La Salud, el Mutualismo y la Seguridad Social en el Uruguay. Pasado, Presente y Futuro.

Dr. Julio Martínez

Montevideo, enero de 2007

La Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) fue fundada en 1988 por sus tres miembros actuales, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Asociación Mutualista Hospital Evangélico y Casa de Galicia; y es miembro de la Asociación Internacional de la Mutualidad y de la AMA Alianza del Mutualismo de América.

SUMARIO

CAPÍTULO I	El Uruguay	4
CAPÍTULO II	El mutualismo en el Uruguay	7
CAPÍTULO III	La organización del sector salud en el Uruguay	16
CAPÍTULO IV	La seguridad social y la salud en el Uruguay	44
CAPÍTULO V	La seguridad social, el mutualismo y la medicina colectiva en el Uruguay	46
CAPÍTULO VI	La reforma en curso	59
ANEXO I	Algunos artículos de la Constitución de la República	65
ANEXO II	Ley Nº 15.181	67
ANEXO III	Proyecto de Ley de Creación del Fondo Nacional de Salud	73
BIBLIOGRAFÍA	.....	78

CAPÍTULO I

El Uruguay

La República Oriental del Uruguay es un estado unitario democrático, cuya independencia fue proclamada en 1825 y que existe como Estado independiente desde 1830.

Según un informe publicado por la publicación británica The Economist, Uruguay es considerado como el país más *plenamente democrático* de América del Sur, ubicado en el puesto 27 sobre un total de 167 [4]. Y es el segundo de Latinoamérica en la tabla de los países con menor índice de percepción de corrupción (elaborado por la organización Transparencia Internacional), solo detrás de Chile.

Si se compara su tamaño con el de los dos vecinos entre quienes se encuentra es 50 veces más pequeño que Brasil y 11 veces que Argentina.

A continuación con las siguientes tablas intentamos dar un panorama general de nuestro país, que estimamos necesario precedente para comprender mejor las cuestiones de salud y seguridad social del Uruguay.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAÍS	
Concepto	**Características**
Superficie territorial	176.215 km^2
Clima	Templado
Densidad	18,4 hab. p/ km^2
Capital	Montevideo
Concentración poblacional	40,91% en capital
Rasgos socio-económicos	País en desarrollo, ingresos medios
Rasgos demo-epidemiológicos	Similares a países desarrollados

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	
Población	**Valores**
Número de habitantes (100%):	3.314.466
• Hombres (48,3%)	1.601.024
• Mujeres (51,7%)	1.713.442
Índice de masculinidad	93,4
Tasa anual media de crecimiento intercensal[1] (por mil)	3,2
Población urbana país	91,8
Población distribuida por edades (en %):	
• 0 a 14 años	23,7
• 15 a 64 años	62,7
• 65 años o más	13,4
Edad mediana	32,4
• Hombres	30,7
• Mujeres	34,1
Índice de envejecimiento	1,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población al 30/6/06

INDICADORES SOCIOECONÓMICOS						
Indicador	**2005**	**2004**	**2003**	**2002**	**2001**	**2000**
PBI total (millones de US$)	16.792	13.215	11.691	12.278	18.561	20.093
PBI per cápita (US$	6.182	5.544	4.952	4.876	5.481	5.690
Variación PBI respecto al año	6,6	12	2,2	-11	-3,4	-1,4
Inflación (%)	4,90	7,59	10,19	25,94	3,59	5,05
Tasa de desempleo (%)	12,2	13,1	16,9	17	15,3	13,6
Salario real anual – base	102	97,53	97,62	111,49	124,9	125,26
Saldo Balanza Comercial	-474	-200	16	-103	-1003	-1171
Saldo Balanza de Pagos (Mill.	-87,8	42,6	-55,9	382	-487,6	-566,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Pobreza e Indigencia (CEPAL)	2006 1er. sem	2005	2004	2003	2002	2001
Hogares pobres (%)	12,34	13,11	14,37	13,68	9,83	7,07
Hogares indigentes (%)	2,28	2,62	2,86	2,24	1,51	0,95

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

[1] Período Intercensal: 1996 – 2004.

INDICADORES DEMOEPIDEMIOLÓGICOS		
Indicador	**Valor**	**Año**
Esperanza de vida al nacer (años):	75,72	2006
• Hombres	72,12	2006
• Mujeres	79,52	2006
Tasa de crecimiento exponencial (%)	0,284	2006
Tasa bruta de natalidad (por mil)	14,76	2006
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	9,39	2006
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	13,88	2006
Tasa global de fecundidad (por mil)	2,0304	2006
Tasa de crecimiento natural	5,4	2004
Porcentaje de analfabetismo (%)	2,3	2006
Viviendas	1.279.741	2004
Viviendas con agua potable (%)	92,2	2006
Viviendas conectadas a red general de saneamiento (%)	55,7	2006
Principales causas de muerte (tasa por 100.000 habitantes):		
• Aparato circulatorio	309,15	2002
• Cáncer	229,82	2002
• Accidente	33,03	2002
• Tisis pulmonar	1,31	2002
• Suicidio	530	2004
• SIDA	49	2004

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

CAPÍTULO II
EL MUTUALISMO EN EL URUGUAY

1 – El surgimiento y el desarrollo del mutualismo en el Uruguay.

La cobertura de la asistencia médica a través del mutualismo se inició en el Uruguay a mediados del siglo XIX, a partir de la constitución de estas instituciones por los inmigrantes que llegaron al país no mucho tiempo después de su surgimiento como Estado independiente.

La ayuda que brindaban estas sociedades se refería a situaciones que se pueden considerar integrantes del concepto de seguridad social. La asistencia económica en caso de enfermedad o desempleo y la atención médica eran algunos de sus fines. Con el correr del tiempo, esta última se constituiría en su principal actividad.

El mutualismo nació en América cuando se fundó en Uruguay el 25 de setiembre de 1853 la Sociedad Española de Socorros Mutuos, institución que actualmente se denomina Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, denominación que mantiene en la actualidad. El país tenía en ese momento 23 años de existencia.

El reconocido historiador compatriota Washington Reyes Abadie, comentando la actuación de los inmigrantes dice que *"el tenaz sacrificado esfuerzo de los inmigrantes se proyectó, más allá de sus actividades individuales, en una admirable tarea de solidaridad colectiva gestora de numerosas y variadas instituciones sociales"* Luego el autor se refiere a la fundación de la primera institución española en Uruguay y a la vez, la primera mutualista de América Latina, explicando así las causas que llevaron a la creación de la misma. Dice REYES ABADIE que: *"como no podía ser de otra manera, al estar constituida dicha inmigración, en su mayoría, por gentes sin otro capital que sus brazos y sus afanes de superación que, desde su llegada a la joven República, habían logrado superar aquellos tiempos revueltos afianzando sus hogares y patrimonios, fue natural y lógico que su primera iniciativa, de orden comunitario, fuera el organizar una institución de socorros mutuos para los enfermos y de protección para los desacomodados de la colectividad. Y fue así que, apenas clausurado el convulso período de la Guerra Grande, en el clima de reconciliación y pacificación política espiritual de los primeros años de la década e los 50, y sobre el fin de la breve administración del Presidente Juan Francisco Giró, en setiembre de 1853, iba a constituirse la pionera Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en Montevideo."*[2]

El Reglamento aprobado el 25 de setiembre de 1853, determinaba dos objetos para la Asociación: "el primero crear un fondo común destinado a socorrer en los casos de enfermedad a los españoles que en ella se inscriban; y el segundo proporcionar a los mismos acomodo o trabajo en su profesión, en caso de desacomodo".

Al año siguiente, en 1854 se funda la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos, que por esas cosas del destino, termina siendo absorbida ciento veintidós años

[2] REYES ABADIE, Washington, "Españoles en el Uruguay", pág. 94 y s.s.

después de su fundación, el 30 de setiembre de 1976, por la misma Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

La otra gran vertiente de la inmigración en nuestro país proviene de Italia y, así, en 1862 se crea la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos.

La constitución de mutualistas en Uruguay se vuelve un proceso vigoroso en los años siguientes y aparecen en escena en 1866, la Sociedad Fraternidad; en 1880, Círculo Napolitano; en 1885 el Círculo Católico de Obreros, en 1897 la Sociedad Fraternidad Unida.

A inicios del siglo XX se fundan en 1900 el Círculo Católico de Paso Molino.

En 1917 se funda Casa de Galicia, otra de las mutualistas actualmente existentes e integrante de la Unión de la Mutualidad del Uruguay.

En ese mismo año se funda la Mutualista del Partido Nacional. En la década de los años ’20 surge la Sociedad Israelita y en 1929 la Mutualista Hospital Evangélico, es fundada por jóvenes cristianos alentados por la vocación de servicio al prójimo, mutualista que también continúa actualmente sus actividades y es integrante de la Unión de la Mutualidad del Uruguay.

En 1931 también surgen la Médica Uruguaya, la Mutualista del Partido Colorado y España Mutualista.

Dice Mieres Gómez que “La forma de organización mutual reconoce causas culturales y económicas ligadas al origen de sus fundadores. La necesidad de crear ámbitos propios que constituyeran referentes sociales y culturales y la necesidad de contar con medios económicos ante contingencias particularmente difíciles fueron elementos determinantes en la génesis de estas sociedades. En definitiva, puede decirse que fueron una expresión organizativa de protección de un grupo social, a un medio que les resultaba ajeno y por tanto hostil. “

Por otra parte, agrega que “en su concepción original las sociedades mutuales tenían un contenido solidario. Todos los integrantes aportaban con regularidad, una suma de dinero cuyo monto era igual para todos los socios. De esta manera se constituía un capital que posibilitaba el subsidio de aquellos miembros que lo necesitaran. Todos cotizaban con la certeza que en algún momento podrían ser ellos los beneficiarios de la ayuda. El sistema funcionaba como un seguro de prepago sin fines de lucro.”

“La ayuda que brindaban estas sociedades se refería a situaciones que se pueden considerar integrantes del concepto de seguridad social. La asistencia económica en caso de enfermedad o desempleo y la atención médica eran algunos de sus fines. Con el correr del tiempo, esta última se constituiría en su principal actividad.”[3]

El mutualismo tuvo una gran difusión en el Uruguay, brindó accesibilidad a la cobertura sanitaria de una nueva forma. Antes del mismo, solo existía algún centro público y hospitales de caridad.

Al influjo del crecimiento sostenido del mutualismo, se crearon otras organizaciones de atención médica cuya característica común con aquellas era

[3] MIERES GOMEZ, Guastavo, El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico

sólo el modo de financiamiento de prepago. En ocasiones eran el resultado de la inversión de capital por parte de uno o más empresarios y en otras fueron alternativas de trabajo de pequeños grupos de médicos.

Como veremos después, el sistema general de la medicina privada en Uruguay siguió en mucho las líneas del mutualismo, aunque solamente el mismo tiene instituciones gobernadas y dirigidas democráticamente por sus asociados, beneficiarios, usuarios y propietarios de las mismas.

A lo largo del tiempo, durante varias crisis del sector, muchas mutualistas no lograron sobrevivir, otras fueron absorbidas por otras instituciones. Hoy, en Uruguay hay cinco mutualistas, tres de ellas integran la UMU, (Unión de la Mutualidad del Uruguay): la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, la Mutualista Hospital Evangélico y Casa de Galicia, cuyas Sedes Principales se encuentran en Montevideo, la capital del Uruguay y también tienen otras sedes y filiales en distintos lugares del resto del país. Las otras dos mutualistas son el Círculo Católico y la Mutualista Obrera de Juan Lacaze (ésta en una pequeña localidad del interior del país).

2 – La influencia del movimiento mutual uruguayo en la región.

El movimiento mutual iniciado en el Uruguay se extenderá a otros países de la región. Fue Don José María Buyo, uno de los principales promotores de la fundación de la Asociación Española quien lleva el movimiento a la República Argentina. Así, el 7 de junio de 1857 funda José Ma. Buyo la Asociación Española en Rosario, la segunda mutualista española de América y tercera mutualista de Argentina y el 20 de diciembre de 1857 funda la Asociación Española de Socorros Mutuos en Buenos Aires, tercera de América y cuarta mutualista en la República Argentina.[4]

Antes de ello, en 1854 se constituyó en Buenos Aires la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos; en 1856 la Sociedad de Socorros Mutuos San Crispín, del gremio del calzado

3 – Régimen jurídico del mutualismo en el Uruguay.

3.1 – Naturaleza jurídica. En el derecho uruguayo las mutualistas son personas jurídicas del tipo asociaciones civiles. Son por tanto personas jurídicas de derecho privado, del tipo asociacional personal y sin fin de lucro, elemento esencial en la caracterización.

3.2 – Marco normativo general. En el Uruguay en lo que se refiere a los aspectos institucionales de las asociaciones civiles en general no existe una legislación que establezca una regulación detallada, sino muy pocas normas, pero en materia de prestación de servicios de salud, hay una gran cantidad de normas, tanto legales como de rango inferior de tipo reglamentario (Decretos del Poder Ejecutivo y Ordenanzas del Ministerio de Salud Pública).

Siendo el principal objeto del movimiento mutual en Uruguay la prestación de servicios de salud, será necesario analizar tanto la legislación general de las

[4] TURNES, pág. 16.

asociaciones civiles como la específica de la categoría de las instituciones de salud en las que están las mutualistas, para tener un panorama completo de la regulación del sector.

3.3 – El principio constitucional de libertad de asociación. En el derecho uruguayo se parte del principio de la libertad de asociación, que es reconocida por la Constitución en su artículo 39 como un Derecho Humano de primera generación. Tal artículo dice: "Todas las personas tienen el derecho de asociarse, cualquiera sea el objeto que persigan, siempre que no constituyan una asociación ilícita declarada por la ley."

El reconocimiento de esta libertad a nivel constitucional, significa que sólo puede ser limitada en su goce por leyes dictadas por razones de interés general (Constitución art. 7 y 10 inc. 2º). Tanto es así que las primeras mutualistas nacieron antes de que existiera ninguna regulación legal en la materia, habiéndose constituido la primera de ellas en el año 1853.

Entonces, el legislador, siguiendo el mandato constitucional, ha respetado esta libertad y en materia de asociaciones civiles ha dictado muy pocas normas, de amplio contenido, que permiten un libre desarrollo de la iniciativa particular, siempre que se desarrollen actividades y se procuren objetos o fines lícitos.

Las mutualistas son en Uruguay asociaciones civiles, ergo, la constitución de una mutualista en nuestro país configura un caso de ejercicio del derecho de asociación, y lo mismo vale decir de la adhesión o ingreso a la Institución y la decisión del cese de pertenecer a la misma por parte de la persona.

3.4 – Las normas legales generales en la materia. A nivel legal, lo primero a tener en cuenta es el artículo 21 del Código Civil, en su inciso 2º dice:

> Se consideran personas jurídicas y por consiguiente capaces de derechos y obligaciones civiles, el Estado, el Fisco, el Municipio, la Iglesia y las corporaciones, establecimientos y asociaciones reconocidas por la autoridad pública.

Las mutualistas, como asociaciones civiles, son pues personas jurídicas, cuyo reconocimiento de personalidad se obtiene con la aprobación de los Estatutos por el Ministerio de Educación y Cultura.

Conviene recordar que en el Derecho Uruguayo la intervención de la autoridad pública lo es a los efectos del reconocimiento de la personalidad jurídica y no de su constitución, se sigue la teoría de la realidad y no la de la ficción.[5]

Más concretamente en materia de mutuales en general, tenemos una vieja norma del siglo XIX del Código de Comercio –aún vigente– que considera la actividad de las mutualistas como un seguro, pero muy peculiar, no se rige por

[5] Ello que ha quedado bien claro desde que la ley 16.060 de 4 de setiembre de 1989, de Sociedades Comerciales, reconoce personalidad jurídica, incluso a las sociedades irregulares y en formación.

ese Código, sino por sus propios Estatutos, siguiéndose así en la línea de la libertad de asociación.[6]

Por último, el Decreto-Ley Nº 15.089 del 12 de diciembre de 1980 dispone que es al Ministerio de Educación y Cultura a quien corresponden ejercer la policía administrativa de las asociaciones civiles y fundaciones y en consecuencia, controlará su creación, su funcionamiento y su disolución y liquidación.

En tal sentido es el Ministerio a quien corresponde aprobar los estatutos y reformas estatutarias, así como sancionar las infracciones que se pudieran cometer e incluso intervenirlas.

3.5 – Los hechos y el derecho. Los usos del lenguaje. Ahora bien, cabe una advertencia sobre los hechos.

Cuando se fundan las primeras mutualistas en Uruguay, no existía ninguna norma en la materia, los artículos citados de los Códigos de Comercio y Civil, son posteriores al nacimiento de las primeras mutualistas uruguayas.

Pero, además, en materia de mutualismo, en Uruguay se da un fenómeno singular, ya que el mutualismo nació hace 153 años al fundarse –como se vio ut supra– una de las Instituciones integrantes de la UMU, la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Este es el inicio del movimiento mutual en Uruguay y en América Latina, pero con la inclinación a la prestación, fundamentalmente, de acciones en el área de la asistencia médica, de la salud. Con este objeto fueron apareciendo las mutualistas en Uruguay y en las mismas se iban agrupando a las personas por ciertos grupos de afinidad, básicamente inmigrantes o en relación con ciertas confesiones religiosas e incluso partidos políticos.

Entonces, considerando tal objeto principal de las mutualista, el término *mutualismo* se comienza a identificar con las asociaciones civiles cuyo fin es la prestación de servicios de asistencia médica por sistema de prepago a sus asociados. El resto de las Instituciones, asociaciones civiles que por su organización y objetos se pueden considerar mutualistas en el sentido general universal del vocablo, no se conocen popularmente, en Uruguay como mutuales, sino como asociaciones civiles en general con objetos específicos. Estas organizaciones, tampoco se consideran a sí mismas mutualistas.

En Uruguay mutualistas –en la conciencia general– son las asociaciones civiles que mediante aportes de sus asociados tienen por objeto la prestación de servicios de asistencia médica integral por sistema de prepago y sin fines de lucro.

Es una peculiaridad fáctica, pero que no puede ignorarse a la hora de analizar la legislación mutual en el Uruguay.

Ello es incluso demostrado en la medida que las tres Instituciones integrantes de UMU, la Asociación Española, Casa de Galicia y el Hospital Evangélico, tienen como su principal actividad la prestación de servicios de asistencia

---

[6] El art. 671 del Código de Comercio dice: "Las sociedades de seguros mutuos son regidas por sus estatutos y reglamentos, y en caso de insuficiencia por las disposiciones de este Código."

médica por sistema de prepago, sin perjuicio de que –con variantes– también desarrollan otras actividades sociales, culturales, etc.

Incluso se da a la vez un fenómeno extensivo del uso del término. En el lenguaje usual, en el "lenguaje uruguayo" a ese uso restrictivo del término mutualista o mutual, se le ha sumado –a la vez– un uso extensivo e impropio del término. Ello también es relevante a la hora de analizar la legislación mutual uruguaya.

Por extensión, se llama –en el lenguaje diario– "mutualistas" a todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), una verdadera licencia idiomática, pero así se utiliza el término.

Lo que ocurre, es que las otras especies de IAMC, se desarrollaron en Uruguay siguiendo el modelo mutual, en cuanto al sistema de prepago, aunque, no así, en lo que se refiere a la propiedad de las Instituciones y a la organización democrática de las mismas por los mismos beneficiarios de los servicios en su gobierno y dirección. Por ello, mientras en las mutualistas se habla de "asociados", en las demás se refiere a "afiliados", es una diferencia sustancial en cuanto a la incidencia en los destinos institucionales.

3.6 – Las mutualistas como prestadoras de servicios médicos. Como entidades prestadoras de servicios de asistencia médica, las mutualistas Uruguayas (en sentido estricto) se encuentran dentro de la regulación general de lo que se denomina en nuestro país la Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

En la actualidad, además de mutualistas, hay otros tres tipos de IAMC: las cooperativas de profesionales (médicos), los centros de asistencia de gremiales o sindicatos de médicos (el CASMU, del Sindicato Médico del Uruguay) y las sociedades de producción sanitaria.

En esta tipología, que nace del Decreto-Ley Nº 15.181, con algunos ajustes posteriores– se denominan a las mutualistas como "Asociaciones Asistenciales", diciendo en su artículo 6º que son las que inspiradas en los principios del mutualismo y que mediante seguros mutuos otorgan a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin.

3.7 – Los principios del mutualismo. En la medida que el Decreto-Ley Nº 15.181 no los enumera, es necesario determinar cuáles son tales principios del mutualismo.

En tal labor, en la medida que el mutualismo es un fenómeno que trasciende fronteras, lo primero a considerar es que a nivel universal, se reconoce la existencia de cuatro principios esenciales del mutualismo, que la AIM los define de esta forma:

- Organización democrática no lucrativa
- La libertad de adhesión al sistema
- La responsabilidad de las personas como actores de su propia salud y de las mutualidades para garantizar su atención.
- La solidaridad : considerando que la salud de las personas no es un mercancía, se rechaza todo tipo de discriminaciones financieras y por

selección de riesgo. El equilibrio financiero de las actividades mutuales debe considerarse de una manera global y los excedentes que puedan tener algunas actividades deben utilizarse para el desarrollo de otros medios para satisfacer las necesidades del conjunto.

Si se analizan las normas nacionales, la actividad y estatutos de las mutualistas nacionales, podemos encontrar presentes en el Uruguay los principios universales del mutualismo. Pero, en la adaptación de los mismos a la realidad nacional y en la estructuración fáctica y normativa del mutualismo nacional, orientado esencialmente a la asistencia médica, podemos encontrar una nómina mayor que la universal, en la que se conjuntan los principios universales más ciertos específicos nacionales:

a) Organización democrática; participación de los asociados en el gobierno de la Institución por medio de sus representantes elegidos con las garantías del voto secreto.

b) Ausencia de fin de lucro, o sea que no se reparten utilidades entre los asociados, no significando la gratuidad de las prestaciones, sino que el patrimonio se destina al fin asistencial y si hay ganancias, se deben reinvertir para tal finalidad.

c) Libertad de ingreso y egreso, corolario de la libertad de asociación de raigambre constitucional.

d) Solidaridad Intergeneracional, elemento clave en una mutualista de asistencia médica: “los jóvenes pagan por los mayores y los sanos por los enfermos”.

e) Igualdad entre los derechos de los asociados, esencial siempre, pero más aún cuando se trata de servicios de salud.

f) No discriminación por razones ideológicas, políticas, sexo, raciales, filosóficas, etc., independientemente del origen de las Instituciones por razones de afinidad de origen (inmigrantes) o religiosas, todos tienen derecho a asociarse y a que no se realicen diferencias arbitrarias e ilícitas por estos motivos.

3.8 – Doble vertiente de normas según la materia. El régimen jurídico de las mutualidades en el Uruguay tiene, entonces, una doble vertiente:

- Por un lado el marco general de las asociaciones civiles y,
- Por otro lado, el marco específico de las Instituciones de asistencia médica colectiva, básicamente el Decreto-Ley Nº 15.181 y una gran cantidad de decretos recientemente compilados en lo que se denomina el “Marco Regulatorio de la Asistencia Médica” Decreto Nº 455/001, así como una gran cantidad de Ordenanzas del Ministerio de Salud Pública, que no se refieren solo a los aspectos asistenciales, sino que también incursionan en ciertos derechos de los asociados.

Esta doble vertiente implica ciertas peculiaridades:

- Por un lado, desde el punto de vista de la organización institucional, la vigencia del principio de libertad de asociación y, desde la óptica de las prestaciones de asistencia médica, una gran proliferación de regulaciones administrativas.

- A su vez, en el primer aspecto la regulación es la general de las asociaciones civiles y en el segundo, es la de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Hay también una doble policía administrativa:

- El Ministerio de Educación y Cultura en los aspectos que hacen estrictamente al reconocimiento y mantenimiento de la personería jurídica.
- El Ministerio de Salud Pública, en lo que hace a los controles –que son muy intensos– en materia de asistencia médica, así como los aspectos administrativos y económico-financieros.

Las Instituciones se rigen internamente por sus Estatutos que son aprobados por el Ministerio de Educación y Cultura, previo informe del Ministerio de Salud Pública, siguiendo las pautas y principios de un Estatuto Tipo que el Poder Ejecutivo estableció por medio de los Decretos Nos. 127/001 y 383/001.

Estos principios son: los de autoridad y competencia, así como aquellos que garantizan la debida oposición de intereses o imponen ciertas limitaciones a quienes ostentan cargos de Dirección.

Pero, como ya se dijo, los derechos asistenciales de los asociados, sus deberes en materia de pago de cuotas y tasas moderadoras y los correlativos deberes de las mutualistas, están sujetos a las normas que en la materia se han establecido por Ley, por Decretos del Poder Ejecutivo y por Ordenanzas del Ministerio de Salud Pública en materia de IAMC en general.

Tenemos, entonces que dentro del régimen de las IAMC en general aparece que en las mutualistas en particular, los derechos “políticos” de los asociados se regulan por los Estatutos (con un amplio margen de discrecionalidad, dentro de las normas legales y reglamentarias) y en el que los derechos “asistenciales” tienen una proficua regulación e intervención del Estado

Orgánicamente, las mutualistas son dirigidas por autoridades electas por voto secreto y directo de sus asociados, son todos ellos cargos honorarios, como ocurre en todas las asociaciones civiles en Uruguay.

El órgano de gobierno y administración es el Consejo Directivo, el de contralor una Comisión Fiscal, y puede existir (así es en la Asociación Española y Casa de Galicia) una Asamblea Representativa, una especie de parlamento. Además, naturalmente, el máximo órgano en última instancia es la Asamblea General de Socios, que es a quien compete la reforma de estatutos y tomar decisiones importantes, aunque no es habitual su funcionamiento, por la gran cantidad de asociados que son sus integrantes. Básicamente, funcionan en base a un sistema de democracia representativa.

Pero en el nivel de contralor, la intensidad de la intervención estatal ha llevado a que, además existan auditorías externas, cuyos resultados se deben remitir al MSP.

3.9 – El mutualismo en la reforma en curso. En la actualidad, el gobierno ha iniciado en proceso de reformas en la salud, fundamentalmente la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, financiado por un Seguro Nacional de

Salud, pero el sistema contará con efectores públicos y privados, dentro de los cuales el mutualismo continuará actuando y mostrando su total vigencia.

Justamente, en estos momentos se ha constituido un Consejo Consultivo para el Cambio del Sector Salud, en el que la UMU tiene un representante titular, que junto con asesores de la UMU y de las Instituciones integrantes, participan activamente en las diferentes comisiones que están tratando los tres aspectos básicos propuestos por el Gobierno: el cambio del modelo de atención, el cambio del modelo de financiamiento y un estatuto único de los trabajadores de la salud.

Esta reforma del marco legal, no cambiará los aspectos institucionales regidos por la libertad de asociación y la escueta regulación del Código Civil. Pero sí, tendrá consecuencias en la regulación de los aspectos referidos a la asistencia médica y al financiamiento de las Instituciones.

Pero algo deberá ser claro, y así lo ha reconocido el mismo gobierno de la República: el mutualismo mantendrá su vigencia como uno de los pilares básicos de la asistencia médica en Uruguay.

3.10 – Asociados. En noviembre de 2006 la masa de asociados de las tres mutualistas de UMU es la siguiente:

Mutualista	**Asociados**
Asociación Española	179.147
Casa de Galicia	58.316
Hospital Evangélico	40.681

CAPÍTULO III

La organización del sector salud en el Uruguay

1 – Introducción.

La organización del sector salud en Uruguay tiene larga data. Desde los albores de la Independencia, el Estado actuó al principio basado en un sistema de beneficencia o caridad, mientras que la aparición de los actores privados surge en 1853 con la aparición del mutualismo.

El Estado aumentó su presencia con la ley de Asistencia Pública Nacional de 1910 .

Desde esas épocas a la actualidad ha habido una importante evolución que nos muestra la realidad actual.

En la actualidad, el sistema de prestadores es mixto, con prestadores públicos (estatales y paraestatales y prestadores privados).

Hoy está en curso una reforma de la salud que impulsa el gobierno, que también veremos y en la que el rol del mutualismo y la seguridad social es previsto como muy importante.

2 – El derecho a la salud en la Constitución Uruguaya.

2.1 – La cuestión del derecho a la salud es un elemento a tener en primer lugar en cuenta a la hora de considerar nuestro tema.

Es bien sabido que el término “derecho a la salud” es equívoco y poco preciso, debiendo hacerse precisiones en cuanto al derecho a la salud en sentido amplio, el derecho a la protección de la salud y el derecho a la atención de la salud.

No es el objeto de este trabajo entrar en este tema, pero basta precisar que, el ámbito en que actúa el mutualismo es en el derecho a la atención de la salud, también llamado a las prestaciones de salud, siendo los otros aspectos más generales y en los que la actuación estatal por sus cometidos propios y esenciales es más intensa.

2.2 – El derecho a la salud no se encuentra mencionado explícitamente en nuestra Constitución, pero ello no significa que el mismo no tenga reconocimiento constitucional[7], situación que ocurre también con otros derechos.

Estamos ante una cuestión que se ha planteado desde larga data en materia de Derecho Constitucional. Como recuerda RISSO, la consagración constitucional expresa de los derecho fundamentales, siempre tuvo presente el riesgo de olvido de alguno o algunos de dichos derechos [8].

La cuestión está solucionada en nuestro derecho por el artículo 72 de la Constitución, que se introdujo en la reforma de 1918 y que establece:

---

[7] BIASCO, p. 106;
[8] RISSO t. III p. 106.

> *"La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que sean inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno".*

2.3 – Consagración directa expresa del iusnaturalismo. Como bien ha señalado REAL, el artículo 72 de nuestra Constitución se ha separado de sus antecedentes estadounidense y argentino, en cuanto incluye en su letra, clarísima, la evidente recepción del iusnaturalismo personalista, que aquellos solo suponen implícita en su espíritu.

SAMPAY ha advertido que "la Constitución uruguaya, conceptualmente más precisa que la americana, imprime vigor y fuerza de ley Positiva a todos los otros derechos inherentes a la personalidad humana, esto es, a los derechos emergentes de la naturaleza del hombre"[9]. Agrega luego que "dicha fórmula atesora una magnífica tradición teórica y que constituye el alma de la cultura jurídica de Occidente. Trae su origen de ARISTÓTELES, que la enuncia en la Ética a Nicómaco y en la Retórica; CICERÓN, en De Oficiis y en De Legibus; la repite con frases tajantes "juris natura fons est", "lex est ratoi summa insita in natura", Santo Tomás de Aquino la recoge en las dos Suma y en el Comentario a la Ética aristotélica; también la hacen suyas Leibnitz y Montesquieu, y en todo tiempo la adoptan las filosofías asentadas en el realismo ontológico".

2.4 – Dice REAL que la frase "que son inherentes a la personalidad humana" es relativamente original de nuestros constituyentes, en el sentido de que no parece que la hayan copiado de modelos escritos conocidos en el derecho comparado, sino que la han tomado, directamente, del fondo común ideológico del jusnaturalismo clásico, del siglo XVIII, en la que la idea de derechos inherentes a la personalidad humana es afirmada vigorosamente [10].

Luego de decir esto, REAL cita algunas concordancias casi textuales. Primero, la obra del autor ginebrino de origen italiano J.J. BURLAMACHI, *Principes du droit de la nature et des gens*, publicada en 1747, que en la primera parte que se titula "Des principes généraux du droit", dice "L'on peut faire plusieurs distinctions des droits et des obligations; nous nous contenterons d'indiquer ici les principales". "Premièrement, il y a des droits naurales et des droits caquis, Les premiers sont ceux qui appartienent originairement et essentiellement à l'homme, qui sont inhérents à sa nature: don't il jouit par cela meme qu'il est homme, indépendemment d'aucun fait partifculier de part. Les droits caquis sont, au contraire, ceux, dont l'homme ne jouis pas naturellement, mais qu'il s'est procures par son propre fait".

Otro antecedente citado por REAL es la declaración de derechos de Virginia del 1º de junio de 1776, en su artículo 1º: "Todos los hombres, nacen igualmente libres e independientes, y *tienen los derechos naturales e inherentes a sus personas*, de los que no pueden, por cualquiera convención que sea, privar ni despojar a sus descendientes; tales son la vida y la libertad,

---

[9] SAMPAY, La declaración de inconstitucionalidad en el derecho uruguayo, ps. 27 y 28.

[10] REAL p. 48

con todos los medios de adquirir y poseer bienes, de buscar y obtener la felicidad y la seguridad" [11].

2.5 – Para la interpretación de la disposición constitucional, REAL parte del análisis gramatical del término inherente, conforme al Diccionario de la Real Academia, que recuerda significa que por su naturaleza está de tal manera unido a otra cosa que no se puede separar. Luego, también cita la definición de inherencia: "Fil. Unión de cosas inseparables por su naturaleza, o que solo pueden separarse mentalmente o por abstracción (ídem) [12].

Concluye, entonces, REAL que los "derechos inherentes a la personalidad humana son, pues, aquellos inseparables por su naturaleza de dicha personalidad, de los que se goza por el solo hecho de ser hombres, al decir de Burlamachi" [13].

2.6 – Las fórmulas constitucionales como las antes referidas han sido consideradas muy trascendentes, en cuanto tienden a superar los *olvidos* del constituyente o bien a permitir el reconocimiento de rango constitucional a derechos que a la fecha del perfeccionamiento de la Carta no eran considerados como fundamentales pero que adquirieron dicho reconocimiento con posterioridad [14].

Por lo tanto, es claro que la enunciación de derechos que efectúa la Constitución no es taxativa, sino meramente enunciativa [15].

Pero este tipo de normas presentan un problema práctico de importancia, ya que habrá que argumentar y eventualmente discutir, si el derecho con relación al cual se invoca rango constitucional, es no inherente a la personalidad humana o deriva de la forma republicana de gobierno [16]. Es decir que, si bien este tipo e norma es de utilidad, no deben perderse de vista los problemas prácticos que su utilización apareja, o si se prefiere, estas disposiciones dan una herramienta para enfrentar las omisiones constitucionales, pero no constituyen una solución efectiva y plena para superar las mismas [17].

2.7 – Este tipo de problemas prácticos no se presentan en otras Constituciones que, en las últimas décadas, han adoptado otro tipo de soluciones: el reconocimiento de rango constitucional o a veces supralegal a ciertos tratados internacionales referidos a los derechos humanos (Constituciones de Nicaragua art. 46, de Perú de 1979 –aunque se suprimió en una reforma posterior– y el art. 75 de la Constitución Argentina luego de la reforma de 1994) [18].

2.8 – La Constitución nacional no contiene ninguna disposición como las anteriormente vistas que permita conferir a los tratados internacionales relativos a los derechos humanos que hayan sido ratificados por la República

---

[11] REAL p. 49
[12] REAL p. 49
[13] REAL p. 49
[14] RISSO t. III, p. 107
[15] CASSINELLI MUÑOZ, p. 95
[16] CASSINELLI MUÑOZ, p. 95; RISSO t. III, p. 107.
[17] RISSO t. III, p. 107.
[18] RISSO t. III, p. 107.

rango constitucional, por lo que, en esta materia, la solución se debe buscar en el marco del artículo 72 [19].

Esta disposición constitucional requiere que para que deba reconocerse rango constitucional a los derechos, deberes y garantías no enumerados a texto expreso, que los mismos sean:

- o bien inherentes a la personalidad humana,
- o bien derivados de la forma republicana de gobierno.

2.9 – Inherente significa algo que por su naturaleza está de tal manera unido a otra cosa que no se puede separar.[20]. Son inherentes cuando no se pueda concebir a la persona humana si no es titular de dichos derechos [21].

2.10 – En cuanto a la referencia a los derechos derivados de la forma republicana de gobierno, JIMÉNEZ DE ARÉCHAGA dice que la redacción no es del todo apropiada y que, en realidad, la norma debería referir a la concepción democrática del Estado [22]. Aunque, de todas formas, la doctrina coincide en que el sentido de la disposición es claro [23].

2.11 – Ante el texto del art. 72, la doctrina nacional ha ensayado enumeraciones de cuáles serían los derechos, deberes y garantías no enumerados, a los que debe reconocerse rango constitucional en razón de esta disposición [24].

RISSO se pregunta cómo razonaba la doctrina para llegar a estas conclusiones y responde que se analizaba si el derecho en estudio presentaba el carácter de ser inherente a la persona humana, o si derivaba de la forma republicana de gobierno. Si la respuesta era afirmativa, se aceptaba el rango constitucional [25].

Pero, agrega RISSO que concluir respecto a un nuevo derecho cuándo es inherente a la personalidad humana o no es una tarea sumamente compleja y discutible salvo casos especiales [26].

Propone entonces un replanteo de la cuestión, que parte del proceso de internacionalización de los derechos humanos, existiendo múltiples instrumentos internacionales ratificados por nuestro país. Ante ello, y ante la aparición de derechos fundamentales que no encuadran dentro del concepto de primera ni segunda generación, la cuestión debe replantearse [27].

Con el enfoque tradicional, se debería analizar cada uno de los derechos contenidos en la Convención y discutir respecto del mismo si es o no inherente

---

[19] RISSO t. III, p. 108.
[20] RISSO t. III, p. 108 y 109.
[21] RISSO t. III, p. 109.
[22] JMENEZ DE ARECHAGA, Justino, La Constitución nacional t. I p. 378; RISSO t. III, p. 109.
[23] RISSO t. III, p. 109.
[24] RISSO t. III, p. 109.
[25] RISSO t. III, p. 109.
[26] RISSO t. III, p. 109.
[27] RISSO t. III, p. 109.

a la personalidad humana, tarea que RISSO califica de nada sencilla e incluso desalentadora [28].

Aquí el intérprete no puede permanecer ajeno al fenómeno de la regulación internacional de los derechos humanos [29]. Al respecto, dice CAJARVILLE PELUFFO que "el perfeccionamiento internacional del tratado o convención y su aprobación y ratificación por el país comprueban la convicción socialmente dominante en el ámbito nacional e incluso en el internacional comprendido por el tratado, sobre la existencia de los derechos en él reconocidos, o si se prefiere, su consagración por el "Derecho Natural"; y en cuanto esos derechos puedan predicarse de todo individuo por igual y en la misma medida, con prescindencia de todas las características fácticas y jurídicas que lo distingan de todos los demás del género humano, en cuanto no dependan de los que haya hecho o dejado de hacer ni de la situación jurídica en que se encuentre, sino de su propia naturaleza, de lo que tiene en común con todos los hombres, deberá considerarse un derecho "inherente a la personalidad" contenido en un principio general de jerarquía constitucional en virtud del art,. 72 de la Carta" [30].

Por ello, concluye RISSO en que no puede haber argumento más fuerte para demostrar que un derecho es inherente a la personalidad humana que el hecho de estar reconocido –con algunas variantes– en uno, dos o más tratados internacionales ratificados por la República. La prueba más contundente de que un derecho es inherente a la persona humana, surge justamente de su inclusión en tratados internacionales referidos a los derechos humanos [31].

Aclara RISSO que no se trata de una interpretación evolutiva del art. 72, sino que por la vía del art. 72 parece ingresar un concepto de inherencia amplio, que encuentra su fundamento en la concepción internacional de los derechos humanos actual [32].

Más aún, agrega RISSO, es posible sostener que el análisis de la cuestión se invierte. Cuando un derecho no establecido a texto expreso en la Carta sea objeto de regulación en uno, dos o más tratados internacionales ratificados por la República, ya no será necesario argumentar en cuanto a su carácter de inherente a la personalidad humana ya que esto ya está demostrado, sino que por el contrario la carga de la argumentación recaerá en quien pretenda que el derecho no presenta dicho carácter [33].

2.12 – El derecho a la salud en los tratados internacionales. La mejor formulación dentro de los instrumentos internacionales que el país ha ratificado es la del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Nueva York, 19 de diciembre de 1966) que dice:

"1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

---

[28] RISSO t. III, p. 110
[29] RISSO t. III, p. 110
[30] CAJARVILLE PELUFFO, p. 152
[31] RISSO t. III, p. 110.
[32] RISSO t. III, p. 110
[33] RISSO t. III, p. 110

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."*

Otros instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos en los que aparece el Derecho a la Salud, el derecho a su protección y a las prestaciones, más genéricos, de los que también es parte la República, son la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Bogotá, 1948), Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 1969), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Protocolo de San Salvador, 1988), Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

3 – Actuación estatal y de los particulares en el ámbito de la salud.

3.1 – Introducción. Para un correcto análisis de la actuación del Estado en materia de salud humana, es necesario efectuar una primer distinción entre los conceptos de higiene pública y servicios asistenciales[34].

La actuación del Estado en materia de higiene pública constituye un cometido esencial del Estado, ya que la misma (es un bien jurídico supremo) integra el concepto de orden público (arts. 44, 47, 37 inc. 2, 38 y 68 de la Constitución).

En materia de prestación de asistencia a la salud humana, es necesario también distinguir dos formas diferentes de actuación del Estado.

Por un lado, el Estado presta directamente servicios asistenciales y por otro lado, el Estado regula la actividad de los particulares que prestan estos servicios y controla el ejercicio de esta actividad.

3.2 – El Servicio Social de asistencia a la salud. En términos generales, con leves variantes, la doctrina nacional sigue la clasificación de SAYAGUÉS LASO en materia de cometidos estatales, distinguiendo entre cometidos esenciales, servicios públicos, servicios sociales, actuación estatal en el campo de la actividad privada y aspectos administrativos de la regulación de la actividad privada.

También es tradicional en nuestra doctrina incluir a los servicios asistenciales de salud dentro del cometido estatal de servicios sociales.

---

[34] DELPIAZZO, Carlos E; *Marco Organizativo de los servicios asistenciales de salud*, en ADA, t. V. pág. 33

Estos cometidos del Estado en materia de asistencia a la salud, son ejercidos por el Estado a través de las funciones legislativa y administrativa, tal como surge del artículo 44 de la Constitución.

Lo primero que el art. 44 encomienda al Estado es legislar “en todas la cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas.” Como bien ha señalado DELPIAZZO, no se trata de una mera atribución de competencias, sino de la imposición del deber de legislar, deber que debe ejercerse con el expreso designio de procurar “el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.”

En materia de función administrativa, el inciso 2º establece que el Estado debe proporcionar a los indigentes o carentes de recursos suficientes los medios de prevención y asistencia, en forma gratuita, que sean adecuados para cumplir con el deber de cuidar la salud y de asistirse en caso de enfermedad.

Los servicios sociales han sido definidos por CORTIÑAS PELÁEZ como “aquellas tareas concretas en función administrativa, asumidas directamente por el poder público o previa autorización y concurrentemente por los particulares, en un régimen jurídico mixto que entrelaza regímenes de los Derechos público, privado y social, y cuyos destinatarios se encuentran en calidad de beneficiarios.”

La actuación del Estado en materia de servicios sociales abarca una amplia gama de materias, pero en nuestra doctrina se han señalado los siguientes caracteres fundamentales y comunes a este cometido estatal:

a) La finalidad de estos servicios es eminentemente social, en el sentido que están dirigidos a obtener en forma inmediata un mejoramiento en el nivel de vida de los individuos, especialmente de aquellos que se encuentran en condiciones menos favorables.

b) Por su naturaleza, estos servicios no persiguen fin de lucro, lo que determina un régimen especial de financiación.

c) La intervención del Estado no excluye la actuación de los particulares, quienes pueden actuar en esta materia ejerciendo un derecho propio, por lo que se trata de una zona de actividad en la que concurren las personas públicas y las privadas.

d) El régimen jurídico es diferente del de los servicios públicos y del de las actividades privadas, en función de la naturaleza de la actividad a desarrollar y de los intereses que afectan.

e) La situación de las personas que usan los servicios sociales es de beneficiarios.

Entonces, es claro que estos elementos se dan en materia de asistencia a la salud, a saber:

a) En primer lugar, asiste razón a DELPIAZZO cuando dice que la finalidad social de esta actividad es evidente. En el actual Estado de Derecho no solo se reconoce la protección de ciertos bienes jurídicos como la salud, sino que se disponen los medios para su satisfacción a aquellos que carecen de recursos, asegurando así la igualdad material y no meramente formal de los habitantes.

b) En materia de financiación, se ha evolucionado de un sistema de caridad y beneficencia a un sistema de financiación que, simplificadamente reconoce tres grandes fuentes: el prepago voluntario, el pago directo por los particulares y los tributos (cuarto: DISSE).

c) En cuanto a los participantes, se trata de un ámbito en el que "los particulares actúan por derecho propio, habilitados para su actuación concurrente con el sector público, mediante actos administrativos de autorización, es decir, mediante actos en los que está excluido el intenso matiz de imperio contenido en los actos de soberanía, característico de los cometidos esenciales; ni siquiera estamos en un campo de acción de principio de la Administración pública, en el cual la presencia de los particulares está severamente restringida y controlada mediante un acto de concesión, característico de los cometidos de servicio público". Esta pluralidad y diversidad de actores que hoy se desenvuelven en el sector, apareja diferencias regulatorias que obligan a una sistematización rigurosa.

d) En lo referido a este cometido, "no obstante su proclamada continuidad, regularidad e igualdad en la prestación, es dable advertir diferencias regulatorias en función de los distintos tipos de prestación y de las diversas situaciones en que pueden encontrarse los beneficiarios, con proyecciones sobre su funcionamiento. Así la cobertura igualitaria de la atención de nivel terciario de toda la población para el diagnóstico y tratamiento de afecciones que requieren medicina altamente especializada está asegurada a través del Fondo Nacional de Recursos integrado con aportes estatales y privados."

e) En materia de beneficiarios, nuestro derecho positivo ha avanzado en la determinación del alcance del deber de los habitantes de cuidar su salud, y de la obligación estatal de asistir a los carentes de recursos suficientes. El art. 44 inc. 2º de la Constitución impone a todos los habitantes "el deber de cuidar su salud así como el de asistirse en caso de enfermedad", lo que lleva implícito el deber de pagar por dicha asistencia en forma coherente con la obligación del art. 53 y con la libertad que surge del art. 36; mientras que por otro lado, la oración final del mismo art. 44 impone al Estado atender gratuitamente a los indigentes o carentes de recursos, obligación cuyo contenido resulta ilustrado por normas tales como el art. 12 del Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales, a cuyo tenor se procura asegurar la plena efectividad del derecho a la salud a través de la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, entre otras medidas.

3.3 – La actuación de los particulares. La prestación por los particulares de los servicios asistenciales de salud, es una actividad que los mismos realizan en ejercicio de un derecho propio, por lo que se aplican los principios de libertad, subsidiariedad y libre concurrencia.

a) El principio de libertad tiene raigambre constitucional, a través de los artículos 7, 10, 36 y 72.

Este principio es ratificado por el Decreto-Ley Nº 15.181.

b) El principio de subsidiariedad impone al Estado un límite negativo, ya que este no debe hacer lo que pueden y deben hacer los individuos y grupos sociales intermedios, a la vez que un actuar positivo, ya que debe ayudar, coordinar, enderezar y proteger la iniciativa privada, supliendo lo que esta no pueda cubrir.

c) El principio de libre concurrencia es consecuencia del de libertad. Por eso, mientras que los cometidos esenciales no pueden ser prestados por los particulares en ningún caso y los servicios públicos solo pueden ser prestados por particulares mediante concesión (porque han sido extraídos del ámbito de actuación de la actividad privada), en los servicios sociales –al igual que en la actuación estatal en el campo económico– se requiere una ley para excluir la actividad de los agentes privados (art. 85, ord. 17 de la Constitución). En estos casos, cuando se dicta una ley de tales características, nos encontramos frente a un monopolio, es decir, una situación en la que se ha suprimido la libre concurrencia y se ha reservado el ejercicio de la actividad respectiva al Estado.

4 – Modalidades de prestación de la asistencia médica y prestadores de asistencia públicos y privados en el Uruguay.

4.1 Modalidades de asistencia. Como bien ya lo apuntaba SERWIANSKY[35] al comentar el Decreto-Ley Nº 15.181, el mismo con una técnica jurídica superior a su antecesora Ley Nº 10.384 distingue claramente las modalidades de atención –que define conceptualmente en su artículo 3º– de la tipología de los prestadores que el Decreto-Ley regula.

Las modalidades de atención son definidas en el artículo 3º [36], que en primer lugar distingue entre la modalidad privada y la modalidad pública. A su vez, especifica que la asistencia privada puede ser particular o colectiva.

Luego, el artículo 3º, en sus tres literales define las dos clases de la modalidad privada y la pública de la siguiente manera, que se pasa a ver.

A) La asistencia médica privada particular es la que brindan a sus pacientes los profesionales mencionados en el artículo 2 (en el ámbito de sus competencias específicas por médicos, odontólogos y obstetras con título otorgado o revalidado por la Universidad de la República, o bajo la dirección y responsabilidad de dichos profesionales, conforme a las normas de esta ley y las demás que tutelan la salud pública) actuando individualmente, en equipo o a través de entidades.

---

[35] Pág. 93.

[36] **Artículo 15º. Modalidades.-**

La asistencia médica podrá ser brindada en forma privada, ya sea particular o colectiva, y en forma pública a través de los organismos respectivos.

Fuente: Decreto-ley No.15.181 de 21 de agosto de 1981, artículo 3º.

Artículo 3º.- La asistencia médica podrá ser brindada en forma privada, ya sea particular o colectiva, y en forma pública a través de los organismos respectivos:

A su vez, subdivide esta asistencia en “parcial o total” y agrega que puede “abarcar todos los aspectos técnicamente posibles y se regulará por los acuerdos que se celebren al respecto mediante el régimen de libre contratación.”

Por último, agrega que “Los sanatorios y clínicas privados podrán ofrecer seguros individuales de internación, parciales o totales, en régimen de libre elección de asistencia profesional.”

La asistencia médica privada colectiva es la “que brinden a sus socios o afiliados las instituciones que se organicen y funcionen según las disposiciones” del Decreto-Ley Nº 15.181.

Por último, dice que se entiende por asistencia médica prestada en forma pública, aquella que realizan las personas jurídicas públicas.

Como dice SERVIANSKY, por primera vez un texto legal nacional deslindó claramente dos criterios clasificatorios distintos, pero superpuestos, que se habían confundido en las normas anteriores.

Es claro que, una cosa es clasificar la asistencia médica tomando como criterio la naturaleza del sujeto interviniente (público o privado) y otro distinto es clasificarlo teniendo en cuenta la forma o modalidad o manera cómo se presta esa asistencia, si es en forma particular o colectiva, privadas ambas, o en forma pública.

4.2 – Prestadores Públicos. La Ley Nº 9.202 de 12 de enero de 1934, en su art. 1º establece que compete al Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública, la organización y dirección de los Servicios de Asistencia e Higiene.

Esa es la norma básica, hay muchas otras a considerar que escapan al objeto de este trabajo que no versa sobre la asistencia pública y solamente se verán en lo que sea necesario para exponer mejor la conformación del sector salud en Uruguay.

La Administración Central a través del Poder Ejecutivo y varios de sus Ministerios presta asistencia médica por varios organismos. En primer lugar, el mismo Ministerio de Salud Pública, a través de un organismo desconcentrado denominado Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E) presta asistencia médica, fundamentalmente a las personas carenciadas o que no tienen medios para solventarse su asistencia, dando cumplimiento al mandato constitucional del art. 44. También por un sistema llamado de “Asistencia Integral” presta asistencia a sus funcionarios.

En la reforma en curso, el Gobierno proyecta separar las funciones de autoridad sanitaria de las de prestador de asistencia, manteniendo las primeras en el Ministerio de Salud Pública y atribuyendo las segunda a A.S.S.E. pero transformado su naturaleza jurídica, en la de un Servicio Descentralizado, que no estaría sujeto a jerarquía de tal Ministerio, aunque sí tendría relaciones de coordinación y tutela administrativa según el marco general constitucional de los servicios descentralizados.

Pero además, en la órbita del Poder Ejecutivo prestan asistencia a sus funcionarios y familiares de los mismos el Ministerio de Defensa Nacional, a

través del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y el Ministerio del Interior con su servicio de sanidad y su Hospital Policial en la Capital.

Ya fuera de la Administración Central, pero dentro de los Organismos descentralizados por servicios, también hay varios servicios de asistencia a la salud. En primer lugar, la Universidad de la República (Estatal) tiene en su Facultad de Medicina un hospital universitario, que es centro de estudios y de prestación de asistencia.

El Banco de Seguros del Estado, que tiene el monopolio de los seguros de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, tiene servicios médicos y de internación propios para estos casos que, incluso se encuentran fuera de la cobertura mutual.

El Banco de Previsión Social, que es el organismo público prestador se servicios de seguridad social, además de servir prestaciones monetarias (jubilaciones, pensiones, subsidios por desempleo) y financiar la cuota mutual de una serie de trabajadores y pasivos (como luego se verá), presta servicios propios, especialmente en el área materno infantil, teniendo incluso un hospital.

Por último, los Gobiernos Departamentales (administraciones locales municipales) tienen en algunos casos servicios de atención a sus funcionarios y a ciudadanos en general carenciados, del tipo ambulatorio.

Para completar el cuadro público hay que considerar a ciertas persona públicas no estatales (entidades paraestatales) que sin integrar al Estado están sometidas a un régimen de Derecho Público y tienen fuertes vínculos con el Estado. Hay varias de ellas que actúan en el sector salud, en áreas de promoción y prevención, financiamiento de prestaciones y algunas prestaciones directas. Entre ellas están el Fondo Nacional de Recursos, la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular.

4.3 – Prestadores Privados. Aquí es necesario ver varias categorías, debiendo distinguirse primero la actuación de los profesionales en forma individual, en régimen de libre ejercicio de la profesión (que no es lo predominante entre los médicos), de la asistencia organizada en entidades, muchas de ellas personas jurídicas y otras no, sociedades civiles entre profesionales.

4.3.1 – Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)*. Esta categoría* constituye la más importante, ya que atiende aproximadamente a la mitad de la población nacional, tiene una larga tradición de más de 150 años, se origina en el mutualismo y tiene una gran adhesión por parte de la población, prestando una asistencia integral, en cuanto comprende todas las etapas del proceso asistencial y niveles de atención (prevención, ambulatorio, medicamento, técnicas de diagnóstico, internación médica y quirúrgica, así como en algunos casos también cuidados paliativos), todo ello por un costo muy razonable o aun bajo si se compara el concierto mundial, unos 35 dólares mensuales.

Como ya se dijo antes, en nuestra legislación se entiende por Asistencia Médica Privada Colectiva la que brindan a sus socios o afiliados las Instituciones que se organicen y funcionen de acuerdo al Decreto-Ley Nº 15.181 de 21 de agosto de 1981.

Dentro de este tipo de Instituciones se encuentran las mutualistas.

Dada la importancia cuantitativa y cualitativa de las IAMC y su especial relación con el tema de este trabajo, más adelante se hará un análisis más detallado de su regulación y realidad.

4.3.2 – Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular. El artículo 16º del Marco Regulatorio[37], dice que la Asistencia Médica Privada Particular es "la que brindan a sus pacientes los médicos odontólogos y obstetras, actuando individualmente, en equipo o a través de entidades.

A su vez, esta categoría de Instituciones se divide en dos.

Por un lado tenemos las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total que son aquellas personas jurídicas, cuyo único objeto, especialmente establecido, sea la prestación de Asistencia Médica Total, contando con una infraestructura propia o de terceros –en cuyo caso la contratación debe ser directa– destinada a tal fin.[38]

Por otro lado tenemos las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Parcial, conocidas también como "seguros parciales". Al respecto, el art. 17 del Marco Regulatorio dice que son aquellas personas jurídicas, cuyo único objeto, especialmente establecido, sea la prestación de Asistencia Médica Parcial, contando con una infraestructura propia o de terceros –en cuyo caso la contratación debe ser directa– destinada a tal fin. Dentro de estos prestadores se encuentran los servicios de emergencia médica móvil.

4.3.3 – Empresas de intermediación en la prestación de asistencia médica u odontológica. Estas empresas comerciales no son prestadores de asistencia, pero compiten con ellas, y en los hechos han actuado en forma similar a los llamados "seguros parciales", aunque jurídicamente no lo son.

El art. 19 del Marco Regulatorio dice que "se consideran empresas de intermediación en la prestación de asistencia médica u odontológica, a aquellas que mediante una cuota de prepago otorgan a sus afiliados asistencia médica u odontológica, a través de servicios contratados a terceros, sin que ello excluya la prestación de servicios no lucrativos."

5 – Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

5.1 – Las IAMC. El sector de la medicina privada nacional se organiza y presta fundamentalmente por las IAMC, que en su conjunto se puede considerar que constituyen el sistema de la medicina colectiva nacional.

El origen de este sistema es el mutualismo, surgiendo luego instituciones organizadas como centros de asistencia dependientes de gremiales médicas y cooperativas médicas. Si bien, estas dos últimas categorías se diferencian de las mutualistas en cuanto a la propiedad y organización interna de la Institución, en lo referente a la prestación de la asistencia médica, han seguido

[37] Fuente: Decreto-ley No. 15181 de 21 de agosto de 1981 artículo 3º. Literal A) Texto ajustado"

[38] Art. 18 del Marco Regulatorio.

básicamente las orientaciones del mutualismo, lo que incluso ha sido así consagrado por la legislación nacional.

5.2 – Los principios de la Medicina Colectiva Uruguaya. En la organización general de la medicina colectiva nacional el legislador tomó como inspiración, los principios del mutualismo, en todo aquello que fuera adaptable a la generalidad de la tipología institucional que estableció en el artículo 6° del Decreto-Ley Nº 15.181, ampliada luego, sin consecuencias en esta materia por la Ley N° 17.548. Estos principios son coincidentes materialmente con los de la seguridad Social.

Si analizamos el texto del Decreto-Ley Nº 15.181 y sus reglamentaciones hoy consolidadas dentro del denominado "Marco Regulatorio de los Servicios de Salud" aprobado por el Decreto Nº 455/001, podremos ver que el mismo se encuentra informado en ciertos principios fundamentales del mutualismo, que fueron tomados entonces como **principios básicos de la medicina colectiva nacional**:

1.- Ausencia de fin de lucro.

2.- Solidaridad intergeneracional

3.- Igualdad de acceso a las prestaciones

4.- Libertad de adhesión a sistema.

5 - Neutralidad (Cosmopolitismo y tolerancia): no discriminación por razones políticas, ideológicas, filosóficas, religiosas, sociales, etc.

Analizaremos ahora las normas legales y reglamentarias que expresamente aplican estos principios.

5.2.1 – Ausencia de fin de lucro. En el artículo 6° del Decreto-Ley Nº 15.181 se estableció una tipología taxativa de IAMC, en tres especies. Un rasgo común a las tres categorías es la ausencia de fin de lucro.

- Mutualistas, que el Decreto-Ley denomina "asociaciones asistenciales", son entidades que por definición carecen intrínsecamente de fin de lucro.
- Las Cooperativas de Profesionales, que son cooperativas de producción. Si bien se discute, los autores que dicen que las mismas tienen fin de lucro, subrayan que la forma de distribución de utilidades es diferente al criterio capitalístico, es en razón del trabajo de los cooperativistas que se efectúa.
- Los servicios de Asistencia creados y financiados por empresas para la atención médica de su personal y eventualmente la familia.

Además, a la ausencia de lucro se vincula el artículo 15 que establece que la cuota "mutual" se debe adecuar al costo del servicio, sin considerarse la utilidades a distribuir entre los propietarios.

5.2.2 – Igualdad de acceso a las prestaciones. Naturalmente con respecto a las "mutualistas en sentido estricto" este principio rige sin duda, en la medida en que es un principio del mutualismo, a los que refiere el artículo 6° literal A del Decreto-Ley Nº 15.181.

Pero también este principio rige para las demás IAMC y por ello es de considerar como un principio básico del sistema.

En el artículo 7° del Decreto-Ley Nº 15.181 se establece la obligación de las IAMC de suministrar la cobertura asistencial a sus asociados o afiliados "con prescindencia de los recursos económicos de estos".

El artículo 15 consagra el derecho de los afiliados y asociados a una asistencia médica que además de básica y completa, califica de "igualitaria".

5.2.3 – Solidaridad intergeneracional. Este principio es aplicable en forma indudable a las "asociaciones asistenciales" dado lo dispuesto por el literal a) del artículo 6. También es un principio que informa, todas las categorías de IAMC.

El principio de la solidaridad en general se refiere a que la financiación del sistema sea efectuada por los miembros de la sociedad con independencia del interés particular en la obtención de una prestación actual.

Según el principio específico de la solidaridad intergeneracional, los jóvenes y los no jóvenes pero que gozan de buena salud, financian la atención de los enfermos –jóvenes– y de todos los añosos.

La asistencia debe ser igualitaria, debe prestarse con prescindencia de los recursos económicos de los asociados o afiliados y el valor de la cuota debe adecuare al costo del servicio.

De esto surge con evidencia que el principio de la solidaridad en el aporte igualitario entre los asociados y afiliados está en la base de estas tres normas.

La solidaridad intergeneracional ha sido un principio que no solo ha sido conculcado en la práctica, sino que ha sido puesto en duda por algunas corrientes de opinión, en materia general de seguridad social y en la salud específicamente. En el Seminario que organizó el Plenario de IAMC (que nuclea a cooperativas de médicos) en noviembre el 2001, el entonces Ministro de Economía y Finanzas, Cr. Alberto Bensión, expresó que para él había algunos principios del mutualismo que se debían empezar cuestionar. Dijo que hay un falso concepto de solidaridad intergeneracional que está significando que también en este sector, como en el de las pasividades, Uruguay haya privilegiado a los sectores de mayor edad en detrimento de los de edad más joven" [39].

Al respecto asiste total razón a lo expuesto por los Dres. Ademar Sosa y Enrique Iglesias en cuanto a que en materia de seguridad social, la "solidaridad, que supone la conciencia de que somos seres humanos y que nada de lo humano debe sernos ajeno, es un principio indiscutido e insoslayable. La crisis de la solidaridad es la crisis de la propia humanidad" [40]. Sustituir el sistema de la medicina colectiva por un sistema de financiación individual, llevará la prestación de la atención sanitaria a un esquema de empresas lucrativas y desprovisto totalmente de la ideología solidaria en que se basó nuestra seguridad social desde la aprobación de la "Ley Carnelli" de 1919 y, en materia específica de salud, la idea-fuerza de la solidaridad

[39] BENSIÓN, p. 159.
[40] SOSA, Ademar e IGLESIAS, Enrique, *Introducción al conocimiento jurídico* p. 263.

intergeneracional que se desarrolló desde hace 150 años, elaborándose en forma conjunta a nuestra toma de conciencia como Nación independiente.

Por otra parte, como bien señaló el Cr. Julio PILÓN –uruguayo Vicepresidente de la AIM– en su trabajo "Pobreza y enfermedad: Equidad de la seguridad en los seguros de enfermedad", el nuevo modelo jubilatorio uruguayo no se puede trasladar así de fácil a los seguros de salud. "Es muy difícil establecer seguros de enfermedad que cubran lo básico, lo intermedio o lo total. En materia de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, resulta imposible estipular atenciones diferentes según la capacidad económica. Lo que puede variar es la hotelería hospitalaria, la presencia o ausencia de aire acondicionado en los consultorios y pocos detalles accesorios más. En consecuencia, la problemática a la que se debe encontrar solución presenta características diferentes de las jubilaciones y pensiones. Siendo así, para situaciones diferentes, deben buscarse soluciones diferentes".

5.2.4 – Libertad. Este principio tiene en primer lugar raigambre constitucional. La libertad de ingreso a una "mutualista" es un aspecto de la libertad de asociación, reconocida como derecho inherente a la persona humana por la Constitución.

La libertad de contratar con las otras tipologías de IAMC surge del principio general de libertad, que dentro de ella comprende a la libertad de contratación.

El art. 1° del Dec. Nº 457/988 (Marco Regulatorio art. 134) reconoce este derecho diciendo: "Todo habitante de la República tiene el derecho de afiliarse a la Institución de Asistencia Médica Colectiva (en adelante I.A.M.C.) que desee."

El mismo decreto, en su art. 3° (Marco Regulatorio art. 136) que "las personas pueden incorporarse a una I.A.M.C., o cambiar de una a otra, en forma individual, dentro de un grupo familiar o a través de regímenes colectivos privados, en la forma y condiciones establecidas por las disposiciones vigentes".

La libertad de elección se ratifica en el art. 46 de ese Decreto en la redacción dada por el artículo 1° del Decreto Nº 11/989 para los casos de clausura de una IAMC (MR art. 179).

Esta libertad de elección tuvo una diferencia en materia de afiliaciones por la seguridad social en que se había establecido un plazo mínimo de estabilidad en la afiliación de 24 meses. Actualmente, la movilidad está suspendida hasta que se solucionen problemas de ese sistema, fundamentalmente la "intermediación lucrativa". En el nuevo sistema que se proyecta, se prevén medidas para asegurar la libertad de elección combinada con un mínimo de afiliación para asegurar estabilidad al sistema y a las instituciones.

5.2.5 – Neutralidad (Cosmopolitismo y tolerancia): no discriminación por razones políticas, ideológicas, filosóficas, religiosas, sociales, etc. El art. 31 del Decreto Nº 258/992 (MR art. 216) que "el paciente tiene derecho a recibir tratamiento sin distinción de raza, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, orientación sexual o fuentes de pago".

***5.3 – Tipología*.** El Decreto-Ley Nº 15.181 en su artículo 6º establece la tipología de estas Instituciones, dividiéndolas en tres categorías, que define de la siguiente manera:

A) Asociaciones Asistenciales, las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos otorguen a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin;

B) Cooperativas de Profesionales, las que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas;

C) Servicios de Asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente, a los familiares de aquel.

En el art. 9º se establece que todas las entidades de asistencia médica colectiva que se creen a partir de la publicación de ese Decreto-Ley [41] de la presente ley deberán ajustar sus estatutos a las disposiciones del "Estatuto Tipo" que establezca el Poder Ejecutivo y obtener la personería jurídica.

Pero cuando se sancionó y promulgó el Decreto-Ley Nº 15.181 existían múltiples entidades prestadoras de servicios de asistencia médica cuya forma jurídica no se adecuaba a la tipología del artículo 6º de este Decreto-Ley, sino a otras categorías que sí se encontraban previstas en el Decreto-Ley Nº 10.348 por lo que era necesario legislar sobre esta situación. La solución fue la dada por el artículo 19, según el cual, dentro de los dieciocho meses de la publicación de la reglamentación respectiva, las IAMC existentes “deberán, cuando corresponda, fusionarse o transformar su tipo y en todos los casos, reformar sus estatutos de acuerdo con las normas del ‘Estatuto Tipo’ ".

También, en este tema, es de tener en cuenta que en el artículo 17, literal a se prohibía a las IAMC “mantener ningún tipo de dependencia con instituciones gremiales, políticas o similares”.

Pero en la práctica no se dio total cumplimiento a estas normas. De acuerdo al relevamiento efectuado por SERRA –a la sazón, Director de Control de Calidad del M.S.P.– en el año 2000 “existían en Montevideo 18 IAMC, de las cuales 5 eran mutualistas, 6 cooperativas de profesionales, 6 sociedades de producción sanitaria y un centro de asistencia dependiente del SMU.” Es decir que “muchas instituciones se organizan según la tipología del Decreto Ley Nº 10.384 del 13 de febrero de 1943”. [42] Pero, si bien ello es cierto, el plazo para transformar el tipo de las entidades que establecía el artículo 19 del Decreto-Ley Nº 15.181, no solo no había vencido, sino que nunca había empezado a correr, ya que el Poder Ejecutivo –a la fecha del relevamiento de SERRA, año 2000– no había dictado la reglamentación del Decreto-Ley sobre este aspecto ni sobre el Estatuto Tipo.

---

[41] El Decreto-Ley 15.181 fue publicado en el Diario Oficial Nº 21.061 de 2 de setiembre de 1981.

[42] SERRA, Joaquín, Los problemas de gestión como una de las causas que explican la crisis de las IAMC. en “El Futuro de la Medicina Colectiva en el Uruguay” pág. 62

En efecto, el Poder Ejecutivo tardó prácticamente veinte años en dictar la reglamentación referida al “Estatuto Tipo” de las IAMC. Recién por Decreto Nº 127/001 del 9 de abril 2001 se dictó por el Poder Ejecutivo la reglamentación de los artículos 9 y 19 del Decreto-Ley Nº 15.181.

El Decreto Nº 127/001 dispone en su artículo 2º que “Las Instituciones comprendidas en el artículo 6º del Decreto Ley N° 15.181, deberán constituirse en personas jurídicas adoptando alguna de las formas previstas en los incisos A), B) o C) de la referida norma. Aquellas instituciones comprendidas en el artículo 6º literal A) deberán agregar a su denominación el calificativo de "Mutualista", las comprendidas en el artículo 6º literal B) deberán agregar a su denominación el calificativo "Cooperativa Médica" y las comprendidas en el artículo 6º literal C) deberán agregar a su denominación el calificativo "Servicio de Asistencia". “

A las Instituciones que ya existían, por el artículo 3º les otorgó un plazo de 180 días contados a partir de la publicación del Decreto, “para presentar ante el Ministerio de Salud Pública el proyecto de modificación de sus estatutos en los términos referidos en el presente Decreto, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 19 del Decreto-Ley Nº 15.181. “

Por su parte, para las nuevas IAMC dispone en su artículo 4º que las que se creen con posterioridad a la vigencia del presente Decreto deberán ajustarse a las disposiciones de ese Decreto.

Pero el Decreto chocó con una realidad preexistente nada fácil de modificar y, además, fue recurrido por algunas Instituciones por considerarlo inconstitucional.

En primer lugar, la situación del CASMU presentaba dos problemas, no daba cumplimiento al artículo 17 literal a) del Decreto-Ley Nº 15.181 y siendo una dependencia del Sindicato Médico del Uruguay no era fácticamente posible que se transformara en una mutualista o en una cooperativa de profesionales.

En segundo lugar, para las sociedades de producción sanitaria era muy difícil o prácticamente imposible su transformación en cooperativas y por último, pero no menos importante, algunas mutualistas consideraron que el Decreto era inconstitucional por violar la libertad de asociación prevista en la Constitución, al limitarla por Decreto del Poder Ejecutivo y no por Ley (arts. 7 y 10 de la Constitución).

Entonces, el 21 de mayo de 2002 el Poder Ejecutivo envió al Poder Legislativo un Proyecto de Ley para “regular la situación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) que responden a instituciones gremiales excluyéndolas de la aplicación de determinadas disposiciones del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981.”

En el Mensaje, el Poder Ejecutivo cita una consulta evacuada por el profesor Juan Pablo Cajarville en la que “se concluye que los artículos 7º y siguientes del Decreto-Ley Nº 15.181 no son aplicables al Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y su Centro de Asistencia (CASMU), no solo por el tenor literal y contextual de la ley, sino también por su intención o espíritu, claramente manifestado en ella misma, o en la historia fidedigna de su sanción.”

Por ello, dice el Mensaje del Poder Ejecutivo, “a los efectos de evitar un conflicto interpretativo y eventualmente una acción de inconstitucionalidad, se considera establecer por ley que las instituciones que prestan asistencia médica colectiva con la naturaleza jurídica que hoy tiene el SMU y su Centro Asistencial (CASMU) –única en el sector– deberán regirse en lo pertinente por las disposiciones del Decreto-Ley Nº 15.181, creando así una nueva categoría de IAMC con relación a las tres ya previstas en el artículo 6º del citado decreto-ley; y establecer para dichas instituciones la inaplicabilidad del literal A) del artículo 17 de la citada norma –que prohíbe a las IAMC mantener dependencia de tipo alguno con instituciones gremiales– dado que por su propia naturaleza jurídica le sería de imposible cumplimiento.”

Con respecto a las Cooperativas de Profesionales del literal b) del artículo 6º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, que constituyen una especie dentro del género "sociedades cooperativas" reguladas por la Ley Nº 10.761, de 15 de agosto de 1946, el Poder Ejecutivo planteó al Legislativo que “a los efectos de evitar conflictos entre ambas disposiciones –una, que regula a las sociedades cooperativas en general y otra, a las que prestan asistencia médica– se resolvió excluir del ámbito material de aplicación de la ley genérica Nº 10.761 en lo pertinente a las cooperativas de profesionales a que refiere el literal b) del artículo 6º del Decreto-Ley Nº 15.181, debiendo regirse por tanto por la última norma legal citada.”

Por tanto, tenemos ahora cinco categorías de IAMC, legalmente saneada la situación de las que no se ajustaban al Decreto-Ley Nº 15.181:

- Mutualistas (también denominadas “asociaciones asistenciales”)
- Cooperativas de Profesionales
- Servicios de empresas para trabajadores y familiares.
- Centros de Asistencia dependientes de Gremios
- Sociedades de Producción Sanitaria

5.4 – Prestaciones asistenciales. Las IAMC prestan a sus asociados y afiliados un muy importante conjunto de servicios, en todas las modalidades y niveles de atención.

El principio básico se encuentra establecido en los artículos 7º (incs. 1 y 2) y 15 del Decreto-Ley Nº 15.181 que establece:

> *“Artículo 7º.- Las instituciones de asistencia médica colectiva deberán suministrar a sus asociados, afiliados o usuarios, con prescindencia de los recursos económicos de estos, los medios para la prestación de una cobertura de asistencia médica, de acuerdo a las pautas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.*
>
> *(...)*
>
> *Los derechos y obligaciones de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), y de los asociados, afiliados o usuarios serán determinados por la reglamentación de la presente ley.”*
>
> *Artículo 15.- Los asociados o afiliados de las instituciones de asistencia médica colectiva de los tipos A) y B) asegurarán su derecho*

a la asistencia médica básica, completa e igualitaria, mediante el pago de cuotas mensuales que se adecuen al costo del servicio.

La demanda y prestaciones de servicios se regularán en lo económico por el pago de tasas moderadoras y, cuando así lo resolviere el Poder Ejecutivo, por aranceles.

Entiéndese por cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria, la que en lo asistencial, incluye la aplicación de las siguientes actividades fundamentales: medicina general ginecotocología, cirugía y pediatría, como asimismo, sus especialidades complementarias."

De acuerdo a las normas vigentes, recopilada como se dijo en el Marco Regulatorio, la prestación asistencial comprende:

- **Acciones de prevención** que deben organizarse para:
  - Realizar las inmunizaciones que estén indicadas para cada afiliado.
  - Efectuar controles clínicos y paraclínicos, prenatales, del niño sano y del adulto, con las finalidades, características y frecuencia que el Ministerio de Salud Pública determine.
  - Incorporar a los programas actividades concretas de educación para la salud.
- **Acciones de recuperación** que deben ser realizadas de acuerdo con el concepto de atención progresiva del paciente, y deberán comprender:
  - Actos médicos y odontológicos necesarios. Los primeros podrán tener lugar en el domicilio (convencional o de urgencia), consultorio o lugar de internación del paciente.
  - Internación semiprivada para tratamiento de afecciones que lo requieran.
  - Técnicas paraclínicas de diagnóstico.
  - Recursos terapéuticos, farmacológicos, quirúrgicos, radiantes o físicos.
- **Medicamentos**, tanto en régimen ambulatorio como en régimen de internación, de acuerdo a las modalidades de asistencia, niveles y listado de medicamentos que se establecen en el Formulario Terapéutico de Medicamentos, aprobado por Decreto Nº 265/2006.
- Cobertura financiera de la asistencia en casos de emergencia cuando el asociado o afiliado se encuentra, dentro del territorio nacional, fuera de las localidades en que la Institución tiene Sede y se asiste en otra IAMC o en dependencias de A.S.S.E.

Para prestar la asistencia, las IAMC deben contar con recursos humanos, infraestructura y demás, según las normas reglamentarias vigentes y contar con las debidas habilitaciones de la autoridad sanitaria.

La cobertura a cargo de las IAMC excluye:

a) Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y demás afecciones reguladas por la legislación vigente.

b) Lesiones producidas por conductas que configuren violación de la ley penal, imputables al afiliado.

c) Acciones y/o procedimientos con finalidad estética, cuando no esté comprometido el mantenimiento o recuperación de una función.

d) Aparatos ortésicos y protésicos. Se entiende que las endoprótesis y los aparatos de yeso no están comprendidos en la exclusión.

e) Internación psiquiátrica mayor de 30 días por año calendario.

f) Psicoanálisis, psicopedagogía y similares técnicas de terapia psiquiátrica.

g) Tratamientos que requieren intervención de prótesis dentales, prótesis dentales parciales y completas, ortodoncia, ortopedia y endodoncia con complicaciones.

h) Técnicas de rehabilitación que no reporten real beneficio al paciente, en afecciones físicas crónicas o secuelas definitivas. En todos los casos para estas técnicas de rehabilitación se fija un plazo máximo de aplicación de 6 meses. Más allá del cual deberá ser el Director Técnico de la Institución quien decide si corresponde o no su prolongación, con el asesoramiento correspondiente.

i) Servicios asistenciales cubiertos bajo régimen de la Ley Nº 16.343 del 24 de diciembre de 1992 y decretos reglamentarios (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cubiertos por el Banco de Seguros del Estado).

De acuerdo al art. 56 del Marco Regulatorio, están asimismo específicamente excluidas de las prestaciones cubiertas por las IAMC aquellas técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no tengan eficacia comprobada, estén en etapa experimental o no estén incorporadas a la práctica médica habitual del país.

Es por ello que el MSP debería, según las normas vigentes, identificar estas técnicas de diagnóstico y terapéuticas, integrando el listado correspondiente, de oficio o a pedido de las propias Instituciones y revisar semestralmente el listado. Esta norma, salvo contadas excepciones ha sido letra muerta y ello crea una gran indefinición en el contenido de las obligaciones de las IAMC y de los derechos de los asociados, con la consiguiente inseguridad jurídica, aumento de costos y semillero de pleitos.

La UMU desde principios de esta década ha insistido en la necesidad de establecer en forma taxativa el conjunto de prestaciones a cargo de las IAMC, por seguridad de las instituciones y sus socios. Elaboró un Proyecto que en 2002 presentó al MSP y cuyo desarrollo dio lugar a la regulación de medicamentos, primero mediante el VAM, Vademécum de la Asistencia Médica y ahora mediante el FTM, Formulario Terapéutico de Medicamentos.

El actual gobierno, dentro del marco de las reformas del sistema que viene impulsando, ha expresado que es necesario determinar con certeza las prestaciones y viene elaborando, en consulta con los diversos actores del

sector, un Plan Integral de Asistencia a la Salud (PIAS), que según los anuncios estaría compuesto de Programas de Asistencia y de prestaciones.

5.5 – Régimen de ingresos. Por la asistencia de medicina colectiva, las IAMC tienen dos tipos de ingresos. El más importante es la cuota mensual de afiliación, cuota que se encuentra regulada por el Poder Ejecutivo, que periódicamente autoriza sus incrementos.

Como se dijo, según el art. 15 del Decreto-Ley Nº 15.181, tal cuota debe estar ajustada a los costos de los servicios, pero en los hechos, ello no siempre ha ocurrido y la determinación de las cuotas mutuales ha tenido muchas veces un manejo de cierta discrecionalidad política, por ejemplo, su impacto en los indicadores nacionales de la inflación, etc.

De acuerdo al sistema actual, la cuota autorizada por el Poder Ejecutivo es la máxima y general aplicable a todos los asociados individuales de la Institución, sin distinción de edad, sexo, enfermedades, etc.

Más adelante se verá que la cuota de los afiliados por la seguridad social tiene un piso del 85% y un techo del 90% del valor promedio de las cuotas individuales que cada IAMC cobra a esa categoría de socios.

En los hechos, muchas IAMC han practicado competencia por el precio, efectuando rebajas a categorías de socios de bajo riesgo, fundamentalmente a menores, produciendo el fenómeno del “descreme”, que produjo la ruptura en los hechos de la solidaridad intergeneracional. Las Instituciones de UMU, se han mostrado totalmente contrarias a estas prácticas, lo que en los hechos llevó a que tengan estructuras de socios de mayor edad que el resto del sector, con los consiguientes costos asistenciales que ello implica.

La UMU ha planteado reiteradamente la necesidad de establecer “Reglas de Sana Competencia” entre las IAMC, lo que hasta el momento no se ha logrado. La futura reforma que el gobierno planea tiende a buscar solucionar por otra vía el problema, al planear, como se verá, un sistema distinto de pago a las IAMC de las cuotas.

El otro componente son las tasas moderadoras, copagos que deben abonar los asociados o afiliados en oportunidad de acceder efectivamente a las prestaciones. Estas tasas moderadoras solamente se aplican cuando se trata de consultas médicas, técnicas de diagnóstico o medicamentos en régimen ambulatorio, pero nunca cuando se trata de internación.

Estas tasas están sujetas al mismo régimen de autorización por el Poder Ejecutivo que las cuotas mensuales.

En la década de los ’90, luego de un conflicto con los cirujanos y anestesistas, a fin de financiar el aumento de sus retribuciones (que pasaron de ser fijas a ser por destajo en la Capital) el Poder Ejecutivo no autorizó el aumento de cuotas para ello, pero sí de las tasas moderadoras. Así dejaron de ser, en los hechos, puramente moderadoras y se volvieron en parte recaudadoras.

En los últimos dos años el Gobierno ha venido reduciendo y exonerando algunas de ellas. Así, las tasas moderadoras por medicamentos han aumentado más de un 40% que las demás tasas, se ha declarado la exoneración de tasas de los medicamentos reguladores de la glicemia y de las técnicas de diagnóstico preventivas de mamografías y papanicolau.

Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública tiene una serie de intensas atribuciones de control sobre las IAMC:

a) Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva deberán recabar autorización del Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, con fundamentos debidamente documentados, para:

A) Crear, clausurar, suspender, ceder, constituir derecho de uso en favor de otras entidades de asistencia o arrendar servicios de atención médica;

B) Adquirir, enajenar, arrendar o prendar equipos sanitarios;

C) Adquirir, enajenar o hipotecar bienes inmuebles y construir, reformar o ampliar plantas físicas para la atención médica.

b) El Ministerio de Salud Pública, la inspección, fiscalización y control en los aspectos técnicos, administrativos, contables y técnico-laborales del funcionamiento de entidades de asistencia médica colectiva.

b) El Ministerio de Salud Pública, de oficio, por recomendación de las autoridades competentes o a solicitud fundada de los asociados, afiliados, usuarios u órganos de gobierno de las entidades de asistencia médica colectiva en la forma y condiciones que establece esta ley y que determine la reglamentación respectiva, puede disponer investigaciones, sancionarlas e incluso intervenirlas por un plazo de hasta un año en caso que exista en riesgo el cumplimiento de los fines o la existencia de la institución.

6 – Cifras significativas.

GASTO EN SALUD DEL PAÍS PRINCIPALES INDICADORES		
Concepto	**Millones $**	**Millones US$**
Gasto en Salud	33.984	1.184
PBI	379.317	13.215
Población	3.241.003	
	$	**US$**
Gasto Anual por Persona	10.486	365
Gasto Mensual por Persona	874	30
Gasto en Salud / PBI	8,96%	

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud – 2004.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD ÚLTIMA DÉCADA					
Años	**Población (Miles)**	**Gasto en Salud (Mill. US$)**	**PBI (Mill. US$)**	**Gasto en Salud (% PBI)**	**Gasto en Salud per cápita US$ / año**
1994	3.195	1.590	17.518	9,1	497,7
1995	3.218	1.781	19.318	9,2	553,4
1997	3.265	2.163	21.695	10	662,5
1998	3.289	2.292	22.371	10,2	696,9
1999	3.303	2.238	20.912	10,7	677,6
2000	3.322	2.182	20.042	10,9	656,8
2004	3.241	1.184	13.215	8,96	365,3

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud – 2004

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD IAMC Y MSP			
Años	**Egresos Operativos IAMC / PBI (%)**	**Presupuesto Ejecutado MSP / PBI (%)**	**IAMC+MSP / PBI (%)**
2000	4,93	1,55	6,47
2001	4,97	1,44	6,41
2002	4,62	1,40	6,02
2003	4,01	1,36	5,37
2004	3,48	1,23	4,71

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud – 2004.

RECURSOS OBTENIDOS POR LOS AGENTES DE FINANCIAMIENTO		
Agentes Públicos de Financiamiento	**Millones $**	**%**
ASSE	4.734	13,9
MSP	303	0,9
Sanidad Militar	826	2,4
Sanidad Policial	571	1,7
Universidad	671	2
Comisiones Honorarias	123	0,4
IMM	327	1
Intendencias del Interior	288	0,8
BPS – Seguro de Salud – DISSE	4.600	13,5
BPS – Área Salud	712	2,1
BSE	669	2

BHU	66	0,2
BROU	253	0,7
ANCAP	99	0,3
FNR	1.829	5,4
Otros Org. Públicos	264	0,8
Chassfose	93	0,3
TOTAL PÚBLICOS	*16.429*	*48,3*
Agentes Privados de Financiamiento	**Millones $**	**%**
Caja Notarial	111	0,3
Seguros Convencionales	650	1,9
IAMC	7.824	23
Seguros Privados Integrales	1.170	3,4
Emergencias Móviles	1.646	4,8
Casas de Salud	687	2
Asistencia Particular	5.468	16,1
TOTAL PRIVADOS	*17.556*	*51,7*
TOTAL GASTO EN SALUD	**33.984**	**100**

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud – 2004.

GASTO POR BENEFICIARIO			
Proveedor	**Gasto Año (Millones $)**	**Población (Miles)**	**Gasto Mes/ Pob. ($)**
ASSE	4.734	1.493	
Hospital de Clínicas	519		
BPS – Sanatorio	664		
Policlínicas IMM	127		
Intendencias Interior	92		
TOTAL PÚBLICOS	*6.136*	*1.493*	*342*
IAMC	14.682	1.408	869
Seguros Privados Integrales	1.170	55	1.765
TOTAL PRIVADOS	*17.502*	*1.463*	*903*
TOTAL GENERAL	**23.638**	**2.956**	**666**

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud – 2004.

AGENTES FINANCIADORES DE LAS IAMC		
Agentes	**Millones $**	**%**
Sanidad Policial	200	1,36
Universidad	152	1,03
IMM	201	1,37
Intendencias del Interior	196	1,34
BPS – Seguro Enfermedad	4.537	30,9
BPS – Sanatorio	49	0,33
BSE	130	0,89
BROU	193	1,32
ANCAP	18	0,12
Otros Org. Públicos	263	1,79
Chassfose	87	0,59
FNR	480	3,27
Caja Notarial	19	0,13
Seguros Convencionales	334	2,27
IAMC	7.824	53,29
TOTAL	**14.683**	**100**

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud – 2004.

7 – El Fondo Nacional de Recursos.

Para que el panorama del sector salud en el Uruguay, de la actividad del mutualismo y de las vinculaciones con la seguridad social sea completo, es necesario exponer, aunque sea resumidamente, la actividad del Fondo Nacional de Recursos, un organismo con 25 años de existencia que ha permitido el acceso universal a todos los habitantes de la República a la medicina altamente especializada.

El Fondo Nacional de Recursos comenzó a funcionar el 1º de diciembre de 1980, y se rige actualmente por la Ley 16.343 del 24 de diciembre de 1992. Hasta la fecha ha permitido que más de 140 mil personas hayan recibido tratamientos y asistencia médica altamente especializada, en forma totalmente igualitaria.

Uruguay es uno de los pocos países en el mundo que ha solucionado el acceso de toda su población a la medicina de alto costo. Se trata de un sistema solidario, que posibilita la atención de todas las personas, sin tener en cuenta su procedencia, que ha crecido y se ha desarrollado gracias al esfuerzo mancomunado del sector público y privado.

Este Fondo cubre el financiamiento de los actos médicos de medicina altamente especializada. A estos efectos, la medicina altamente especializada es definida por el Decreto Nº 359/993 que dice:

> *"Se entiende por Medicina Altamente Especializada –de acuerdo al dictamen emitido por la Facultad– la que 'requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que están en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial'".*

Los actos son realizados por los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), entre los que el beneficiario puede elegir libremente en cuál se atenderá. El art. 4º del Dec. 359/993 dice que *"Se entiende por 'IMAE' aquellos organismos que cumplan acciones de atención médica para el diagnóstico y tratamiento de afecciones cuya complejidad y costo requieran ser tratados mediante actos de medicina altamente especializada".*

Los IMAES pueden ser tanto públicos (estatales) como privados. Dentro de los Privados encontramos que las tres mutualistas integrantes de UMU tienen este tipo de Institutos, en que cubren diversas técnicas, asistiendo a sus asociados y también a terceros.

El Fondo Nacional de Recursos es quien determina qué técnicas cubrirá financieramente y luego, además, autoriza los actos previamente a su realización (salvo en casos de urgencia) en base a protocolos preestablecidos y luego audita la ejecución de los actos médicos y finaliza su proceso pagando los actos o, excepcionalmente, denegando el pago si han existido incumplimientos de los IMAEs en la prestación del servicio, caso por caso.

En principio, la financiación es de actos de medicina altamente especializada que se efectúan en el país, aunque excepcionalmente se financian, en casos debidamente fundados y excepcionales, actos en el exterior.

El Fondo Nacional de Recursos también ha comenzado a financiar medicamentos, fundamentalmente de alto costo, especialmente para pacientes con ciertas patologías oncológicas.

Este Fondo se financia con aportes de los afiliados a las IAMC, que pagan a las mismas una sobrecuota de unos 4 dólares mensuales que las mismas vierten al Fondo y, el Banco de Previsión Social paga al Fondo la misma cuota por los afiliados de las IAMC bajo su sistema de cobertura.

También hay ciertos porcentajes de algunos impuestos que recibe el Fondo y, el Estado paga al Fondo no un prepago, sino acto por acto, los que se realizan a los beneficiarios del Sistema asistencial estatal.

Luego, el Fondo paga cada acto a los IMAEs, a precios que en principio son fijados de común acuerdo entre los mismos y el Poder Ejecutivo. A falta de tal

acuerdo, el Poder Ejecutivo, en acuerdo de los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, decreta el valor de los aranceles.

El Fondo es una persona jurídica de derecho público no estatal (paraestatal) administrado por una Comisión Honoraria Administradora, integrada por 7 miembros, cinco estatales y cuatro privados.

Los miembros estatales son tres representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales por mandato legal es el mismo Ministro, luego un representante del Ministerio de Economía y Finanzas y uno del Banco de Previsión Social.

Los miembros privados son tres representantes de las IAMC y uno de los IMAEs. Los representantes de las IAMC provienen de las asociaciones de segundo grado o IAMC que reúnan mayor cantidad de asociados o afiliados. Desde la instauración de este régimen de administración, la Unión de la Mutualidad del Uruguay ha tenido y tiene actualmente un representante titular y su respectivo alterno. Los IMAEs eligen por voto secreto su delegado titular y su alterno.

El Fondo Nacional de Recursos, cubre hoy las siguientes prestaciones:

TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Angioplastia coronaria
Artroplastia de cadera por fractura
Artroplastia de cadera por artrosis
Artroplastia de rodilla
Cateterismo cardíaco
Cirugía Cardíaca (adultos y niños)
Diálisis Hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria (DPCA)
Implante de Cardiodesfibrilador
Implante Coclear (en niños)
Implante de Marcapasos
Trasplante Cardíaco
Trasplante de Medula Ósea
Trasplante renal
Tratamiento de Grandes Quemados
Valvuloplastia

TÉCNICAS EN EL EXTERIOR
Trasplante Pulmonar
Trasplante Hepático
Ciertas cirugías cardíacas del alta complejidad de niños (ciertas cardiopatíac congénitas)

MEDICAMENTOS
Tratamiento Hepatitis 'C' – Interferón con Ribavirina
Tratamiento con Imatinib
Tratamiento con Rituximab
Tratamiento Trastuzumab
Tratamiento con Erceptin
Tratamiento de Anemia en la IRC (Eritropoyetina – hierro I/V)
También se cubren una serie de inmunosupresos post-transplantes, con diferencias en la cobertura entre afiliados a IAMC y beneficiarios estatales.

También el Fondo tiene un Programa de Cesación de Tabaquismo, dentro del área preventiva.

Las mutualistas de la UMU tienen una tienen una gran presencia en este sector, véase el siguiente cuadro en que se detallan las técnicas de medicina altamente especializada que desarrollan

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	CASA DE GALICIA	HOSPITAL EVANGÉLICO
Prótesis de Cadera:	-	-
Prótesis de Rodilla:	-	-
(Cateterismo),	(Cateterismo),	-
Angioplastia	Angioplastia	-
Valvuloplastia	Valvuloplastia	-
Cirugía Cardíaca	Cirugía Cardíaca	-
Implante de Marcapasos	Implante de Marcapasos	Implante de Marcapasos
-	Trasplante Cardíaco	-
Trasplante de Médula Ósea	-	-
--	-	Trasplante Renal
Grandes Quemados	-	-
-	-	Diálisis Peritoneal
Servicios de Hemodiálisis	Servicios de Hemodiálisis	
Implante de Cardiodesfibriladores	Implante de Cardiodesfibriladores	Implante de Cardiodesfibriladores

CAPÍTULO IV

La seguridad social y la salud en el Uruguay

1 – La seguridad social ha sido concebida como un sistema global de amparo a todos los habitantes de la República, vinculado o no por un contrato de trabajo, con una cobertura de todos los riesgos, y financiación que opera como un mecanismo redistributivo de la renta.[43]

La Constitución de la República, en el primer inciso de su art. 67 establece:

> *"Las jubilaciones generales y seguros sociales se organizarán en forma de garantizar a todos los trabajadores, patronos, empleados y obreros, retiros adecuados y subsidios para los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc.; y a sus familias, en caso de muerte, la pensión correspondiente. La pensión a la vejez constituye un derecho para el que llegue al límite de la edad productiva, después de larga permanencia en el país y carezca de recursos para subvenir a sus necesidades vitales."*

El Banco de Previsión Social, es un ente autónomo previsto, como necesario, en la misma Constitución Nacional, "con el cometido de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social".

Las prestaciones que sirve el BPS son las jubilaciones (común, por incapacidad total o por edad avanzada), subsidio transitorio por incapacidad parcial, pensiones de sobrevivencia, subsidio de expensas funerarias, pensión a la vejez, invalidez.

Desde la Ley 16.713 de 3 de setiembre de 1995, se prevé la existencia de Administradoras de Ahorro Previsional, que son personas jurídicas de derecho privado, sociedades anónimas, que sirven jubilaciones en base a ahorro individual, complementario al básico que sirve el BPS, pero obligatorio.

2 – La asistencia médica como esencial componente de la seguridad social.

El mismo artículo 1º del Decreto-Ley Nº 15.181 considera a la "cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social" , que se prestará por organismos públicos y privados.

La seguridad social tiene, entre sus principios, algunos que son coincidentes con los del mutualismo y que están recogidos expresamente por el llamado Acto Institucional Nº 9 –anterior al Decreto-Ley Nº 15.181– y que, sustancialmente –y en lo que a nuestro tema respecta– se mantienen aún después de la reforma de 1995 (Ley Nº 16.713):

1) Solidaridad y solidaridad intergeneracional.

2) Universalidad e igualdad de acceso.

---

[43] GRZETICH LONG, Antonio, "Derecho de la Seguridad Social" Nº 1 pág. 22. LABAURE ALISERIS, Carlos, Los Servicios Sociales de la Seguridad Social, en Introducción al Estudio actualizado de los Cometidos Estatles, pág. 36.

3) Suficiencia.

Si la medicina colectiva es un componente de la seguridad social, estos principios rigen para la misma.

CAPÍTULO V

La seguridad social, el mutualismo y la medicina colectiva en el Uruguay

1 – Introducción.

Como bien ha señalado PILON[44], los Seguros de Salud, constituyen el área de la Seguridad Social que el Estado uruguayo ha incorporado más recientemente.

En efecto, hasta la década de los ’70 del siglo pasado, la Seguridad Social se ocupaba de jubilaciones, pensiones, seguros de desempleo, sin considerar el tema salud.

Desde mitad del siglo XIX, las organizaciones mutuales, no lucrativas, han actuado en Uruguay y luego las demás IAMC mutuales tomaron fundamentalmente a su cargo esta área, pues era la que no se cubría por la Seguridad Social. En su desarrollo, las organizaciones mutuales debieron enfrentar una fuerte suba de costos producida por la organización de oligopolios de oferta de servicios asistenciales.

Ello llevó a las organizaciones mutuales a la organización de sus propios centros de asistencia, donde el cuerpo médico pasó a ser un asalariado más.

A partir de 1935, los médicos que no trabajaban para organizaciones mutuales, comenzaron a organizarse en forma de cooperativas de producción, pero imitando la relación entre mutualista y asociado (atención integral contra pago de una cotización igualitaria per cápita), al ofrecer un servicio de características análogas al prestado por las mutualistas y con cotizaciones similares.

Hasta avanzada la década de 1950, las personas se afiliaban a una mutual o a una cooperativa, en forma voluntaria, asumiendo el pago de las respectivas cotizaciones. Quienes no estaban afiliados a alguna de estas instituciones, se atendían en forma privada (los más pudientes) o en los hospitales estatales (los de ingresos más bajos).

Paulatinamente, los sindicatos empezaron a organizar Cajas por rama de actividad, las que mediante un aporte a cargo del trabajador y otro a cargo del respectivo empleador, con un sistema de administración conjunta empleado/empleador, tomaron a su cargo el pago de las cotizaciones de los trabajadores ante las mutuales o cooperativas y, en algunos casos, de su núcleo familiar.

Eran las siguientes, creadas por Ley:

LEY	FECHA	ACTIVIDAD
12.839	22/12/1960	Comisión Honoraria de Asistencia Médica y Subsidio por Enfermedad para el personal de la Construcción - CHAMSEC

[44] Pilón, Julio POBREZA Y ENFERMEDAD Equidad de la Seguridad Social en los Seguros de Enfermedad

13.096	11/10/1962	Trabajadores del Puerto de Montevideo
13.244	20/02/1964	Obreros y empleados de la industria de la madera y afines
13.283	24/09/1964	Obreros y empleados de la industria del metal y ramas afines
13.488	18/08/1966	Obreros, empleados y patronos del transporte automotor - CHASITA
13.490	18/08/1966	Obreros y empleados de la industria textil
13.504	04/10/1966	Trabajadores de talleres, fábricas, administración y redacción de la industria gráfica y librerías.
13.560	26/10/1966	Tripulantes de buques mercantes y de pesca de Bandera Nacional, de empresas privadas
13.561	26/10/1966	Trabajadores de la aguja
13.965	27/05/9171	Trabajadores de la bebida
14.064	20/06/1972	Trabajadores de la industria del vidrio que trabajan en todo el territorio nacional
14.065	20/06/1972	Trabajadores de la industria del cuero
14.066	20/06/1972	Trabajadores gastronómicos y los de la industria del dulce

2 – El inicio de la relación de las mutualistas con el régimen estatal de la seguridad social.

A partir de mediados de la década de los ‘70, la Seguridad Social pasa a tomar a su cargo la recaudación de las cotizaciones, la administración de los fondos y el pago de las cotizaciones a las mutuales y las cooperativas.

Así se empieza un proceso en que la Seguridad Social recauda los aportes y asume las cotizaciones para todos los trabajadores de los sectores del comercio, la industria y la actividad agropecuaria. No asume sino hasta hace muy poco ninguna responsabilidad por ninguna categoría de trabajadores estatales, los que –a excepción de los funcionarios policiales y los militares quienes poseen un régimen especial– han alcanzado diferentes sistemas de seguros a través de convenios específicos en cada ente estatal.

Este proceso se inicia con la sanción y promulgación del Decreto-Ley Nº 14.407 de 22 de julio de 1975 que crea la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE) dándole la naturaleza jurídica de servicio descentralizado y que sustituye a todas las cajas listadas en el numeral anterior.

Por el artículo 4º del citado Decreto-Ley se confieren a ASSE los siguientes cometidos:

A) Asegurar, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, la prestación de la asistencia médica completa por las instituciones o dependencias asistenciales privadas u oficiales habilitadas para la prestación de tales servicios.

B) Subsidiar económicamente al afiliado durante el período de enfermedad o invalidez temporal, en las condiciones establecidas en el numeral 2), del artículo 13.

C) Propiciar y coordinar con el Ministerio de Salud Pública o los servicios especializados que este indique, un servicio de medicina preventiva y de rehabilitación de los trabajadores amparados por la presente ley.

El cometido de asegurar la prestación de la asistencia médica de ASSE (y posteriormente DISSE y ahora el BPS que continúan a cargo de los cometidos de ASSE) se ha cumplido mediante las instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), entre las que, como se vio ut supra, se encuentran las mutualistas.

El BPS (sucesor en la actualidad de los cometidos de ASSE) ha celebrado convenios con cada una de las IAMC por los que se acuerda que el BPS pagará la cuota mensual de asociación o afiliación de los trabajadores comprendidos en su cobertura.

Cuando un trabajador se incorpora como socio por este régimen a una mutualista, la cuota mensual de afiliación es pagada a la mutualista directamente por el Banco de Previsión Social y el trabajador solamente debe pagar las tasas moderadoras en los casos que utiliza efectivamente los servicios, que, como se dijo, corresponden solo a la asistencia ambulatoria, pero nunca a ningún tipo de servicio prestado en régimen de internación.

Este régimen original del Decreto-Ley Nº 14.407 otorga estos beneficios a los trabajadores de la actividad privada de industria y comercio y actividad rural. También comprende como única excepción dentro de los trabajadores públicos a los dependientes de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Transporte y Obras Públicas. También, aunque con ciertas limitaciones, a los trabajadores privados que se acogen al Seguro de Desempleo y a los que se encuentran en el régimen transitorio de prejubilación (art. 8). Luego el sistema también comprenderá a las trabajadoras del servicio doméstico.

En materia de afiliación por el sistema del BPS el Marco Regulatorio actual[45] establece algunas prerrogativas diferenciales a favor de estos, en comparación con los derechos de los afiliados comunes. La falta de examen médico previo a la admisión, la ilimitación de edad de ingreso (art. 181) y la obtención por el beneficiario de todos los derechos asistenciales desde el momento de la afiliación (art.183).

Los recursos de que ASSE y DISSE antes y ahora el BPS disponen para financiar sus prestaciones en materia de salud son aportes patronales de los empleadores del 5% del total de las remuneraciones de los trabajadores, contribuciones de los trabajadores del 3% del total de sus remuneraciones y aportes provenientes de Rentas Generales. Paralelamente, si los aportes

[45] Decreto 405/002

patronales y de los trabajadores en cada caso individual no alcanzan al valor de la cuota mutual promedio que el BPS para a las mutualistas y demás IAMC, el patrón debe pagar un complemento hasta igualar dicha suma.

Como se dijo antes, en Uruguay la cuota que las mutualistas y demás IAMC cobran a sus asociados y afiliados se encuentra regulada, en la medida que los aumentos de las mismas dependen de que sean autorizados por el Poder Ejecutivo.

Ahora bien, en el caso de la cuota que el BPS paga por los afiliados por este sistema, existe una regulación legal específica, fijada por el art. 337 de la Ley Nº 16.320 de 1º de noviembre de 1992.

La cuota se fija para cada IAMC por el Poder Ejecutivo en un valor que no puede ser inferior al 85% ni superior al 90% del valor promedio de las cuotas que estas Instituciones cobran a sus afiliados o asociados no vitalicios individuales. Ello implica que no se consideran para calcular el valor de la cuota de afiliación por la seguridad social las cuotas cobradas en base a convenios colectivos de afiliación, ello siempre que los convenios se adecuen a lo establecido por el Decreto Nº 131/999 y hayan sido autorizados a tales efectos por el Ministerio de Economía y Finanzas.

De esta forma, por mandato legal, la discrecionalidad de la Administración Pública se encuentra limitada y las mutualistas y demás IAMC tienen una garantía en la fijación de las cuotas que cobran al BPS por este sistema de cobertura de salud. Cierto que el Poder Ejecutivo tiene discrecionalidad mayor para fijar las cuotas de los afiliados individuales, lo que luego se toma en cuenta para determinar el valor de la cuota de afiliación por la seguridad social.

3 – Las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales.

El mismo Decreto-Ley 14.407 en su art. 41 prevé la posibilidad que puedan constituirse Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad por convenio colectivo entre empresas o conjuntos de empresas y, por lo menos, los dos tercios de sus trabajadores. En este caso, los trabajadores de esas empresas o grupos, tendrán asegurada la asistencia sanitaria por medio de estas cajas en lugar de por la seguridad social estatal y tales Cajas contratan con las IAMC la prestación de la asistencia. Estas Cajas se administran paritariamente entre empleadores y trabajadores y son una manifestación de la seguridad social, pero no estatal.

La creación de tales Cajas está sometida a la autorización del Poder Ejecutivo, que en la actualidad ha resuelto no autorizar nuevas Cajas y su futuro es incierto en la reforma que se proyecta.

4 – La ampliación del Sistema de la Seguridad Social.

4.1 – Jubilados. El primer paso de ampliación de este régimen de seguridad social que financia la cobertura de asistencia prestada por las mutualistas y demás IAMC tiene una primera ampliación de importancia con la incorporación de algunos jubilados, por lo dispuesto por el artículo 186 de la Ley Nº 16.713 de 1º de setiembre de 1995, que establece:

> Artículo 186.- (De la cuota mutual, su generación y condiciones del derecho). Los afiliados pasivos jubilados como trabajadores dependientes en actividades amparadas en el Banco de Previsión Social, tendrán derecho a partir del 1º de enero de 1997, al beneficio de la cuota mutual a cargo del mismo, siempre que sus ingresos totales incluyendo las prestaciones por pasividad o retiro no superen a partir del 1º de enero de 1997 la cantidad de $1.050 (mil cincuenta pesos uruguayos) y a partir del 1º de enero de 1998 en adelante la suma de $1.250 (mil doscientos cincuenta pesos uruguayos), ambas tomadas a valores de mayo del año 1995.
>
> El beneficio aquí establecido se generará y mantendrá a partir de las fechas mencionadas siempre que por lo menos una de las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional esté operando y los regímenes tanto de jubilaciones como de financiación previstos por la presente ley se encuentren vigentes.
>
> Esta prestación es incompatible con ingresos derivados de cualquier actividad remunerada, que en su conjunto superen con las jubilaciones los valores establecidos en el inciso primero de este artículo.

Por su parte, según el artículo 187 de la misma ley, los jubilados del Banco de Previsión Social amparados por el artículo anterior, que sean beneficiarios de la cobertura de salud por otro régimen, podrán optar por el beneficio establecido por la presente ley en la forma y condiciones que establezca la reglamentación.

Actualmente para tener derecho a ampararse en la cobertura de la cuota mutual por medio del sistema de seguridad social, el monto de la jubilación mensual percibida no puede superar una cifra de tres Bases de Prestaciones y Contribuciones, equivalente a unos US$178.

4.2 – Ampliación a ciertos funcionarios públicos: maestros y funcionarios no docentes de enseñanza primaria. La Ley Nº 17.453 de 28 de febrero de 2002, en su art. 46 dispuso la creación de una partida presupuestal permanente con destino a la Administración Nacional de Educación Pública de $ 100.000.000 anuales a los efectos de que dicho organismo se haga cargo de la cuota mutual de los maestros.

Tal partida no queda congelada, sino que, según dispone el segundo inciso del artículo citado, la misma se actualizará en la misma proporción e iguales oportunidades en las que el Poder Ejecutivo autoriza el reajuste de las cuotas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

También, por el inciso tercero se previó otra posible ampliación, al establecer que si hubiera excedente en la partida mencionada, se atenderá parcial o totalmente la cuota mutual de los funcionarios no docentes de la enseñanza primaria.

En la medida que, dado el valor de las cuotas pagadas a la IAMC, el monto de la asignación presupuestal fue suficiente para cubrir no solo a los maestros, sino también a los funcionarios no docentes, el Decreto Reglamentario del Poder Ejecutivo Nº 373/002 de 26 de setiembre de 2002 estableció que los beneficiario de este nuevo régimen son:

a) Maestros efectivos e interinos,

b) Maestros suplentes designados por un período mayor a sesenta días consecutivos al año y

c) Funcionarios no docentes.

4.3 – Funcionarios del Poder Judicial. La Ley Nº 17.707 de 10 de noviembre de 2003 en su artículo 15 dispuso que:

> Autorízase al Poder Judicial a hacerse cargo de la cuota mutual de sus funcionarios. A tales efectos podrá acordar con el Banco de Previsión Social la instrumentación correspondiente.
>
> Para su financiamiento podrá utilizar fondos propios y los créditos a los que refiere el artículo 14 de la Ley N° 15.903, de 10 de noviembre de 1987.

Esta norma legal fue reglamentada por Decreto Nº 157/004 de 10 de mayo de 2004, que en su artículo 1º determinó que tendrán derecho al beneficio de la cuota mutual que se reglamenta quienes revistan como funcionarios del Poder Judicial, ya sea en calidad de presupuestados o contratados, transcurridos seis meses desde su ingreso al mismo.

Por su parte, en el art. 2º dispuso que no tendrán derecho a recibir este beneficio aquellos funcionarios que directa o indirectamente tengan cubierta la asistencia médica por otra entidad u organismo de cualquier naturaleza, ya sea mediante el reintegro de la cuota mutual, por asistencia directa u otra modalidad. Tampoco tendrán derecho a recibir dicho beneficio aquellos afiliados a alguna Institución de Asistencia Médica Colectiva a través del sistema gestionado por el Banco de Previsión Social, en cumplimiento de las disposiciones del Decreto-Ley N° 14.407, antes visto.

La finalidad buscada con esta limitación del art. 2º es evitar la doble cobertura por el mismo sistema de seguridad social. Es para ello que, el inciso final del art. 2º dice que “El Poder Judicial, mediante solicitud de declaración jurada de sus funcionarios, determinará los beneficiarios e instrumentará las medidas necesarias para impedir los casos de doble cobertura. “

4.4 – Ampliación al resto de los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública. La Ley Nº 17.903 de 19 de diciembre de 2005 en su artículo 459 dispuso una nueva ampliación de la partida creada por la Ley Nº 17.453 de 28 de febrero de 2002 que analizamos en el 4.2 anterior. La ampliación presupuestal se efectuó a los efectos de ampliar la cobertura del pago por el Estado de la cuota mutual de todos los funcionarios de la "Administración Nacional de Educación Pública".

Esta norma legal fue reglamentada por el Decreto Nº 224/006 de 12 de julio de 2006, que determinó que sus beneficiaros son los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública y revistan en calidad de:

a) Docentes efectivos e interinos,

b) Docentes suplentes y

c) Funcionarios no docentes.

5 – La intermediación lucrativa y otras perversiones del sistema.

5.1 – Antecedentes Normativos. La "intermediación lucrativa" ya se encuentra prohibida desde 1981, dado que el Decreto-Ley Nº 15.181 establece en el literal c) del artículo 17 que:

> Las instituciones de asistencia médica colectiva no podrán: (. . .)
>
> C) Utilizar cualquier tipo de intermediación lucrativa en la obtención de nuevos socios o afiliados.

Posteriormente, por el artículo 369 de la Ley Nº 17.296 se tipificó el delito de intermediación lucrativa en los siguientes términos:

> Artículo 369.- Prohíbese la intermediación lucrativa en la captación de socios y/o afiliados para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, entendiéndose por tal aquella actividad realizada por una o más personas, en forma individual o concertada, tendiente a lograr afiliaciones para las citadas instituciones, percibiendo a cambio una retribución, precio o beneficio, cualquiera fuera su naturaleza.
>
> Prohíbese, asimismo, la actividad de promoción para la captación de socios y/o afiliados, que incluya la entrega o promesa de entrega a estos de dinero u otra ventaja equivalente.
>
> El que, indistintamente, ejecutare dichas actividades, será castigado con una pena de dos a dieciocho meses de prisión.
>
> Los Directivos, Directores Generales, Directores y Administradores de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que, por cualquier medio, facilitaren, propiciaren, aceptaren o ejecutaren actos tendientes a tales fines, serán considerados coautores.
>
> Constituyen circunstancias agravantes de este delito:
>
> A) El carácter de funcionario público del agente.
>
> B) El grado de jerarquía funcional del coautor.
>
> Exclúyense de las tipificaciones precedentes las siguientes situaciones:
>
> A) Las actividades de promoción realizadas directamente por personal dependiente de las instituciones aludidas.
>
> B) Las actividades de publicidad y/o propaganda llevadas a cabo directamente por agencias publicitarias debidamente acreditadas.
>
> C) Las actividades desarrolladas en calidad de dependiente en una relación laboral privada.

Luego, se dictó una Ley específica sobre el tema, la Nº 17.549, que –además de derogar el art. 369 de la Ley Nº 17.269– tipificó el delito de la siguiente forma en su artículo 1º:

> Artículo 1º. (Intermediación lucrativa).- El que por cualquier medio ejecutare o encomendare ejecutar actos de intermediación lucrativa, actos de promoción o publicidad, con la finalidad de captar socios o afiliados para las instituciones de asistencia médica privada, sean éstas colectivas o particulares, definidas en el Decreto-Ley Nº 15.181, de 21

de agosto de 1981, ofreciendo a cambio la entrega o promesa de entrega de dinero a dichos socios o afiliados, será castigado con una pena de cuatro a veinticuatro meses de prisión.

Constituyen circunstancias agravantes de este delito:

A) El carácter de funcionario público del agente.

B) El grado de jerarquía funcional del autor.

Se excluye de la tipificación precedente a las personas que se asocien o afilien a las instituciones referidas, como consecuencia de los actos penados.

La misma ley, en su artículo 2º disponía la nulidad de las “deudas contraídas por las instituciones de asistencia médica privada por concepto de actos ejecutados de conformidad con lo establecido en el artículo 1”, lo que es una lógica consecuencia de la celebración de contratos con objeto y causa ilícitos.

Por otra parte, en el artículo 3º se establecía, además de la sanción penal, sanciones pecuniarias de Derecho Administrativo, en estos términos:

Artículo 3º. (Sanciones pecuniarias).- En caso que el Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social (BPS) comprobaren las conductas referidas en el artículo 1º, podrán hacer efectivas las responsabilidades consiguientes a las instituciones de asistencia médica privada, sean estas colectivas o particulares, definidas en el Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, mediante la aplicación de sanciones pecuniarias de hasta 1.000 UR (un mil unidades reajustables) y la retención de las transferencias por concepto de cuotas de afiliación al sistema que administra el BPS. En caso de reincidencia, la multa aplicable se duplicará.

Los antecedentes del trámite de sanción de esta ley son muy ilustrativos sobre esta cuestión.

En el Mensaje y Proyecto de Ley que remitió el Poder Ejecutivo el 25 de julio de 2001, expresó:

> El artículo 17 del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, establece que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva no podrán "... utilizar cualquier tipo de intermediación lucrativa en la obtención de nuevos socios o afiliados”.
>
> Dicha norma no prevé sanción con lo que la práctica de la intermediación lucrativa se incrementó notablemente, creándose verdaderas organizaciones empresariales tendientes a captar, mediante la promesa de beneficios, socios para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
>
> La referida práctica trajo consecuencias negativas para las propias Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que con el afán de captar socios, se obligaron fuertemente con los intermediarios, al punto que varios de ellos figuraban en el pasivo de la mutualista, haciendo peligrar su estabilidad financiera.

En el mismo Mensaje, el Poder Ejecutivo recordaba que en el Mensaje Complementario del proyecto de Ley de Presupuesto Nacional 2000-2004

propició la creación de una figura delictiva con la finalidad de ratificar la prohibición de la intermediación lucrativa y castigar penalmente a quienes la realizaran, que resultó luego ser el artículo 369 de la Ley Nº 17.296,

Pero, el Poder Ejecutivo, también reconocía que si bien ese artículo "recogió ese espíritu, fueron excluidas de las tipificaciones formuladas 'las actividades desarrolladas en calidad de dependiente en una relación laboral privada', con lo que la previsión perdió efectividad, en mérito a que se posibilitó que los 'intermediarios' pasaran a revistar como funcionarios o bien de las Instituciones o de las organizaciones privadas que comercian con socios de instituciones mutuales".

Estos conceptos fueron recogidos y reiterados casi textualmente por la Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración de la Cámara de Representantes en su informe de fecha 7 de noviembre de 2001 (JORGE BARRERA, Miembro Informante; LUIS ALBERTO LACALLE POU, MARGARITA PERCOVICH, DIANA SARAVIA OLMOS y JORGE ORRICO, con salvedades que expuso en Sala).

5.2 – Régimen vigente y proyecto de modificación. Durante la actual Administración, al sancionarse la Ley Nº Ley 17.897 de 14 de setiembre de 2005 (conocida como de Humanización del sistema carcelario), se derogó la Ley Nº 17.549 *in totum*, tanto en cuanto a la tipificación del delito, la declaración de nulidad de las obligaciones y aun las sanciones pecuniarias administrativas, quedando solamente vigente la prohibición genérica del artículo 17 lit. c) del Decreto-Ley Nº 15.181.

Por ello, legisladores del Gobierno tomaron la iniciativa legislativa y resultó aprobada la Ley Nº Ley 17.946 de 5 de enero de 2006.

Esta ley, si bien parte de considerar ilícita la conducta, no la califica así desde el punto de vista penal, sino administrativo, tipificando no un delito, sino una infracción en estos términos en su artículo 1º:

> (Configuración de la infracción).- Las personas físicas o jurídicas que por cualquier medio ejecutaren o encomendaren ejecutar actos de promoción, publicidad o similares, con la finalidad de captar socios o afiliados para las instituciones de asistencia médica privada, sean estas colectivas o particulares, definidas en el Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, ofreciendo a cambio la entrega o promesa de entrega de dinero, bienes o servicios económicamente cuantificables, cualquiera sea el beneficiario, incurrirán en infracción siendo pasibles de las sanciones previstas en la presente ley.

En el artículo 2º se establecen circunstancias agravantes, en el 3º una sanción especial para las Instituciones en caso de reincidencia y en el 4º se reitera la nulidad de las obligaciones de las Instituciones contraídas en violación de esta ley prohibitiva.

Pero la cuestión no se ha solucionado, el llamado "corralito" no ha podido ser levantado porque la intermediación lucrativa continúa.

Tanto es así, que el actual Poder Ejecutivo, en el marco de la actual reforma de la salud, promueve nuevamente la tipificación de esta conducta como delito.

Al fundamentar este artículo, el Poder Ejecutivo, en la Exposición de Motivos, dijo:

> Dada la realidad imperante a nivel de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Particular definidas por el Decreto-Ley 15.181 en cuanto a la proliferación de la intermediación lucrativa en la captación de socios o afiliados, resulta necesario adoptar medidas tendientes a contrarrestar dicha práctica.
>
> En tal sentido y como primer escalón surge lógico que se le devuelva a dicha actividad el carácter de delito tal como fuera establecido tanto por el artículo 369 de la ley 17.296 como por la ley 17.549.

Esta vuelta a la tipificación del delito, que tuvo oposición de algunas sectores de IAMC ajenos a la UMU y de algunos políticos, tiene ya "media sanción legislativa", ya que el Proyecto de Ley fue sancionado recientemente por la Cámara de Senadores, habiendo pasado a consideración de la Cámara de Diputados.

El texto sancionado por los senadores, es el siguiente:

> Artículo 11.- Tipifícase el delito de intermediación lucrativa en la captación de socios, afiliados o beneficiarios para las Instituciones de Asistencia Médica Privada o Pública, la actividad realizada por una o más personas, en forma individual o concertada, tendiente a lograr la captación de los mismos, que incluya la entrega o promesa de entrega a estos de dinero u otra ventaja equivalente, a excepción de mejoras en las prestaciones asistenciales.
>
> El que, indistintamente, ejecutare dichas actividades, será castigado con una pena de cuatro a veinticuatro meses de prisión.
>
> Los Directivos, Directores y Administradores de las Instituciones, que por cualquier medio, facilitaren, propiciaren, aceptaren o ejecutaren actos tendientes a tales fines, serán considerados coautores.
>
> Constituyen circunstancias agravantes de este delito:
>
> a) el carácter de funcionario público del agente.
>
> b) el grado de jerarquía funcional del coautor.

El Proyecto del Poder Ejecutivo y el texto aprobado por el Senado, incluye también sanciones de tipo pecuniarias de Derecho Administrativo, en el artículo 12 que dice:

> *Artículo 12.- En caso de que el Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social, comprobaren que en virtud de las conductas referidas en el artículo precedente se hayan visto beneficiadas Instituciones, podrán aplicar sanciones pecuniarias de hasta 1.000 UR (mil unidades reajustables) pudiendo duplicarse dicho monto en caso de reincidencia y retener las transferencias por concepto de cuotas de afiliación al sistema que administra el Banco de Previsión Social.*

Al establecerse en este artículo una sanción de tipo administrativo, consecuentemente, se deroga la Ley Nº 17.946.

5.3 – El debate sobre si esta actividad debe tener o no tutela penal. Es un debate jurídico que se relaciona con la existencia o no de un bien jurídico penal tutelado.

Una de las cuestiones que ha sido debatida en este tema es la del bien jurídico tutelado por este delito. Incluso, en el Mensaje del Proyecto de Ley Nº 17.897 se decía que era difícil identificar el bien jurídico protegido y que "se trata de conductas que pueden ser reguladas mediante reglamentos o disposiciones administrativas, reservando la instancia dura de control social –la cárcel– para delitos que afecten bienes jurídicos de mayor jerarquía". Este tipo de irregularidad puede evitarse –agregaba– con sanciones administrativas o permitiendo la afiliación por DISSE solamente en forma personal.

Este cuestionamiento fue efectuado antes por el diputado Fernández Chávez en oportunidad de considerarse la Ley Nº 17.549 y había quedado sin respuesta expresa, pese a que el Mensaje del Poder Ejecutivo de aquel momento aludía a un delito estructurado con todos sus elementos, mencionando expresamente el bien jurídico protegido.

Al respecto puede considerarse que se trata de un delito contra la salud pública, en el sentido que la salud tiene consideración de Derecho Humano (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12 y art. 72 de la Constitución) y que el artículo 44 de la Constitución ordena al Estado que "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país."

En el art. 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece en el numeral 1 que "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Por su parte, el numeral 2 establece que "entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (...) d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."

En la legislación nacional, el Decreto-Ley Nº 15.181 en su artículo 1º establece:

> Artículo 1º.- El Estado establecerá una cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social, a través de organismos públicos y privados.
>
> El Ministerio de Salud Pública deberá asegurar la normalidad de las prestaciones asistenciales.

Además, por los arts. 264 y 265 de la Ley Nº 17.930 se establece que deberá implementarse un Sistema Nacional Integrado de Salud "con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal" que se "articulará sobre la base de la complementación público-privada" y se financiará por un Seguro Nacional de Salud."

Por tanto, de las normas citadas puede concluirse que siendo la asistencia a la salud un Derecho Humano, el Estado debe legislar para que la misma pueda

ser prestada en condiciones adecuadas, considerándose un esencial componente de la seguridad social.

Uno de los elementos esenciales para que la prestación sea adecuada (posible de acuerdo a la realidad nacional, en los términos del PIDESC), es la existencia de un sistema de instituciones prestadoras que sea sano (valga la redundancia) y apto para satisfacer las necesidades de la población (Observación General Nº 12 del COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES 22º período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000).

Tal sistema puede ser el que Proyecta el actual Gobierno u otro, como lo es el resultante del Decreto-Ley Nº 15.181. Tanto es ello así, que la penalización de la conducta es anterior a esta Administración y fue promovida por el Gobierno anterior, durante la plena vigencia del sistema del Decreto-Ley Nº 15.181.

Como se vio, en oportunidad de sancionarse las leyes del período anterior y se reitera en declaraciones de las actuales autoridades sanitarias, la "intermediación lucrativa" ha costado mucho dinero al sector, desviándose de la atención a la salud para intermediarios, puso en riesgo la situación financiera de muchas instituciones, incluso apareciendo en los pasivos de IAMC que quebraron y se liquidaron.

Además distorsiona totalmente la sana y leal competencia entre las Instituciones de Salud, que debería ser basada en el mejor servicio a los afiliados y no sobre este tipo de factores. Este desvío de fondos, la competencia desleal y la aparición ante los beneficiarios de la afiliación como una mercancía distorsiona gravemente el sistema de salud.

Por otro lado, las medidas administrativas no se han mostrado aptas para eliminar esta práctica, que continúa hasta el presente y adquiere día a día nuevas fórmulas, no solo por los conocidos intermediarios que actúan en "la puerta del BPS y sus aledaños", sino incluso con organizaciones que recorren las empresas empleadoras e incluso habría hasta actividades de este tipo desarrolladas por sindicatos en el manejo de la afiliación mutual de sus adherentes.

La salud pública y específicamente el sistema de asistencia a la salud puede considerarse bien jurídico, ya que como enseñaba Rocco, en opinión coincidente de CAIROLI (Curso de Derecho Penal Uruguayo, tomo III, pág. 13), el bien jurídico es una cosa que satisface una necesidad humana, en este caso, el sistema que satisface la necesidad de atención a la salud. El derecho a la salud de cada persona coincide con el interés general de preservar un correcto funcionamiento del sistema que permita contar con instituciones adecuadas y saneadas económicamente y que compitan lealmente y de acuerdo a los fines de la atención a la salud.

En esta materia de bienes jurídicos la cuestión no es meramente dogmática, sino que "la determinación de los bienes jurídicos que deben ser protegidos por la sanción penal, depende de una pluralidad de factores políticos, sociales, económicos, etc. Ella es una tarea valorativa que le corresponde al legislador en cada momento histórico, constituyendo como delitos aquellas acciones socialmente relevantes" (Máximo Pacheco G, Teoría del Derecho pág. 224).

Se ha dicho también que debe llegarse a la sanción penal, cuando no alcance con otras medidas. Ello ocurre en el presente caso, lo antes dicho es elocuente y es pública y notoria la existencia de estos hechos y su gravedad.

Por último, surge la cuestión de si es correcto o no la existencia de sanciones penales y administrativas a la vez. Ello no es nuevo en nuestro Derecho, se trata de dos jurisdicciones distintas y con dos destinatarios diferentes de la sanción: la penal a las personas físicas autoras del delito, la administrativa a la instituciones que se benefician de la práctica ilícita.

6 – La importancia de la colaboración del mutualismo y las IAMC con la seguridad social – Cifras.

Como podrá verse, la cantidad de afiliados de las IAMC por el sistema de la seguridad social es en la actualidad muy significativa, en noviembre de 2006 los datos son los siguientes:

BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
Agentes	**Nº Beneficiarios**
Activos Seguro Enfermedad BPS	629.552
Pasivos	50.308
Funcionarios Públicos de Enseñanza	30.956
Funcionarios Judiciales	3.510
TOTAL	**714.326**

TOTAL DE AFILIADOS AL SISTEMA IAMC: 1.455.777

Por lo que se puede apreciar que, casi la mitad de los asociados y afiliados de las IAMC lo son actualmente por el sistema de la seguridad social, lo que es muy significativo.

CAPÍTULO VI

La reforma en curso

1 – La propuesta del Gobierno.

El actual gobierno, que asumió el 1º de marzo de 2005, ha planteado su decisión política –coherente con su prédica preelectoral– de realizar importantes reformas en el área de la salud: la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que se financiaría por medio de un Seguro Nacional de Salud (SNS).

La propuesta parte de reconocer expresamente que la asistencia a la salud es un Derecho Humano Fundamental. Ello es jurídicamente correcto, como se ha expuesto antes, pero es la primera vez que un Gobierno pone un énfasis especial en ello.

El Presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez –médico oncólogo– se refirió por primera vez en forma pública y detallada a la reforma del Sistema de Salud, en oportunidad de visitar el nuevo Centro de Medicina Preventiva de la Asociación Española, integrante de la UMU, cuando se cumplió el 153º aniversario de esta mutualista. A continuación transcribimos algunas de las expresiones del Presidente, en que expone algunas de las líneas principales de esta reforma:

> *"En nuestro Programa de Gobierno se establece con claridad el compromiso de garantizar el ejercicio pleno -el ejercicio pleno- del derecho a la salud que tienen todos los ciudadanos de este país.*
>
> *En función de ello, hemos puesto en marcha un proceso de cambios que se encaminarán a la transformación del modelo de atención actual al Sistema de Salud en su conjunto existente hoy en día y a los mecanismos de financiamiento del mismo.*
>
> *La meta que nos proponemos es que todos los uruguayos puedan recibir una atención integral en salud -todos los uruguayos- mediante un Sistema Nacional Integrado, mixto, público y privado; y financiado por un Seguro Nacional de Salud.*
>
> *En dicho Sistema cada ciudadano aportará para el financiamiento del mismo de acuerdo a su capacidad contributiva y recibirá de él -de este sistema reformado- de acuerdo a sus necesidades sanitarias.*
>
> *Para tal fin, hemos comenzado un proceso de cambios basado en un plan de corto y mediano plazo, gradual y participativo; abierto a todos los actores sociales e institucionales vinculados al tema -a estas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, a los trabajadores, a los profesionales, a todos- para hacer entre todos este nuevo Sistema más racional de salud."*

Más adelante, en su alocución, el Dr. Vázquez subrayó el papel del mutualismo en la reforma planteada:

> *"Este proceso de interacción con el sistema mutual persigue el objetivo de fortalecer al mutualismo. Lo tenemos que fortalecer tanto desde el punto de vista asistencial con indicadores de cambios*

claros y visibles, con integración a un primer nivel de atención coordinado territorialmente, jerarquizado y con estrategia de asistencia primaria en la salud como desde el punto de vista económico e institucional equilibrio económico y rediseño de la estructura de financiamiento."

2 – Una mirada al proceso de la reforma.

Ya desde antes de iniciado el período de gobierno, quienes serían las autoridades del MSP en febrero de 2005 convocaron a un ámbito de análisis y discusión con los sectores públicos y privados involucrados en este quehacer, que luego se institucionalizaría por Decreto **133/005** de 11 de abril de 2005 como Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. No solo tal Consejo sino más todavía en las Comisiones y Grupos de Trabajo y más en el 2005 que en el 2006.

A lo largo de este año y medio de intercambio de ideas, con el gobierno y con otros actores del sector que representan los intereses más diversos, hemos podido ir viendo la aproximación hacia el aterrizaje del SNIS y SNS, desde el modelo teórico planteado por la fuerza política de gobierno antes de las elecciones de 2004 hacia su puesta en práctica, lo que requerirá una serie de medidas legales, económicas y asistenciales.

La reforma de la salud no se ha planteado para ser realizada en un acto único, sino mediante un proceso gradual, tanto desde el punto de vista normativo como en su ejecución.

En el proceso normativo de cambio gradual, al día de hoy, jurídicamente lo que se encuentra vigente son los que serían los principios de la reforma, que se encuentran contenidos en la Ley de Presupuesto Nº 17.930, en dos artículos, los 264 y 265.

Por estas normas se encomienda al MSP implementar un SNIS con *"el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal."* Además, este SNIS *"se articulará sobre la base de la complementación público-privada" (...) de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes"* y; *"tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación."*

Los principios enunciados no pueden sino ser compartidos, la cobertura universal y equitativa de la salud de todos los habitantes, en base a una estrategia de APS es a la vez un objetivo social y un imperativo ético.

3 – La marcha de la reforma.

Pero la puesta en práctica de tales principios requerirá otras medidas legislativas.

En tal sentido, el Poder Ejecutivo envió al Parlamento dos proyectos de leyes, que a fines de diciembre de 2006 fueron sancionados por la Cámara de

Senadores, restando la consideración y sanción de los mismos por la Cámara de Representantes.

El primero de ello es la Creación del Servicio Descentralizado que se denominaría “Administración de Servicios de Salud del Estado” (ASSE). Hasta el momento, ASSE es un órgano desconcentrado dependiente jerárquicamente del Ministerio de Salud Pública.

Este proyecto de reforma en curso implica el inicio de la separación funcional y orgánica del MSP y ASSE, que significará que el MSP se centre en su función de autoridad sanitaria y ASSE como prestador, como servicio descentralizado. No ser Juez y parte y concentrar los esfuerzos en lo que es cometido esencial del Estado.

En cuanto a ASSE, paralelamente se plantea su reformulación como prestador, integrante del SNIS que sería una especie de “IAMC pública”, y que competiría con las IAMC.

Este servicio descentralizado sería administrado por un Directorio de cinco miembros, dentro de los cuales dos de ellos representarían a los trabajadores y usuarios de ASSE.

Al Directorio de ASSE se prevé dotarlo de los poderes jurídicos necesarios para desempeñar su competencia, incluso la posibilidad de celebrar acuerdos con Instituciones privadas, como las mutualistas, para complementar servicios, dentro del principio de la reforma de “articulación” entre prestadores públicos y privados.

El otro proyecto de ley presentado por el Poder Ejecutivo y que, al igual que el anterior tiene la sanción de la Cámara de Senadores de diciembre de 2006, restando la sanción de la Cámara de Representantes, es el Proyecto de Ley del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que apareja varias innovaciones, especialmente:

- La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que será administrado por el BPS y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios de la ex.-DISSE, de los jubilados del BPS que opten por este sistema de cobertura y sus ingresos no superen 3 bases de contribuciones y de los funcionarios públicos de COFE cuya cobertura mutual por este sistema se prevé incorporar por este proyecto de ley.
- Por el art. 2º se otorga cobertura de la cuota mutual igual que a los beneficiarios de DISSE a todos los funcionarios públicos de la Administración Central más las cuidadoras del INAU, excepto los que hoy tienen cobertura por Sanidad Militar, Sanidad Policial y los funcionarios del MSP que tienen cobertura por el mismo por el llamado “Sistema de Asistencia Integral”.
- Solamente para los nuevos beneficiarios del FONASA que ingresen al mismo luego de la vigencia de la ley, se amplía la posibilidad de opción, ya que además de optar por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) podrán optar por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se faculta al Poder Ejecutivo a determinar la fecha en que dicha opción se hará para los

beneficiarios de la actividad privada (exDISSE), de forma que el impacto sea gradual para el sistema mutual.

- Se establece un cambio en la forma de pago del BPS a las IAMC de la conocida "cuota DISSE", que en lugar de ser distinta para cada IAMC fijada en base a la cuota promedio que cada una cobra a sus afiliados individuales, pasará a pagarse por las conocidas "cápitas" (también llamadas "cuotas salud") determinadas en base a la edad y sexo de los afiliados y, además incluir pagos por el cumplimiento de metas de asistencia. Las cápitas por edad y sexo se dividen en 7 franjas por cada sexo, que van asociadas a los riegos y consecuentes gastos asociados a cada franja etaria.
- Se vuelve a tipificar el delito de intermediación lucrativa en la captación de asociados al sistema del FONASA, sea ahora, que la intermediación se efectúe para las instituciones privadas o las públicas.

En este Proyecto de Ley, como se ve, se amplía la cobertura financiera que la Seguridad Social hará de las afiliaciones mutuales, incorporándose los funcionarios públicos de la forma vista antes.

Es decir que por este Proyecto se continúa profundizando la colaboración y cooperación entre la Seguridad Social y el mutualismo, previéndose una reforma que reconoce la realidad nacional y, especialmente el importante papel del mutualismo en la misma.

4 – El futuro, propuestas, debates y desafíos.

Desde el punto de vista normativo, según ha anunciado el Gobierno, la tercera ley que complementará las anteriores y finalizará desde el punto de vista de las medidas legislativas el proceso será una ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que aún no se ha enviado al Parlamento. El Ministerio de Salud Pública presentó un proyecto en el Consejo Consultivo el 30 de noviembre de 2006, que mereció diversos comentarios y aportes de las IAMC y en este momento se encuentra a estudio en la órbita del Poder Ejecutivo, especialmente en la Presidencia de la República, el MSP y el Ministerio de Economía y Finanzas.

En su artículo 1, se sienta el siguiente principio: "La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social."

Este sistema estaría integrado por prestadores privados (las IAMC, el mutualismo entre ellas) y públicos.

En el artículo 11 se plantea que para integrar el SNIS es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con "órganos de control social de la gestión, en los que estén representados sus trabajadores y usuarios." Con esto se recoge otro elemento del mutualismo y se generaliza, ya que en el mutualismo, los usuarios son los mismos asociados y "propietarios de las Instituciones", si bien ellos en el mutualismo son quienes gobiernan las Instituciones y en las demás estarán en órganos de control social, nuevamente

se considera el modelo mutual y la importancia de la participación en las Instituciones de los usuarios. En cuanto a los trabajadores, en el Uruguay solamente en las mutualistas hay diversos grados de participación de los mismos en órganos de dirección o control, otro elemento del mutualismo nacional que se toma como ejemplo y generaliza.

El Sistema Nacional de Salud, se administraría por un Servicio Descentralizado, denominado Junta Nacional de Salud, cuyo Directorio estaría integrado por 7 miembros, tres de los cuales representaría, uno a los trabajadores, otro a los usuarios y otro a los prestadores.

Este proyecto prevé un sistema universal, que cubriría a todos los habitantes residentes en el República, quienes podrán elegir libremente a que institución se incorporarán, previéndose un plazo mínimo de afiliación para dar estabilidad al sistema.

La financiación del Sistema estaría a cargo de un Seguro Nacional de Salud, que tendrá un Fondo Nacional de Salud que se constituirá en el Banco de Previsión Social. Es decir, nuevamente el enfoque del sistema en complementación con la seguridad social, modelo que en Uruguay se ha mostrado exitoso, tanto para las Instituciones prestadoras como para los usuarios.

Tal Fondo se constituiría con aportes del Estado obtenidos por vía impositiva, aportes de trabajadores y aportes de empleadores. Justamente, los aportes por vía impositiva que deberían cobrarse a las personas que no aportan como trabajadores por la seguridad social, es uno de los temas más debatidos, ya que Uruguay recientemente ha aprobado una reforma tributaria que incorpora un impuesto a la renta de persona física y estos aportes se sumarían, aumentando la presión tributaria. Es precisamente uno de los puntos de discusión y que podrá llevar a que la cobertura universal se lleve a la práctica en forma paulatina. Incorporando primero a los hijos menores de los trabajadores cubiertos actualmente por la seguridad social y los que se incorporen por el proyecto de ley del FONASA (que como se vio tiene media sanción legislativa), luego a jubilados y finalmente quienes no estén cubiertos por esos sistemas.

El anteproyecto es muy extenso, ha merecido diversos comentarios que no es del caso reiterar aquí, ya que aún no se conoce la versión final que se enviará al Parlamento.

Fundamentalmente, las mutualistas hacen especial hincapié en mantenerse como hasta ahora, como instituciones independientes, con patrimonio y gestión propia y que la intervención estatal lo sea dentro de los límites naturales de autoridad sanitaria. El camino iniciado va por ese sendero, pero hay muchos elementos pendientes. La idea central parte de una reforma que reconoce las instituciones existentes, entre ellas el papel fundamental del mutualismo, no se proyecta una reforma como si nada existiese.

Con la reforma planteada, en lo asistencial, el nuevo modelo, tiende a poner énfasis en el primer nivel y en la prevención y promoción de la salud, objetivos importantes, pero que requerirán un cambio cultural muy profundo, en los médicos, en las instituciones y también en los mismos usuarios, acostumbrados por muchas décadas a un modelo medicocéntrico y curativo. La

misma Universidad de la República deberá cambiar mucho, revisar sus planes y replantearse la formación cada vez mayor de médicos que ha producido una gran superpoblación médica.

En esta reforma, el mutualismo tiene un papel central, deberá tener por imperativo de la misma realidad y de la adhesión de la población al mismo. El gobierno así lo reconoce. Es en este sector que están las principales infraestructuras asistenciales, y una larga tradición de prestación de servicios de calidad, en forma solidaria y por cuotas de asociación adecuadas a la realidad nacional y bajas si se comparan en el concierto mundial con la prestación integral que se brinda.

El “modelo mutual” significa mucho para este país y en este país. La mutualistas en particular y las IAMC en general tienen una gran tradición y aceptación en el país, la mitad de la población se asiste en ellas y, además, prestan un nivel asistencial (en calidad y cantidad) a una cuota de prepago que no tiene comparación en el mundo, por lo reducida.

El nuevo modelo de “articulación público-privado” tiene un fundamento compartible, la racionalización de los recursos escasos para brindar una mejor asistencia. Pero en la “articulación” deberá necesariamente tenerse en cuenta aspectos básicos, aún pendientes de discusión y definición.

En nuestro Derecho, los servicios de atención a la salud son “cometidos sociales” del Estado, en los que él interviene como prestador en subsidio de los particulares (art. 44 Constitución). Las Instituciones privadas actúan por derecho propio como prestadores y, a la autoridad pública, compete al respecto su habilitación técnica y su control. Ahora bien, aunque las IAMC sean instituciones sin fines de lucro, deben ser gestionadas como empresas privadas, para ser eficaces y eficientes, además de así corresponder por Derecho.

Este será otro de los desafíos del SNIS, la articulación de los efectores públicos y privados guardando el justo equilibrio con la esfera de libertad de las IAMC dentro del ámbito de la libertad de asociación, de la libertad de empresa y del derecho de propiedad, todos ellos, también, derechos fundamentales.

Los desafíos de los cambios siempre existen. La resistencia a los mismos también y la tentación del “Leviatán” también. El éxito de la reforma dependerá de la prudencia y realismo con que se lleve a cabo, del justo equilibrio entre los derechos e intereses en juego y de que cada uno desempeñe correctamente su rol.

Para el mutualismo nacional, el desafío es importante, sus perspectivas son interesantes, y la cuestión fundamental será lograr en diálogo con las autoridades nacionales y otros actores, continuar con la autonomía e independencia de gestión que han mostrado el éxito del modelo mutual durante más de 150 años en el país.

- - o - -

ANEXO I

Algunos Artículos de la Constitución de la República

Artículo 7º.- Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieren por razones de interés general.

Artículo 8º.- Todas las personas son iguales ante la ley, no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes.

Artículo 39.- Todas las personas tienen el derecho de asociarse, cualquiera sea el objeto que persigan, siempre que no constituyan una asociación ilícita declarada por la ley.

Artículo 40.- La familia es la base de nuestra sociedad. El Estado velará por su estabilidad moral y material, para la mejor formación de los hijos dentro de la sociedad.

Artículo 41.- El cuidado y educación de los hijos para que éstos alcancen su plena capacidad corporal, intelectual y social, es un deber y un derecho de los padres. Quienes tengan a su cargo numerosa prole tienen derecho a auxilios compensatorios, siempre que los necesiten.

La ley dispondrá las medidas necesarias para que la infancia y juventud sean protegidas contra el abandono corporal, intelectual o moral de sus padres o tutores, así como contra la explotación y el abuso.

Artículo 42.- Los padres tienen para con los hijos habidos fuera del matrimonio los mismos deberes que respecto a los nacidos en él.

La maternidad, cualquiera sea la condición o estado de la mujer, tiene derecho a la protección de la sociedad y a su asistencia en caso de desamparo.

Artículo 44.- El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Artículo 47.- La protección del medio ambiente es de interés general. Las personas deberán abstenerse de cualquier acto que cause depredación, destrucción o contaminación graves al medio ambiente. La ley reglamentará esta disposición y podrá prever sanciones para los transgresores.

Artículo 54.- La ley ha de reconocer a quien se hallare en una relación de trabajo o servicio, como obrero o empleado, la independencia de su conciencia moral y cívica; la justa remuneración; la limitación de la jornada; el descanso semanal y la higiene física y moral.

El trabajo de las mujeres y de los menores de dieciocho años será especialmente reglamentado y limitado

Artículo 67.- Las jubilaciones generales y seguros sociales se organizarán en forma de garantizar a todos los trabajadores, patronos, empleados y obreros,

retiros adecuados y subsidios para los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc.; y a sus familias, en caso de muerte, la pensión correspondiente. La pensión a la vejez constituye un derecho para el que llegue al límite de la edad productiva, después de larga permanencia en el país y carezca de recursos para subvenir a sus necesidades vitales.

Los ajustes de las asignaciones de jubilación y pensión no podrán ser inferiores a la variación del Índice Medio de Salarios, y se efectuarán en las mismas oportunidades en que se establezcan ajustes o aumentos en las remuneraciones de los funcionarios de la Administración Central.

Las prestaciones previstas en el inciso anterior se financiarán sobre la base de:

A) Contribuciones obreras y patronales y demás tributos establecidos por ley. Dichos recursos no podrán ser afectados a fines ajenos a los precedentemente mencionados, y

B) La asistencia financiera que deberá proporcionar el Estado, si fuera necesario.

Artículo 72.- La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno.

ANEXO II

***Denominada Decreto-Ley por Ley Nº 15.738**

Ley Nº 15.181*

SE ESTABLECEN NUEVAS NORMAS PARA LA ASISTENCIA MEDICA COLECTIVA Y PRIVADA

El Consejo de Estado ha aprobado el siguiente

PROYECTO DE LEY

Artículo 1º.- El Estado establecerá una cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social, a través de organismos públicos y privados.

El Ministerio de Salud Pública deberá asegurar la normalidad de las prestaciones asistenciales.

Artículo 2º.- La asistencia médica solamente podrá ser prestada en el ámbito de sus competencias específicas por médicos, odontólogos y obstétricas con título otorgado o revalidado por la Universidad de la República, o bajo la dirección y responsabilidad de dichos profesionales, conforme a las normas de esta ley y las demás que tutelan la salud pública.

Artículo 3º.- La asistencia médica podrá ser brindada en forma privada, ya sea particular o colectiva, y en forma pública a través de los organismos respectivos:

A) Se entiende por asistencia médica privada particular la que brindan a sus pacientes los profesionales mencionados en el artículo 2 actuando individualmente, en equipo o a través de entidades. Esta forma de asistencia puede ser parcial o total y abarcar todos los aspectos técnicamente posibles y se regulará por los acuerdos que se celebren al respecto mediante el régimen de libre contratación. Los sanatorios y clínicas privados podrán ofrecer seguros individuales de internación, parciales o totales, en régimen de libre elección de asistencia profesional;

B) Se entiende por asistencia médica privada colectiva la que brinden a sus socios o afiliados las instituciones que se organicen y funcionen según las disposiciones de la presente ley;

C) Se entiende por asistencia médica prestada en forma pública, aquella que realizan las personas jurídicas públicas.

Artículo 4º.- Los profesionales, equipos o entidades que brindan asistencia médica privada particular podrán convenir con las instituciones de asistencia médica colectiva y con los organismos públicos, con conocimiento del Ministerio de Salud Pública, distintas prestaciones específicas a sus asociados, usuarios y beneficiarios en las condiciones técnico - administrativas y arancelarias que acuerden o que determinare en casos especiales dicho Ministerio.

Artículo 5º.- Sin perjuicio de la responsabilidad personal de los profesionales que trabajen en entidades de asistencia médica, éstas responderán por acciones u omisiones que violen las disposiciones legales y reglamentarias que regulan su actividad.

Artículo 6º.- Las instituciones privadas de asistencia médica colectiva serán de los siguientes tipos:

A) Asociaciones Asistenciales, las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos otorguen a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin;

B) Cooperativas de Profesionales las que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas;

C) Servicios de Asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente, a los familiares de aquél.

Artículo 7º.- Las instituciones de asistencia médica colectiva deberán suministrar a sus asociados, afiliados o usuarios, con prescindencia de los recursos económicos de éstos, los medios para la prestación de una cobertura de asistencia médica, de acuerdo a las pautas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Cuando las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ofrezcan coberturas parciales no lo podrán hacer en un número superior al diez por ciento del total de sus afiliados.

Los derechos y obligaciones de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), y de los asociados, afiliados o usuarios serán determinados por la reglamentación de la presente ley.

Artículo 8º.- Las instituciones de los tipos A) y B) deberán contar con un número mínimo de asociados o afiliados, con recursos suficientes de infraestructura, equipamiento y capacidad de hospitalización y destinar un porcentaje de sus ingresos a la creación y mantenimiento de un Fondo de Inversiones.

La reglamentación respectiva establecerá la dimensión de estos requisitos para el departamento de Montevideo y para los departamentos del interior del país.

El Poder Ejecutivo podrá autorizar, en casos especiales debidamente justificados y por un plazo no mayor de dieciocho meses para la capital y de tres años para el interior, a partir de la publicación de la reglamentación de esta ley, el funcionamiento de instituciones que no reúnan dichas exigencias.

Artículo 9º.- Las entidades de asistencia médica colectiva que se creen a partir de la publicación de la presente ley deberán ajustar sus estatutos a las disposiciones del "Estatuto Tipo" que establezca el Poder Ejecutivo y sus registros contables a las normas que éste dicte; obtener la personería jurídica, registrarse en el Ministerio de Salud Pública y obtener de éste la autorización

para funcionar acreditando haber cumplido todos los requisitos exigidos en esta ley.

Artículo 10.- Las instituciones de asistencia médica colectiva, además de los órganos de gobierno que les establezca el "Estatuto Tipo", deberán contar con un Director Técnico Médico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la institución y ante el Ministerio de Salud Pública.

Las instituciones del tipo A) y B) deberán contar además con un Consejo Técnico Asesor integrado por profesionales vinculados a la labor asistencial de las mismas.

Artículo 11.- El Ministerio de Salud Pública, a través de una Dirección con estos fines específicos ejercerá la inspección, fiscalización y control en los aspectos técnicos, administrativos, contables y técnico - laborales del funcionamiento de entidades de asistencia médica colectiva.

Artículo 12.- El Ministerio de Salud Pública de oficio, por recomendación de las autoridades competentes o a solicitud fundada de los asociados, afiliados, usuarios u órganos de gobierno de las entidades de asistencia médica colectiva en la forma y condiciones que establece esta ley y que determine la reglamentación respectiva, podrá:

A) Realizar o disponer investigaciones de los hechos que por su gravedad lo requieran, compulsar o retirar toda clase de documentos que se consideren necesarios y efectuar intimaciones bajo apercibimiento de las sanciones o medidas que correspondan;

B) Agotada la investigación, cuando medien graves irregularidades que pongan en riesgo el cumplimiento de los fines o la existencia de la institución, proponer al Poder Ejecutivo, mediante resolución fundada, la intervención de dichas entidades por un plazo de seis meses prorrogable por una vez por igual período. La intervención será a los efectos de investigar las causas, determinar las responsabilidades resultantes, dando intervención a la justicia ordinaria si se comprobare la comisión de delitos y promover la renovación parcial o total de autoridades debiendo en todos los casos, asegurar el cumplimiento del fin específico de la institución;

C) Disponer la aplicación de multas, la suspensión parcial o total de actividades, la que no podrá exceder de seis meses y la clausura definitiva de locales. Las sanciones financieras oscilarán entre N$ 2.000 (nuevos pesos dos mil) y N$ 200.000 (nuevos pesos doscientos mil); su graduación deberá hacerse por resolución fundada y de acuerdo con las circunstancias de cada caso y los montos serán actualizados según lo establecido en el artículo 99 del Código Tributario.

Artículo 13.- Las instituciones de asistencia médica colectiva estarán exoneradas de toda clase de tributos nacionales y departamentales con excepción de los aportes a los organismos de seguridad social que correspondan. También estarán exentos de tales tributos los bienes de capital que éstas adquieran, importen o reciban con excepción del Impuesto al Valor Agregado cuando corresponda. Las donaciones efectuadas a nombre de las instituciones de referencia, estarán exoneradas en todo caso.

Artículo 14.- Las instituciones de asistencia médica colectiva deberán recabar autorización del Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, con fundamentos debidamente documentados, para:

A) Crear, clausurar, suspender, ceder, constituir derecho de uso en favor de otras entidades de asistencia o arrendar servicios de atención médica;

B) Adquirir, enajenar, arrendar o prendar equipos sanitarios;

C) Adquirir, enajenar o hipotecar bienes inmuebles y construir, reformar o ampliar plantas físicas para la atención médica.

Artículo 15.- Los asociados o afiliados de las instituciones de asistencia médica colectiva de los tipos A) y B) asegurarán su derecho a la asistencia médica básica, completa e igualitaria, mediante el pago de cuotas mensuales que se adecuen al costo del servicio.

La demanda y prestaciones de servicios se regularán en lo económico por el pago de tasas moderadoras y, cuando así lo resolviere el Poder Ejecutivo, por aranceles.

Entiéndese por cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria, la que en lo asistencial, incluye la aplicación de las siguientes actividades fundamentales: medicina ginecotocología, cirugía y pediatría, como asimismo, sus especialidades complementarias.

Artículo 16.- Las entidades de asistencia médica colectiva del tipo C) podrán prestar, en forma sucesiva o simultánea desde su inicio, las siguientes coberturas:

1) Atención médica sanitaria.

2) Atención médica laboral, cubriendo entre ambas la prevención de los riesgos propios de su actividad.

3) Asistencia médica básica completa e igualitaria a su personal y eventualmente a sus familiares.

Artículo 17.- Las instituciones de asistencia médica colectiva no podrán:

A) Mantener ningún tipo de dependencia con instituciones gremiales, políticas o similares;

B) Realizar afiliaciones de carácter vitalicio, entendiéndose por tales aquellas que representen un aporte fijo, definitivo. distinto a la cuota social o variable en el tiempo, sin consideración al costo real del servicio; esta disposición no afecta los derechos adquiridos en mérito a contratos celebrados antes del 14 de marzo de 1974;

C) Utilizar cualquier tipo de intermediación lucrativa en la obtención de nuevos socios o afiliados.

Artículo 18.- Los servicios de atención médica a cargo de organismos públicos y personas de derecho público no estatales existentes o a crearse, adecuarán su actuación con el Ministerio de Salud Pública, ajustándose en lo técnico a las normas que éste dicte.

Además de las prestaciones que actualmente brindan a sus beneficiarios, deberán incluir los servicios indicados en el artículo 16, numerales 1 y 2, cubriendo así la prevención de los riesgos propios de su actividad y cuando corresponda, la rehabilitación de sus beneficiarios.

Dichos organismos podrán contratar y coordinar servicios sanitarios y asistenciales con instituciones de asistencia médica colectiva de tipos A) y B) y con el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 19.- A los efectos del cumplimiento de la presente ley dentro de los dieciocho meses de la publicación de su reglamentación, las instituciones de asistencia médica colectiva existentes deberán, cuando corresponda, fusionarse o transformar su tipo y en todos los casos, reformar sus estatutos de acuerdo con las normas del "Estatuto Tipo", adicionar a su nombre o denominación la tipificación que corresponda y ajustar sus registros contables a las normas que dicte el Poder Ejecutivo. Las fusiones se realizarán bajo el régimen de trasmisión de patrimonio a titulo universal.

Las fusiones, transformaciones y reformas de estatutos que se cumplan dentro de dicho plazo, estarán exoneradas del pago de toda clase de tributos y exceptuadas de lo dispuesto en el artículo 473 del Código de Comercio.

Artículo 20.- Cuando una institución de asistencia médica colectiva quedare disuelta y existiere la previsión estatutaria de que, en caso de disolución, sus bienes pasaren a instituciones públicas asistenciales, el Poder Ejecutivo queda facultado para afectar el uso y destino de dichos bienes en el modo que estime más conveniente para asegurar la continuidad y regularidad de la asistencia a los asociados o usuarios en la prosecución de los fines asistenciales para los cuales la institución había sido creada.

Artículo 21.- En todos los casos de transformación de tipo, fusión, tramitación de personería jurídica y modificación de estatutos de las entidades de asistencia médica colectiva, deberá ser oído el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 22.- Deróganse el decreto-ley 10.384, de 13 de febrero de 1943 y la ley 14.164, de 7 de marzo de 1974. Todos los convenios colectivos de trabajo, suscritos por las instituciones de asistencia médica colectiva, que estuvieron vigentes, quedarán sin efecto a partir de la publicación de la reglamentación de la presente ley.

Artículo 23.- Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones del Consejo de Estado, en Montevideo, a 18 de agosto de 1981.

HAMLET REYES,
Presidente.
Nelson Simonetti,
Julio A. Waller,
Secretarios.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA Y ENERGIA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE JUSTICIA

Montevideo, 21 de agosto de 1981.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

APARICIO MENDEZ.
ANTONIO CAÑELLAS.
General YAMANDU TRINIDAD.
ESTANISLAO VALDES OTERO.
VALENTIN ARISMENDI.
WALTER RAVENNA.
DANIEL DARRACQ.
EDUARDO J. SAMPSON.
FRANCISCO D. TOURREILLES.
RAMON N. MALVASIO LAXAGUE.
W. NOGUEIRA IRIGOYEN.
FERNANDO BAYARDO BENGOA.

ANEXO III

PROYECTO DE LEY DE CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

(Texto del proyecto de ley aprobado por el Senado, pendiente de consideración en la Cámara de Representantes:)

"ARTÍCULO 1º.- Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA) el que será administrado por el Banco de Previsión Social y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social, de los jubilados del Banco de Previsión Social que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley N° 16.713, de 1° de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la presente ley.

ARTÍCULO 2º.- Quedarán incluidos en el régimen establecido en la presente ley:

a) Las personas comprendidas en lo dispuesto en el artículo 8º del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975 y los artículos 186 y 187 de la Ley Nº 16.713, de 1° de setiembre de 1995.

b) Los funcionarios de la Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo y del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay.

c) Las cuidadoras del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay.

d) Los contratados a término.

Exceptúase del presente régimen a los funcionarios de los Incisos 03 "Ministerio de Defensa Nacional", 04 "Ministerio del Interior" y 12 "Ministerio de Salud Pública", que tuvieran derecho a otras coberturas, los que continuarán manteniendo los regímenes especiales de asistencia médica de cada Inciso.

El presente régimen no será aplicable tampoco a becarios y pasantes.

ARTÍCULO 3º.- El Fondo creado se integrará con los siguientes recursos:

a) un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar dicho organismo a las prestadoras de servicios de salud a la fecha de vigencia de la presente ley por concepto de cuotas mensuales de prepago de las personas comprendidas en el artículo 8° del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975 y en los artículos 186 y 187 de la Ley Nº 16.713, de 1° de setiembre de 1995 y de cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos. Dichos aportes serán ajustados por la variación del valor de las cuotas, y por las altas y bajas que se vayan produciendo;

b) un aporte de los funcionarios incluidos en los literales b), c), y d) del artículo 2° de la presente ley, de un 3% (tres por ciento) que se calculará sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío;

c) un aporte a cargo del organismo empleador de los funcionarios incluidos en los literales b), c) y d) del artículo 2° de la presente ley, del 5% (cinco por ciento) sobre las mismas remuneraciones establecidas en el literal anterior.

ARTÍCULO 4º.- El aporte referido en el literal b) del artículo anterior, para los beneficiarios de los organismos públicos comprendidos en el artículo 2º de la presente ley, será inicialmente de cargo de Rentas Generales o quien haga sus veces.

A partir de la fecha que determine el Poder Ejecutivo y coincidiendo con la aplicación del ajuste de recuperación salarial, los funcionarios aportarán a razón de un 1% (uno por ciento) acumulativo anual hasta alcanzar el porcentaje del 3% (tres por ciento). La diferencia entre el aporte personal descontado y el 3% será de cargo de Rentas Generales.

Los trabajadores comprendidos en lo dispuesto en el literal B) del artículo 8º del decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 citado quedarán excluidos de lo previsto en el inciso anterior.

A efectos de hacer frente a las erogaciones que demanda el presente artículo, así como el aporte de cargo del empleador establecido en el literal c) del artículo precedente, la Contaduría General de la Nación realizará las trasposiciones y habilitaciones de créditos presupuestales necesarios en cada Inciso y Unidad Ejecutora.

ARTÍCULO 5º.- Los beneficiarios que ingresen al Fondo Nacional de Salud con posterioridad a la aprobación de la presente ley podrán optar, de acuerdo con lo que determine la reglamentación, por su afiliación a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) contratadas por el Banco de Previsión Social (BPS) o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en cuyo caso se realizará bajo las condiciones que se establezcan entre dichas instituciones(BPS y IAMC ó ASSE). Exceptúase de dicha afiliación a quienes se encuentren amparados en otros regímenes, que le aseguren la cobertura asistencial en un nivel no inferior al que tendrían derecho por el sistema que se crea en la presente ley. En ningún caso será admitida la doble cobertura de la asistencia médica al amparo de este sistema. No obstante en todos los casos el funcionario deberá realizar el aporte previsto en el artículo 3° de la presente ley. El Poder Ejecutivo reglamentará las equivalencias de cobertura asistencial.

Facúltase al Poder Ejecutivo a determinar la fecha en que dicha opción se hará para los beneficiarios del literal a) del artículo 2° de la presente ley.

ARTÍCULO 6º.- Quienes se encuentren amparados simultáneamente por el presente régimen y por el establecido por el decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 u otras coberturas particulares, deberán optar por una única afiliación, manteniendo en las actividades comprendidas por la norma precedentemente citada los derechos y obligaciones correspondientes.

ARTÍCULO 7º.- El Banco de Previsión Social abonará una cuota uniforme a todas las prestadoras de asistencia médica por las que hubieran optado los beneficiarios. Dicha cuota podrá estar asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluir pagos por el cumplimiento de metas asistenciales. La fijación de la cuota se realizará por el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, tomando en consideración las economías derivadas de costos de cobranza, financieros, gestión de cobro y otros costos de gestión. Abonará asimismo al Fondo

Nacional de Recursos las cuotas correspondientes por la totalidad de los beneficiarios incluidos en la presente ley.

ARTÍCULO 8º.- Se destinará a financiar la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) el importe de las cuotas que perciba así como el excedente que surja de los aportes realizados por aplicación de la presente ley luego de abonar la totalidad de las cuotas establecidas en el artículo 7º de la presente ley.

El monto determinado por aplicación del inciso precedente constituirá Recursos de Afectación Especial con titularidad y disponibilidad de la referida Administración, y no se computará como base de cálculo de ninguna retribución, comisión o cualquier otro complemento de naturaleza salarial o no salarial, establecida por otras disposiciones legales.

A efectos de la habilitación de los créditos que se financian con los recursos establecidos en el presente artículo, será de aplicación el artículo 43 de la Ley N° 17.296, de 21 de febrero de 2001. Dichos créditos se distribuirán por Unidad Ejecutora para gastos de funcionamiento e inversiones de acuerdo con lo que determine la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

ARTÍCULO 9º.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir a los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) así como al Poder Judicial, en el régimen creado en la presente ley. La aportación progresiva hasta alcanzar el 3%, establecida en el artículo 7º de la presente ley, no podrá significar reducción de salario líquido.

Facúltase al Poder Ejecutivo, a extender el régimen creado en la presente ley, a funcionarios de otros organismos públicos nacionales.

ARTÍCULO 10º.- En caso de producirse las incorporaciones autorizadas en el artículo precedente u otras que se dieran en el futuro, los créditos habilitados para los regímenes de asistencia médica de cada organismo, pasarán a financiar los aportes previstos en los literales b) y c) del artículo 3º de la presente ley.

ARTÍCULO 11º.- El que cualquier medio ejecutare o encomendare ejecutar actos de intermediación lucrativa, de promoción o publicidad, con la finalidad de captar socios o afiliados para las instituciones de asistencia médica pública o privada, sean éstas colectivas o particulares, entregando a cambio o prometiendo entregar a dichos socios o afiliados dinero u otra ventaja equivalente (a excepción de mejoras en las prestaciones asistenciales) será castigado con una pena de cuatro a veinticuatro meses de prisión.

Los directores y administradores de las instituciones que por cualquier medio ejecutaren, facilitaren, propiciaren o aceptaren tales actos serán considerados coautores del delito que se tipifica.

Constituyen circunstancias agravantes de este delito:

a) el carácter de funcionario público del agente;

b) el grado de jerarquía funcional del autor.

Son nulas asimismo las deudas contraídas por las instituciones de asistencia médica por concepto de actos ejecutados de conformidad con lo previsto por el presente artículo.

ARTÍCULO 12º.- El Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social podrán aplicar sanciones pecuniarias de hasta 1.000 UR (un mil unidades reajustables) a aquellas instituciones que se hubieren beneficiado a consecuencia de las conductas referidas en el artículo precedente, pudiendo duplicarse el monto de la sanción en caso de reincidencia y retenerse las transferencias por concepto de cuotas de afiliación al sistema que administra el Banco de Previsión Social.

ARTÍCULO 13º.- Facúltase al Poder Ejecutivo a crear una Comisión de Seguimiento para la aplicación de la presente ley.

ARTÍCULO 14º.- Derógase lo dispuesto por la Ley N° 17.946, de 6 de enero de 2006, el artículo 14 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987 con la redacción dada por los artículos 11 de la Ley Nº 16.002, de 25 de noviembre de 1988 y 21 de la Ley Nº 16.170, de 28 de diciembre de 1990 y toda disposición que establezca otro régimen de cobertura asistencial a los beneficiarios del régimen creado en la presente ley".

SEÑOR RUBIO.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR RUBIO.- Señor Presidente: nos sentimos muy congratulados por lo que hemos aprobado. Creo que en este punto hemos votado lo correcto y, por eso, al derogar esta ley, se hacía lo propio con el artículo que declaraba nulas las deudas. Es por eso que el señor senador Breccia hizo esa inclusión y le dio vigencia en un artículo anterior que votamos con relación al tema.

21) RECTIFICACIÓN DE TRÁMITE

SEÑOR PRESIDENTE.- Dése cuenta de una solicitud de rectificación de trámite.

(Se da de la siguiente:)

"La señora senadora Xavier solicita que la Carpeta Nº 729/06, que está en la Comisión de Constitución y Legislación desde el 20 de diciembre, pase a la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión".

—Se va a votar.

(Se vota:)

—18 en 22. **Afirmativa.**

22) SE LEVANTA LA SESIÓN

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos a considerar, se levanta la sesión.

(Así se hace, a la hora 22, presidiendo el señor Rodolfo Nin Novoa y estando presentes los señores senadores Antía, Baráibar, Cid, Couriel, Da Rosa, Dalmás, Fernández Huidobro, Gallinal, Heber, Korzeniak, Lorier,

Michelini, Moreira, Nicolini, Percovich, Ríos, Rubio, Saravia, Topolansky, Vaillant y Xavier).

DON RODOLFO NIN NOVOA
Presidente

Arq. Hugo Rodríguez Filippini
Secretario

Esc. Claudia Palacio
Prosecretaria

Sr. Nelson Míguez
Jefe de Revisores del Cuerpo de Taquígrafos