

Pasado y presente de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) *

Palabras clave:

Sistemas de salud de prepago.
Sociedades de beneficios mutuos.

Dr Hugo Dibarboure-Icasuriaga
Director Asistente del CASMU.

Dr. Hugo Dibarboure—Icasuriaga

I. INTRODUCCION

Se exponen y comentan algunos datos indicadores de la gestión de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) referidos al pasado inmediato y al presente. Es natural que pensar en el pasado y analizar el presente no se justifican en si mismo, sino en cuanto sirvan para el planeamiento del futuro.

El análisis objetivo de la gestión de las IAMC en conjunto, está limitado por la ausencia, hasta hace pocos años, de registros elaborados con una metodología común y por lo tanto capaces de expresar globalmente la gestión de estas instituciones. Por otra parte estos registros son parciales, en cuanto que tratándose las IAMC de instituciones que brindan servicios de atención médica, aquellos omiten aspectos relativos a la calidad de la atención médica brindada y al grado de satisfacción de los usuarios. Digamos que ello es así, en el primer asunto por la simple razón de que en el momento actual del Uruguay, no se realizan tareas orgánicas y globales de control de calidad de la atención médica. Su instrumentación y puesta en marcha es una tarea importante a realizar en el futuro inmediato. En cuanto al grado de satisfacción de los usuarios, se tiene información parcial de encuestas realizadas.

La obtención de la información que se menciona en este trabajo ha sido laboriosa. La información procede de diversas fuentes, principalmente de SINADI. No siempre es homogénea y a veces se refiere a distintas fechas o períodos. Lo señalamos como un dato objetivo más, que plantea la necesidad de establecer un sistema único de información en aspectos complementarios a lo que aporta SINADI.

II. COBERTURA DE ATENCION MEDICA NUMERO DE INSTITUCIONES

Se expone en el Cuadro I la cobertura asistencial de las IAMC entre 1982 y 1988.

Como se observa, en 1982 la cobertura asistencial fue de 1.223.116 usuarios, de los cuales 942.191 eran de Montevideo y 280.925 del interior del país.

En diciembre de 1988 la cobertura asistencial fue de 1.471.860 usuarios, lo que supone un incremento de 248.744, el 20% más que la cifra inicial.

El incremento de usuarios se produjo fundamentalmente en el interior del país. En efecto, la cifra menor del período analizado para este subgrupo corresponde a 1982 y fue

CUADRO I
Número de afiliados de las IAMC

| | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Montevideo | 942.191 | 942.912 | 918.665 | 881.502 | 913.210 | 962.638 | 974.856 |
| Interior | 280.925 | 303.342 | 326.102 | 374.334 | 404.676 | 449.232 | 497.004 |
| TOTAL | 1:223.116 | 1:246.254 | 1:244.767 | 1:255.836 | 1:317.886 | 1:411.870 | 1:471.860 |

Fuente: M.S.P. - SINADI (Sistema Nacional de Información)

* Exposición realizada en el 1° Foro Nacional de Atención Médica en el Uruguay. Agosto 1989.

Correspondencia: Dr. Hugo Dibarboure
Asilo 3336. CASMU Dirección General, Montevideo-Uruguay

CUADRO II
Desempleo Urbano - (Tasas anuales medias en Montevideo)

| 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 7.4 | 6.7 | 11.9 | 15.5 | 14.0 | 13.1 | 10.7 | 9.3 | 9.2 |

Fuente: CEPAL (Comisión Económica para América Latina - Naciones Unidas)

280.925 afiliados. En diciembre de 1988 la afiliación del interior fue de 497.004, es decir de 216.081 afiliados más, 76.8% mayor que siete años antes. Consideramos que este crecimiento debe vincularse fundamentalmente a la apertura de los registros de afiliados y en menor grado a la afiliación de trabajadores rurales.

En Montevideo, la cifra menor del período 1982-1988 correspondió a 1985, cuando se registraron 881.502 afiliados. En diciembre de 1988 la afiliación de Montevideo fue de 974.856, es decir 93.354 afiliados más, 10.6% mayor que en 1985. Consideramos que la hipótesis más plausible para explicar el descenso de la afiliación registrado en 1985 y el posterior incremento registrado progresivamente hasta 1988, es vincular la afiliación a la tasa de desempleo urbano y la afiliación a través de DISSE. Como se sabe el desempleo se manifiesta desfasado en la desafiliación. Según se observa en el Cuadro II en el período 1980-1988, las mayores tasas de desempleo urbano se registraron en 1983 (15.5%) y 1984 (14%) descendiendo progresivamente en los años siguientes hasta alcanzar el valor más bajo del período en 1988: 9.2%. Estas cifras que evolucionan en forma paralela pero inversa a las de la afiliación en Montevideo, parecen indicar la pertinencia de la hipótesis planteada, así como subrayan la dependencia de las IAMC, no sólo de las decisiones adoptadas por el poder político en el sector salud, sino de hechos sociales que como el empleo están en relación con la globalidad de la política económica del estado.

Paralelamente a este proceso de incremento de la afiliación, muy importante en el interior y moderado en Montevideo, se registró una disminución del número total de IAMC, que de 81 en 1982 pasó a ser de 53 en 1988 (Cuadro III). Este proceso fue más importante en Monte-

video (34 IAMC en 1982, 19 IAMC en 1988, reducción del 44%), que en el interior (47 IAMC en 1982, 34 en 1988, reducción del 27%). Incidió en él la disposición relativa a la afiliación mínima de cada IAMC que determinó la fusión de varias entidades. Desde 1986 a la fecha, en Montevideo, cerraron además varias IAMC por inviabilidad económica (Fraternidad, OMA, Partido Nacional, etc.).

Las IAMC cubren pues, en el momento actual, el 50.5% de la población del país, el 73.9% de la población montevideana y el 30.1% de la del interior del país. Estas cifras determinan que las IAMC constituyen un subsector más importante que el público para la cobertura de atención médica.

El potencial de crecimiento de las IAMC parece estar radicado de acuerdo a lo antecedente, en el interior, mientras que en Montevideo la posibilidad de crecimiento del conjunto está limitada y vinculada a la tasa de empleo. Si entramos en un período de recesión económica, hay que pensar que la afiliación global de las IAMC en Montevideo, disminuiría, con la consecuente repercusión sobre el sector público.

Ante esta situación eventual, puede presumirse que a su vez el sector público se orientará hacia una reducción del gasto, por lo menos en términos relativos al aumento de la población a dar cobertura. No se trata de una presunción del autor. "Es improbable que en el futuro previsible los gobiernos recurran a un incremento del gasto financiado con endeudamiento o impuestos, o a la resignación de recursos de otros sectores para mejorar la atención de salud, aunque tales aumentos o readjudicaciones se justifican tanto desde el punto de vista social como económico" (1).

CUADRO III
Número de Instituciones

| | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | VIII-1989 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Montevideo | 34 | 32 | 28 | 24 | 22 | 22 | 19 | 19 |
| Interior | 47 | 27 | 25 | 25 | 27 | 27 | 34 | 34 |
| TOTAL | 81 | 59 | 53 | 49 | 49 | 49 | 53 | 53 |

Fuente: M.S.P. SINADI

CUADRO IV

Distribución de las poblaciones del CASMU y Montevideo según grupos de edad

| Grupos de edad | CASMU | | MONTEVIDEO | |
|----------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| | Nº de afiliados | %del total | Población | % del total |
| 0-14a. | 51.925 | 18.95 | 312.500 | 23.87 |
| 15-44a. | 113.027 | 41.25 | 540.500 | 41.29 |
| 45-59a. | 58.246 | 21.26 | 230.500 | 17.61 |
| 60a y más | 50.802 | 18.54 | 225.600 | 17.23 |
| TOTAL | 274.000 | 100.00 | 1:309.100 | 100.00 |

Fuente: CASMU, Dpto de Computos, 1988 - Censo de Población y Vivienda, 1985

Con respecto de la población afiliada, interesa también su estructura demográfica. Como es obvio, buscan la afiliación sectores etáreos que se supone tienen mayor riesgo de enfermar, mientras que la situación económica desestimula la afiliación de grupos etáreos con menor morbilidad o con morbilidad predominante por causas que no comprometen seriamente la salud.

Si las IAMC de Montevideo tienen como afiliación el 73% de su población, inevitablemente reflejarán en la población afiliada la demografía montevideana, distorsionada por los hechos que mencionábamos antes.

No se dispone al respecto de información general de la población afiliada a la totalidad de las IAMC. En el Cuadro IV se compara la distribución de las poblaciones de Montevideo y el CASMU según grupos de edad. Esta comparación muestra lo siguiente:

- el porcentaje de menores de 14 años en el CASMU es menor que el de la población montevideana (19% y 24% respectivamente).
- el grupo de 15 a 44 años, es igual en ambos registros: CASMU 41.25%, Montevideo 41.29%.
- el grupo 45-59 años, es porcentualmente mayor en el CASMU (21.26%) que en la población montevideana (17.6%).
- el grupo de mayores de 60 años, es también mayor en el CASMU (18.54%) que en Montevideo (17.23%).

Esta distorsión de la demografía de la afiliación hacia el incremento de grupos etáreos con mayor riesgo de enfermar, determina un mayor gasto. En cierto grado, esta situación contradice la doctrina del sistema de prepago, fundamento financiero de las IAMC, ya que el grupo de sanos no cubriría los costos de la atención del grupo que requiere servicios. La situación puede ser diferente en el interior pero no es posible analizarla por carecer de la información necesaria.

III. SITUACION ECONOMICA Y FINANCIERA

Según datos de SINADI (Sistema Nacional de Información), de las 53 IAMC existentes en diciembre de 1988, sólo 12, 10 en el interior y 2 en Montevideo, están en situación de superávit. Parece una situación lógica en relación al financiamiento, que depende de manera primordial, de un prepago mensual aproximado de U\$s 12 (doce dólares) per cápita para la cobertura integral de la atención médica.

CUADRO V

Estructura del Ingreso de las IAMC

| | % del ingreso |
|---------------------------------------|----------------|
| Cuotas de afiliados | 85.40% |
| Tasas moderadoras | 7.50% |
| Ventas a afiliados sin derechos | 0.60% |
| Ventas a terceros | 3.50% |
| Otros ingresos | 3.00% |
| | <u>100.00%</u> |

Fuente: Estudio del Sistema de Servicios de Salud
Financiamiento del sector salud

En el cuadro V se expone la estructura del ingreso en las IAMC, en el período 1981-1982. No disponemos de información global actualizada al respecto. La estructura del ingreso en el CASMU, en los últimos periodos es muy similar a la expuesta. Por otra parte es notorio que, con la excepción de IMPASA, institución para la que la venta de servicios constituye un porcentaje de su ingreso superior al resto de las IAMC, lo fundamental del ingreso de estas son la cuota de afiliados y en mucho menor proporción los tiques moderadores.

CUADRO VI
Estructura del gasto de las IAMC

| | % del Gasto |
|-------------------------------------|-------------|
| Remuneraciones personales | 48.04% |
| Medicamentos | 17.31% |
| Materiales de uso médico | 2.42% |
| Laboratorio | 1.68% |
| Radiología | 1.93% |
| Internación simple contratada | 6.92% |
| Gastos financieros | 1.26% |
| | 79.56% |

Fuente: M.S.P. SINADI Diciembre 1988
(Se incluyen sólo los rubros incluidos en el Sistema Nacional de Información)

En el cuadro VI se expone la estructura del gasto en porcentajes sobre el ingreso.

Como se observa se trata de estructuras rígidas, tanto en el ingreso como en el egreso, determinadas fundamentalmente por el poder político (cuotas, tiques, remuneraciones, medicamentos, etc.).

Se conoce que la situación de déficit de las IAMC data de años, especialmente para las de Montevideo. Los déficits son crónicos en la mayoría de las instituciones y fluctúan alrededor del 10% sobre el ingreso para el total de ellas.

El Cr. Eola en 1986 (2), señaló un déficit de 14% sobre el ingreso para el período anterior, pero esa situación mejoró algo en los períodos siguientes en relación con el incremento de la afiliación. Debe considerarse a la inflación un factor amortiguador en instituciones que realizan pagos de acreedores a 90 días.

Esta situación determina que las IAMC, que como vimos dan cobertura al 50.5% de la población del país, al 73% de la población montevideana, no son redituables. No los señalamos, claro está, por pretender un rédito para el lucro. Lejos de ello, lo señalamos para subrayar las dificultades para la expansión de servicios, para la incorporación de tecnología, para establecer condiciones laborales más satisfactorias; elementos estos que podrían redundar en una mejor atención del usuario.

En contradicción con esta situación debe considerarse la de las IMAE y los centros de diagnóstico y tratamiento altamente tecnificados.

No disponemos de cifras relativas a su situación por que el organismo oficial, MSP, no las registra sin que sepamos el fundamento de su desinterés. Pero digamos que macroscópicamente, estos sectores no parecen sufrir la penuria financiera que sufren las IAMC.

IV. LA PRODUCCION DE SERVICIOS

Nos referimos a algunos indicadores de la producción de servicios de las IAMC. La fuente de información es SINADI. Disponemos de información anual consolidada hasta 1987. Predominan en la información indicadores relativos a los servicios hospitalarios en relación con el hecho de la menor atención que se presta en todos los órdenes a los servicios descentralizados (Cuadro VII).

En general, los índices que se exponen indican la alta medicalización de la sociedad uruguaya. Los valores relativos no presentan diferencias significativas en los

CUADRO VII
Indicadores de la gestión de las IAMC

| | 1985 | | 1986 | | 1987 | |
|--|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| | Montevideo | Interior | Montevideo | Interior | Montevideo | Interior |
| Número de consultas por afiliado | 5.42 | 5.97 | 5.54 | 6.18 | 5.75 | 6.08 |
| Egresos hospitalarios por 1000 afiliados | 103.65 | 93.16 | 97.99 | 95.15 | 99.18 | 100.20 |
| Días de hospitalización por 1000 afiliados | 574.10 | 402.70 | 511.83 | 414.86 | 515.40 | 431.96 |
| Estadía promedio (en días) | 5.61 | 4.33 | 5.39 | 4.25 | 5.20 | 4.13 |
| Número de recetas por afiliado | 11.0 | 9.60 | 10.02 | 9.49 | 9.99 | 9.55 |

Fuente: M.S.P. SINADI

últimos años, pero el incremento de la afiliación registrado determina que los valores absolutos sean mucho mayores. A la vez la capacidad instalada del sector ha disminuido con el cierre de varias IAMC, aunque en la mayoría de esos casos, la capacidad instalada adolecía de serias carencias.

Los egresos hospitalarios por mil afiliados, ronda la cifra de 100. El total de días de hospitalización por mil es del orden de 500. La estadía promedio expresada en días, de cinco.

La tasa de consultas por afiliado/año es vecina a 6 en los años 1985, 1986, 1987. Cifras parciales proporcionadas por la misma fuente, correspondientes a 1988 y 1989, demuestran que la tasa mencionada se mantiene en esa cifra. Esta tasa de consultas debe considerarse alta para los estándares internacionales (3,4). Como un ejemplo del significado de estas cifras, digamos que el incremento de la afiliación en las IAMC entre 1984 y 1988 fue de casi 250.000 afiliados, lo que supone con una tasa de 6 consultas afiliado/año, 1.500.000 consultas anuales más.

No participamos del concepto apriorístico, frecuentemente escuchado, de que más consultas médicas determinan mejor atención. Ello puede ser así o no, depende de la calidad de atención médica brindada en la consulta. El aparato de atención médica no es innocuo como se puede comprobar a diario, ni siempre es eficaz en el abordaje y solución de los problemas que se le plantean.

Las consultas suponen indicaciones orientadas al diagnóstico y al tratamiento. Estas en un porcentaje que ignoramos pero consideramos de importancia según lo que observamos en nuestro trabajo, no se justifican.

Hay una visión simplista que atribuye a los administradores de salud, un afán de ahorro que los lleva a dejar por el camino la atención médica correcta. En general, considero que esa visión es errónea. De lo que se trata es de establecer pautas de conducta que orienten la actividad médica y eviten la prodigación de estudios y tratamientos superfluos, innecesarios, a veces riesgosos, determinados por la complacencia al paciente, la práctica médica apresurada, en algunos casos la inseguridad en el mane-

jo de una situación sin posibilidad de consultar con quien sabe más.

El número de recetas por afiliado/año es vecino a 10 en los periodos 1985, 1986, 1987, de los que tenemos información, y en registros parciales de 1988 y 1989. Se trata de una cifra monstruosa de la que no siempre tenemos conciencia y que subraya la necesidad de iniciar tareas de control de calidad en la atención médica.

Es habitual que desde diversos sectores, especialmente el público, se especule con la ineficiencia de las IAMC. Las cifras que hemos expuesto son demostrativas de que se satisface una demanda importante de atención médica con buenos índices de gestión. En cambio la observación del rendimiento hospitalario del sector público incluido el Hospital de Clínicas, muestran malos indicadores de gestión, que no justifica el carácter docente de esas instituciones. En hospitales de agudos se observa, por ejemplo: Giro de camas vecino a 20 y menos; Promedio de estadía superior a 15 días; Número de egresos bajos en relación a la población a asistir y a la capacidad instalada. (Fuente: M.S.P. División Estadística, Hospital de Clínicas Departamento de Historias Clínicas y Estadística Médica).

V. RECURSOS HUMANOS

Médicos

Las IAMC proporcionaban al 31.V.1980, el 69% de los cargos médicos existentes; al 66% de los ingresos correspondientes a esos cargos (5). Si en vez de considerar los cargos, se considera el número de médicos, trabajaban en las IAMC en aquella fecha, 4.364 médicos en 8.643 cargos (5). La discriminación de estas cifras entre Montevideo e interior se expone en el Cuadro VIII.

Considerando que en 1980 existían en el país 6.274 médicos (6), se concluye que trabajaban en las IAMC el 69.5% del total de médicos.

Estas cifras ilustran sobre la importancia de las IAMC como fuente laboral de los médicos, hecho jerarquizado además por la significativa diferencia de salarios con

CUADRO VIII

Número de médicos, cargos y cargos por médico en Montevideo e interior

| | Número de médicos | Número de cargos | Número de cargos por médico |
|--------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|
| IAMC de Montevideo | 3351 | 7377 | 2.2 |
| IAMC del Interior | 1013 | 1266 | 1.2 |
| TOTAL | 4364 | 8643 | |

Fuente: Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- "El mercado médico en el Uruguay"

cargos del sector público en el M.S.P. y la Universidad.

La distribución de cargos según actividad médica expresado en forma porcentual, datos de mayo de 1980, es la siguiente:

| | |
|----------------------------|-----|
| Medicina General | 42% |
| Especialidades médicas | 13% |
| Cirugía general | 6% |
| Especialidades quirúrgicas | 13% |
| Ginecología | 5% |
| Pediatría | 10% |
| Otros | 11% |

(Fuente - O.P.P. op.cit. (6))

Presumimos que bajo la nominación de Medicina General se incluye la Medicina Interna.

Una característica importante del trabajo médico, es el multiempleo. Según la encuesta realizada por "Equipos Consultores" para el SMU y FEMI en 1985, sólo el 18.8% de los médicos tiene un lugar de trabajo y más de la cuarta parte tiene 4 ocupaciones y más (7). En este estudio el promedio de ocupaciones por entrevistado fue de 2.7, cifra lógicamente mayor que la referida para las IAMC, habida cuenta que se refiere a la totalidad del mercado laboral. Así pues el pluriempleo es un fenómeno difundido e importante.

Otro aspecto también importante del trabajo médico es su reducido horario según la encuesta comentada, el 25% de las ocupaciones no supera la dedicación de 9 horas semanales, el 13% de ellos exige una dedicación de 10 a 14 horas y el 12% entre 15 y 19 horas. Solamente un 14% de las ocupaciones tomadas individualmente supera las 30 horas de dedicación semanal (7).

Si bien estas cifras no se refieren específicamente a las IAMC es evidente que también expresan por lo menos en los lineamientos generales, la situación en el sector.

Estas características del trabajo médico afectan en algún grado la propia calidad de ese trabajo.

El aumento del número de médicos ha sido importante a partir de fines de los años setenta. No existen programas que relacionen las necesidades en salud de la población con la producción de médicos y especialistas. La producción de profesionales no tiene otra regulación aparente que la demanda del mercado, lo que parece un contrasentido dada la situación relatada.

Enfermería

Se desconoce el número de auxiliares de enfermería en el país. Según el registro de la Caja de Jubilaciones

Profesionales, existen en el país 1.485 Enfermeras Universitarias. No se dispone de información discriminada para las IAMC ni datos que permitan establecer la situación de estas instituciones en relación con los estándares mínimos a que aspira el M.S.P. para sí. Pero es público y notorio las serias carencias existentes en personal de enfermería. Y todos también sabemos que contribuye a la gravedad de la situación los bajos salarios y la gran frecuencia con que se da el doble y aún el triple empleo.

VI. TECNOLOGÍA EN SALUD

Medicamentos

El gasto en medicamentos constituye el 17.31% del gasto de las IAMC sobre recursos (Cuadro VI, Fuente: SINADI, XII. 1988). A grosso modo, considerando el número de la afiliación a las IAMC., la estimación de la cuota de U\$S 12 per cápita y mes, puede estimarse que las IAMC gastan mensualmente en medicamentos, cifras próximas a U\$S 4.000.000. Este consumo está ordenado por médicos en el 81.5% (8). Otras fuentes estiman que el gasto total del país, en medicamentos, fue de U\$S 102.000.000 en 1987.

En otro punto de esta exposición dijimos que la tasa de consulta por afiliado/año en las IAMC es elevada, vecina a 6. El número de recetas por afiliado/año alcanza también cifras asombrosas que promedialmente se sitúan en 10. Es correcto decir pues que en Montevideo, el 73% de su población, casi 1.000.000 de personas consumen 10 recetas por año cada una, 10.000.000 de recetas en total, 8:150.000 de las cuales ha sido indicada por médicos.

Como se observa es un consumo muy alto, indicado primordialmente por médicos. Supone en buena medida una pauta cultural de la población en general y de los médicos en particular, pero alentada por una política de organismos públicos con responsabilidad en el tema, que se puede calificar por lo menos como permisiva.

En 1987, el Plenario de Instituciones Mutuales que hoy organiza este Foro, en un afán integrador de las instituciones que lo componen y un intento racionalizador de sus insumos, convocó dos veces a ofertas de precios para medicamentos genéricos. No se presentó ningún ofertante, ni siquiera de los laboratorios autodenominados nacionales. La industria farmacéutica no admite que pueda imponerse el genérico. Organismos internacionales (OMS, OPS) recomiendan el uso de medicamentos según su nominación genérica. Informan que con varios cientos de medicamentos puede darse cobertura a la gran mayoría de los problemas de salud que se susciten. En el Uruguay operan 89 empresas de la industria farmacéutica, de las cuales 22 corresponden a empresas transnacionales, que cubren casi el 70% del mercado. Existen 20.000 productos registrados, de los que se comercializan 2.000 en 2.800 prestaciones. El M.S.P. tiene un listado de medicamentos esenciales con 400 presentaciones, pero sus médicos lo ignoran. El Ministerio de Economía ajusta los precios del medicamento cada dos meses, una frecuencia dos veces mayor que aquella con la que le Ministerio de Trabajo ajusta los Salarios.

Equipamiento

El equipamiento médico más sofisticado es predominantemente, propiedad de grupos privados, con exclusión de las IAMC. Se dispone de cifras correspondientes a 1985, pero la impresión es que la situación no se ha modificado en lo esencial y que tal vez se haya acentuado el carácter señalado. A manera de ejemplo digamos que en 1985, las IAMC contaban con un Ecógrafo y grupos privados con 20; las IAMC no disponían de ningún Tomógrafo Axial Computarizado y grupos privados tres (9).

Son también grupos privados no mutuales los predominantes propietarios de los IMAE. Al respecto debe subrayarse varios hechos:

- la llamativa inhibición del sector público para desarrollar IMAE, dejando libre un mercado de altos réditos. El gasto del Fondo Nacional de Recursos representa el 2.5% del gasto nacional en salud (10).
- el que los índices de utilización de los distintos servicios que prestan los IMAE por parte de la población del M.S.P son prácticamente la mitad de los de las IMAC en todos los rubros excepto la diálisis (10).
- el financiamiento del FNR con el aporte en forma de prepago de todos los usuarios potenciales del sector privado, y el aporte tardío y por acto del sector público, al margen de disposiciones legales expresas.

VII. GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS

Disponemos de dos fuentes de información respecto de la opinión de los usuarios sobre los servicios de atención médica (11,12).

En el primer caso la encuesta se realizó en la población montevideana, en el segundo caso entre usuarios de los servicios del CASMU.

Los resultados de ambas encuestas son en algunos puntos antagónicos. Al exponerlos estamos lejos de una actitud proselitista que no tiene sentido. En todo caso resultados diferentes pueden orientar hacia cuestionamientos metodológicos que escapan a nuestra competencia. Enfatizamos, eso sí, la importancia de conocer objetivamente su opinión a efectos de encarar la solución de problemas.

De la encuesta de Equipos Consultores (11) las principales conclusiones son las siguientes:

- La atención de la salud fue el problema más importante, ante la opción de cinco problemas diferentes: Seguridad Social, Vivienda, Salud, Educación y Empleo.
- La mayoría casi absoluta de los montevideanos tiene un juicio negativo sobre la actual situación de la salud (16% muy malo, 33% malo, 28% regular. Sólo el 11% afirma que la situación es buena).

- La mayoría absoluta de los montevideanos opina que: hace falta mayor rapidez en la atención, que se debería contar con mejores médicos, sanatorios y medicamentos, que el tiempo de consulta debería ser mayor, que la atención por parte de los funcionarios debería ser más humanitaria.
- La abrumadora mayoría de los montevideanos (78%) considera que el gobierno debería gastar más de lo que actualmente gasta en salud. Particularmente el gasto debería elevarse en lo que se refiere a hospitales, sanatorios, policlínicas y centros barriales de salud.

El trabajo realizado en el CASMU (12), es reciente, se refiere a una investigación realizada en la propia institución. Sus principales conclusiones son:

- En el 43% de los casos no se identifican problemas para consultar médico en forma periódica.
- En el 70% de los casos se perciben problemas institucionales para brindar asistencia (masificación, costos, burocracia, mala atención, etc.)
- En el 51% de los casos no se identifican problemas relativos a la relación médico-paciente.
- En el 75.5% de los casos se considera que la atención sanatorial es buena o muy buena.
- En el conjunto de rubros Servicio de Urgencia, Medicina Zonal, Laboratorio, Fisiatría, CTI, Oftalmología, Especialidades médicas, Personal no médico; el 54% opina que los servicios son buenos y muy buenos.

VIII. CONSIDERACIONES FINALES

En la situación actual, el subsector de las IAMC, es esencial como base de eventuales modificaciones de todo el sector salud. El país no podrá prescindir de la mejor infraestructura del sector. La crisis de las IAMC, reiteradamente invocada, es en realidad la crisis del financiamiento mediante prepago con cuotas fijas sin relación con el ingreso del afiliado o de su grupo familiar. Otros aspectos de esta crisis son, por ejemplo, los relativos a la calidad de la atención médica, a la política de medicamentos, a la de recursos humanos para la salud, a la política que privilegia grupos privados que controlan el equipamiento, es decir la tecnología aplicada a la medicina, según se expuso. Ellos no son específicos del subsector de las IAMC ni dependen de ellas, sino que son competencia del estado a través de sus diversos organismos.

Se ha planteado como un factor específico de las IAMC que contribuiría a su crisis, la supuesta contradicción entre el objetivo primordial, la mejor atención de sus afiliados, con los objetivos de algunas de sus dirigencias, que no sería el mismo a pesar del discurso (13).

Señalamos el punto sin emitir opinión porque para hacerlo se requiere el conocimiento íntimo de cada institución.

Repetidamente se dice que el país debe disponer de servicios de atención médica que den cobertura universal, de similar calidad, oportuna, humana, administrada en forma eficiente. En ese camino las IAMC constituyen una realidad insoslayable. La necesidad de agruparse para reconocer en cada una las formas particulares en

que se manifiestan problemas generales, para iniciar luego de la introspección acciones comunes de las que es un ejemplo este Foro, son los primeros pasos de un largo y difícil camino de coordinación e integración que debemos recorrer en alguna forma, ojalá la mejor.

Bibliografía

- 1.- **BANCO MUNDIAL.** El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: Una agenda para la reforma. Bol. Of Sanit Panam 1987; 103 (6): 695-710.
- 2.- **ELOLA D.** Informe sobre el estado económico de las IAMC de Montevideo. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 1986.
- 3.- **BIRMINGHAM RESEARCH UNIT.** Royal College of General Practitioners. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 292-7
- 4.- **WILSON J L.** Family utilization of a Medical Center. J Fam Pract 1977; 5 (6): 991-6
- 5.- **URUGUAY- OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO.** El mercado de trabajo médico en el Uruguay. Montevideo, 1988.
- 6.- **URUGUAY- OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO.** Proyección del cuerpo médico nacional 1986-2030. Montevideo, 1987.
- 7.- **EQUIPOS CONSULTORES ASOCIADOS.** Investigación sobre la situación profesional, ocupacional y social de los médicos en el Uruguay. (Trabajo realizado para el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior). Setiembre 1985.
- 8.- **URUGUAY-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Estudio del Sistema de Servicios de Salud. Financiamiento del sector salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; secretaría de Planeamiento, coordinación y difusión, programa de las Naciones Unidas para el desarrollo; OMS/OPS, 1984.
- 9.- **URUGUAY- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Situación de la tecnología médica en el Uruguay. Montevideo, 1985.
- 10.- **RÍGOLI F.** (Delegado de las IAMC en la Comisión Administradora del Fondo Nacional de Recursos). Comentarios al balance del Fondo Nacional de Recursos. Documento presentado al Plenario de instituciones mutuales. Montevideo, 1988.
- 11.- **EQUIPOS CONSULTORES ASOCIADOS.** Estudios de opinión pública. La salud (Diciembre 1985; mayo 1986). Montevideo, 1986.
- 12.- **CENTRO DE ASISTENCIA DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY.** El modelo de prestación de servicios al adulto. Montevideo: La Galera, 1989.
- 13.- **MUÑOZ M J, VILLAR I, PORTO L, RIVERO G, SALAMANO R.** La salud: un problema de todos. Montevideo: Centro Uruguay independiente, 1987.