213	195	186	241	263	260	253
Gasto funcionamiento	100	120	130	160	154	175	204	239	270	272
Amortizaciones	100	110	102	114	129	143	154	180	199	222
Transferencias	100	123	130	135	156	184	198	204	225	235
Total egresos operativos	100	118	126	147	150	160	171	183	195	191
Gastos financieros	100	99	112	124	187	207	212	230	249	269
Gastos extraordinarios y otros gastos	100	148	141	197	467	208	282	362	355	523
Total egresos no operativos	100	110	119	141	252	207	228	261	273	328
Total egresos	100	118	125	147	154	162	173	186	198	196

INTERIOR. Evolución ingresos y egresos Valores reales. Índice 1991=100	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
INGRESOS										
Cuotas abonados	100	124	131	142	150	170	189	204	211	207
Ordenes	100	113	130	175	187	191	193	200	218	217
Tiques	100	139	160	197	211	226	250	289	337	346
Venta de servicios	100	132	170	214	267	272	297	360	416	424
Otros ingresos	100	132	100	217	196	362	380	584	325	426
Sobrecuota de gestión									100	113
Total ingresos operativos	100	125	135	149	160	179	199	218	234	233
Varios	100	127	117	103	125	160	166	170	181	158
Total ingresos no operativos	100	127	117	103	125	160	166	170	181	158
Total ingresos	100	125	134	148	159	179	198	217	232	231
EGRESOS										
Remuneraciones y cargas sociales	100	134	149	167	176	192	208	222	238	239
Medicamentos	100	137	149	159	160	176	197	218	243	238
Otros bienes consumidos	100	123	132	128	134	149	178	204	228	222
Servicios consumidos propios	100	120	142	150	168	211	239	298	361	370
Servicios contratados a terceros	100	138	161	172	185	199	228	245	266	253
Gasto mantenimiento	100	127	130	126	140	168	212	224	241	252
Gasto funcionamiento	100	131	130	154	170	194	227	250	269	273
Amortizaciones	100	123	131	149	170	190	222	247	255	291
Transferencias	100	98	105	116	116	158	190	207	212	49
Total egresos operativos	100	134	148	163	173	189	210	228	246	245
Gastos financieros	100	105	157	261	277	309	380	395	421	571
Gastos extraordinarios y otros gastos	100	69	62	60	55	123	70	211	111	135
Total egresos no operativos	100	83	99	139	142	196	192	283	232	306
Total egresos	100	133	147	163	172	189	210	229	246	246

Teniendo en cuenta los cuadros anteriores, se hará mención a algunos de los rubros considerados cruciales para explicar el presente y trazar las alternativas de salidas futuras.

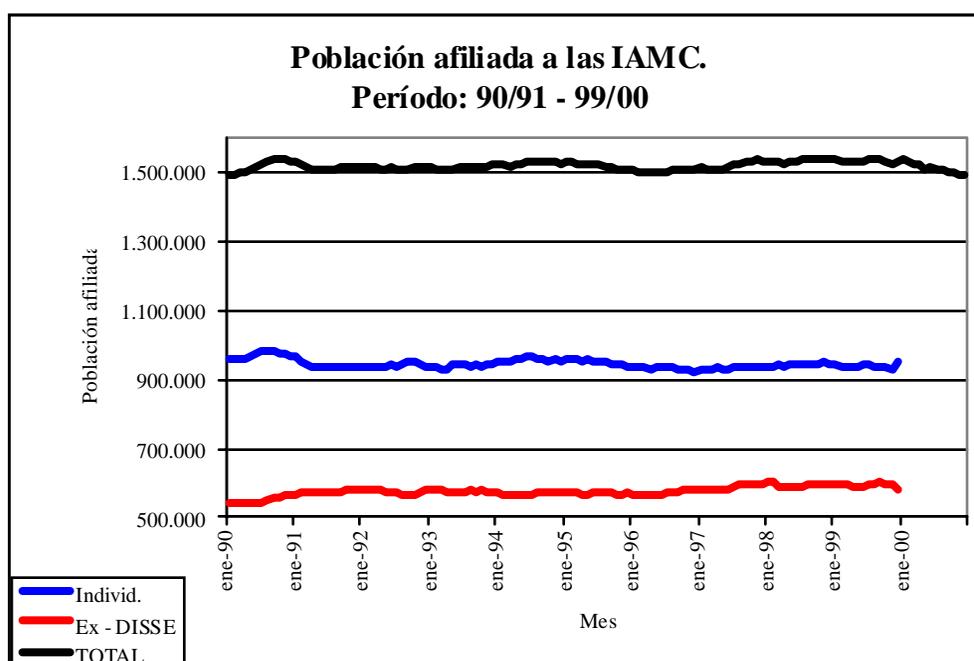
II. INGRESOS

A continuación se presentan los datos anuales referidos a la población afiliada a las IAMC, clasificados en socios individuales (no cubiertos por la Seguridad Social) y afiliados Ex – DISSE.

POBLACIÓN AFILIADA A LAS IAMC			
Meses	Individuales	Ex - DISSE	Total
sep-90	981.488	555.069	1.536.557
sep-91	939.386	574.369	1.513.755
sep-92	948.814	563.393	1.512.207
sep-93	941.404	575.617	1.517.021
sep-94	957.080	574.244	1.531.324
sep-95	945.700	570.536	1.516.236
sep-96	930.693	576.250	1.506.943
sep-97	936.333	594.741	1.531.074
sep-98	945.127	597.413	1.542.540
sep-99	939.169	599.798	1.538.967
sep-00	S/D	S/D	1.502.444

Fuente: SINADI, ANUARIO ESTADÍSTICO BPS

El gráfico siguiente muestra la evolución mensual de la población IAMC para el período considerado.



Se observa una fuerte estabilidad en la evolución de la población afiliada, más allá de oscilaciones que pueden resultar imperceptibles en el gráfico por problemas de escala pero que eventualmente podrían impactar si su tendencia se mantuviera en el tiempo⁶.

Teniendo en cuenta la estabilidad en las cantidades (población afiliada), parece razonable buscar posibles tendencias de factores que puedan resultar explicativos de la evolución de los rubros de ingresos presentados más arriba, particularmente a través de la trayectoria seguida por algunos precios que pueden considerarse claves. Se incluye a su vez la evolución de los precios de los servicios de emergencia móvil a los efectos ilustrativos, teniendo en cuenta su relevante participación en el sector.

EVOLUCIÓN REAL. Índice de precios al consumo. Rubros y subrubros											
Ejercicio	Base: '90	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
Cuota	100	128	143	152	147	149	162	166	170	174	172
Órdenes	100	118	136	250	304	310	329	340	351	347	346
Tiques	100	123	139	198	242	264	281	297	306	303	303
Medicamentos	100	109	114	117	119	127	123	129	132	136	138
Emerg. móvil	100	120	148	162	169	179	182	201	204	206	206
Cuota val. absol. (\$ ctes. 99-00)	366	469	523	556	537	543	594	607	621	636	629

Fuente: INE y elaboración propia.

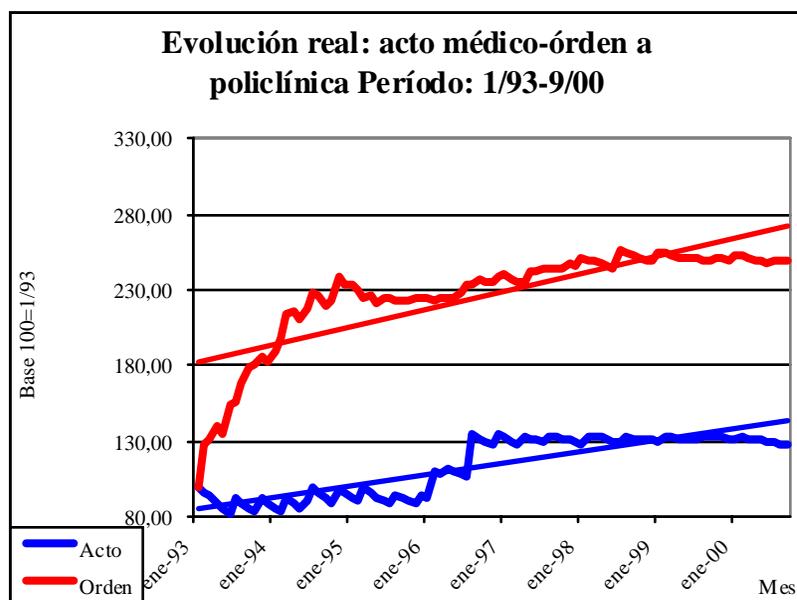
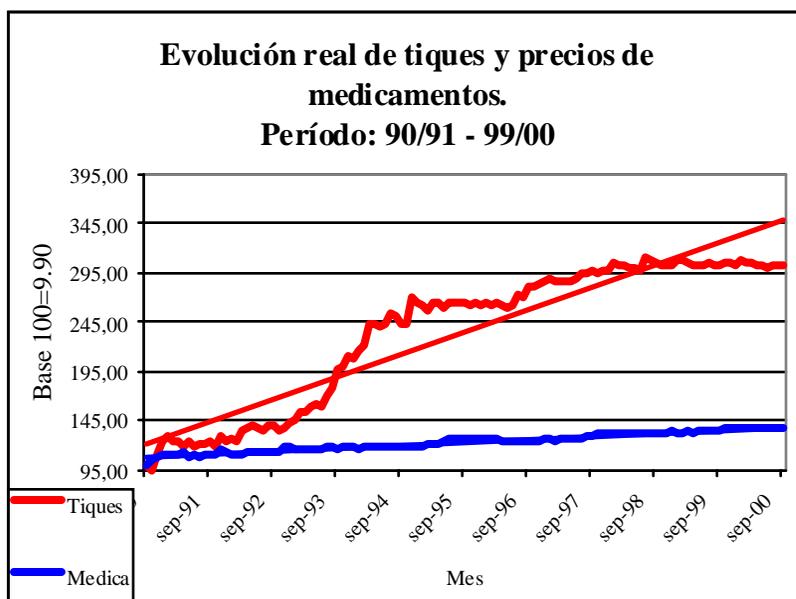
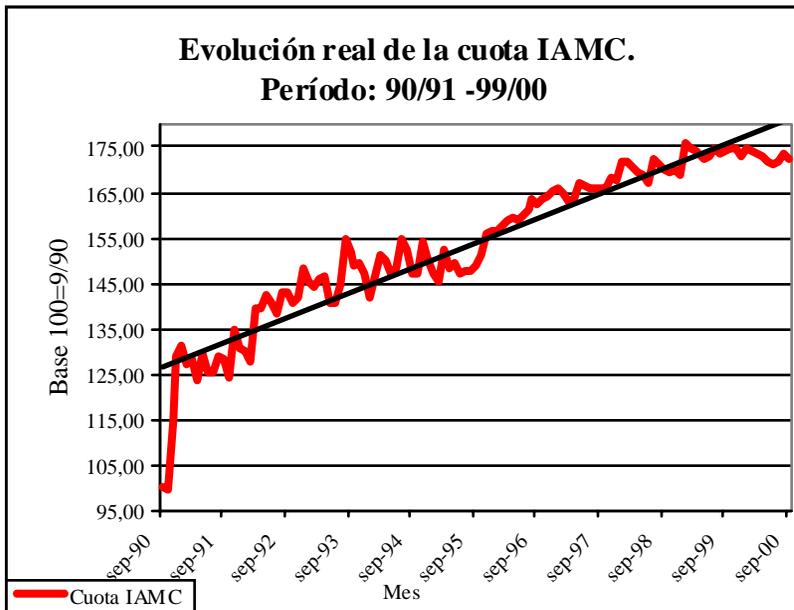
En el rubro medicamentos se incluyen productos medicinales (analgésicos, antibióticos, vitaminas, medicación para afecciones respiratorias, para atención cardiovascular, antiácidos y digestivos) y productos farmacéuticos (algodón).

Resalta entre los datos del cuadro el fuerte incremento que han sufrido en el período analizado los co-pagos (órdenes y tiques de medicamentos), habiéndose transformado en fuente financiadora del sistema y barrera de acceso para sectores de más bajos ingresos. No obstante, la cuota mutua y los medicamentos también han verificado fuertes aumentos en valores constantes⁷ de acuerdo a la información que proporciona el INE.

En los gráficos que siguen se muestra la evolución de las variables de precios del cuadro anterior en términos constantes, pero con un registro mensual para el mismo período. A su vez, se relaciona la evolución real de algunos precios como los tiques de medicamentos en las IAMC y su valor a la venta; y se compara la evolución de las órdenes a consultorio y el precio del acto médico de policlínica. Para un análisis más afinado se incluirán en el futuro cantidades consumidas y precios de las distintas variables de las que se pueda obtener información.

⁶ la depuración realizada por la Ex – DISSE de sus padrones en diciembre de 1999 representa un ejemplo puntual de caída de afiliados.

⁷ Eliminando el efecto inflacionario. Esto implica que los valores de cada año se pueden comparar con el resto como si fueran a precios del ejercicio 99-00.



III. EGRESOS

1. RRHH. MERCADO DE TRABAJO

A continuación se plantean algunas aproximaciones empíricas a lo que representa el número y la composición de los trabajadores del sector y la masa de recursos destinados a su remuneración, su tendencia y distribución, de modo de circunscribir la problemática y las posibles salidas de futuro.

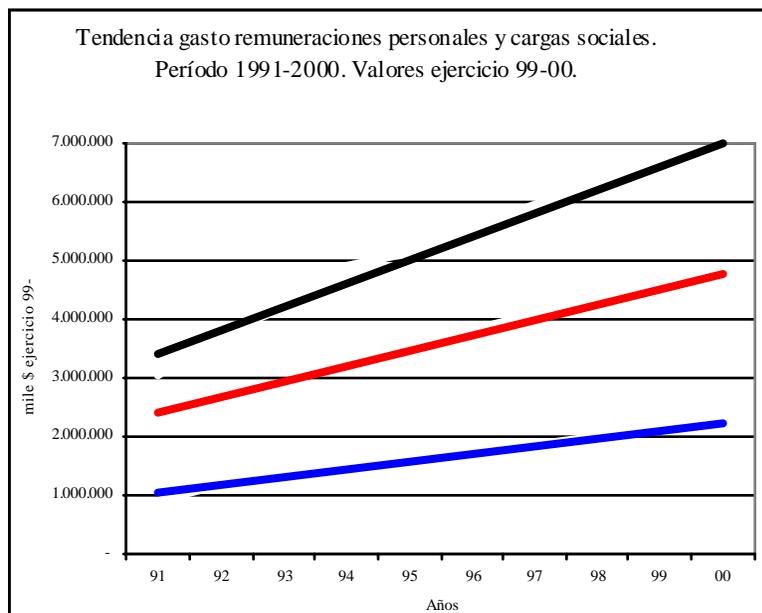
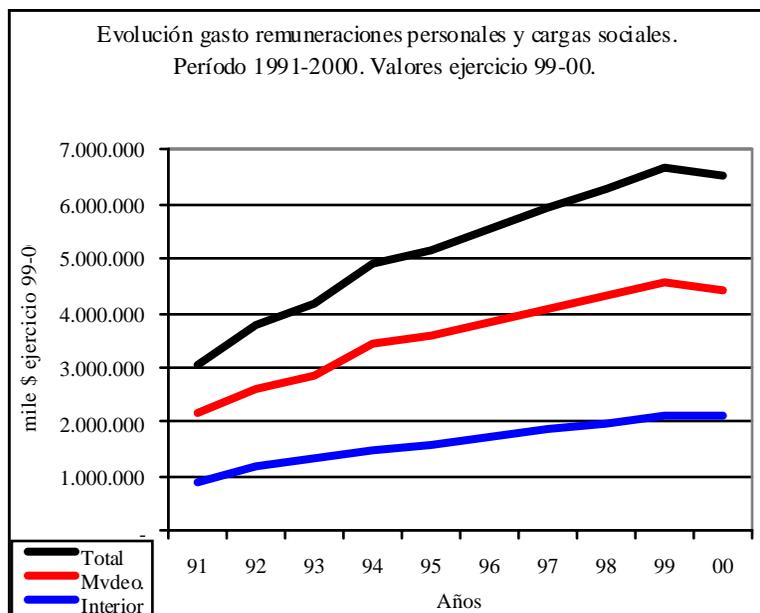
Masa salarial total como rubro principal de egresos: aproximación empírica

Los cuadros del *primer grupo* expuestos más arriba permiten observar el peso relativo de las remuneraciones (incluyendo las cargas sociales) consolidando el personal médico y no médico en relación de dependencia en las IAMC, *para la década del 90*, separado por rubros y según región (Interior y Capital). En todos los casos el rango del peso relativo de las remuneraciones oscila entre el 51 y el 60% para el período considerado, superando siempre Montevideo al Interior luego del año 1993.

CUADRO RESUMEN: REMUNERACIONES PERSONALES										
Peso relativo sobre Ingresos. %										
Ejercicio	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
País	51,3	54,6	55,6	59,2	59,1	56,1	55,7	54,8	55,4	54,6
Mvdeo	51,4	54,4	55,2	59,9	60,2	56,7	56,6	55,9	56,8	55,4
Interior	51,2	54,9	56,7	57,8	56,8	54,9	53,8	52,4	52,5	53,1

Fuente: SINADI

- A partir del *segundo grupo* de cuadros, se construyen los siguientes gráficos, en los que se puede observar la evolución de las **remuneraciones y cargas sociales consolidadas** (incluyendo las diferentes categorías laborales), medidas en términos constantes (es decir, eliminando el efecto de la inflación), comparando así su desarrollo real en el tiempo. En el primero de los gráficos se muestran los valores alcanzados separando Montevideo e Interior y la evolución conjunta; en el segundo gráfico se plantea la tendencia en cada caso para todo el período.



Las remuneraciones personales (médicas y no médicas) en valores constantes más que se duplican entre puntas (ejercicios 90-91 y 99-00) si se considera el país en su conjunto (215%), siendo mayor el incremento porcentual en el Interior (239%) que en Montevideo (205%).

Masa salarial médica y no médica

La masa salarial se puede descomponer, a los efectos de su análisis, de diversas formas. A continuación se plantea la clasificación de los rubros globales por categorías laborales que recaba el Sistema Nacional de Información (SINADI) del MSP en balances anuales. Los últimos datos disponibles con información proporcionada por dicha Unidad del Ministerio se presentan en los cuadros siguientes:

Masa salarial IAMC. En miles de U\$S y % sobre total de remuneraciones. Ejercicio: 1999-2000						
Conceptos	Montevideo		Interior		Total	
	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%
Remuneraciones dirección técnica	1.978	1	5.280	3	7.258	1
Remuneraciones fijas técnicos	76.461	22	48.506	29	124.966	24
Remuneraciones destajo técnicos	48.192	14	30.725	18	78.918	15
Viáticos técnicos	5.959	2	2.373	1	8.332	2
Remuneraciones enfermería	67.446	20	25.999	15	93.445	18
Otras remuneraciones	80.073	23	26.068	15	106.141	21
Personal asistencial	280.108	82	138.952	82	419.060	82
Personal producción	8.360	2	3.309	2	11.669	2
Personal administración	55.210	16	26.793	16	82.004	16
Total remuneraciones	343.679	100	169.054	100	512.733	100
Cargas sociales	26.064		10.478		36.542	
Total general	369.743		179.532		549.275	

Nota: "Otras remuneraciones incluye:

1. Paratécnicos: remuneraciones fijas, destajo y viáticos;
2. Otros servicios: seguridad, servicios, alimentación

El personal definido como asistencial concentra el 82% de las remuneraciones en relación de dependencia del sector para el ejercicio considerado tanto en Montevideo como en el Interior, mientras que el denominado personal de producción y el administrativo concentran el 18% en ambos casos.

Remuneraciones técnicos y no técnicos. En miles de U\$S y % s/total remuneraciones. Ejercicio: 1999-2000						
Conceptos	Montevideo		Interior		Total	
	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%
Médicos	132.589	39	86.885	51	219.474	43
No Médicos	211.090	61	82.169	49	293.259	57
Total	343.679	100	169.054	100	512.733	100

El cuadro anterior muestra la participación en montos y porcentaje por región de las categorías laborales agrupadas en médicos y no médicos⁸, en el total de las remuneraciones para personal en relación de dependencia en el sector IAMC. A continuación se puede observar dicha participación en su evolución para los años 90.

PAÍS. REMUNERACIONES sobre REMUNERACIONES TOTALES (%).										
Categoría laboral	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
MEDICOS	44	45	46	47	48	47	45	45	44	43
NO MÉDICOS	56	55	54	53	52	53	55	55	56	57
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

⁸ Entre las remuneraciones de los técnicos se incluyen las retribuciones por concepto de Dirección Técnica, las remuneraciones fijas y por destajo a los médicos y los viáticos respectivos; mientras que en el caso de los no técnicos se incluye personal de enfermería, paratécnicos, personal de producción y administrativo.

MVDEO. REMUNERACIONES sobre REMUNERACIONES TOTALES (%).										
Categoría laboral	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
MÉDICOS	39	39	41	43	44	43	41	42	41	39
NO MÉDICOS	61	61	59	57	56	57	59	58	59	61
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

INTERIOR. REMUNERACIONES sobre REMUNERACIONES TOTALES (%).										
Categoría laboral	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
MÉDICOS	55	57	57	57	56	56	55	52	50	51
NO MÉDICOS	45	43	43	43	44	44	45	48	50	49
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: SINADI, MSP.

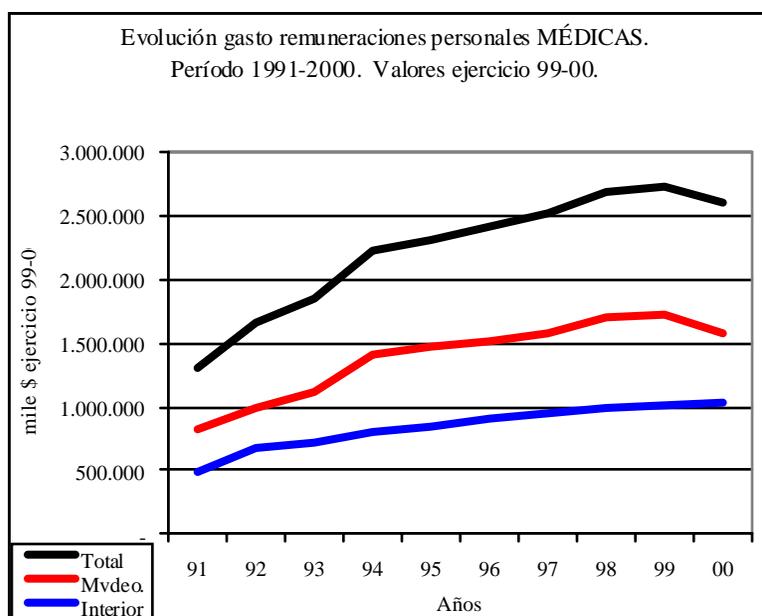
Tanto en Montevideo como a nivel país el porcentaje de remuneraciones se distribuye en favor del personal no médico (llegando en Montevideo a una relación 60% a 40%), mientras que en el Interior del país la relación es inversa pero por una diferencia menor.

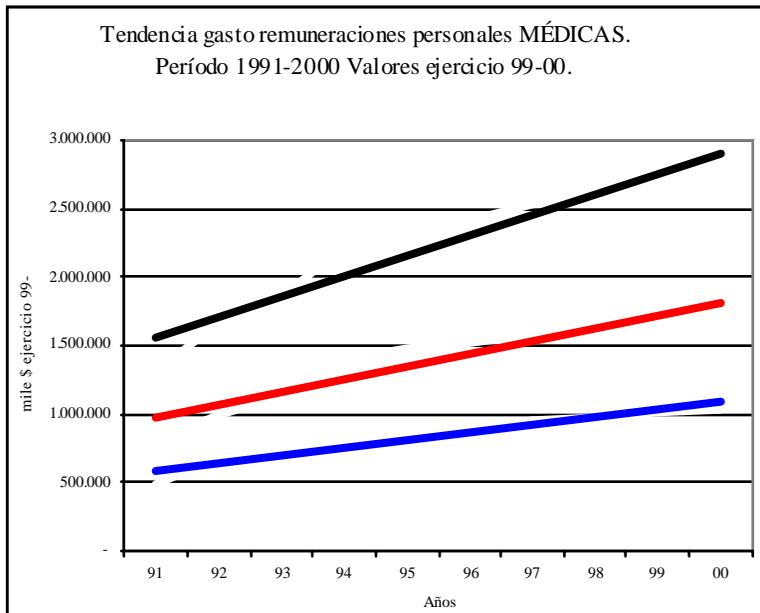
- En el cuadro que sigue se puede apreciar la evolución para la década del 90 exclusivamente de las **remuneraciones personales médicas** (sin considerar las cargas sociales).

Evolución remuneraciones MÉDICOS. Período 90-91 a 99-00. Comparación términos reales.										
MÉDICOS	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
PAÍS	100	127	141	170	177	185	193	205	210	200
MVDEO	100	120	136	171	178	184	190	205	210	191
INTERIOR	100	140	150	168	175	188	199	204	209	215

Fuente: SINADI

A continuación se plantean los gráficos que reflejan la evolución del cuadro anterior.





Si bien la tendencia continúa siendo creciente en todos los casos, resulta llamativo el tramo decreciente de la curva para Montevideo y el consolidado para el país en el último año del período considerado.

Si se analiza el crecimiento entre puntas (ejercicio 90-91 y 99-00), en Montevideo las retribuciones no alcanzan a duplicarse (191%), mientras que en el Interior más que se duplican (215%), llevando el consolidado nacional exactamente al doble (200%).

Masa salarial médica: fija y variable

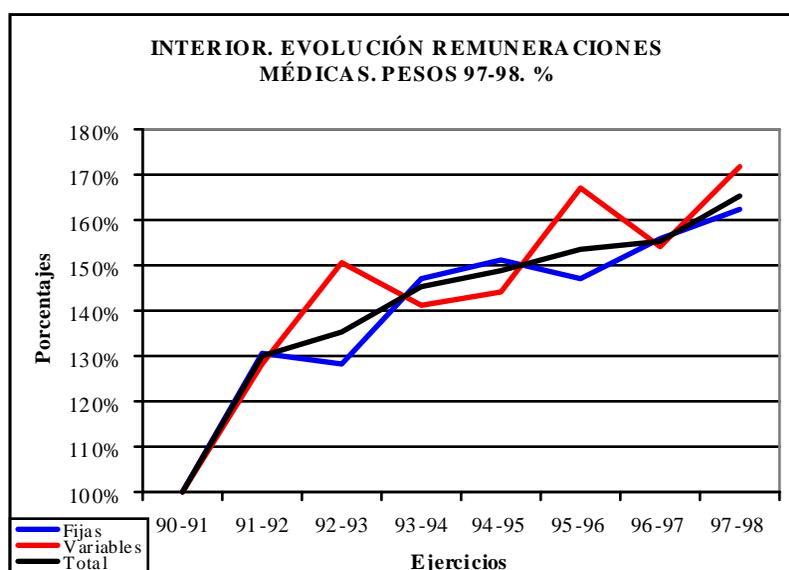
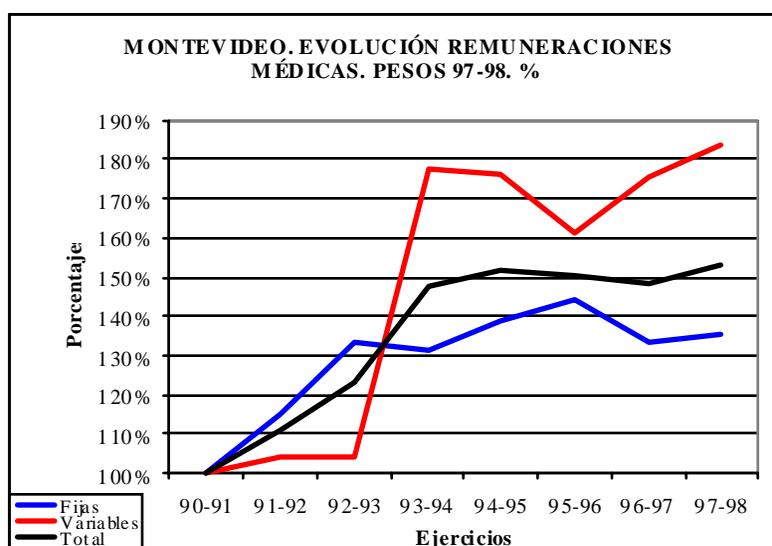
Desagregando las retribuciones médicas en *fijas* (básicamente el componente salarial) y *variables* (fundamentalmente destajo o actos médicos), se puede observar en el próximo cuadro el monto correspondiente a cada rubro y la participación relativa en porcentajes con relación al total de las remuneraciones médicas para el ejercicio considerado.

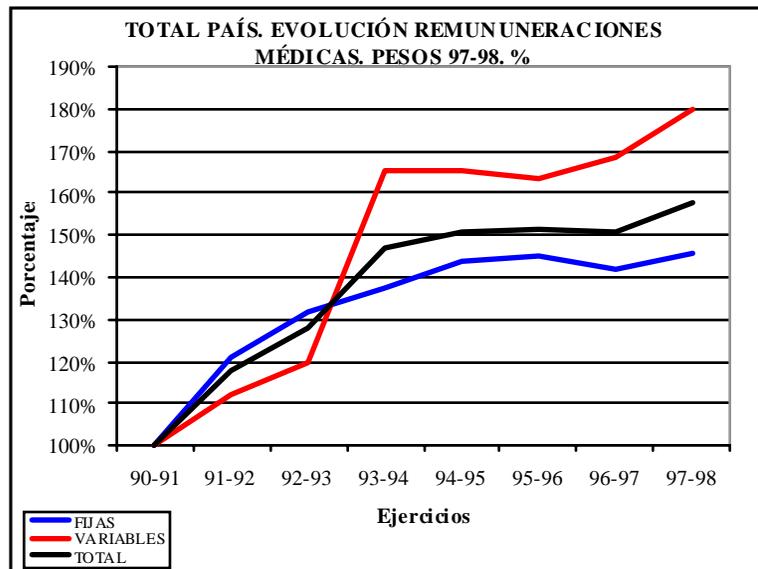
Remuneraciones médicas: fijas y variables. En miles U\$S y % sobre total de remuneraciones						
Ejercicio	1997-1998					
Conceptos	Montevideo		Interior		Total	
	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%
Partidas fijas	83.860	57	62.273	67	146.134	61
Partidas variables	63.013	43	30.321	33	93.334	39
Total remuneraciones	146.873	100	92.594	100	239.467	100

En las gráficas que siguen se puede observar la evolución de las remuneraciones médicas para el sistema en su conjunto, la Capital y el Interior, desglosándose en cada caso los componentes fijos, variables y totales.

La parte fija presenta a nivel del país un incremento de un 46%, mientras que en Montevideo alcanza un 36% –más bajo como era de esperar en función del mayor peso relativo que se le otorgó en la Capital al acto médico-, y en el Interior llega al 63%. Por su parte, el componente variable del crecimiento de las remuneraciones médicas en el ámbito nacional es de un 80%, alcanzando en Montevideo al 84% y en el Interior al 72%.

Resalta en la evolución de las curvas el quiebre ascendente que se muestra en las variables estudiadas entre los ejercicios 92-93 y 93-94, períodos en los cuales entra en vigencia un nuevo convenio colectivo en el que se otorga mayor peso al precio del acto con relación al salario.





Cada gráfico muestra las tendencias crecientes de las variables analizadas, sobresaliendo notoriamente la que corresponde a las remuneraciones variables en Montevideo para los ejercicios 92-93 y 93-94. En el Interior la evolución creciente de los componentes analizados muestra un comportamiento más regular sin existir grandes diferencias en el ejercicio 92-93, y en el país en su conjunto se refleja el impacto del cambio en Montevideo, dado su peso relativo.

Esta forma de pago a la actividad médica refleja una combinación de mecanismos de reembolso mediante el salario asociado con el pago por acto, particularmente en la actividad ambulatoria -policlínica, domicilio, urgencia, etc.- de las especialidades médicas y la actividad anestésico quirúrgica.

Masa salarial médica según especialidades médicas y anestésico - quirúrgicas

Finalmente, la composición de las retribuciones de los técnicos puede desagregarse en remuneraciones de *especialidades médicas* y *remuneraciones anestésico quirúrgicas*, para los ejercicios 96-97, 97-98, y 98-99. La razón por la cual se cuenta con información clasificada de este modo desde el ejercicio 96-97 consiste en que el SINADI (Sistema Nacional de Información del Ministerio de Salud Pública) comienza a exigir a las instituciones que proporcionen datos sobre remuneraciones con esta desagregación recién a partir de ese ejercicio⁹.

TOTAL PAIS						
ESTADO DE RESULTADOS	Total Ejecutado					
EJERCICIO	96-97		97-98		98-99	
CONCEPTO	% s/ Ingresos	Miles U\$S	% s/ Ingresos	Miles U\$S	% s/ Ingresos	Miles U\$S
Técnicos SIN Anest.-Quirúrg.	18	173.884	18	176.273	19	190.857
Técnicos Anest.-Quirúrg.	8	74.192	8	83.921	7	76.599
Total	26	248.076	26	260.194	26	267.456

MONTEVIDEO						
ESTADO DE RESULTADOS	Total Ejecutado					
EJERCICIO	96-97		97-98		98-99	
CONCEPTO	% s/ Ingresos	Miles U\$S	% s/ Ingresos	Miles U\$S	% s/ Ingresos	Miles U\$S
Técnicos SIN Anest.-Quirúrg.	15	93.372	13	87.628	15	100.552
Técnicos Anest.-Quirúrg.	10	66.597	11	73.999	10	67.250
Total	25	159.969	24	161.627	25	167.802

INTERIOR						
ESTADO DE RESULTADOS	Total Ejecutado					
EJERCICIO	96-97		97-98		98-99	
CONCEPTO	% s/ Ingresos	Miles U\$S	% s/ Ingresos	Miles U\$S	% s/ Ingresos	Miles U\$S
Técnicos SIN Anest.-Quirúrg.	27	80.512	27	88.645	26	90.305
Técnicos Anest.-Quirúrg.	3	7.596	3	9.922	3	9.349
Total	30	88.108	30	98.566	29	99.654

Fuente: Sistema Nacional de Información (SINADI) – Ministerio de Salud Pública (MSP).

En las tablas se puede observar una participación relevante de la retribución anestésico quirúrgica en Montevideo, alcanzando a representar casi un 10% del total de los ingresos de las instituciones en el ejercicio 98-99, mientras que las restantes especialidades no llegan al 15%.

En el Interior la situación es inversa, mostrando una participación muy baja de las especialidades anestésico quirúrgicas con algo menos del 3% sobre ingresos, mientras las restantes especialidades médicas absorben el 26%. Se desconocen las posibles diferencias que pudieran existir en la resolución de la actividad quirúrgica en uno y otro caso, y cuánto podría estar incidiendo ello en las diferencias cuantitativas mencionadas.

Finalmente, el peso relativo de Montevideo sesga el resultado para el país en su conjunto, llegando los técnicos anestésico quirúrgicos a algo más de un 7% sobre ingresos, mientras que las especialidades médicas alcanzan a superar el 18%.

Aproximación empírica al número y composición de trabajadores en el sector IAMC

⁹ Se pierde de este modo la serie de datos que resultarían de interés para la comparación entre el período previo a 1993 (fecha del convenio en que se pasa a un mayor peso relativo del precio del acto con relación al salario en Montevideo, particularmente en el convenio anestésico quirúrgico) y el posterior hasta la actualidad. La información que muestran los cuadros fue proporcionada por autoridades del SINADI en el mes de julio de 2000.

Introducción

Entre los meses de agosto y diciembre de 2000 funcionó en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social una comisión de trabajo sobre la normativa laboral en las IAMC. En el marco del funcionamiento de dicha comisión, el MSP proporcionó información recogida de entre 12 de las 18 IAMC que existían a esa fecha en Montevideo, las cuales representaban un 84% del total de afiliados a las IAMC en la Capital.

Conceptos. Datos a junio 2000.	N° IAMC	N° AFILIADOS
TOTAL IAMC MONTEVIDEO	18	997.322
IAMC que presentaron información	12	835.348
Porcentaje	67%	84%

Cinco instituciones que tienen menos de 50 mil afiliados cada una, las cuales suman aproximadamente unos 100 mil afiliados, y una institución que se aproxima a los 100 mil afiliados por sí misma, no presentan ningún tipo de información. En total, en un millón de afiliados a las IAMC de Montevideo, el equivalente a algo menos del 20% no presenta información de ningún tipo. A su vez, analizados los datos disponibles, se constató una serie importante de inconsistencias¹⁰.

Las características de la información suministrada (su nivel de desagregación, las variables recabadas, etc.) y la no consolidación de la misma con la información sobre recursos humanos que posteriormente habrían proporcionado (de acuerdo a los formularios distribuidos) las “auditorías” que el MSP realizara a las IAMC de Montevideo, hace que el análisis deba ser necesariamente parcial.

Número de cargos técnicos (SMU+SAQ) y no técnicos, relación de dependencia (RD).

Número de cargos (RD) en 12 IAMC de Montevideo. Junio 2000							
Concepto	Médicos			No médicos FUS	Gerentes	Practicantes	Total
	SMU	SAQ	Total				
Titulares	2.784	1.259	4.043	10.836	257	205	15.341
Suplentes	2.222	914	3.136	3.643	54	327	7.160
Total	5.006	2.173	7.179	14.479	311	532	22.501

Fuente: Informe proporcionado por el MSP en octubre de 2.000 (no surge de información de las “auditorías” realizadas a las IAMC de Montevideo).

Peso relativo del número de cargos (RD) en 12 IAMC de Montevideo. Junio 2000							
Concepto	Médicos			No médicos FUS	Gerentes	Practicantes	Total
	SMU	SAQ	Total				
Titulares	18,1%	8,2%	26,4%	70,6%	1,7%	1,3%	100,0%
Suplentes	31,0%	12,8%	43,8%	50,9%	0,8%	4,6%	100,0%
Total	22,2%	9,7%	31,9%	64,3%	1,4%	2,4%	100,0%

Fuente: Informe proporcionado por el MSP en octubre de 2.000 (no surge de información de las “auditorías” realizadas a las IAMC de Montevideo).

Si se consideran los cargos titulares y suplentes¹¹ según las categorías laborales definidas en la información proporcionada, se deduce que el personal **no médico** ocupa el **64%** de los cargos del sector contra un **32%** de los cargos **médicos** (SMU y SAQ) y un **4%** de **Gerentes y Practicantes**.

¹⁰ Esto que amenizó que el SMU planteara al MSP la necesidad de depurar y completar estos datos dada la importancia de los mismos para el análisis y propuesta de salida para el sector. A octubre de 2001, esto no ha acontecido.

¹¹ No existe certeza de que en todas las instituciones se haya seguido el mismo criterio para los cargos suplentes incluidos en este ítem, dada la variedad de situaciones existentes en las distintas IAMC.

La brecha se hace aún mayor cuando se comparan únicamente los cargos titulares. Mientras el personal **no médico** concentra el **71%** del total de cargos del sector, los cargos **médicos** (SMU + SAQ) representan un **26%** y un **3%** los de **Gerentes y Practicantes**.

Número de cargos (RD) promedio por 1.000 afiliados. En 12 IAMC de Montevideo. Junio 2000							
Concepto	Médicos			No médicos	Gerentes	Practicantes	Total
	SMU	SAQ	Total	FUS			
Titulares	3	2	5	13	0	0	18
Suplentes	3	1	4	4	0	0	9
Total	6	3	9	17	0	1	27

Con base en la misma fuente de información, el cuadro anterior refleja la relación de personal en las diferentes categorías laborales por mil afiliados en las IAMC de Montevideo relevadas, teniendo en cuenta la clasificación titular / suplente. A continuación se presenta información sobre las mismas variables pero con base en una fuente de datos diferente y teniendo en cuenta una mayor apertura del personal no médico, en lugar de la relación titular - suplente.

Con motivo de la conformación de una mesa de negociación multisectorial, esta vez en el ámbito del Ministerio de Salud Pública (la cual terminara con la firma del documento del 4 de abril de 2001), las autoridades del MSP entregaron información acerca del número de cargos cada mil afiliados en cada IAMC de Montevideo a junio de 2000, por categoría laboral. En los cuadros que siguen se expone la información con un nivel de agregación que evita trabajar con datos desagregados por empresa.

N° de cargos y peso relativo por categoría laboral. IAMC Montevideo. 6/00				
Categoría laboral	Total cargos	% s/ total	Func. p/médico	RRHH c/mil afiliados
1. Médicos	9.574	35	1	10
2. No médicos	17.214	64	1,8	18
2.1. Enfermería	6.189	23		6
2.2. Técnicos No Médicos	2.998	11		3
2.3. Administrativos	3.675	14		4
2.4. Otros	4.352	16		5
3. Gerentes y Asesores	193	1	0,02	0
N° funcionarios total	26.981	100		28

N° Afiliados	967.063
---------------------	----------------

Se puede observar en el cuadro que el 64% de los cargos de las IAMC corresponden a personal no médico, el 35% a personal médico y un 1% a niveles gerenciales. Dicho de otro modo, por cada médico hay una relación de 1,8 no médicos y es insignificante la participación del nivel gerencial.

Un aspecto a analizar en el futuro y que parece llamativo es la casi igualdad del número de cargos cada mil afiliados que existe entre el personal médico total -SMU + SAQ- que es igual a 10 y el número de cargos cada mil afiliados de la parte del personal no médico con menor proximidad al paciente (administrativos + otros) que es igual a 9.

A continuación se presentan los cuadros con datos de IAMC clasificadas en grupos según el número de afiliados que poseen y la relación de personal por categoría laboral con el número de afiliados correspondientes.

PERSONAL POR CATEGORÍA LABORAL AGRUPADOS POR IAMC Y TRAMO DE AFILIADOS				
Tramos: X= N° afiliados	IAMC con número de afiliados = X			Totales
	100.000<X	35.000<X<100.000	X<35.000	
Total afiliados de empresas	563.329	214.824	188.910	967.063
Total N° de IAMC	3	4	9	16
Médicos (SMU+SAQ)	5.693	2.177	1.563	9.432
Funcionarios (FUS)	9.324	5.347	2.583	17.254
Gerentes y Asesores	37	66	109	211
Total	15.054	7.590	4.255	26.898

Fuente: Informe proporcionado por el MSP en marzo de 2001 (surge de información recopilada en las “auditorías” realizadas a las IAMC de Montevideo) y elaboración propia.

PERSONAL POR 1.000 AFILIADOS SEGÚN CATEGORÍA LABORAL Y GRUPO DE IAMC JUNIO DE 2000				
Tramos: X= N° afiliados	100.000 <X	35.000<X<100.000	X<35.000	Totales
Médicos (SMU+SAQ)	10	10	8	10
Funcionarios (FUS)	17	25	14	18
Gerentes y Asesores	0	0	1	0
Total	27	35	23	28

Fuente: elaboración propia con base en el cuadro anterior.

La diferencia cualitativa que se deriva de la distinta naturaleza del trabajo desarrollado por cada categoría y sus sub-agrupamientos definidos en la información presentada no permiten extraer conclusiones directas relacionadas con la lógica de la distribución de los cargos globales.

Sin embargo, se observan algunos aspectos que pueden resultar significativos:

- En las entidades de menor tamaño relevadas (con menos de 35.000 afiliados) existen menos médicos y funcionarios no médicos por afiliado que en los otros dos agrupamientos.
- A su vez, en los distintos agrupamientos de IAMC del cuadro anterior, el número de cargos del personal no médico supera a los del personal médico. En ambos extremos (para entidades con menos de 35.000 afiliados y para las que tienen más de 100.000 afiliados) la magnitud de la diferencia alcanza al 70%, mientras que en las instituciones medianas es 2,5 veces mayor.

Combinando la información analizada hasta el momento, es decir, distribución de cargos según categoría laboral y participación en la masa salarial total, se alcanza el siguiente escenario:

Categoría laboral	% masa salarial. Ej. 97-98	% N° cargos 6/00
Médicos	41	35
No médicos	59	64
Gerentes		1
Total	100	100

En síntesis, el personal médico –incluyendo médicos SMU y SAQ– concentra el 41% de la masa salarial para el ejercicio 97-98 y el 35% de los cargos en junio de 2000, mientras el personal no médico concentra un 59% de la masa salarial para el mismo ejercicio y el 64% de los cargos en idéntico mes.

En lo que tiene que ver con el mercado de trabajo médico en el sector privado IAMC, la información proporcionada en el marco de la comisión de trabajo sobre la normativa laboral en las IAMC desarrollada en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social arroja luz con relación al *multiempleo* en el sector. Vale recordar que esta información se recabó entre 12 de las 18 IAMC de Montevideo existentes a la fecha, las cuales representaban en su conjunto un 84% del total de afiliados en la Capital.

De los datos proporcionados con relación al número de personas y cargos acumulados, surgen las siguientes tablas.

N° DE PERSONAS SEGÚN N° DE CARGOS Y CATEGORÍA LABORAL. 12 IAMC Montevideo. 6/00						
N° cargos	Médicos					
	SMU		SAQ		Total	
	N° personas	%	N° personas	%	N° personas	%
1	2.097	66%	426	41%	2.523	60%
2	811	26%	386	37%	1.197	28%
3	215	7%	150	14%	365	9%
4	33	1%	52	5%	85	2%
5	6	0%	13	1%	19	0%
6	1	0%	11	1%	12	0%
7			4	0%	4	0%
8 y +						
Personas	3.163	100%	1.042	100%	4.205	100%

N° DE CARGOS SEGÚN CATEGORÍA LABORAL. 12 IAMC Montevideo. 6/00						
N° cargos	Médicos					
	SMU		SAQ		Total	
	N° cargos	%	N° cargos	%	N° cargos	%
1	2.097	46%	426	21%	2.523	39%
2	1.622	36%	772	38%	2.394	37%
3	645	14%	450	22%	1.095	17%
4	132	3%	208	10%	340	5%
5	30	1%	65	3%	95	1%
6	6	0%	66	3%	72	1%
7			28	1%	28	0%
8 y +						
Total cargos	4.532	100%	2.015	100%	6.547	100%

Concepto	SMU	SAQ	Total
Cargos por persona	1,43	1,93	1,56

Una primer constatación en cuanto a la consistencia de la información: en los cuadros anteriores en los que se clasificaban los médicos SMU y SAQ en titulares y suplentes, el total SMU era de 5.006 (con 2.784 titulares) y los médicos SAQ totalizaban 2.173 (1.259 titulares). Por su parte, en el último cuadro –proveniente de la misma fuente, para el mismo mes y las mismas instituciones, sólo que se clasifican de modo diferente- los médicos SMU totalizan 4.532 y los SAQ 2.015. Como puede verificarse, estas cifras no resultan consistentes entre sí, en ninguna de las comparaciones posibles, y las diferencias no tienen explicación.

Sin desconocer las inconsistencias, y asumiendo la validez de los datos del último cuadro para el análisis de los cargos por persona, puede observarse que dos tercios de los médicos SMU y el 40% de los médicos SAQ en las Instituciones que vuelcan información tienen únicamente un cargo en el sistema IAMC de Montevideo.

Del cuadro final se desprende que el número de cargos por médico SMU es igual a 1,43; en las SAQ es de 1,93; y el promedio da 1,56 cargos por médico. Sin embargo, para tomar estos indicadores como reflejo del multiempleo médico no debe perderse de vista las salvedades realizadas con respecto a la información manejada.

Si esta información fuera válida, estos resultados se estarían aproximando, seguramente, al multiempleo existente en el sector IAMC a nivel nacional, ya que puede estimarse con un alto grado de probabilidad que el multiempleo en las IAMC es un fenómeno que predomina en la Capital, dado que en la gran mayoría de los Departamentos del Interior no hay más de una IAMC para contratar y cuando la hay se podría suponer que no se contrata al mismo personal.

A su vez, otra fuente de información que recaba información referida al multiempleo médico es la encuesta realizada por el SMU cada cuatro años. Allí se toman en cuenta, además de los cargos del sistema IAMC, los del sub-sector público (MSP, Universidad de la República, otras instituciones públicas, etc.), y los de otros efectores del sub-sector privado (emergencias móviles, sanatorios privados, seguros, etc.), los cuales no están incluidos en los cuadros anteriores.

Uno de los últimos datos existentes al respecto surge de la encuesta realizada por el Sindicato Médico en agosto de 1998. En el informe “La Situación Profesional y Ocupacional de los Médicos a Nivel Nacional”, realizada por la Consultora Equipos Mori, se plantea:

“Los datos obtenidos sugieren que, al momento de la encuesta, prácticamente todos los entrevistados presentan al menos un cargo. Sólo el 16% de los entrevistados afirmó que tiene un solo cargo, otro 33% de los profesionales presenta dos ocupaciones, en tanto que el 50% restante presenta tres o más ocupaciones, lo que indicaría que la mitad de la muestra de entrevistados presenta un fenómeno de multiempleo. Del estudio se desprende que el promedio de ocupaciones por entrevistado es de 2,6 ocupaciones por entrevistado”.

Los datos que sostienen dicha afirmación en el informe mencionado, se resumen en el cuadro siguiente:

Nº de Cargos	% entrevistados
1	16
2	33
3	28
4	14
5	6
6	1
7	0
8	1
No trabaja	1
Total	100
Promedio cargos	2,6

Aproximación empírica a las remuneraciones salariales en el sector IAMC

La descripción del escenario se puede complementar aún con datos asociados al mercado de trabajo, con el fin de extraer algunas conclusiones que permitan a su vez diseñar propuestas a futuro que tengan en cuenta los factores críticos analizados.

Se describen a continuación algunos aspectos relacionados con la **remuneración** de los recursos humanos como factor productivo de los servicios que prestan las IAMC y los **mecanismos de reembolso** asociados.

Masa salarial (RD). Junio 2000 (incluye aguinaldo). En miles de U\$S y %. (TC: \$ 12,064 al 6/00). 12 IAMC Montevideo.														
Concepto	Médicos						No Médicos		Gerentes		Practicantes		Total	
	SMU		SAQ		Total		Miles U\$S	%	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%
	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%								
Titulares	3.872	22	2.184	12	6.056	35	10.647	61	563	3	208	1	17.475	100
Suplentes	1.119	28	681	17	1.800	45	2.017	51	31	1	128	3	3.976	100
Total	4.992	23	2.865	13	7.857	37	12.664	59	595	3	336	2	21.451	100

El peso relativo por categoría laboral en el total de la masa salarial con base en esta fuente de información es consistente con la información que surge del SINADI (MSP), planteada en cuadros anteriores. En particular, el personal no médico participa en un 59% (tomando el promedio de titulares y suplentes) del total de la masa salarial, mientras que el personal médico (SMU + SAQ) lo hace en un 37% promedio. Sin embargo, el cuadro anterior justifica su presentación en el presente informe a los efectos de calcular el ingreso promedio del personal por categoría laboral.

Salario promedio por cargo (RD), titulares y suplentes, según categoría laboral. 12 IAMC Montevideo. Junio 2000. En U\$S. (TC: \$ 12,064 a 6/00)							
Concepto	Médicos			No Médicos	Gerentes	Practicantes	Total
	SMU	SAQ	Promedio				
Titulares	1.391	1.735	1.498	983	2.192	1.016	1.139
Suplentes	504	745	574	554	577	391	555
Promedio	997	1.318	1.094	875	1.912	632	953

Como puede observarse, el promedio de retribuciones por cargo en el sector no parece alcanzar valores extraordinarios ni se diferencia sustancialmente entre categorías laborales. Los médicos SMU tienen un promedio de U\$S 1.000 de ingreso por cargo y los profesionales pertenecientes a las SAQ de U\$S 1.300, mientras que los no médicos alcanzan los U\$S 875 promedio. Los gerentes, en promedio, perciben U\$S 1.900 de ingreso mensual.

Un aspecto a tener en cuenta para la comparación es la diferencia en las **cargas horarias** para las distintas actividades y funciones en cada categoría laboral. Esto hace que el **valor hora** también sea distinto más allá de la similitud en las remuneraciones promedio por categoría. A ello debería agregarse los requerimientos de formación y especialización correspondientes a cada cargo, aspectos que sin duda constituyen factores diferenciales en una comparación hipotética de este tipo y que hacen al **capital humano** que conforma el sector.

Una segunda forma de analizar los promedios de ingreso es por persona según la cantidad de cargos acumulados en el sector. Pero antes de plantear tales promedios, se presenta en el siguiente cuadro la masa salarial de las personas según el número de cargos que acumula y sólo para la categoría laboral de los médicos, a los efectos de analizar el resultado de la concentración de ingreso para cada tramo, teniendo en cuenta el fenómeno del multiempleo.

MASA SALARIAL SEGÚN N° DE CARGOS ACUMULADOS Y CATEGORÍA LABORAL. 12 IAMC Montevideo. Junio 2000. En miles de U\$. (TC: \$ 12,064 a 6/00)						
N° cargos	Médicos					
	SMU		SAQ		Total	
	Miles U\$	%	Miles U\$	%	Miles U\$	%
1	2.439	46%	645	22%	3.084	38%
2	1.947	37%	1.248	42%	3.195	39%
3	674	13%	669	22%	1.342	16%
4	138	3%	252	8%	390	5%
5	42	1%	59	2%	101	1%
6	6	0%	66	2%	72	1%
7			36	1%	36	0%
8 y +						
Total	5.246	100%	2.975	100%	8.221	100%

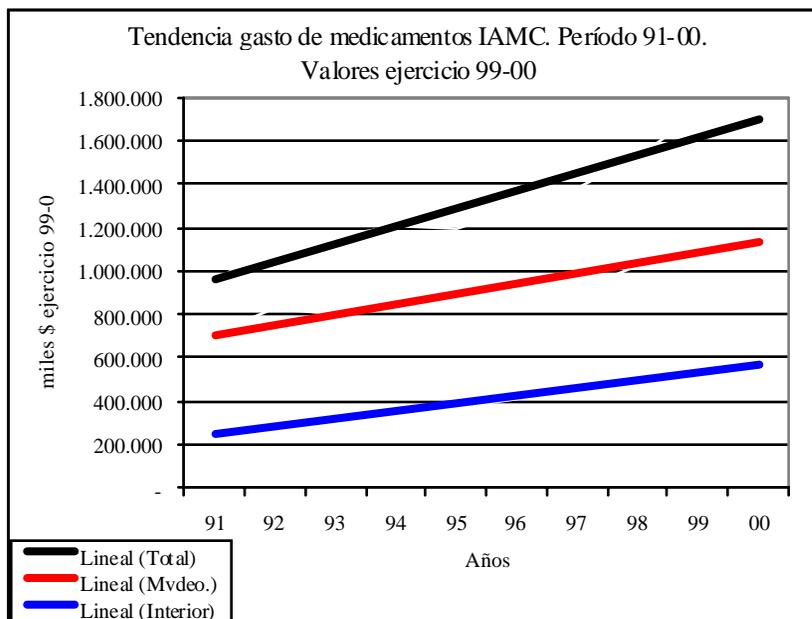
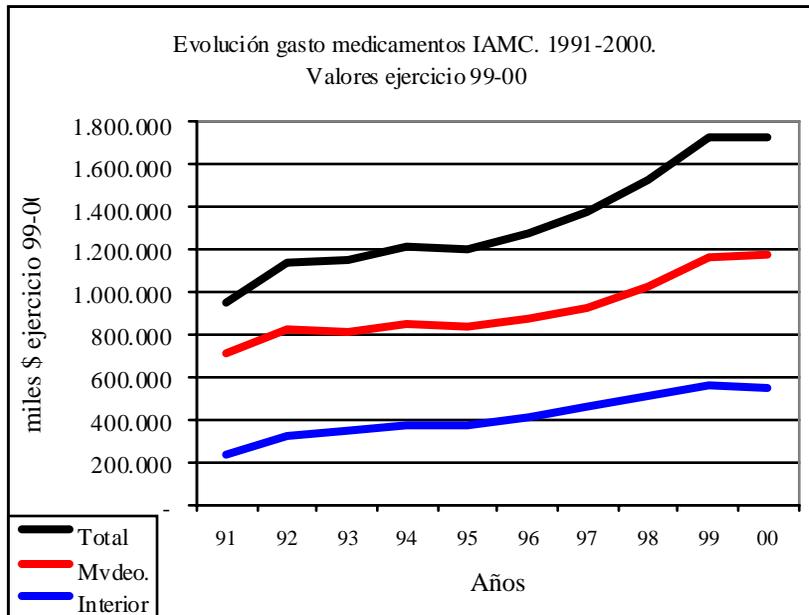
Dos tercios de los médicos SMU (ver cuadro de personas según cargos acumulados) tienen únicamente un cargo en el sistema IAMC de Montevideo, concentrando casi la mitad de los recursos remunerativos del sub-grupo médico para las instituciones consideradas. En el grupo de las SAQ el tramo relevante es el que tiene dos cargos acumulados, representando el 37% de los profesionales del agrupamiento y concentrando el 42% de las remuneraciones destinadas a su actividad en las entidades relevadas.

Volviendo al promedio de remuneraciones por persona, en el cuadro que sigue se muestran los valores para el personal por categoría laboral según el número de cargos acumulados.

Salario promedio por persona (RD) según N° de cargos acumulados y categoría laboral 12 IAMC de Montevideo. Junio 2000. En U\$ (TC: \$ 12,064 a 6/00)						
Cargos	Médicos		No Médicos	Gerentes	Practicantes	Promedio
	SMU	SAQ				
1	1.163	1.515	894	1.824	637	956
2	2.401	3.234	1.551	2.532	1.329	2.297
3	3.133	4.457	1.972	6.273	2.235	3.585
4	4.179	4.849	3.109			4.572
5	6.985	4.535				5.309
6	6.443	6.002				6.039
7		8.972				8.972
8 y +						
Promedio	1.658	2.855	922	1.918	772	1.172

2. MERCADO DE INSUMOS

A los efectos de analizar la evolución del gasto en insumos relevantes en la provisión del servicio que presta el sistema IAMC para la última década, se muestra a continuación el gráfico y la tendencia que ha sufrido el rubro medicamentos en este período, separando los resultados para Montevideo e interior y el consolidado de ambos. Los valores que originan las gráficas que siguen se obtienen actualizando los valores corrientes con el Índice de Precios al Consumo (IPC) para el período considerado.



La comparación entre puntas (1991-2000) muestra un crecimiento real de un 82% del gasto en medicamentos para el sistema en su globalidad, representando un 64% el incremento para Montevideo y un 138% para el Interior.

IV. ENDEUDAMIENTO

Uno de los factores a tener presente es el proceso que ha seguido el *financiamiento del pasivo* que ha generado el sector a lo largo de los años.

En el siguiente cuadro se puede observar el endeudamiento del sistema IAMC a septiembre de 2000, clasificado por región (Montevideo e Interior), según plazo (corriente y no corriente) y tipo de acreedor.

PASIVO IAMC. Ejercicio: 10/99 - 9/00. En Miles de U\$S y % del total del Pasivo						
Conceptos	Montevideo		Interior		Total	
	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%	Miles U\$S	%
Deudas con Proveedores	133.924	40%	29.424	32%	163.349	38%
Deudas Financieras	57.942	17%	15.673	17%	73.615	17%
Deudas con Org. Prev. Soc. (del Ej.)	14.113	4%	5.494	6%	19.607	5%
Deudas con Org. Prev. Soc. (Ej.ant.)	1.263	0%	92	0%	1.355	0%
Deudas Diversas	78.673	23%	26.188	29%	104.861	25%
Previsiones Corrientes	6.169	2%	2.014	2%	8.183	2%
Subtotal Pasivo Corriente	292.084	87%	78.886	86%	370.970	87%
Deudas a Largo Plazo	38.424	11%	11.068	12%	49.492	12%
Consolidación de Deudas c/O.P.S.	474	0%	83	0%	557	0%
Previsiones no Corrientes	5.389	2%	1.388	2%	6.777	2%
Subtotal Pasivo No Corriente	44.288	13%	12.538	14%	56.826	13%
TOTAL PASIVO A 9/00. En miles U\$S	336.372	100%	91.424	100%	427.796	100%

Fuente: Informe SINADI (MSP).

Además del abultado nivel del endeudamiento (representa un 43% del total de los ingresos del sector a nivel nacional en el ejercicio), su concentración en la Capital (79% del total de la deuda), y su fuerte exigibilidad en el corto plazo (87% del total es corriente) caracterizan el pasivo del sistema IAMC en el ejercicio anterior.

A su vez, las denominadas “auditorías” realizadas por el MSP a las instituciones del sector en Montevideo en junio de 2000 mencionaban una fuerte concentración institucional del endeudamiento. En tal sentido, tres IAMC de la Capital concentraban a esa fecha un 55% del pasivo total.

Por otra parte, las deudas con el personal se encuentran incluidas en el rubro “Deudas Diversas”. De las mismas “auditorías” se desprende que a junio de 2000, un 18% del total del pasivo en Montevideo corresponde a deudas con el personal (unos 60 millones de dólares según las estimaciones realizadas a junio 2000). Consultadas las autoridades del SINADI se pudo constatar que el MSP no cuenta con una discriminación de dicha deuda por categoría laboral a partir de la información que surge de los balances y demás informes recabados por la Autoridad. Sin embargo, se puede afirmar que un porcentaje altísimo de la misma corresponde a endeudamiento con el sector médico.

La estructura que se observa en el cuadro precedente amerita un breve comentario acerca de las posibles causas que explicarían el desarrollo a partir del cual se arriba a esta composición.

- Se ha mencionado más arriba el agotamiento del mecanismo que utilizaba la inflación como medio para “disimular” los problemas estructurales de las Instituciones dada la estabilidad de precios alcanzada en la coyuntura.
- Tanto en los momentos en que puntualmente la inflación resultaba insuficiente como instrumento de financiamiento, como en la actualidad por la razón esgrimida en el ítem anterior, el atraso en el pago de **partidas salariales**, particularmente a los médicos (ya sea por ser cooperativistas, ya sea con el argumento de su multiempleo¹²), se constituyó

12 Resultaría de interés poder discriminar de la deuda con el personal en Montevideo, la que corresponde a médicos de la que corresponde a funcionarios.

en una de las fuentes de financiamiento por excelencia de estas Instituciones. La intensidad de su uso y sus efectos distorsivos sobre la actividad institucional llevaron a la saturación de su aplicación. Ejemplos concretos de ello lo constituyen, entre otros, los casos de Casa de Galicia¹³ y CASMU¹⁴ en el año 2000.

- La siguiente alternativa fue el atraso con los **proveedores**, particularmente –por la envergadura de sus montos y la sensibilidad para el funcionamiento- con la industria farmacéutica, con todos los problemas que ello ha traído aparejado. Los síntomas de estos últimos meses dejan entrever que el margen de atraso con estas entidades se ha agotado, al punto que en muchas instituciones se debe abonar al contado para recibir la medicación adquirida.
- Un crédito al que se ha acudido frecuentemente ha sido el atraso en los aportes al **BPS**, el cual se solía refinanciar a largo plazo. Esta oportunidad debía aprovecharse, ya que ser un buen pagador resultaba –financieramente- perjudicial. La existencia de crédito fácilmente refinanciable a largo plazo y con tasas accesibles así lo aconsejaba. Con la reforma de la seguridad social de 1996 y la nueva política del BPS, además de caro, este crédito se ha vuelto de difícil manejo en términos de refinanciación para las Instituciones.
- El **Fondo Nacional de Recursos (FNR)** se ha constituido en una fuente adicional de financiamiento cuando las instituciones recaudan el importe del “reaseguro” abonado por los afiliados y no lo vuelcan en tiempo y/o en forma al Fondo, siendo entonces sujetos pasibles de multas y recargos por parte del organismo. El problema se agudiza cuando la institución de la que se trata cuenta con IMAE propio y el FNR no hace frente a las facturas correspondientes en los plazos acordados.
- Finalmente, ante el progresivo agotamiento de las fuentes anteriormente mencionadas, se debió acudir al financiamiento **bancario**. El más caro de los créditos por las tasas de interés que se abonan (entre otros factores por la categoría de riesgo - sector definida por el BCU), el más complejo del punto de vista de las garantías exigidas, el más riguroso del punto de vista de su cancelación y respaldo¹⁵ (se suele ceder total o parcialmente los derechos del pago de la cuotas abonadas por la Ex – DISSE por la cobertura de sus afiliados al banco como garantía del crédito concedido), etc. Pero también allí se han agotado las posibilidades de extender el crédito.

Este proceso pone de manifiesto la gravedad de la situación, dada la magnitud que ha alcanzado el endeudamiento de corto y mediano plazo del sector, y la escasez de fuentes de financiamiento alternativas a las cuales acudir en la coyuntura actual.

13 En enero-febrero de 2000 se rechazó la solicitud de parte de la empresa a sus trabajadores médicos y no médicos de un descuento o rebaja salarial a los efectos de contribuir en las “soluciones” a la situación que la misma atravesaba.

14 En agosto de 2000 se rechazó la solicitud de parte de la Junta Directiva del CASMU a sus técnicos médicos de efectuar un autopréstamo del 8% reintegrable y reajutable (en U.R.)

15 Excepto los créditos con el BROU cuando se refinanciaban años atrás en un esquema similar al del BPS.

CAPÍTULO 3

ALTERNATIVAS PARA LA TRANSICIÓN

* CAMBIOS EN EL DISEÑO DEL SISTEMA, EL MARCO PARA LA ACCIÓN INSTITUCIONAL Y EL FINANCIAMIENTO

* MODERNIZACIÓN DEL MODELO IAMC: ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN

* CONSECUENCIAS ESTRUCTURALES Y OPERATIVAS

- RECURSOS HUMANOS: MERCADO DE TRABAJO

- EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA

- MERCADO DE INSUMOS

- INGRESOS Y SEGURO DE ENFERMEDAD DE LA EX – DISSE

- PROYECTOS DE RECONVERSIÓN Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

* CUESTIONES PENDIENTES: MODELO INTEGRADO PÚBLICO-PRIVADO A NIVEL NACIONAL CON VIABILIDAD FUTURA

I. CAMBIOS EN EL DISEÑO DEL SISTEMA, EL MARCO PARA LA ACCIÓN INSTITUCIONAL Y EL FINANCIAMIENTO

- **Introducción**

Una vez explicitados los aspectos considerados centrales en la caracterización del sector en la coyuntura, y la decisión de fortalecer el sistema IAMC como opción válida de seguro y prestación para la cobertura de salud del subsector privado, se requiere abordar el análisis de respuestas para la situación actual.

- **Objetivos perseguidos**

Teniendo en cuenta la imagen objetivo planteada anteriormente, las propuestas o alternativas sugeridas deberían contribuir al logro de lo allí esbozado. A los efectos de sintetizar dicha imagen en pocas palabras, podría plantearse que se trata de lograr el *desarrollo sostenido del sistema IAMC con equidad*.

En tal sentido, se entiende que el sector debe alcanzar la equidad apoyado en dos aspectos centrales: por un lado, con niveles adecuados de calidad asistencial para el universo de población cubierta, lo que supone entre otros factores la minimización de los problemas de acceso. Por el otro, definiendo mecanismos de financiamiento de su actividad que progresivamente contribuyan a lograr los niveles de equidad buscados y simultáneamente contribuyan a neutralizar los procesos de *selección de riesgos* y *selección adversa*, característicos en los mercados de seguros.

Es aquí donde se produce la expresión central de la *solidaridad* en el sistema, y es al nivel de la **población** cubierta, principal objetivo y razón de ser de los servicios asistenciales, donde debe priorizarse la **equidad**, prestando servicios con la mayor calidad posible sujeto a las restricciones de recursos existentes. Ello obliga a producir de un modo eficiente, remunerando al **recurso humano** -factor determinante en la prestación del servicio- con base en mecanismos consistentes con el proceso de inversión en *capital humano* dentro del sector.

Para lograr un *desarrollo sostenido*, una vez definido el escenario con las condiciones objetivas para un funcionamiento “sano” del sistema, los servicios deben prestarse con eficiencia en la asignación de los recursos y en el proceso productivo, y de un modo eficaz en cuanto a sus resultados, debiendo ser a la vez sostenible con base en una amplia participación social, tanto en sus niveles de dirección como de planificación y gestión. Esto otorgará una mayor estabilidad al sistema y por ende a las fuentes de trabajo involucradas.

Un aspecto crucial para la efectividad del cambio y la viabilidad del proceso de transición, tiene relación con la necesaria articulación del corto con el mediano y largo plazo, lo cual sólo será posible con alguna probabilidad de éxito si se producen *reales cambios en el comportamiento de los agentes* en el nuevo escenario con sus reglas de juego.

Se trata de lograr esos cambios por la vía del diseño de un sistema coherente de incentivos, tendiendo a reducir los espacios propicios para el accionar de “*buscadores de rentas*”, minimizando el *riesgo moral* con el que tradicionalmente se han conducido diferentes tomadores de decisiones del sistema, y propiciando esquemas que neutralicen los efectos nocivos de las “*relaciones de agencia*” de distinto orden que se desarrollan en los sistemas de salud. En pocas palabras, se trata de que los agentes asuman el riesgo por el accionar de sus empresas y acepten la necesidad de una sana competencia.

A lo ya mencionado se agrega la necesidad de fortalecer el paquete integral de prestaciones por la vía de hacer mayor énfasis en el primer nivel de atención y de definir con claridad los mecanismos de cambio dentro del concepto definido. La reestructuración de la oferta requiere una funcionalidad con el carácter esencial de estas entidades, es decir, la necesidad de contemplar la doble actividad involucrada, con sus diferencias e interrelaciones: el seguro por un lado y la prestación por el otro. La diversidad de opciones deberá tender a fortalecer la libre elección de los demandantes, basada en decisiones informadas por el

Estado, haciendo jugar los incentivos para lograr mejor calidad y resultados, con costos razonables.

- Vehículos para la implementación de las medidas.

A los efectos de implementar medidas que tiendan a un modelo sustentado en los principios que se han definido anteriormente, es requiere de la aplicación de una importante diversidad de instrumentos.

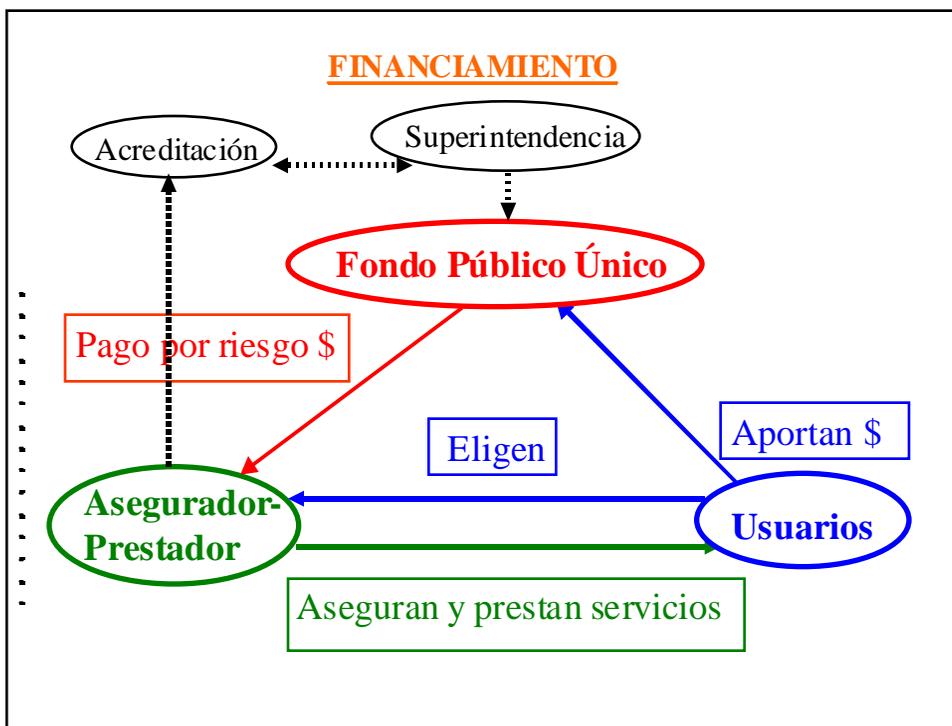
Por un lado, el *marco regulatorio* del sector, tanto en lo que hace a la materia a regular como a las fuentes de donde se originan las normas que determinan las reglas de juego del sistema. Simultáneamente, se trata de constituir *esquemas de financiamiento y gasto* idóneos como mecanismos que resulten operativos en lo que hace al logro de los objetivos definidos en el punto anterior.

Finalmente, no puede obviarse la necesaria acción sobre el *modelo organizativo del sistema de servicios* (como contrapartida del *modelo asistencial*) y los *modelos de gestión*, teniendo en cuenta las opciones para la redefinición del diseño institucional y los cambios que compete ejecutar al nivel micro empresarial, sobre cuyo comportamiento se puede influir o inducir, pero no sustituir, salvo en situaciones peculiares como la que se atraviesa en la actualidad.

En síntesis, las alternativas a implementar deben contemplar los problemas estructurales de las instituciones, promoviendo nuevas *modalidades de gestión*, asociadas o acompañadas de cambios en el *modelo asistencial*, particularmente allí donde los modelos actuales y/o los históricos no han dado resultados asistenciales ni económicos aceptables.

- Cambios en el modelo de financiamiento

Se trata de establecer un nuevo esquema de financiamiento y gasto, tal como surge del gráfico que se presenta a continuación.



NUEVO ESQUEMA AFECTA EQUIDAD Y EFICIENCIA

- * Cambio del modelo de financiamiento → equidad, eficiencia
- * Introducción de la lógica de seguro en las IAMC:
 - Mejora la competencia “SANA” → eficiencia
 - Permite instrumentar esquemas solidarios → equidad

SÍNTESIS

- **Fondo único**: recauda (**equidad**), reembolsa según riesgo (**eficiencia**)
- **Usuarios**: pagan (cuotas - **equidad**, co-pagos - **acceso**), eligen → competencia (**calidad - eficiencia**)
- **IAMC**: prestan servicio (**calidad - equidad**), cobran (riesgo-**seguro-eficiencia**)

El esquema se articula sobre la unificación de los recursos que se vuelcan al financiamiento del sistema en un **fondo de financiamiento único**, separando de un lado el aporte *al fondo* para la cobertura sanitaria de la población afiliada, y del otro la forma de pago *del fondo* a los aseguradores-prestadores de servicios, articulados en un nuevo modelo organizativo.

A su vez, se produce un relacionamiento no monetario entre los usuarios y los aseguradores-prestadores, donde los primeros deben poder elegir libremente entre quienes aseguran y prestan servicios, recibiendo simultáneamente de éstos los servicios prestados.

Cabe acotar que los usuarios deben recibir en forma progresiva una mayor y mejor información sobre la calidad y las características de los servicios e instituciones que los prestan, de modo tal de mejorar las condiciones que permitan optimizar la elección que deben realizar.

Partiendo de la base de que la cuota única en las IAMC (que desde hace ya un buen tiempo no es más una cuota *única* ni promedio para el sector) no constituye la esencia material de la equidad ni la solidaridad del sistema, y que por el contrario ha distorsionado sistemáticamente los resultados de las instituciones (aún cuando no haya sido el único factor para ello, tal como se planteara anteriormente), lo que persigue este nuevo esquema es financiar a las IAMC con base en primas que reconozcan la posibilidad de alcanzar los equilibrios económico financieros dependiendo básicamente de la eficiencia en la gestión, para una canasta de prestaciones integral y el pool de riesgos de la población cubierta.

A su vez, se trata de evitar el problema que se produciría con la pérdida de equidad y obstáculos de acceso si se dejara que las primas ajustadas por riesgo fueran pagadas directamente por la población, en cuyo caso la *selección de riesgo* de las empresas podrían dejar fuera de la cobertura a los segmentos de menores ingresos y/o a aquellos con mayores propensiones a enfermar y por ende a quienes más lo necesitan.

Con el nuevo diseño, el incentivo a *seleccionar riesgo* por parte de las empresas tiende a desaparecer y se mantiene el pago sujeto a la racionalidad asociada a los costos esperados de las instituciones. A su vez, el regulador puede establecer márgenes explícitos destinados a incentivar el fortalecimiento *real* del primer nivel de atención.

El sistema así conformado, presupone una serie de factores a tener en cuenta para la implementación de los cambios. Entre ellos resaltan los siguientes:

Por un lado, la creación de un *fondo financiador único* para el sector¹⁶ que cumpla con la función de recaudación y pago, fortaleciendo el esquema de subsidio a la demanda que en términos conceptuales ya puede observarse en la actualidad a través de la cobertura que realiza la Seguridad Social.

Por otra parte, requiere de la constitución de una *superintendencia*, de modo tal de unificar los mecanismos de regulación del sistema (fuentes y materias) en sus diferentes áreas. Simplemente a modo de ejemplo, se trata de unificar reglas de juego para instituciones que compiten total o parcialmente en los mismos mercados, o la regulación de precios para

¹⁶ Que bien puede extenderse luego a otros subsectores del sistema tendiendo a un esquema homogéneo y monitoreado en lo que refiere al financiamiento del sector salud con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en la imagen objetivo.

productos que son comercializados con un gran poder de mercado (monopolios u oligopolios de pocas empresas), etc.

El esquema admitiría variantes como por ejemplo que el *fondo único* operara simultáneamente como *superintendencia* del sector, ubicado en un nivel jerárquico dentro de la Administración que tienda a protegerlo de presiones políticas espurias.

Finalmente, se requiere de la conformación de un *organismo acreditador* obligatorio que establezca requerimientos básicos de calidad asistencial para el funcionamiento, con la condición de que pueda conservar la máxima autonomía posible con relación a quienes son objeto de su accionar y pueda canalizar información hacia la población para la toma de decisiones informadas sobre resultados asistenciales por institución.

El esquema general reconoce una *financiación* constituida por aportes de trabajadores y empresarios a través de la Ex - DISSE, y de los particulares (pagos de bolsillo, etc.), ya sea con la modalidad actual o bien con el mecanismo que la sociedad entienda resulte de mayor equidad y justicia.

A su vez, el *reembolso* a las entidades aseguradoras-prestadoras se realiza en base al riesgo de la población asegurada (costo esperado de la cartera de afiliados). Para ello se requiere del análisis del gasto esperado ajustado según factores determinantes de riesgo como la edad y el sexo de la población cubierta, teniendo como ancla del sistema el paquete asistencial integral de acuerdo a la normativa actual y la que surja de los mecanismos de ajuste a futuro para su permanente actualización por incorporación o sustitución de prestaciones.

La información para el reembolso ajustado según riesgo de la población asegurada es una de las limitantes críticas para poner en funcionamiento el sistema. El proceso de recolección de información para el cálculo de costos que sirvan de base para una nueva paramétrica de ajuste de la cuota IAMC ha exigido una desagregación de la información - principalmente de utilización- clasificada por edad y sexo de la población asegurada, tal como surge de los formularios de recolección de datos entregados a las IAMC que participaron del estudio realizado por el Comité Ejecutivo Para la Reforma del Estado (CEPRE). Esa información bien puede constituirse en una primer aproximación que sirva de base para el trabajo que permita ajustar los precios por riesgo asociado a la población asegurada, en la perspectiva de un posterior perfeccionamiento con datos de morbilidad.

El manejo transparente de los recursos del *fondo único* se constituye en condición necesaria y crucial para el logro de los objetivos perseguidos.

El nuevo esquema representa una posibilidad cierta de avanzar hacia la constitución de un *seguro nacional de salud* que garantice la homogeneidad y universalidad en la calidad de las prestaciones, integrando a futuro a los servicios del sector público si eventualmente así se definiera. En cualquier caso, el cambio en la modalidad de financiamiento puede hacerse únicamente para el subsector IAMC, o bien puede incorporarse a los servicios del sector público unificando los fondos del sistema sin que por ello desaparezca la prestación de ASSE y demás efectores con población de cobertura “cerrada”.

II. MODERNIZACIÓN DEL MODELO IAMC: ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN

Se trata de desarrollar una *fuerte reestructura del lado de la oferta*, con instituciones cuya viabilidad futura se apoye en la calidad acreditada de sus servicios y en su sostenibilidad económico-financiera con equilibrios basados en las estructuras demo-epidemiológicas, con la implementación de nuevos modelos asistenciales y de gestión.

Si bien una de las características esenciales de las IAMC es que son instituciones sin fines de lucro, ello no significa el desconocimiento de la necesidad de alcanzar equilibrios económico financieros con perspectivas de mediano y largo plazo.

Una vez racionalizados los ingresos institucionales con primas ajustadas al riesgo de la población cubierta –en una primera aproximación con base en la edad y el sexo– en función de las tasas de utilización y la composición de los egresos a los efectos de estimar el gasto esperado por cartera, el modelo de atención y de gestión institucional pasan a resultar cruciales en los objetivos mencionados anteriormente.

Los mecanismos para las reestructuras pueden ser múltiples, pero en general deben atender a determinadas cuestiones básicas. En este apartado, cobran importancia las características diferenciales existentes entre las IAMC de Montevideo y las del Interior para ciertos aspectos que tienen que ver con la reorganización. A modo de ejemplo, la organización de los servicios ofrecidos puede presentar diferencias en términos de eficiencia si se parte de la base de que las escalas no siempre son objetivamente posibles en determinadas realidades departamentales.

La organización de los servicios y la asignación de los recursos requiere ajustar variables que tienen que ver con el seguro, aspectos vinculados con la prestación, y el vínculo existente entre ambos.

Con relación al primero de los puntos, un aspecto a resolver es el proceso que necesariamente se debería seguir para alcanzar las escalas de afiliados adecuadas a partir del modelo institucional (canasta integral obligatoria, prima ajustada al riesgo, empresas sin fines de lucro, etc.), particularmente para las IAMC de Montevideo.

A su vez, el gasto institucional requiere de equilibrios internos alcanzables sobre la base de sistemas que impliquen ajustes que operen con relativa automaticidad. El nuevo modelo asistencial debería construirse sobre la base de incentivos que tendieran a fortalecer con seriedad el primer nivel de atención, y la organización de un sistema que vigorizara las referencias entre los distintos niveles de atención institucionales permitiendo mejorar el resultado asistencial y la eficiencia en el proceso de producción del servicio.

Por ejemplo, la asignación de recursos en el área hospitalaria con base en mecanismos prospectivos de costeo¹⁷, muy simplificados con relación a los existentes en otras partes del mundo, pero recogiendo la importante experiencia desarrollada incluso en países de la región, permitirían establecer un proceso de aproximaciones sucesivas hasta alcanzar los equilibrios mencionados, tanto desde un ángulo asistencial como económico. Esquemas equivalentes pueden manejarse a nivel del área ambulatoria, y sobre esa base, un sistema que incentive una correcta relación entre los niveles de atención. Subyace en este esquema la necesidad de desarrollar mecanismos de habilitación, acreditación y evaluación de servicios, protocolización de procedimientos, supervisión de las distintas áreas de prestación asistencial, etc.

Estos mecanismos de reembolso tendrían la virtud de permitir alimentar el cálculo de la prima con un ajuste por riesgo que incluyera, además del sexo y la edad de la población reflejada en datos de utilización, aspectos vinculados a la *morbilidad* recogidos en las instituciones que implementaran mecanismos de costeo como los sugeridos.

A su vez, estos métodos admitirían la combinación con nuevos sistemas de asignación presupuestal hacia adentro de las instituciones, fundamentalmente instrumentables desde el inicio del proceso. Estos métodos deberían tener en cuenta el resultado de la actividad del

¹⁷ Ejemplo de ello son los DRG (Grupos Relacionados de Diagnóstico)

equipo de salud en los diferentes niveles asistenciales, de modo tal de fortalecer su funcionamiento y al mismo tiempo permitir la distribución del riesgo institucional.

Este último punto tiende a evitar que el riesgo se concentre -como ocurre en la mayoría de los casos en la actualidad- en el personal médico. Ya sea por la vía del no pago de salarios y beneficios, el sistemático atraso en los mismos o la auto - rebaja lisa y llana, los médicos han absorbido una buena parte del riesgo de las empresas desde su rol laboral, muchas veces combinado con la condición de cooperativistas. Para demostrar ésto, basta con observar el nivel de endeudamiento alcanzado con los médicos -monto que se refleja en el rubro “deudas diversas” del pasivo consolidado a 9/00 analizado en capítulos anteriores-.

En el mismo sentido de fortalecer el rol del equipo de salud, deberían tenerse en cuenta factores tales como la estacionalidad característica en la demanda y por tanto en la producción del servicio asistencial, la evaluación y ponderación de la productividad “sana” de cada categoría laboral en cada función y actividad, y los esquemas de remuneración asociados. Este punto se retomará luego al analizar las consecuencias estructurales y operativas.

III. CONSECUENCIAS ESTRUCTURALES Y OPERATIVAS

A. RECURSOS HUMANOS: MERCADO DE TRABAJO

Es el principal rubro de los egresos institucionales de las entidades de salud. Como pudo observarse anteriormente, representan aproximadamente un 60% de los ingresos, tomando en cuenta únicamente las remuneraciones y cargas sociales del personal en relación de dependencia.

Dado el peso relativo y la incidencia que tienen en los resultados económicos de las instituciones, se plantea la necesidad de realizar ajustes a la masa salarial para contribuir a mejorar los resultados institucionales.

Como antecedentes, vale la pena recordar que el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las cámaras empresariales del sector, y la Federación Uruguaya de la Salud, firmaron un documento de acuerdo con fecha 4 de abril de 2001 denominado “Propuestas de Medidas Inmediatas para superar la Crisis Mutua y *Mantener el Empleo*”.

Este documento fue la resultante del trabajo de una Comisión multisectorial constituida el 31 de enero de 2001 convocada para elaborar un “Acuerdo Multisectorial de Fortalecimiento del Mutualismo y *Mantenimiento del Empleo*”, en la cual participaron además los gremios médicos y la FEMI como observador. Entre los cometidos de la Comisión, se planteó “*asegurar la estabilidad laboral para todos los médicos, cirujanos, y funcionarios no médicos que trabajan en el mutualismo de Montevideo*”.

Los proyectos de reconversión (que vienen elaborando las IAMC de la Capital con la participación activa del PROMOSS / MSP) a presentar por las instituciones con el fin de calificar para acceder a los fondos de los préstamos BID, incluyen dos condiciones de afectación para la institución en caso de recibir los mismos: por un lado, un 80% con destino a la cancelación de pasivos de origen comercial, y por el otro un 20% para mejoras en la gestión, incluida la posibilidad de financiar incentivos para el retiro o bien el *pago de indemnizaciones por despido*. Si se lee con atención este párrafo y el anterior, parecería que existen ciertas contradicciones en la política proveniente del MSP con relación a la conservación de la totalidad de los puestos de trabajo...

Los ajustes de la masa salarial, de ser aceptados, pueden realizarse a través de tres mecanismos:

1. Disminuir el empleo en el sector
2. Disminuir salarios y/o precios unitarios de remuneración variable
3. Una combinación de ambos

a. **NO HAY AJUSTE EN LA MASA SALARIAL:** si se supone que existe la posibilidad de mantener las remuneraciones globales estables, **sin afectar el empleo** y **sin ajustar salarios y/o precios unitarios de remuneración variable**, de alcanzarse los equilibrios económicos necesarios del sistema IAMC en la perspectiva de mediano y largo plazo, implementando por tanto los proyectos de reconversión y medidas de reestructura complementarias, entonces el sistema IAMC será viable a futuro y uno de los principales objetivos se habrá cumplido con el menor costo social posible.

b. **SE REQUIERE AJUSTE EN LA MASA SALARIAL:** si por el contrario se produjeran desequilibrios y no se lograra alcanzar la viabilidad de las instituciones en la perspectiva de mediano y largo plazo, entonces deberían realizarse los ajustes:

b.1. **En variables de empleo** (suponiendo que no se realizan ajustes de salarios y/o precios unitarios de remuneración variable) para absorber la parte del déficit que amortigua el ajuste de la masa salarial. Las opciones a considerar varían en función del *objetivo que se persiga*:

* Si se trata de evitar el aumento de la tasa de desempleo del país, entonces se aseguraría la estabilidad del empleo y el ajuste debería hacerse con un aporte del Estado para financiar el desempleo encubierto con un subsidio explícito a las IAMC

* Si la prioridad es brindar un servicio de calidad a la población, para lo cual se requiere el funcionamiento de un sistema IAMC eficiente y eficaz, entonces deberá tenderse a un nivel de empleo consistente con los recursos disponibles y la canasta de prestaciones a brindar, con un horizonte de largo plazo. Para ello, debería actuarse fundamentalmente sobre la productividad (equipo de salud, por áreas y a nivel individual). Si bien existen problemas de medición de la productividad en los servicios y resulta particularmente delicada en el área de la actividad médica, se puede anticipar la existencia de importantes asimetrías entre el personal médico y no médico (en éste último, fundamentalmente en áreas de menor proximidad al paciente).

b.2. En variables de salarios y/o precios unitarios de remuneración variable (suponiendo que no se realizan ajustes en el empleo) para absorber la parte del déficit que amortigua el ajuste de la masa salarial. Las opciones varían según el *mecanismo elegido para el ajuste*:

a. Si la solución apunta a establecer *topes salariales* globales:

- *Sesgo*: afecta básicamente a los *médicos* dada la variabilidad de su retribución con relación a la media (salario fijo y partidas variables).
- *Equidad*: ¿se contempla la solución con equidad entre el personal cuando no se toma en cuenta la *productividad*?, ¿qué tipo de *señal* se envía hacia el personal eficiente que percibe una remuneración elevada?
- *Gestión*: Se torna un sector poco atractivo para el personal no médico *calificado*, y no obliga a evaluar la *productividad del trabajo* por categoría laboral.
- *Especialización*: la tendencia a la igualación entre funciones diferentes no discrimina correctamente por conocimiento, especialización, capacitación y profesionalidad.
- *Laudó*: en principio altera las relaciones del Laudo y los convenios vigentes, lo cual no representa necesariamente un obstáculo si se define a priori la voluntad de rediseñar ambos marcos laborales.
- *En síntesis*, se afecta negativamente la inversión en *capital humano* en el sector salud.

b. Solución que contempla medidas según *productividad*

- *Sesgo*: no afecta a priori a un *grupo laboral* específico (depende de la productividad en cada caso). Debe tenerse en cuenta que el personal médico combina remuneración fija y variable, lo cual permite conocer en ciertas actividades la productividad de su trabajo; en el caso del personal no médico la remuneración es prácticamente en su totalidad fija, lo que impide un acercamiento sobre esta base a aquella medición.
- *Equidad*: una correcta implementación debería *premiar* a quien trabaja eficiente y eficazmente y *castigar* el ocio en el trabajo...
- *Gestión*: Se estimula la *captación de talentos* de personal no médico hacia el sector, y se premia los resultados eficientes y eficaces, obligando a evaluar la *productividad del trabajo* por categoría laboral.
- *Especialización*: con este mecanismo no se alteran las relaciones que diferencian distintas funciones a partir de variables como la especialización, el conocimiento, la capacitación, la profesionalidad, etc.
- *En síntesis*, fortalece la apuesta a invertir en *capital humano* en el sector.

Ahora bien, si se partiera de esquemas que tendieran a racionalizar la modalidad con que se financia a las entidades del sector (cuotas ajustadas al riesgo de la población cubierta, evitando así el incentivo a excluir a población con mayor riesgo a enfermar) resultaría relevante abordar *nuevos modelos de gestión y gerenciamiento* en el ámbito de los recursos humanos.

Sin pretender diseñar soluciones ni esquemas cerrados, que seguramente son y serán elaborados eficazmente por quienes tienen la responsabilidad de hacerlo en los ámbitos respectivos, vale la pena señalar la disposición manifiesta que el SMU ha mostrado en diversas circunstancias en los últimos tiempos con relación a la generación de condiciones para el desarrollo de modelos como los reseñados en puntos anteriormente desarrollados.

Tanto en el documento de Solís de agosto de 1999 como en el acuerdo suscrito en el mes de marzo de 2000 en el MSP entre los diferentes actores del sistema –entre quienes se encuentra el SMU- con presencia de distintos Ministerios en representación del Poder Ejecutivo, se resalta la necesidad de encarar cambios profundos en el modelo asistencial y de gestión.

El SMU elaboró una serie de propuestas -aprobadas por asamblea- con el fin de ser presentadas en el grupo de trabajo creado por el Poder Ejecutivo en el mes de julio de 2000 a los efectos de tratar temas vinculados a la actividad laboral del sector salud. Las mismas fueron recogidas en un documento firmado en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social por el SMU, las IAMC y el PE, con complementos surgidos a partir de una intensa actividad desarrollada por el mencionado grupo de trabajo. *El contenido de dichas propuestas son consistentes con la orientación que surge de los documentos referidos en el párrafo anterior.*

Se trata de medidas que tienden a introducir una racionalidad acorde con las posibilidades objetivas de desarrollar nuevas modalidades asistenciales y de gestión, entre las que figuran aspectos que bien vale la pena resaltar en su marco conceptual.

- Mejorar las condiciones de trabajo médico, tendiendo a revertir en el mediano y largo plazo la fragmentación de cargos y el **multiempleo** en actividades específicas como la de policlínica, con todas sus connotaciones negativas, exigiendo a cambio determinadas reglas de juego y un efectivo proceso de consolidación y disminución del riesgo que presentan en la actualidad las instituciones del sector y éste en su globalidad, de modo de otorgar mínimas garantías de estabilidad a quienes deseen optar por una u otra institución en el mencionado proceso de concentración. Esto favorecerá sin dudas al *paciente* a partir de la mejora en las condiciones en que el médico desarrollará su actividad; a las *instituciones* que podrán contar en mejores condiciones y de un modo más eficiente, con personal que permitirá hacer la distinción en materia de competencia por carteras estables de socios sobre la base de una mejora en la calidad del servicio; y al *médico*, que podrá lograr en forma progresiva un esquema laboral más ordenado y racional, adquiriendo una mayor capacidad temporal para el desarrollo de actividades tales como la formación y educación médica continua.
- Reanalizar la relación existente en el peso relativo de las **modalidades de pago** a los recursos humanos: componentes fijos con relación a la actividad desarrollada (a través del salario, la antigüedad, etc.), y componentes variables (a través fundamentalmente del destajo o el acto médico). Este aspecto contiene en sí mismo una multiplicidad de objetivos que resultan de interés para el recurso humano y para las empresas. Para los primeros por el equilibrio que puede significar una ecuación razonable para sus ingresos; para los segundos, porque impacta en sus resultados económico-financieros, permitiendo la eventual introducción de incentivos que hagan posible que se comparta el riesgo y los resultados de la actividad institucional con el personal involucrado.
- Modificar los tiempos destinados a la **atención del paciente**¹⁸, básicamente en función de la duración media contenida en la normativa vigente para la gran mayoría de las especialidades. Existe cierto consenso entre los médicos acerca de que la relación actual de 6 pacientes en la hora para la gran mayoría de las especialidades no se condice con la calidad asistencial esperada, afectando negativamente la relación médico paciente y sus resultados.
- Explorar mecanismos de estímulos al **retiro médico**, de modo tal de permitir que aquellos profesionales que habiendo configurado causal jubilatoria y deseando retirarse, puedan hacerlo abatiendo al menos en forma parcial la brecha que se crea entre su salario jubilatorio y el ingreso que perciben al momento de determinar su eventual retiro. Esto permitiría contribuir al desbloqueo del mercado de trabajo para abrir paso a las nuevas generaciones, al tiempo que daría espacio a las empresas para racionalizar en parte su estructura laboral actual.

¹⁸ Particularmente en la actividad de policlínica.

Estas medidas permiten alcanzar, con impactos diferentes y en distintos horizontes de tiempo, readecuaciones en la masa salarial médica total y en el carácter incitativo que tendiera a mejorar la calidad asistencial, el resultado institucional y la calidad y forma de trabajo médico. En el marco de estas propuestas existe un espacio para el estudio de la *productividad médica* en el área ambulatoria, así como del análisis –aún cuando no quedó registrado en los acuerdos suscritos- de las formas de trabajo a nivel centralizado, etc.

Estas modalidades de ajuste son consistentes con las medidas planteadas en el marco de las alternativas de cambio en los mecanismos de financiamiento, del modelo asistencial y de gestión institucional, en lo que hace a la problemática de los recursos humanos. Se puede admitir a su vez que no tienen porqué agotarse en sí mismas. Finalmente, contribuyen positivamente a fortalecer un concepto de suma importancia en el sistema de servicios de salud: el concepto de *capital humano*.

El análisis de la masa salarial no médica y su ajuste requiere profundizar en cuestiones como la *productividad* del trabajo de sectores importantes, particularmente aquellos cuya actividad se aleja de la proximidad al paciente. La forma de remuneración de estos sectores prácticamente no incluye componentes variables, con la inexistencia por tanto de mecanismos incitativos que promuevan una mayor producción en las diversas áreas involucradas.

B. EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA

Con relación a la evaluación, incorporación y utilización del equipamiento y la tecnología, se plantea la necesidad de mantener un esquema de regulación coherente con los objetivos planteados anteriormente. Una cosa es el deseo de alcanzar niveles de coordinación en la actividad relacionada particularmente con los procedimientos producidos por tecnología costosa hacia adentro del sistema IAMC y otra distinta lo que ocurre en la realidad.

Si es cierto que la población valora como uno de los elementos diferenciales para la elección de la institución a la cual afiliarse el equipamiento de que se dispone, independientemente incluso de la efectividad que el mismo pueda tener para las patologías más frecuentes, entonces existe un incentivo para que las empresas de mayor tamaño adquieran equipos y tecnología, aún cuando ello resulte en una superposición de gastos para el país, y no se inclinen por coordinar con otras entidades que eventualmente posean ya tales equipos. A su vez, las entidades de menor tamaño ven en la coordinación para la adquisición de procedimientos asociados a tecnología cara, un riesgo de pérdida de afiliados.

Es entonces el propio Estado, a través del MSP, quien debería analizar y evaluar la normativa regulatoria existente con relación a este punto, hacer efectiva aquella que considere consistente con los objetivos planteados, y buscar los mecanismos para definir centros de referencia nacional –que bien podría ser el propio Hospital de Clínicas- donde se concentren los procesos de decisión con respecto al manejo integral de la temática, definiendo reglas de juego claras y haciéndolas cumplir.

Simultáneamente, es de esperar que una mayor y mejor información proporcionada por el MSP hacia la población demandante de servicios de salud, permita en el mediano y largo plazo modificar el comportamiento que tiende en el presente a seleccionar las instituciones no por sus resultados en salud (uno de los componente de la definición de calidad) sino más bien por la estructura que presentan las IAMC (un segundo componente de dicha definición) y particularmente en lo que refiere a la tecnología que se posea.

C. MERCADO DE INSUMOS

En este apartado resalta la problemática que presenta el mercado de medicamentos, si bien los comentarios son totalmente aplicables a los mercados de materiales de uso médico y otros insumos de menor peso relativo en la estructura de gasto de las IAMC.

A su vez, la situación puede analizarse para el país en su conjunto en lo que refiere al grado de regulación de precios de los insumos, pero aparecen diferencias al momento de evaluar la respuesta del lado de las empresas, ya que han existido distintos comportamientos entre el grupo de instituciones de Montevideo con relación a las entidades agrupadas en FEMI.

Hasta fines de los 80 aproximadamente existió en el sector regulación de precios, particularmente en el mercado de medicamentos. Sin pretender que aquel proceso sirva como ejemplo para la solución de la situación actual, resulta útil como referencia para, en un principio, comprender que la misma es absolutamente posible.

A su vez, además de posible, la intervención del Estado en la regulación de precios es deseable, ya que a modo de ejemplo, existen en el mercado líneas de fármacos que constituyen segmentos monopólicos – o bien oligopólicos con gran poder de mercado-, cuyos laboratorios en consecuencia imponen los precios con las consiguientes presiones al alza de los costos institucionales sin ninguna limitación de parte del poder regulador. Quienes poseen ciertas escalas se encuentran en mejores condiciones de negociar precios, pero las entidades de menor tamaño sufren las consecuencias en sus egresos.

El MSP no ha tomado aún medidas visibles que permitan avizorar cambios en lo que refiere a los altos niveles de precios de los medicamentos en el mercado uruguayo, salvo en lo que tiene que ver con los costos financieros incluidos –es de suponer- en los precios unitarios, a partir del abultado endeudamiento de las IAMC con los laboratorios, una vez que se cancele parte de la deuda si es que se accede a los fondos BID para el fortalecimiento institucional.

Se ha divulgado que una condición para los desembolsos de los fondos correspondientes a tales préstamos es que se afecten en un alto porcentaje a la cancelación de deudas comerciales. Este aspecto no parece contribuir a que los laboratorios de medicamentos realicen quitas a los abultados endeudamientos de las IAMC contra la cancelación de parte de sus deudas con estos fondos, cuando los acreedores están en conocimiento de su existencia. La alternativa consistirá en el diseño de una estrategia de cada entidad para que los laboratorios compitieran por la captación de dichos fondos a cambio de quitas considerables en el monto de las deudas (las cuales probablemente hayan sido consideradas a priori y en un alto porcentaje como incobrables).

En lo que refiere a las estrategias de las IAMC, la implementación de vademécum en cada institución es uno de los mecanismos más frecuentes para abordar la problemática de los costos crecientes en el consumo de medicamentos. La problemática suele concentrarse en el consumo de medicación de internación, dado que el MEF autoriza a cobrar tiques como tasas moderadoras o co-pagos (aún cuando han perdido su rol como tales y se han transformado en recaudadores) en el nivel ambulatorio, con lo cual no siempre se producen resultados negativos a ese nivel.

Las políticas de precios han sido encaradas de modo diferente por las IAMC de Montevideo con relación a las del Interior nucleadas en FEMI. Estas últimas han constituido una central de compras que a su vez opera como centro de referencia de precios y otorga un cierto grado de libertad a las instituciones para adquirir en forma independiente. En Montevideo se ha intentado conformar mecanismos semejantes, pero con distinta suerte. Los problemas de mercado presente en Montevideo, y los incentivos a salirse de los acuerdos pactados, usufructuados en forma inteligente por los laboratorios, han hecho naufragar los intentos realizados tiempo atrás. De allí que se refuerza la necesidad de que el Estado intervenga regulando los mercados en donde existe competencia imperfecta.

No debe descartarse que una caída en los precios unitarios de los medicamentos pueda redundar en una reducción de los tiques y transferirse parte de los beneficios a los

consumidores, reduciendo de ese modo una barrera de acceso importante y mejorando por tanto las relaciones de equidad existentes hacia adentro del sistema.

Finalmente, en tiempos en que países de distintos continentes, en general países subdesarrollados, -y para no ir demasiado lejos- incluso el propio Brasil, desarrollan políticas en materia de genéricos para combatir la escalada de precios, es de esperar que existan repercusiones favorables que repercutan en nuestro país, sin dar por inmutables las leyes que tienen relación con estos mercados.

El MSP a través del Director General de la Salud, ha comprometido en reuniones mantenidas en el año 2000 con autoridades del SMU, la entrega de información acerca del proceso actual, las medidas proyectadas y los plazos para la implementación de las mismas, tendientes a influir favorablemente en los problemas arriba mencionados. Hasta el presente -octubre de 2001- no se ha recibido información ni se ha tenido noticias de las medidas concretas adoptadas en esta dirección.

D. INGRESOS Y SEGURO DE ENFERMEDAD DE LA EX – DISSE

En materia de ingresos, además de la propuesta de cambio en el mecanismo de financiamiento de las IAMC ya analizada anteriormente, existe una medida que ha recogido la aprobación de todos los sectores políticos que previo a las últimas elecciones nacionales comparecieron a debatir en el SMU sobre el sistema de salud. Esa medida es la de extender la cobertura que en el presente realiza el BPS a través de la Ex – DISSE únicamente a trabajadores del sector privado insertos en el mercado formal de trabajo, excluyendo a familiares de trabajadores (que están incluidos en general en la cobertura que otorga la seguridad social en materia de salud) y funcionarios del sector público.

El programa de la Ex – DISSE abona a las IAMC, de acuerdo a lo que la normativa habilita, el 85% del promedio de la cuota de los afiliados individuales de la IAMC a la que se afilie el activo.

A los efectos de evaluar el impacto final de esta medida, se requiere estudiar el número de familiares que en el presente se encuentran cubiertos por el sistema IAMC, buena parte de los mismos a través de convenios con las instituciones. A su vez, se requiere conocer el número de funcionarios públicos que en la actualidad tienen cobertura IAMC, ya sea porque lo abonan de su bolsillo, ya sea porque la institución donde trabajan se los paga como parte de los beneficios. Una vez realizado el estudio, se estará en condiciones de evaluar el impacto final para la población, el Estado y las instituciones involucradas.

Cabe destacar que en caso de resultar posible de instrumentar la medida de extender el programa de la Ex – DISSE, no tiene ningún condicionamiento ni contradicción con el cambio en los mecanismos de financiamiento del sistema IAMC propuesto anteriormente. Resultan medidas posibles de instrumentar conjuntamente y separadamente una u otra.

Un elemento adicional a considerar es el incremento en el porcentaje de cuota promedio que abona la Ex – DISSE por activo cubierto, pasando del 85% al 90%. El mecanismo que tiene la Ex – DISSE para su financiamiento implica que:

Los patronos efectúen un aporte denominado *complemento de cuota mutual* cuando el importe abonado por los seguros sociales por enfermedad (5% aporte patronal + 3% aporte personal sobre retribuciones gravadas del personal) sea inferior al importe que surge de multiplicar el valor de la cuota mutual (85% multiplicado por el promedio institucional) por el número de dependientes beneficiarios.

Por tanto, un aumento como el planteado, implica simultáneamente un incremento en el *complemento de cuota mutual* abonado por los patronos, cuya incidencia final puede repercutir ya sea en el consumidor, ya sea en el trabajador, o bien en la competitividad del empresario. Estos argumentos deben tenerse en cuenta, más allá de que es absolutamente legítimo el argumento relativo a lo excesivo que parece una quita del 15% de la cuota por gastos de administración en la Ex – DISSE.

A su vez, el argumento mencionado en el punto anterior puede tentar a quienes no comparten la necesidad de fortalecer al sistema IAMC a tender a desarticular el programa de la Ex – DISSE. Informalmente se conocen iniciativas ya planteadas en tal sentido.

E. PROYECTOS DE RECONVERSIÓN Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

A continuación se sintetiza la información proporcionada por el Ministro de Salud Pública y sus asesores a los gremios del sector en el mes de **julio de 2001**, con relación al proceso de fortalecimiento del sistema IAMC desde el punto de vista económico – financiero. Se plantea el alcance y el marco de la realización de proyectos de reconversión tendientes a calificar para acceder a fuentes de financiamiento que permitan abatir el importante nivel de endeudamiento que registran las IAMC. El proceso abarcará al menos dos etapas bien diferenciadas, de las cuales se plantean rasgos generales:

ETAPA I PRÉSTAMO SECTORIAL BID

1. Antecedentes

Inicio 8/00: comienza el diagnóstico de la situación de las IAMC de Montevideo, en un plazo de tres meses. Se aborda la problemática en el ámbito institucional desde un triple enfoque: organizacional, económico financiero y asistencial. A su vez, se elabora un informe consolidado con la situación global del sector en Montevideo, donde destacan los rasgos de un sistema asistencial esencialmente curativo, con importantes problemas en materia de gestión y administración, y un fuerte endeudamiento particularmente concentrado en el corto plazo (330 millones de dólares a junio de 2000, de los cuales **270 millones** son exigibles en un plazo inferior a 12 meses) en algunos casos incluso con patrimonio negativo.

Conclusiones: se plantea la necesidad de que las empresas diseñen una estrategia de reestructura y reingeniería institucional que otorgue viabilidad y estabilidad a las entidades y al sistema en su conjunto, para el corto y mediano plazo. En tal sentido, se establece la necesidad de obtener recursos que financien planes de reconversión institucional, es decir, la definición de modelos estratégicos de desarrollo que habiliten cambios estructurales orientados en la dirección señalada anteriormente.

Estatuto tipo: el Decreto que establece la obligación de las IAMC de ajustarse a un estatuto tipo, tomado a su vez como condición para el acceso a los fondos que financian los procesos de reconversión, tiene entre sus objetivos básicos la mejora de la gestión de las instituciones por medio de instrumentos tales como la profesionalización del gerenciamiento y la diferenciación de las funciones de dirección y los niveles gerenciales.

Comité interministerial: se crea un organismo constituido por el Ministro de Salud Pública, el Ministro de Economía y Finanzas y el Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, con el cometido de evaluar y resolver en cuanto a la aprobación o no, en última instancia, de los proyectos de reconversión que hubiesen pasado las evaluaciones previstas en instancias anteriores a su remisión a dicho Comité.

2. Mecanismo a seguir en el proceso de fortalecimiento institucional

Recepción de proyectos de reconversión: un conjunto de empresas consultoras se encuentran asesorando a diversas IAMC en la toma de decisiones con relación a la elaboración de proyectos de reconversión a presentar ante el MSP con el fin de acceder a los fondos provenientes del BID en forma de préstamos. Se estimaba que se terminarían de recibir los proyectos en el mes de julio o agosto de 2001.

Primer evaluación. Unidades técnicas del MSP: se entiende que el proceso de evaluación inicial por representantes técnicos del MSP se desarrollará en el marco de un diálogo permanente con las IAMC, en el cual las unidades de evaluación recepcionarán los planes, los analizarán y evaluarán, estableciendo –si correspondiere- una serie de recomendaciones y sugerencias a las IAMC, las cuales podrán o no concretarse. Se trata de que las unidades técnicas evaluadoras del MSP “comprendan” estos planes, dado que actuarán como “representantes” de las IAMC en la presentación de los proyectos ante las instancias posteriores.

Segunda evaluación. Empresas evaluadoras de riesgo: el segundo dictamen relacionado con la evaluación de los proyectos de reconversión presentados por las IAMC al MSP,

estará a cargo de empresas calificadoras de riesgo. Los proyectos serán distribuidos en forma aleatoria entre tres entidades que postularon para la realización del trabajo, las cuales han pasado por procesos de homogenización de las metodologías de evaluación. El sentido de esta etapa tiene relación con la necesidad de que se procese un dictamen independiente a las entidades evaluadoras del MSP de modo de introducir la objetividad necesaria en el proceso globalmente considerado. Se estima que esta etapa se estaría cerrando aproximadamente dos meses luego de recepcionados los proyectos de reconversión.

Tercer instancia. Comité interministerial: será quien otorgue las aprobaciones definitivas para el acceso a los préstamos otorgados con fondos BID, a partir de cuyo dictamen se firmará un convenio con las IAMC para su habilitación a continuar con el proceso previsto.

Carácter del préstamo: el BID presta fondos al Gobierno para ejecutar políticas y programas de fortalecimiento y estabilidad del sector salud y no para cubrir déficit financieros. Por tanto, el mecanismo consistirá en la recepción de los fondos del BID en el BHU quien oficiará de agente prestamista a las instituciones que contarán con proyectos de reconversión aprobados en las instancias de evaluación previstas¹⁹.

Préstamos: el monto global de fondos correspondientes a esta etapa del financiamiento son aproximadamente **70 millones de dólares**. Las instituciones acceden a los recursos financieros con base en una distribución de acuerdo al número de afiliados que tengan, oscilando el monto per cápita en unos 70 dólares aproximadamente (teniendo en cuenta que se trata de los afiliados al sistema IAMC de Montevideo exclusivamente). El plazo del préstamo sería a **13 años y medio, con 18 meses de gracia**. La **tasa de interés sería variable, de ajuste semestral, inicialmente ubicada aproximadamente en un 10%**. Se estima que esto representa una ventaja para el sistema IAMC ya que se espera una caída en la tasa de interés internacional (a punto de partida de una coyuntura extremadamente desfavorable) que se traducirá en forma directa en un efecto similar para la tasa del préstamo dado su carácter variable.

Desembolso de fondos: se harán por tramos, basados en compromisos de ejecución de los componentes incluidos en los planes de reconversión para el fortalecimiento institucional (mejoras de gestión, ajustes presupuestarios, informatización, auditorías, etc.) que figurarán en los convenios firmados para la concesión del préstamo. Se trata de aspectos económico – financieros, de ejecución, y puntos especiales, siempre conocidos de antemano (se recalca que no habrán aspectos sorpresivos que obstaculicen el desarrollo esperado de la reconversión institucional). Los **equilibrios económicos**, la **capacidad de repago** y el ajuste institucional a las pautas establecidas en el **Estatuto Único** serán condiciones fundamentales para la aprobación de los proyectos de reconversión. El proceso incluye el denominado monitoreo de acciones comprometidas, con cuyo cumplimiento se otorgarán certificados que habilitarán a las IAMC a continuar con el proceso de recepción de los fondos correspondientes al tramo siguiente.

ETAPA II: PLAN FINANCIERO HACIA LAS IAMC

Consideraciones iniciales: El mecanismo no se encuentra aún diseñado en todos sus detalles, razón por la cual se hará una breve reseña del mismo en sus aspectos más relevantes.

Objetivos:

- a. Se trata de quebrar la hegemonía de Montevideo con relación a los préstamos vinculados a los fondos BID (Etapa I). Por tal razón, este plan abarca también a las IAMC del interior.
- b. Resulta evidente que los 70 millones de dólares conseguidos en el esquema mencionado en la Etapa I son insuficientes para el nivel de endeudamiento y déficit que afronta el sector.

¹⁹ En septiembre de 2001 existen negociaciones para que sea el BROU quien definitivamente cumpla esta función.

Mecanismo: se trata de una operación por la cual, quienes hayan superado el proceso de presentación y evaluación con dictamen favorable para sus planes de reconversión (Etapa I), obtendrán un monto equivalente a **180 millones de dólares adicionales (en total, entre ambas etapas suman 250 millones de dólares)**, no efectivos, pero cuyo destino contribuirá a hacer frente al endeudamiento existente. El monto por afiliado (teniendo en cuenta que se trata del conjunto de afiliados al sistema IAMC comprendiendo Montevideo e Interior) corresponde a U\$S 120 per cápita aproximadamente.

Procedimiento:

* El mecanismo consiste en la conformación de un fondo de inversión cerrado, gestionado por una Administradora de Fondos contratada a partir de una licitación pública.

* Los documentos de adeudo que manejen los acreedores de cada institución serán canjeados por un **bono** emitido por la misma IAMC, repagable en un **plazo de 13 años y medio con 18 meses de gracia**, con amortización de capital e interés mensual.

* Los bonos serán negociables en los mercados secundarios o bien podrán descontarse en el sistema financiero.

* Para el repago de los montos a los que accedan las IAMC por este mecanismo, deberán realizar una cesión de créditos en el BPS –correspondientes a derechos por cuotas de afiliados de la Ex – DISSE-, para el pago de los bonos emitidos.

* Los proyectos de reconversión deberán demostrar, en sus flujos de fondos, la capacidad potencial de repago de los compromisos adquiridos. Esta aclaración se hace porque el cálculo global se realizó teniendo en cuenta que en *promedio*, para el plazo de 13 años y medio, el repago se logra con U\$S 1 por socio de la Ex – DISSE; esto implica que deberá tomarse en consideración especialmente el caso de quienes se encuentren por debajo del promedio.

Características generales: el mecanismo es de carácter voluntario, no existe obligación de las IAMC de constituir el fondo de inversión. Se aclara sin embargo que en caso de no hacer uso de esta opción, la IAMC correspondiente deberá demostrar en el proyecto de reconversión el modo en que hará frente al endeudamiento que presente luego de acceder a su parte del préstamo correspondiente a la Etapa I. Se aclara además que la deuda nominada en pesos se pasa a dólares.

Garantías y riesgos: en caso de quiebre de una IAMC que hubiera emitido bonos y restara cancelar todos o parte de los mismos, los acreedores podrán ejecutar los montos impagos de los bonos en igualdad de condiciones con los restantes acreedores. Se trata de que el riesgo lo asuma en lo posible el acreedor y no la Administradora del Fondo, tendiendo a evitar la socialización de las eventuales deudas impagas.

Efectos indirectos: contactos mantenidos con las Asociación de Bancos del Uruguay (ABU) permiten afirmar que ante el reperfilamiento de las deudas de las IAMC, el sistema financiero podría mejorar el crédito al sector, incluso con mejores tasas de interés que las que se venían aplicando. A su vez, se espera una reacción positiva de los acreedores hacia las IAMC, en el entendido que todo tenedor de bonos tenderá a apuntalar al sistema para revalorizar sus bonos en el mercado secundario donde los mismos son negociables.

Costos financieros, líneas de crédito y capital de trabajo.

Este punto tiene relación con los problemas de acceso al crédito en el sistema financiero que tiene en la actualidad el sector IAMC, fundamentalmente en lo que tiene que ver con el capital de trabajo, y el costo del crédito que se dispone. Entre otros factores, la cuestión se vincula con la categoría de riesgo / sector BCU y la escasa acción política de parte de las autoridades involucradas en los procesos de reconversión institucional del sector IAMC (MSP, MEF, MTSS) con relación al momento presente, previo a la aprobación de los préstamos BID y los primeros efectos de los proyectos de reconversión.

El problema es básicamente de percepción de riesgo que se tiene con relación al sector IAMC desde el sistema financiero y el país todo. Nadie puede negar que esa percepción es acertada. Pero si los proyectos de reconversión que permitan calificar para acceder al crédito con fondos BID tendrán la autorización y el respaldo del P.E., que viene trabajando intensamente a través del MSP - PROMOSS en la consecución de los mismos, y si van a ser a pasar a su vez por el dictamen de entidades evaluadoras de riesgo acreditadas ante el BCU, y finalmente serían autorizados a recibir los fondos por una comisión integrada por jerarcas de alto nivel del Gobierno y aún luego serán monitoreadas en el cumplimiento de lo proyectado, entonces la pregunta es porqué no se realizan gestiones para establecer un período de excepción, transitorio, en el cual se pueda operar con crédito y costos financieros razonables, que sirvan como palanca de salida a la situación actual, con un comienzo y un final bien definidos, repagos garantizados y sin que ello signifique una señal equívoca hacia el sector en términos de lobbie como mecanismos de salida hacia futuro. La pregunta queda planteada...

IV. CUESTIONES PENDIENTES: MODELO INTEGRADO PÚBLICO-PRIVADO A NIVEL NACIONAL CON VIABILIDAD FUTURA

Este es un capítulo pendiente de discusión en torno a las formas en que se piensa deberían articularse los servicios del sector público y privado de salud. En cualquiera de las soluciones a adoptar, el principio que debería operar es el de alcanzar una calidad homogénea para el universo de la población del país.

Si bien no existen indicadores de calidad que respalden la afirmación contraria, una aproximación consiste en medir el gasto per cápita que se produce en cada sub sector (en el área pública se hace referencia básicamente a ASSE / MSP). Es sabido que el sector privado gasta tres veces más que el público per cápita... No debe obviarse en este punto la existencia de prestaciones en servicios públicos que no son ASSE / MSP y cuyos costos per cápita en algún caso superan a los del sector IAMC.

Debe tenerse en cuenta además que la población cubierta por el MSP es más joven que la del sector IAMC. En caso de consolidar las poblaciones cubiertas, habría impactos económico financieros favorables para las instituciones del sector privado dado el cambio en el perfil etario de la población globalmente considerada.