

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

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



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

LC/L.867
Diciembre de 1994

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

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

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

1. Definición

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

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

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

2. Formas

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

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

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

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

3. Evolución

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

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

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

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

Cuadro 1

NÚMERO DE AFILIADOS A LAS IAMCs

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

Cuadro 2

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

Rango	1980-1981	1983	1984	1985
1 - 999	6	0	0	0
1 000 - 4 999	26	9	6	4

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_3551

