

**El Mercado de la Salud Uruguayo en la Última Década:
Cambios en el Sistema de Remuneración a los Médicos e
Incentivos Económicos.**

**Pablo Fleiss
Inés Urrestarazu**

RESUMEN: El presente trabajo tiene como objetivo probar la hipótesis de inducción de demanda en el mercado de salud uruguayo, relacionando dicha inducción con la forma de pago a los médicos. Se establece que existe inducción de demanda cuando el proveedor de algún bien o servicio conduce a los consumidores a demandar una mayor cantidad de tal bien o servicio que la que demandarían al precio fijado por el mercado si dispusieran la misma información que el oferente. La tesis central del postulado de inducción de demanda es que el proveedor es capaz de influenciar las cantidades demandadas por los consumidores gracias a la existencia de brechas de información entre ambos, que el primero utiliza en beneficio propio.

Se utilizaron datos de ingresos médicos extraídos de la Encuesta Continua de Hogares y datos de utilización de servicios médicos proporcionados por el Sistema Nacional de Información (SINADI). Del análisis empírico se desprende, en primer lugar, que el ingreso mensual promedio aumentó en términos reales para la población médica durante el período analizado (1991–1998), existiendo una alta correlación positiva entre ingreso y cantidad de médicos. A su vez, los mayores incrementos se dieron para los médicos del sector privado de Montevideo, fundamentalmente a partir de la implementación de un nuevo esquema de remuneraciones en 1993. También a partir de 1993 se aprecia un aumento estadísticamente significativo en la cantidad de procedimientos quirúrgicos en el sector privado de Montevideo. Este aumento es particularmente pronunciado entre las cirugías de menor complejidad.

Por los resultados anteriores no es posible descartar la existencia de inducción de demanda, ya que en aquel sector donde el pago por acto pasó a representar una mayor proporción del ingreso de los médicos (sector anestésico–quirúrgico del sector privado de Montevideo) es donde se observa un mayor incremento en la cantidad de servicios provistos. Sin embargo, como limitación se plantea que no es posible afirmar categóricamente que existe inducción de demanda, pues esto implicaría determinar cuánto de dicho aumento representa cuidado innecesario.

1. INTRODUCCION

El aumento del gasto agregado en salud a comienzos de la década de los '90¹ coincidió con una serie de transformaciones en el sector. Las causas de este aumento pueden estar vinculadas a una variedad de factores, como pueden ser la incorporación de nueva tecnología, la superposición de cobertura y el comportamiento de los médicos, entre otras. Se constata que un fuerte incremento del gasto en salud se dio concomitantemente con un aumento en las remuneraciones médicas, fruto de negociaciones que culminaron con el establecimiento en 1993 de nuevos esquemas de remuneración, que introducen modificaciones particularmente significativas en el sector privado de Montevideo. Esto motivó a ahondar en el análisis de la práctica médica con el objetivo de determinar si ésta ha sufrido modificaciones en la última década y, de haberlas, si pueden explicarse a través del sistema de incentivos económicos a los médicos que surgen del nuevo esquema de remuneraciones. Queda fuera del análisis la cuantificación del impacto que el aumento en las remuneraciones tiene sobre el gasto agregado en salud.

En los últimos tiempos se ha generado una polémica acerca del aumento en las remuneraciones y sus efectos sobre la utilización de servicios médicos y el gasto en salud, que ha alcanzado a la opinión pública a través de su difusión por parte de los medios de comunicación. Las posiciones van desde aquellas que conciben al aumento en las remuneraciones médicas como factor fundamental en la explicación del crecimiento del gasto y de la situación de desfinanciamiento que atraviesa el mutualismo, hasta las que argumentan que estos hechos son consecuencia de una mala administración.

En este trabajo, se estudia el mercado laboral médico en el Uruguay, dedicando especial atención a la posible presencia de incentivos económicos que afecten la práctica médica. Esto último, en el sentido de que el médico actúe pensando más en su propio beneficio (por ejemplo persiguiendo un objetivo ingreso) que en el mejor interés del paciente. Así, se intentará dar una respuesta a la pregunta de si en el Uruguay existe inducción de demanda en el mercado de la salud, es decir si los proveedores de servicios médicos recomiendan servicios de cuidado de salud que en realidad son de dudosa necesidad, con el objetivo de obtener un beneficio económico. No se pretende, sin embargo afirmar que, de existir inducción de demanda, la misma explique por completo el aumento del gasto agregado en salud ni el desfinanciamiento del sistema mutual. Sólo se plantea que podría ser una de sus causas.

¹ Según datos oficiales, el gasto en salud pasó desde el 6.52% del PBI en 1987 al 9.98% en 1995

2. CARACTERIZACION DE LOS MERCADOS DE LA SALUD

Los mercados de servicios de salud presentan un conjunto de imperfecciones que los alejan de los mercados en competencia perfecta. Si bien en muchas áreas de la economía tales fallos ocurren, en la economía de la salud se observa una conjunción tal de imperfecciones, que la lista de desviaciones respecto a los modelos tradicionales resulta particularmente extensa y determina una complejidad particular en su tratamiento.

Entre las fallas de los mercados de la salud se destacan la competencia limitada, la existencia de importantes externalidades, la presencia de bienes públicos, la ausencia de soberanía de los consumidores, el hecho de que éstos no compren directamente los bienes que demandan, la no homogeneidad de los servicios de salud y por último, la existencia de información imperfecta, que es quizás el factor determinante de muchas de las fallas ya mencionadas.

La información perfecta juega un rol central en el adecuado funcionamiento de un mercado competitivo. Implica que los agentes disponen de toda la información necesaria para la toma de decisiones. Implica también una previsión exacta sobre acontecimientos futuros de todos los participantes del mercado, lo que significa que se conoce tan bien el futuro como el presente. Esto último elimina la incertidumbre que podría estar afectando la toma de decisiones.

En condiciones de incertidumbre, los dos teoremas fundamentales del bienestar, basados en el supuesto de conocimiento perfecto, pueden no tener validez por el carácter no comercializable de los riesgos que se añaden como nuevos bienes al modelo, es decir por la inexistencia de mercados para la asunción de riesgos². Esto afecta la estructura de producción y consumo de bienes y por tanto el mercado puede fallar en su misión de alcanzar un óptimo, debiendo la sociedad crear mecanismos alternativos para subsanar esta deficiencia.

Según Arrow³ prácticamente todas las características singulares de la industria de servicios médicos se derivan de la presencia de incertidumbre. En los mercados de salud tanto proveedores como demandantes enfrentan un alto grado de incertidumbre. Los consumidores no saben cuándo requerirán de cuidado médico ya que el uso de servicios asistenciales depende, en su mayor parte, de acontecimientos aleatorios, a la vez que no se dispone de información completa en relación a cómo evolucionarán las necesidades de utilización de dichos servicios.

² Por mercados para la asunción de riesgos se entiende mercados donde aquellos que así lo desean pueden transferir sus riesgos a otras personas a un precio cierto, tal que los que reciben los riesgos encuentren beneficioso asumir tales riesgos mediante compensación (ya sea por la posibilidad de diversificación, menor aversión al riesgo o mayor capacidad para la asunción de incertidumbre).

³ K. Arrow (1963).

Por su parte, los médicos también enfrentan incertidumbre al momento de evaluar, ante cada situación concreta, las distintas posibilidades de diagnóstico y tratamiento, y en este último caso, su eficacia para cada paciente.

La imposibilidad de predecir el nivel de gasto médico futuro por parte de los consumidores es el factor que conduce a los individuos aversos al riesgo a contratar seguros de salud que cubren un amplio espectro de prestaciones dados los altos costos en que se incurriría de no disponer de ellos. El problema que surge es que los asegurados tienden a utilizar más cantidad de servicios médicos que aquellos que no están asegurados, lo que ha sido denominado como el problema de riesgo moral (*moral hazard* en inglés).

Cabe destacar que la existencia de incertidumbre convierte a la información en un bien, y como tal tiene asociado un costo de producción y de transmisión. Por esto es razonable suponer que la información no se distribuirá uniformemente entre toda la población. Justamente, lo que se le compra al médico es el acceso a la información de que dispone. Ahora bien, el comprador de dicha información desconoce el valor de la misma ya que si fuera capaz de establecer su valor ya tendría dicha información. La concentración de la información en manos del médico, junto con el desconocimiento del paciente, conduce a la presencia de problemas de asimetrías de información en los mercados de la salud. Una posible resultante es la reducción de la calidad media de los bienes y servicios transados en el mercado, lo que constituye un caso de selección adversa.

Una situación en la que existe información asimétrica se presenta cuando uno de los agentes participantes de la transacción dispone de información que el otro agente desconoce. Esta situación se da en una multiplicidad de ámbitos en los mercados de la salud, afectando directamente la toma de decisiones por parte de quienes participan en los mismos. En especial, la relación entre el médico y el paciente está caracterizada por una disparidad de conocimientos acerca del diagnóstico del estado de salud del paciente, las alternativas de tratamiento de las enfermedades y eficacia de las mismas. En la medida que el acceso a los conocimientos médicos implica costos muy elevados, tanto en términos de esfuerzo intelectual como de tiempo, e inclusive en términos monetarios, dicha disparidad tiende a mantenerse en el tiempo, aunque puede verse mitigada por el proceso de aprendizaje que el paciente realice, por ejemplo sobre su propia enfermedad, a lo largo de la relación médico – paciente. Esta situación deriva en la delegación de autoridad por parte del paciente, que reconoce sus limitaciones en términos de falta de información sobre la materia, en el médico, quien dispone del conocimiento sobre la manera más conveniente y eficiente para el tratamiento de las distintas enfermedades. De esta forma el médico se convierte en el verdadero tomador de decisiones, o lo que es equivalente, el

consumidor pierde su soberanía. Se establece entonces lo que se denomina una relación de agencia entre médico y paciente.

Por relación de agencia se entiende una relación bilateral en la que una parte, el principal, contrata a otra, el agente, para que realice cierta labor o tome ciertas decisiones con el objetivo de que éste último realice una acción que beneficie al primero. El agente aceptará el contrato que se le ofrece cuando la utilidad que le reporta participar en la relación es superior a la que obtiene si no participa de la misma, es decir, cuando el nivel de utilidad que alcanza el agente supera su nivel de reserva. Así, puede observarse que los objetivos del agente están en conflicto con los del principal, ya que lo que para uno representa un costo para el otro es un ingreso.

El origen de este tipo de relación se basa en el hecho de que el principal reconoce no disponer de la suficiente información para resolver un problema, razón por la que recurre a la contratación de un agente mejor informado. Por tanto, asimetría de información y relación de agencia son fenómenos cercanamente relacionados, y tienen directa aplicación en la interpretación y análisis de la relación médico – paciente. En el marco de la relación de agencia, el médico actúa como agente perfecto si elige las acciones que tomaría el paciente si éste dispusiera de la información con la que cuenta el primero, es decir que ante el surgimiento de cualquier conflicto, el médico se enfocará en las preferencias del paciente y no en las suyas propias, lo que se cumplirá dependiendo del sistema de incentivos que se planteen.

Por tanto, en la relación de agencia que se establece entre médico y paciente, siempre habrá lugar a que el primero influya en la determinación de las cantidades de cuidado de salud que consumirá el segundo. Si esta influencia opera solamente en el sentido de que las cantidades de cuidado que recibe el paciente son óptimas, entonces el médico habrá actuado como un agente perfecto. En cambio, cuando el médico origina una demanda de cuidado por parte del paciente que excede las cantidades que el propio médico interpreta como las óptimas, entonces se comporta como un agente imperfecto, en el sentido de que no actúa en el mejor interés del paciente, y se dice que induce demanda. En lo que sigue, el análisis se centrará en situaciones en las que el médico se aleja de su función de agente perfecto induciendo demanda y en cómo esto se relaciona con el sistema de incentivos, en particular con las diversas modalidades de pago a los médicos, que afectan o estimulan la compatibilidad entre los intereses de médicos y pacientes en la relación de agencia.

3. INDUCCION DE DEMANDA EN LOS MERCADOS DE LA SALUD

Existe inducción de demanda cuando el proveedor de algún bien o servicio conduce a los consumidores a demandar una mayor cantidad de tal bien o servicio que la que demandarían al precio fijado por el mercado si dispusiera de la misma información que el oferente. La tesis central del postulado de inducción de demanda es que el proveedor es capaz de influenciar las cantidades demandadas por los consumidores gracias a la existencia de brechas de información entre ambos, que el primero utiliza en beneficio propio.

La inducción de demanda puede estar presente en los mercados de servicios de salud y se origina en las asimetrías de información existentes entre el médico y el paciente. El primero aprovecha la mayor información de que dispone para obtener un beneficio económico, recomendando al paciente utilizar servicios médicos que éste no demandaría si dispusiera de la misma información que el médico. Por supuesto que existen mecanismos para frenar este comportamiento, entre los cuales se encuentran la protocolización, la ética médica representada en el juramento hipocrático y la legislación, entre otras. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de utilizar la posición de mayor conocimiento para aumentar los beneficios económicos de los médicos, situación que se refuerza si, como sucede muchas veces, son los propios médicos quienes proveen los servicios recomendados. Se contraponen aquí los objetivos del paciente (recuperación de la salud) con los del médico (obtención de un beneficio económico).

En términos económicos puede argumentarse que la inducción de demanda es siempre un factor negativo ya que todo cuidado innecesario genera una disminución en el nivel de utilidad del consumidor, derivado por ejemplo del desvío de tiempo y dinero desde otras actividades hacia el cuidado de su salud. Si además se tiene en cuenta que tales implicancias pueden afectar el nivel de bienestar social debido a una asignación de recursos que no es la óptima, entonces la presencia de inducción de demanda representa una distorsión en estos mercados.

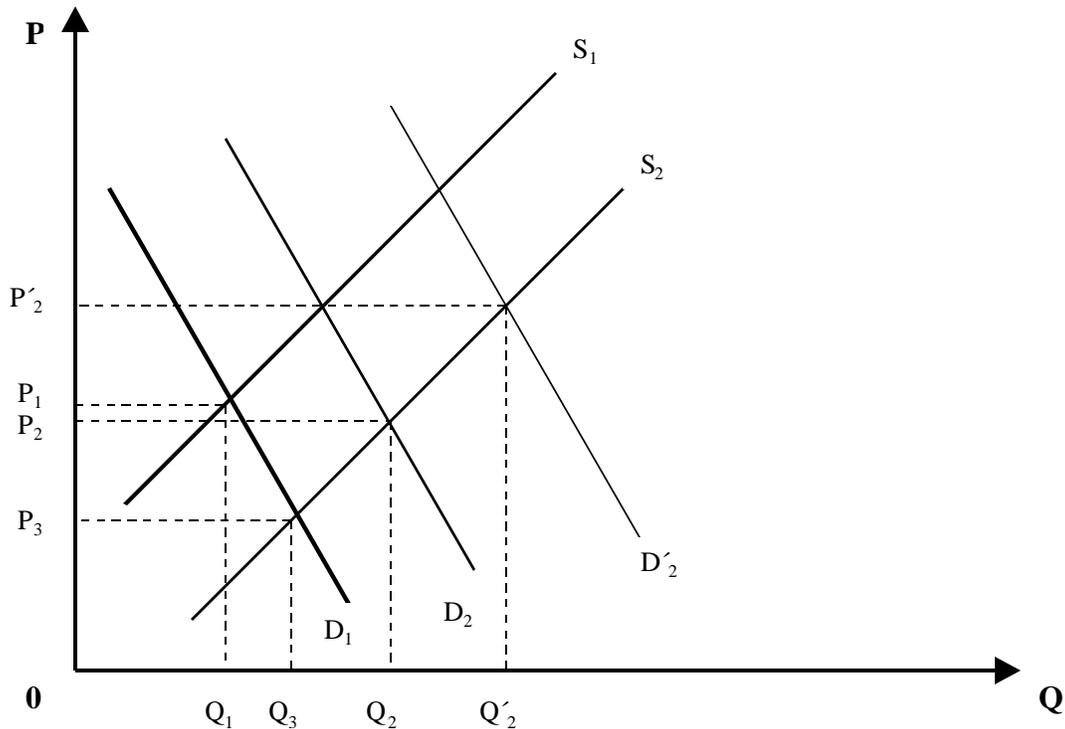
La idea de inducción de demanda se origina en un estudio realizado en 1961 por Roemer⁴ quien observó que en áreas donde los hospitales tenían una mayor oferta de camas (indicado por el número de camas por cada 1000 personas), se consumían más servicios hospitalarios (medidos por días de hospitalización por cada 1000 personas). Roemer supuso que una cama construida significaba una cama ocupada a lo que se denominó “*la ley de Roemer*” o “*el efecto Roemer*”. La inducción de demanda por parte del oferente es una extensión de esta idea básica, donde aumentos en la oferta de servicios médicos conducen a aumentos en la demanda de dichos

⁴ Roemer, Milton, “Bed Supply and Hospital Utilization: a National Experiment” *Hospitals* J.A.H.A. 35 (1961): 988-993.

servicios. A partir de los trabajos de Roemer y las críticas posteriores desde filas neoclásicas se ha iniciado una extensa y compleja discusión entre aquellos que sostienen que la inducción es un fenómeno cierto, con consecuencias significativas sobre los mercados de la salud, y aquellos que niegan su existencia o afirman que de existir, su efecto es despreciable. Si bien existe una amplia gama de trabajos que apoyan la hipótesis de inducción de demanda también existen numerosas críticas a sus conclusiones. Hasta el momento ningún análisis ha podido dar una respuesta concluyente acerca de este tema.

Como punto de partida para el análisis de inducción, se supone un mercado de salud con una demanda agregada con pendiente negativa y una oferta agregada con pendiente positiva. En estas condiciones existe un único equilibrio en un precio dado P_1 y una cantidad transada Q_1 , como se observa en la gráfica que sigue. Se supone un aumento de la oferta para cada nivel de precio (es decir, la curva de oferta se desplaza a la derecha), lo que se daría, por ejemplo ante un aumento en la cantidad de médicos, un mayor número de camas por hospital, etc. Esto conducirá, *ceteris paribus*, a una disminución del precio de equilibrio hasta P_3 y un aumento en la cantidad transada hasta Q_3 . El gasto total en salud variará más o menos dependiendo de la elasticidad de la demanda: en el caso en que la elasticidad de la demanda sea menor que la unidad, la cantidad transada aumentará en menor proporción que lo que disminuye el precio, y por lo tanto el gasto total en salud disminuirá (en este caso habrá que repartir un menor gasto global entre más médicos). Si en cambio, la elasticidad es mayor que la unidad, el gasto en salud aumentará (ahora, dependiendo de las magnitudes de los aumentos en el gasto y en la cantidad de médicos, puede ocurrir tanto un aumento como una disminución promedio en lo que cada médico puede apropiarse).

En cambio, si el mercado no funciona en condiciones de competencia perfecta, el nuevo equilibrio no necesariamente será el anteriormente descrito. Los defensores de la tesis de inducción de demanda afirman que las asimetrías de información entre médico y paciente posibilitan el establecimiento de relaciones de agencia imperfecta que crean condiciones para que los médicos puedan inducir demanda. Así, el aumento en la oferta de servicios médicos puede, en presencia de inducción, generar un aumento en la demanda (desplazando la curva de demanda hacia la derecha) de forma que la cantidad transada aumentará y el nivel de precio que se establezca en el nuevo equilibrio podrá ser menor, igual o superior a P_1 , dependiendo de qué tanto se corra la curva de demanda (no es posible determinar teóricamente la magnitud de dicho corrimiento), pero nunca caerá al nivel P_3 .



Esta primera aproximación al fenómeno de inducción de demanda tiene varias limitaciones importantes. No establece claramente cuáles son los motivos que el médico tiene para inducir demanda, ni explica porqué los proveedores de salud inducen en cierto grado a veces y en distintos grados en otras ocasiones. Tampoco especifica cuáles son los mecanismos a través de los que se induce demanda.

Estas limitaciones han conducido a la elaboración de modelos más sofisticados de demanda inducida por la oferta (en adelante SID por la expresión en inglés: *supplier-induced demand*) que intentan, al menos parcialmente, superar dichas limitaciones.

Un elemento que ha sido identificado como posible motivo a la inducción de demanda se encuentra en el objetivo de los médicos de alcanzar determinado nivel de ingresos (en inglés *target income*). La incorporación de esta consideración provee una explicación a la coexistencia de incrementos en la disponibilidad de médicos (lo que hace pensar en un aumento de la oferta de servicios médicos) con el aumento en sus honorarios e ingresos.

El modelo basa la posibilidad de inducir demanda en la existencia de asimetrías de información entre médico y paciente y en el supuesto de que el mercado de servicios de salud funciona de acuerdo al modelo de competencia monopolística. En este marco, el carácter monopolístico hace referencia al hecho de que los médicos disponen de cierto poder de fijación de precios debido al supuesto de que enfrentan una curva de demanda con pendiente negativa, que se corre hacia la izquierda o hacia la derecha cuando el número de oferentes aumenta o disminuye, respectivamente (lo que se contrapone con un mercado competitivo en el que cada oferente es

tomador de precios y enfrenta una curva de demanda perfectamente elástica). La existencia de competencia viene dada por la idea de que hay libre entrada al mercado, lo que ocurre hasta que se obtiene una tasa de retorno competitiva, es decir una situación en la que no existan beneficios monopólicos.

Bajo la hipótesis de que los médicos persiguen un objetivo ingreso, un incremento en la disponibilidad de servicios de salud en vez de conducir a una disminución de los honorarios e ingresos médicos, puede resultar en un aumento de los mismos (debido al poder monopólico de fijación de precios), y por tanto puede lograrse el mantenimiento de las ganancias de los médicos en su nivel anterior. Bajo condiciones de control de precios y honorarios se ha observado⁵ que las tasas de utilización de servicios de salud tienden a aumentar conjuntamente con la cantidad de médicos, lo que parece apoyar la hipótesis básica de este modelo, ya que la evidencia empírica indicaría que, en aquellas circunstancias en que los médicos no pueden ejercer su poder de fijación de precios, influyen en las cantidades.

Sin embargo, esta hipótesis ha encontrado dificultades para explicar cómo los médicos determinan su objetivo ingreso, y por qué no explotan constantemente su poder monopólico, fijando en todo momento aquel nivel de precios que maximice sus beneficios y no solamente cuando la disponibilidad de médicos aumenta. Por otro lado, se afirma que si los médicos tuvieran la capacidad de fijar precios, sería razonable pensar que no les preocuparían los incrementos en los costos ya que siempre podrían traspasar tales incrementos a los consumidores a través de precios más altos, hecho que no cuenta con respaldo empírico.

Al respecto, el modelo de inducción de demanda que incorpora la desutilidad proveniente de la inducción se centra en uno de los problemas identificados para el modelo de objetivo ingreso: explicar el nivel de ingreso elegido por los médicos y cómo puede determinarse el nivel de inducción e ingreso de equilibrio de manera endógena al modelo.

Siguiendo a Evans⁶, se representará al médico como un proveedor maximizador de utilidad cuya función de utilidad incorpora como argumentos su ingreso neto (Y), las horas de trabajo (W), y la influencia discrecional utilizada para aumentar la demanda (D), de forma que:

$$U = U(Y, W, D)$$

(+ (-) (-)

⁵ Al respecto, ver Rice y Labelle, "Do Physicians Induce Demand for Medical Service?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14 (1989): 587-600.

⁶ Evans, "Supplier-Induced Demand; Some Empirical Evidence and Implications", *The economics of health and medical care*. Editorial Mark Perlman (1974).

Al igual que en el modelo de objetivo ingreso, se supondrá que el médico dispone de cierto poder monopólico para la fijación de precios y además, que inducir demanda le produce una desutilidad marginal creciente. Este no solo prefiere no inducir demanda, sino que encuentra cada vez menos placentero el inducir una unidad de demanda adicional. Estas condiciones implican que $\frac{\partial U}{\partial D} < 0$ y $\frac{\partial^2 U}{\partial D^2} < 0$.

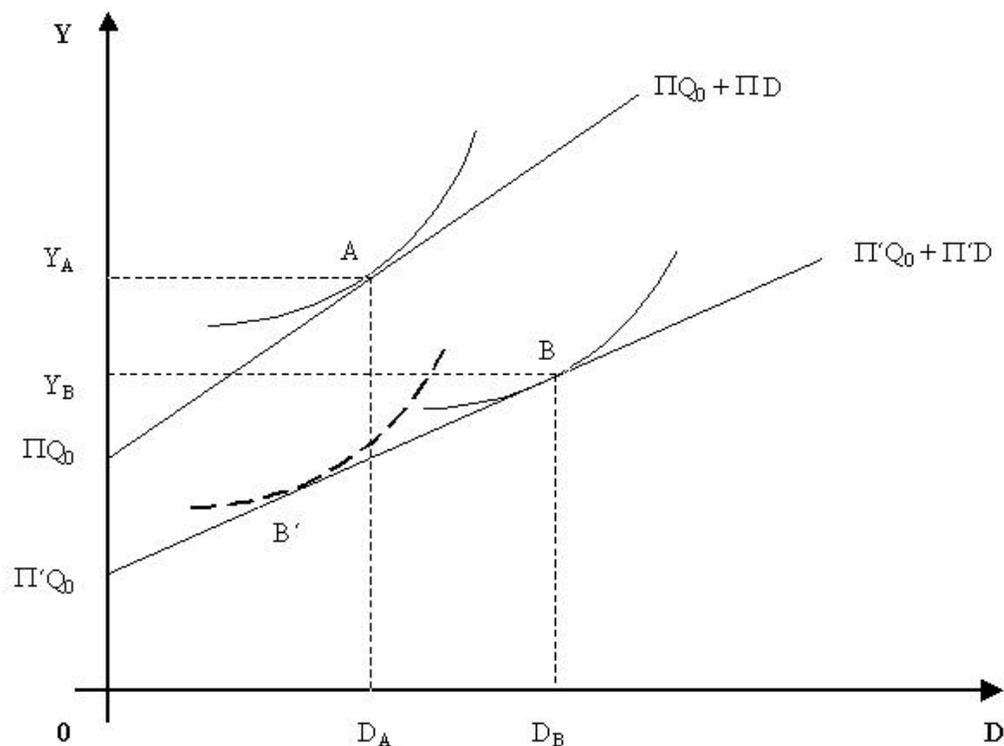
Un incremento en el número de médicos provoca un aumento en la competencia que, en el marco de un mercado de competencia monopolística, desplaza la curva de demanda hacia la izquierda y por consiguiente reduce el ingreso del médico (porque para cada nivel de precios las cantidades demandadas a cada médico son menores). Si esto sucede, el médico tiene incentivos a inducir demanda de forma de restablecer su nivel de ingreso original. Sin embargo, la desutilidad generada por inducir demanda (más la mayor cantidad de horas trabajadas), debe ser compensada por el aumento en el ingreso que provoca tal inducción.

Ahora es posible encontrar una limitante a la medida en que la demanda es incrementada. Esto hace posible superar alguna de las debilidades de los primeros modelos de SID formulados, en los que no parecía haber topes a la capacidad y deseo de los médicos a inducir demanda. En este modelo los médicos aumentarán la demanda hasta el punto en que la utilidad marginal del ingreso adicional generado por inducir demanda iguale a la desutilidad marginal provocada por una mayor carga de trabajo más la desutilidad marginal derivada de la influencia discrecional que tal inducción requeriría.

Una representación simplificada de lo anterior se describe en la gráfica siguiente, en la que se supone que la función de utilidad del médico depende solamente de su nivel de ingreso y de su influencia discrecional sobre la demanda. Las curvas de indiferencia tienen pendiente positiva debido a que una de las variables, el ingreso, es un “bien”, y la otra, la influencia discrecional sobre la demanda, es un “mal”. Como siempre son preferidas las curvas de indiferencia más alejadas del origen. Suponiendo que cada unidad de servicio médico (incluyendo las unidades inducidas) se vende a una tasa de beneficio constante P , y que el máximo nivel de beneficio alcanzable sin inducir demanda está dado por PQ_0 , podemos describir el ingreso total del médico por $Y = PQ_0 + PD$. El equilibrio se encuentra, como es usual, en el punto de tangencia de la restricción presupuestal con la curva de indiferencia más alejada alcanzable (punto A).

Un aumento en el número de competidores en el mercado representará una disminución en la tasa de beneficio, que estará ahora representada por P' (obviamente $P' < P$). En consecuencia la restricción presupuestal corta el eje vertical en un nivel inferior al de partida y tendrá menor pendiente. Esto obliga al médico a situarse en una curva de indiferencia menos alejada del origen y encontrará su equilibrio, por ejemplo en un punto como B. En esta situación se

encuentra que la cantidad de unidades de inducción, D_B es mayor que la inicial, D_A , lo que estaría mostrando cómo un aumento de la competencia conduce a un mayor nivel de inducción.



Una de las principales limitaciones a este modelo se encuentra en el hecho de que el mismo es ambiguo en la predicción del nivel de inducción alcanzado por el incremento en la disponibilidad de médicos. Si se supone una nueva curva de indiferencia como la punteada en la gráfica anterior, que representa preferencias distintas por parte de los médicos, entonces se observa una reducción en el nivel de inducción conjuntamente con una reducción de los beneficios (punto B'). Esta ambigüedad implica que las propiedades de estática comparativa del modelo no están determinadas, lo que puede invalidar las conclusiones del mismo, que dependen, en gran medida de supuestos acerca de las preferencias de los médicos.

4. FORMAS DE PAGO MEDICO E INCENTIVOS

En secciones anteriores se analizó cómo la asimetría de información entre médico y paciente otorga al primero la posibilidad de influir sobre la demanda por servicios de salud del segundo. Si la alteración inducida en las cantidades demandadas por el paciente lo aleja del óptimo, entonces se dice que el médico no actúa como agente perfecto. En los modelos de inducción de demanda presentados, la inducción se introduce en la función de utilidad del médico como un nuevo argumento tal que, *ceteris paribus*, a mayor inducción menor utilidad. Por esta razón también deben existir incentivos que expliquen la adopción por parte del médico de tales estrategias inductivas. Básicamente los incentivos que lo explican son de tipo económico, y de lo que trata esta sección es de relacionar estos incentivos que motivan la inducción de demanda con las distintas formas de pago a los médicos.

Son fundamentalmente tres las formas de remuneración puras que se emplean para el pago a los médicos: pago por acto médico, pago por capitación y pago por salario fijo. En la práctica es frecuente observar que los médicos son remunerados en base a alguna combinación de ellas. El objetivo de esta sección es analizar los incentivos implícitos en cada una de estas tres modalidades de pago y cómo éstas afectan el comportamiento de los médicos en términos de eficiencia, control de costos, cantidad y calidad de los servicios de salud.

Bajo la modalidad de pago por acto, el médico recibe un monto prefijado por cada procedimiento o servicio provisto. Este método de pago es ampliamente utilizado tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, y en particular es una modalidad de pago utilizada en Uruguay en ciertos sectores del mercado de salud y para determinadas especialidades médicas.

Bajo este régimen se crean fuertes incentivos a que se haga un uso excesivo de servicios de salud, donde parte de tal exceso puede constituir cuidado innecesario. Los pacientes depositan en el médico su confianza en relación a sus necesidades de servicios de cuidado de salud, a la vez que los médicos pueden recomendar y realizar un volumen de servicios que les permita alcanzar un objetivo ingreso, el cual es independiente de las necesidades de cuidado de sus pacientes.

Los incentivos económicos a inducir demanda bajo esta forma de pago son aún más fuertes en los casos en los que el pago es realizado por la figura de un tercer pagador, quien realiza el pago al médico, en lugar de ser el demandante de los servicios quien lo hace. Esto se origina en el hecho de que el costo marginal del servicio que enfrenta el demandante se reduce, e incluso puede llegar a anularse. El paciente aceptará las recomendaciones del médico hasta que la

cantidad de cuidado que recibe sea aquella que iguala el beneficio marginal que le reporta al costo marginal que en realidad enfrenta. En consecuencia, los controles que se ejercen sobre la cantidad de servicios que se proveen se ven mitigados, ya que no es el paciente quien ejerce dicho control. Esta situación puede verse agravada si existe la percepción, por parte de los consumidores, de que la utilización de una mayor cantidad de servicios médicos o de tecnologías más sofisticadas significa una mayor calidad del servicio.

Como es natural, el mayor volumen de servicios provisto que se deriva del pago por acto trae aparejado un aumento en los costos en que incurre el tercer pagador, no sólo porque el monto destinado a remunerar a los médicos puede resultar mayor al previsto, sino porque a ello se agregan los costos asociados a una mayor cantidad de visitas (costos derivados tanto de la atención en sí misma como de carácter administrativo). El hecho de que se pague por acto realizado y en forma retrospectiva, es decir, en base a una tarifa prefijada y luego de que el servicio fue brindado, puede generar un incremento sin límite de los costos médicos.

Por tanto, una desventaja del pago por acto que se deriva directamente de lo anterior, es que se torna impredecible para el tercer pagador el monto que deberá destinar a cubrir los gastos en que se incurre. Por estos motivos estará interesado en establecer controles al comportamiento de los médicos, como puede ser el establecimiento de una remuneración máxima, por encima de la cual no se le pagan los actos médicos que realice, o un tope a la cantidad de servicios que el médico puede proveer.

Como aspecto positivo de esta modalidad de pago se destaca su capacidad de mejorar la eficiencia en la prestación de servicios médicos ya que una mayor productividad permite obtener mayores ingresos. A su vez, en la medida que el pago por acto recompensa el esfuerzo personal y la responsabilidad individual, genera incentivos a que el médico se esfuerce más con cada paciente de forma que se sientan satisfechos con la atención que reciben y estén dispuestos a volver a consultarlo en el futuro (por ejemplo, se preocupan por atender a sus pacientes personalmente en lugar de derivarlos a otros médicos u otros centros de asistencia), mejorando así la calidad del servicio. En este sentido, el pago por acto motiva al médico a trabajar más horas, realizar procedimientos de mayor complejidad, atender mayor cantidad de pacientes, asumir el cuidado de enfermos crónicos y llevar registros precisos de los procedimientos realizados.

Sin embargo, estos aspectos positivos tienen como contrapartida una consecuencia adversa sobre el modelo asistencial que se establece. En efecto, bajo el pago por acto médico se fomenta un modelo basado en la curación en detrimento de la prevención.

El pago por responsabilidad o capitación consiste en la asignación al médico de un monto específico de dinero por paciente o grupo de pacientes que atiende, para que con éste se financien los costos de un conjunto preestablecido de servicios de salud. Se asigna una cantidad de dinero predeterminada para un período de tiempo independientemente de los gastos en los que incurrirá el prestador. El monto se determina de acuerdo a una estimación del total de dinero que se requerirá para cubrir las necesidades de salud del grupo de pacientes. Queda librado a la decisión del médico la determinación de la cantidad de servicios que proveerá a cada paciente.

El carácter prospectivo de la capitación, es decir el hecho de que al médico se le paga por adelantado, hace que sea el propio médico quien enfrenta el riesgo financiero que se deriva de proveer servicios médicos. Debido a que el monto de capitación se basa en un costo promedio proyectado para los pacientes a cargo, sin ajustarse por el estado de salud de los individuos del grupo (a veces se realizan ajustes generales sobre la base de características demográficas), el médico puede generar, por distintas razones, gastos mayores que los ingresos. Esto puede afectar la calidad de los servicios que se brindan si el médico se ve obligado a ahorrar para no incurrir en una situación deficitaria.

Son básicamente tres los elementos que tienen un impacto sobre la magnitud de riesgo financiero que recae sobre el médico (en el sentido de enfrentar costos superiores a lo recaudado por concepto de capitación). El primero está constituido por el espectro de servicios que se incluyen en el contrato. Si bien la capitación puede incluir o excluir casi cualquier servicio médico, en la práctica se observan básicamente tres tipos de contratos: de capitación total, parcial, o únicamente capitación por los servicios provistos por el médico directamente.

El segundo elemento que impacta sobre los riesgos por capitación lo constituye la especialización del médico que acepta este tipo de contrato. Tradicionalmente la capitación ha sido utilizada para pagar los servicios de médicos dedicados al cuidado primario, y no a especialistas, quienes en general eran remunerados en base al sistema de pago por acto (esta tendencia se viene revirtiendo en los últimos tiempos, implementándose sistemas de pago mixtos en ambos casos). El médico de cuidado primario obtiene beneficios con la implementación de tratamientos preventivos ahorradores de costos, aunque el riesgo financiero aumenta a medida que se aceptan casos que requieren de mayores cuidados.

El tercer elemento vinculado a la magnitud del riesgo financiero asociado a la capitación es el estado de salud del conjunto de pacientes que atiende cada médico. Esto depende en cierta medida de eventos aleatorios y por tanto la asignación de recursos (basada en una estimación *ex-ante*) puede resultar insuficiente en relación a las necesidades de cuidado del grupo de

pacientes a cargo del médico. Además, pueden surgir casos que requieren de tratamientos muy costosos, capaces de desequilibrar las previsiones de gastos que se realizan. Una manera de prevenir que tales eventualidades afecten significativamente el presupuesto del médico es aumentar el número de pacientes a su cargo, ya que cuanto mayor sea la cantidad de pacientes que atiende, mayor será la asignación de fondos que recibe, y le resultará más fácil asumir los costos asociados a unos pocos casos “especiales”. En efecto, si se supone que el gasto en que se incurre por cada paciente es una variable aleatoria independiente e idénticamente distribuida con respecto al gasto en el resto de los pacientes, la varianza del gasto promedio disminuye al incrementarse el número de pacientes a cargo del médico, lo que deriva en una disminución del riesgo financiero que el mismo enfrenta.

Ahora bien, para que sea posible repartir los mayores gastos de pocos pacientes entre una mayoría relativamente sana, es necesario que el conjunto de pacientes atendidos por el médico tenga en promedio necesidades de cuidado similares al promedio de la población en términos de costos. Si el médico tiene un conjunto de pacientes en peores condiciones de salud que el resto de sus colegas (por ejemplo porque es muy bueno en el tratamiento de alguna enfermedad crónica), el pago por capitación, calculado sobre la base de gastos promedio, que no tenga en cuenta consideraciones de ajuste por riesgo, puede conducir a que el médico no disponga de los fondos suficientes para el cuidado adecuado de sus pacientes. Como consecuencia, el médico se verá enfrentado a la decisión de qué tipo de pacientes aceptar y en qué proporción.

De lo descrito hasta el momento se desprenden una serie de incentivos negativos asociados a esta forma de pago. En primer lugar, y lo que es quizás más importante, dado que al médico se le paga por adelantado, la capitación puede provocar una disminución en la calidad de los cuidados de salud brindados, al incentivarlo a restringir los gastos en que incurre por paciente en pos de obtener mayores beneficios económicos. El riesgo financiero presiona al médico a restringir el uso de servicios (de los cuales él se tiene que hacer cargo, en contraposición con un sistema de seguros donde el tercer pagador cubre los costos del tratamiento), y en última instancia, se puede llegar a una situación de subutilización de servicios médicos.

En segundo lugar, como ya se ha mencionado, si la capitación cubre únicamente los servicios que proveen los médicos de cuidado primario, éstos tienen incentivos a referir al paciente a especialistas, ya que de esta forma reducen los costos de atención restringiéndolos a aquellos asociados a las consultas de diagnóstico y evitan los asociados al tratamiento. Así, se reducen los gastos en que se incurre por cada paciente y el patrón de utilización de los recursos se ve afectado.

En tercer lugar, en la medida que un panel de pacientes más sano ocasiona menores costos para el médico, éste tiene incentivos a realizar una selección de riesgo. Toda vez que un conjunto de pacientes más sanos implica menores costos de atención y por tanto mayores beneficios, los médicos pueden enfocar sus esfuerzos en la selección de pacientes relativamente sanos o con menores riesgos asociados (*cream skimming* en inglés), lo que evidentemente afecta la equidad y eficiencia del sistema de salud.

Se pueden implementar, paralelamente a los mecanismos para la reducción de riesgo, límites explícitos a la conducta de selección de pacientes y deterioro de la calidad dentro del esquema de capitación. A modo de ejemplo, los gobiernos pueden limitar la selección de riesgo obligando a la aceptación de todos los individuos, implementando, a la vez, ciertas compensaciones por aquellos casos en los que a priori se sabe que generan gastos superiores al promedio, como es el caso de los ancianos. En el mismo sentido, un límite a la reducción de la calidad de los cuidados médicos que se brindan es la existencia de mercados competitivos, donde los consumidores son libres de cambiar de proveedor de servicios médicos si no están conformes con los cuidados que reciben. Además, a mayor cantidad de información disponible para los consumidores (tanto a nivel de sus conocimientos médicos como de los distintos servicios y calidades brindadas por cada proveedor), mayores son los incentivos a que los proveedores se preocupen por mejorar la calidad de los servicios que prestan.

Los defensores de este sistema sostienen que su principal ventaja es el incentivo a la contención de costos. En tanto el médico trata de maximizar su beneficio, actuará de forma de reducir en lo posible los costos asociados al conjunto de pacientes bajo su cuidado, ya que el ingreso que percibe por ellos es fijo y prospectivo. Ligado a esto último, más allá de restringir la cantidad de servicios brindados, la reducción de costos puede estar dada por un aumento en la eficiencia en la provisión de los servicios, y por lo tanto esta modalidad de pago tiene implícito un incentivo a que los proveedores de salud actúen de forma eficiente. Entre otras cosas, tenderán a innovar hacia tecnologías ahorradoras de costos, hacia tratamientos alternativos menos costosos y hacia métodos de prevención de la salud, todo lo cual contribuye a disminuir el costo asociado a cada paciente.

Por otra parte, la capitación ofrece al tercer pagador o al administrador de servicios de salud un mayor control sobre los costos en que incurrirá, así como una mayor previsión sobre los mismos, ya que se conoce de antemano el monto máximo que será asignado a cada médico. Asimismo, el sistema promueve o recompensa actividades médicas de mayor dedicación que lleven al paciente a continuar con un médico y a confiar en él como fuente regular de cuidado. Por tanto, la capitación otorga un mayor control sobre los gastos médicos y favorece la integración, cooperación e interdependencia entre las distintas clases de médicos (especialistas y

de cuidado primario). En todos estos sentidos, la capitación mejora la calidad de los servicios de salud.

Sin embargo, se puede decir que mientras que la capitación tiene un impacto sobre los costos inequívoco, en el sentido de que se presentan fuertes incentivos a la contención de los mismos, al comportamiento eficiente y a la inversión en tecnología ahorradora, no es claro el impacto de esta modalidad de pago sobre la calidad de los servicios. Mientras que por un lado operan fuerzas tendientes a restringir el uso de servicios y a realizar selección de pacientes, por otro se fomenta una mayor integración del sistema y una más estrecha relación entre médico y paciente.

En la modalidad de pago por salario fijo, el médico recibe una remuneración predeterminada a cambio de la provisión de determinados servicios médicos. El ingreso que el médico percibe depende básicamente de la cantidad de horas trabajadas, donde el valor hora dependerá de la actividad realizada, su grado y especialidad. La cantidad de servicios que provee es relativamente independiente de su ingreso.

Dado lo anterior, esta forma de remuneración tiene la ventaja, en contraste con las otras dos modalidades de pago descritas, que el ingreso de los médicos es estable y previsible. Además, genera incentivos a eliminar prácticas superfluas, ya que el hecho de realizar actos médicos innecesarios solo redundaría en una disminución de la utilidad del médico porque trabaja más por el mismo ingreso.

Otra característica del pago por salario fijo es que facilita la interconsulta, lo que trae aparejado aspectos tanto positivos como negativos. Entre las consecuencias benéficas de esta característica se destaca el hecho de que en la atención de un mismo paciente participan varios médicos, entre ellos especialistas en distintas áreas, lo que tiende a garantizar un cuidado adecuado a cada caso. Sin embargo, esta modalidad de práctica médica puede ser visualizada como poco eficiente en la medida que genera costos elevados para casos relativamente simples, a la vez que ninguno de los médicos que participan en la atención de la persona llega a tener un conocimiento completo de su estado de salud.

Puede argumentarse que este comportamiento muestra un incentivo a disminuir la competencia entre los médicos, en la medida que el médico no obtiene un mayor ingreso al atender un mayor número de pacientes. Si a esto se le agrega el hecho de que el salario recompensa de igual forma rendimientos distintos, esta modalidad de pago puede conducir a una disminución en la calidad de los servicios provistos siempre que los médicos se comporten de manera de igualar hacia abajo sus rendimientos.

Además, esta forma de pago genera incentivos a que los médicos desalienten a sus pacientes a realizar visitas frecuentes con el objetivo de reducir su carga de trabajo. Por lo tanto, al contrario del pago por acto médico, se generan incentivos a que la cantidad de cuidado que los médicos proveen sea insuficiente. Por ejemplo, plantea el problema de que el médico puede tender a aplazar la atención a pacientes que no requieren un cuidado urgente.

Todo lo anterior puede tener una consecuencia directa sobre el grado de satisfacción de los consumidores en relación al cuidado médico que reciben. Bajo esta modalidad de pago se fomenta la indiferencia en la relación médico paciente ya que el médico asalariado tiende a preocuparse menos por cada caso que atiende. Esto puede hacerse visible desde la óptica del consumidor quien puede evaluar negativamente el compromiso del médico hacia su persona, lo que se agrava si existe la concepción entre los demandantes de servicios médicos de que una mayor cantidad de servicios equivale a una mejor atención y un mayor cuidado.

Por último, cabe destacar que el impacto que esta modalidad de pago tiene sobre el control de costos por parte del médico es ambiguo. Por un lado, al no tener incentivos a aumentar el número de pacientes que atiende y a reducir el número de visitas por cada uno de ellos, puede decirse que tiende a disminuir los gastos en que se incurre. Sin embargo, no existen incentivos directos al control de costos ya que el ingreso del médico será el mismo tanto si ahorra recursos como si no lo hace. Más aún, los incentivos implícitos en esta modalidad de pago hacia una excesiva derivación de pacientes a otros profesionales pueden redundar en un aumento desproporcionado en los costos de atención para el sistema de salud en su conjunto.

5. EL MERCADO DE TRABAJO EN EL AMBITO DE LA SALUD EN EL URUGUAY

En esta sección se analizan las características del mercado de trabajo en el ámbito de la salud para el caso uruguayo haciendo especial hincapié en aquellas que afectan directamente a los profesionales médicos, entre las que se destacan: la existencia de una sobrepoblación de médicos junto con desequilibrios en términos de la distribución geográfica de los mismos; una especialización excesiva entre los profesionales de la salud; la existencia de un alto índice de multiempleo y subocupación entre los médicos; la coexistencia de distintos marcos regulatorios y modalidades de pago a los médicos según el subsector y especialidad de que se trate.

El proceso de formación de los profesionales de la salud es uno de los factores que influyen sobre la calidad de la atención médica, a la vez que determina algunas de las características del mercado de trabajo antes mencionadas. La Universidad de la República ha experimentado un conjunto de transformaciones en el número y composición del estudiantado de las que la Facultad de Medicina no es una excepción. Desde hace ya algunas décadas las carreras universitarias han sido objeto de un proceso de masificación estudiantil y comenzaron a atraer sectores sociales que antes tenían una participación reducida en el estudiantado. La expansión de la matrícula en la Facultad de Medicina provocó un aumento importante de la cantidad de médicos que, a junio de 1999, alcanza los 11.540 profesionales activos, habiéndose casi triplicado respecto al número de médicos en 1975.

En la medida que el mercado incremento de la oferta de médicos no se corresponde con el crecimiento de la población se crea una sobrepoblación de médicos⁷. En efecto, el número de médicos activos por habitante ha mantenido una tendencia creciente durante las últimas décadas hecho que queda evidenciado en el cuadro que sigue, llegando situarse entre los más altos a nivel internacional, y muy por encima de la cantidad recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que asciende a 1.250 habitantes por médico.

Evolución de la relación habitantes/médicos en el Uruguay

Año	1975	1985	1990	1996	1999
Médicos activos	4.471	8.141	9.093	11.050	11.540
Población	2.788.400	2.955.200	3.105.554	3.163.800	3.313.239
Habitantes/Médicos	624	363	342	286	287

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SMU para el número de médicos activos y del INE para los datos de población.

⁷ En los textos que analizan el mercado de trabajo en el ámbito de la salud en Uruguay no se distingue entre sobreoferta y sobrepoblación de médicos, sino que se habla de sobreoferta sin que exista un estudio de demanda que pueda apoyar la utilización de este término para caracterizar la situación. En este trabajo se considera que no se dispone de los elementos suficientes para hablar de sobreoferta pero sí de sobrepoblación de médicos.

En 1990 Uruguay contaba con un índice de concentración de médicos superior a la mayoría de los países desarrollados (342 habitantes por médico), mientras que, por ejemplo en Estados Unidos este indicador ascendía a 420, en Suecia a 370 y en Francia a 350, siendo Italia el único país de la OCDE que presenta un índice de concentración de médicos mayor que el Uruguay⁸. En 1999, y en relación a la región, Uruguay es el país que cuenta con una relación habitantes/médicos más alta. Mientras Uruguay tiene 287 habitantes por médico, en Paraguay este índice asciende a 1.546, en Chile a 906, en Brasil es de 737 y en Argentina de 372⁹.

A pesar de lo anterior, la distribución territorial del personal médico determina una concentración de médicos, en relación al número de habitantes, mayor en Montevideo que en el Interior, y a pesar de que durante los últimos 25 años el incremento porcentual de médicos es mayor para el Interior que para Montevideo la diferencia en la relación habitantes/médicos está lejos de eliminarse (como se desprende del cuadro que sigue, entre 1974 y 1999 el número de médicos activos se multiplicó por 3,07 y 2,74 respectivamente). El hecho de que la cantidad de médicos haya aumentado más en el Interior puede responder a que la alta concentración de médicos en Montevideo condujo a los profesionales a buscar oportunidades de laborales en otras regiones. Además, puede decirse que la creciente expansión de las IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) en el Interior del país junto con el aumento de la población afiliada, constituyeron factores de atracción para los profesionales médicos.

Evolución de la relación habitantes/médicos en Uruguay según región

	1974	1987	1996
Médicos activos			
Montevideo	3.305	6.643	8.853
Interior	810	1.556	2.197
Habitantes			
Montevideo	1.230.615	1.317.904	1.344.800
Interior	1.543.088	1.673.916	1.818.900
Relación Habitantes/Médicos			
Montevideo	372	198	152
Interior	1.905	1.076	828

Fuente: elaboración propia en base a datos del SMU para el número de médicos activos y del INE para los datos de población.

Además, en el Interior se observa una distribución no equitativa de los profesionales médicos entre departamentos, existiendo mayor o menor concentración dependiendo de características regionales que determinan mejores oportunidades laborales para los médicos. Tal es el caso de Maldonado, Salto, Paysandú y Colonia por tener un mayor nivel de desarrollo relativo y una alta

⁸ Fuente: Grau (1998)

⁹ Fuente: Informe Delfi. El sistema de salud en el Uruguay. Tendencias y perspectivas (1999)

densidad de población, factores que determinaron un aumento significativo de la población afiliada a las IAMC. También se observa un aumento de la oferta de médicos en las regiones vecinas a Montevideo, como es el caso de Canelones, ya que la oferta de médicos en la capital creció sin que dicho crecimiento se correspondiera con un aumento en la población afiliada (que se mantuvo relativamente estable), y por tanto se dio un desplazamiento de profesionales hacia dichas regiones.

La sobrepoblación de profesionales médicos provoca, por el lado de la oferta un proceso de devaluación de los títulos y en consecuencia que las expectativas de los egresados se ajusten a la baja, mientras que por el lado de la demanda ocurre el proceso inverso, es decir, aumentan los requerimientos en términos de años de estudio para ocupar puestos de trabajo cuyo desempeño no se corresponde con exigencias tan altas de capacitación. De esta forma se generan situaciones de subempleo, y se entra en un círculo vicioso en tanto la especialización y los cursos de posgrado pasan a ser condiciones básicas para poder acceder a un puesto de trabajo, hecho que contribuye a aumentar los índices de subempleo entre los médicos. Al respecto, en una encuesta realizada por Equipos Mori en 1998 se destaca que un 27% de los médicos entrevistados afirmó sentirse subocupado¹⁰. Por las razones expuestas, puede decirse que la elección de los médicos por especializarse es, al menos en parte, consecuencia de la sobrepoblación de médicos, y está vinculada a estrategias de inserción en el mercado de trabajo.

En Uruguay todas las especialidades han experimentado un proceso de crecimiento importante, pero aquellas que muestran un incremento más significativo en la cantidad de especialistas son las de más reciente creación y las vinculadas al desarrollo de tecnologías más modernas y sofisticadas. Sin dejar de tener en cuenta que este comportamiento refleja los cambios ocurridos a nivel mundial tendientes a la utilización cada vez más frecuente de una medicina tecnificada y de altos costos, este fenómeno puede, también, estar indicando la búsqueda por parte de los profesionales médicos de nichos de mercado que les permita insertarse en el mercado de trabajo y donde enfrenten una competencia menor.

Otro elemento que caracteriza el mercado laboral en el ámbito de la salud es la existencia de un alto índice de multiempleo entre los profesionales médicos, el cual actualmente se sitúa en torno a los 2,6 cargos por médico. Este hecho es una consecuencia directa de la creciente disponibilidad de profesionales, ya que este crecimiento dentro de un sistema de atención relativamente estable provocó una continua competencia por los cargos y presiones económicas sobre la población médica. Esto determinó que los cargos o categorías laborales se organizaran en torno a un pequeño número de horas de trabajo, visitas, o procedimientos que se consideran

¹⁰ Equipos Mori, La situación profesional y ocupacional de los médicos a nivel nacional. (1998)

cargos de dedicación total, como estrategia deliberada para poder otorgar un mayor número de cargos a una población médica creciente cuyo objetivo es alcanzar el pleno empleo médico. Este hecho se refleja en el Laudo que rige para el sector desde 1965, en el que se establece que, para el caso de médico a consultorio, la carga horaria mensual es de 26 horas.

Evolución del índice de multiempleo médico en el Uruguay

Año	1962	1980	1990	1998
Cargos por médico	1,8	2,7	2,7	2,6

Fuente: MSP. Dirección General de la Salud. Departamento de Estadística. Proyecto FISS.

Del análisis del cuadro precedente surge que el número de cargos por médico permanece constante entre 1980 y 1998 mientras que la cantidad de médicos en 1980 era aproximadamente la mitad que la de 1998, con lo cual puede inferirse que en este período se ha duplicado el número de cargos. Si se compara el año 1962 con 1998, se constata que el número de cargos médicos se quintuplicó.

Existe un amplio acuerdo en relación a que el multiempleo de los médicos tiene repercusiones negativas sobre la calidad de los servicios que se brindan. Entre otras razones se menciona que la pérdida de tiempo de los profesionales médicos a causa de los traslados genera ineficiencias, y que propicia el establecimiento de vínculos débiles con las instituciones para las que prestan servicios.

Las características de la asistencia médica no son ajenas al tipo de oferta de profesionales. La sobrespecialización de los médicos se identifica como uno de los elementos que han llevado a la conformación de un modelo de asistencia que se orienta predominantemente al tratamiento de enfermedades. Se enfatizan los abordajes fragmentarios y se propicia la disociación de las consultas y los tratamientos ya que los mismos quedan a cargo de distintas categorías de profesionales. Esto último opera en desmedro de los enfoques de atención de la salud que enfatizan los aspectos preventivos y abordajes globalizadores de la tradicional medicina general.

Además, el exceso de médicos frente a las necesidades asistenciales de la población se señala como uno de los factores que orienta el modelo asistencial hacia la sobreprestación de servicios. Esto combinado con una especialización excesiva, crea fuertes presiones sobre el aumento de los costos de atención de la salud (tanto para los prestadores de servicios como para los pacientes) ya que se utilizan recursos técnicos especializados y costosos para atender problemas que podrían ser resueltos por médicos generales, a la vez que aumenta el número de exámenes y medicamentos recetados por los especialistas.

En cuanto a la distribución de los médicos entre los subsectores público y privado, se detecta una tendencia generalizada de todo el personal de la salud a preferir cargos en el sector privado,

hecho que se vincula fundamentalmente con los diferentes incentivos que ofrece uno y otro sector, en especial aquellos vinculados con retribuciones salariales. En este sentido, conviene destacar que en el caso del Ministerio de Salud Pública (MSP), en su calidad de organismo estatal, existen limitaciones determinadas por la asignación presupuestal en cada ejercicio, y sus bajas remuneraciones hacen que su personal se caracterice por ser en su mayoría aquellos profesionales que tienen menos oportunidades dentro del mercado (jóvenes y mujeres) y por lo tanto constituye una estrategia laboral temporaria.

De la encuesta realizada por Equipos Mori para el Sindicato Médico del Uruguay (SMU),¹¹ surge que el 69% de los cargos médicos pertenecen al ámbito privado, mientras que el 31% restante pertenecen al sector público. Dentro del sector privado, en las IAMC se desarrollan el 45% de las ocupaciones médicas, mientras que dentro del sector público, el MSP ocupa el primer lugar en cuanto a las ocupaciones, con 17% del total de cargos y 54% del los cargos públicos. También se observa una mayor proporción de cargos públicos en el Interior del país, entre los que la participación de mujeres y recién egresados es muy alta, lo que confirma el análisis del párrafo anterior. En relación a la distribución de los médicos según el ámbito de actividad, público o privado, se destaca la muy elevada participación de los médicos que trabajan en las IAMC.

Porcentaje de Cargos en el Sistema de Salud Uruguayo por sector según región, sexo y año de egreso de la Facultad de Medicina

	Porcentaje de Cargos							
	Total	Región		Sexo		Año de Egreso		
		Mont.	Int.	Homb.	Muj.	Hasta 1980	1981-1990	1990 en adelante
Sect. Público	31	30	34	27	35	26	32	38
MSP	17	15	25	13	20	12	17	23
FFAA y Policial	4	4	3	4	4	4	4	3
Universidad	5	6	1	5	5	3	6	6
Otros Públicos	5	5	5	5	6	7	5	6
Sect. Privado	69	70	66	73	65	74	68	62
IAMC	45	45	43	50	40	53	43	31
Emerg. Móvil	5	4	8	5	6	2	5	12
Ejercicio liberal	5	5	3	5	4	6	4	3
Consultorio	4	4	3	3	4	5	4	2
Otros privados	10	12	9	10	11	8	12	14
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Equipos Mori (1998)

Se procederá a continuación al análisis del marco regulatorio en el mercado de trabajo médico. En la medida que en secciones anteriores se ha establecido una relación entre inducción de

¹¹ Equipos Mori, La situación profesional y ocupacional de los médicos a nivel nacional. (1998)

demanda y formas de pago a los médicos, interesa estudiar cómo se le paga a los médicos en el Uruguay y cuáles han sido los cambios que operaron en el sistema en la última década.

Puede decirse que en el Uruguay la medicina liberal ha sido sustituida por la asistencia médica colectiva. El mercado ofrece pocas oportunidades para los médicos independientes, y en cambio los puestos que se ofrecen los sitúan en relaciones de dependencia. En términos generales, las opciones laborales para el personal de la salud se inscriben en los dos sectores, público y privado, en el que se divide el sistema de salud en Uruguay. Además, el conjunto de efectores públicos y privados del sistema de salud no operan de manera coordinada y funcionan regidos por diferentes marcos regulatorios. En el mismo sentido, puede decirse que no existe una política de recursos humanos a nivel nacional. Por ejemplo, coexisten distintas modalidades de contratación del personal médico y diferentes esquemas de remuneración a los médicos. Esto determina en los hechos, que la distribución del personal de salud en el sistema sanitario en su conjunto refleje falta de racionalidad, y que responda a las fluctuaciones de los mercados laborales o a factores derivados de éstas.

Todo lo anterior conduce a la necesidad de analizar una multiplicidad de mercados para una misma profesión. A continuación se realiza una breve reseña de la normativa vigente que no pretende abarcar su complejidad legal ya que esta tarea sobrepasa los objetivos de este trabajo, sino presentar los principales aspectos que conforman el marco regulatorio y que por tanto determinan la actual organización del trabajo médico.

La situación de los recursos humanos del MSP es de las más complejas y heterogéneas dentro de la organización estatal uruguaya. A esto contribuyen diversos factores, unos de índole general, reflejo de las características propias del personal de la salud a nivel nacional, y otros específicos del MSP, entre los que tienen especial relevancia los vinculados con la organización y funcionamiento institucional. Las distintas modalidades de relacionamiento se aprecian en el siguiente cuadro:

Modalidades de Relacionamiento entre los médicos y el MSP

<u>Médicos Presupuestados</u> : ocupan un cargo presupuestal en carácter de titulares. Se rigen por el Estatuto del Funcionario Público, y aquellos derivados de las normas especiales en la materia. La Ley Orgánica de Salud Pública establece que el ingreso a estos cargos es por concurso de oposición.
<u>Interinos</u> : debido a la exigencia legal del concurso referida para los cargos presupuestados, aquellos que quedan vacantes pueden ser ocupados por personal en carácter de interino.
<u>Contratados</u> : quienes se encuentran en esta situación tienen la calidad de funcionarios públicos con todas las garantías legales y constitucionales que implica, pero no tienen posibilidades de progresar en su carrera funcional precisamente por su condición de contratados. Hay tres modalidades bajo las que se puede presentar este tipo de relacionamiento de los médicos con la institución: Contratados permanentes, eventuales y transitorios.
<u>Suplentes</u> : El Ministerio está facultado para formar cuadros de suplentes para los cargos y servicios que no admiten interrupción de sus servicios. Teóricamente su número está limitado y el plazo de suplencia anual no puede superar los ciento ochenta días, lo que en los hechos no es respetado. Asimismo existen

<p>suplentes que ocupan cargos que ni siquiera están previstos presupuestalmente. Estas distorsiones llevan al nombramiento de suplentes rotativos y suplentes fijos o permanentes.</p>
<p>Residentes: Son médicos que completan su formación profesional especializada, en los Hospitales Públicos en un régimen jurídico especial.</p>
<p>Médicos de Familia: régimen creado a los efectos de brindar atención en el primer nivel de asistencia. La Ley 15.903 establece que no son funcionarios públicos, y el vínculo con ASSE se formaliza en un contrato con un plazo de tres años, renovable por períodos de tres a cinco años. Se les retribuye por el régimen de honorarios sobre la base de régimen de capitación en relación con un valor básico por usuario que varía según la zona (urbana, suburbana o rural), y si actúa en consultorio propio o brindado por ASSE. Los honorarios son incrementados en las oportunidades y porcentajes de aumento de los salarios de los funcionarios públicos o del Salario Mínimo Nacional, optando por el que sea mayor de estos dos.</p>
<p>"Incentivados": con el fin de lograr un afianzamiento y una vinculación más satisfactoria de los médicos con la Unidad Ejecutora en la que actúan se crea esta modalidad que, mediante incentivos especiales busca equiparar los salarios de los médicos de Salud Pública con los que reciben los médicos del sector privado dada la disparidad existente entre ambos. En consecuencia existen distintos grupos de médicos a los cuales se les paga una suma de dinero mensual por los servicios que prestan en la Unidad Ejecutora. Estos pueden ser médicos que tienen un vínculo anterior con MSP-ASSE como presupuestados, interinos, contratados, etc., que además de la retribución por ese concepto (sueldo), reciben otra cantidad por concepto de "incentivo". Sin embargo, existe también la situación de médicos no vinculados a ASSE en ninguna de las formas mencionadas anteriormente, que sólo están relacionados a la Unidad Ejecutora a través de un contrato con la Comisión de Apoyo y que reciben como única retribución el "incentivo".</p>

Las retribuciones al personal del MSP provienen de las partidas presupuestales aprobadas en oportunidad de la elaboración del Presupuesto y Rendición de Cuentas. Las bajas retribuciones al personal que surgen del mismo contribuyen negativamente en toda política de recursos humanos que pretenda instrumentarse. La magnitud del problema ha determinado la reducción de la dedicación horaria, que actualmente es de cuatro horas diarias para todos los técnicos del MSP. En los hechos, esto no ha constituido una medida efectiva, derivando en un menor grado de compromiso, baja dedicación, ausentismo y una marcada secundarización de la tarea en el MSP.

La modalidad de pago a los médicos por excelencia dentro del MSP es la de salario fijo. Los médicos de familia son remunerados en base a un esquema de capitación, y los médicos incentivados reciben pagos por honorarios médicos (además del sueldo) que, a partir de 1998, pasan a trabajar por la partida de incentivo en relación de dependencia con el MSP en lugar de hacerlo bajo el régimen de ejercicio liberal de la profesión.

En relación a las formas de retribución y organización del trabajo para el sector privado, desde la conformación de los Consejos de Salarios en 1943 que establece la modalidad de negociación tripartita para la determinación de categorías y salarios mínimos por rama de actividad, se han sucedido una serie de normas que rigen la actividad sanitaria y que buscan reglamentar varios aspectos del trabajo como instrumento básico de las negociaciones salariales y laborales en el sector, entre las que se destacan la existencia de Convenios Colectivos y Laudos (estos últimos con fuerza de ley). En ellos se incluyen normas en relación a las formas y montos de remuneración, regímenes horarios, categorización de funciones estableciendo una carrera funcional, participación de los médicos en los órganos directivos de las IAMC, entre otras.

El Laudo aprobado el 27 de diciembre de 1965 es el que rige en un alto porcentaje la actividad sanitaria privada actualmente. En él se definen detalladamente las funciones médicas y se fijan los salarios mínimos legales, así como los ajustes correspondientes a los mismos. También se establece la forma de pago para cada función, que puede ser sueldo fijo mensual, destajo o una combinación de ambos. Para las funciones remuneradas por sueldo fijo se establecen las cargas horarias máximas mensuales para cada una (que son expresamente reducidas) y en algunos casos, topes de actividades a desarrollar en el cargo.

Durante la administración de Lacalle el gobierno se retira de la negociación salarial en todas las ramas de actividad a excepción de la construcción, el transporte y la salud, para las que anuncia una pauta muy rígida. En 1992 se da un fenómeno nuevo en relación a las negociaciones salariales en el ámbito de la salud: todas las Sociedades Científicas vinculadas a las especialidades anestésico - quirúrgicas deciden participar directamente, y no a través del SMU, en las rondas de negociación. En consecuencia se constituye una representación médica muy numerosa constituida por las gremiales tradicionales y por representantes de todas las Sociedades Científicas referidas, ante lo cual el Ministerio solicita que se designe un número limitado de representantes. Esto dio origen a la denominada Mesa de Sociedades Anestésico – Quirúrgicas (MSAQ) que está integrada por los médicos anestesistas y cirujanos del conjunto de especialidades quirúrgicas¹².

La nueva agrupación reivindica el pago del "acto quirúrgico", lo que implicaba un aumento significativo en los montos que hasta ese momento se pagaba por cirugía. A su vez, el SMU reclama el pago del "acto médico" haciendo hincapié en el pago por este concepto en detrimento del pago por salario fijo (Sueldo Base Médico). Las reivindicaciones excedían en mucho a la pauta del Poder Ejecutivo y no se llega a un acuerdo, razón por la cual éste último se retira de las negociaciones dejando a las partes la tarea de llegar a un acuerdo bipartito, habiendo previamente anunciado la liberalización del precio de las tasas moderadoras (tiquets y órdenes) que serían fijadas por las IAMC, sin control del Poder Ejecutivo. Como resultado de la situación descrita se desata en 1993 un prolongado conflicto entre los médicos y las IAMC que tuvo diferentes intensidades y duraciones, y cuya máxima expresión fue alcanzada por la denominada "huelga de los 100 días" realizada por las Sociedades anestésico - quirúrgicas¹³.

¹² Los profesionales que se nuclean en la MSAQ lo hacen con el objetivo de encarar una negociación salarial autónoma con las empresas, permaneciendo dentro del SMU en lo que hace a los restantes aspectos de la actividad gremial.

¹³ Adquirió esta denominación por haber comenzado el 16 de marzo de 1993 y finalizado el 30 de junio del mismo año llegando a los 107 días de huelga.

Este conflicto concluye con la obtención de muchas de las reivindicaciones hechas por los médicos y la firma, entre 1993 y 1994, de una serie de Convenios Colectivos entre las distintas organizaciones médicas y empresariales, ninguno de los cuales fue homologado por el Poder Ejecutivo. Los mencionados convenios salariales se firmaron entre: el SMU y el Plenario Intermutual; el SMU y la UMU (Unión de la Mutualidad del Uruguay); la MSAQ y el Plenario Intermutual; la MSAQ y la UMU; el SMU y los Sanatorios Privados; y, por último, entre la FEMI (Federación Médica del Interior) Gremial y la FEMI Asistencial.

Este último convenio se diferencia marcadamente del resto de los convenios mencionados. En efecto, ambas partes manifiestan no estar de acuerdo con las reivindicaciones montevideanas, sino que se manifiestan a favor de mantener el esquema de remuneración sobre la base del Salario Base Médico. Por tanto llegan a un acuerdo en el que se mantiene la modalidad de pago a los médicos, es decir, queda incambiada su situación en relación al pago por "acto médico" y por "acto quirúrgico", aunque con un aumento significativo del Salario Base Médico, el que resulta, a partir de entonces, sensiblemente mayor al de Montevideo.

De esta multiplicidad de convenios firmados resulta un escenario en el que los médicos en Montevideo son remunerados en torno al acto médico y quirúrgico con un menor peso del sueldo base en el total, mientras que en el Interior la modalidad de pago a los médicos es principalmente en base al salario fijo. Cabe resaltar que las modificaciones introducidas en relación a la forma de remunerar a los médicos de la capital como resultado de las negociaciones de 1993 no fue un cambio en la modalidad de pago, sino que lo que cambió fue el peso relativo de cada forma de remuneración (por acto y por salario), destacándose un aumento significativo del arancel para los actos quirúrgicos.

La importancia de cada forma de pago en 1998 según región se aprecia en el siguiente cuadro, extraído de la encuesta de Equipos Mori. Se observa una mayor participación del sueldo en el total de cargos remunerados en el Interior del país que en Montevideo, donde los pagos por acto (destajo) adquieren una mayor participación relativa.

Forma de remuneración a los médicos según lugar de residencia en 1998

	Montevideo	Interior	Total
Sueldo	54	71	58
Destajo por hora	17	12	16
Destajo por acto médico	15	7	14
Destajo por hora y acto médico	12	8	10
Sueldo y destajo por acto médico	1	1	1
Sueldo y destajo por hora	1	1	1
Total	100	100	100

Fuente: Equipos Mori (1988)

Base 100: Total de cargos remunerados

Los acuerdos salariales a los que se llegó con posterioridad al año 1993 no plantean cambios significativos en los esquemas de remuneración que se erigieron en ese año. En 1995 se firman dos Convenios que apuntan básicamente a establecer ajustes salariales, uno entre la MSAQ y el Plenario Intermutual, y otro entre éste último y el SMU el cual, además, crea una Comisión con el objetivo de contemplar la situación de algunas especialidades retrasadas en salarios como resultado de los Convenios de 1993 y 1994, la cual logró alcanzar algunos de sus cometidos. La FEMI firma un nuevo convenio, también en 1995, a través del cual mantiene el criterio de poner el énfasis en el Salario Base Médico. En 1997 la MSAQ y el SMU firman Convenios en los que fundamentalmente se establecen aumentos semestrales del 90% del IPC del semestre anterior y una cláusula gatillo atada a la evolución de los precios. Por su parte, la FEMI firma un Convenio básicamente de iguales características a los dos anteriores. En todas estas negociaciones, el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo vuelve a participar directamente, después de haberse retirado en los años 1993 y 1994, aunque no homologa los convenios, y por esto no son exigibles a todo el sector. Este hecho evidencia la preocupación del gobierno por controlar el incremento de costos. En particular, lo que se busca evitar es el aumento desmedido de las remuneraciones (debido a la gran participación de ellas en el gasto total de las IAMC), que puedan generar presiones al alza en los precios regulados.

6. ANALISIS EMPIRICO SOBRE INDUCCION DE DEMANDA EN EL MERCADO DE LA SALUD URUGUAYO.

Como se ha planteado, la posibilidad de inducir demanda está dada por el establecimiento de una relación de agencia entre médico y paciente entre quienes existen asimetrías de información. También se fundamentó que deben existir motivos o incentivos a que el médico esté dispuesto a inducir demanda ya que, *ceteris paribus*, inducir le genera desutilidad. Los principales incentivos que se plantearon son de tipo económico y los mismos operan a través de la modalidad de pago a los médicos bajo circunstancias de mercado que propician el fenómeno de inducción, éstas últimas asociadas fundamentalmente al crecimiento de la oferta de médicos. En la sección anterior se observó que en el mercado de trabajo de la salud en el Uruguay coexiste una sobrepoblación de médicos con un esquema de remuneración que, en Montevideo y a partir de 1993, prioriza el pago por acto frente al salario fijo principalmente para las especialidades anestésico - quirúrgicas. Estas condiciones son teóricamente compatibles con la existencia de inducción de demanda.

Dada la naturaleza de los datos en los que se basa el análisis no es posible testear directamente la existencia de inducción de demanda, sino que a lo sumo se podrá analizar si lo ocurrido en el Uruguay no contradice la presencia de este fenómeno. Esto se debe, por un lado, a las limitaciones metodológicas de identificación del fenómeno y por otro a que probar inducción de demanda implicaría constatar que, de existir mayor utilización, la misma constituye cuidado innecesario, tarea que requeriría el estudio de los registros médicos desde un punto de vista técnico, lo que queda fuera del alcance de este trabajo.

Antes de comenzar con el análisis de los datos, es necesario destacar que la información disponible en Uruguay sobre las variables que caracterizan el sistema de salud es escasa y, en algunos casos, de difícil acceso. Los datos sobre el nivel y evolución de los ingresos médicos son tomados de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística, para el período 1991 - 1998. La evolución de los indicadores de utilización de servicios médicos fue proporcionada por el Sistema Nacional de Información del MSP (SINADI), para el período 1990 – 1998. Estos últimos consisten en datos anuales y trimestrales, agregados para todas las IAMC. Para algunas de las series se cuenta con la apertura de las mismas entre Montevideo e Interior.

A fin de detectar la posible existencia de inducción de demanda motivada por un objetivo ingreso de los médicos un primer insumo necesario es el estudio de la evolución de las remuneraciones médicas. Para ello, de la ECH se seleccionan aquellas observaciones que presentan, en la variable “ocupación de mayores ingresos” del archivo de personas (PF39), el código correspondiente a los médicos (código 30).

Estimación de la relación de habitantes por médico en base a la ECH y comparación con datos reales

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Total de observaciones	62.510	62.687	62.367	62.627	64.930	64.698	64.028	56.857
Médicos en la ECH	217	200	225	211	253	259	221	254
Estimación de Hab. / Med.	288	313	277	297	257	250	290	224
Habitantes por médico*	306	297	288	284	281	268	269	271
Tasa de Muestreo**	2,1%	1,9%	2,0%	1,9%	2,2%	2,2%	1,8%	2,1%

* Calculado en Base a los datos de cantidad de médicos de la caja de profesionales

** Cantidad de Médicos en la ECH sobre Cantidad total de médicos

Fuente: elaboración Propia

Para hacer comparables los ingresos a través del tiempo, los mismos se deflactan por el IPC del mes anterior a la observación debido a que los ingresos registrados corresponden a los líquidos percibidos durante el mes previo al momento de la encuesta. Se tomará como base 100 del IPC el mes de marzo de 1997. Para el cálculo del ingreso total del médico, se toman las variables correspondientes a ingreso privado principal, ingreso público principal, ingreso privado otros e ingreso público otros, salvo aquellos códigos que consideran ingresos no provenientes de la actividad profesional (alquileres, intereses etc.). En todos los cuadros siguientes, se calculan los ingresos mensuales promedio, excluyendo aquellos individuos que declararon no percibir ningún tipo de ingreso por actividad médica.

En todos los años el ingreso promedio mensual de la población médica es superior al de la población en su conjunto medido en dólares corrientes (este último surge de la agregación de los datos de la ECH). Un aspecto a destacar es el “salto” que se produce en la relación (ingresos médicos) / (ingresos de la población) en el año 1993, que coincide con las negociaciones salariales en todo el sector privado de la salud. Esto señala que dichas negociaciones indudablemente provocaron una mejora significativa del salario médico, lo que se confirmará al analizar la evolución del ingreso médico en términos reales.

Comparación del ingreso promedio mensual médico con el ingreso promedio mensual de la población en su conjunto medidos en dólares corrientes (1991 – 1998)

	Médicos	Población	Cociente
1991	821	652	1,3
1992	1.047	784	1,3
1993	1.344	771	1,7
1994	1.707	930	1,8
1995	1.933	1.013	1,9
1996	2.217	1.025	2,2
1997	1.835	1.027	1,8
1998	1.957	1.147	1,7

Fuente: elaboración propia en base a datos de la ECH del INE. Se considera el ingreso promedio anual del total de ingresos de la población sin valor locativo.

A continuación se estudia la evolución del ingreso médico y su relación con el número de habitantes por médico. De la comparación del nivel de ingreso mensual real promedio entre 1991 y 1998 surge un incremento del 31% acumulado para todo el período considerado, lo que representa una tasa de crecimiento promedio anual del 4%.

Este aumento coincide con un crecimiento en el número de médicos per cápita, lo que contradice las predicciones de la teoría económica clásica en el sentido que, *ceteris paribus*, aumentos en la oferta de trabajadores conducen a una disminución en el salario por el ajuste de oferta y demanda. En efecto, mientras cabría esperar una correlación negativa entre ingresos médicos y número de médicos por cada mil habitantes, los datos muestran una correlación fuertemente positiva, del orden del 0,8 para todo el período, llegando a ser casi perfecta entre 1991 y 1996. Esto estaría indicando que los resultados de las negociaciones salariales en el sector más que compensaron las presiones a la baja de las remuneraciones médicas por aumentos en la oferta de médicos.

Evolución del ingreso promedio mensual de los médicos y de la relación médicos por cada 1000 habitantes (1991 – 1998)

Año	Ingreso promedio de los médicos a precios constantes de marzo de 1997	Médicos por cada 1000 Habitantes
1991	13.710	3,27
1992	15.536	3,37
1993	16.777	3,47
1994	18.587	3,52
1995	18.616	3,56
1996	20.775	3,73
1997	16.837	3,71
1998	17.913	3,70

Fuente: elaboración propia en base a la ECH, Caja de Profesionales e INE

El análisis de la evolución de esta variable por sector de la salud (público y privado) muestra que existe una gran disparidad en el nivel de remuneración según el sector. El incremento de los ingresos en el sector privado entre los años 1991 y 1998 es del 37% real, lo que representa una tasa de crecimiento promedio anual del 5%, y resulta superior al incremento en el sector público, el cual alcanzó un crecimiento del 3% promedio anual, es decir un incremento acumulado del 24%. Esto último muestra que el objetivo de aumentar los niveles reales de remuneración en el sector público pudo alcanzarse, aunque no se logró acortar la brecha con el sector privado, ya que los niveles de remuneración a los médicos en el sector público son aproximadamente la tercera parte de los niveles en el sector privado para todos los años considerados. Se observa, para ambos sectores, un incremento significativo en el ingreso real promedio para el período 1991 – 1996 y una caída en el año 1997 que no llega a ser compensada por la posterior recuperación en 1998. Cabe hacer notar que el ingreso promedio agregado no es un promedio ponderado entre el ingreso promedio en cada sector debido a que

existe una gran cantidad de médicos que ocupan cargos en ambos sectores lo que reduce los promedios de cada subsector ya que un mismo individuo puede estar incluido en los dos grupos.

Es importante resaltar que el incremento experimentado por el ingreso mensual real promedio en el sector privado entre 1991 y 1996 fue del orden del 10% promedio anual, mientras que el ritmo de crecimiento en el sector público para el mismo período fue del 6% promedio anual. La diferencia se podría explicar en gran medida por la firma de convenios colectivos en 1993. Al respecto, se destaca el hecho de que las variaciones entre 1992 y 1994 son del 28% y 2% para los sectores privado y público respectivamente. El resumen de lo expuesto en los tres párrafos anteriores se presenta en el cuadro siguiente.

Evolución del ingreso promedio mensual a precios constantes de marzo de 1997 por sector de la salud (1991 – 1998)

Año	Sector Privado	Sector Público
1991	12.197	4.481
1992	13.958	5.007
1993	15.758	4.947
1994	17.853	5.117
1995	17.029	4.961
1996	19.407	6.108
1997	15.850	5.569
1998	16.759	5.546

Fuente: elaboración propia en base a la ECH

Otro resultado interesante surge de la comparación entre la evolución de los ingresos reales por área geográfica. Debido a que la dualidad existente entre ambas regiones, en términos de los esquemas de remuneración vigentes en ellas, dicha comparación resulta de particular relevancia a los efectos de este trabajo. En primer lugar se destaca que la remuneración promedio a los médicos en el Interior es mayor que la de los médicos de Montevideo para todos los años considerados, hecho que puede explicarse, en parte, por la menor disponibilidad de médicos en el Interior. Sin embargo, en términos de evolución del ingreso real, es en la capital donde se ha experimentado un mayor incremento, que alcanza cerca del 36% real acumulado entre 1991 y 1998, mientras que en el Interior dicho incremento es del 14%. Una peculiaridad que se desprende de los datos, es el rezago en la evolución salarial en Montevideo respecto a la del Interior. En efecto, mientras que en el Interior el mayor “salto” del ingreso real se da entre los años 1992 y 1993, en Montevideo éste fenómeno se concreta entre los años 1993 y 1994. A su vez, la caída de los ingresos en el Interior ocurre un año antes que en Montevideo, por lo que el promedio agregado para el año 97 presenta una disminución debido al mayor peso relativo de la capital, aunque en el Interior dicho promedio se eleve en ese año.

**Evolución del ingreso promedio mensual a precios constantes de marzo de 1997 por región
(1991 – 1998)**

Año	Montevideo	Interior
1991	13.139	15.831
1992	14.909	17.607
1993	15.817	20.319
1994	18.068	20.665
1995	18.052	20.572
1996	21.588	18.103
1997	16.496	18.533
1998	17.833	18.103

Fuente: elaboración propia en base a la ECH

Debido a los distintos acuerdos a los que se llegó durante las negociaciones salariales en 1993 para el sector privado de Montevideo e Interior, la evolución del ingreso real promedio entre estos dos subsectores presenta diferencias importantes. En primer lugar se constata a lo largo del período un aumento acumulado para esta variable del 36% real en la capital, mientras que dicho incremento fue del 13% en el Interior. Esta marcada diferencia hizo posible que el nivel de remuneración de los médicos del sector privado de Montevideo alcanzara al de los médicos del sector privado del Interior. En efecto, mientras que en 1991 el ingreso promedio de los médicos del sector privado de Montevideo ascendía a \$ 11.488, los médicos del sector privado de Interior recibían en promedio un salario de \$ 14.793. En cambio, en 1998 el promedio de ingresos de ambos sectores asciende aproximadamente a los \$ 16.700.

En segundo lugar, se observa que el mayor incremento en el nivel de ingreso promedio de los médicos del Interior ocurre entre 1992 y 1993 (el aumento del ingreso real promedio es del orden del 18%), mientras que para el sector privado de Montevideo en ese periodo el incremento del ingreso promedio es del 15% seguido de un “salto” mayor entre 1993 y 1994, período en el que el aumento en términos reales es del orden del 20%. Una posible hipótesis para explicar lo anterior surge del hecho de que mientras para los médicos del sector privado del Interior el incremento de su ingreso se da a través de un aumento del Salario Base Médico e independientemente de la cantidad de actos que realicen, en el sector privado de Montevideo tal incremento opera fundamentalmente a través de un aumento en el precio del acto médico y el acto quirúrgico. El hecho de que el salto del ingreso real promedio de los médicos del sector privado de Montevideo se de con cierto rezago respecto al momento de aumento de las tarifas puede estar mostrando que fue necesario un período de aprendizaje de los mismos para lograr incrementar su ingreso a través de un aumento en la cantidad de servicios de salud que proveen y no solamente debido al mencionado aumento de tarifas.

Evolución del ingreso promedio mensual a precios constantes de marzo de 1997 para el sector privado por región (1991 – 1998)

Año	Sector Privado Montevideo	Sector Privado Interior
1991	11.488	14.793
1992	13.145	16.575
1993	14.660	19.532
1994	17.567	18.924
1995	16.760	17.888
1996	19.851	17.809
1997	15.820	15.990
1998	16.780	16.712

Fuente: elaboración propia en base a la ECH

El análisis precedente motiva un análisis más detallado de los cambios ocurridos en el período 1992 – 1994. Dado que a partir del segundo semestre de 1993 se configura el nuevo esquema de remuneraciones para el sector privado de Montevideo, es de esperar que el ingreso promedio en el primer semestre de dicho año no sea significativamente diferente al ingreso promedio en 1992. También se esperarí un aumento importante para el segundo semestre de 1993 respecto al semestre anterior debido al aumento de tarifas. En la hipótesis de que los médicos pueden modificar su comportamiento en base al logro de un determinado objetivo ingreso, el aumento en las cantidades de servicios de salud provistos que sigue a un aumento de precios podría provocar un aumento sostenido del ingreso promedio de los médicos más allá del momento de cambio de precios. En el Interior, en cambio, sólo se debería observar un único incremento en el ingreso real promedio por cambios en el Salario Base Médico. Cierta evidencia en este sentido se refleja en la evolución del ingreso promedio antes y después de la firma de los convenios.

Evolución del ingreso promedio mensual a precios constantes de marzo de 1997 para el sector privado por región (1992 – 1994)

Año	Sector Privado Montevideo	Sector Privado Interior
1992	13.145	16.575
1993.I	13.413	19.484
1993.II	16.024	19.610
1994	17.567	18.924

Fuente: elaboración propia en base a la ECH

En efecto, como surge del cuadro anterior, entre el año 1992 y el primer semestre de 1993 no se produce un aumento significativo en el ingreso mensual real promedio de los médicos del sector privado Montevideo. Sin embargo, se observa un incremento del 19% real entre el primer y el segundo semestre de 1993 que estaría reflejando el aumento en las tarifas resultante de los convenios firmados. Además, el incremento real perdura durante el año 1994, hecho que puede explicarse por un aumento en las cantidades provistas y ya no por aumentos de precios, dado el mantenimiento de las pautas fijadas el año anterior. Lo descrito para el sector privado en Montevideo contrasta con lo que ocurre en el Interior, donde se da un único aumento salarial

significativo (del 18% real) entre 1992 y el primer semestre de 1993, e incluso se observa una caída entre el segundo semestre de 1993 y el año 1994.

Una vez analizada la evolución de las remuneraciones médicas, se procederá al análisis de los indicadores de utilización para el sector privado tanto de Montevideo como el Interior. Aquí, se presentan dos cuadros de resumen con los promedios anuales simples de las variables que han sido seleccionadas para el análisis.

**Indicadores de utilización médica en las IAMC a nivel nacional
(promedios simples para 1990 - 1997)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Var. Acum.
Consultas totales	5,98	5,24	6,23	6,09	5,74	5,70	5,67	5,62	-6%
Consultas no urgentes	5,16	4,61	5,35	5,33	5,06	5,06	5,01	4,95	-4%
Consultas urgentes	0,82	0,63	0,88	0,76	0,68	0,65	0,66	0,68	-17%
Egresos hospitalarios	103,9	86,49	109,5	108,7	110,7	110,9	111,4	106,1	2%
Cirugías totales	46,17	37,74	48,22	47,75	54,65	56,06	56,92	56,27	22%
Cirugía alta	5,45	4,69	6,46	6,23	6,18	6,03	6,26	6,70	23%
Cirugía mayor	17,10	13,95	17,77	17,30	19,34	19,67	20,17	19,49	14%
Cirugía corriente	23,62	19,10	23,99	24,22	29,13	30,37	30,49	30,09	27%
Cesáreas	31,17	32,87	35,18	36,82	38,01	36,70	35,73	35,13	13%

**Indicadores de utilización médica en las IAMC por región
(promedios simples para 1990 - 1997)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Var. Acum.
Consultas Montevideo	6,17	5,64	6,35	6,10	5,86	5,66	5,51	5,49	-11%
Consultas Interior	5,62	4,49	6,01	6,08	5,52	5,76	5,94	5,85	4%
No urgentes Montevideo	5,24	4,93	5,40	5,29	5,16	5,02	4,89	4,84	-8%
No urgentes Interior	5,03	4,02	5,25	5,42	4,89	5,11	5,22	5,14	2%
Urgentes Montevideo	0,93	0,71	0,95	0,81	0,70	0,65	0,63	0,66	-29%
Urgentes Interior	0,60	0,47	0,76	0,66	0,63	0,65	0,72	0,72	20%
Egresos Montevideo	103,6	88,74	109,5	108,1	110,3	108,5	107,7	100,4	-3%
Egresos Interior	104,5	82,25	109,5	109,8	111,5	115,2	118,0	116,4	11%
Cirugías totales Montevideo	47,09	40,23	50,12	49,28	60,50	62,81	63,62	61,86	31%
Cirugías totales Interior	44,40	33,04	44,67	44,86	43,92	43,77	44,88	46,25	4%
Cirugía alta Montevideo	6,45	5,85	8,05	7,78	7,76	7,52	7,61	7,95	23%
Cirugía alta Interior	3,52	2,49	3,48	3,31	3,29	3,31	3,83	4,45	26%
Cirugía mayor Montevideo	17,77	14,66	18,05	17,19	20,38	21,15	22,08	20,71	17%
Cirugía mayor Interior	15,81	12,62	17,25	17,50	17,44	16,97	16,76	17,30	9%
Cirugía corriente Montevideo	22,87	19,72	24,02	24,31	32,37	34,14	33,94	33,20	45%
Cirugía corriente Interior	25,07	17,93	23,94	24,04	23,19	23,50	24,29	24,50	-2%
Cesáreas Montevideo	35,58	37,61	40,51	42,53	43,32	41,07	37,93	37,28	5%
Cesáreas Interior	24,07	25,05	27,53	28,24	29,92	30,02	32,45	31,87	32%

Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI

En relación a los indicadores de consultas por afiliado¹⁴ por año se observa, en primer lugar, que su nivel es superior a los estándares internacionales, que en promedio establecen 4 consultas por afiliado¹⁵. En segundo lugar, se constata una disminución en las consultas totales a nivel nacional durante el período considerado. Esta reducción se da como resultado de una caída tanto de las consultas urgentes como en las no urgentes, siendo las primeras las que caen en mayor magnitud. Entre los motivos que pueden estar explicando esta caída se destaca que en 1993 se asiste a un aumento real significativo en las tarifas de los tiquets y órdenes como resultado de la liberalización de estos precios por parte del Poder Ejecutivo.

Como consecuencia del encarecimiento relativo de las consultas se produce una disminución en la demanda de las mismas, sustituyéndose este tipo de asistencia por consultas en otras instituciones. Un hecho que puede apoyar lo anterior es el aumento de las consultas en el sector público, quizás debido a que las mismas se proveen sin costo alguno o con el cobro de una tarifa sensiblemente menor. Por tanto, el MSP pudo haber atraído pacientes de las IAMC afiliados a través del BPS. A esto se agrega, fundamentalmente en Montevideo, la proliferación de las policlínicas de las emergencias móviles que brindan algunos servicios de consulta gratuitos a sus afiliados.

Del análisis de la evolución de las consultas para todo el país surge que no es posible, a través de estos indicadores, detectar la presencia de inducción de demanda en el período analizado, ya que no se observa un incremento en la utilización junto con el aumento de precios. Sin embargo, llama la atención la desigual evolución de estos indicadores entre Montevideo e Interior ya que, mientras en la capital se observa una pronunciada caída, en el Interior se constata un leve incremento. Quizás esto refleje la mayor posibilidad de sustitución que existe en Montevideo. A esto se agrega la restricción impuesta por las IAMC en relación al número de consultas que se pueden realizar por hora (6 pacientes como máximo), y el hecho de que exista una tarifa diferenciada para el pago del acto de acuerdo al total de consultas mensuales por médico, que busca desalentar la inducción de demanda que incentiva el régimen de pago por acto.

Por último, se constata una evolución sensiblemente diferente entre las consultas no urgentes a medicina y las consultas no urgentes por cirugía. De hecho las primeras muestran una disminución acumulada del 5% en el período 1990 – 1997, mientras que las últimas experimentaron un aumento del 9%, hecho que contrasta con la evolución del total de consultas.

¹⁴ Todas las variables de consultas indican el promedio simple anual de consultas por afiliado; las variables de egresos y de cirugías indican el promedio anual de ambas por cada 1000 afiliados; las cesáreas se expresan como porcentaje de la cantidad de nacimientos totales.

¹⁵ Medici (1994)

Evolución de las consultas no urgentes por tipo, a nivel nacional

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Var. Acum.
Consultas no urgentes cirugía	0,82	0,88	0,88	0,81	0,84	0,83	0,87	0,89	9%
Consultas no urgentes medicina	3,60	3,85	3,95	3,92	3,60	3,56	3,46	3,41	-5%

Fuente: elaboración propia en base a datos del SINADI

Nota: en cada caso se presenta el promedio anual de consultas por afiliado.

Lo anterior, sumado al hecho de que las mayores transformaciones en los esquemas de remuneración durante el período analizado se dieron en el área anestésico – quirúrgica, sugiere analizar más en detalle lo ocurrido con la evolución de las cirugías en particular.

A nivel nacional todos los indicadores de cirugías por cada 1.000 afiliados aumentaron en el período 1990 – 1997. En particular, la evolución de las cirugías totales muestra una pronunciada caída seguida de un aumento que vuelve a situar este indicador aproximadamente en su nivel inicial en los primeros tres años de la década. Se mantiene relativamente constante entre 1992 y 1993, aumenta en 1994 y permanece prácticamente estable hasta fines del período analizado. El aumento entre los dos extremos del período de análisis es del 22%.

Por otro lado, llama la atención que los egresos hospitalarios a nivel general no hayan experimentado un aumento similar al de las cirugías totales, ya que se tiende a pensar que los procedimientos quirúrgicos requieren de un período de hospitalización. Por tanto, un mayor número de cirugías realizadas debería corresponderse con un aumento de los egresos, hecho que no se verifica. Esto puede estar indicando que ha variado el estilo de práctica médica en el sentido de que se un mayor porcentaje de los pacientes internados es sometido a procedimientos quirúrgicos.

Para analizar con mayor detalle la evolución de los indicadores de cirugías e intentar, a partir de ellos, encontrar evidencia que pueda estar indicando la presencia de comportamientos inductivos por parte de los médicos, interesa estudiar si existen diferencias en la evolución de estos indicadores entre Montevideo e Interior. Esto último se basa en las diferencias que quedaron establecidas a partir de las negociaciones de 1993 en los esquemas de remuneración a los médicos del área anestésico – quirúrgica y los distintos incentivos económicos que cada uno de los esquemas resultantes tienen en relación a la inducción de demanda.

Un primer aspecto a analizar es la disparidad en el crecimiento de las cirugías totales entre Montevideo e Interior. Mientras que en la capital, las cirugías aumentan un 31%, en el Interior dicho aumento es del 4%, que resulta una diferencia lo suficientemente significativa como para sugerir diferentes modalidades de práctica médica a lo largo de la década. Si bien en Montevideo el índice es siempre mayor que en el Interior, es elocuente el hecho de que en 1993

la diferencia entre ambas regiones era de 4,4% mientras que en 1994 (tras las negociaciones salariales), dicha diferencia prácticamente se cuadruplicó, pasando a ser de 16,6%.

La idea de que existe una diferencia en los estilos de práctica médica se refuerza con el análisis de la relación (cirugías/egresos) en cada región. En efecto, si bien se tendería a pensar que, al producirse un incremento en la cantidad de cirugías por cada 1.000 afiliados en Montevideo, la cantidad de egresos hospitalarios debería también aumentar, se observa que en esta región este indicador no solo no aumentó en la misma proporción que las cirugías, sino que incluso experimentó un descenso del 3%. En cambio, en el Interior se dio un aumento en los egresos por cada 1.000 afiliados del 11%, es decir, mayor que el leve aumento en las cirugías.

Como resultado de la evolución de la cantidad de cirugías y de los egresos hospitalarios en el Interior, la relación (cirugías/egresos) en esta región se mantuvo relativamente constante en torno al 0,4 (por cada 10 internados, cuatro eran sometidos a cirugía). En contraste, para Montevideo se observa un incremento sostenido en esta relación, pasando de un nivel levemente superior al del Interior en 1990 a ser 0,62 en 1997, es decir más de una vez y media el nivel de esta relación en el Interior.

Comparación de la relación cirugías / egresos entre las IAMC de Montevideo e Interior 1990 – 1997

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Montevideo								
Egresos	103.989	88.074	107.074	106.805	109.065	105.555	104.580	98.960
Cirugías	47.250	39.933	48.996	48.673	59.812	61.078	61.729	60.969
Alta	6.469	5.810	7.872	7.682	7.668	7.312	7.379	7.839
Mayor	17.835	14.548	17.644	16.977	20.146	20.568	21.422	20.409
Corriente	22.946	19.575	23.480	24.014	31.998	33.198	32.928	32.721
Cirugía/Egreso	0,45	0,45	0,46	0,46	0,55	0,58	0,59	0,62
Interior								
Egresos	54.698	43.300	57.233	57.483	60.138	61.546	63.807	63.907
Cirugías	23.232	17.393	23.347	23.464	23.677	23.371	24.250	25.387
Alta	1.844	1.309	1.818	1.730	1.775	1.766	2.071	2.445
Mayor	8.272	6.643	9.018	9.156	9.400	9.059	9.054	9.495
Corriente	13.116	9.441	12.511	12.578	12.502	12.546	13.125	13.447
Cirugía/Egreso	0,42	0,40	0,41	0,41	0,39	0,38	0,38	0,40
Relación*	1,07	1,13	1,12	1,12	1,39	1,52	1,55	1,55

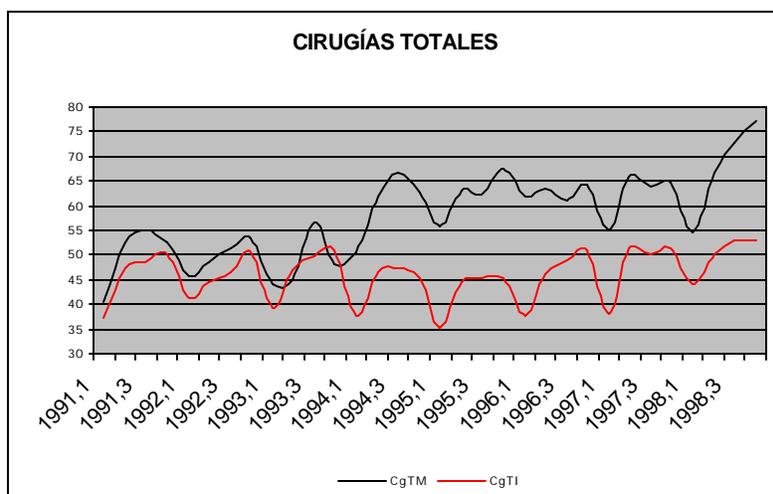
Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

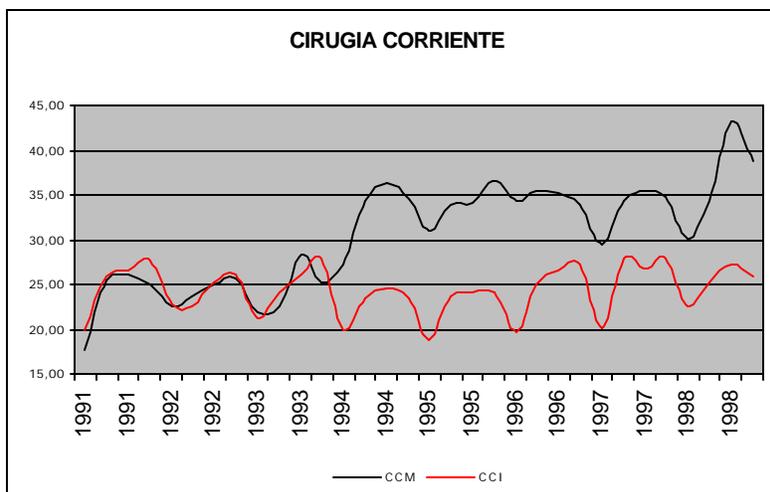
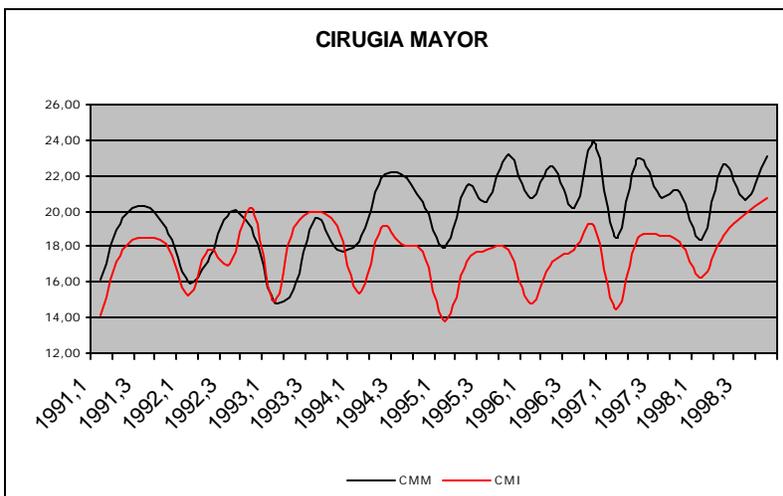
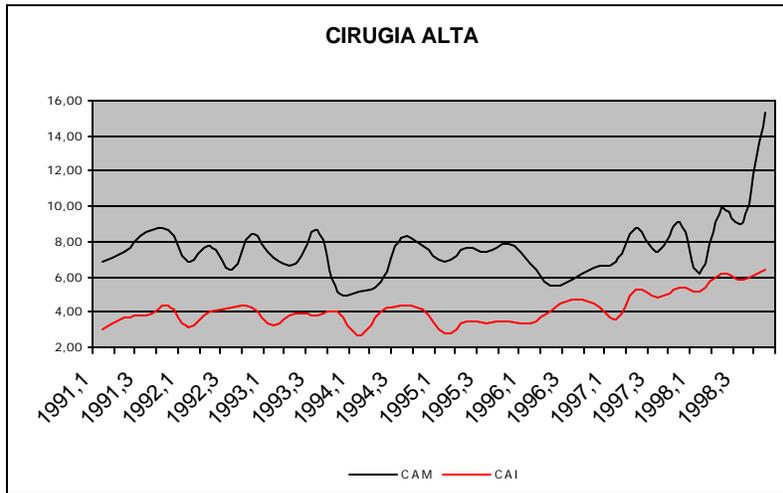
* Indica el cociente entre cirugías / egresos Montevideo – Interior.

Otro conjunto de resultados interesantes se obtiene de la desagregación por tipo de cirugía y su evolución por región. Las cirugías se clasifican en tres categorías: altas, mayores y corrientes. Si se piensa en la posibilidad de inducir demanda a nivel de las cirugías, entendida como la realización de un acto quirúrgico innecesario, se esperaría que a mayor nivel de complejidad técnica y riesgo para el paciente menor fuera el nivel de inducción, siendo factores de tipo tecnológico los que mayor influencia ejerzan en la determinación del número de cirugías

realizadas. Por lo tanto, de existir inducción a la realización de actos quirúrgicos, es más factible que esto ocurra entre las cirugías corrientes y mayores (para estas últimas en menor medida que para las primeras), que entre las cirugías altas.

El análisis de los datos muestra un incremento en los tres tipos de cirugías a nivel nacional: las corrientes aumentan un 27%, las altas 23% y las mayores 14%. De la comparación entre Montevideo e Interior surge que mientras que el aumento porcentual de las cirugías altas es similar en ambas regiones, las mayores y las corrientes muestran un incremento porcentual mucho mayor en Montevideo que en el Interior, particularmente pronunciado para las segundas. Estos resultados se corresponden con lo expresado en el párrafo anterior en el sentido de que, si existe inducción, ésta ocurre en los tipos de cirugía de menor complejidad. En efecto, las cirugías altas no presentan evoluciones distintas entre ambas regiones, y por tanto su aumento puede obedecer a avances en los conocimientos médicos y mejoras en la tecnología, los que pueden suponerse de similar evolución en ambas regiones. Pese a que la tecnología también influye sobre las cirugías menos complejas, la disparidad en la evolución de las cirugías corrientes y mayores entre Montevideo e Interior hace pensar que existen otras posibles explicaciones a su aumento. Si además se observa que el mayor incremento en el número de estos tipos cirugías en Montevideo se da entre los años 1993 y 1994, hecho que no ocurre en el Interior, entonces se puede pensar que el cambio en la forma de remuneración a los anestésico – quirúrgicos ha generado un cambio en su comportamiento, lo que estaría apoyando la existencia de inducción de demanda motivada por un objetivo ingreso. Un dato adicional que soporta esta hipótesis es la comprobación de que la disparidad en la evolución Montevideo – Interior es mayor cuanto menor el grado de complejidad de la operación. En las gráficas siguientes es posible observar las diferencias en el número de cirugías según región mencionadas hasta el momento. Las mismas se han construido en base a los datos trimestrales proporcionados por SINADI y representan la cantidad de cirugías por cada mil afiliados en cada trimestre.





Para profundizar en la búsqueda de evidencia en relación a la presencia de inducción de demanda en el área quirúrgica, se realizarán una serie de pruebas para determinar si las diferencias en estos indicadores, entre regiones y períodos, son estadísticamente significativas o no. Además de las diferencias que fueron comentadas para Montevideo e Interior, interesa

analizar si dentro de cada región se produjeron cambios significativos luego de las negociaciones salariales de 1993.

Los tipos de prueba que se realizarán testean si las dos muestras provienen de una misma población o no. La hipótesis nula en este tipo de tests establece que las funciones de distribución de las que provienen los datos son iguales (es decir que provienen de poblaciones idénticas). No rechazar la igualdad de las distribuciones estaría indicando que no existen diferencias significativas entre las poblaciones que se analizan. En cambio, el rechazo de esta hipótesis implica que las muestras que se comparan provienen de poblaciones con características diferentes. Se trabajará con datos trimestrales 1991.I 1998.IV proporcionados por el SINADI (Anexo I). Se dispone entonces de dos muestras de 32 observaciones para cada uno de los tipos de cirugías una para Montevideo y otra para el Interior, cada una de las cuales será dividida en dos submuestras, una consistente en las 10 primeras observaciones que corresponden al período previo al cambio en los esquemas de remuneración para Montevideo (1991.I a 1993.II), y la otra consistente en las observaciones posteriores (1993.III a 1998.IV). En todos los casos se supone independencia entre las muestras y entre las observaciones dentro de cada muestra.

El primer test que se realizará para cada una de las variables es el test- T usual de diferencia de medias que supone que las observaciones provienen de distribuciones normales, haciendo previamente el test para igualdad de varianzas. En este caso la hipótesis nula establece que ambas poblaciones se distribuyen normales con igual media. En la comparación por regiones la hipótesis alternativa de interés es que la cantidad promedio de cirugías es mayor en Montevideo que en el Interior y en la comparación por períodos será que a partir de la firma de los convenios el promedio de cirugías es mayor que antes.

Dado que se desconoce la distribución de probabilidad de la que provienen las observaciones y que la cantidad disponible de datos para llevar a cabo los tests es reducido, hecho que puede cuestionar la validez de cualquier supuesto en relación a la forma o modelo para la distribución poblacional, se evalúa conveniente recurrir a pruebas no paramétricas de homogeneidad entre muestras, es decir, para determinar si las muestras provienen de la misma población, cualesquiera que sean sus características, evitando así el supuesto de normalidad necesario para la realización del test- T . En las condiciones descritas, para cada uno de los indicadores de utilización el universo consiste en dos poblaciones con función de distribución dadas por $F_C(.)$ y $F_I(.)$ desconocidas (la notación utilizada pretende reflejar que la primera es la distribución para la capital y la segunda para el Interior).

Una primera aproximación al problema consiste en testear si las observaciones provienen de una misma población, es decir testear si $F_C(.)$ y $F_I(.)$ son iguales, o bien si tales distribuciones difieren en alguna característica, es decir si difieren en su forma funcional, su media, su varianza, etc. Para tal fin puede utilizarse el test de Kolmogorov – Smirnov para dos muestras independientes, que, en su formulación más general, contrasta las hipótesis:

$$H_0) F_C(x) = F_I(x) \quad \forall x \quad \text{contra} \quad H_1) F_C(x) \neq F_I(x) \quad \text{para algún } x$$

Si se agrega el supuesto de igualdad en la forma funcional de las distribuciones de las que provienen las observaciones, es posible testear la hipótesis de igualdad de medias con un test sensible a diferencias en la localización de las mismas (es decir, diferencias en las medidas de posición central como la media o la mediana). Este test es el denominado test U de Mann – Whitney, que al igual que el de Kolmogorov - Smirnov, sirve para contrastar la hipótesis nula de que una de las variables aleatorias es estocásticamente más chica (o grande) que la otra, con la diferencia de que si en este caso se rechaza la hipótesis nula se está diciendo que las distribuciones difieren en su localización (y no en su escala, o su forma funcional, o en todas estas características a la vez). Ahora, las hipótesis a testear pueden expresarse como:

$$H_0) F_C(x) = F_I(x) \quad \forall x \quad \text{contra} \quad H_1) F_C(x) = F_I(x - \mathbf{q}) \quad \forall x \quad \text{y para algún } \mathbf{q} \neq 0$$

Es decir, bajo la hipótesis alternativa la función de distribución de la variable aleatoria C es funcionalmente la misma que la de I pero, o bien corrida a la izquierda si $\theta < 0$ en cuyo caso estaríamos diciendo que C es estocásticamente más chica que I , o bien corrida a la derecha si $\theta > 0$ caso en que C es estocásticamente más grande que I (este último caso es el que interesa a efectos de este trabajo).

Los tests de hipótesis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS y las salidas se presentan en el Anexo II. En todos los casos, salvo indicación en contrario, se realizarán para un nivel de significación del 5%. Para realizar la separación de los datos en dos muestras, una correspondiente a Montevideo y otra al Interior, se definió una variable de identificación, denominada MONT_INT, que asigna el número 1 a las observaciones de Montevideo y el número 2 a las del Interior. Para separar los datos por regiones y períodos de interés se definió una variable de identificación, denominada ANT_DESP, que asigna la categoría 1 a las observaciones de Montevideo comprendidas entre 1991.I a 1993.II, la categoría 2 a las de Montevideo del período 1993.III a 1998.IV, y para los mismos períodos en el Interior asigna las categorías 3 y 4 respectivamente.

En primer lugar, se analizan los resultados para el total de observaciones para Montevideo e Interior. Los tres tests coinciden en rechazar sus hipótesis nula para las cuatro variables

analizadas: cirugías totales (CIRTOTAL); cirugías corrientes (CORRIENT); cirugías mayores (MAYOR); y cirugías altas (ALTA). Es decir, en ningún caso la evidencia empírica permite respaldar la igualdad de las poblaciones de las que provienen las muestras, sino que tiende a apoyar que las mismas difieren en su localización de acuerdo a las hipótesis alternativas formuladas. Por tanto estarían indicando que los niveles de los índices de cirugías son mayores en la capital que en el Interior cuando se considera todo el período 1991.I a 1998.IV.

Promedios muestrales para los distintos indicadores de cantidad de cirugías por cada 1000 afiliados

	Cirugías totales		Corrientes		Mayores		Altas	
	Mont	Int	Mont	Int	Mont	Int	Mont	Int
Todo el período	57,99	46,15	30,53	24,39	19,88	17,60	7,57	4,16
1991.1 - 1993.2	48,84	45,29	23,58	24,21	17,78	17,30	7,48	3,77
1993.3 - 1998.4	62,15	46,55	33,70	24,47	20,84	17,73	7,62	4,34

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SINADI

Una primer apertura para el análisis es la comparación también entre Montevideo e Interior pero en cada uno de los subperíodos definidos. Para el primer subperíodo todos los tests realizados coinciden en señalar homogeneidad de las muestras para el total de cirugías, las cirugías corrientes y las mayores, mientras que rechazan esta hipótesis para las cirugías altas. Es decir, para el período anterior a las negociaciones salariales de 1993 solo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los niveles de los indicadores de cirugías altas, no encontrándose tales diferencias para los niveles de los demás índices.

En contraste con lo anterior, todos los tests realizados para el período posterior a las negociaciones salariales señalan diferencias significativas en la localización de todas las variables. Esto significa que la evidencia tiende a apoyar la hipótesis de que en este período se realizan más cirugías en Montevideo que en el Interior, lo que marca un gran diferencia con lo encontrado para el período anterior.

En segundo lugar, se contrasta la igualdad en las funciones de distribución de las que provienen los datos para los dos subperíodos dentro de cada región. Para el Interior los resultados de los tests señalan homogeneidad de las muestras para al 5% de significación en todas las variables analizadas, salvo en el caso del test-*T* para las cirugías altas, caso en que resultan homogéneas si se considera una significación de 1%. Esto refleja que los datos apoyan la hipótesis de que no ha habido cambios en los patrones de práctica quirúrgica en esta región para todo el período de análisis. Por último, en la comparación en Montevideo antes y después de las negociaciones salariales, los tests indican diferencias en las distribuciones de las que provienen los datos para las variables cirugías totales, corrientes y mayores, mientras que señalan igualdad para las cirugías altas. Es decir, la evidencia empírica tiende a apoyar la hipótesis de la ocurrencia de

algún cambio en los patrones de práctica quirúrgica en el sentido de que a partir del tercer trimestre de 1993 se realizan más procedimientos quirúrgicos corrientes y mayores.

También se puede analizar por separado la variable “Porcentaje de nacimientos por cesárea en el total de nacimientos”. La razón se encuentra en el elevado porcentaje de nacimientos por esta vía, que llega a alcanzar el 23,9% para el total del país en 1993, el 38% para las IAMC en 1994 y el 42,5% para las IAMC de Montevideo en ese mismo año. Cabe destacar que estos porcentajes se sitúan entre los más altos del mundo. Para el caso de las cesáreas se percibe la existencia de un conjunto de incentivos a inducir demanda, fundamentalmente económicos dados los diferenciales en términos de retribución entre un parto normal y uno por cesárea. También están presentes otros incentivos de distinta índole (por ejemplo, organización de agenda del médico).

Sin embargo, más allá de la de la gran diferencia en el porcentaje de cesáreas entre el sector público y privado (que, contrariamente a lo que se podría esperar debido a las características de las poblaciones a las que asiste cada sector, es mayor en el último que en el primero), para el período que se analiza en este trabajo, el comportamiento de este indicador no muestra diferencias significativas en su nivel antes y después de las negociaciones salariales de 1993, a la vez que se observa que en Montevideo siempre se sitúa por encima del nivel en el Interior, partiendo ambas regiones de niveles que se consideran altos. Esto tiende a apoyar la hipótesis de homogeneidad de muestras que indican igualdad entre períodos y diferencia entre regiones en las funciones de distribución de las que provienen los datos, lo que se ve soportado por los resultados de las pruebas de hipótesis realizadas.

Comparación del porcentaje de cesáreas en el total de nacimientos entre IAMC y el resto del sector

	1993	1996	1997
Todo el país	23,9	23,1	22,1
IAMC	36,8	35,7	35,1
Resto	16,6	16,7	15,9

Fuente: MSP (1999)

En conclusión, en este caso, si existe inducción de demanda, la misma ya estaba presente antes del cambio en la forma de remuneración, o bien hay otras razones que explican el elevado porcentaje de nacimientos por cesárea, como puede ser el multiempleo médico, que hace conveniente la planificación del momento del nacimiento, la aversión de la madre al dolor, o el hecho de que si el primer alumbramiento de la madre es por cesárea los siguientes también deban serlo. Además, la propia presencia del tema en la opinión pública puede haber marcado un énfasis en el control de este tipo de actos, especialmente en las IAMC de Montevideo, donde de hecho se observa una disminución de la tasa de cesáreas en los últimos años.

7. CONCLUSIONES

A continuación se retoman los resultados hallados anteriormente para relacionarlos entre sí y con la hipótesis de inducción de demanda. Se encuentra que la evolución de las distintas variables involucradas a la hora de testear inducción es consistente con la presencia de este fenómeno, hecho que a pesar de no lograr probar su existencia, no la descarta.

En primer lugar, la sola corroboración de una correlación positiva entre remuneraciones y oferta de médicos a nivel general (0,8 para el período que se analiza) sugiere, en el sentido de los tests de Reinhardt¹⁶, la existencia de inducción. Además, del análisis de la evolución del ingreso de los médicos y sus distintas aperturas, se desprende que en la década de los '90 se dio un aumento en el ingreso mensual de los médicos medido en términos reales, y es en el sector privado de Montevideo donde se da el aumento más significativo, ocurriendo el mayor incremento del mismo luego de implementarse el nuevo esquema de remuneraciones que prioriza el pago del acto médico y quirúrgico. Esto implica que aquellos a quienes se les paga principalmente por la cantidad de actos que realizan lograron aumentar su ingreso en mayor proporción que aquellos que son remunerados a través de un salario fijo. La constatación de que el aumento de las tarifas provocó no solamente un incremento inmediato en el nivel de ingreso de estos médicos, sino que su efecto se prolonga en el tiempo puede estar indicando que estos cambios motivaron aumentos en las cantidades de servicios provistos, con el fin de alcanzar un objetivo ingreso.

El siguiente paso consistió en estudiar si los indicadores de utilización de servicios médicos efectivamente aumentaron en el período, y fundamentalmente cuál fue su evolución en el sector privado de Montevideo. En relación a las consultas y cesáreas tal aumento no se observa. Sin embargo, se detectó la presencia de otros factores, exógenos al modelo que pueden estar explicando el porqué de tal resultado, a la vez que impiden extraer indicios de si está existiendo inducción de demanda o no a este nivel.

Es en las variables de cirugías donde se encuentra un aumento significativo para las tasas de utilización en el sector privado de Montevideo. Además, los cambios en los patrones de práctica ocurren en paralelo con los cambios en el esquema de remuneraciones del sector. Si a esto se agrega que antes de dichas modificaciones los patrones de práctica médica eran similares entre Montevideo e Interior, y que es justamente en el área anestésico – quirúrgica donde se producen los mayores incrementos en el precio de los actos, el aumento conjunto de estos últimos con la

¹⁶ Bajo este tipo de test, la evidencia que incrementos en la oferta conducen a incrementos de los salarios es interpretado como soporte de la tesis de inducción.

cantidad de cirugías representa el más fuerte soporte con que se cuenta para la hipótesis de inducción de demanda por objetivo ingreso.

Un elemento que contribuye a apoyar lo dicho en el párrafo anterior es el hecho de que son particularmente pronunciadas las diferencias encontradas en la cantidad de cirugías de menor complejidad (corrientes y mayores) en relación a los niveles anteriores a las negociaciones salariales y respecto a los niveles del Interior. Esto se corresponde con una mayor posibilidad de inducir demanda justamente debido al tipo de cirugías de que se trata.

En resumen, la evidencia señala que antes del cambio en la remuneración, cuando el acto valía poco y el salario dependía básicamente del sueldo, tanto en las IAMC de Montevideo como en las del Interior las cantidades de cirugías realizadas eran similares, salvo para el caso de las cirugías más complejas, en donde seguramente aspectos tecnológicos influían en el mayor nivel de Montevideo. Sin embargo, a partir del cambio en las remuneraciones, los indicadores de cirugías en Montevideo se elevaron mientras que en el Interior permanecieron constantes. Es decir, que ahora que se les paga distinto, con un mayor peso del acto quirúrgico, a los médicos del sector privado en Montevideo, éstos cambian su conducta y comienzan a realizar más cirugías del tipo corriente y mayor, mientras que en el Interior, donde no se cambió la modalidad de pago (sino que se aumentó el sueldo base), las cantidades permanecieron prácticamente incambiadas. El único tipo de cirugías que no presenta un cambio en Montevideo entre antes y después son las cirugías altas, lo que puede estar indicando una reticencia por parte de los médicos de inducir este tipo de actos, de mayor complejidad y mayor riesgo para el paciente.

Como se estableció, el análisis precedente no permite probar inequívocamente la existencia de inducción tal como ésta ha sido definida ya que no se conoce cuánto del aumento en la cantidad de cirugías es innecesario. A lo sumo, apoya sin lugar a dudas la presencia de un efecto disponibilidad, que no es incompatible con la existencia de inducción. Pero para probar efectivamente ésta última deberían revisarse las historias clínicas de todos los pacientes que fueron sometidos a algún acto quirúrgico y determinar si alguno de ellos era innecesario, lo que obviamente está fuera del alcance de este trabajo. Dicho de otro modo, no se puede rechazar la hipótesis de inducción de demanda, aunque tampoco se puede decir con certeza que ésta exista en el Uruguay.

Una limitación adicional proviene del hecho de que hay quienes cuestionan la homogeneidad de los datos disponibles en relación a las cirugías corrientes. En particular, las Sociedades Anestésico – Quirúrgicas plantean que *“antes de 1993, las instituciones no contabilizaban las pequeñas cirugías porque no tenían ninguna incidencia; cuando empezaron a pagarlas,*

*tuvieron que incluirlas en las estadísticas, por lo cual los datos no son objetivos*¹⁷. Sin embargo, este argumento puede cuestionarse ya que incluso antes del cambio en el esquema de remuneraciones el acto quirúrgico se pagaba, y por tanto las empresas debían llevar los registros del número de cirugías realizadas, sean éstas de cualquier complejidad, a efectos de poder efectuar los egresos correspondientes.

Un último conjunto de limitaciones proviene de la imposibilidad de aislar cambios en ciertas variables que pueden estar afectando la práctica médica y que no son consideradas en este trabajo, en especial los aspectos vinculados a los conocimientos médicos y los avances en la tecnología.

Para finalizar, importa resaltar la necesidad de seguir analizando la posible existencia de inducción de demanda en el mercado de la salud uruguayo, ya que en este trabajo, dadas las características de los datos a los que se tuvo acceso, se obtienen resultados interesantes pero que pueden considerarse preliminares en relación a la efectiva presencia de este fenómeno. Más allá de las limitaciones metodológicas que tienen los análisis empíricos sobre la hipótesis de inducción de demanda, sería interesante ahondar en el estudio de comportamientos inductivos con datos desagregados por especialidades que permitan una aproximación más detallada al comportamiento médico. Aún más pretencioso pero de gran interés, sería el análisis del ingreso y la práctica de los médicos a nivel individual bajo condiciones controladas, de manera de poder aislar los efectos de los cambios en el esquema de remuneración de otros factores que pueden estar afectando el comportamiento médico.

¹⁷ Fuente: Diario El País (9 de mayo de 1999).

Anexo I

Datos trimestrales sobre cirugías en las IAMC de Montevideo e Interior (Promedios ponderados 1991.I – 1998.IV)

Trim.	Cirugías totales		Cirugías altas		Cirugías mayores		Cirugías corrientes	
	MDEO.	INT.	MDEO.	INT.	MDEO.	INT.	MDEO.	INT.
1991.1	40,67	37,20	6,82	3,07	16,09	14,16	17,76	19,97
1991.2	52,51	47,39	7,42	3,73	19,65	17,88	25,44	25,78
1991.3	54,91	48,74	8,59	3,78	20,31	18,47	26,01	26,49
1991.4	52,76	50,22	8,71	4,35	19,07	18,14	24,98	27,73
1992.1	45,57	41,18	6,90	3,10	16,01	15,29	22,66	22,79
1992.2	48,63	44,47	7,72	4,05	17,20	17,88	23,71	22,54
1992.3	51,35	46,60	6,44	4,25	19,97	17,04	24,94	25,31
1992.4	53,21	50,53	8,43	4,21	19,10	20,20	25,68	26,12
1993.1	43,97	39,43	7,09	3,28	14,88	14,92	22,00	21,23
1993.2	44,85	47,11	6,71	3,89	15,53	19,06	22,61	24,16
1993.3	56,78	49,86	8,69	3,81	19,65	19,97	28,44	26,08
1993.4	48,22	51,12	5,13	4,04	17,77	19,21	25,32	27,87
1994.1	50,57	37,84	5,15	2,73	18,27	15,31	27,15	19,80
1994.2	61,95	46,60	5,69	3,98	21,86	19,08	34,40	23,54
1994.3	66,62	47,19	8,18	4,33	22,06	18,20	36,38	24,66
1994.4	62,81	45,39	7,71	4,13	20,50	17,74	34,60	23,52
1995.1	55,80	35,38	6,86	2,76	17,98	13,74	30,96	18,88
1995.2	62,89	44,32	7,65	3,48	21,38	17,13	33,86	23,71
1995.3	62,06	45,42	7,37	3,40	20,52	17,81	34,17	24,21
1995.4	67,58	45,31	7,86	3,43	23,22	17,83	36,50	24,05
1996.1	61,87	37,86	6,73	3,35	20,72	14,77	34,42	19,74
1996.2	63,53	46,24	5,54	4,03	22,51	17,18	35,48	25,03
1996.3	61,16	49,01	5,82	4,75	20,13	17,77	35,21	26,49
1996.4	64,27	50,91	6,56	4,49	23,82	19,20	33,89	27,22
1997.1	54,84	38,22	6,82	3,62	18,48	14,50	29,54	20,10
1997.2	66,00	51,48	8,79	5,22	22,92	18,45	34,29	27,81
1997.3	63,87	50,27	7,45	4,85	20,87	18,65	35,55	26,77
1997.4	64,85	51,46	9,09	5,40	21,06	18,23	34,70	27,83
1998.1	54,59	44,01	6,14	5,15	18,42	16,27	30,03	22,59
1998.2	66,78	50,06	9,92	6,20	22,61	18,59	34,25	25,27
1998.3	72,94	52,94	9,06	5,86	20,60	19,81	43,28	27,27
1998.4	77,36	53,12	15,35	6,42	23,14	20,70	38,87	26,00

Fuente: SINADI

Anexo II: Salidas del SPSS de los tests realizados

T-Test

Group Statistics

	MON_INT	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CIRTOTAL	1,00	32	57,9928	8,7732	1,5509
	2,00	32	46,1525	5,0111	,8859
CORRIENT	1,00	32	30,5337	5,9148	1,0456
	2,00	32	24,3925	2,6785	,4735
MAYOR	1,00	32	19,8844	2,3627	,4177
	2,00	32	17,5994	1,8479	,3267
ALTA	1,00	32	7,5747	1,8631	,3294
	2,00	32	4,1606	,9336	,1650

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
CIRTOTAL	Equal variances assumed	12,979	,001	6,629	62	,000	11,8403	1,7861
	Equal variances not assumed			6,629	49,282	,000	11,8403	1,7861
CORRIENT	Equal variances assumed	26,535	,000	5,350	62	,000	6,1412	1,1478
	Equal variances not assumed			5,350	43,201	,000	6,1412	1,1478
MAYOR	Equal variances assumed	1,966	,166	4,309	62	,000	2,2850	,5302
	Equal variances not assumed			4,309	58,598	,000	2,2850	,5302
ALTA	Equal variances assumed	3,832	,055	9,267	62	,000	3,4141	,3684
	Equal variances not assumed			9,267	45,646	,000	3,4141	,3684

1 T-Test

Group Statistics

	ANT_DESP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CIRTOTAL	1,00	10	48,8430	4,8097	1,5210
	2,00	22	62,1518	6,7617	1,4416
CORRIENT	1,00	10	23,5790	2,4890	,7871
	2,00	22	33,6950	3,9353	,8390
MAYOR	1,00	10	17,7810	2,0521	,6489
	2,00	22	20,8405	1,8361	,3915
ALTA	1,00	10	7,4830	,8371	,2647
	2,00	22	7,6164	2,1950	,4680

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
CIRTOTAL	Equal variances assumed	,260	,614	-5,592	30	,000	-13,3088	2,3800
	Equal variances not assumed			-6,351	24,099	,000	-13,3088	2,0956
CORRIENT	Equal variances assumed	1,035	,317	-7,443	30	,000	-10,1160	1,3591
	Equal variances not assumed			-8,793	26,442	,000	-10,1160	1,1504
MAYOR	Equal variances assumed	1,017	,321	-4,214	30	,000	-3,0595	,7260
	Equal variances not assumed			-4,037	15,843	,001	-3,0595	,7578
ALTA	Equal variances assumed	2,177	,150	-,185	30	,855	-,1334	,7219
	Equal variances not assumed			-,248	29,534	,806	-,1334	,5377

T-Test

Group Statistics

	ANT_DESP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CIRTOTAL	3,00	10	45,2870	4,6002	1,4547
	4,00	22	46,5459	5,2422	1,1176
CORRIENT	3,00	10	24,2120	2,5073	,7929
	4,00	22	24,4745	2,8060	,5982
MAYOR	3,00	10	17,3040	1,9404	,6136
	4,00	22	17,7336	1,8348	,3912
ALTA	3,00	10	3,7710	,4754	,1503
	4,00	22	4,3377	1,0415	,2221

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
CIRTOTAL	Equal variances assumed	,107	,746	-,653	30	,519	-1,2589	1,9291
	Equal variances not assumed			-,686	19,804	,501	-1,2589	1,8345
CORRIENT	Equal variances assumed	,079	,780	-,253	30	,802	-,2625	1,0373
	Equal variances not assumed			-,264	19,462	,794	-,2625	,9932
MAYOR	Equal variances assumed	,168	,684	-,603	30	,551	-,4296	,7121
	Equal variances not assumed			-,590	16,625	,563	-,4296	,7277
ALTA	Equal variances assumed	5,832	,022	-1,634	30	,113	-,5667	,3469
	Equal variances not assumed			-2,113	29,971	,043	-,5667	,2682

T-Test

Group Statistics

	ANT_DESP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CIRTOTAL	1,00	10	48,8430	4,8097	1,5210
	3,00	10	45,2870	4,6002	1,4547
CORRIENT	1,00	10	23,5790	2,4890	,7871
	3,00	10	24,2120	2,5073	,7929
MAYOR	1,00	10	17,7810	2,0521	,6489
	3,00	10	17,3040	1,9404	,6136
ALTA	1,00	10	7,4830	,8371	,2647
	3,00	10	3,7710	,4754	,1503

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
CIRTOTAL	Equal variances assumed	,113	,741	1,690	18	,108	3,5560	2,1046
	Equal variances not assumed			1,690	17,964	,108	3,5560	2,1046
CORRIENT	Equal variances assumed	,121	,731	-,567	18	,578	-,6330	1,1172
	Equal variances not assumed			-,567	17,999	,578	-,6330	1,1172
MAYOR	Equal variances assumed	,511	,484	,534	18	,600	,4770	,8931
	Equal variances not assumed			,534	17,944	,600	,4770	,8931
ALTA	Equal variances assumed	4,833	,041	12,193	18	,000	3,7120	,3044
	Equal variances not assumed			12,193	14,258	,000	3,7120	,3044

T-Test

Group Statistics

	ANT_DESP	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CIRTOTAL	2,00	22	62,1518	6,7617	1,4416
	4,00	22	46,5459	5,2422	1,1176
CORRIENT	2,00	22	33,6950	3,9353	,8390
	4,00	22	24,4745	2,8060	,5982
MAYOR	2,00	22	20,8405	1,8361	,3915
	4,00	22	17,7336	1,8348	,3912
ALTA	2,00	22	7,6164	2,1950	,4680
	4,00	22	4,3377	1,0415	,2221

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
CIRTOTAL	Equal variances assumed	,404	,529	8,555	42	,000	15,6059	1,8241
	Equal variances not assumed			8,555	39,545	,000	15,6059	1,8241
CORRIENT	Equal variances assumed	,686	,412	8,948	42	,000	9,2205	1,0305
	Equal variances not assumed			8,948	37,968	,000	9,2205	1,0305
MAYOR	Equal variances assumed	,070	,793	5,614	42	,000	3,1068	,5534
	Equal variances not assumed			5,614	42,000	,000	3,1068	,5534
ALTA	Equal variances assumed	2,930	,094	6,330	42	,000	3,2786	,5180
	Equal variances not assumed			6,330	30,000	,000	3,2786	,5180

2 Mann-Whitney Test

Ranks

	MON_INT	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CIRTOTAL	1,00	32	44,38	1420,00
	2,00	32	20,63	660,00
	Total	64		
CORRIENT	1,00	32	41,80	1337,50
	2,00	32	23,20	742,50
	Total	64		
MAYOR	1,00	32	41,56	1330,00
	2,00	32	23,44	750,00
	Total	64		
ALTA	1,00	32	47,80	1529,50
	2,00	32	17,20	550,50
	Total	64		

Test Statistics^a

	CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Mann-Whitney U	132,000	214,500	222,000	22,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: MON_INT

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Test Statistics^a

		CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Most Extreme Differences	Absolute	,688	,625	,500	,844
	Positive	,000	,031	,000	,000
	Negative	-,688	-,625	-,500	-,844
Kolmogorov-Smirnov Z		2,750	2,500	2,000	3,375
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,001	,000

a. Grouping Variable: MON_INT

Mann-Whitney Test

Ranks

	ANT_DESP	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CIRTOTAL	1,00	10	6,80	68,00
	2,00	22	20,91	460,00
	Total	32		
CORRIENT	1,00	10	5,80	58,00
	2,00	22	21,36	470,00
	Total	32		
MAYOR	1,00	10	8,35	83,50
	2,00	22	20,20	444,50
	Total	32		
ALTA	1,00	10	17,05	170,50
	2,00	22	16,25	357,50
	Total	32		

Test Statistics^b

	CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Mann-Whitney U	13,000	3,000	28,500	104,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,823
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a	,000 ^a	,000 ^a	,826 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ANT_DESP

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Test Statistics^a

		CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Most Extreme Differences	Absolute	,818	,955	,682	,273
	Positive	,000	,000	,000	,273
	Negative	-,818	-,955	-,682	-,227
Kolmogorov-Smirnov Z		2,145	2,503	1,788	,715
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,003	,686

a. Grouping Variable: ANT_DESP

Mann-Whitney Test

Ranks

	ANT_DESP	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CIRTOTAL	3,00	10	14,65	146,50
	4,00	22	17,34	381,50
	Total	32		
CORRIENT	3,00	10	15,55	155,50
	4,00	22	16,93	372,50
	Total	32		
MAYOR	3,00	10	15,10	151,00
	4,00	22	17,14	377,00
	Total	32		
ALTA	3,00	10	13,10	131,00
	4,00	22	18,05	397,00
	Total	32		

Test Statistics^b

	CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Mann-Whitney U	91,500	100,500	96,000	76,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,452	,699	,569	,167
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,458 ^a	,704 ^a	,589 ^a	,176 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ANT_DESP

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Test Statistics^a

		CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Most Extreme Differences	Absolute	,273	,173	,200	,409
	Positive	,082	,136	,100	,091
	Negative	-,273	-,173	-,200	-,409
Kolmogorov-Smirnov Z		,715	,453	,524	1,073
Asymp. Sig. (2-tailed)		,686	,986	,946	,200

a. Grouping Variable: ANT_DESP

Mann-Whitney Test

Ranks

	ANT_DESP	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CIRTOTAL	1,00	10	12,50	125,00
	3,00	10	8,50	85,00
	Total	20		
CORRIENT	1,00	10	9,60	96,00
	3,00	10	11,40	114,00
	Total	20		
MAYOR	1,00	10	11,50	115,00
	3,00	10	9,50	95,00
	Total	20		
ALTA	1,00	10	15,50	155,00
	3,00	10	5,50	55,00
	Total	20		

Test Statistics^b

	CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Mann-Whitney U	30,000	41,000	40,000	,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,131	,496	,450	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,143 ^a	,529 ^a	,481 ^a	,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ANT_DESP

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Test Statistics^a

		CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Most Extreme Differences	Absolute	,500	,300	,400	1,000
	Positive	,000	,300	,100	,000
	Negative	-,500	-,100	-,400	-1,000
Kolmogorov-Smirnov Z		1,118	,671	,894	2,236
Asymp. Sig. (2-tailed)		,164	,759	,400	,000

a. Grouping Variable: ANT_DESP

Mann-Whitney Test

Ranks

	ANT_DESP	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CIRTOTAL	2,00	22	32,77	721,00
	4,00	22	12,23	269,00
	Total	44		
CORRIENT	2,00	22	32,86	723,00
	4,00	22	12,14	267,00
	Total	44		
MAYOR	2,00	22	30,89	679,50
	4,00	22	14,11	310,50
	Total	44		
ALTA	2,00	22	32,48	714,50
	4,00	22	12,52	275,50
	Total	44		

Test Statistics^a

	CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Mann-Whitney U	16,000	14,000	57,500	22,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: ANT_DESP

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Test Statistics^a

		CIRTOTAL	CORRIENT	MAYOR	ALTA
Most Extreme Differences	Absolute	,909	,909	,682	,773
	Positive	,000	,000	,000	,000
	Negative	-,909	-,909	-,682	-,773
Kolmogorov-Smirnov Z		3,015	3,015	2,261	2,563
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: ANT_DESP

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, Gerard y Wendy Weller, "Methods of Reduce the Financial Risk of Physicians Under Capitation", *Arch Fam Med*, 8 (1999): 149 – 154.
- Arrow, Kenneth, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53 (1963): 941 – 973. Traducido por Carbajo y Calvet en *Gazeta Sanitaria* (junio de 1981).
- Barnum, Howard, Joseph Kutzin, Helen Saxenian, "Incentives and Provider Payment Methods", *HRO Working Papers*, 51 (1995).
- Berwick, Donald, "Payment by Capitation and the Quality Care", *New England Journal of Medicine*, 335 (1996): 1227 - 1231.
- Cooperación Técnica OPP – BID, Informe PRISS (1994).
- Diarios El Observador, El País y La República, artículos diversos.
- Dickinson Gibbons, Jean y Subhabratra Chakraborti, *Nonparametric Statistical Inference*. Tercera Edición. Editorial Hardcover (1992).
- Egdahl, Richard y Cynthia Taft, "Financial Incentives to Physician", *New England Journal of Medicine*, 315 (1986): 59 - 61.
- Equipos Mori, *Estudio sobre la situación social y ocupacional de los médicos que trabajan en el MSP. Y La situación profesional y ocupacional de los médicos a nivel nacional*. SMU (1998).
- Federación Médica del Interior y Plenario de IAMC, "Situación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y propuesta de soluciones". Mimeo (1999).
- Folland, Sherman, Allen Goodman y Miron Stano, *The Economics of Health and Health Care*. Second edition. Editorial Prentice Hall (1997).
- Fuchs, Victor, *Who Shall Live? Health Economics and Social Choice*. Expanded edition. Editorial World Scientific (1998).
- Grau, Carlos, "Estudio del funcionamiento de los mercados de trabajo y de remuneraciones de los profesionales de la salud. Informe final". Mimeo (1999).
- Grau, Carlos, Trabajo realizado dentro del proyecto de reconversión del hospital de clínicas. Mimeo (1998).
- Hemenway, David, Alice Killen, Suzanne Cashman, Cindy Lou Parks y William Bicknell, "Physician Responces to Financial Incentives", *New England Journal of Medicine*, 322 (1990): 1509 - 1063.
- Hickson, Gerald, William Altmeier y James Perrin, "Physician Reinbursement by Salary or Fee-for-Service", *Pediatrics*, 80 (1987): 344 – 350.
- Hillman, Alan, "Finacial Incentives for Physician in HMOs. Is There a Conflict of Interests?", *New England Journal of Medicine*, 317 (1987): 1743 - 1748.
- Hirshleifer, Jack, *Microeconomía, teoría y aplicaciones*. Quinta edición. Editorial Prentice Hall (1994).
- Hsiao, William, Daniel Dunn y Diana Verilli, "Assessing the Implementation of Physician Payment Reform", *New England Journal of Medicine*, 328 (1993): 928 - 933.
- Instituto Nacional de Estadística: Uruguay - Anuario Estadístico, varios años
- Lazaroff, Luis y Julio Lorente, Primeros cursos de formación sindical del SMU. (1999).

- Macho, Inés y David Pérez, *Introducción a la economía de la información*. Editorial Ariel (1994).
- Medici, André, “Ensinando a ensinar em saúde”, *Cuadernos del CLAEH*, 81 – 82 (1988): 219 – 235.
- Medici, André, *Diagnóstico y perspectivas de la Seguridad Social en el Uruguay: estudio de salud*. BID. Mimeo (1994).
- Ministerio de Salud Pública, “La salud de Uruguay en cifras”. Ediciones 1997 y 1998.
- Ministerio de Salud Pública, *Análisis y tendencias de la salud en Uruguay*. (1999).
- Ministerio de Salud Pública, *El sistema de salud en el Uruguay: tendencias y perspectivas*. Informe Delfi (1999).
- Ministerio de Salud Pública, *Estadísticas de salud*. Edición 1998.
- OPS, *La salud en las Américas*. Vol. II. Publicación científica N° 569 (1998).
- Ortún, Vicente, *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. Segunda edición. Editorial La Llar del Llibre (1990).
- Perkoff, Gerald, “Economic Versus Professional Incentives for Cost Control”, *New England Journal of Medicine*, 307 (1982): 1399 -1400.
- Phelps, Charles, *Health Economics*. Editorial Harper Collins (1992).
- Proyecto FISS, *El gasto en salud en el Uruguay años 1994 y 1995*. (1996).
- Reinhardt, Uwe, “The Economist’s Model of Physician Behavior”, *Journal of American Medical Association*, 281 (1999): 462 – 464.
- Relman, Arnold, “Salaried Physician and Economic Incentives”, *New England Journal of Medicine*, 319 (1988): 784.
- Russell, Louise y Carrie Lynn Manning, “The Effect of Prospective Payment on Medicare Expenditures”, *New England Journal of Medicine*, 320 (1989): 439 - 444.
- Sanhueza, Ricardo, “Riesgo, mercado y seguridad social en salud: revisión de algunos aspectos conceptuales”, *Estudios de Economía*, 24 (1997): 135 – 154.
- Sapelli, Claudio, “El diseño del seguro y la crisis de las mutualistas”. Diario El País (14 de febrero de 2000).
- Serra, Joaquin, “Situación y perspectivas del trabajo médico en el sector privado”, *Revista Noticias*, N° 59 (1992).
- Servicio de Información Ciudadana, Informe de Salud (1999).
- Solari, Alfredo, *Asistencia médica colectiva: formas de organización y marco normativo*. CERES (1992).
- Stano, Miron, “An Analysis of the Evidence on Competition In the Physician Services Markets”, *Journal of Health Economics*, 4 (1985): 197 – 211.
- Stiglitz, Joseph, *La economía del sector público*. Segunda edición. Editorial Antoni Bosch (1997).
- Trespacz, Karen, “Don’t Let a Fee-for-Service Mind Set Distort Your Approach to Capitation”, *Managed Care* (1999).
- Varian, Hal, *Análisis microeconómico*. Tercera edición. Editorial Antoni Bosch (1992).