

El desempeño del Sector Mutual

2004 - 2009

División Economía de la Salud
Ministerio de Salud Pública

Octubre 2009

Victoria Arbulo
Marisa Bugliolli
Giselle Jorcin
Gabriela Pradere
Elizabeth Raffaele
Inés Reyes
Gimena Touriño

Índice

Introducción.....	3
I. Población beneficiaria y tasas de utilización.....	4
I 1. Evolución de afiliados	4
I 2. Tasas de utilización	8
II. Análisis de Ingresos de las IAMC	11
II 1. Evolución de usuarios por tipo de afiliación e Ingresos de Prepago	12
II 2. Evolución de Copagos.....	15
II 3. Evolución de los ingresos por Venta de servicios	18
III. Análisis de Egresos de las IAMC	21
IV. 1. Evolución de las Remuneraciones en las IAMC.	21
IV. 2. Evolución del Gasto en Medicamentos en las IAMC.	29
IV. Análisis de situación económico- financiera de las IAMC	33
IV 1. Análisis de Rentabilidad.....	33
IV 2. Análisis de la Solvencia.....	34
IV 3. Análisis de Liquidez	35
IV 4. Análisis de las Inversiones en Bienes de Uso.	36
V. Análisis de la Calidad asistencial y accesibilidad en las IAMC.....	37
VI. Análisis del Cambio en el modelo asistencial.	40
VII. Conclusiones.....	47
VIII. Anexos.....	50

Introducción

El **objetivo** de este documento es analizar el desempeño del principal conjunto de prestadores privados del sistema de salud uruguayo, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), en el período 2004 - 2009.

Este análisis considerará tanto aspectos relacionados a la situación asistencial como a la económica y financiera de las IAMC en el marco de la Reforma del Sistema de Salud llevada adelante en el período en cuestión.

Para esto se trabaja por un lado, con la principal fuente de información sobre las IAMC que es la disponible en el Sistema Nacional de Información (SINADI): SINADI Asistencial, Estados Contables auditados, Estados de Resultados mensuales y Censos de Usuarios. Por otro se agrega información de recursos humanos proveniente de un nuevo sistema, el Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos (SCARH) disponible desde 2006.

El **período** considerado en el análisis comprende desde el ejercicio 2003-2004 hasta el cerrado en setiembre de 2008 y se agrega el primer semestre del ejercicio 2009 (octubre de 2008 a marzo de 2009). En algunos casos puntuales, que se especifican en el documento, en los que no se contó con información disponible se acortó el período de análisis. Para la comparación temporal de los datos monetarios (ingresos, costos, bienes de uso y pasivo) los rubros se ajustaron por el Índice de Precios al Consumo (IPC) general a precios promedio del ejercicio 2008. Medicamentos por su parte se ajustó a precios del mismo período pero por el IPC de productos medicinales y farmacéuticos.

El **objeto de estudio** es el total de IAMC existentes en el país. En el primer ejercicio, 2003-2004, eran 42 instituciones, en el siguiente ejercicio el número se redujo a 41 ya que COMESA de San José fue absorbida por la Asociación Médica de San José. En 2007 la Sociedad Mutualista Obrera de Juan Lacaze fue absorbida por el Círculo Católico por lo que en la actualidad son 28 las instituciones del interior del país y 12 las que tienen sede central en la capital.

A la hora del análisis comparativo se utilizan dos **criterios**. En algunos casos la información se presenta para el conjunto de instituciones de Montevideo, del Interior y para el total del subsector. En otros casos los datos se presentarán considerando a las IAMC divididas en 7 grupos. Estos están contruidos para las Instituciones de Montevideo en función de su grado de integración entendiendo como tal la proporción de egresos que destinan a remuneraciones y la relevancia de los servicios contratados, mientras que en el interior se considera la regionalización de FEMI. Es importante tener en cuenta en cualquiera de los criterios que se trabaja con promedios, que en general ocultan situaciones diversas a su interior, ganándose en simplicidad pero perdiendo información.

Cuadro 1- Grupos de instituciones.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3				
	<i>más de 50% salarios y menos 15% de serv. Contrat.</i>	<i>entre 40% y 50% salarios y entre 15% y 25% de serv. Contrat.</i>	<i>menos de 40% de salarios y más de 25% de serv. Contrat.</i>	Regional Norte	Regional Litoral Oeste	Regional Este	Regional Sur
Instituciones	ESPAÑOLA	C.C.O.U	UNIVERSAL	GREMEDA	ORAMECO	AMECOM	CAAMEPA
	MUCAM	CASA GALICIA	SMI	COMEPA	CAAMEC	CAMCEL	CRAMI
	IMPASA	EVANGELICA	COSEM	CASMER	CAMOC	CAMDEL	COMECA
	CASMU	CUDAM		SMQS	AMEDRIN	COMERO	CAMEDUR
		GREMCA		COMTA	CAMY	IAC	COMEFLO
				COMERI	CAMS	CRAME	COMEF
					UMERCO	COMECEL	AMSJ
						COMETT	

El documento se organiza de la siguiente manera: en la primera parte se presentan a modo introductorio, datos sobre afiliados y tasas de utilización; en el segundo se analizan los ingresos operativos de las instituciones; en tercer lugar se estudian los egresos operativos, considerando remuneraciones, medicamentos y servicios contratados; en cuarto lugar se analiza la evolución económico financiera desde el punto de vista de la rentabilidad, la solvencia, la liquidez y las inversiones en bienes de uso; luego, se presentan los principales indicadores de calidad y

accesibilidad; el penúltimo apartado se refiere al cambio de modelo y las metas asistenciales; y en último lugar se presentan las principales conclusiones.

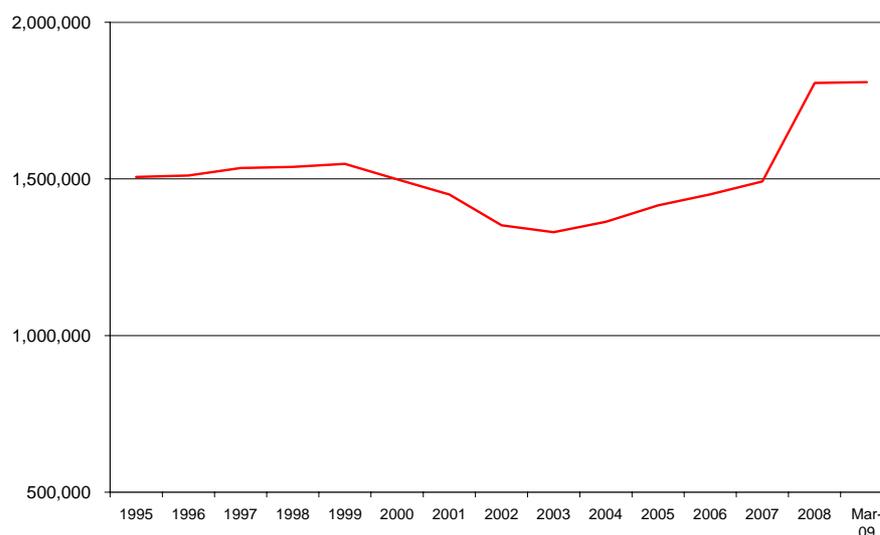
I. Población beneficiaria y tasas de utilización

A los efectos de analizar el desempeño del sistema mutual en el período, es de suma importancia tener en cuenta no sólo la masa de afiliados de las instituciones sino también su composición por edad y sexo, como forma de aproximarnos al pool de riesgo que manejan, y las tasas de utilización, es decir, el volumen de actividad al que hacen frente en función de los afiliados a los que brindan cobertura. Es así que en este capítulo introductorio se presentan estos datos, con el objetivo que sirvan de insumo para entender y dimensionar las diferencias que existan en el desempeño de las distintas instituciones.

I 1. Evolución de afiliados

A mediados de la década del 90 los afiliados a las IAMC eran 1.506.349, luego de unos años de estabilidad, en 1999 se alcanza el que sería el máximo histórico (hasta 2008) con 1.548.074, desde ahí y como consecuencia de la crisis comienza un período de caída sostenida hasta el año 2003 perdiendo, en total, más de 200.000 afiliados respecto al año 1999.

Gráfico 1- Evolución afiliados IAMC 1995- 2009



Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

Al comienzo del período analizado, el total de usuarios del subsector era de **1.331.254** afiliados (promedio anual dic 2003- dic 2004) lo que representaba 40% de la población total del país, al final del período la población afiliada al subsector IAMC asciende a **1.812.586** (promedio dic 2008 – mayo 2009) que significa 54% de la población total.

El crecimiento total en el período fue del orden del 36%, explicado principalmente por el experimentado entre los ejercicios 2007 y 2008 que fue del 12,1% en el total del subsector, en el marco de la puesta en marcha de la Reforma de la Salud.

Las instituciones de Montevideo en 2004 cubrían al 62% de la población afiliada a las IAMC mientras que en 2009, a partir del crecimiento experimentado por las instituciones del Interior que fue del 50%, esta situación cambió distribuyéndose la población total en 58,2% para Montevideo y 41,8% para el Interior.

Cuadro 2- Evolución afiliados totales. Instituciones Montevideo (Promedio anual)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Grupo 1	566.721	576.795	584.356	586.018	614.523	645.966
Grupo 2	181.362	194.668	200.988	212.546	240.651	258.966
Grupo 3	78.777	85.885	92.254	98.742	124.423	150.099
Total	826.859	857.347	877.598	897.305	979.596	1.055.031

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

Cuadro 3- Variación de afiliados

	var % 04-05	var % 05-06	var % 06-07	var % 07-08	var % 08-09	var % 04-09
Grupo 1	1,78%	1,31%	0,28%	4,86%	5,12%	13,98%
Grupo 2	7,34%	3,25%	5,75%	13,22%	7,61%	42,79%
Grupo 3	9,02%	7,42%	7,03%	26,01%	20,64%	90,54%
Total	3,69%	2,36%	2,25%	9,17%	7,70%	27,60%

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

Dentro de los Grupos de Montevideo, se observa que, si bien cae su peso relativo, el Grupo 1 mantiene entre 2004 y 2009 la mayor proporción de afiliados de Montevideo (68% en 2004 y 61% en 2009). La caída de la participación de este grupo se explica principalmente por el impresionante crecimiento del Grupo 3, el de instituciones de menor integración, que casi duplica su población en el período.

En Montevideo se observa una relación positiva entre grado de integración vertical y número de afiliados y negativa con las tasas de variación de los mismos. Es así que las instituciones del Grupo 1 son las que presentan un mayor tamaño y las que lograron captar un menor número de afiliados, siendo Médica Uruguaya la única institución que crece, y lo inverso sucede en el caso del Grupo 3. A priori resulta difícil elaborar una hipótesis que establezca una relación de causalidad entre el crecimiento de las instituciones y su grado de integración. La escasa captación de afiliados parecería estar más vinculada a los montos de órdenes y tickets que cobran a sus afiliados y al hecho de que son IAMC que tienen una infraestructura más adaptada a estructuras etáreas más envejecidas. De todas formas esta constatación deberá ser analizada a futuro para entender de manera más cabal las relaciones de causalidad que están por detrás de estos fenómenos.

Cuadro 4- Evolución afiliados totales. Instituciones Interior (Promedio anual)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Regional Norte	131.446	141.766	150.43	157.515	184.482	209.054
Regional Litoral Oeste	81.599	85.135	89.448	90.359	103.676	118.511
Regional Este	143.179	149.553	157.578	165.264	194.353	218.044
Regional Sur	148.172	155.484	158.107	160.928	187.206	211.947
Total	504.395	531.938	555.561	574.066	669.716	757.555

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

Cuadro 5- Variación de afiliados

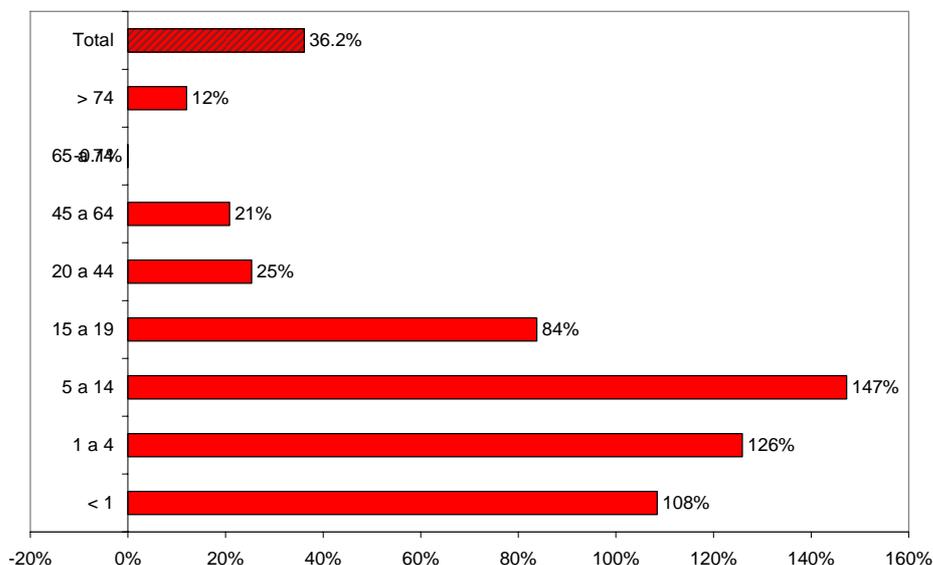
	var % 04-05	var % 05-06	var % 06-07	var % 07-08	var % 08-09	var % 04-09
Regional Norte	7,85%	6,11%	4,71%	17,12%	13,32%	59,04%
Regional Litoral Oeste	4,33%	5,07%	1,02%	14,74%	14,31%	45,24%
Regional Este	4,45%	5,37%	4,88%	17,60%	12,19%	52,29%
Regional Sur	4,93%	1,69%	1,78%	16,33%	13,22%	43,04%
Total	5,46%	4,44%	3,33%	16,66%	13,12%	50,19%

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

El crecimiento en los grupos de instituciones del interior así como el peso de cada grupo en todo el período es mucho más homogéneo que en Montevideo. El grupo que reúne a las instituciones del Litoral Oeste es el de menor tamaño con el 16% de los afiliados a IAMC del interior en todo el período, mientras que los tres restantes explican cada uno el 28% de los mismos. Por otro lado se destaca el comportamiento de la regional sur que fue la de menor crecimiento, lo que podría vincularse con el hecho de que los departamentos aquí comprendidos son en los que se encuentran funcionando un mayor número de sedes secundarias de las IAMC de Montevideo.

El siguiente gráfico muestra la variación por tramo de edad de la población total del subsector IAMC en el período 2004- 2009. (Población promedio anual)

Gráfico 2- Variación Población IAMC 2004-2009



Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

Del mismo se desprende que el mayor crecimiento lo experimentan los tramos que corresponden a menores de 18 años situación que se explica por la entrada de los menores al FONASA en enero de 2008. Del crecimiento total experimentado por los menores de 18 años en el período que fue del 123%, el 53,6% se produjo entre el 2007 y el 2008. De los 4 tramos correspondientes a menores de edad el de mayor crecimiento fue el de entre 5 y 14 años.

Cuadro 6- Afiliados por edad y sexo

Tramo de edad	2004		2009	
Sexo Masculino				
< 1	5.879	1%	12.312	1%
1 a 4	21.463	3%	48.994	5%
5 a 14	52.502	8%	130.543	14%
15 a 19	32.401	5%	59.203	6%
20 a 44	271.724	40%	338.927	37%
45 a 64	176.985	26%	212.773	23%
65 a 74	64.327	9%	61.013	7%
> 74	52.563	8%	50.293	6%
s/d	1.821	0%	154	0%
Subtotal	679.666	51%	914.21	50%
Sexo Femenino				
< 1	5.566	1%	11.546	1%
1 a 4	20.826	3%	46.523	5%
5 a 14	50.849	8%	124.987	14%
15 a 19	29.767	5%	55.064	6%
20 a 44	229.211	35%	288.973	32%
45 a 64	165.556	25%	201.06	22%
65 a 74	74.285	11%	77.472	9%
> 74	74.315	11%	91.874	10%
s/d	1.214	0%	122	0%
Subtotal	651.588	49%	897.621	50%
TOTAL	1.331.254	100%	1.812.585	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

En el cuadro anterior, se presentan los afiliados promedio de 2004 y 2009 pero en este caso según tramo de edad y sexo. Puede observarse en relación al sexo que en 2009 la distribución entre uno y otro es del 50%, cuando al principio del período era mayor el peso relativo de los hombres con el 51%.

En cuanto a la estructura de edad, en 2004 el 63% de la población afiliada se concentraba en los tramos de entre 20 y 64 años, tramos donde se encuentra la mayoría de la población económicamente activa.

Como consecuencia del crecimiento de los menores, comentado previamente, ésta situación cambia en 2009. Los tramos entre 20 y 64 disminuyen su peso relativo 6 puntos porcentuales mientras que el total de menores de 18 años, que en 2004 explicaban el 16% del total, en 2009 representan el 27%.

Para observar desde otra perspectiva este cambio en la composición de los afiliados según la edad se presenta a continuación la evolución del Índice de envejecimiento de las instituciones por grupo. Este indicador permite observar la relación entre los afiliados mayores de 65 años y los menores de 15 años. Como forma de tener una mejor aproximación a la realidad de las instituciones se agrega la información correspondiente al peso de los mayores de 65 años en el total de cada grupo, ya que bastaría que hubiera un afiliado en cada extremo para que el índice de envejecimiento diera 1, sin importar la distribución de edades del resto.

Como se observa en los dos cuadros siguientes el índice de envejecimiento, como era de esperar, ha caído considerablemente en el período tanto en Montevideo como en el interior del país

Cuadro 7- Evolución Índice de envejecimiento y peso >65 años en total población. Montevideo

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
Grupo 1	1,51	22%	1,53	22%	1,57	21%	1,67	19%	1,34	20%	1,09	20%
Grupo 2	2,41	22%	2,38	21%	2,38	20%	2,14	19%	1,18	17%	0,84	16%
Grupo 3	0,96	10%	0,98	10%	0,99	10%	1,10	9%	0,45	8%	0,28	7%
Total	1,61	21%	1,62	20%	1,65	20%	1,71	20%	1,18	18%	0,89	17%

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

En el caso del Grupo 1, no se observan cambios en la estructura poblacional de sus afiliados, manteniéndose prácticamente constante en todo el período el índice de envejecimiento y la participación de los mayores de 65 años en el total de afiliados. Seguramente la explicación a este fenómeno radique en la escasa capacidad que en promedio tuvieron estas instituciones en la captación de nuevos afiliados en un contexto de crecimiento del sector.

En Montevideo en el Grupo 2 se encuentran las instituciones con estructuras poblacionales más envejecidas del sistema, al comienzo del período había más de 2 mayores de 65 años por cada menor de 15 años. Esta situación se revierte ampliamente en 2009 (0,84) seguramente por la importante captación de menores de algunas de las instituciones que allí se encuentran.

En el otro extremo se ubica el Grupo 3 que al comienzo del período analizado ya presentaba la estructura menos envejecida del sistema pero que culmina el período con un índice de envejecimiento de 0,28 y con apenas el 7% de su población mayor a 65 años.

De esta forma, si bien la reforma colaboró en el descenso del índice de envejecimiento, se mantienen al final del período las diferencias relativas entre los tres grupos de Montevideo, principalmente entre el Grupo 3 y los restantes.

Cuadro 8- Evolución Índice de envejecimiento y peso >65 años en total población Interior

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
Regional Norte	2,02	18%	1,70	16%	1,46	15%	1,46	14%	0,73	13%	0,54	12%
Regional Litoral Oeste	1,81	18%	1,90	19%	1,97	18%	1,73	17%	0,84	15%	0,59	13%
Regional Este	1,80	19%	1,69	18%	1,56	17%	1,74	18%	0,90	15%	0,58	14%
Regional Sur	1,89	19%	1,83	19%	1,82	18%	1,88	18%	0,96	16%	0,65	15%
Total	1,88	19%	1,77	18%	1,67	17%	1,70	17%	0,86	15%	0,59	14%

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

En el interior es de destacar lo sucedido en la Regional Norte que redujo su índice más de un 70 % en el período, dejando de ser la institución con población más envejecida para ubicarse en el extremo opuesto.

De la comparación entre zonas geográficas surgen cambios importantes entre Montevideo y el Interior; mientras que el Interior presentó hasta el año 2007 mayores de índices de envejecimiento que Montevideo, luego de éste año no sólo se revierte la situación sino que el indicador se reduce más de la mitad. Si se comparan estos datos con el índice de la población total del país, el mismo es mayor en el sector IAMC, aunque tuvieron evoluciones inversas. La reforma de la salud implicó que frente a una tendencia creciente del índice de envejecimiento de la población total del país (pasa de 0.54 a 0.59 entre 2004 y 2009) este indicador para las IAMC disminuyera en el período considerado.

12. Tasas de utilización

Por último se presenta la evolución de las tasas de utilización. Esto permite asociar, a posteriori la población beneficiaria con la estructura de costos de las instituciones. En el marco de la Reforma interesa conocer el impacto en el uso de servicios que ha tenido el ingreso de nuevos afiliados a las IAMC.

En el cuadro 9 se muestra cómo ha sido la evolución de las consultas y los días cama ocupados en cuidados moderados, discriminados por edad y sexo para los ejercicios 2007 y 2008, coincidiendo el punto de corte con el ingreso de colectivos FONASA.

Cuadro 9- Consultas totales (urgentes y no urgentes) por afiliado por año y Días cama Ocupados de Cuidados Moderados por mil afiliados por año, según edad y sexo.

Edad	Consultas urgentes y no urgentes		DCO cuidados moderados	
	2007	2008	2007	2008
Sexo Masculino				
< 1	16.5	16	1,037	959
1 a 4	9.6	7.7	304	251
5 a 14	5.5	4.5	145	114
15 a 19	3.1	3.1	156	178
20 a 44	2.7	2.8	179	192
45 a 64	4.9	5.1	468	478
65 a 74	9.8	9.6	1,287	1,173
> 74	12.4	12.7	1,948	1,799
Total	5.1	5.1	464	426
Sexo Femenino				
< 1	15.5	15.8	848	826
1 a 4	8.9	7.3	256	230
5 a 14	5.4	4.5	111	94
15 a 19	5.2	5.4	249	273
20 a 44	6	6.7	459	479
45 a 64	8.4	8.8	438	426
65 a 74	11.2	11.8	779	741
> 74	11.9	12.6	1,381	1,337
Total	8.1	8.1	580	530

Fuente: Elaboración propia en base a SINADI Asistencial.

Se puede observar que el uso de los servicios ambulatorios y de sanatorio varía en los diferentes rangos de edades. Como era de esperar, se ve una mayor frecuencia de utilización en los menores de 1 año seguidos de los mayores de 74 años, para ambos sexos, diferencias que se presentan en los dos periodos considerados. Asimismo, las consultas y DCO de menores de 14 años mantienen una proporción similar en ambos sexos, y a partir de los 15 años se observa una mayor utilización en el sexo femenino hasta los 74 años. Luego de esta edad, la proporción vuelve a ser similar.

Comparando los dos períodos, es interesante destacar que la utilización en menores de 19 años, se mantiene en ambos ejercicios analizados, no observándose modificaciones a partir del ingreso de los hijos menores al FONASA. Previa a la reforma se podía pensar que los menores de 18 años que no tenían cobertura en una IAMC podían tener cierta demanda insatisfecha o incluso presentar diferencias epidemiológicas, que determinarían un mayor consumo que el de los menores que ya estaban en el subsector. Sin embargo, los datos presentados contradicen estas hipótesis.

En el cuadro 10, se registran los egresos en Cuidados Moderados, CTI-CI, e Internación Domiciliaria y las intervenciones quirúrgicas según tipo de intervención.¹

Cuadro 10- Egresos según modalidad de internación e Intervenciones Quirúrgicas según tipo de intervención. Total País 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
Egresos					
Internación domiciliaria	9.0	8.5	11.1	8.9	8.2
Cuidados Moderados	115.7	115.7	115.6	109.6	105.9
Cti-Ci	13.1	12.6	12.8	11.4	10.7
Intervenciones Quirúrgicas					
IQ coordinadas con internación	32.5	33.1	32.9	29.8	29.2
IQ coordinadas ambulatorias	16.6	16.0	16.1	17.6	16.4
IQ coordinadas total	49.1	49.2	49.1	47.4	45.6
IQ urgentes	19.2	19.5	19.6	18.9	18.8
IQ total	68.3	68.7	68.7	66.6	64.6

Fuente: Elaboración propia en base a SINADI Asistencial.

En el período 2005-2008 no hubo mayor variación en los egresos de los distintos niveles de cuidados. Durante todo el período se observan diferencias geográficas importantes, registrándose en las IAMC del Interior 20 egresos más por mil afiliados por año en cuidados moderados, en comparación a las de Montevideo. En CTI-CI la relación es inversa, presentando el Interior menores egresos que Montevideo. (Ver Anexo- Cuadro 47)

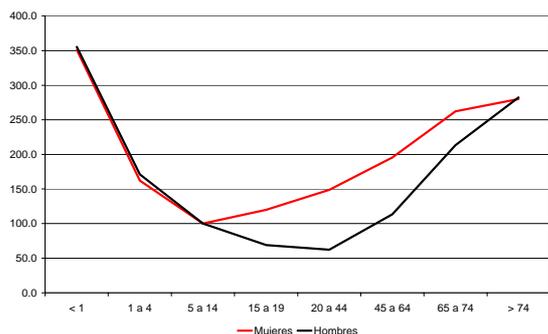
Por su parte el número de intervenciones quirúrgicas en los distintos años se ha mantenido constante, presentando el total de IAMC del país entre 67 y 69 intervenciones por mil afiliados por año, de las cuales aproximadamente 71% son coordinadas y 29% son de urgencia. En términos geográficos nuevamente existen diferencias durante todo el período donde las IAMC de Montevideo presentan en promedio menos cirugías por afiliado por año en comparación con las instituciones del Interior, y un mayor peso de las intervenciones urgentes (31%), en comparación con las del Interior (25%). (Ver Anexo- Cuadro 48)

A modo de síntesis, se presentan gráficamente las diferencias en las tasas de utilización de hombres y mujeres. Son estas diferencias las que determinan y justifican el cambio en el modelo de financiamiento del sector salud y la incorporación del pago por cápitas ajustadas por riesgo a los prestadores. En el gráfico 5 se observa la estructura de cápitas relativas vigentes al día de hoy, y se puede observar el gran ajuste de las mismas a la utilización de los distintos grupos poblacionales.²

¹ De las 40 instituciones de Asistencia Médica Colectiva, 30 tienen internación domiciliaria.

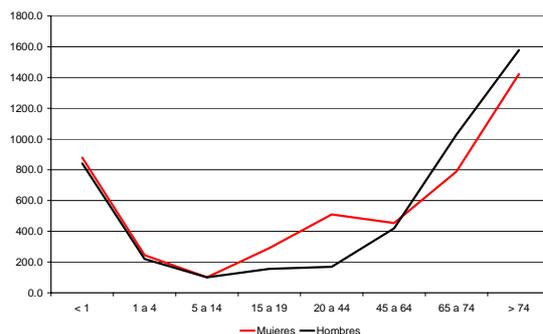
² La estructura relativa de cápitas, muestra la interrelación entre la estructura por sexo y edad de los afiliados y las tasas de utilización, tomando en cuenta el gasto de los distintos grupos.

Gráfico 3- Consultas por edad y sexo. 2008



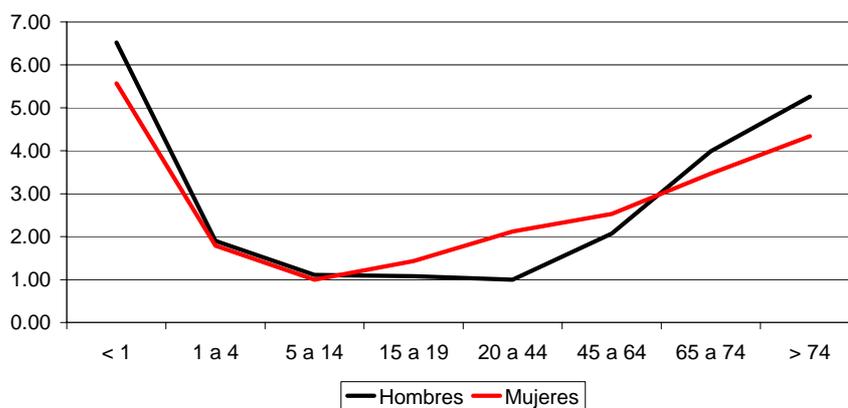
Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI asistencial

Gráfico 4- DCO por edad y sexo. 2008



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI asistencial

Gráfico 5. Estructura relativa de cápitas por edad y sexo.



Fuente: SINADI

En síntesis, en el período 2004-2009 se destaca un importante incremento de los afiliados a las IAMC del orden de un 36%, siendo el mayor porcentaje de variación de afiliados en el periodo 2007-2008, coincidiendo con la creación del FONASA. Este crecimiento fue mayor en las instituciones del interior (50%) que en las de Montevideo (27%).

En cuanto a la estructura por edad, se presenta un aumento de población joven como consecuencia de los nuevos colectivos incorporados al sistema, si bien siguen presentando una pirámide de población más envejecida que la de la población total del país. Se destaca que el incremento de afiliados fue desigual entre las instituciones en lo que tiene que ver con la composición de sus afiliados según edad y sexo, e incluso después del ingreso de los menores al FONASA persisten esta tendencia, principalmente en Montevideo,

El análisis de las tasas de utilización no demuestra cambios sustantivos en el uso de servicios vinculados a la nueva población beneficiaria del SNIS, presentando los afiliados incorporados, pautas de consumo similar a los usuarios que ya se atendían en las IAMC.

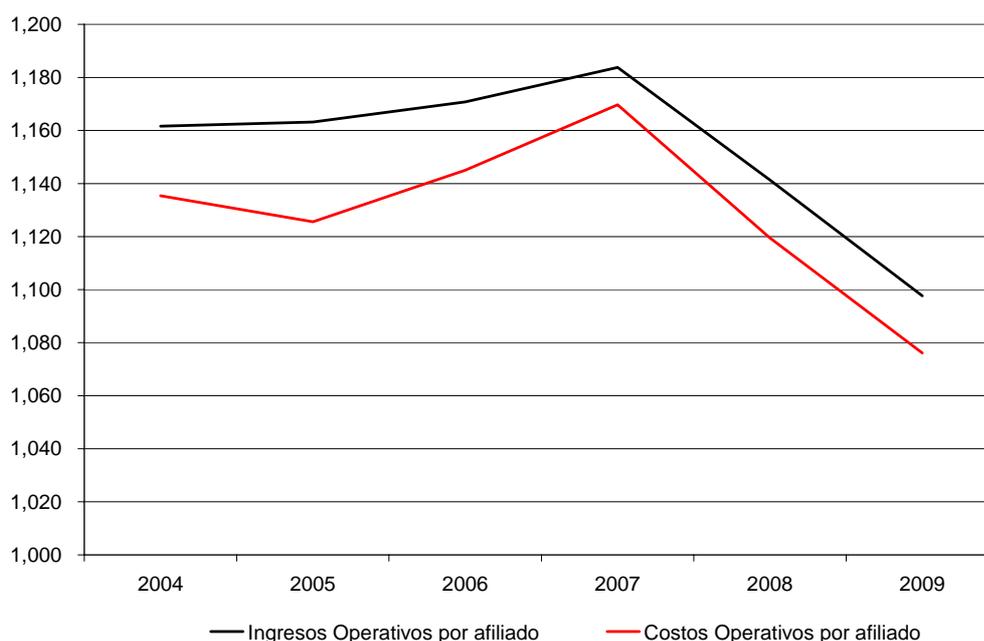
Las diferencias entre las tasas de utilización de hombres y mujeres, principalmente después de los 14 años, y entre los distintos tramos etáreos determinan el pool de riesgo de las instituciones, y justifica la reforma del sistema de financiamiento. De todas formas, en la medida que la cobertura a través del FONASA no es universal todavía, la distribución de los afiliados entre las instituciones pasa a ser un factor clave a la hora de dar sostenibilidad al sistema.

II. Análisis de Ingresos de las IAMC

En este punto se analizará la evolución de los principales rubros de ingresos de las IAMC a lo largo del período analizado teniendo en cuenta los cambios ocurridos en el marco de la Reforma que impactaron sobre los mismos. Por esta razón se presentan también aquí los principales cambios en cuanto a la estructura de afiliados según tipo de afiliación ya que será ésta la que determine las variaciones en la composición de los ingresos de prepago principalmente.

Previo al análisis de los componentes más relevantes de los Ingresos Operativos es interesante observar la evolución de ingresos y costos operativos mensuales por afiliado en el período considerado.

Gráfico 6- Evolución de ingresos y costos operativos por afiliado
(Promedio mensual a precios constantes³)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

Se desprende del gráfico anterior que tanto los ingresos como los costos por afiliado⁴, éstos últimos a una tasa de crecimiento mayor, presentaban una tendencia creciente hasta 2007 cuando comienzan a decrecer consecuencia del ingreso masivo de afiliados a partir de agosto de 2007 pero sobretodo a partir de enero de 2008 en el marco de la reforma del sistema. La caída de los egresos se explica principalmente por el ingreso de los niños al sistema, que tienen un gasto menor que la media de la población, y la disminución de los ingresos per cápita por el cambio en la forma de pago a prestadores que implicó un ajuste de los ingresos al riesgo de la población (pago por cápitaa).

La variación en todo el período fue un decrecimiento de los ingresos promedio por afiliado de 5,5% y de los gastos por afiliado de 5,2%. Esto se explica por un crecimiento de afiliados (36,2%) superior al de los ingresos y costos operativos (28,7% y 29,1% respectivamente).

³ A precios constantes de marzo de 2008.

⁴ Cabe aclarar que al realizar el cálculo del costo por afiliado se consideran gastos que no se vinculan a la atención de afiliados de la institución sino que surgen de la venta de servicios. Esto sucede por la imposibilidad de poder discriminar, con la información disponible en los Estados Contables, entre costos vinculados a afiliados de la institución y aquellos que se originan en la atención de afiliados provenientes de otras instituciones que compran servicios.

Cuadro 11- Estructura de Ingresos Operativos

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cuotas Individuales	25,5%	24,08%	22,28%	21,35%	15,2%	12,6%
Cuotas Colectivas	15,5%	15,33%	16,06%	15,09%	11,1%	8,9%
Cuotas Disse	29,6%	31,63%	34,35%	30,28%	2,6%	0,0%
Cápitales FO.NA.SA.	-	-	-	6,14%	45,2%	52,5%
Ingresos por Metas	-	-	-	0,28%	3,0%	4,5%
Sustitutivo de Tasas Moderadoras	-	-	-	0,08%	0,2%	0,3%
Cobertura Parcial	0,6%	0,53%	0,53%	0,53%	0,3%	0,3%
Emergencia Móvil	0,2%	0,37%	0,39%	0,43%	0,4%	0,3%
Sobrecuotas de inversión y especial	5,7%	6,07%	5,98%	5,71%	3,19%	2,17%
Total Ingresos Prepago	78,9%	79,42%	81,25%	81,53%	82,4%	83,2%
Total Ordenes	2,6%	2,65%	2,69%	2,60%	2,4%	2,0%
Total Ticket	9,5%	9,14%	7,85%	7,43%	7,0%	6,5%
Total Copagos	12,1%	11,80%	10,54%	10,03%	9,4%	8,5%
Total Venta de Servicios	9,0%	8,73%	8,25%	8,55%	8,3%	8,1%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

Las principales líneas que surgen del cuadro anterior y que serán analizadas en los siguientes puntos son por un lado, el crecimiento del peso relativo de los ingresos de prepago en los ingresos operativos, que pasan de representar el 78,9% en 2004 al 83,2% en 2009. Por otro lado disminuye el peso relativo de los ingresos por copagos casi 4 puntos porcentuales en el período lo que se explica por la disminución de los ticket que en 2004 era el 9,5% de los ingresos operativos y en 2009 llegan al 6,5%.

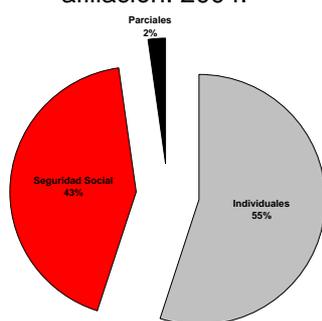
II 1. Evolución de usuarios por tipo de afiliación e Ingresos de Prepago

Además de las dimensiones analizadas en el punto anterior sobre la evolución de la población beneficiaria es necesario observarla según el tipo de afiliación, es decir si el afiliado paga una cuota individual⁵ por cobertura total, paga por cobertura parcial o su cobertura la obtiene a través de la Seguridad Social. Este análisis está estrechamente relacionado con el de ingresos que se realizará en este punto, pues depende de los distintos tipos de afiliación las fuentes diversas de ingresos de prepago de las instituciones.

Los gráficos 7 y 8 presentan la distribución del total de usuarios según tipo de afiliación para el total de IAMC en 2004 y 2009.

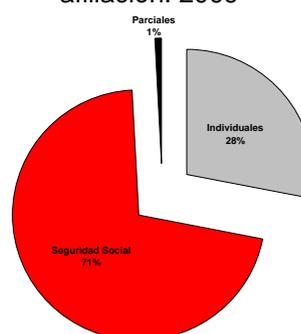
⁵ Dentro de la categoría Individuales se consideran los usuarios que pagan una cuota individual, los que tiene un convenio colectivo o los socios vitalicios.

Gráfico 7- Usuarios total IAMC por tipo de afiliación. 2004.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Censos de Usuarios

Gráfico 8- Usuarios total IAMC por tipo de afiliación. 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Censos de Usuarios

Es claro el cambio en la composición del tipo de afiliación experimentado en el sector en el período analizado consecuencia de la Reforma del sistema vigente desde 2007.

Al comienzo del período la mayor parte de los usuarios en el total del sector, 55%, eran afiliados individuales. Si se observa por región se encuentra que en Montevideo este número ascendía al 60% pero en el interior no se mantenía la preponderancia de los individuales que representaban el 46,4% del total.

Dentro de Montevideo también se observan realidades diferentes. En 2004 el Grupo 1 tenía el 66% de sus afiliados individuales mientras que en el Grupo 3 estos representaban solo el 45%. En el interior la situación es mucho más homogénea ubicándose la proporción de individuales en todos los grupos en el entorno del 46%.

Cuadro 12- Evolución afiliados individuales

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Montevideo	60,3%	58,5%	55,6%	52,7%	40,9%	31,5%
Interior	46,4%	44,4%	42,4%	41,0%	30,7%	23,4%
Total	55,0%	53,1%	50,5%	48,1%	36,8%	28,2%

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

En 2009 como se observa en el gráfico y en el cuadro anterior los individuales disminuyen notablemente su participación representando en el total el 28%. En Montevideo siguen teniendo un mayor peso que en el interior, 31,5% y 23,4%, respectivamente. En el Grupo 1 de Montevideo al final del período los individuales son el 38% del total y en el Grupo 3 apenas el 17%.

Esta caída en el peso de los afiliados individuales tiene su contrapartida en el claro crecimiento experimentado por los afiliados a través de la Seguridad Social consecuencia esperada de la reforma en el sector. Al inicio del período analizado el total de afiliados a través de la Seguridad Social ascendía al 43% culminando el período con el 71% del total. En valores absolutos implicó pasar de 567.532 afiliados promedio a través de la Seguridad Social a 1.287.979 afiliados promedio en 2009 (127% de crecimiento cuando el total de afiliados creció en el período 36%), lo que representa el 91% del total de afiliados FONASA del sistema⁶. En Montevideo el crecimiento fue del 125% y en el Interior del 129%.

Cuadro 13- Evolución afiliados de la Seguridad Social

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Montevideo	39%	40%	43%	46%	59%	68%
Interior	49%	51%	53%	55%	67%	75%
Total	42,6%	44,4%	47,1%	49,9%	62,0%	71,1%

Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

⁶ De los restantes usuarios FONASA 7% están afiliados a ASSE y 2% a los seguros privados.

Al interior de los grupos el mayor crecimiento lo experimentó el Grupo 3 de Montevideo con el 193%, grupo que ya partía de un alto peso de afiliados a la Seguridad Social, 54% y alcanza el 83% en 2009.

Estas diferencias entre grupos de instituciones en términos de la participación de afiliados a través de la seguridad social es de suma importancia en la medida que aquellas donde la afiliación a través de la seguridad social es mayor, son mayores los ingresos por cápitas ajustadas y por ende estos últimos se ajustan mejor a los riesgos y egresos de las instituciones.

Cuadro 14-Evolución afiliados Parciales

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Montevideo	1,1%	1,1%	1,2%	0,9%	0,4%	0,2%
Interior	4,4%	4,8%	4,3%	3,6%	2,4%	1,4%
Total	2,3%	2,5%	2,4%	2,0%	1,2%	0,7%

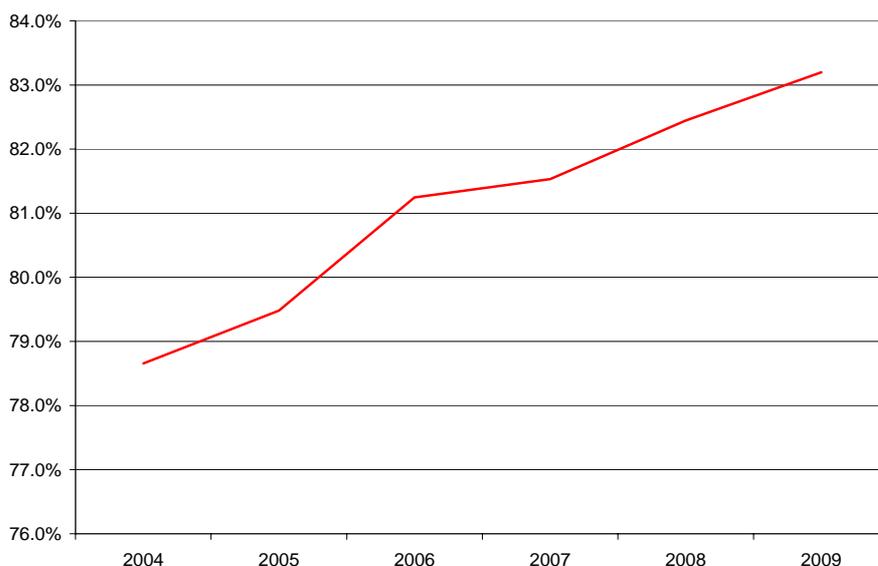
Fuente: Elaboración propia en base a Censos de Usuarios

Los afiliados parciales, en tanto, ven caer su peso relativo en el total del 2,3% al 0,7% en 2009.

El gráfico 9 presenta la evolución creciente del peso de los ingresos de prepago en los operativos mencionada anteriormente.

Si se observa la estructura de prepagos surge que el principal cambio como consecuencia de la reforma se encuentra en el peso de los ingresos por cuotas provenientes de la Seguridad Social en los ingresos operativos de manera consistente con el análisis de afiliados.

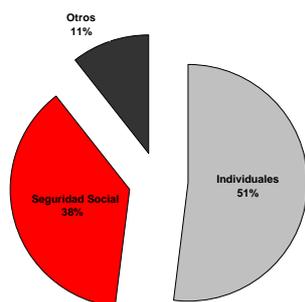
Gráfico 9- Evolución de Ingresos de Prepago en relación a los Ingresos Operativos



Fuente: Elaboración propia en base a Balance Anual de las IAMC y Censos de Usuarios

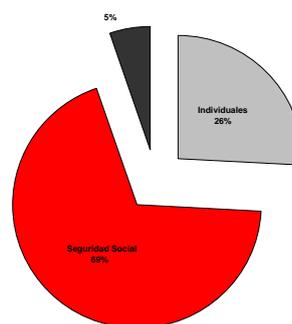
El cambio en la composición de los usuarios por tipo de afiliación determina un cambio importante en la composición de los ingresos de prepago. Al comienzo del período los ingresos Individuales y Colectivos representaban más de la mitad de los ingresos de prepago y en 2009 representan apenas el 26%. Por su parte los ingresos provenientes de la Seguridad Social que inicialmente acumulaban 37,5% alcanzan en 2009 el 68,8% del total de prepagos que involucran al 71% de los afiliados. El peso de las cuotas de la Seguridad Social es en todo el período más importante en las instituciones del interior del país. (Ver Anexo- Cuadro 50)

Gráfico 10- Composición de los ingresos de prepagos de las IAMC. Año 2004



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Censos de Usuarios

Gráfico 11- Composición de los ingresos de prepagos de las IAMC. Año 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Censos de Usuarios

II 2. Evolución de Copagos.

Los copagos son gastos directos que enfrentan los hogares, se realizan al momento de recibir la atención y condicionan la atención en salud a la capacidad de pago del individuo, son parte de los llamados “gastos de bolsillo”. Este gobierno ha llevado adelante una serie de medidas en política de copagos tendiente a reducir su peso posibilitando el acceso de la población a los servicios de salud.

Por esta razón los copagos se analizarán en un primer momento desde el punto de vista del gasto que implican para los hogares y luego como otro de los principales rubros de ingresos de las IAMC.

Los copagos como Gasto en salud de los hogares.

En este apartado se trabaja con datos de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) 2005-2006, considerando exclusivamente los hogares donde al menos un miembro del mismo se atiende en una IAMC.

El gasto en Servicios Médicos, Mutuales y Colectivos es en 2005 – 2006 71,2% del gasto total en salud que realizan los hogares donde algún miembro se asiste en el subsector privado, representando el gasto en salud 7,8% del gasto total que realizan y 7% de los ingresos que perciben.⁷

El cuadro siguiente presenta la composición del gasto en Servicios Médicos, Mutuales y Colectivos de los hogares por quintil de ingresos, el principal rubro es el destinado al pago de cuota mutual que asciende en promedio para el total del país al 64,7% del gasto en salud. Le sigue el gasto en copagos, es decir órdenes a consultorio, ticket de medicamentos y ticket de análisis clínicos, que ascienden a 16%. En promedio el 54% del gasto en copagos se explica por el pago de ticket de medicamentos. Asimismo el gasto en copagos representa 11,6% del gasto total en salud de estos hogares, y no presenta grandes diferencias por niveles de ingreso.

Si se observan los resultados precedentes en la distribución de ingresos, no se detectan diferencias importantes entre los diferentes quintiles. Sin embargo es importante tener en cuenta que la atención a la salud en el subsector privado aumenta a medida que aumentan los ingresos, por lo que la cobertura de IAMC en el primer quintil es extremadamente baja.

⁷ Los datos surgen del documento de trabajo “El gasto en salud de los hogares uruguayos. Análisis y proyecciones en el marco del FONASA” de la División economía de la Salud. Setiembre 2009.

Cuadro 15- Composición del gasto en Servicios Médicos, Mutuales y Colectivos por quintil de ingresos, de los hogares que asisten al subsector privado. 2005-2006

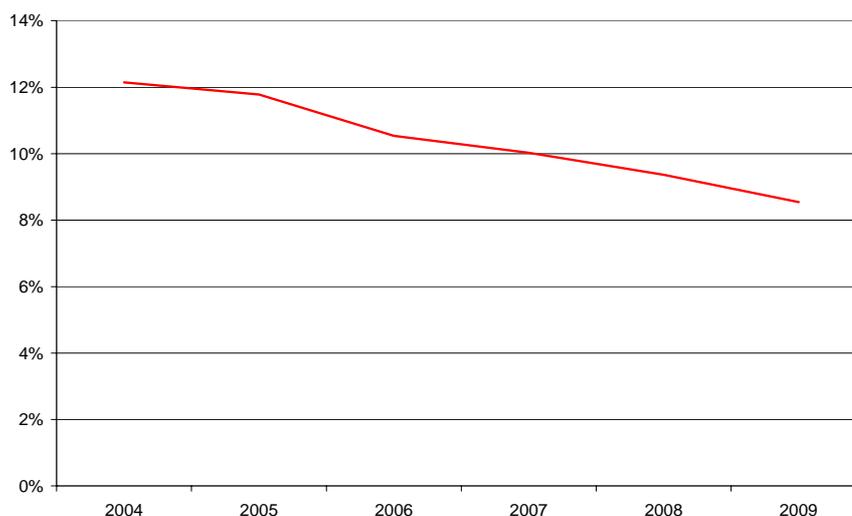
	Cuota mutual	Cuota seguros privados	Cuotas seguros parciales	Ordenes a consultorio	Ticket medicamentos	Ticket análisis clínicos	Cuota EEMM	Órdenes y tickets/gasto bolsillo	Peso de copagos en gasto en salud
Quintil 1	66,9%	0,0%	8,9%	3,6%	6,3%	4,5%	9,4%	32.2%	10,9%
Quintil 2	68,2%	0,0%	5,1%	3,8%	9,1%	3,9%	9,2%	34.5%	12,5%
Quintil 3	71,1%	0,5%	3,5%	3,8%	8,9%	3,3%	8,3%	37.7%	12,4%
Quintil 4	68,4%	2,6%	2,9%	4,1%	9,0%	3,2%	9,3%	35.4%	12,3%
Quintil 5	58,3%	15,1%	1,1%	3,7%	8,5%	3,8%	9,3%	27.2%	10,8%
Total	64,7%	7,0%	2,6%	3,9%	8,7%	3,5%	9,1%	31.7%	11,6%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENGIH 2005 - 2006 del INE.

Por último, es importante remarcar que el “gasto de bolsillo”, aquellos caracterizados por su regresividad asociada a que se condiciona la atención a la capacidad de pago del individuo, representan el 36.9% del gasto en salud de los hogares que se atienden en una IAMC. Este gasto es el único que presenta una relación inversa con los ingresos del hogar, presentando sus mayores guarismos en el primer quintil de ingresos.

Evolución del peso de los copagos en los ingresos de las IAMC

Luego de haber observado el peso de los copagos en el gasto de los hogares es interesante analizar cómo ha sido la evolución de los copagos como una de las principales fuentes de ingresos de las IAMC en el período 2004-2009, a pesar de ser el objetivo último de los copagos moderar el consumo y no financiar a las instituciones.

Gráfico 12- Evolución de Ingresos de Copagos en relación a Ingresos Operativos.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

Al inicio del período, el peso del total de ticket y órdenes en los ingresos operativos estaba por encima del 12% con un máximo de 14% en el Grupo 1 y un mínimo de 9,7% en el Grupo 3; en las instituciones del interior los 4 grupos se ubican en el entorno del 10%. El promedio del peso de los copagos en los ingresos operativos de las instituciones de Montevideo se ubica por encima del interior (13% y 10% respectivamente). Luego de la aplicación de una serie de medidas tendientes a la reducción de la participación de los copagos, que serán mencionadas a continuación, su peso en los ingresos operativos comienza una tendencia decreciente en 2005 hasta representar en el primer semestre del ejercicio 2009 el 8,5% de los ingresos operativos de las IAMC, manteniéndose las diferencias geográficas antes mencionadas. (Ver Anexo-Cuadro 50)

Cuadro 16-Ingresos Ticket y Órdenes en Ingresos de Prepago

	2004		2009	
	Ticket	Órdenes	Ticket	Órdenes
Montevideo	13,0%	4,1%	8,8%	2,9%
Interior	10,5%	2,1%	6,5%	1,8%
Total	12,1%	3,3%	7,8%	2,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

Es interesante observar además la relación de los ticket y órdenes con los ingresos de prepago, es decir aquellos provenientes de cuotas. En este caso los copagos totales representan en 2009 el 15,4% siendo en su mayoría ingresos por ticket. Al final del período tanto los ticket como las órdenes redujeron su peso relativo, manteniéndose la relación entre ambos.

Cuadro 17- Composición de los Copagos: Ticket y Órdenes

	2004				2009			
	Otros Ticket	Ticket Medicamentos	Total Ticket	Órdenes	Otros Ticket	Ticket Medicamentos	Total Ticket	Órdenes
Montevideo	24.00%	56.00%	76.00%	24.00%	25.00%	49.80%	75.00%	25.00%
Interior	16.70%	75.10%	83.30%	16.70%	21.60%	65.90%	78.40%	21.60%
Total	21.70%	62.00%	78.30%	21.70%	23.80%	55.20%	76.20%	23.80%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

Los ticket están compuestos por ticket de medicamentos y "otros" (Análisis de laboratorio, otras técnicas diagnósticas y otros). Los ticket de medicamentos son en 2009 el 55% del total de copagos cuando al comienzo del período en cuestión explicaban el 62%.

En base al diagnóstico presentado previamente, el gobierno tomó algunas medidas en esta materia con el principal objetivo de reducir el peso de los copagos de manera de dar mayor accesibilidad a la población. En primer lugar se prohibió la creación de nuevas tasas moderadoras y por otro se tomaron las medidas que se enumeran a continuación.

En cuanto a los **Ticket de Medicamentos** que cómo se vio explican por un lado la mayor proporción de ingresos de copagos de las instituciones y además tienen una alta participación en el gasto en salud de los hogares que se atienden en el sector mutual, las medidas fueron:

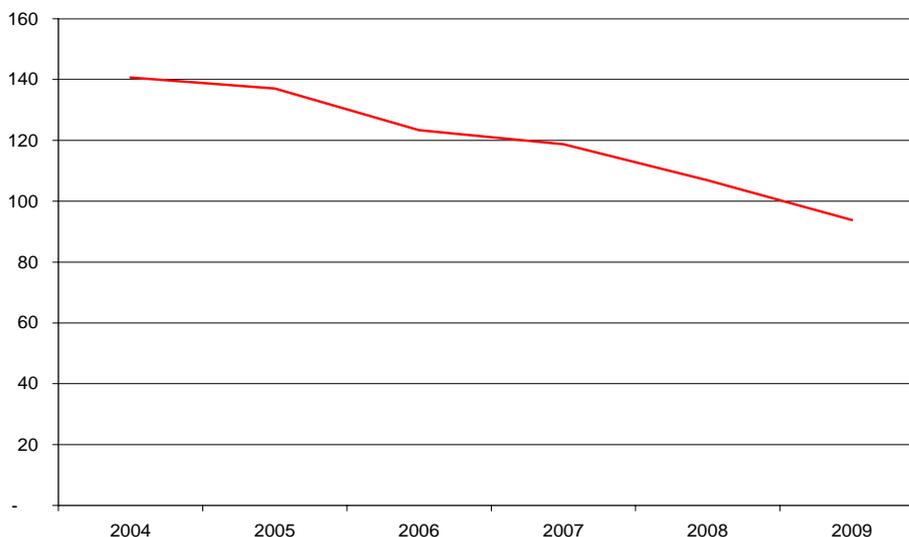
- ♦ En julio de 2005 se rebajó en 20% el precio del ticket de todos los medicamentos. Luego hubieron otras dos rebajas del 10% cada una en enero y julio de 2006.
- ♦ Se exoneró el cobro de ticket para medicamentos Reguladores de Glicemia y se estableció la cantidad de tirillas que se debe entregar a cambio de un ticket de medicamento, a partir de diciembre de 2005.
- ♦ Se exoneraron, desde diciembre 2007, los ticket para los siguientes medicamentos neurolépticos: Haloperidol Decanoato, y Pipotiazina, y se fijó en \$50 (timbre CJPPU incluido) el ticket para los siguientes antihipertensivos: Valsartán, Amlodipina, Hidroclorotiazida y Enalapril
- ♦ En julio de 2008 y enero de 2009 se congelaron los valores de las tasas.

En cuanto a las **Órdenes de Análisis y Estudios**

- ♦ Se exoneró del pago de tasas moderadoras a los estudios de colpocitología oncológica y mamografía de acuerdo al protocolo, con el objetivo de fortalecer la política de prevención de cáncer de la población.
- ♦ Se exoneró del pago de tasa moderadora a los estudios paraclínicos correspondientes al Control de Embarazo de Bajo Riesgo.
- ♦ Se incluyó como beneficio una rutina anual gratuita para los jubilados de menores ingresos amparados por el SNS.

Y por último se exoneró el pago de tasas para los controles médicos y odontológicos, de los menores de 18 años afiliados a través del SNS, ampliándose el subsidio para los jubilados de menores ingresos.

Gráfico 13- Ingresos por copagos por afiliado
(Promedio mensual a precios constantes)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC y Censos de Usuarios

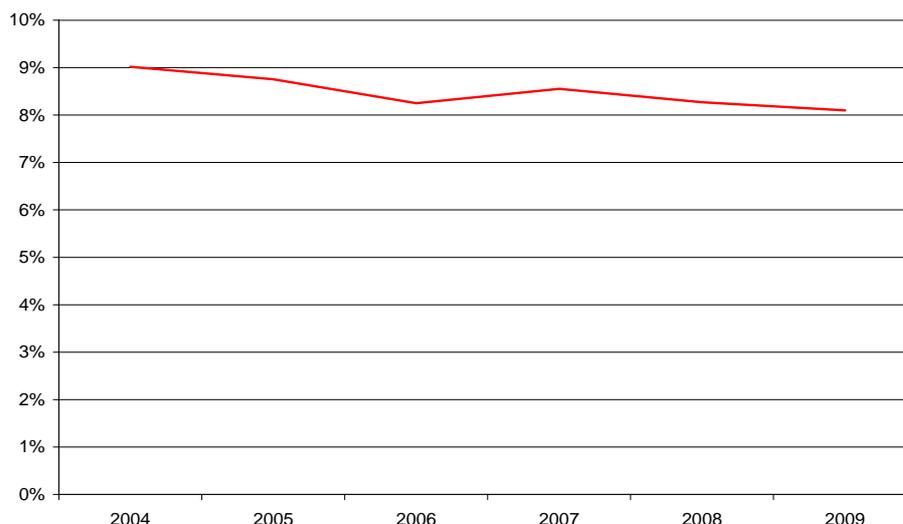
Todas estas medidas seguramente hayan determinado una mejora en la accesibilidad de los usuarios, aunque no se cuentan con datos que permitan cuantificar el efecto de las mismas en los hogares. Sin embargo, una aproximación al impacto que tuvo en la accesibilidad se puede estimar por la disminución de la participación de los ingresos por copago en los ingresos operativos en las instituciones así como una notoria disminución del ingreso mensual por copago por afiliado que cae de los \$140 en 2004 a los \$94 en 2009.

Si bien los copagos adquirieron en los períodos de gobierno anteriores un rol financiador en las instituciones, es importante recordar que la verdadera función es la moderación del consumo, por lo que es importante seguir avanzando en romper la dependencia que las IAMCs han generado de este tipo de ingresos.

II 3. Evolución de los ingresos por Venta de servicios

El tercer componente principal de los ingresos de las IAMC son los generados a través de la venta de servicios. Como se observa en el gráfico siguiente su peso relativo en el total de ingresos de las IAMC, si bien presenta una tendencia decreciente entre 2004 y 2009 representando el 9 y 8% respectivamente, no es tan relevante como la analizada en los copagos. En la medida que los ingresos por venta de servicios aumentan en términos absolutos durante el período, la reducción del ratio en relación a los ingresos operativos se explica fundamentalmente por un incremento más que proporcional de estos últimos.

Gráfico 14- Evolución Ingresos por Venta de servicios en relación a Ingresos Operativos



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

La importancia de estos ingresos varía según la institución y por lo tanto entre los distintos grupos considerados. Son de destacar el Grupo 2 que en todo el período presenta las mayores proporciones en el entorno del 10% y el Grupo 3 que por las características de las instituciones que lo componen tiene ingresos por ventas de servicios que en 2004 no alcanzan el 1% y en 2009 apenas lo superan. (Ver Anexo- Cuadro 51)

Dentro de los ingresos totales del subsector generados por Venta de Servicios el 29% en 2004 y el 21% en 2009 se relacionan a la venta de servicios de internación, por lo que se presentan algunos datos para estas áreas en particular⁸. El resto de estos ingresos incluye la venta de servicios de block quirúrgico, medicina altamente especializada, servicios ambulatorios, odontológicos y otros servicios.

Estrechamente vinculada a la venta de servicios de internación se encuentran los Días Cama Ocupados por terceros⁹. En el siguiente cuadro se aprecia que del total de Días Cama ocupados por terceros en 2009 en el subsector, el 73% corresponde a instituciones de Montevideo explicando el Grupo 1 el 44% de los mismos. No necesariamente la venta de servicios de internación se realiza a instituciones del subsector.

Cuadro 18- Composición de los Días Cama Ocupados por terceros. Año 2009¹⁰

Grupo 1	44%
Grupo 2	29%
Grupo 3	0%
Reg Norte	6%
Reg Litoral Oeste	4%
Reg Este	8%
Reg Sur	9%
Montevideo	73%
Interior	27%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

El incremento del promedio mensual de DCO por Terceros al comparar 2004 y 2009 en el total de instituciones fue del 11%. Estos datos al ser del primer semestre del año 2004 y 2009 deben relativizarse en tanto están condicionados por la estacionalidad característica del sector.

⁸ Los servicios de Internación incluyen internación en cuidados moderados y en CTI de adultos, pediátrico y neonatal.

⁹ Se considera el total de Días Cama ocupados por terceros en cuidados básicos, moderados y CTI-CI.

¹⁰ Es el promedio mensual de Días Cama Ocupados por Terceros en el primer trimestre de 2009.

A modo de síntesis, tanto los ingresos operativos como los costos por afiliado presentaban una tendencia creciente hasta 2007 cuando comienzan a decrecer. Esto se debe por un lado al ingreso masivo de afiliados, luego de enero de 2008, con un costo asociado menor a la media, y por otro al pago por cápitas que ajustan los ingresos a este menor riesgo que en promedio tiene la población de las IAMC.

Si se observa la tendencia que tenían los ingresos y costos por afiliado previo a la reforma, se encuentra que de mantenerse la misma, la situación de las IAMC podría haber sido crítica, en la medida que los costos estaban creciendo a un ritmo mayor que los ingresos. A partir de la reforma y con el cambio en la composición etaria de los afiliados se observa una reducción de los costos e ingresos per cápita pero con una mayor alineación entre los mismos que da sostenibilidad al sector.

Tal como se observa en el gráfico 5, las tasas de variación de ambos conceptos son prácticamente equivalentes y parten de niveles de ingresos operativos mayores a los costos, lo que determina un superávit operativo promedio que se mantiene constante a partir de la reforma no existiendo elementos que indiquen que esta situación se va a ver modificada.

Por otra parte, en lo relativo a la composición de los ingresos operativos, la reforma de la salud implicó un incremento sustancial de los ingresos de prepago provenientes de la seguridad social en detrimento del pago de cuotas individuales y colectivas. Este cambio en la composición de los ingresos de las instituciones tiene al menos tres ventajas. Por un lado brinda estabilidad a los usuarios y a las instituciones en la medida que las variaciones en los niveles salariales no alteran el tipo de cobertura en salud de los afiliados, e incluso frente a aumentos de la desocupación, el seguro de desempleo atenúa el impacto. Por otro lado, brinda también estabilidad a las IAMC ya que están regulados temporalmente los cambios de mutualista, lo que determina que esta población fluctúe principalmente por factores derivados de las tasas de empleo formal de la economía. Por último, el incremento en la participación de este tipo de ingresos en los operativos brinda al usuario mayores garantías en la medida que aumenta el poder regulatorio del Estado que es el garante en última instancia de la calidad de atención de la población.

Por último, es importante destacar las políticas implementadas tendientes a la reducción del peso de los copagos en el gasto de los hogares de forma de brindar mayor accesibilidad, que implicó una reducción importante del ingreso por copagos por afiliado. Es importante que los copagos se redimensionen dejando de ser un rubro de financiamiento de las instituciones para recobrar su rol de regulador de la demanda. Para esto es clave profundizar en medidas que tiendan a reducir el peso relativo de éstos en los ingresos de las mutualistas, como forma de mejorar el acceso de los usuarios brindando sustentabilidad a las instituciones y que esto último no condicione lo primero.

III. Análisis de Egresos de las IAMC

Finalizado el análisis de los principales rubros de ingresos de las IAMC es preciso realizar lo propio en los gastos más relevantes que enfrentan las instituciones.

Como ya fue mencionado los costos por afiliado presentan en el período analizado una tendencia creciente hasta 2007 cuando comienzan a decrecer consecuencia del ingreso masivo de afiliados de menor riesgo que el promedio.

Cuadro 19- Costos y gastos como proporción de los ingresos operativos

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de Retribuciones al Personal	37,6%	38,84%	40,70%	42,45%	44,5%	44,7%
Total de Cargas Sociales	2,0%	2,19%	2,33%	2,35%	2,50%	2,5%
Total de Honorarios Profesionales	2,5%	2,58%	2,77%	2,97%	3,07%	3,3%
Medicamentos Ambulatorios	11,5%	10,07%	9,42%	9,32%	7,52%	7,5%
Medicamentos Internación	3,8%	3,48%	3,17%	2,88%	2,38%	2,4%
Total de Consumos de Medicamentos	15,4%	13,57%	12,59%	12,20%	9,90%	9,8%
Total de Servicios de Salud Contratados	12,5%	13,20%	13,26%	13,42%	13,68%	14,1%
Total Costo de los Servicios	86,7%	85,80%	86,22%	87,18%	86,02%	86,4%
Total de Remuneraciones y Cargas Sociales	6,5%	6,54%	7,03%	7,24%	8,12%	8,0%
Total de Gastos de Adm. y Ventas	11,3%	11,07%	11,59%	11,62%	12,07%	11,6%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

En el cuadro anterior se presenta la evolución de los principales rubros de gasto como proporción de los ingresos operativos para el total de instituciones.

El total de costos en servicios asistenciales y gastos de administración mantienen su peso relativo en los ingresos a lo largo del período, en el entorno del 86% y 11,5 % respectivamente. Es decir, que si bien los costos se redujeron a precios constantes un 29% en el período los ingresos hicieron lo propio en un 28,7% consecuencia del cambio en la forma de pago a las instituciones que se asocia, luego de 2007, al riesgo de la población afiliada (Gráfico 6).

Entonces, además de que los costos por usuario disminuyeron, durante el período se dio también un cambio en la composición de los mismos: el total de Remuneraciones (Retribuciones y cargas sociales de personal de servicios asistenciales y de administración y ventas) en los ingresos operativos aumentaron su peso relativo un 20% en el período y los gastos en medicamentos disminuyeron 36%. Estos dos rubros serán analizados en profundidad en este apartado.

Los servicios de salud contratados, en tanto, han aumentado su participación relativa en los ingresos operativos. Al inicio del período analizado representaban el 12,5% de los mismos y en 2009 el 14%. Este es un rubro que es importante analizar y donde el MSP ha avanzado en la obtención de información que permita regular este ámbito, tal como está planteado en los contratos de gestión y en la propia ley de creación del SNIS. De todas formas la información con la que se cuenta se basa en datos primarios que no se presentan en este documento pero que dará lugar a futuras líneas de trabajo.

IV. 1. *Evolución de las Remuneraciones en las IAMC.*

En términos generales las remuneraciones tuvieron un importante aumento durante el período considerado, lo que implicó un incremento de su peso en los costos de 42,5% en Montevideo y 37,5% en el Interior.

Cuadro 20-Participación de las remuneraciones en los costos operativos¹¹

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Grupo 1	51.0%	53.2%	56.0%	57.8%	61.5%	61.6%
Grupo 2	43.8%	45.6%	47.7%	50.2%	53.7%	54.6%
Grupo 3	32.8%	33.4%	34.4%	35.2%	39.5%	37.1%
Regional Norte	47.6%	48.6%	49.3%	51.2%	61.8%	54.2%
Regional Litoral Oeste	48.8%	51.1%	52.3%	53.3%	57.2%	58.8%
Regional Este	43.8%	44.7%	47.8%	49.5%	55.6%	56.0%
Regional Sur	43.9%	47.5%	49.8%	49.7%	52.3%	52.9%
Montevideo	48.0%	49.9%	52.1%	53.9%	57.3%	57.1%
Interior	45.3%	47.7%	49.6%	50.7%	54.6%	55.1%
Total	47.0%	49.1%	51.2%	52.7%	56.3%	56.3%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

Son claras las diferencias en la participación de las remuneraciones en los costos entre los diferentes grupos, sobretodo entre los de la capital. En este último caso y como consecuencia del importante aumento que tuvieron las remuneraciones en el período, la brecha entre los grupos de instituciones más y menos integrados se acentúa. Esto es totalmente esperable pues, de hecho, es en función del grado de integración, que tiene al peso de las remuneraciones como uno de sus determinantes, que se agruparon las instituciones de Montevideo. En el Interior, en cambio, se observa que la situación, en estos términos, es mucho más homogénea.

Si se analiza la composición interna de la masa salarial, en términos del personal médico y no médico en Montevideo la estructura se mantuvo prácticamente constante a lo largo de todo el período, representando la masa salarial médica cerca del 41% de los costos operativos. Por su parte en el interior se observa un leve aumento del peso relativo de los trabajadores no médicos que pasan de representar 45,8% a 47,6% de la masa salarial al final del período.

Si se analiza al interior de estas grandes categorías, se observa un cambio en la composición de la masa salarial médica, donde disminuye el peso relativo de las especialidades quirúrgicas en Montevideo a favor de las especialidades médicas.

En el caso de los trabajadores no médicos, en Montevideo se observa un aumento de la participación del personal de Administración, servicios y oficios en detrimento del personal de enfermería, permaneciendo los técnicos no médicos con una participación casi constante. En el Interior, por el contrario, es enfermería el que sufre el mayor aumento en el período.

¹¹ Se calcula la participación del total de Remuneraciones, es decir, las Retribuciones personales y cargas sociales del personal asistencial y del de administración y ventas en relación al total de Costos Operativos conformados por los costos asociados a la prestación de servicios asistenciales y los gastos de administración y ventas.

Cuadro 21- Distribución de la masa salarial.

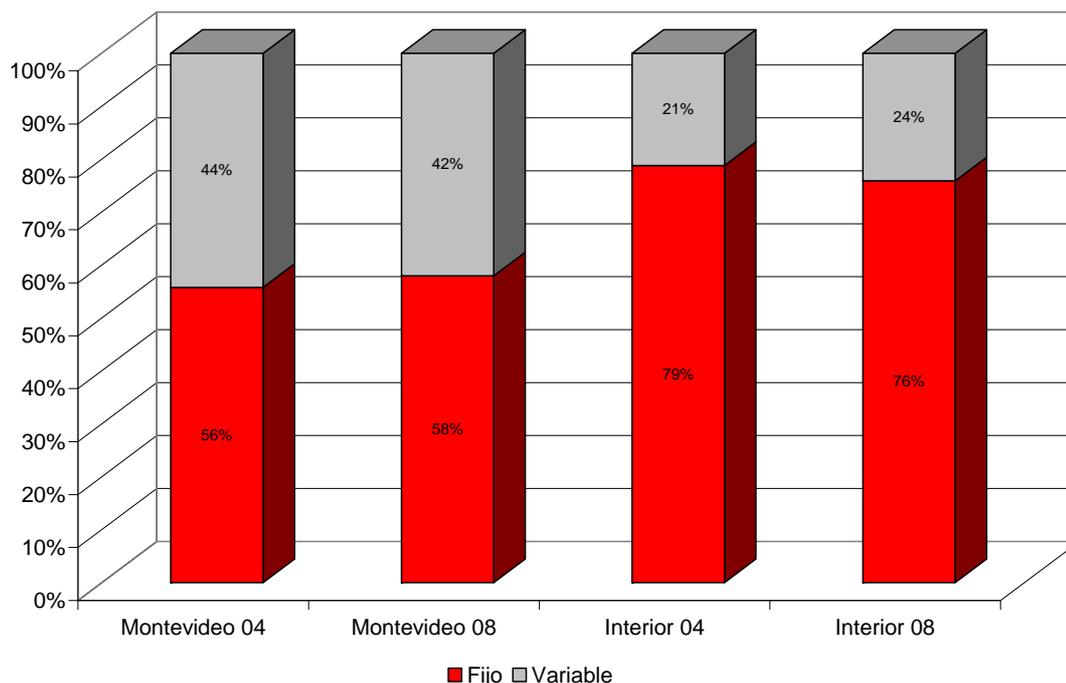
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Montevideo						
Médicos AQ	20.3%	19.1%	14.3%	13.6%	11.7%	14.1%
Médicos EM	21.6%	23.3%	28.3%	28.8%	29.9%	27.5%
Gerencias Técnicas	0.7%	0.6%	0.6%	0.7%	0.6%	0.7%
Total remuneraciones médicas	42.6%	43.0%	43.2%	43.1%	42.2%	42.3%
TNM	9.9%	10.0%	9.9%	9.9%	10.0%	10.3%
Enfermería	21.2%	20.9%	20.9%	20.5%	20.6%	20.3%
ASO	25.8%	25.5%	25.1%	25.6%	26.1%	26.2%
Gerencias no asistenciales	0.5%	0.6%	0.8%	1.0%	1.2%	0.9%
Total remuneraciones no médicas	57.4%	57.0%	56.8%	56.9%	57.8%	57.7%
% remuneraciones variables	66.2%	66%	68%	65%	61%	n/c
% remuneraciones adm/ total	14.7%	14.6%	15.2%	15.1%	16.7%	n/c
Interior						
Médicos AQ	13.7%	12.7%	12.6%	12.1%	12.7%	13.4%
Médicos EM	38.0%	39.5%	39.3%	39.0%	37.6%	36.6%
Gerencias Técnicas	1.2%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%
Total remuneraciones médicas	52.9%	53.5%	53.2%	52.4%	51.6%	51.3%
TNM	8.9%	8.1%	7.9%	8.1%	8.0%	8.2%
Enfermería	15.5%	15.9%	15.8%	16.1%	16.7%	17.1%
ASO	21.4%	21.2%	21.8%	22.0%	22.6%	22.3%
Gerencias no asistenciales	1.2%	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%
Total remuneraciones no médicas	47.1%	46.5%	46.8%	47.6%	48.4%	48.7%
% remuneraciones variables	24.3%	26%	28%	37%	29%	n/c
% remuneraciones adm/ total	11.4%	11.7%	11.1%	11.0%	11.1%	n/c
Total						
Médicos AQ	18.0%	16.9%	13.7%	13.1%	12.1%	13.9%
Médicos EM	27.2%	29.0%	32.2%	32.5%	32.8%	31.1%
Gerencias Técnicas	0.9%	0.8%	0.9%	0.9%	0.8%	0.9%
Total remuneraciones médicas	46.1%	46.7%	46.8%	46.5%	45.7%	45.9%
TNM	9.6%	9.3%	9.2%	9.2%	9.2%	9.5%
Enfermería	19.3%	19.1%	19.1%	18.9%	19.1%	19.0%
ASO	24.3%	24.0%	23.9%	24.3%	24.7%	24.6%
Gerencias no asistenciales	0.8%	0.9%	1.0%	1.1%	1.2%	1.0%
Total remuneraciones no médicas	53.9%	53.3%	53.2%	53.5%	54.3%	54.1%
% remuneraciones variables	47.5%	48%	49%	53%	46%	n/c
% remuneraciones adm/ total	13.6%	13.5%	13.7%	13.6%	14.6%	n/c

Fuente: Balance Anual de las IAMC- SINADI

La disminución de la participación de las especialidades quirúrgicas en Montevideo se traduce en una disminución del peso de las remuneraciones variables en el total, ya que si bien todas las especialidades médicas tienen un componente de su sueldo variable, esta proporción es mayor en el caso de las especialidades que tienen actividad en block. Como contraparte de esto se observa un aumento del componente variable en el caso del interior, más allá de que en términos comparativos es menor que en Montevideo.¹²

¹² Es importante aclarar que los laudos médicos difieren entre Montevideo e Interior, existiendo en el primer caso un mayor componente variable establecido en relación al segundo.

Gráfico 15. Estructura de las remuneraciones en sus componentes fijos y variables.

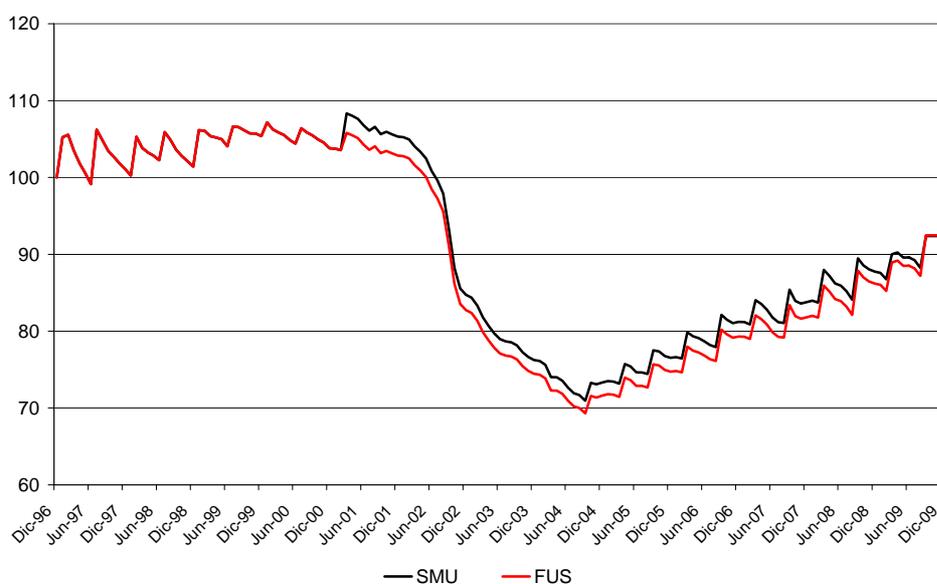


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

El aumento en las remuneraciones registrado durante el período puede tener dos componentes: por un lado un aumento en el número de trabajadores para hacer frente a una mayor demanda de servicios y por otro lado un aumento de los salarios unitarios de los trabajadores.

En lo que tiene que ver con este último punto, tal como se observa en el Gráfico 15, los salarios reales en las IAMC aumentaron sustancialmente durante este período, logrando recuperar los valores previos a la crisis de 2002.

Gráfico 16. Evolución del Salario Real y proyecciones a enero de 2010.¹³

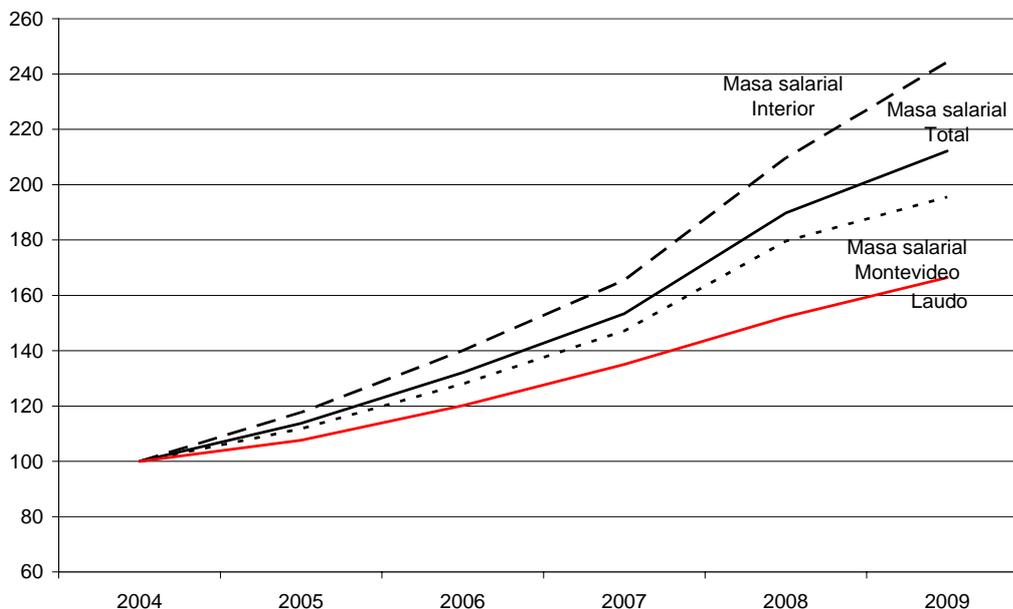


Fuente: Elaboración propia en base a datos del MTSS sobre los laudos del Grupo 15.

¹³ Las proyecciones se realizan en base al Convenio Salarial firmado en julio de 2008 que establece todos los ajustes hasta julio de 2010.

Si se compara el aumento establecido en los laudos con la evolución de la masa salarial, se observa que esto no logra explicar la variación total de esta última. En efecto, la masa salarial en todo el país más que se duplicó mientras que por laudo los salarios aumentaron 66,4%. Esta brecha entre el aumento de precio del salario y el aumento de la masa salarial puede estar dada no solo por el aumento de la cantidad de trabajadores sino también por aumentos salariales que pueden haber otorgado las instituciones por encima de los laudos para captar trabajadores escasos frente al aumento de la demanda asistencial.

Gráfico 17. Evolución de la masa salarial y los salarios. Índice base 2004.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MTSS sobre los laudos del Grupo 15 y datos del Balance Anual de las IAMC.

En los cuadros que siguen se presentan las dotaciones de recursos humanos. Durante el período considerado, se incorporaron a las IAMC 2.948 trabajadores, 604 en Montevideo y 2.344 en el Interior, lo que implicó un incremento total de 7,8% (Ver Anexo- Cuadro 53).¹⁴ En la medida que el incremento de afiliados fue mayor que el de los trabajadores, disminuye el ratio de trabajadores cada mil afiliados tanto en Montevideo como en el Interior; si bien hay que tomar en cuenta la utilización de los usuarios, parecería que el mercado de trabajo se ajusta más lentamente a los incrementos de la demanda ocasionados por el aumento de afiliados.

En términos generales, todas las categorías de trabajadores aumentan a nivel del total del país en términos absolutos y disminuyen en relación a los afiliados, pero es importante destacar la situación de Montevideo que diverge del promedio nacional, donde las especialidades médicas disminuyen en términos absolutos. Para analizar si la dotación de recursos humanos es o no suficiente es necesario tener en cuenta la utilización de los usuarios, y si los recursos humanos son suficientes o no para hacer frente a esa demanda, y en esto último entra en consideración la productividad.

¹⁴ Si se mide el incremento en términos de cargos, se observa un aumento de 3.992 cargos de los cuales 1.494 son de Montevideo y 2.498 del Interior. El fenómeno que explica esta diferencia entre cargos y personas es el multiempleo. En el cuadro 54 del Anexo se presentan los datos de cargos por grupos.

Cuadro 22-Trabajadores cada 1000 afiliados

	2007	2008	2009
Montevideo			
Especialidades Médicas	5.1	4.4	4.3
Especialidades Quirúrgicas	1.5	1.4	1.3
Jefaturas médicas	0.6	0.4	0.3
Practicantes	0.5	0.6	0.5
Auxiliares Enfermería	5.8	5.2	5.1
Licenciadas de Enfermería	1.3	1.3	1.2
Otros enfermería	0.8	0.4	0.4
Técnicos No Médicos	3.9	3.7	3.5
Administración, Servicios y Oficios	7.8	7.6	7.3
Subtotal	27.4	24.9	24.1
Interior			
Especialidades Médicas	4.1	3.5	3.5
Especialidades Quirúrgicas	1.5	1.2	1.2
Jefaturas médicas	0.6	0.5	0.5
Practicantes	0.0	0.0	0.0
Auxiliares Enfermería	4.9	4.6	4.7
Licenciadas de Enfermería	0.8	0.7	0.8
Otros enfermería	0.2	0.2	0.1
Técnicos No Médicos	2.7	2.5	2.6
Administración, Servicios y Oficios	7.4	6.8	6.8
Subtotal	22.3	20.1	20.2
Total País			
Especialidades Médicas	4.7	4.0	4.0
Especialidades Quirúrgicas	1.5	1.3	1.3
Jefaturas médicas	0.6	0.5	0.4
Practicantes	0.3	0.3	0.3
Auxiliares Enfermería	5.4	4.9	4.9
Licenciadas de Enfermería	1.1	1.0	1.0
Otros enfermería	0.6	0.3	0.3
Técnicos No Médicos	3.5	3.2	3.1
Administración, Servicios y Oficios	7.7	7.3	7.1
Total	25.4	22.9	22.5

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y censos de afiliados.

En el cuadro 23 se presentan los actos por hora de los médicos en policlínica. Cabe recordar que los laudos establecen la realización de 6 actos por hora (con alguna excepción, como ser psiquiatría y neurología). En este marco, se observa que en Montevideo, existía al inicio del período capacidad ociosa principalmente de Medicina General y Pediatría, por lo que el incremento en la demanda tuvo como respuesta un descenso de la dotación por afiliado en lugar de un aumento en las mismas.

En el interior por su parte, este fenómeno se concentró en Pediatría, mientras que las restantes especialidades médicas mantuvieron su productividad casi constante, y en niveles próximos a los establecidos en los laudos.

Cuadro 23-Consultas por hora promedio

	2007	2008	2009
Montevideo			
Medicina General	3.79	5.31	4.36
Pediatría	3.92	5.85	4.33
Ginecoobstetricia	4.45	5.54	4.32
Especialidades Médicas	3.69	4.78	4.18
Especialidades Quirúrgicas	4.66	5	4.09
Interior			
Medicina General	5	5.2	4.9
Pediatría	3.01	5.92	4.88
Ginecoobstetricia	4.27	4.96	4.26
Especialidades Médicas	4.41	4.83	4.43
Especialidades Quirúrgicas	4.5	4.83	4.41
Total País			
Medicina General	4.3	5.26	4.63
Pediatría	3.45	5.89	4.62
Ginecoobstetricia	4.37	5.27	4.29
Especialidades Médicas	3.94	4.8	4.28
Especialidades Quirúrgicas	4.6	4.93	4.22

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y del SINADI asistencial.

Para analizar las áreas de sanatorio tanto en cuidados moderados como en CTI – CI, el indicador a utilizar es el número de camas asignada a cada cargo, es decir, se mide el número de camas que deben ser atendidas por cada trabajador. En el caso de enfermería, cuya modalidad de trabajo es a través de turnos, se estiman los cargos en base al número de horas trabajadas, suponiendo cargos de 144 horas y cuatro turnos por día. En el caso de los médicos en cuidados moderados se consideran cargos de 96 horas mensuales y en CTI – CI, partiendo de las horas contratadas mensualmente se calculan los cargos para cubrir las 24 horas del día todos los días del mes.

En el caso de internación en cuidados moderados, en todas las especialidades disminuyen las camas asignadas a cada cargo, tanto para el personal médico como no médico y en Montevideo y el Interior. La variación más importante la tuvo pediatría, que se ubicaba en 2007 en guarismos muy altos, lo que indica que la disminución de este indicador seguramente haya implicado una mejora en la calidad asistencial. Es así que en 2007 cada pediatra tenía a su cargo 26 camas y en 2009 este guarismo pasa a 15.

Cuadro 24-Camas de cuidados moderados por cargo

	2007	2008	2009
Montevideo			
Medicina Interna	8.33	7.90	6.34
Pediatría	16.26	14.86	11.57
Aux. Enfermería	2.49	2.12	1.81
Lic. Enfermería	8.73	7.58	6.25
Interior			
Medicina Interna	29.91	20.29	19.59
Pediatría	40.79	27.99	18.55
Aux. Enfermería	4.98	3.79	3.67
Lic. Enfermería	27.61	19.27	17.56
Total País			
Medicina Interna	15.32	12.11	10.68
Pediatría	26.24	20.27	14.95
Aux. Enfermería	3.64	2.83	2.60
Lic. Enfermería	15.38	11.57	10.20

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y del SINADI asistencial.

En el caso de CTI - CI de adultos, la situación es opuesta a la anterior. En Montevideo se observa una excesiva dotación de médicos intensivistas y de auxiliares de enfermería durante todo el período

y un faltante de licenciadas de enfermería de acuerdo a lo que la normativa establece.¹⁵ En el caso del Interior, al problema de enfermería se suma una escasez importante de médicos intensivistas. Este último fenómeno posiblemente refleje problemas en la oferta de recursos humanos que se acentúan aún más en el Interior del país. Este es un problema estructural del país, distintos trabajos han remarcado la existencia de insuficiencias en la formación de estos recursos humanos en el Uruguay, y este problema se agrava en el interior del país.

Cuadro 25-Camas por cargo CTI – CI adultos

	2007	2008	2009
Montevideo			
Intensivista Adultos	3.16	3.75	3.28
Aux. Enfermería	1.44	1.68	1.60
Lic. Enfermería	6.29	6.96	6.46
Interior			
Intensivista Adultos	21.30	16.92	33.96
Aux. Enfermería	7.35	5.65	11.49
Lic. Enfermería	45.47	33.00	65.77
Total País			
Intensivista Adultos	8.21	7.91	13.09
Aux. Enfermería	3.44	3.20	5.60
Lic. Enfermería	16.68	14.91	25.64

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y del SINADI asistencial.

En el caso de CTI - CI pediátrico, la situación es análoga a la anterior y se agrega como uno de los problemas fundamentales la insuficiencia de intensivistas de niños en Montevideo.

Cuadro 26-Camas por cargo CTI – CI niños

	2007	2008	2009
Montevideo			
Intensivista Niños	15.80	14.77	25.46
Aux. Enfermería	1.06	1.12	1.87
Lic. Enfermería	7.13	6.65	8.46
Interior			
Intensivista Niños	169.94	168.18	199.19
Aux. Enfermería	9.65	5.02	13.17
Lic. Enfermería	36.30	15.61	38.81
Total País			
Intensivista Niños	43.89	40.70	77.88
Aux. Enfermería	2.85	2.45	5.54
Lic. Enfermería	16.47	11.10	21.34

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y del SINADI asistencial.

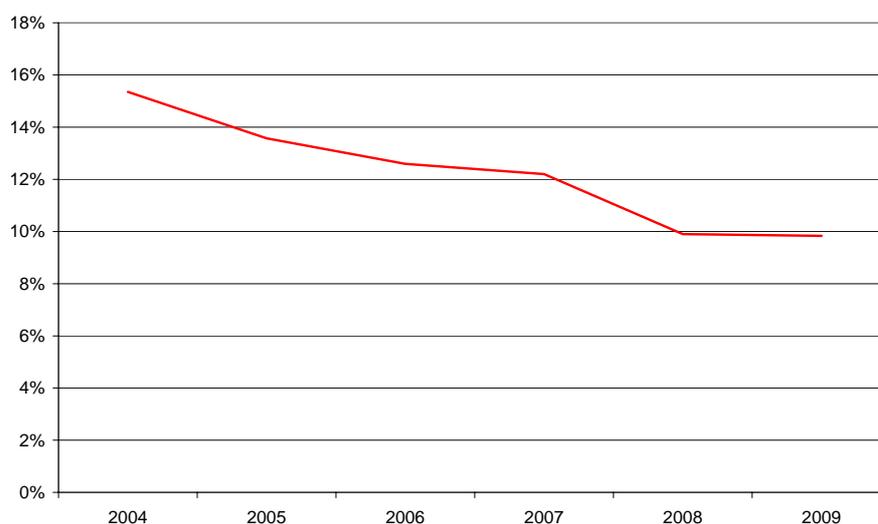
En síntesis, el gasto en recursos humanos de las IAMC aumentó sustancialmente durante el período considerado (112% promedio entre 2004 y 2009). Este incremento se explica en parte por un aumento en el salario de los trabajadores (66.5% entre 2004 y 2009) y por un incremento en las dotaciones (46.3% entre 2006 y 2009). Los cambios en los recursos humanos para atender un número mayor de afiliados estuvieron dados no solo por el incremento en el número de trabajadores sino por una mejora en los niveles de productividad en áreas donde existía capacidad ociosa como policlínica y en mejoras en la calidad de atención como el caso de sanatorio en cuidados moderados.

¹⁵ El Decreto 399/08 establece una dotación mínima para CTI – CI de 8 camas cada médico intensivista, entre 4 y 6 camas por cada licenciada en enfermería y dos camas por cada auxiliar de enfermería.

IV. 2. Evolución del Gasto en Medicamentos en las IAMC.

Otro de los rubros de gasto que se analizará por la importancia que tiene en los costos es el gasto destinado al consumo de medicamentos en los servicios ambulatorios y de internación. Al inicio del período analizado ocupaban el segundo lugar, luego de las remuneraciones, en relación a los ingresos operativos pero al final del período pasan al tercer lugar.

Gráfico 18- Gasto en medicamentos en relación a Ingresos Operativos



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

El peso del gasto total en medicamentos en los ingresos operativos presenta una clara tendencia decreciente en el período 2004-2009 disminuyendo un 36% su peso relativo. La mayor caída se observa luego de 2007 pasando de explicar el 12% de los ingresos al 9,9% manteniéndose en ese nivel en 2008 y 2009. Una explicación a este comportamiento podría estar dado por la evolución de los precios de los mismos por debajo de la evolución del IPC del sector (17% y 43% respectivamente en el total del período) y del IPC general, en particular esta diferente evolución se profundiza a partir de octubre 2007.

Del total de gasto en medicamentos, el 76% en 2009, corresponde a medicamentos en atención ambulatoria y el resto a medicamentos de internación sin apreciarse una variación relevante en esas proporciones en el período analizado. La mayor variación se registra en el Grupo 3 donde en 2004 los medicamentos ambulatorios explicaban el 96,4% del total de gasto en medicamentos mientras que en 2009 son el 76%.

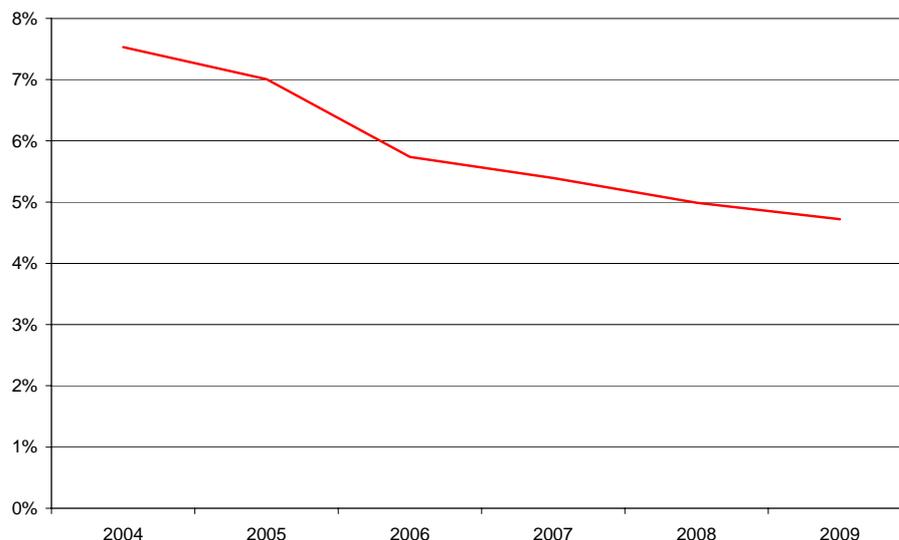
En otro orden, el indicador Ingreso por Ticket de Medicamentos en relación al Consumo de Medicamentos Ambulatorios nos permite observar en qué medida el ingreso por ticket, antes analizado, financia el consumo de medicamentos ambulatorios cuando su fin último es el de moderar el consumo de los mismos.

Cuadro 27-Relación entre los Ingresos por Ticket de Medicamentos y el Gasto en medicamentos ambulatorios

	2004	2009
Grupo 1	69,3%	66,5%
Grupo 2	57,6%	63,0%
Grupo 3	48,6%	50,5%
Reg. Norte	65,0%	58,7%
Reg. Litoral	73,4%	72,3%
Reg. Este	66,5%	61,2%
Reg. Sur	64,3%	61,7%
Montevideo	64,8%	63,9%
Interior	66,5%	62,3%
Total	65,4%	63,2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

En el total de instituciones el 63% del gasto en medicamentos ambulatorios se financia en 2009 a través de ticket, esto representa una caída en 2 puntos porcentuales respecto a 2004. Los Grupos 2 y 3 fueron los únicos en que este ratio aumentó pero sin embargo eran los que partían de niveles más bajos por lo que a pesar de haber aumentado continúan por debajo de la media.

Gráfico 19. Gasto en ticket de medicamentos como proporción de los ingresos operativos.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC

Cabe tener en cuenta que, tanto los ingresos por ticket de medicamentos en relación a los ingresos operativos, como el gasto en medicamentos disminuyeron por lo que la caída de la razón entre ambos no es de la magnitud que cabría esperar luego de las políticas de copagos aplicadas en el período.

Otra dimensión para el análisis del gasto en medicamentos es vincularlo por un lado a las recetas expedidas y por otro a la cantidad de afiliados. En el siguiente cuadro y con relación a las recetas expedidas en atención ambulatoria, se observa un aumento del número de recetas por usuario en el período 2005-2008, de aproximadamente 2 recetas por afiliado por año. Esto puede estar reflejando que comenzó a cubrirse una demanda insatisfecha en la medida que se tomaron políticas tendientes a la reducción de los ticket.

Cuadro 28-Recetas y Gasto de Medicamentos.
IAMC Montevideo, Interior y País. Años 2005-2008.

	2005	2006	2007	2008
IAMC Montevideo				
Nº de recetas por afiliado por año	8,5	9,4	10,4	10,4
Nº de recetas / consultas	1,4	1,6	1,7	1,6
Gasto medicamentos at.amb. / consulta	195,0	198,0	198,9	158,7
Gasto medicamentos at.ambulatoria / receta	136,7	125,5	120,4	100,2
Gasto medicamentos internación / DCO	637,8	577,2	533,2	482,7
Gasto medicamentos total / afiliado	1.605	1.573	1.626	1.385
IAMC Interior				
Nº de recetas por afiliado por año	13,1	13,8	15,4	14,4
Nº de recetas / consultas	1,9	2,0	2,1	2,0
Gasto medicamentos at.amb. / consulta	168,2	167,4	171,3	144,9
Gasto medicamentos at.ambulatoria / receta	90,9	83,9	81,6	71,5
Gasto medicamentos internación / DCO	590,4	594,8	596,3	453,3
Gasto medicamentos total / afiliado	1.545	1.549	1.655	1.334
IAMC País				
Nº de recetas por afiliado por año	10,3	11,1	12,3	12,0
Nº de recetas / consultas	1,6	1,8	1,8	1,8
Gasto medicamentos at.amb. / consulta	183,6	185,0	187,3	152,8
Gasto medicamentos at.ambulatoria / receta	114,3	105,5	101,5	86,2
Gasto medicamentos internación / DCO	621,4	583,8	556,2	471,2
Gasto medicamentos total / afiliado	1.582	1.564	1.637	1.364

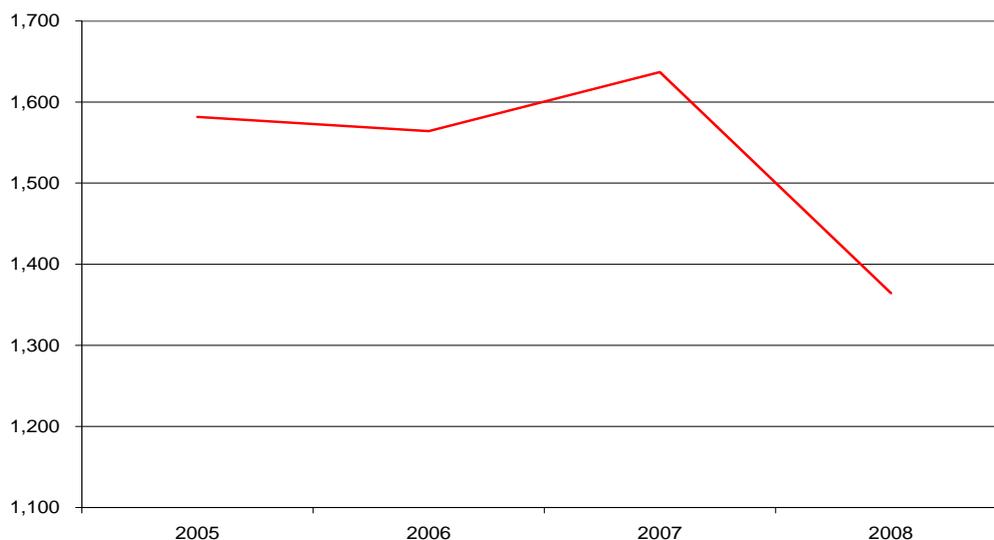
Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial y del Balance Anual de las IAMC

A su vez se observa que las IAMC del Interior expiden entre 4 y 5 recetas más por afiliado por año que las de Montevideo, en todo el período considerado.

En cuanto al número de recetas expedidas por consulta, este se mantiene constante en los cuatro años considerados, tanto en el grupo de instituciones del Interior como en el de Montevideo, situándose para el total de IAMC del país en 2 recetas por consulta.

Si se analiza el gasto en medicamentos en el período (ajustado a precios constantes), se observa un descenso en el 2008, tanto en lo referente al gasto en atención ambulatoria por consulta, como al gasto en internación por día cama ocupado y gasto total por afiliado.

No se observan mayores diferencias en el gasto en medicamentos por afiliado entre el promedio de Montevideo y del Interior. Sin embargo entre los Grupos se destaca el Grupo 3 donde el gasto total por afiliado es un 25% menor al registrado en promedio en Montevideo. (Ver Anexo- Cuadro 51)

Gráfico 20- Gasto en medicamento por afiliado

Fuente: Elaboración propia en base a Balance Anual de las IAMC.

La variación del gasto total en medicamentos a precios constantes entre 2005 y 2008 fue de 2,4% por lo que la caída de 14% del indicador gasto por afiliado se explica en parte por el incremento de afiliados que fue de 19%,¹⁶ por la caída en los precios mencionada anteriormente y por la inclusión en del Anexo II del Vademécum al Fondo Nacional de Recursos a partir de 2007.

En suma, la disminución de costos por afiliado estuvo acompañado por un cambio en su composición. Por un lado se produjo un importante incremento de la masa salarial asociado tanto a aumento de salarios como a incremento de las dotaciones para hacer frente a la cantidad de nuevos usuarios que ingresaron al sistema como consecuencia de la reforma.

De todas formas el mercado de trabajo en salud no logra ajustarse con la rapidez que sería necesario a las nuevas demandas del sector, tanto por la composición en términos de especialidades como por limitaciones de la oferta y laudos salariales que no consideran las diferencias de incentivos que necesariamente deberían existir para mejorar la distribución geográfica de los recursos humanos. Estos son problemas estructurales que en cierta medida y de manera muy incipiente se han comenzado a abatir pero que necesariamente van a requerir de medidas de política específicas que repiensen los convenios vigentes y los adapten a las nuevas necesidades del sector.

Asimismo comienza a hacerse indispensable un mejor diálogo con los agentes formadores de recursos humanos para que la oferta no comience a ser un factor que juegue en detrimento de la calidad asistencial de la población.

Por otro lado, se registra un descenso del gasto en medicamentos si se lo observa como porcentaje de los ingresos o si se calculan indicadores por afiliado. La disminución del gasto en medicamentos en relación a los ingresos operativos puede explicarse en parte por el mayor peso relativo de las remuneraciones en los ingresos. Por otro lado, se observa que el aumento de precios de los medicamentos en casi todo el período (17%) fue menor a la evolución de los precios del sector (IPC Cuidados Médicos, 43%) y del IPC general. La disminución del gasto por afiliado se explica por lo antedicho y por el incremento de la masa de beneficiarios.

Esta disminución del gasto en medicamentos no está asociada a una disminución del consumo, ya que se mantiene el número de recetas por consulta e incluso aumenta el número de recetas por afiliado.

¹⁶ Si se observa el período 2004- 2009, el gasto por afiliado cae un 26% explicado por el aumento en 36% de los afiliados, ya que el gasto total varía menos de 1%.

Por último, en lo referente a los servicios de salud contratados se observa un importante incremento. El MSP se encuentra en este momento mejorando sus sistemas de información ya que es un costo que asume el sector y es importante que exista un monitoreo de parte de la autoridad sanitaria.

IV. Análisis de situación económico- financiera de las IAMC

IV 1. *Análisis de Rentabilidad*

Luego de realizado el análisis de la evolución de los principales ingresos y gastos de las IAMC entre 2004 y 2009 cabe observar los resultados obtenidos por las instituciones en el período. Este análisis del sistema desde el punto de vista de la Rentabilidad nos permitirá observar la eficiencia en el control de los costos y gastos.

Cuadro 29-Relación de los Resultados con los Ingresos Operativos

	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹⁷
RESULTADO BRUTO	13,3%	14%	14%	13%	13,98%	13,6%
Resultados Diversos	0,8%	0,46%	0,36%	0,36%	0,24%	1,0%
RESULTADO OPERATIVO	2,0%	3,0%	2,0%	1,0%	1,91%	1,96%
Resultados Financieros	-3,3%	-0,20%	-2%	-1%	-0,47%	-1,2%
Resultados Extraordinarios	0,3%	-0,50%	-0,20%	-0,10%	-0,30%	0,2%
Ajustes a Res de Ejercicios Anteriores	0,3%	-0,10%	0,00%	-0,10%	-0,02%	0,0%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	0,02%	2,0%	0,15%	0,33%	1,35%	2,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

En todo el período considerado el sistema ha obtenido resultados superavitorios. El menor superávit es del año 2004 (0,02%) y el mayor se ubica en el 2005 (2%) Si bien en el ejercicio cerrado en el 2006 el resultado positivo cae a 0,15%, a partir del mismo la tendencia es creciente. Recordemos que el dato correspondiente a 2009 incluye los primeros seis meses del ejercicio.

El resultado operativo ha mantenido un comportamiento similar, en términos generales, al resultado total.

Cuadro 30- Resultados como proporción de los Ingresos Operativos por grupos. Montevideo

	2004		2007		2009	
	Res. Operativo	Res. Ejercicio	Res. Operativo	Res. Ejercicio	Res. Operativo	Res. Ejercicio
Grupo 1	-1,1%	-3,7%	1,07%	0,66%	-0,39%	0,54%
Grupo 2	-2,8%	1,5%	-1,16%	-3,40%	0,76%	-1,08%
Grupo 3	5,6%	2,4%	2,09%	1,73%	7,69%	9,09%
Montevideo	-0,9%	-2,1%	0,67%	-0,15%	0,89%	1,20%

Fuente: elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

En Montevideo, en tanto, al comienzo del período los resultados fueron deficitarios en 2,1%, en 2007 la situación tuvo una leve mejora y en el primer semestre de 2009 el resultado es superavitorio, 1,20% de los ingresos operativos. El Grupo 2 es el único que mantiene en los primeros seis meses del ejercicio 2008-2009 resultados deficitarios pero son 6 las instituciones del Montevideo que cerraron el semestre con déficit.

¹⁷ A efectos de conocer los resultados aproximados del primer semestre del ejercicio que cerrará en setiembre de 2009 se consideran los resultados que surgen del acumulado de los estados de resultados mensuales presentados por las instituciones al SINADI, sin embargo cabe aclarar que éstos son solo una aproximación pues los Estados Contables de cierre de ejercicio incluyen ajustes que no están siendo captados en los mensuales.

Cuadro 31-Resultados como proporción de los Ingresos Operativos por grupos. Interior

	2004		2007		2009	
	Res. Operativo	Res. Ejercicio	Res. Operativo	Res. Ejercicio	Res. Operativo	Res. Ejercicio
Reg. Norte	6,0%	4,81%	-1,04%	-2,31%	1,8%	1,4%
Reg. Litoral	5,8%	3,07%	0,61%	-0,30%	2,5%	3,1%
Reg. Este	10,0%	3,67%	5,79%	4,91%	6,8%	5,9%
Reg. Sur	4,8%	2,52%	1,73%	1,36%	2,3%	1,7%
Interior	6,7%	3,5%	2,00%	1,10%	3,5%	3,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

La rentabilidad de las instituciones del interior ha sido superior a las de Montevideo durante todo el período. En 2004 cerraron el ejercicio con 3,5% de superávit total y 6,7% de superávit operativo. En el primer semestre de 2009, si bien existe una disminución del superávit operativo, los resultados totales son de un nivel similar a los del 2004.

IV 2. Análisis de la Solvencia

Luego del análisis de la eficiencia en el manejo de los ingresos y los costos se observará el nivel de endeudamiento y con esto la solvencia de las instituciones.

Los indicadores seleccionados para el análisis de solvencia son el peso del **Pasivo Total en el Activo**¹⁸ de la institución y el **Pasivo Total por Afiliado**.

Cuadro 32-Relación entre el pasivo total y el activo total

	2004	2005	2006	2007	2008
Montevideo	86,40%	85,00%	84,00%	82,00%	81,20%
Interior	45,00%	43,00%	42,00%	43,00%	40,70%
Total	70,80%	69,00%	68,00%	67,00%	64,90%

Fuente: elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

El Pasivo total del subsector a precios constantes entre 2004 y 2008 se reduce en un 12% aproximadamente. Si consideramos las Instituciones de Montevideo, la reducción es de 14%, mientras que en las del interior, disminuye 7%. Esto determina una reducción del ratio pasivo / activo que cae 6 puntos porcentuales.

El peso del endeudamiento es, en todo el período, más importante en las instituciones de la capital superando el 80% del activo.

Cuadro 33- Pasivo por Afiliado*

	2004	2005	2006	2007	2008
Montevideo	9.796	8.721	8.383	7.779	7.101
Interior	5.027	4.412	4.216	4.111	3.533
Total	7.989	7.071	6.768	6.348	5.653

* A precios constantes del año 2008

Fuente: elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

Si se observa en este caso la relación entre el pasivo a precios constantes y los afiliados, es clara la caída de este indicador al comparar 2004 y 2008 lo que es esperable por un lado, por la caída del pasivo total mencionada anteriormente y por otro, por el gran incremento de afiliados del 36% experimentado en el período.

¹⁸ El indicador que considera el peso del pasivo total en el activo tiene ciertas limitaciones en empresas como las que integran el sistema mutual derivadas de la falta de homogeneidad en los criterios de valuación de los Bienes de Uso. A pesar de estas limitaciones igualmente se considera un indicador legítimo del endeudamiento de las instituciones.

IV 3. Análisis de Liquidez

Para el análisis de liquidez los indicadores seleccionados son la relación entre **Pasivo Corriente y Pasivo Total** y la **Capacidad de Repago**. Este último expresa la cantidad de meses de ingresos operativos necesarios para hacer frente al pasivo de corto plazo de la institución¹⁹

Cuadro 34-Indicadores de Liquidez. Instituciones de Montevideo

	2004		2008	
	Pasivo Corriente/ Pasivo Total	Capacidad de repago	Pasivo Corriente/ Pasivo Total	Capacidad de repago
Grupo 1	68%	5,80	74%	4,94
Grupo 2	39%	4,55	49%	3,99
Grupo 3	66%	2,86	91%	2,59
Montevideo	60%	5,28	67%	4,45

Fuente: elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

Cuadro 35-Indicadores de Liquidez. Instituciones del interior

	2004		2008	
	Pasivo Corriente/ Pasivo Total	Capacidad de repago	Pasivo Corriente/ Pasivo Total	Capacidad de repago
Reg. Norte	76%	3,37	80%	3,21
Reg. Litoral	86%	2,77	88%	2,62
Reg. Este	65%	3,77	78%	2,35
Reg. Sur	68%	3,10	84%	2,63
Interior	71%	3,34	82%	2,71

Fuente: elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

La relación **Pasivo corriente y total** permite conocer el perfil del endeudamiento. Las instituciones de Montevideo y del interior, al comparar el ejercicio cerrado en 2004 con el 2008, muestran un incremento en el peso de la deuda de corto plazo. No obstante, al existir un contexto de baja de pasivo total, este incremento no refleja por sí mismo una complicación en la liquidez del sector.

El grupo con mejor perfil de deuda es el Grupo 2 en el cual sólo el 49% del total del endeudamiento debe enfrentarse en el corto plazo. En el otro extremo se encuentra el Grupo 3 donde el 91% del total de su pasivo es de corto plazo. En el interior este valor presenta una menor dispersión, ubicándose entre 78% y 88%. Es importante recordar que el ejercicio cerrado en el 2004 tiene la particularidad de reflejar el inicio del Fideicomiso de la Salud, que determinó una mejora significativa en el perfil de endeudamiento por pasivo laboral de más de 20 instituciones del sector en ese año.

La **capacidad de repago** total del subsector en 2004 era de 4,5 meses de ingresos, en Montevideo 5,28 y en las instituciones del interior 3,34. Al cierre del ejercicio 2008 la situación según este indicador presenta una mejora en todos los casos, descendiendo en el conjunto del subsector a 3,75.

El grupo 1 de Montevideo es el que presenta en el último ejercicio una capacidad de repago superior a los demás grupos, sin embargo cabe destacar que el mismo ha tenido una leve mejora en comparación con el indicador al año 2004

¹⁹ Las empresas de servicios como las analizadas no tienen en su activo lo que es tradicional en el resto de las empresas (mercaderías, productos terminados, productos en proceso, etc.) y tampoco tienen un peso relevante de los deudores a cobrar que también se encontrarían en el activo. Es por esta razón que en lugar de la Razón Corriente (Pasivo corriente sobre Activo Corriente), indicador de liquidez utilizado en la mayoría de las empresas, se analiza la relación entre Pasivo Corriente e Ingresos Operativos mensuales (Capacidad de Repago).

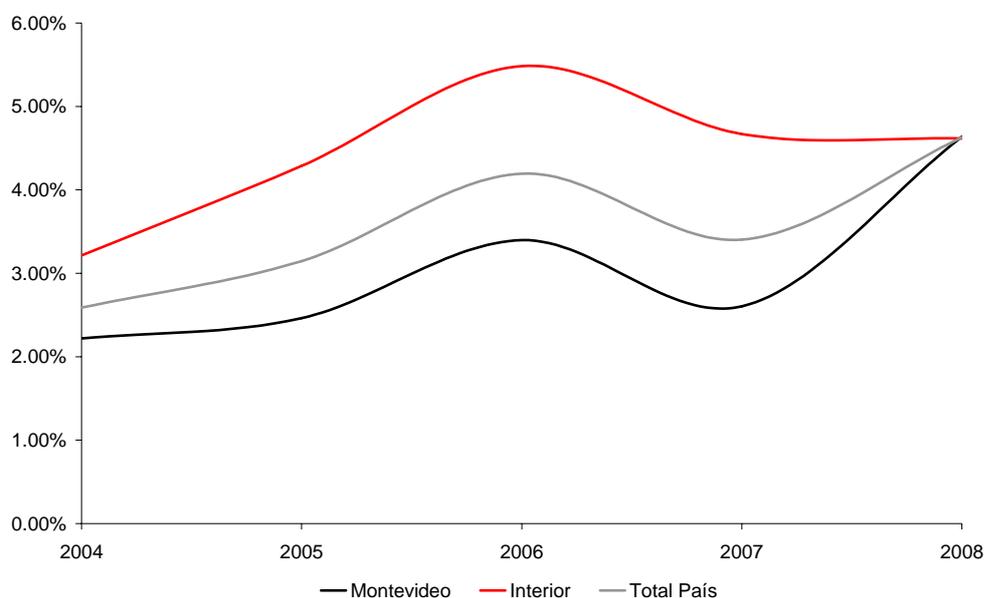
IV 4. Análisis de las Inversiones en Bienes de Uso.

En este punto y como otra dimensión de análisis de la situación económico-financiera, se presenta un breve resumen del documento elaborado por la DES en setiembre de 2009²⁰ con el objetivo de lograr una aproximación sobre el nivel de inversión en Bienes de Uso de las IAMC en el período 2000-2008.²¹ Para el análisis se consideraron las altas de Bienes de Uso, ajustadas con bajas de Obras en Construcción presentadas por las instituciones en los Estados Contables Auditados en el período analizado.

Los rubros que tienen mayor peso relativo sobre el total de inversiones en Bienes de Uso son, los Inmuebles, No Amortizables (Terrenos y Obras en Construcción) y Amortizables (Mejoras y Panteones), y Equipos e Instalaciones, estos rubros representan más del 70% del total de Inversiones en Bienes de Uso.

A continuación se presenta el análisis del nivel de inversión en Bienes de Uso, para el período 2004-2008. Los dos indicadores utilizados son, **Altas Bienes de Uso/ los Ingresos Operativos (IO)** y **Altas de Bienes de Uso / los Afiliados**, para Montevideo, Interior y el total del país.

Gráfico 21 - Evolución Indicador Altas Bienes de Uso en relación a Ingresos Operativos



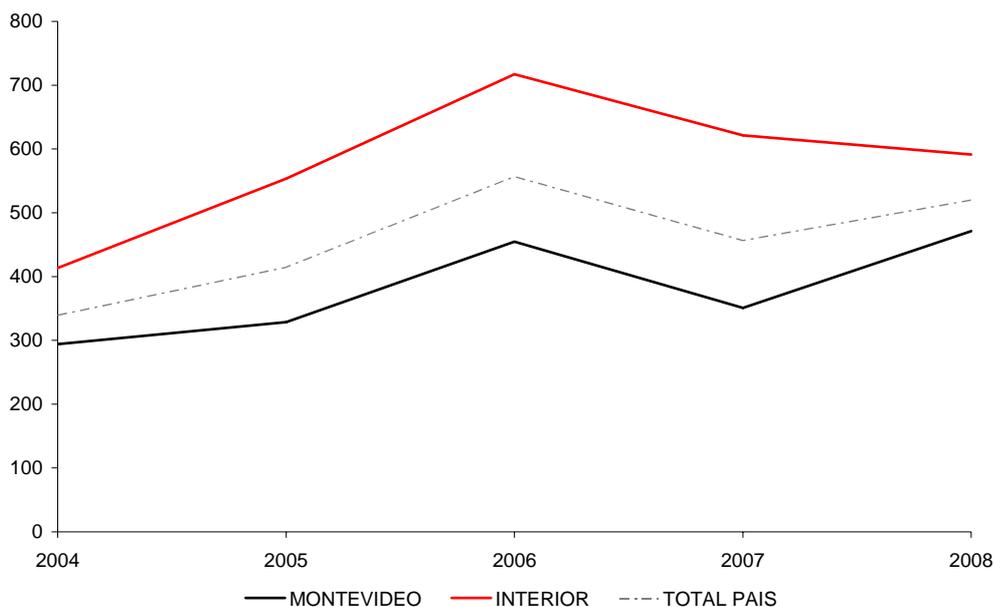
Fuente: Informe Inversión en Bienes de Uso 2000-2008, DES, setiembre de 2009

En el período considerado, es notoriamente superior el indicador para el Interior. Esto es así, aún cuando el total de las inversiones realizadas entre 2004 y 2008 en valores absolutos, se distribuyen en partes relativamente similares entre Montevideo e Interior.

La tendencia es creciente hasta el ejercicio 2006-2007, momento en el cual se produce una baja en el nivel de inversión tanto para Montevideo como para el interior. No obstante, se muestra una recuperación en el año 2008 (primer ejercicio luego de implantada la reforma) con respecto al año anterior. En dicho ejercicio, para el total del país las altas de bienes de uso representan el 4,63% de sus Ingresos Operativos, ubicándose el índice en niveles superiores a los de años anteriores. La mayor incidencia en esta recuperación está dada por las Instituciones de Montevideo, las cuales llegan a un nivel de inversión que representa el 4,64% de sus Ingresos Operativos, su mayor valor en el período analizado.

²⁰ Informe Inversión en Bienes de Uso 2000-2008, División Economía de la Salud, setiembre de 2009.

²¹ Cabe aclarar que las instituciones incorporadas en el análisis son las existentes a la fecha y la Mutualista Obrera de Juan Lacaze para que los valores de Círculo Católico sean comparativos.

Gráfico 22- Evolución Índice Altas Bienes de Uso por Afiliado Promedio

Fuente: Informe Inversión en Bienes de Uso 2000-2008, DES, setiembre de 2009

Este índice mantiene en términos generales la tendencia marcada por el indicador anterior. En el ejercicio finalizado en el año 2007, ejercicio anterior a la puesta en marcha de la reforma de salud, hay un descenso del 8% en el total de altas del país, y un incremento de la masa de beneficiarios del 3%.

En el último ejercicio analizado, en tanto, hay un incremento de las altas de bienes de uso para el total del país del 46% con respecto al ejercicio anterior.

En suma, en todo el período considerado el sistema ha obtenido resultados superavitarios tanto operativos como totales, manteniéndose las diferencias que caracterizan al sector entre las instituciones de Montevideo y del interior. Tal como se comenta en el capítulo III, tanto los ingresos operativos como los costos operativos han crecido en todo el período analizado sin embargo los primeros han podido absorber el crecimiento de los costos manteniendo así el superávit operativo.

La caída del pasivo por afiliado explicado por la disminución del pasivo y el gran crecimiento de los afiliados muestra una mejora en términos de solvencia para el subsector al final del período analizado.

Por su parte el grupo del total país muestra una recuperación en términos de liquidez, tal como lo muestra la capacidad de repago que llega al final del período 3.75 meses.

El nivel de inversión en Bienes de Uso en relación a los Ingresos Operativos como a los Afiliados, es notoriamente superior para las Instituciones del Interior en todo el período analizado, aunque en valores absolutos las Altas de Bienes de Uso se distribuyen en porcentajes cercanos al 50% para Montevideo e Interior.

V. Análisis de la Calidad asistencial y accesibilidad en las IAMC.

Los Tiempos de Espera constituyen una forma de evaluar accesibilidad funcional de los usuarios a las prestaciones y la disponibilidad de recursos humanos destinados al área, constituyendo un Indicador sensible para medir la calidad de la asistencia.

En el contexto de la Reforma surge la normatización sobre tiempos de espera²² en relación a estándares mínimos aceptables para cada especialidad seleccionada. Se establece un día como plazo máximo en medicina general, pediatría y ginecología, dos días como tiempo máximo en cirugía y un mes en especialidades quirúrgicas y médicas. No se considera la elección del paciente por un profesional en particular sino la disponibilidad de horas de atención en policlínica considerando la especialidad globalmente

En el cuadro siguiente, se muestran los tiempos de espera promedio informados al SINADI, en las distintas especialidades. El criterio para medir dicho indicador, establece que, en Especialidades Médicas se promedie el tiempo de demora para el otorgamiento de citas en Cardiología, Psiquiatría y Oncología, y para Especialidades Quirúrgicas en Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología.

Cuadro 36-Tiempos de espera para Consulta Externa (en días).

	2005	2006	2007	2008
IAMC Montevideo				
Medicina general	0,5	0,3	1,4	0,8
Pediatría	0,9	0,5	1,6	1,9
Cirugía general	1,6	1,6	2,2	1,8
Ginecobstetricia	1,9	1,5	3,6	4,0
Especialidades médicas	4,6	4,0	5,9	5,8
Especialidades quirúrgicas	4,7	4,5	6,3	7,9
IAMC Interior				
Medicina general	1,0	1,0	1,2	1,0
Pediatría	1,3	1,1	1,4	1,2
Cirugía general	1,9	1,7	2,0	1,6
Ginecobstetricia	4,2	3,0	3,0	2,4
Especialidades médicas	6,5	4,9	5,3	5,8
Especialidades quirúrgicas	7,7	8,6	8,6	9,0
IAMC País				
Medicina general	0,7	0,6	1,3	0,9
Pediatría	1,1	0,8	1,5	1,5
Cirugía general	1,7	1,6	2,1	1,7
Ginecobstetricia	3,1	2,3	3,3	3,2
Especialidades médicas	5,6	4,5	5,6	5,8
Especialidades quirúrgicas	6,2	6,6	7,4	8,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial.

De este cuadro se desprende que tanto en el grupo de IAMC de Montevideo como en el del Interior, la espera media registrada hasta el ejercicio 2008 se encuentra dentro de lo establecido en la normativa, excepto en ginecología que promedia a nivel nacional 3,2 días, y pediatría que promedia 1,5 días.

Si se analiza específicamente lo informado en el último período anual considerado (ejercicio 2008), si bien la media país supera lo establecido en la norma tanto en pediatría como en ginecobstetricia, el valor de la mediana en pediatría desciende a 1 día, ya que el promedio está afectado por valores máximos de entre 7 y 8 días. A su vez, los valores extremos en dicho período para el resto de las especialidades, excepto especialidades médicas, superan la norma en alguna de las IAMC del país. En el caso de las especialidades quirúrgicas las diferencias presentadas entre Montevideo e interior en los tiempos de espera pueden vincularse a la menor disponibilidad de este tipo de recursos en algunas zonas geográficas del país.

En el Cuadro 37 se consignan los tiempos de espera para cirugía de coordinación en oncología, urología y cirugía general.

Al analizar el período, se observa que los promedios se mantienen relativamente estables y se encuentran dentro de lo establecido en la normativa sobre Tiempos de Espera²³ que determina como tiempo máximo un plazo de 180 días para cirugía general coordinada.

²² Decreto 359/07.

²³ Decreto 359/07

Las IAMC del Interior tienen menor espera promedio en urología y cirugía general que las de Montevideo, siendo similar en cirugía oncológica coordinada.

Cuadro 37-Tiempos de espera para Cirugía Coordinada (en días).

	2005	2006	2007	2008
IAMC Montevideo				
Cirugía oncológica	13,5	14,3	14,6	16,3
Cirugía urológica	33,8	33,6	34,7	38,2
Cirugía general	52,3	64,6	70,4	64,0
IAMC Interior				
Cirugía oncológica	14,1	13,0	12,7	15,6
Cirugía urológica	26,0	25,6	24,2	30,0
Cirugía general	32,3	35,5	32,5	35,8
IAMC País				
Cirugía oncológica	13,8	13,7	13,7	15,9
Cirugía urológica	29,9	29,6	29,4	34,1
Cirugía general	42,3	50,0	51,5	49,9

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial.

En el cuadro que se presenta a continuación, se muestran los tiempos máximos que se registran en promedio para el ejercicio 2008, en los tres tipos de cirugías consideradas. Como se observa, tanto en el promedio de Montevideo como del Interior, aún estos tiempos extremos se encuentran dentro de lo establecido en la norma. De cualquier manera, cabe destacar que en cirugía oncológica la demora máxima ronda en 1 mes, no estando contemplados en la normativa estos problemas de salud donde el acceso debería ser en el menor tiempo posible

Cuadro 38-Tiempo de espera máximo para Cirugía Coordinada. Año 2008.

	Montevideo	Interior
Cirugía oncológica	34	30
Cirugía urológica	63	91
Cirugía general	128	125

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial.

En la tabla siguiente, se presentan otros indicadores utilizados en la literatura para evaluar calidad de atención.

Cuadro 39- Índice de cesáreas y Reconsultas en urgencia.

	2005	2006	2007	2008
IAMC Montevideo				
Índice de cesáreas	46,4	46,7	49,3	49,9
Tasa de Reconsultas en Urg. Centralizada	-	-	3,4	4,1
IAMC Interior				
Índice de cesáreas	38,6	38,6	40,7	40,6
Tasa de Reconsultas en Urg. Centralizada	-	-	5,6	6,6
IAMC País				
Índice de cesáreas	43,1	43,5	45,8	45,9
Tasa de Reconsultas en Urg. Centralizada	-	-	4,5	5,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial.

Con respecto al **índice de cesáreas**, en los últimos tres años considerados las instituciones de Montevideo presentan un porcentaje de cesáreas de alrededor del 50%, siendo mayor al registrado en el Interior del país que se encuentra alrededor del 40%. Si bien llama la atención esta diferencia, es difícil establecer si esto determina un problema de calidad de atención, ya que muchas veces la realización de cesáreas está vinculado a factores de morbilidad, requiriendo ser controlado a nivel de la gestión institucional.

Por otra parte, la **tasa de reconsultas en urgencia centralizada** mide el peso relativo que tienen las segundas consultas por un mismo motivo en el Servicio de Urgencia²⁴. Se observa en la tabla que Montevideo presenta una tasa más baja que el Interior en los tres períodos considerados. Si bien este indicador permite evaluar calidad de atención aportando información sobre la capacidad resolutive del Servicio, al analizarlo se debe tener en cuenta otros aspectos como ser características de la población y accesibilidad al servicio de urgencia en sus distintas dimensiones, que pueden llevar a un aumento de las reconsultas.

Los tiempos de espera de pediatría y ginecoobstetricia exceden los plazos establecidos por la normativa durante todo el período, fenómeno que se agrava en el segundo caso. Asimismo existen diferencias importantes entre Montevideo e Interior en el caso de las especialidades quirúrgicas no básicas, donde los tiempos de espera del Interior llegan en algunos años a duplicar los de Montevideo. En el caso de las cirugías coordinadas en promedio las instituciones cumplen con la normativa.

En este sentido es importante destacar la relevancia de haber aprobado en este período una normativa que establezca tiempos máximos de espera para acceder a cita en policlínica y cirugía coordinada. Éste hecho reguló que la accesibilidad de los usuarios a dichas prestaciones, no se viera afectada por el número creciente de afiliados que afrontó el sector.

Las tasas de reconsulta por su parte son mayores en el Interior en los dos años para los que se cuenta con datos. Para un mejor análisis se deberá esperar a tener una serie de datos más larga.

A partir de los indicadores relevados por la División de Economía de la Salud, resulta difícil concluir sobre la calidad asistencial en el sector, ya que desde una perspectiva macro éstos tienden a relativizarse. Sin embargo, en la medida que se siga fortaleciendo el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública, es imprescindible que todos los aspectos vinculados a la calidad y que hacen a la esencia misma de un Sistema de Salud, puedan ser monitoreados y fiscalizados de manera integral, es decir considerando tanto aspectos de estructura, como de proceso y/o resultados del Sistema.

VI. Análisis del Cambio en el modelo asistencial.

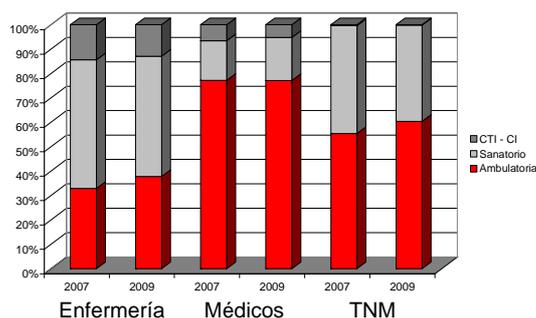
El cambio en el modelo de atención debe tomar en cuenta dos aspectos fundamentales, la asignación de recursos por niveles asistenciales y los hábitos de conducta de la población en términos de pautas de consulta al sistema.

En lo que refiere a la asignación de recursos, en el caso de enfermería se observa una concentración de los recursos humanos en el segundo y tercer nivel de atención, que determina también la concentración de los salarios en esas áreas. En Montevideo, si bien las diferencias entre niveles al final del período se mantienen, son menos marcadas que en 2007, mientras que en el Interior el problema se agudiza.

En el caso de los médicos, considerando el número de horas contratadas, se observa una mayor asignación de las mismas al área ambulatoria pero que no se refleja en la distribución de la masa salarial. En el caso de Montevideo, en 2009 77% de las horas médicas están destinadas al área ambulatoria que acumula tan solo 64% de la masa salarial, mientras que en el Interior la brecha disminuye, destinándose 81% de las horas médicas y 78% de la masa salarial.

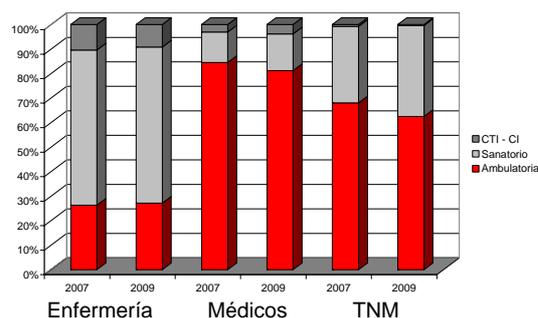
²⁴ Reconsulta se define como la segunda consulta que realiza un usuario en un plazo igual o inferior a 72 horas después de su primera consulta en el mismo Servicio.

Gráfico 23- Horas contratadas por nivel asistencial. Montevideo



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH.

Gráfico 24. Horas contratadas por nivel asistencial. Interior



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH.

Cuadro 40- Distribución de la masa salarial por nivel asistencial

	Enfermería		Médicos		Técnicos No Médicos	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Montevideo						
Ambulatoria	49%	46%	65%	64%	78%	78%
Sanatorio	36%	43%	15%	17%	18%	17%
CTI - CI	15%	11%	7%	6%	0%	0%
Block	0%	0%	13%	13%	4%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Interior						
Ambulatoria	29%	34%	78%	77%	71%	70%
Sanatorio	60%	58%	14%	14%	27%	29%
CTI - CI	11%	9%	4%	4%	1%	0%
Block	0%	0%	4%	5%	2%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total País						
Ambulatoria	41%	42%	71%	70%	75%	75%
Sanatorio	45%	48%	15%	16%	21%	21%
CTI - CI	14%	10%	6%	5%	0%	0%
Block	0%	0%	9%	9%	3%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH.

De esta forma, la asignación de los recursos humanos por área de trabajo no parece ser una limitante para el cambio en el modelo de atención. Hay que analizar entonces dónde se concentra la actividad y por ende la utilización de los usuarios. En este sentido se presentan a continuación algunos datos del SINADI asistencial que permiten evaluar las pautas de "consumo" de la población beneficiaria. (Cuadros 41 y 42)

Por un lado, se considera el ratio entre las consultas no urgentes y urgentes, asociándose las primeras a consultas programadas donde se posibilita concentrar la prevención y la promoción, y las segundas a consultas espontáneas que se realizan cuando el usuario ya padece una dolencia o enfermedad.

Por otro lado se presenta el cociente entre las consultas de policlínica de las especialidades básicas y las de otras especialidades. El análisis de este indicador es de vital importancia a la hora de pensar estrategias hacia la implementación de un régimen de médico de referencia como "puerta de entrada" al sistema.

El tercer indicador presentado es la razón entre ingresos coordinados y urgentes, entendiéndose por ingresos coordinados aquellos pacientes que ingresan al sector de internación por indicación médica con fecha preestablecida.

Por último, se presentan las tasas de utilización promedio en policlínica de las especialidades básicas; si bien estas consultas pueden ser programadas o espontáneas, es en esta área donde naturalmente deben concentrarse las actividades de prevención y promoción.

Cuadro 41-Indicadores de Cambio de Modelo Asistencial.

	2005	2006	2007	2008	2009
IAMC Montevideo					
Consultas No urgentes/Cons. Urgentes	7,0	6,9	6,8	6,4	6,6
Consultas Espec. Básicas/ otras Espec.	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Ingresos Coord./Ingresos Urgentes	-	-	0,5	0,4	0,5
IAMC Interior					
Consultas No urgentes/ Cons. Urgentes	5,7	5,3	5,0	4,8	5,2
Consultas Espec. Básicas/ otras Espec.	1,3	1,2	1,2	1,3	1,3
Ingresos Coord./Ingresos Urgentes	-	-	0,8	0,7	0,7
IAMC País					
Consultas No urgentes/Cons. Urgentes	6,4	6,2	5,9	5,6	5,9
Consultas Espec. Básicas/ otras Espec.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Ingresos Coord./Ingresos Urgentes	-	-	0,6	0,5	0,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial.

Con relación a la razón entre **consultas no urgentes y urgentes**, se observa que las IAMC del Interior tienen un mayor peso relativo de consultas urgentes frente a las IAMC de Montevideo, siendo el valor del indicador para el total del país de alrededor de 6 consultas no urgentes por cada consulta urgente, en todos los años considerados.

Respecto al ratio entre **consultas en especialidades básicas y consultas con otras especialidades**, que mide el peso de medicina general, pediatría y ginecología con relación a cirugía, especialidades quirúrgicas y especialidades médicas, se registra una razón en las IAMC del país, de aproximadamente uno a uno en todo el período considerado. Se observa que las IAMC del Interior tienen un mayor peso relativo en especialidades básicas, con relación a las instituciones de Montevideo. La relación casi paritaria entre estos dos grupos de especialidades, refleja una excesiva demanda de especialistas que es acompañada asimismo por una composición de los recursos humanos funcional a dichas pautas de consumo. Estos factores pasan a ser claves a la hora de pensar en el cambio de modelo de atención, que más allá de un cambio en la composición de los recursos debe implicar un cambio en la conducta de los usuarios.

En cuanto a la **razón de ingresos coordinados y urgentes**, se observa que se produce menos de un ingreso coordinado por cada ingreso urgente, llegando en el caso de las IAMC de Montevideo a un ingreso coordinado cada dos urgentes. En tal sentido, de acuerdo al cambio de modelo, es de esperar que en cierta medida, los ingresos coordinados superen los urgentes, si bien depende del tipo de patología médico-quirúrgica que determina el ingreso.

Cuadro 42-Consultas en especialidades básicas por afiliado por año*.

	2005	2006	2007	2008	2009
IAMC Montevideo					
Medicina general	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4
Cirugía general	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Pediatría	2,5	2,5	2,6	2,4	2,2
Ginecobstetricia	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
IAMC Interior					
Medicina general	2,4	2,6	2,4	2,0	2,1
Cirugía general	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Pediatría	4,6	4,3	4,1	3,5	3,3
Ginecobstetricia	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3
IAMC País					
Medicina general	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
Cirugía general	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Pediatría	3,2	3,1	3,2	2,8	2,7
Ginecobstetricia	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial.

Nota: *El indicador de pediatría se calcula por afiliado menor de 15 años, y el de ginecología por afiliada mayor a 14 años

En el cuadro precedente no se observan variaciones a lo largo del período en las consultas de especialidades básicas por afiliado, en ninguno de los dos grupos considerados; excepto en pediatría donde se aprecia una tendencia al descenso.

Se destaca que en ginecobstetricia, se registra en promedio en el sector alrededor de 1 consulta por afiliada por año. Si se toma en cuenta que están incluidas las consultas de control de embarazo, puede resultar un valor inferior al “deber ser”, si bien habría que contar con el dato del peso de las consultas obstétricas en el total de consultas de la especialidad, para poder realizar un análisis más adecuado.

En pediatría, se observa una utilización mayor que en los adultos, lo cual es esperable de acuerdo a las pautas de control del niño. A modo de ejemplo, si nos remitimos al cuadro 9 se observa que en el año 2008 se registraron 16 consultas por afiliado por año en el conjunto de IAMCs, de las cuales 12 corresponden a consultas en policlínica. Esto indica que promedialmente se cumple con la pauta de control del niño sano que establece 11 consultas de policlínica en el primer año de vida.

En cuanto a la dotación de RRHH, en términos generales no ha habido cambios en la participación de las especialidades básicas durante el período considerado, registrándose un incremento marginal. En el caso de ginecología, donde las mujeres mayores de 14 años representan 40% de los usuarios totales de las IAMC en 2009, trabajan 570 ginecólogos en el mismo año en todo el país representando 6% del total de médicos. Esto determina una dotación muy baja de ginecólogos cada 1000 afiliadas que repercute en los tiempos de espera de esta especialidad (Ver cuadro 36). En el caso de pediatría, la situación se revierte por completo casi duplicando la cantidad de ginecólogos para atender a una población mucho menor.

Por último, medicina general tiene una participación preponderante, llegando a representar cerca de 32% de los médicos en 2009. Este elevado guarismo no se condice con las bajas tasas de utilización relativas de los adultos, por lo que seguramente exista cierta capacidad ociosa en estos sectores. (Ver cuadro 42)

Cuadro 43-Peso de las especialidades básicas en el total de médicos

	2007		2008		2009		Masa salarial 09
	% sobre total	Nº pers	% sobre total	Nº pers	% sobre total	Nº pers	
Montevideo							
Médico General	27%	1757	33%	2113	32%	2047	21%
Pediatra	8%	557	11%	700	11%	673	7%
Ginecólogo	5%	315	5%	343	5%	341	7%
Subtotal	40%	2629	49%	3156	48%	3061	35%
Interior							
Médico General	33%	1185	33%	1330	33%	1312	26%
Pediatra	10%	355	10%	415	11%	417	10%
Ginecólogo	6%	210	6%	231	6%	229	8%
Subtotal	49%	1750	50%	1976	49%	1958	44%
Total País							
Médico General	29%	2942	34%	3443	33%	3359	23%
Pediatra	9%	912	11%	1115	11%	1090	9%
Ginecólogo	5%	525	6%	574	6%	570	8%
Total	43%	4379	50%	5132	49%	5019	39%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH

Cuadro 44-Médicos generalistas cada 1000 afiliados²⁵

	2007	2008	2009
Montevideo			
Médico General	2.21	2.55	2.40
Pediatra	5.45	4.67	3.35
Ginecólogo	0.35	0.36	0.47
Interior			
Médico General	2.29	2.40	2.25
Pediatra	6.40	3.62	2.40
Ginecólogo	0.43	0.42	0.53
Total País			
Médico General	2.24	2.49	2.34
Pediatra	5.78	4.22	2.91
Ginecólogo	0.38	0.38	0.49

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SCARH y del censo de afiliados

Uno de los aspectos de mayor relevancia desde la perspectiva del nuevo modelo de atención, se produce al pasar de indicadores centrados en los productos asistenciales y uso de servicios (cantidad de consultas o días cama, egresos por afiliados, etc) a información basada en la población asistida. Esta población está definida a partir de necesidades o riesgos comunes, y todos los usuarios que comparten esa condición, integran la población objetivo de la meta.

La meta se centra en evaluar en qué medida esta población de referencia, recibe una atención adecuada de acuerdo a pautas preestablecidas. Esta lógica de evaluación del desempeño del sistema, es la primera vez que se establece desde la autoridad sanitaria, y contribuye en forma importante a promover el cambio de modelo de atención.

En particular las que se describen en este capítulo, son las de menores de un año, control de embarazo y médico de referencia.

²⁵ En el caso de Medicina General se consideran los usuarios mayores de 14 años, para Ginecología las mujeres mayores de 14 años y para Pediatría los niños de 0 a 14 años. En las restantes profesiones se toma en cuenta el total de usuarios.

Cuadro 45-Metas en niños menores de 1 año. Promedio País. 2008-2009

Menores 1 año	Línea de base junio 2008	Abril-Junio 2009
Derivación del recién nacido (que el recién nacido tenga el alta con cita a médico antes de los 10 días de vida)	83%	99%
Captación del RN (que efectivamente tenga su primer control médico antes de los 10 días de nacido)	86%	97%
Control según pauta (2 controles en el primer mes, 1 control mensual hasta los 6 meses de vida, 1 control bimensual en el segundo semestre de vida)	58%	80%
CEV (certificado de vacunas vigente)	76%	94%
Promoción de la lactancia materna	45%	47%
Ecografía de cadera antes los 4 meses de vida	65%	89%

Fuente: Elaboración propia en base a información de DIGESA.

Cuadro 46-Metas en Embarazo y Parto. Promedio País. 2008-2009

Embarazo y Parto	Línea de base junio 2008	Abril-Junio 2009
Control según pauta (al menos 6 controles prenatales)	86%	95%
Historia clínica completa (SIP)	51%	87%
Control VDRL y HIV en el primer y tercer trimestre	71%	88%
Captación de la embarazada antes del 1º trimestre de embarazo.	69%	81%
Control odontológico durante el embarazo	50%	82%
Control odontológico durante el puerperio	49%	92%

Fuente: Elaboración propia en base a información de DIGESA.

De la implementación hasta el momento (9 meses de ejecución) surge una mejora del desempeño global del sistema que puede verse en los cuadros 45 y 46.

Dada la decisión adoptada para esta primera instancia de no plantear metas mínimas a nivel nacional, sino que cada institución marcara su propio nivel de metas, estos valores promedio país, tienen detrás una variabilidad elevada entre prestadores. Es decir, para la construcción del valor meta en sí, el MSP solicitó a cada institución prestadora que definiera, a partir de sus valores al inicio del período, a qué nivel de metas se comprometía llegar al cabo de un año (octubre 2008 a setiembre 2009), lo que explica la importante dispersión, en particular en algunas metas como es el caso de la captación precoz del embarazo y el control según pauta de los menores de un año.

Otra de las metas muy relacionada al modelo de atención, es el papel del médico tratante o de referencia en el primer nivel. Existe suficiente evidencia que demuestra que esta medida determina una mejora en la calidad de atención y la gestión clínica, mayor nivel de satisfacción para el usuario y un uso más racional de los recursos.

La meta para esta etapa es el porcentaje de afiliados menores de 15 y mayores de 44 años con un médico de referencia, considerando los siguientes perfiles profesionales: Médicos generales, Médicos de familia, Pediatras y Geriatras. El valor al cual deberán llegar las instituciones a junio de 2010 es el 35 % de estos colectivos.

Por último, cabe señalar que en esta lógica de pago por desempeño, se deben ir planteando nuevas metas a medida que se van logrando las inicialmente establecidas.

En suma, si se observan las tasas de utilización de los usuarios y la asignación de los recursos humanos hasta el momento no se demuestran cambios relevantes que den cuenta de avances hacia el cambio en el modelo de atención planteado en el marco de la reforma. Resulta de interés seguir monitoreando estos aspectos en el marco de la Reforma de Salud, ya que el impacto de los cambios en el modelo asistencial, se deberían apreciar a largo plazo.

A la luz de estos resultados es que se plantea la incorporación de metas asistenciales como forma de pago del FONASA a las instituciones, constituyendo una de las herramientas, desde el

financiamiento, al cambio del modelo de atención. En los hechos, los objetivos planteados a través de las metas asistenciales sí se han alcanzado en los primeros nueve meses de la implementación. Es de esperar que el cumplimiento de las metas, genere una nueva cultura tanto a nivel institucional como poblacional, que se mantenga más allá del incentivo económico.

Por otra parte, se destaca la importancia de la planificación y formación de los RRHH del sector, ya que se forman recursos que no se adecuan del todo a las necesidades del sistema y de las instituciones prestadoras. El perfil del médico general que egresa de la UdelaR es determinante de la capacidad de resolución del primer nivel de atención y por lo tanto actúa como condicionante del referido cambio de modelo. De cualquier forma, existen tendencias de adecuación de los recursos a las necesidades del Sistema, destacándose a modo de ejemplo el aumento de cargos de Residentes de Medicina Familiar.

VII. Conclusiones

Durante el presente período de gobierno se definió e implementó la reforma del sistema de salud que implicó que una parte importante de la población tenga cobertura de salud a través de la seguridad social. Además, se introdujeron cambios en la forma de pago a las instituciones que determinan un mejor ajuste entre el riesgo de la población usuaria y los ingresos que perciben por dar cobertura a dicha población.

Durante el período de estudio los afiliados al sector mutual aumentaron 36%, concentrándose los incrementos en la población menor de 18 años. Esto implicó una mejora en los índices de envejecimiento del sector, que repercutió en una disminución de los costos por usuario en el período y también de los ingresos por afiliado, debido al pago por cápitas. Los datos de utilización revelan que los usuarios que ingresan al sistema tienen pautas de consumo y perfil epidemiológico similares a la población que ya se atendía en las IAMC. Esto último determina que la disminución de la edad promedio de los usuarios se traduzca en una reducción de los costos por afiliado.

El impacto de estos factores tuvo diferencias entre las distintas instituciones porque la situación de partida era heterogénea y las habilidades a la hora de captar los nuevos colectivos fueron disímiles. En el caso de Montevideo, se observa una correlación negativa entre las tasas de crecimiento de los afiliados y el grado de integración de las instituciones, al tiempo que las más integradas verticalmente son las que tenían, en el punto de partida, un mayor número absoluto de afiliados. A priori no se encuentran elementos que permitan vincular un fenómeno con el otro; intuitivamente la captación de afiliados seguramente esté más vinculada a los precios de tasas moderadoras vigentes en las Instituciones o a su infraestructura para atender a los niños. En el Interior, donde las instituciones tienen grados de integración similar, se observan diferencias en la captación de afiliados por zonas geográficas. En ambos casos es importante analizar entonces, cuáles son las causas que están detrás de estas constataciones para considerarlas a la hora de seguir ampliando la cobertura del FONASA, ya que al final del período persisten diferencias importantes entre instituciones en lo que refiere a la estructura de riesgo de sus afiliados.

Si se observa la tendencia que tenían los ingresos y costos por afiliado previo a la reforma, se encuentra que de mantenerse la misma, la situación de las IAMC podría haber sido crítica, en la medida que los costos estaban creciendo a un ritmo mayor que los ingresos. A partir de la reforma y con el cambio en la composición etaria de los afiliados se observa una reducción de los costos e ingresos per cápita pero con una mayor alineación entre los mismos que da sostenibilidad al sector.

Las políticas regulatorias de precios durante el período, si bien incorporaron nuevos mecanismos de ajuste con el objetivo de mejorar la eficiencia (ajustes de escala), no tuvieron implicancias negativas en los resultados de las IAMC. Un indicador de esto es el superávit operativo que se sostiene en el subsector luego de aplicada la reforma; no existen elementos que indiquen que esta situación va a ser revertida.

La mayor parte de los ingresos provienen de los prepagos y como consecuencia directa de la reforma, cambia su composición a favor de los ingresos provenientes de la seguridad social. Este cambio tiene al menos tres ventajas. En primer lugar, brinda estabilidad a las instituciones y a los usuarios ya que el tipo de cobertura no se ve afectado frente a disminuciones en los niveles salariales y atenúa el impacto de aumentos en el desempleo a través del seguro de paro en el que tanto el trabajador como sus hijos tienen derecho a FONASA por el período que el mismo dure. En segundo lugar, la estabilidad en lo que refiere a los ingresos de las IAMC también viene dada por la movilidad limitada de los usuarios. En tercer lugar, aumenta la capacidad regulatoria del Estado, dando mayores garantías a los usuarios en lo que refiere a su atención en cualquiera de las instituciones del sector, y evitando la selección de riesgo por parte de estas últimas, es decir, mejorando el acceso de las personas que tengan un mayor riesgo.

En otro orden se implementaron medidas tendientes a reducir la participación de los copagos en el gasto de los hogares como forma de mejorar el acceso a los servicios de salud, mediante exoneraciones puntuales y reducción de los valores de ticket y órdenes. Esto redundó en una disminución del peso de las tasas moderadoras en los ingresos de las instituciones, en el entendido que deben volver a tener una función moderadora de la demanda y no de financiamiento de los

costos. En la medida que esta tendencia se mantenga, aumenta la capacidad del Estado de aplicar políticas de copagos sin que esto implique una desestabilización de las instituciones.

En lo referente a los costos, durante el período considerado existió un aumento en las remuneraciones tanto en precios como en cantidades. El número de trabajadores en el sector aumentó 7,8% y los salarios reales pautados por el consejo de salarios lograron recuperar las pérdidas sufridas en el gobierno anterior, lo que implicó un aumento de 21% por encima de la inflación. De esta forma, entre 2004 y 2009 existió una mejora en los ingresos de las instituciones que redundó en mejoras salariales importantes para los trabajadores del sector.

Sin embargo, el incremento observado en las dotaciones no ha sido suficiente para hacer frente a las nuevas demandas del sector. Persisten diferencias geográficas importantes en términos de especialidades médicas y categorías no médicas, que responden a un problema estructural del país pero que cada vez hacen más necesario el repensar los laudos vigentes en aras de encontrar los incentivos para cambiar esta realidad. Asimismo, existen problemas en la composición de la oferta de recursos humanos que van en detrimento de las especialidades generalistas y el personal de enfermería, recursos humanos fundamentales para el cambio en el modelo de atención. Si bien la oferta se ajusta más lentamente que la demanda, se torna indispensable un mejor diálogo entre el Estado, los agentes demandantes de mano de obra y las instituciones formadoras, para que este no sea un factor que imposibilite el desarrollo de la reforma.

La disminución del gasto en medicamentos en el período en relación a los afiliados y a los ingresos, no implicó en ningún caso una disminución del consumo, ya que se mantiene el número de recetas por consulta e incluso aumenta el número de recetas por afiliado. Una explicación a este comportamiento puede ser la inclusión del Anexo II del Vademécum en el Fondo Nacional de Recursos y por otro lado, la evolución del índice de precios de medicamentos que está por debajo tanto del índice de precios del sector como del IPC general en el período.

La evolución de los ingresos y egresos hacen a la rentabilidad que vista en base a los resultados obtenidos en el período ha sido superavitaria tanto en términos operativos como en los resultados globales. Las instituciones de Montevideo han podido revertir la situación de déficit operativo en la que se encontraban al comienzo del período; y aunque su perfil de endeudamiento es mayor que para el interior, mirando su evolución en el tiempo se observa una mejora.

El interior, por su parte, ha mantenido resultados superavitorios y aunque su perfil de deuda podría ser más riesgoso en tanto que el peso del pasivo corriente es una parte muy significativa del pasivo total, al existir un contexto de disminución de este último esto no reflejaría por sí mismo una complicación en la liquidez de las instituciones. Un indicador de esto es la capacidad de repago que se ubica en niveles inferiores a los del promedio.

Por otro lado, es importante resaltar el crecimiento que han tenido las inversiones en bienes de uso, donde se destaca el nivel de inversión en relación a los ingresos operativos y a los afiliados, de las instituciones del interior. En el último ejercicio cerrado el incremento de las altas de bienes de uso alcanza el 46% impulsado principalmente por el crecimiento de las mismas en Montevideo.

Cabe analizar entonces qué impacto tuvo este desempeño económico en términos de la calidad asistencial. En este sentido, se observan situaciones diversas.

A pesar del incremento de usuarios, en la medida que las instituciones aumentaron su dotación de recursos humanos se mantuvieron los tiempos de espera en consulta externa de acuerdo a la normativa vigente. Las excepciones para el año 2008, son pediatría y ginecoobstetricia donde los tiempos de espera promedio superan los establecidos durante todo el período. Una posible explicación en el primer caso, puede ser que el ajuste de la oferta de recursos humanos responde muy lentamente a los cambios en la demanda. En el segundo caso, el problema parece más estructural, ya que en todo el período los recursos humanos han sido escasos incluso para hacer frente a una población de mujeres con una extremadamente baja tasa de utilización. Si bien existieron muchas políticas enfocadas a estos grupos poblacionales, los efectos aún no son visibles, seguramente porque implique un cambio en la conducta de los usuarios y esto es un efecto que se espera observar en el largo plazo.

Una de las principales herramientas que se creó en este período para cambiar el modelo de atención fue el pago a prestadores por metas asistenciales, donde los principales grupos en los que se focalizan son las mujeres embarazadas y los niños menores de 1 año. Aunque esta herramienta lleva 9 meses de implementación, comienzan a vislumbrarse mejoras en el desempeño respecto a las líneas de base planteadas en cada uno de los componentes de la meta.

Las metas asistenciales son políticas focalizadas en grupos específicos de la población, por lo que queda un arduo trabajo para llegar al resto de los afiliados que no padecen enfermedades y por ende no se vinculan al sistema, como ser la prevención y promoción en las mujeres que no están embarazadas, los adultos de sexo masculino que tienen tasas de utilización muy bajas.

VIII. Anexos**Cuadro 47-** Egresos por mil afiliados por año.

	2005	2006	2007	2008	2009*
IAMC Montevideo					
Internación domiciliaria	10,9	9,7	11,1	9,8	8,1
Cuidados Básicos	4,5	4,8	5,8	5,5	4,9
Cuidados Moderados	105,9	106,8	104,7	101,8	100,1
Cti-Ci	15,4	15,2	15,3	13,8	13,0
IAMC Interior					
Internación domiciliaria	6,5	7,0	11,1	8,0	8,3
Cuidados Básicos	30,8	28,7	28,2	18,8	17,9
Cuidados Moderados	131,5	129,9	132,4	120,8	114,0
Cti-Ci	9,5	8,6	8,9	7,8	7,5
Total País					
Internación domiciliaria	9,0	8,5	11,1	8,9	8,2
Cuidados Básicos	12,4	12,3	12,5	9,0	8,6
Cuidados Moderados	115,7	115,7	115,6	109,6	105,9
Cti-Ci	13,1	12,6	12,8	11,4	10,7

Nota: Corresponde al período octubre 2008 a marzo 2009, por lo que la comparación con los otros años puede verse limitada por factores tales como la estacionalidad.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial

Cuadro 48- Intervenciones Quirúrgicas según tipo de intervención.

	2005	2006	2007	2008	2009
IAMC Montevideo					
IQ coordinadas con internación	30,5	30,1	31,1	27,0	26,6
IQ coordinadas ambulatorias	15,8	15,6	15,3	16,7	14,5
IQ coordinadas total	46,3	45,6	46,4	43,7	41,1
IQ urgentes	19,5	20,0	20,2	19,8	19,4
IQ total	65,8	65,6	66,5	63,5	60,6
IAMC Interior					
IQ coordinadas con internación	35,7	38,0	35,8	33,9	32,9
IQ coordinadas ambulatorias	18,0	16,8	17,4	18,9	18,9
IQ coordinadas total	53,7	54,7	53,3	52,9	51,8
IQ urgentes	18,7	18,8	18,7	17,5	17,9
IQ total	72,4	73,6	72,0	71,1	70,3
IAMC País					
IQ coordinadas con internación	32,5	33,1	32,9	29,8	29,2
IQ coordinadas ambulatorias	16,6	16,0	16,1	17,6	16,4
IQ coordinadas total	49,1	49,2	49,1	47,4	45,6
IQ urgentes	19,2	19,5	19,6	18,9	18,8
IQ total	68,3	68,7	68,7	66,6	64,6

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial

Cuadro 49- Ingresos de Prepago 2004 y 2009

	Individuales		Colectivos		Seguridad Social	
	2004	2009	2004	2009	2004	2009
Grupo 1	39,2%	19,4%	22,7%	14,6%	28,4%	60,8%
Grupo 2	41,4%	18,7%	9,6%	5,0%	42,2%	72,1%
Grupo 3	23,1%	11,7%	21,1%	5,0%	45,2%	79,6%
Reg. Norte	20,4%	9,7%	20,8%	11,4%	44,9%	72,5%
Reg. Litoral	29,3%	13,8%	11,3%	6,6%	45,5%	74,2%
Reg. Este	23,2%	11,2%	20,5%	9,9%	43,7%	72,1%
Reg. Sur	21,7%	10,6%	21,8%	12,0%	44,7%	71,6%
Montevideo	38,1%	18,2%	19,7%	11,0%	33,0%	66,1%
Interior	23,0%	11,1%	19,4%	10,4%	44,6%	72,4%
Total	32,3%	15,2%	19,6%	10,7%	37,5%	68,8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

Cuadro 50- Copagos en relación a Ingresos Operativos

	2004	2009
Grupo 1	14,0%	10,4%
Grupo 2	12,2%	8,5%
Grupo 3	9,7%	7,2%
Grupo 4	9,9%	7,0%
Grupo 5	10,5%	7,5%
Grupo 6	10,5%	7,0%
Grupo 7	10,4%	7,0%
Montevideo	13,2%	9,6%
Interior	10,3%	7,1%
Total	12,1%	8,5%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

Cuadro 51. Venta de servicios como proporción de los ingresos operativos.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Grupo 1	9.78%	9.21%	8.36%	6.01%	9.13%	8.81%
Grupo 2	10.63%	10.69%	10.46%	10.07%	9.86%	10.82%
Grupo 3	0.56%	0.63%	0.46%	0.60%	1.45%	1.61%
Reg. Norte	8.63%	8.90%	8.51%	8.98%	8.40%	7.99%
Reg. Litoral	12.92%	14.86%	10.71%	11.20%	9.80%	8.44%
Reg. Este	6.91%	7.53%	7.27%	7.52%	6.06%	5.74%
Reg. Sur	8.05%	7.68%	8.41%	8.84%	8.56%	8.77%
Montevideo	9.19%	8.78%	8.08%	8.32%	8.43%	8.41%
Interior	8.73%	8.72%	8.52%	8.92%	8.02%	7.64%
Total	9.02%	8.76%	8.25%	8.55%	8.27%	8.10%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Balance Anual de las IAMC.

Cuadro 52- Recetas y Gasto de Medicamentos por Grupos de IAMC. Año 2008.

	Montevideo				Interior				Total
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total	Reg. Norte	Reg. Litoral Oeste	Reg. Este	Reg. Sur	
Nº de recetas por afiliado por año	11,0	10,0	8,2	10,4	13,1	13,9	13,9	16,6	14,4
Nº de recetas / consulta	1,6	1,7	1,4	1,6	2,1	1,9	1,9	2,1	2,0
Gasto medic. at. amb. / consulta	161,4	155,4	148,8	158,7	164,4	137,5	144,9	133,6	144,9
Gasto medic. at. amb. / receta	102,1	92,4	105,8	100,2	77,1	74,0	75,1	62,8	71,5
Gasto medicamentos internación / DCO	498,3	472,9	385,9	482,7	437,8	495,0	514,0	403,7	453,3
Gasto medicamentos total / afiliado	1.495	1.283	1.04	1.385	1.301	1.353	1.326	1.363	1.334

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI Asistencial y del Balance Anual de las IAMC.

Cuadro 53-Número de Trabajadores

	2007	2008	2009
Montevideo			
Especialidades médicas	4,672	4,652	4,581
Especialidades quirúrgicas	1,371	1,438	1,422
Jefaturas médicas	549	401	362
Practicantes	434	605	526
Auxiliares de Enfermería	5,247	5,459	5,366
Licenciadas de Enfermería	1,205	1,355	1,320
Otros enfermería	740	398	400
Técnicos no médicos	3,555	3,859	3,735
Administración, Servicios y Oficios	7,118	8,029	7,783
Subtotal	24,891	26,196	25,495
Interior			
Especialidades médicas	2,379	2,629	2,646
Especialidades quirúrgicas	867	940	948
Jefaturas médicas	360	414	372
Practicantes	9	8	9
Auxiliares de Enfermería	2,846	3,480	3,554
Licenciadas de Enfermería	457	537	571
Otros enfermería	130	142	111
Técnicos no médicos	1,600	1,906	1,965
Administración, Servicios y Oficios	4,343	5,160	5,159
Subtotal	12,991	15,216	15,335
Total País			
Especialidades médicas	7,051	7,281	7,227
Especialidades quirúrgicas	2,238	2,378	2,370
Jefaturas médicas	909	815	734
Practicantes	443	613	535
Auxiliares de Enfermería	8,093	8,939	8,920
Licenciadas de Enfermería	1,662	1,892	1,891
Otros enfermería	870	540	511
Técnicos no médicos	5,155	5,765	5,700
Administración, Servicios y Oficios	11,461	13,189	12,942
Total	37,882	41,412	40,830

Fuente: Elaboración propia en base al SCARH

Cuadro 54- Trabajadores cada 1000 afiliados por grupo

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Total
Año 2007								
Especialidades médicas	4,540	1,515	453	676	411	618	829	9,042
Especialidades quirúrgicas	1,676	730	263	240	185	203	353	3,650
Jefaturas médicas	447	90	26	119	52	53	137	924
Practicantes	342	106	34	0	0	0	9	491
Auxiliares de Enfermería	3,958	1,426	113	695	489	721	949	8,351
Licenciadas de Enfermería	963	295	12	122	75	123	140	1,730
Otros enfermería	728	12	1	23	71	34	2	871
Técnicos no médicos	2,881	985	227	466	348	419	420	5,746
Administración, Servicios y Oficios	4,597	1,880	695	1,066	740	1,110	1,428	11,516
Total	20,132	7,039	1,824	3,407	2,371	3,281	4,267	42,321
Año 2008								
Especialidades médicas	4,354	1,801	753	736	435	734	928	9,741
Especialidades quirúrgicas	1,657	899	386	269	184	267	383	4,045
Jefaturas médicas	295	92	28	105	62	72	176	830
Practicantes	525	106	40	0	0	0	8	679
Auxiliares de Enfermería	3,985	1,660	157	869	549	941	1,150	9,311
Licenciadas de Enfermería	1,065	373	13	158	86	145	159	1,999
Otros enfermería	381	13	5	24	80	35	3	541
Técnicos no médicos	3,105	1,180	339	542	381	518	538	6,603
Administración, Servicios y Oficios	5,033	2,232	843	1,263	878	1,354	1,672	13,275
Total	20,400	8,356	2,564	3,966	2,655	4,066	5,017	47,024
Año 2009								
Especialidades médicas	4,160	1,841	801	737	441	750	919	9,649
Especialidades quirúrgicas	1,609	891	410	264	191	272	384	4,021
Jefaturas médicas	271	81	21	100	59	62	152	746
Practicantes	451	101	34	1	0	0	8	595
Auxiliares de Enfermería	3,833	1,694	157	877	569	973	1,165	9,268
Licenciadas de Enfermería	1,016	376	17	162	89	163	165	1,988
Otros enfermería	386	11	3	18	58	32	3	511
Técnicos no médicos	2,883	1,212	382	549	381	546	566	6,519
Administración, Servicios y Oficios	4,812	2,251	785	1,271	849	1,353	1,695	13,016
Total	19,421	8,458	2,610	3,979	2,637	4,151	5,057	46,313

Fuente: Elaboración propia en base al SCARH

Cuadro 55- Altas de Bienes de Uso por afiliado promedio

	2004	2005	2006	2007	2008
Montevideo	294	329	455	351	471
Interior	413	553	717	621	591
Total País	339	415	556	456	520

Fuente: Informe Inversión en Bienes de Uso 2000-2008, DES, setiembre de 2009

Cuadro 56- Indicador Altas de Bienes de Uso en relación a Ingresos Operativos

	2004	2005	2006	2007	2008
Montevideo	2,22%	2,46%	3,40%	2,60%	4,64%
Interior	3,21%	4,29%	5,48%	4,67%	4,62%
Total País	2,59%	3,15%	4,20%	3,40%	4,63%

Fuente: Informe Inversión en Bienes de Uso 2000-2008, DES, setiembre de 2009