



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
DE ADMINISTRACIÓN**

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CONTADOR PÚBLICO.**

**LA INSERCIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD EN
EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.
FINANCIAMIENTO E IMPACTO.**

Autores:

**DOUGLAS MIGUEL LAUSAROT CONCEPCIÓN
CÉSAR FEDERICO LEYS SILVA
FERNANDO DANIEL TOURN ARMAND UGÓN**

Tutor:

CRA. ANA MARIELA RODRÍGUEZ FACAL

**Montevideo
URUGUAY
2010**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a nuestra tutora la Cra. Ana Mariela Rodríguez Facal por el tiempo dedicado a la orientación en nuestro trabajo de investigación.

Asimismo, a los entrevistados que tuvieron la buena disposición de responder ante nuestras consultas, siendo ellas parte esencial de nuestro trabajo y a todas las personas allegadas que de alguna manera u otra, nos brindaron su apoyo y estuvieron atentos a la hora de hacernos llegar toda información que pudiera servirnos.

Finalmente queremos agradecer muy especialmente a nuestras familias y amigos, por su continuo apoyo, en esta etapa y a lo largo de toda nuestra carrera.

ÍNDICE

Capítulo 1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.Objetivo y Fundamentación del Tema.....	1
1.2.Metodología de Trabajo.....	3
Capítulo 2 SEGUROS PRIVADOS DE SALUD EN EL URUGUAY.....	10
2.1 Sistema de Salud en Uruguay.....	10
2.1.1 Sistema de Salud en Uruguay antes de la reforma.....	10
2.1.2 Sistema Nacional Integrado de salud.....	15
2.1.2.1 Surgimiento.....	15
2.1.2.2 Resultado esperado.....	17
2.1.2.3 Composición.....	19
2.2 Seguros Privados en Uruguay.....	22
2.2.1 Surgimiento.....	22
2.2.2 Clasificación.....	25
2.2.3 Los Seguros Integrales en la reforma de la salud.....	28
2.2.4 Evolución de los Seguros Integrales.....	37
Capítulo 3 MARCO TEÓRICO.....	45
3.1 Normativa.....	45
3.1.1 Decreto-Ley N° 15.181.....	45
3.1.2 Ley N° 15.903.....	46
3.1.3 Decreto No. 455/001.....	46
3.1.4 Ordenanza Ministerial N° 149/003.....	54
3.1.5 Ley N° 17930.....	54
3.1.6 Ley N° 18211.....	55
Capítulo 4 IMPACTO DE LA LEY N° 18211 EN EL FINANCIAMIENTO DE.....	59
LOS SEGUROS INTEGRALES PRIVADOS DE SALUD.....	59
4.1 Análisis de las variables.....	59
4.1.1 Planes de Cobertura.....	59
4.1.1.1 Hospital Británico.....	59
4.1.1.2 Seguro Americano.....	62
4.1.1.3 Medicare.....	63
4.1.1.4 MP.....	67
4.1.1.5 Summum.....	71
4.1.1.6 Blue Cross & Blue Shield.....	73
4.1.1.7 Primédica.....	77
4.1.2 Afiliados.....	79
4.1.3 Resultados.....	86
Capítulo 5 CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFÍA.....	93
ANEXO A.....	96

<u>Decreto - Ley N° 15.181 del 21 de agosto de 1981.....</u>	<u>96</u>
<u>Ley N° 15.903 del 10 de noviembre de 1987.....</u>	<u>98</u>
<u>Decreto N° 455/001 - Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.....</u>	<u>99</u>
<u>Ordenanza Ministerial N° 149/03 de 7 de marzo de 2003.....</u>	<u>118</u>
<u>Ley N° 17.930 del 23 de Diciembre de 2005.....</u>	<u>121</u>
<u>Decreto N° 276/007.....</u>	<u>124</u>
<u>Ley N° 18.131 del 18 de mayo de 2007.....</u>	<u>133</u>
<u>Ley N° 18.211 del 13 de diciembre de 2007.....</u>	<u>141</u>
<u>Decreto CM/568 del 3 de octubre de 2008.....</u>	<u>156</u>
<u>ANEXO B.....</u>	<u>158</u>
<u> Composición del Subsector Privado de Salud en Uruguay.....</u>	<u>158</u>
<u>ANEXO C.....</u>	<u>162</u>
<u> Tabla de Abreviaturas.....</u>	<u>162</u>
<u>ANEXO D.....</u>	<u>163</u>
<u> Cuestionario.....</u>	<u>163</u>
<u>ANEXO E.....</u>	<u>166</u>
<u> Entrevista realizada al Gerente de Administración y Finanzas de MP Cr. Jorge Ferraguz el día 31 de Agosto de 2009.....</u>	<u>166</u>
<u> Entrevista realizada al Gerente de Administración y Finanzas de MP Cr. Jorge Ferraguz el día 29 de Octubre de 2009.....</u>	<u>169</u>
<u> Entrevista realizada al Gerente de Administración y Finanzas de MP Cr. Jorge Ferraguz el día 24 de Noviembre de 2009.....</u>	<u>170</u>
<u> Entrevista realizada al Dr. Diego Estol - Médico del Hospital Británico - el día 20 de Noviembre de 2009.....</u>	<u>171</u>

ABSTRACT

El presente trabajo monográfico, analiza el impacto de la inserción en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir de la Ley N° 18.211 del 5 de diciembre de 2007, bajo un régimen de excepción de los Seguros Integrales Privados de Salud en Uruguay.

Para la realización de este trabajo se consultó: la normativa vigente aplicable a los Seguros Integrales; informes de las autoridades sanitarias del país; otros trabajos monográficos; libros y entrevistas a autoridades de los Seguros Integrales con mayor participación en el mercado.

Se definieron variables, cuantitativas y cualitativas, que permitieron medir el impacto en el volumen y perfil de los usuarios de los Seguros Integrales. Se analizaron sus evoluciones con el objetivo de determinar si éstas se vieron afectadas por la nueva normativa, una vez entrada en vigencia el 1° de enero de 2008, o si mantuvieron su normal desarrollo.

Como resultado de nuestro estudio y entrevistas realizadas, concluimos que la inclusión de los Seguros Integrales en el Sistema Nacional Integrado de Salud bajo la normativa actual, no produjo cambios significativos en la normal evolución y crecimiento de éstos.

Capítulo 1 INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivo y Fundamentación del Tema

En el presente trabajo analizamos el impacto de la inserción de los Seguros Integrales Privados de Salud en Uruguay (Seguros Integrales), en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de la Ley N° 18.211 del 5 de diciembre de 2007.

Abordamos este tema dada la controversia generada entre los distintos actores del Sistema de Salud en Uruguay, por la inclusión de los Seguros Integrales en el SNIS bajo un régimen de excepción.¹

El sector de las IAMCs planteó su discrepancia respecto a la inclusión de los Seguros Integrales en el SNIS, aduciendo que esta situación provocaría una transferencia de afiliados del Sistema Mutual hacia los Seguros Integrales;² amparada ésta, en la libre movilidad entre los sistemas, y la nueva normativa por la cual los usuarios del SNIS pueden acceder a un Seguro Integral abonando solamente un complemento sobre los aportes realizados al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

¹ Diario El País (2008) http://www.elpais.com.uy/08/02/06/pnacio_328503.asp (Citada el 17/06/2009)

² Espectador.com (2008) http://www.espectador.com/1v4_contenido.php?id=114507&sts=1 (Citada el 17/06/2009)

El análisis se basó en dilucidar la controversia planteada por las IAMCs; determinando si la inserción de los Seguros Integrales en el SNIS a partir del 1º de enero de 2008, provocó que éstos, con el fin de incrementar su rentabilidad, aplicaran políticas orientadas a absorber beneficiarios del FONASA procedentes de las IAMCs, e implementaran nuevos planes de cobertura pensados para los afiliados FONASA; los que motivados por el reintegro de su cápita de acuerdo a su edad y sexo, beneficio con el que no contaban antes de la reforma, optaran por trasladarse a los Seguros Integrales.

1.2. Metodología de Trabajo

Analizamos el marco normativo vigente para los Seguros Integrales en Uruguay y los indicadores económicos y estadísticos del sector, emitidos por las autoridades sanitarias del país para conocer la evolución histórica y determinar el impacto de las modificaciones introducidas por la nueva Ley.

Se estudió una muestra representativa de los Seguros Integrales para determinar si a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 18.211 el 1° de enero de 2008, éstos absorbieron beneficiarios del FONASA afiliados anteriormente a las IAMCs, con motivo del beneficio del reintegro.

La muestra seleccionada está compuesta por los Seguros Integrales: MP (Medicina Personalizada) y Hospital Británico.

Estos son los dos Seguros Integrales que más afiliados tienen; entre ambos representan el 77% del total de afiliados a los Seguros Integrales, y son los que cuentan con la infraestructura necesaria para prestar por sí mismos prácticamente todos los servicios que requiere la asistencia integral.

Realizamos entrevistas a las autoridades del sector administrativo financiero de MP y a autoridades médicas del Hospital Británico como forma de obtener datos sobre: el impacto de la nueva normativa en la gestión; nivel de actividad; y resultados económicos obtenidos por estos seguros.

A tales efectos, elaboramos un cuestionario con el objetivo de obtener información sobre: la incorporación a los Seguros Integrales de usuarios beneficiarios del FONASA, provenientes de las IAMCs; los planes de cobertura existentes; y el impacto económico que tuvo la reforma de la salud en estos Seguros Integrales.

Se escogieron 3 variables objeto de estudio, las cuales nos permitirán arribar a la solución del problema propuesto. Estas son: cobertura, afiliados y resultados económicos.

Cobertura: Analizamos la creación de nuevos Planes de cobertura y la variación en los servicios que éstos incluyen. Relevamos los distintos planes brindados por la totalidad de los Seguros Integrales del país, para determinar si se crearon nuevos planes como consecuencia de la inclusión de los Seguros Integrales en el SNIS.

Cobertura son las protecciones que otorga la aseguradora en la póliza, al asegurado -persona que con el pago de una prima de seguros, obtiene una contraprestación reflejada en el contrato de seguros-, y que generalmente se establecen en las cláusulas de la misma.³

³³ www.segurosdeautos.com.mx/glosario_de_seguros.html (Citada el 28/12/2009.)

Los Planes de cobertura, se refieren a las distintas opciones de servicio que le brinda el Seguro Integral al usuario, para contratar con él.

Existen diferentes modalidades de cobertura médica. Las mismas pueden abarcar: un servicio básico que otorguen a los usuarios las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el MSP; o un servicio que además del básico brinde servicios adicionales como ser: seguro de salud en el exterior, descuentos en medicamentos y consultas, entre otros.

Asimismo, pueden tener cláusulas que incluyan deducibles o copagos. Un deducible es la cantidad que debe pagar el afiliado antes de que la compañía de seguros comience a pagar. Por ejemplo, si incluye un deducible de \$300 para las estadías en el sanatorio, y la estadía cuesta \$2.000, el afiliado pagaría los primeros \$300, y el resto lo cubriría la aseguradora. Un copago o ticket moderador, es la parte del pago a un proveedor médico. Si tiene un copago de \$20, el afiliado tendrá que pagar esta cantidad al proveedor médico en el momento de su servicio y, a continuación, la compañía de seguros de salud pagaría el porcentaje de la atención médica, dependiendo del tipo de cobertura médica contratada.⁴

⁴⁴ http://www.articulosinformativos.com.mx/Seguro_de_Salud-a854808.html#8066015 (Citada el 28/12/2009)

Afiliados: Analizamos el crecimiento de afiliados en el sector privado de salud, particularmente en los Seguros Integrales, y la distribución entre la afiliación particular y a través del FONASA en éstos.

Afiliado es la persona que forma parte de una asociación o compañía.⁵

Una persona es afiliada a un Seguro de Salud mediante el pago de cuotas mensuales -precio en porcentaje o cantidad fija, que se le da a un riesgo, en función de la experiencia y la siniestralidad que sobre él tiene la aseguradora-, que le otorgan el derecho a una determinada cobertura.

Antes de la reforma existía un solo tipo de afiliado que contrataba los seguros en forma particular, independientemente de si contaba o no con cobertura a través de la Seguridad Social.

A partir de la reforma existen dos tipos de afiliados: los que no tienen cobertura por el FONASA, y los que si la tienen (Afiliados FONASA).

Estos últimos, sólo deben pagar la diferencia entre el valor de su cápita (que el FONASA vierte al Seguro Integral al cual están afiliados) y el valor del plan de cobertura que han contratado.

Se relevaron los datos elaborados por el MSP, relativos a los usuarios del Sistema de Salud en Uruguay, antes de la reforma y luego de instaurada

⁵⁵ SOPENA, Ed. RAMÓN (1972) *Nuevo Diccionario Ilustrado Sopena de la Lengua Española*, Ed. Ramón Sopena SA, Barcelona.

ésta; para determinar qué repercusión tuvo en la cantidad de afiliados del Sector Privado de Salud.⁶

Enfocándose luego, en los Seguros Integrales, donde se determinó la variación en la cantidad de afiliados, la distribución entre la afiliación particular y a través del FONASA; de forma de determinar si la inclusión de los Seguros Integrales en el SNIS generó un incremento anormal de afiliaciones a éstos.

Resultados económicos: Analizamos la variación en lo percibido por las cuotas sociales y los costos derivados por la prestación de los servicios demandados por los afiliados. El análisis se centró en determinar la variación en los ratios de demanda de utilización de los servicios contratados a través de los diferentes planes por los afiliados y también se analizaron ratios de envejecimiento de los afiliados a los Seguros Integrales en virtud de detectar cambios en la distribución etárea de éstos.

Resultado de la empresa se entiende como la diferencia entre el ingreso que fluye a la misma durante un determinado período de tiempo y el gasto inherente a él.⁷

⁶ Incluye las IAMCs, Seguros Privados Integrales y Parciales

⁷ *Generalidades en Auditoría* <http://www.eumed.net/cursecon/libreria/rgl-genaud/2j.htm> (Citada el 23/12/2009)

El ingreso se define como el precio de los productos vendidos o de los servicios prestados.⁸

El ingreso analizado es la contraprestación económica que perciben los Seguros Integrales, por la cobertura de salud brindada a sus afiliados mediante el cobro de una cuota mensual; la cual varía en función del plan de cobertura contratado por el afiliado y del riesgo inherente a la persona.

Antes de ser incluidos los Seguros Integrales en el SNIS, las cuotas sociales que cobraba provenían enteramente del aporte particular de cada afiliado.

A partir de la reforma de la salud, dichas cuotas sociales provienen de dos fuentes. Se mantiene el aporte particular de los afiliados y se incorpora los fondos provenientes del FONASA, por aquellos con cobertura a través de la Seguridad Social que optaron por la contratación de un Seguro Integral.

Se determinó si los ingresos sufrieron un incremento anormal, vinculado directamente con la variación de afiliados y el precio de las cuotas de los planes de cobertura brindados, de modo de determinar qué impacto tuvo la inclusión de los Seguros Integrales en el SNIS.

Costo es el gasto valorado en dinero, de bienes y prestaciones de servicios, invertido en la empresa, a fin de alcanzar el objeto propuesto⁹.

⁸⁸ *Naturaleza, conceptos y clasificación de la contabilidad* <http://www.anywhereenterprises.com/1/1/a?a=dF&p=pQZsOWpQZpQZsOWOAApQZOAApQZ>. (Citada el 28/12/2009)

⁹⁹ HANSEN, PALLE (1960) *Manual de Contabilidad*, Ed. Aguilar, Madrid.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Los costos analizados, corresponden a los egresos vinculados a los servicios prestados a los usuarios por el Seguro Integral, para dar cumplimiento a la cobertura de salud de los planes contratados.

Capítulo 2 SEGUROS PRIVADOS DE SALUD EN EL URUGUAY

2.1 Sistema de Salud en Uruguay

2.1.1 Sistema de Salud en Uruguay antes de la reforma

El Sistema de Salud en Uruguay estaba compuesto por un conjunto de instituciones, con orígenes, estructura y objetivos distintos entre sí, que promovieron y establecieron un sistema complejo, fragmentado, segmentado e inequitativo.

Este sistema estaba integrado por dos subsectores: público y privado.

El subsector público integrado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital de Clínicas (Universidad de la República), la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (D.N.S.FF.AA.), la Dirección de Sanidad Policial (D.N.S.P.), los Servicios de Salud de las 19 Intendencias Municipales, el Banco de Previsión Social (BPS), y los Servicios Médicos de Entes Autónomos y Servicios Descentralizados. Brindaba en el año 2006, cobertura al 50,8% de la población del país; 40,6% eran cubiertos por MSP-ASSE, 0,3% por el Hospital de Clínicas, 8,2% por Sanidad Policial y Sanidad Militar, 2,3% por Policlínicas Municipales y 0,8% por BPS.

El subsector privado estaba constituido por: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) y Seguros Privados Parciales e Integrales; cubriendo el 45,7% de la población del País. Las IAMCs, concentraban la mayor parte de la demanda privada, el 43,6%; siendo la cobertura de los Seguros Privados solamente el 2,1% de la población del País.

Existían 41 IAMCs en todo el territorio nacional; 12 de ellas ubicadas en Montevideo, las cuales representaban el 58,5% de la demanda privada, y el resto, en el Interior del País (con al menos una IAMC en cada departamento), acumulando el 37,2% de dicha demanda. El 4,3% restante, la cubrían los Seguros Privados de Salud ofreciendo una cobertura parcial o total, a cambio de un prepago; que a diferencia de las IAMCs estaban poco regulados por el Estado, no teniendo límite para la fijación de los precios de los servicios brindados.¹⁰

¹⁰ Borgia, Fernando en “La Salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista”.
<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewPDFInterstitial/208/410>
(Citada el 30/11/09)

CUADRO 1
Porcentajes de cobertura poblacional de salud según utilización de servicios. Año 2006¹¹

	Montevideo	Interior	Rural y menos de 5000 hab.	Total
Instituciones Públicas	38,4	59,2	58,9	50,8
MSP-ASSE	26,3	50,5	53,1	40,6
Hospital de Clínicas	0,5	0,1	0,1	0,3
Sanidad Policial	2,5	3,7	1,5	4,1
Sanidad Militar	4,5	3,7	1,5	4,1
Policlínica Municipal	3,8	1,3	1,4	2,3
BPS	0,8	0,8	0,9	0,8
Instituciones Privadas	57,6	37,5	38,3	45,7
IAMC	55,1	35,6	37,1	43,6
Seguro Privado Parcial	0,6	1,6	1	1,2
Seguro Privado Quirúrgico	0,1	0,0	0,0	0,0
Seguro Privado Integral	1,8	0,3	0,2	0,9
Otro	0,8	0,9	1,0	0,8
No se Atiende	3,2	2,4	1,8	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INE 2007

En muchos casos, los Seguros Privados que ofrecían cobertura parcial, no eran para la población una alternativa a las IAMCs; sino que actuaban como un servicio complementario a la canasta de prestaciones que éstas les ofrecían. Estos seguros, sean médicos o quirúrgicos, brindaban a sus afiliados una canasta menor a la ofrecida por las IAMCs, que básicamente se concentra en las prestaciones del primer nivel de atención. La población accede a este servicio a cambio de un pre-pago menor al necesario para afiliarse a una IAMC.

¹¹ MSP, “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009”, 17 de abril de 2009 www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=513&Itemid= (Citada el 30/11/09)

Complementariamente, el sector privado concentraba el 75% del gasto del sistema de salud; por lo que el gasto por usuario de las IAMCs era dos veces y media superior al de ASSE.

*“ASSE y los Servicios de Salud del Estado, tenían un promedio de 14 dólares mensuales por persona, los Servicios de Sanidad Militar y Policial, 17, las IAMC, 36, y los servicios privados no regulados desde el punto de vista económico y comercial, 73 dólares por mes y por persona”.*¹²

*“Siendo que existe una importante correlación entre tipo de cobertura, nivel de ingresos y actividad, resultando en una salud para ricos y una para pobres. Más aún, dado que las necesidades de salud de la población que recurre a los servicios públicos de salud son en general mayores, la inequidad es también mayor, resultando en que el sistema gasta más en quienes tienen menores necesidades en salud”.*¹³

Ese “modelo asistencial no privilegia como objetivo central la calidad de vida de la población, habiendo alcanzado buenos indicadores en términos

¹² Olesker, Daniel “El Sistema de Salud es otro componente de las reformas sociales impulsadas por el gobierno”. http://www.msp.gub.uy/ucsnis_2516_1.html (Citada el 15/10/2009)

¹³ Borgia, Fernando en “La Salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista”. <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewPDFInterstitial/208/410> (Citada el 30/11/09)

*generales, pero signado por un evidente estancamiento teniendo en cuenta los avances de países comparables de la región”.*¹⁴

CUADRO 2
Sistema de Salud antes de la reforma.¹⁵

	Principales prestadores	Cobertura	Financiamiento
Subsistema público	ASSE Hospital de Clínicas	Toda la población sin otra cobertura 48% de la población	Recursos fiscales
Seguridad Social	Contrata IAMC	Trabajadores privados Algunos públicos Jubilados de bajos ingresos 20% de la población	Contribuciones sobre ingresos Recursos fiscales
Subsistema privado	IAMC	43% de la población (Incluyendo seg. Soc.)	Gasto privado Recursos de la Seguridad Social

¹⁴ Muñoz, María J., Ministra de Salud Pública en “La reforma de Salud en Uruguay” – Asociación de Docentes de la Universidad de la República – 9 de noviembre de 2006
www.adur.fmed.edu.uy/archivos/9-Nov-06%20ADUR.ppt (Citada el 30/11/09)

¹⁵ Muñoz, María J., Ministra de Salud Pública en “La reforma de Salud en Uruguay” – Asociación de Docentes de la Universidad de la República – 9 de noviembre de 2006
www.adur.fmed.edu.uy/archivos/9-Nov-06%20ADUR.ppt (Citada el 30/11/09)

2.1.2 Sistema Nacional Integrado de salud

2.1.2.1 Surgimiento

El Sistema de Salud en Uruguay está atravesando una reforma a partir de la Ley N°17.930 de Presupuesto Nacional para el período 2005-2009, aprobada el 23 de diciembre de 2005, en la cual se introducen los primeros cambios jurídicos.

La Ley en su artículo 264° describe las características principales del SNIS (ampliadas con la Ley N°18.211 a fines de 2007). Estas son: 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; que el sistema se articule sobre la base de la complementación público–privado; que tenga como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación; y busque complementar los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.

El artículo 265°, establece los aspectos relativos al Seguro Nacional de Salud, que financia al SNIS (creado por la Ley N°18.211), financiado por el FONASA; definido como un Fondo Público Único y Obligatorio, constituido

por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas, y el aporte universal de los beneficiarios del SNIS. Las transferencias a los prestadores integrales de salud, públicos y privados, se harán de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios, en cada nivel de atención.

Con esos lineamientos generales, se aprobaron en 2007, dos leyes fundamentales que facilitaron el análisis y la comprensión de la propuesta de reforma sanitaria:

- Ley N° 18.131 del 18 de mayo de 2007, *Creación del Fondo Nacional de Salud*.
- Ley N° 18.211 del 5 de diciembre de 2007, *Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*. Reglamentaria del derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para el acceso a prestaciones integrales del SNIS, y su decreto reglamentario del 8 de enero de 2008.

2.1.2.2 Resultado esperado

La creación del SNIS tuvo como objetivo generar cambios en el modelo de atención, de gestión y de financiamiento, con una implementación simultánea y progresiva.

Este cambio en el modelo de atención supone: fomento de hábitos saludables de vida; protección frente a riesgos específicos; capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades, y administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos.

En el modelo de gestión, el cambio se concretó mediante la implementación de un Sistema, concebido como una articulación de servicios de salud públicos y privados; integrados en forma de red y en todos los niveles de atención, asegurando la coordinación y complementación de servicios. Garantizando la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.

El cambio en el sistema de gasto y financiamiento en salud, se basó en la justicia distributiva y se realizó mediante la creación de un Seguro Nacional de Salud.

Con cargo al FONASA, los prestadores reciben el pago por los servicios que brindan. A estos efectos, la unidad de medida, es la cuota salud (cápita), que determina el Poder Ejecutivo teniendo en cuenta, además de los elementos

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

que la constituyen, los riesgos de diferentes sectores de población que se determinan por sexo y edad de los usuarios.

El SNIS busca que todas las personas que residan en el país accedan a la misma calidad de atención, cualquiera sea el prestador y en todos los niveles, sin duplicación de servicios y sin las erogaciones necesarias para poner en pie a los subsectores público y privado, aprovechando la capacidad instalada de ambos y potenciando sus fortalezas.

2.1.2.3 Composición

A diciembre de 2008 el Sistema de Salud en Uruguay estaba compuesto por: la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con 1.192.580 usuarios, 40 IAMCs con 1.806.750 afiliados y los Seguros Privados con 74.789 afiliados. Además había 250.000 personas usuarias de la Sanidad Militar y Policial¹⁶.

Los Seguros Privados están compuestos por: 7 Seguros Integrales, 6 Seguros Parciales y otros seguros particulares.

Los Seguros Integrales contaban con 61.110 afiliados, de los cuales 37.008 son afiliados en forma particular y 24.102 tienen cobertura a través del FONASA¹⁷.

En total fueron 8 los Seguros Integrales que se adhirieron al SNIS al instaurarse éste el 1º de enero de 2008.

Estos eran: Hospital Británico, Seguro Americano, Medicina Personalizada (MP), Medicare, Summum, Blue Cross & Blue Shield de Uruguay, Primédica, e IPAM.

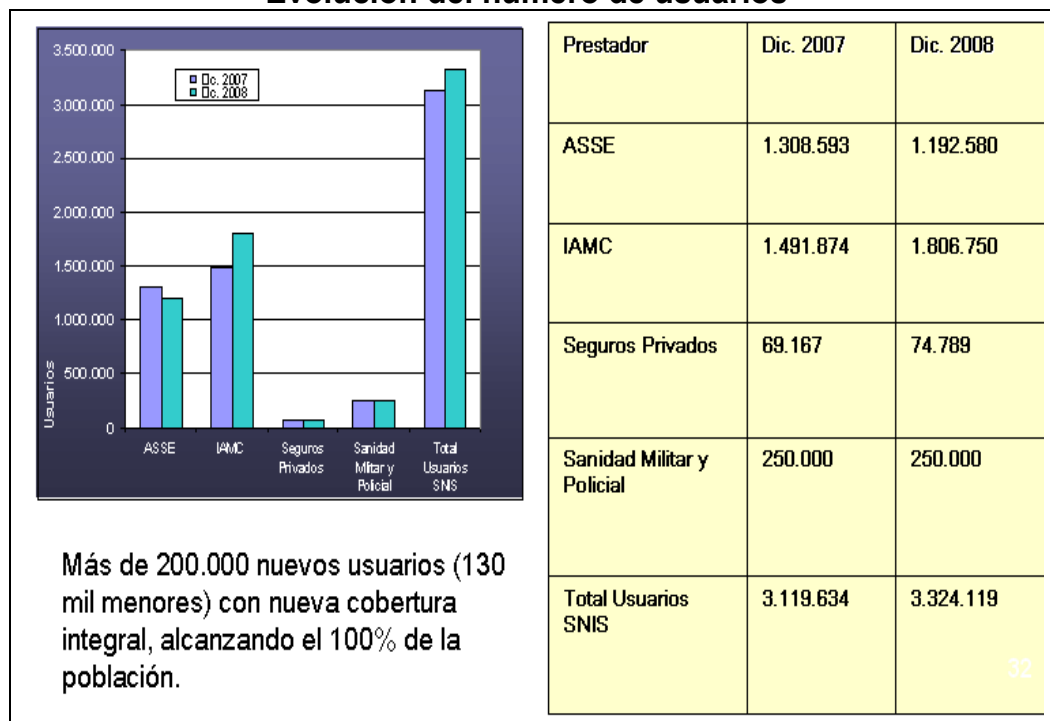
¹⁶ Muñoz, María J., Ministra de Salud Pública Presentación en ADM 13 de mayo de 2009. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3056,17024 (Citada el 20/11/09)

¹⁷ Datos obtenidos del SINADI.

En junio de 2008 el Seguro Integral IPAM fue absorbido por la IAMC Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, tras haber entrado en cesación de pagos. La Junta Nacional de Salud (JUNASA) resolvió otorgarle a la Asociación Española los usuarios del FONASA de IPAM. Tenía alrededor de 4.000 socios, de los cuales 1.000 eran del FONASA. Esos fueron los que pasaron a la Asociación Española, junto a los funcionarios no médicos de IPAM.

Hasta el año 2007 había 41 IAMCs en total en el país; 12 en Montevideo y 29 en el interior. En ese año la IAMC de Juan Lacaze, SMO (Sociedad Mutualista Obrera) fue absorbida por la IAMC Círculo Católico, pasando a ser una filial de esta última. El total de afiliados de SMO (cerca de 2000) pasaron a ser afiliados del Círculo Católico.

Cuadro 3
Evolución del número de usuarios¹⁸



¹⁸ Muñoz, María J., Ministra de Salud Pública Presentación en ADM 13 de mayo de 2009. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3056,17024 (Citada el 20/12/09)

2.2 Seguros Privados en Uruguay

2.2.1 Surgimiento

Entre los años sesenta y principios de los ochenta, surgieron en el sector privado, Servicios de Emergencias con Unidades Móviles (SEUMs), Seguros Parciales y Servicios de Salud Populares Privados.

Los SEUMs nacieron como consecuencia de los espacios vacíos dejados por las IAMCs, en una parte de la atención prehospitalaria; brindando la cobertura de emergencia y traslado a los centros asistenciales. Si bien son también seguros parciales de atención, tienen características propias, las cuales están vinculadas tanto al tipo de servicio que prestan, como a las condicionantes de su aparición y posterior desarrollo, por lo que merecen ser considerados aparte.

El primero de estos servicios fue Unidad Coronaria Móvil (UCM) creada en 1979. En 1981 existían ya otros dos: Servicio de Emergencia Médico Móvil (SEMM) y Unidad Cardiorrespiratoria.

Al inicio, fueron seguros parciales de prepago que únicamente daban cobertura ante situaciones de emergencia¹⁹ y urgencia²⁰, en el área de las afecciones cardiovasculares. Rápidamente se modificó el tipo de cobertura y se extendió a cualquier situación de emergencia o urgencia. Producto, en parte, del desarrollo tecnológico a nivel de la industria de aparatos de uso médico. Los SEUMs constituyeron una oferta de servicios de atención nueva que hasta ese momento no era ofrecida por ningún otro componente del sistema.

Los Seguros Parciales surgieron a expensas de la caída del poder adquisitivo de la población, que determinó que algunos sectores no pudiese hacer frente al monto de la cuota mensual de las IAMCs.

A partir de la década de 1960 los seguros parciales habían comenzado a operar en el sistema, fundamentalmente como seguros quirúrgicos, destinados a un sector de población de altos recursos. Las primeras instituciones en prestar estos servicios fueron el Hospital Británico a partir del año 1962 y el Seguro Americano desde el año 1966.

¹⁹ **Emergencia:** situación de extremo compromiso de la salud, con riesgo de vida si no se resuelve en forma inmediata (ej.: hemorragia masiva, shock, accidente grave, etc.).
<http://www.cmsanisidro.com.ar/emergencias.htm> (Citada el 20/12/09)

²⁰ **Urgencia:** compromiso de la salud que requiere atención en breve lapso, pero sin riesgo de vida, al menos inmediato (ej.: fractura simple, etc.).
<http://www.cmsanisidro.com.ar/emergencias.htm> (Citada el 20/12/09)

Posteriormente se agregaron otros seguros parciales que contemplaban prestaciones de atención médica más amplias, destinados a la misma población.

Sin embargo, el perfil de los seguros parciales de atención que comenzaron a aparecer en los primeros años de los 80 fue bien diferente. Estuvieron desde su inicio, dirigidos a un sector de población específico. Este grupo de población, de magnitud creciente, se caracterizaba por tener una capacidad de pago insuficiente para hacer frente a la cuota mutual de las IAMCs y no estar incluido en los beneficios de la seguridad social; y por tanto estaba integrado por muchos usuarios de Salud Pública.

Los seguros parciales se organizaron como seguros de prepago de afiliación voluntaria; que en general ofrecían atención médica centrada en acciones curativas de bajo costo a nivel ambulatorio.

Los Servicios de Salud Populares Privados fueron respuesta a los déficits de cobertura de atención de sectores de población de escasos recursos; gestionados por organizaciones vecinales que con frecuencia llevan a cabo acciones en el campo de la promoción y la prevención. Estas organizaciones son en su mayoría urbanas; ubicadas en barrios populares de la capital y de ciudades del interior. Financiadas en base a donaciones y aportes solidarios. Con orientaciones diversas la mayoría pertenecen a iglesias o a grupos de vecinos.

2.2.2 Clasificación

Los Seguros Privados pueden clasificarse según el tipo de cobertura en:

- Seguros de cobertura integral (médica y quirúrgica):
- Seguros de cobertura parcial médicos
- Seguros de cobertura parcial quirúrgica
- Seguros de diagnóstico
- Emergencia móvil

a) Seguro de cobertura integral

“Estas son empresas que brindan una canasta de prestaciones que incluye como mínimo la establecida en los Programas Integrales de Prestaciones aprobados por el MSP (Decreto CM 568 del 3 de octubre de 2008), y dependiendo de la institución brinda beneficios adicionales como ser internación en Estados Unidos, segunda opinión médica en el exterior, entre otros.

En general la población cubierta por estos Seguros Integrales proviene de los estratos socioeconómicos más altos, que buscan una atención más personalizada, y con ciertas comodidades de hotelería sanatorial”²¹ como ser

²¹ MSP, “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009” 17 de abril de 2009. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2967,16873 (Citada el 20/10/09)

habitaciones privadas y sin límites de utilización, con cama y desayuno para el acompañante.

También existen convenios con empresas por los cuales sus empleados acceden a estos Seguros.

b) Seguros de Cobertura parcial

“Estos seguros, sean médicos o quirúrgicos brindan a sus afiliados una canasta menor a la ofrecida por las IAMCs, que básicamente se concentra en las prestaciones del primer nivel de atención. La población accede a este servicio a cambio de un pre-pago menor, alrededor de la mitad, al necesario para afiliarse a una IAMC. Los afiliados a este tipo de instituciones buscan resolver situaciones de escasa complejidad de forma rápida —con relación a si se atendieran en el Sector Público—, evitando así la necesidad de estar afiliados a una IAMC. En el caso de ser necesario algún tipo de tratamiento de mayor costo en general esta población se dirige al Sector Público.”²²

c) Emergencia móvil

²² MSP, “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009” 17 de abril de 2009. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2967,16873 (Citada el 20/10/09)

“Estas empresas surgen en Montevideo con el objetivo de cubrir servicios especializados de atención de emergencia. Así, la rápida presencia de un equipo médico en ambulancia acondicionada para aplicar eficientes técnicas de reanimación, estabilización y traslado ante la emergencia, logró una importante extensión de esta modalidad de servicio.”²³

A partir de la década del noventa las principales Emergencias móviles de Montevideo, UCM (Unidad Coronaria Móvil) creada en 1979, SEMM (Sistema de Emergencia Médico Móvil) creada en 1983, SUAT creada en 1991, y del Interior del país, Emergencia Médica Móvil SAPP (Costa de Oro) creada en 1987, han ampliado sus actividades, abarcando áreas tradicionalmente cubiertas por las IAMCs; cubriendo gran parte de los servicios de policlínica y atención domiciliaria no de emergencia, las técnicas de diagnóstico menos especializadas, laboratorio, radiología, imagenología y otros servicios parciales.

²³ MSP, “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009” 17 de abril de 2009. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2967,16873 (Citada el 20/10/09)

2.2.3 Los Seguros Integrales en la reforma de la salud

A diferencia de las IAMCs, las cuales necesariamente deben ser asociaciones sin fines de lucro, los Seguros Integrales son jurídicamente empresas con fines de lucro, según lo establece el Artículo 3º del Decreto-Ley N° 15.181.

Estas empresas son: Hospital Británico (La Sociedad Hospital Británico en Uruguay), Seguro Americano (Sanatorio Americano S.A.), Medicare (Medicare Medicina Privada), Medicina Personalizada (Siam S.A.), Summum (SUMMUM Medicina Privada S.A.), Blue Cross & Blue Shield de Uruguay (SWISS MEDICAL URUGUAY S.A.) y Primédica (Primédica S.A.).

En virtud de esto, no estaba previsto que formaran parte del proyectado SNIS; iban a seguir existiendo en el marco de la libre contratación. Los usuarios que quisieran contratarlos por fuera del sistema, mediante un plus, lo iban a poder seguir haciendo. Pero nunca se había esbozado la posibilidad de que captasen parte de los fondos. Este fue el espíritu plasmado por el Poder Ejecutivo en el proyecto del SNIS remitido al Parlamento el 5 de marzo de 2007.

El 9 de octubre de 2007, la Cámara de Senadores aprobó un artículo por el cual, los Seguros Integrales, ingresaron al sistema en un régimen de

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

excepción, obteniendo algunos beneficios, pero sin tener las mismas obligaciones que los demás prestadores del sistema. Por lo tanto al aprobarse la Ley N° 18.211, éstos quedaron en una suerte de limbo jurídico, por el que están afuera y adentro del sistema a la vez.

El ingreso de los Seguros Integrales al SNIS habilitó a sus afiliados a obtener un reintegro que se deduce del valor de la cuota. El mismo, consiste en que a los trabajadores afiliados a los Seguros Integrales con cobertura de la Seguridad Social, el FONASA les reintegra el aporte patronal y personal por la cuota mutual.

El aporte patronal es del 5% del salario del trabajador, y el aporte personal básico es del 3%; existiendo un adicional, cuando sobrepase su salario el mínimo de 2.5 BPC (Base de Prestaciones de Contribución), de 1.5% cuando no tiene hijos menores o incapaces a cargo, o de 3% si los tiene.

El reintegro que recibe el afiliado del Seguro Integral está topeado; si con su aporte personal más el patronal no llega a cubrir el costo total de su cápita o cuota salud, el FONASA no le compensará la diferencia, como sí lo hace con las mutualistas. Además, el BPS le retendrá un 6 por ciento de cada cuota como comisión de administración.

El valor de su cápita o cuota salud se determina en virtud del sexo y la edad de los activos y sus hijos.

Los reintegros medidos en cantidad de cápitas base son:

Cuadro 4
Cápitas por Edad y Sexo²⁴

EDAD	HOMBRES	MUJERES
0 año	6.52	5.57
1 a 4	1.90	1.79
5 a 14	1.11	1.00
15 a 19	1.08	1.43
20 a 44	1.00	2.12
45 a 64	2.07	2.53
65 a 74	3.99	3.47
Mayor de 74	5.26	4.34

Se define como cápita base al valor monetario de la cuota correspondiente al tramo de hombres entre 20 y 44 años.

Los importes de las cápitas, con un valor de cápita base de \$463,15 a julio de 2009, son los siguientes:

²⁴ CM/ 39 2 del 08 de Enero de 2008. http://74.125.47.132/custom?q=cache:WQF5ittYeEgJ:www.bps.gub.uy/Documentos/Normativa/Dec_%2520SNIS%252008_01_2008.pdf+capita+base&cd=2&hl=es&ct=clnk&client=google-coop-np (Citada el 20/12/09)

Cuadro 5
Valor de las Cápitas por Edad y Sexo²⁵

EDAD	HOMBRES	MUJERES
0 año	\$ 3.019,75	\$ 2.579,75
1 a 4	\$ 879,99	\$ 829,04
5 a 14	\$ 514,10	\$ 463,15
15 a 19	\$ 500,20	\$ 662,31
20 a 44	\$ 463,15	\$ 981,88
45 a 64	\$ 958,72	\$ 1.171,77
65 a 74	\$ 1.847,97	\$ 1.607,14
Mayor de 74	\$ 2.436,18	\$ 2.010,08

Los activos asociados a los seguros, tenían doble cobertura; ya que al aportar al BPS también tenían derecho a una IAMC. Los reintegros de las cápitas, por tanto, generan un terreno más fértil para que estos usuarios opten por los seguros y no se cambien a una mutualista.

Otra particularidad de los Seguros Integrales con fines de lucro, son sus criterios muy estrictos de aceptación de afiliados; por lo general, precedidos de variados chequeos médicos. A pesar de captar recursos del FONASA, los seguros se reservan el derecho de rechazar usuarios en virtud de las “preexistencias” -término técnico con el que designan las eventuales enfermedades del potencial cliente-.

Las empresas que operan en Uruguay son:

²⁵ Elaboración propia. Datos obtenidos en www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3342,17526

Hospital Británico. Fundado por la colectividad británica en 1857. Se especializa en la venta de servicios tanto a Salud Pública como a mutualistas. El sistema de medicina prepaga del Hospital Británico fue fundado en 1962. Ofrece:

- un Plan Básico, el cual se tiene que adquirir, como mínimo, al contratar la cobertura;
- y Módulos, que son servicios opcionales; que pueden ser agregados para permitir a los afiliados diseñar combinaciones de servicios que más conviene a sus necesidades individuales. Estos servicios opcionales incluyen la adquisición de medicamentos con tickets moderadores, seguro quirúrgico y oncológico para Estados Unidos, emergencias móviles, servicio fúnebre y seguro de viaje.

Cuenta con 23.400 afiliados, de los cuales 8.000 tienen cobertura por el FONASA y 15.400 son socios particulares.

Seguro Americano. Es el seguro ofrecido por el Sanatorio Americano. Esta entidad pertenece a la Federación Médica del Interior (FEMI), a pesar de estar ubicada en Montevideo. Surgió en 1966 como una institución exclusivamente quirúrgica, y luego amplió su oferta. Ofrece un seguro integral desde 1998. Brinda 2 planes:

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

- el Plan Modular 21 con un costo fijo de copago para especialistas y exámenes,
- y el Plan Tradicional con exámenes y especialistas sin costo de órdenes ni tickets.

Posee poco más de 6.700 afiliados, de los cuales 2.100 tienen cobertura por el FONASA y 4.600 son socios particulares.

Medicare. Es el nuevo nombre de Copamhi. Empresa uruguaya que se inicia a principios de la década del 80. Los planes que ofrecen son:

- Plan Care: para niños, jóvenes, profesionales o personas en actividad, beneficiarias del FONASA. Tiene un costo adicional cada vez que utiliza el servicio (ticket moderador).
- Plan Care Plus: Apropriado para futuras mamás. Tiene beneficios ilimitados en consultas pediátricas en policlínica y los análisis y exámenes de laboratorio.
- Plan Care Gold: implica asumir una inversión mayor en salud. Incluye todos los servicios sin costo, medico a domicilio y medicina altamente en USA.

Cuenta con algo más de 1.100 afiliados, de los cuales 300 tienen cobertura por el FONASA y 800 son socios particulares.

MP. Medicina Personalizada. Fundada a fines de 1994. Es el seguro integral privado, creado por el mismo grupo que maneja la emergencia móvil SEMM y la mutualista COSEM. Tiene cinco paquetes diferenciales:

- MP10 Incluye alta tecnología en el exterior, consultas a médicos del exterior y servicio fúnebre sin costo;
- MP20 es más económico y se accede a consultas y exámenes mediante copagos;
- MP20 Plus idéntico al anterior pero con acceso a alta tecnología en el exterior;
- MP18 incluye 18 copagos anuales sin cargo (6 consultas, 6 exámenes y 6 sesiones para tratamientos);
- y MP 18 JOVEN incluye bonificación especial del 50% en Curso de Manejo Avanzado para la Prevención de Accidentes de Tránsito (CEPA International).

Posee más de 24.400 afiliados, de los cuales 8.800 tienen cobertura por el FONASA y 15.600 son socios particulares.

Summum. Funciona desde 1994. Tiene tres paquetes: Clásico, PMC y SISMED. Los dos últimos ofrecen la posibilidad de consultar profesionales y centros de diagnóstico a nivel nacional e internacional y no tienen incluida la urgencia odontológica. Se diferencian también en el monto de la cobertura de asistencia médica de urgencia y emergencia en viajes, que cubre cada plan.

Tiene casi 3.900 afiliados, de los cuales su totalidad tienen cobertura por el FONASA.

Blue Cross & Blue Shield. Es una de las multinacionales más grandes del mercado de la salud, y uno de los seguros privados más exclusivos. En 1994 se establece en Uruguay, brindando varios planes que otorgan coberturas diferenciales, con posibilidad de interconsultas e internación en el exterior, con la principal diferencia en los deducibles. Los planes son: SM350, Blue 1 D, 1500 D, 1400 D, SM150 y SM Family. Cuenta con 2.600 afiliados, de los cuales su totalidad tienen cobertura por el FONASA.

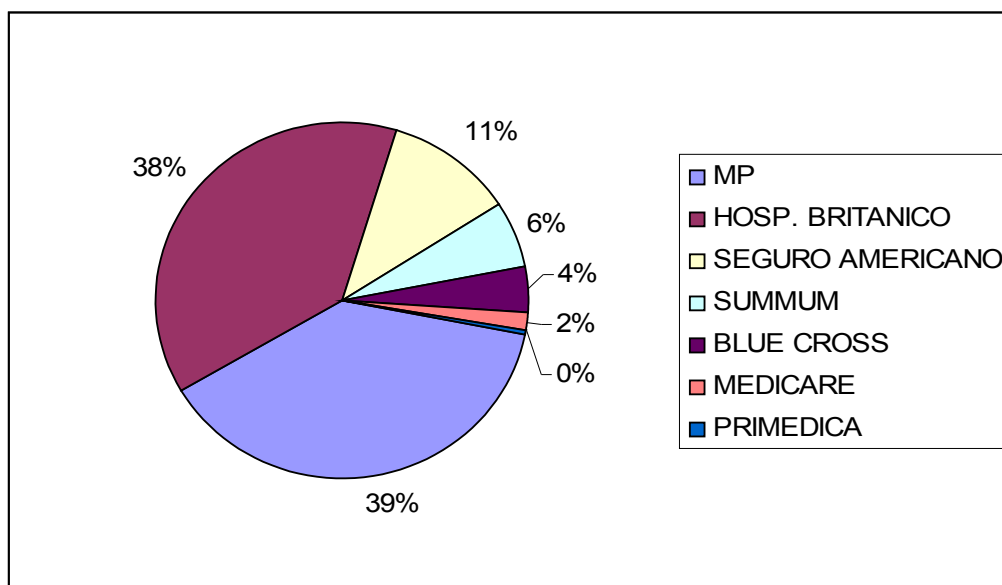
Primédica. Surgió en el 2002 como Seguro Parcial de Diagnóstico y Atención Primaria de Medicina General y Especialidades. A partir del 13 de julio de 2009 comenzó a funcionar como Seguro Integral. Tiene 3 planes integrales: Classic, Privilege y FONASA. Estos brindan los mismos servicios excepto que el plan FONASA tiene emergencia móvil solo para clave uno²⁶ y el plan Privilege cuenta con internación en sala privada. Tiene poco más de 120 afiliados, de los cuales casi su totalidad son socios particulares y solo 6 tienen cobertura por el FONASA.

²⁶ Emergencia implica una situación clínica de deterioro agudo de la salud de un individuo, que pone en peligro inminente su vida o una función y que requiere asistencia inmediata. (Decreto No 578/986 de 26 de Agosto de 1986).

Cuadro 6
Distribución de Usuarios Seguros Integrales. Particular y FONASA.
Agosto 2009²⁷

	Particular	FONASA	Total
MP	15613	8834	24447
HOSP. BRITANICO	15406	7960	23366
SEGURO AMERICANO	4628	2123	6751
SUMMUM	0	3881	3881
BLUE CROSS	0	2586	2586
MEDICARE	796	334	1130
PRIMEDICA	114	6	120
TOTAL	36557	25724	62281

Cuadro 7
Porcentaje de Usuarios Seguros Integrales.
Por Seguro. Agosto 2009²⁸



²⁷ Elaboración Propia. Con datos suministrados por el FNR

²⁸ Elaboración Propia. Con datos suministrados por el FNR

2.2.4 Evolución de los Seguros Integrales

A continuación se presenta una descripción y análisis de indicadores asistenciales del Subsector Privado de Salud (IAMCs y Seguros Integrales), para el periodo octubre 2007-setiembre 2008, analizando comparativamente con el periodo anterior (octubre 2006-setiembre 2007), de modo que se visualiza las variaciones que se generaron en el subsector, una vez instaurada la reforma de la salud el 1º de Enero de 2008.²⁹

Se consideraron 12 IAMCs de Montevideo, 28 IAMCs del Interior y 6 Seguros Integrales. En el periodo considerado existía otra IAMC en el interior que no fue considerada; esta era SMO de Juan Lacaze la cual fue absorbida por el Circulo Católico en 2007.

A setiembre de 2008, la población afiliada al subsector privado de Salud, constituía 1.875.444 personas; representando un 58% de la población total del país.

²⁹ JUNASA, Ministerio de Salud Pública “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007 – 2008” – 23 de junio de 2009.
www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

De las cuales 1.049.222 personas eran afiliadas a las IAMCs de Montevideo, 752.728 a las IAMCs del interior y 73.494 a los Seguros Integrales; estos últimos ubicados en Montevideo en su totalidad.

Si se considera el peso relativo de cada grupo dentro del sector privado, las IAMCs de Montevideo representan un 56%, las IAMCs del interior un 40% y los Seguros Privados Integrales un 4%.

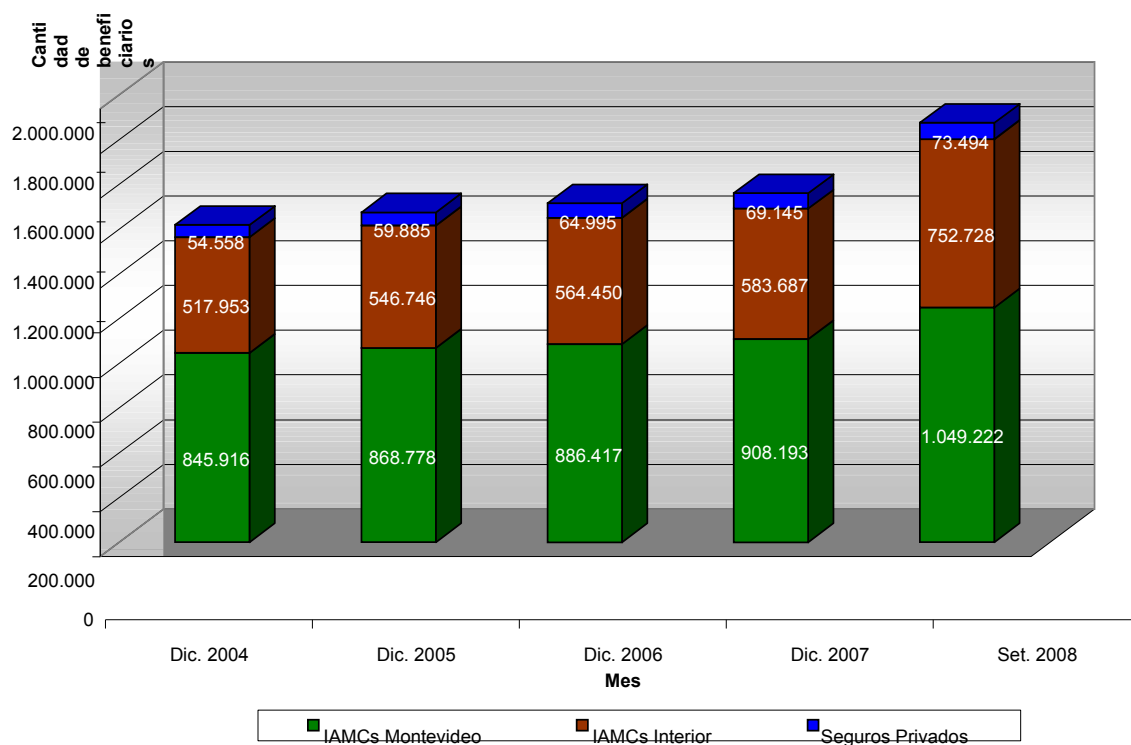
Esta proporción se ha mantenido relativamente constante en los últimos años.

Si se considera el total de la población del país, un 56% esta afiliada a alguna IAMCs, mientras que los afiliados a Seguros Privados representan un 2% de la población total.

La población afiliada al subsector Privado, ha presentado un incremento sostenido en los últimos años considerados, y en los tres grupos de instituciones.

El mayor porcentaje de variación de afiliados corresponde al periodo 2007-2008, coincidiendo con la creación del FONASA; siendo el grupo con mayor aumento porcentual en dicho periodo el de las IAMCs del interior (33%).

Cuadro 8
Distribución de Beneficiarios según Sector y Año.
IAMCs y Seguros Integrales 2004-2008³⁰



³⁰ JUNASA, Ministerio de Salud Pública “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007 – 2008” – 23 de junio de 2009.
www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240

Cuadro 9
Porcentaje de variación de afiliados.
IAMCs y Seguros Integrales 2004-2008³¹

	% de variacion de afiliados 2004-2005	% de variacion de afiliados 2005-2006	% de variacion de afiliados 2006-2007	% de variacion de afiliados 2007-2008	% de variacion de afiliados 2006-2008
IAMCs de Montevideo	2,7	2,0	2,5	15,5	18,4
IAMCs del Interior	5,6	3,2	3,4	29,0	33,4
Seguros Privados	9,8	8,5	6,4	6,3	13,1
TOTAL	4,0	2,7	3,0	20,1	23,7

No se registraron modificaciones en el índice de envejecimiento de los Seguros Integrales; manteniéndose tanto el porcentaje de mayores de 65 años como el de menores a 15 años.

La población afiliada a los Seguros Integrales es considerablemente más joven que la afiliada a las IAMCs.

³¹ JUNASA, Ministerio de Salud Pública “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007 – 2008” – 23 de junio de 2009.
www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240 (Citada el 15/11/2009)

Cuadro 10
Porcentaje de beneficiarios mayores de 65 años e Índice de
Envejecimiento. IAMCs y Seguros Integrales.
Años 2006 y 2008.³²

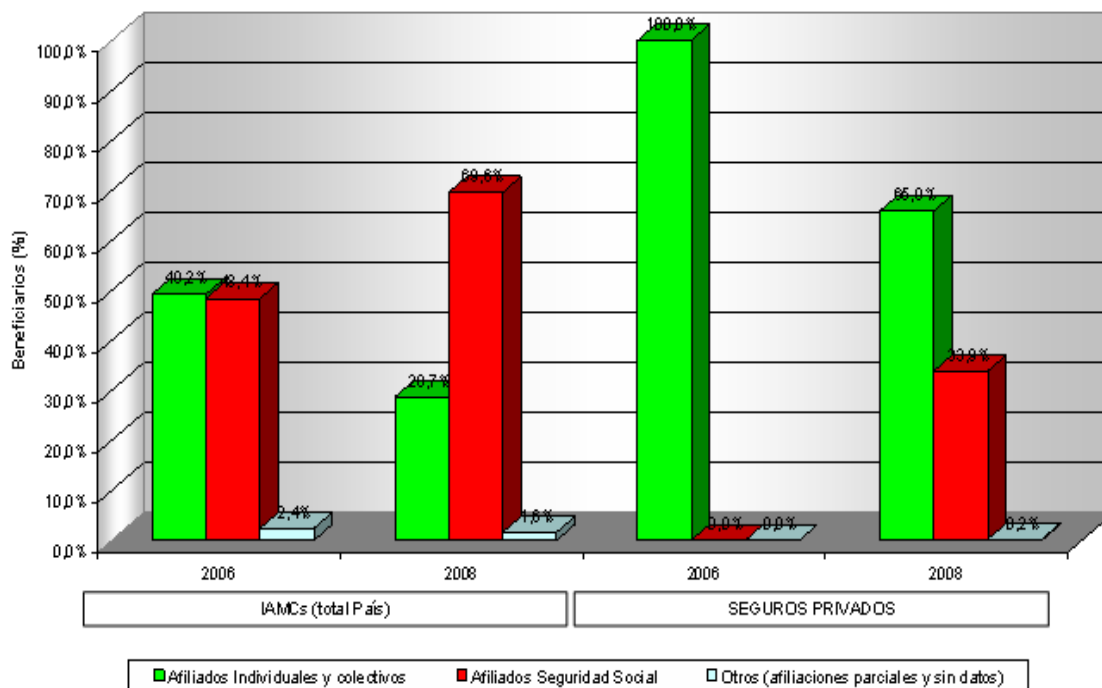
	IAMCs Montevideo		IAMCs Interior		Seguros Privados	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
%>65 años	19,6	16,9	16,5	13,4	7,1	7,1
%<15 años	12,3	18,8	9,7	22,3	23,7	23,7
Indice de Envejecimiento	1,6	0,9	1,7	0,6	0,3	0,3

La realidad de la población afiliada al subsector privado, varió considerablemente como consecuencia de la implementación del SNIS y la cobertura por medio del FONASA.

En 2008 las afiliaciones por medio de la Seguridad Social del total de las IAMCs del país, se incrementaron en aproximadamente un 20% con respecto a 2006; pasando de 48% a 69%.

³² JUNASA, Ministerio de Salud Pública “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007 – 2008” – 23 de junio de 2009.
www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240 (Citada el 15/11/2009)

Cuadro 11
Porcentaje de beneficiarios según tipo de afiliación. IAMCs y Seguros Integrales. Censo de afiliados diciembre 2006 y setiembre 2008.³³



El peso relativo de las afiliaciones por FONASA en 2008, es superior en las IAMCs del interior; donde alcanza un 74% del total de afiliados.

En cuanto a los Seguros Integrales incorporados al sistema, a setiembre 2008, el porcentaje de afiliados FONASA es de un 34%. Cabe recordar que antes de la implementación del SNIS, estas instituciones no tenían

³³ JUNASA, Ministerio de Salud Pública “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007 – 2008” – 23 de junio de 2009.
www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240

afiliaciones por BPS, por lo que ese 34%, está compuesto por un 30% de afiliados individuales que optaron por el beneficio del FONASA, y el 4% por nuevos socios.

Cuadro 12
Indicadores asistenciales. Atención ambulatoria³⁴
 Consultas por afiliados. IAMCs y Seguros Privados. Ejercicios 2006-2007 y 2007-2008.

Consultas por afiliado por año	IAMCs						Seguros Privados	
	Interior		Mdeo.		Total País		2006-2007	2007-2008
	2006-2007	2007-2008	2006-2007	2007-2008	2006-2007	2007-2008		
Consultas no urgentes	6,1	5,8	5,5	5,5	5,7	5,7	6,1	6,1
Consultas urgentes	1,2	1,2	0,8	0,9	1,0	1,0	1,3	1,3
Total consultas (urgentes y no urgentes)	7,4	7,1	6,3	6,4	6,7	6,7	7,3	7,3

Se observa que los Seguros Integrales son los que atienden más consultas ambulatorias por usuario; siendo levemente superior a las IAMCs. Manteniéndose constante luego de la reforma.

³⁴ JUNASA, Ministerio de Salud Pública “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007 – 2008” – 23 de junio de 2009.
www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240

Cuadro 13
Egresos por nivel de cuidados, IAMCs de Montevideo e Interior y
Seguros privados. Ejercicios 2006-2007 y 2007-2008.³⁵

Egresos por mil afiliados por año	IAMCs						Seguros Privados	
	Interior		Mdeo.		País		2006-2007	2007-2008
	2006-2007	2007-2008	2006-2007	2007-2008	2006-2007	2007-2008		
Intern. Domiciliaria	11,1	8,0	11,1	9,8	11,1	8,9	7,7	6,4
Cuidados Básicos	28,2	18,8	5,8	5,5	12,5	9,0	-	-
Cuidados Moderados	132,4	120,8	104,7	101,8	115,6	109,6	98,3	101,9
CTI-CI	8,9	7,8	15,3	13,8	12,8	11,4	9,2	7,7
Total egresos	152,9	137,6	128,3	123,1	137,9	129,0	113,9	115,2

En los Seguros Integrales, la utilización por mil afiliados, es menor a la de las IAMCs de Montevideo, en todas las modalidades; excepto en Cuidados Moderados donde es igual en el último ejercicio considerado.

En comparación con el ejercicio anterior no hubo mayor variación en el uso, apreciándose una leve disminución en los egresos tanto en las IAMCs del interior como en las de Montevideo; en tanto, en los Seguros Integrales se registro un aumento en los cuidados moderados y una disminución en internación domiciliaria y CTI-CI.

³⁵ JUNASA, Ministerio de Salud Pública “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007 – 2008” – 23 de junio de 2009.
www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240

Capítulo 3 MARCO TEÓRICO

3.1 Normativa

3.1.1 Decreto-Ley N°15.181

El Decreto-Ley N°15.181 (Ley del Mutualismo) del 21 de agosto de 1981, fija las pautas de regulación de los Seguros Parciales.

En su artículo 3° establece, que la asistencia médica podrá ser brindada en forma privada (particular o colectiva) o pública definiendo cada una de estas.³⁶

En el artículo 7° asigna a las IAMCs la posibilidad de tener seguros parciales en no más del 10% de sus afiliados.

³⁶ 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;

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

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

3.1.2 Ley N°15.903

La Ley N° 15.903 del 10 de noviembre de 1987, complementa la Ley del Mutualismo. En su artículo 282º, faculta al MSP a autorizar regímenes de afiliación parcial prepago en instituciones de asistencia médica privada.

Dicho régimen asegurará atención completa de los niveles superiores y podrá ser complementario de las prestaciones de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), de acuerdo con los mecanismos de referencia y reglamentaciones que se establezcan.

A este régimen deberán ajustarse los seguros parciales que estén prestando servicios a la fecha; de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

3.1.3 Decreto No. 455/001

El Decreto 455/2001 del 22 de noviembre de 2001 aprueba el Marco Regulatorio de la Asistencia Médica. Tomando en cuenta que la ley madre, la Ley Orgánica de Salud Pública N° 9.202 de 12 de enero de 1934, modificada y complementada por diversas leyes posteriores y sus respectivas reglamentaciones, se realizó una tarea de ordenación, sistematización y actualización de la normativa vigente en la materia.

El artículo 1º establece el objetivo y ámbito de aplicación del marco regulatorio. El mismo se aplicará a las Instituciones de Asistencia Médica,

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

cualquiera fuere su naturaleza -establecimientos o empresas que presten directa o indirectamente cobertura de asistencia médica privada, particular o colectiva-, sin perjuicio de las normas atinentes a los profesionales que actúan en forma individual.

El artículo 12° dispone la competencia del MSP en materia de policía de las Instituciones Privadas de Asistencia. Ejercerá la inspección, fiscalización y control en los aspectos técnico-administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento, de las entidades de asistencia médica privada colectiva. Asimismo, ejercerá los controles pertinentes a tal fin, respecto de las instituciones de asistencia médica privada particular y pública, sin perjuicio del régimen legal a que éstas se encuentran sometidas.

El artículo 17° define la Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Parcial, como la brindada por 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.

El artículo 18° define la Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total, como la brindada por 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.

El artículo 20° establece que la Asistencia Médica Privada Particular en cualquiera de sus modalidades de cobertura, se regulará por los acuerdos que se celebren al respecto mediante el régimen de libre contratación. Sin perjuicio, el MSP establecerá los niveles mínimos de cobertura asistencial que necesariamente deberán prestar las Instituciones de Asistencia (Decreto CM 568 del 3 de octubre de 2008). Los contratos que se celebren serán sin plazo. Los modelos contractuales en vigencia deberán ser puestos en conocimiento de la autoridad sanitaria.

El artículo 25° establece los requisitos generales de habilitación y registro de una Institución de Asistencia Médica. Las instituciones, públicas o privadas, que pretendan brindar asistencia médica u odontológica, una vez obtenida la autorización para crearse, deberán solicitar la habilitación y registro para funcionar, ante el MSP; quien previamente realizará las inspecciones que estime del caso con el fin de verificar el cumplimiento de las reglamentaciones vigentes, en cuyo caso, otorgará la habilitación y el registro correspondiente. Las instituciones deberán asimismo proporcionar en los aspectos técnicos administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento, la información que se le solicite; siempre que no se afecten

derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y las leyes pertinentes.

El artículo 26° establece para los casos de transformación, fusión, escisión o absorción de Instituciones de Asistencia Médica y Odontológica Privadas, que se regirá en lo pertinente, por las normas vigentes en materia de sociedades, sociedades comerciales, asociaciones y cooperativas. No obstante, previamente deberán obtener la autorización del MSP y la ratificación de las habilitaciones que correspondieren en su momento.

Los artículos 81° y 82° definen los Seguros Parciales, como aquellos prestados por las Instituciones de Asistencia Médica Privada, que mediante una cuota de prepago, otorgan a sus afiliados Asistencia Médica; estableciendo que deberán como mínimo brindar los niveles superiores de atención, considerando como 1er. nivel la consulta ambulatoria.

En los niveles superiores de atención se incluyen los Servicios que se detallan, brindados en forma conjunta o individualmente:

- a) Internación para diagnóstico y tratamiento médicos.
- b) Internación para diagnóstico y tratamiento quirúrgicos.
- c) Estudios complementarios para diagnóstico.
- d) Servicios de emergencia.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Los Seguros Parciales deberán cubrir todas las disciplinas técnicas del servicio a brindar, ya sea médico, quirúrgico o de diagnóstico.

El artículo 85° establece que los aspirantes a brindar Asistencia Médica Privada de Cobertura Parcial, deberán solicitar ante el MSP autorización para crear un Seguro Parcial, especificando: los servicios que proyectan ofrecer a sus afiliados; los recursos materiales de que dispondrán, documentando si los mismos son propios o contratados; y la Dirección Técnica y Recursos Humanos propios que prestarán los servicios de Asistencia Médica y la forma jurídica que adoptarán. El MSP analizará la propuesta y se expedirá, teniendo en cuenta la realidad sanitaria del país y sus necesidades.

El artículo 86° determina los requisitos de habilitación y registro de un Seguro Privado Parcial. Además de los requisitos generales de habilitación y registro, una vez obtenida la correspondiente autorización de creación, deberán solicitar la habilitación y registro para funcionar ante el MSP; quien previamente realizará las inspecciones de rigor que le permitan verificar el cumplimiento de las reglamentaciones vigentes, en cuyo caso, otorgará la habilitación para funcionar. Dichas organizaciones deberán adjuntar además la siguiente información:

- 1) estatutos sociales;
- 2) personería jurídica debidamente otorgada por la autoridad competente;
- 3) las condiciones del contrato de afiliación, en cuyas disposiciones no se establecerá plazo de duración del vínculo, así como la previsión de que la rescisión solo operará por las causales previstas para las IAMC y las estipuladas con toda precisión en el mismo contrato, estando vedada la rescisión unilateral del vínculo por mera voluntad de la empresa contratante;
- 4) documentación de la disponibilidad de los Recursos Materiales y planos de la parte edilicia y habilitaciones correspondientes;
- 5) Dirección Técnica profesional médica u odontológica según corresponda con la aceptación expresa del profesional;
- 6) nómina completa de Recursos Humanos propios con especificación de títulos y diplomas correspondientes.

El artículo 87° regula la contratación de infraestructura. Los Seguros de Cobertura Parcial de Asistencia Médica que no dispongan de infraestructura propia, sólo podrán obtener del MSP, la autorización de creación, la habilitación para funcionar y el registro pertinente, cuando acrediten fehacientemente la contratación de la misma con Instituciones registradas del sector privado con capacidad suficiente a la demanda prevista. Igualmente deberán comunicar de inmediato las modificaciones y sustituciones que registren en las contrataciones referidas.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Solo podrán contratar con el Sector Público, cuando acrediten circunstancias excepcionales y en forma temporaria, o cuando no hubiere en el ámbito zonal de su actividad institucional del sector privado, o estas no presten los servicios a desarrollar.

El artículo 88° establece la prohibición a los Seguros de Cobertura Parcial de Asistencia Médica de realizar afiliaciones vitalicias.

El artículo 89° establece la obligación a los Seguros Parciales de poner a disposición del MSP, toda la información de su gestión que éste solicite. Asimismo deberán poseer un archivo exclusivo con todos los contratos de afiliación donde se exprese claramente el conocimiento y aceptación de dicho contrato por parte del afiliado.

El artículo 91° permite a las Instituciones que ofrezcan Seguros Parciales Médicos, percibir además de la cuota de afiliación, el valor de tickets moderadores para medicamentos y consultas médicas que brinden.

Los artículo 93° y 94° definen las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total; como las que mediante una cuota de prepago, otorgan a sus afiliados Asistencia Médica que cubre, por lo menos, las

prestaciones incluidas en la cobertura de asistencia de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Los artículos 96° y 97° establecen los requisitos para obtener la autorización del MSP para brindar asistencia de Cobertura Total, y la información que deben presentar para la habilitación y registro; siendo éstos los mismos que establecen los artículo 85° y 86° para los Seguros Parciales.

Del artículo 98° al 101° define: la contratación de infraestructura, la prohibición de afiliaciones vitalicias, las obligaciones de presentar la información que el MSP solicite, y la posibilidad de cobrar tickets moderadores; siendo estos los mismos que para los seguros Parciales establecidos en los artículos 87° al 91°.

Los artículos 103° y 104° definen las unidades móviles de atención médica de emergencia y los requisitos de habilitación. Siendo definidas estas como aquellas que ante un paciente con riesgo potencial o real de muerte, cuenten con recursos humanos y materiales especialmente adecuados para el diagnóstico y tratamiento inmediato. Deberán cumplir con los requisitos que establezca la reglamentación, y previo a su puesta en funcionamiento, recabar la autorización del Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, y obtener de éste la habilitación correspondiente.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

La misma autorización le será requerida en caso que desee ampliar el giro de actividad médica.

3.1.4 Ordenanza Ministerial N°149/003

La Ordenanza Ministerial N° 149/003 del 7 de marzo de 2003 dispone transitoriamente, la suspensión del otorgamiento de autorizaciones de creación y habilitación de Instituciones de Asistencia Médica Privadas Particulares de cobertura parcial e Intermediadoras en la prestación de asistencia.

3.1.5 Ley N°17930

La Ley N° 17930 de Presupuesto Nacional para el período 2005-2009, aprobada el 23 de diciembre de 2005, en su Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública”, anticipa las características principales que tendrá el SNIS; establece como se financiará y que instituciones la integrarán.

En el artículo 264° del presupuesto nacional, se define la implementación por parte del MSP de un SNIS, con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.

El SNIS será financiado por un Seguro Nacional de Salud como lo define el artículo 265° del Presupuesto Nacional. El mismo contará con un Fondo

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Público Único y Obligatorio, constituido por los aportes del Estado, de las empresas públicas y privadas y el de las personas beneficiarias del Sistema. Podrán integrarlo las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, previstas en el artículo 6° del Decreto-Ley N° 15.181 del 21 de agosto de 1981, y sus modificativas, así como las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular sin fines de lucro. También lo integrarán los Seguros Integrales autorizados y habilitados por el MSP, al amparo de lo dispuesto por el artículo 3° del Decreto-Ley N° 15.181, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley N° 16.060, sin perjuicio de la libre contratación garantizada en este proyecto.

3.1.6 Ley N°18211

El artículo 11° establece que podrán integrar el SNIS los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales, y las entidades a que refiere el artículo 265° de la [Ley N°17.930](#).

“En los artículos 12° a 14° se establecen los requisitos necesarios para integrarse al mismo: registro y habilitación del MSP, la incorporación de órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios, tener un Director Técnico, la integración al sistema tendrá

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

*carácter funcional, no modificando la titularidad de las instituciones ni su autonomía administrativa”.*³⁷

En el artículo 22º se incorpora a los Seguros Privados de Salud como prestadores del sistema en un régimen de excepción. Se mantienen en el régimen de libre contratación con sus asociados. Anteriormente a la reforma no eran prestadores por los que podían optar los afiliados a través de la Seguridad Social.

Los beneficiarios del SNIS pueden optar por un Seguro Integral, pagando la cuota social con la posibilidad de descontar un monto equivalente a la cuota salud (con el tope del aporte total). Las condiciones necesarias para que la Administración del FONASA pague a los Seguros Integrales las cuotas salud que correspondan a sus usuarios son:

- 1) que otorguen a los usuarios del SNIS las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el MSP y;
- 2) que aporten al MSP y a la Junta Nacional de Salud (JUNASA) la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del SNIS.

El FONASA retiene un 6% de los montos de las cuotas salud a recibir por los Seguros, por concepto de costos de administración.

³⁷ Senadora Mónica Xavier, Informe sobre el Proyecto de Ley “Sistema Nacional Integrado de Salud – 2 de octubre de 2007 www.legisladores90.org/spip.php?article59 .Citado el 16/08/2009

El grupo de Seguros Privados Integrales con acceso a este régimen de excepción quedo fijado en los 8 seguros incorporados, (actualmente existen 7 seguros dado que cerró IPAM el 02 de junio de 2008) solo pudiendo incorporarse en el futuro los que no persigan finalidad de lucro (Artículo 24° decreto No 02/008).³⁸

El artículo 45° establece que las entidades públicas y privadas que integren el sistema, deberán suministrar a los usuarios todos los programas integrales que apruebe el MSP; con recursos propios o contratando con otros prestadores.

El artículo 46° establece que los prestadores integrales del sistema deberán ofrecer a su población usuaria, opciones diferentes de suministro de las prestaciones de emergencia médica, incluidas en los programas de atención integral a la salud, de las entidades integrantes del SNIS.

Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de carácter obligatorio, podrán ser convenidas entre usuarios y prestadores en régimen de libre contratación.

En el artículo 55° se establece que los prestadores públicos y privados, tendrán derecho al cobro de cuotas salud por las prestaciones que, conforme

³⁸ Rueda, Abadi & Pereira, Curso sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) www.rap.com.uy/spa/publicaciones/pdf/2008/curso_snis.pdf .Citado el 18/08/2009

a esta ley y su reglamentación, brinden a sus usuarios, según el número de personas que tengan en sus padrones.

Por el artículo 56° se crea el Seguro Nacional de Salud que contará con un fondo único y obligatorio llamado Fondo Nacional de Salud, e integrado con aportes públicos y privados desde el cual se pagará a los prestadores que integren el SNIS. Este Fondo se constituirá en el BPS; el cual recepcionará los aportes, y hará efectivo los pagos de cuotas salud, de conformidad con las órdenes de pago que emita la JUNASA. A partir de la vigencia de la presente Ley, la JUNASA sustituirá al BPS en la administración del fondo.

El artículo 58° define, cómo serán los aportes del Estado, de las empresas y de los trabajadores al Fondo Nacional de Salud.

El aporte patronal será del 5%, tanto el Estado como las empresas privadas.

El aporte personal básico será de un 3%:

- Salarios menores a 2,5 BPC – no tendrán aporte adicional.
- Salarios mayores a 2,5 PBC sin hijos – aportarán un 1,5% adicional
- Salarios mayores de 2,5 BPC con hijos – aportarán un 3% adicional.³⁹

³⁹ Senadora Mónica Xavier, Informe sobre el Proyecto de Ley “Sistema Nacional Integrado de Salud – 2 de octubre de 2007 www.legisladores90.org/spip.php?article59 .Citado el 16/08/2009

Capítulo 4 IMPACTO DE LA LEY N°18211 EN EL FINANCIAMIENTO DE LOS SEGUROS INTEGRALES PRIVADOS DE SALUD

4.1 Análisis de las variables

4.1.1 Planes de Cobertura

Los planes que brindan los Seguros objeto de estudio, son todos de cobertura integral; en general se diferencian unos de otros por servicios opcionales, como por ejemplo, asistencia en el exterior, el no pago de órdenes para consultas y exámenes, entre otros.

4.1.1.1 Hospital Británico

En el caso del Hospital Británico, ofrece un plan integral Básico, al cual se le pueden agregar varios Módulos, que permiten que cada afiliado tenga una gama de opciones para diseñar un plan final, acorde a sus necesidades y preferencias.

El plan único integral ofrece: internación, terapia intensiva (adultos y pediatría), servicios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio, servicio de puerta de emergencia las 24 horas, cobertura de emergencia en todo el territorio nacional, maternidad y cobertura total para parto (a partir de 10 meses de afiliación), medicamentos cubiertos al 50%, medicación oncológica

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

gratuita, banco de sangre y medicina transfusional, medicina altamente especializada cubierta por el FNR y odontología.

Los módulos opcionales incluyen la adquisición de medicamentos con tickets, seguro quirúrgico y oncológico para Estados Unidos, emergencias móviles, servicio fúnebre y seguro de viaje.

Cuadro 14⁴⁰
Resumen de Prestaciones de los Planes de Hospital Británico

	BASICO	BASICO + OPCIONALES
Terapia Intensiva total para adultos y niños	✓	✓
Servicios de Diagnostico y Tratamiento Ambulatorio	✓	✓
Servicio de puerta de emergencia las 24 horas	✓	✓
Cobertura de emergencia en todo el territorio nacional las 24 horas	✓	✓
Maternidad y cobertura total para Parto a partir de 10 meses de afiliación	✓	✓
Anestesia epidural con costo bonificado para las afiliadas.	✓	✓
Medicación Oncológica gratuita.	✓	✓
Banco de Sangre y Medicina Transfusional	✓	✓
Medicina Altamente Especializada cubierta por el Fondo Nacional de Recursos	✓	✓

⁴⁰ Elaboración propia. Con datos suministrados por Hospital Británico

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Cobertura total para reparación y cirugía maxilo-facial. Bonificación del 50% para casos de internación odontológica	✓	✓
Internación médica y quirúrgica cubierta totalmente con habitación compartida	✓	
Internación médica y quirúrgica cubierta totalmente con habitación privada		✓
Medicamentos cubiertos al 50%.	✓	
Adquisición de medicamentos con ticket		✓
Seguro quirúrgico y oncológico en Estados Unidos		✓
Emergencia Móvil		✓
Servicio fúnebre		✓
Seguro de viaje		✓

4.1.1.2 Seguro Americano

Cuadro 15⁴¹
Resumen de Prestaciones de los Planes de Seguro Americano

	TRADICIONAL	MODULAR
Internación en habitación privada VIP del Sanatorio Americano.	✓	✓
Asistencia médica a domicilio.	✓	✓
Internación en cuidados intensivos sin límite.	✓	✓
Libre elección de obstetra entre los médicos del Seguro Americano.	✓	✓
Asistencia médica de puerta en Sanatorio Americano.	✓	✓
Cobertura en todo el territorio nacional (FEMI).	✓	✓
Institutos de Medicina Altamente Especializada.	✓	✓
Servicios y tratamientos médicos con tecnología de última generación.	✓	✓
Servicio en Clínica Odontológica del Prof. Dr. Miguel Ángel Piñeyro.	✓	✓
Servicio de Emergencia Móvil. (*)	✓	✓
Seguro internacional de asistencia en viajes. (*)	✓	✓
Seguro de cobertura quirúrgica y oncológica en los EE.UU. (**)	✓	✓
Acceso inmediato a los mejores especialistas sin costo de órdenes ni tickets.	✓	
Acceso inmediato a los mejores especialistas y realización de exámenes con un costo fijo por ticket.		✓
Exámenes sin costo de órdenes ni tickets.	✓	
Servicio de cementerio "Los Fresnos de Carrasco".	✓	

(*) Con costo adicional para el Plan Modular

(**) Con costo adicional para ambos planes

⁴¹ Elaboración propia. Con datos suministrados por Seguro Americano

4.1.1.3 Medicare

Cuadro 16⁴²
Resumen de Prestaciones Comunes de los Planes de Medicare

	CARE GOLD	CARE PLUS	CARE
Internación médica y quirúrgica en Centro Asistencial Privado en apartamento individual, con TV, teléfono y cama de acompañante con desayuno. En el Hospital Británico o similar	✓	✓	✓
Internación en CTI sin límite de tiempo para adultos y niños. Internación psiquiátrica hasta 30 días en Clínicas Especializadas.	✓	✓	✓
Alianza estratégica con Sanatorio Cantegril para residentes en Punta del Este y Maldonado.	✓	✓	✓
Consultas pediátricas para niños de hasta un año. Sin cargo	✓	✓	✓
Segunda opinión en el exterior en interconsulta con Dirección Técnica.(*)	✓	✓	✓
Móvil a domicilio sin cargo para extracciones de laboratorio.	✓	✓	✓
Servicio de asistencia al viajero después de 100 Km. De su domicilio y en el exterior.	✓	✓	✓
Maternidad y todos los servicios relacionados.	✓	✓	✓
Madres con derecho a FONASA. Prenatal sin costo adicional y cobertura desde el nacimiento previa autorización de la Dirección Técnica. Hasta cumplir el año, el bebe no tiene costo de cuota social.	✓	✓	✓
Madres sin derecho a FONASA. Prenatal sin costo adicional y cobertura desde el nacimiento previa autorización de la Dirección Técnica con la condición de que madre e hijo abonen el costo anual mediante tarjeta de crédito en cuotas mensuales.	✓	✓	✓
Anestesia Epidural.	✓	✓	✓
Acuerdo con MaterCell (Banco privado de Células Madre del Cordón Umbilical).(***)	✓	✓	✓
Emergencia Móvil y traslado, en Montevideo (SUAT) y en el interior del país.	✓	✓	✓

⁴² Elaboración propia. Con datos suministrados por Medicare

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Cardiomóvil para residentes en Punta del este y Maldonado.	✓	✓	✓
Invitación anual a chequeos preventivos específicos.	✓	✓	✓
Vademecum Medicare con medicamentos al 50% en toda la red de sucursales San Roque.	✓	✓	✓
Medicación Oncológica indicada por los médicos autorizados y aprobada según los protocolos del MSP.	✓	✓	✓
Seguro Odontológico con tratamientos preventivos, reparación y cirugía maxilo-facial y urgencias las 24 hs.	✓	✓	✓
Medicina Altamente Especializada en USA (hasta U\$S 500 mil). Sin junta medica (**).	✓	✓	✓
Medicina Altamente Especializada en Uruguay según normativa vigente del MSP.	✓	✓	✓
Tratamiento Oncológico (quimioterapia y radioterapia). Incluye medicación oncológica.	✓	✓	✓
Policlínica de tabaquismo y obesidad.	✓	✓	✓
Hidroterapia (**).	✓	✓	✓
Servicio fúnebre con afiliación directa (***).	✓	✓	✓
Servicio de acompañante y enfermería calificado (***).	✓	✓	✓
Seguro jefe de familia (dos años de cobertura en cualquier plan para un integrante de la familia (**).	✓	✓	✓
Diagnostico fonoaudiológico, psicomotriz, psicológico y psicopedagógico.	✓	✓	✓

(*) Opcional para el plan Care

(**) Opcional para el plan Care y Care Plus

(***) Opcional para los tres planes

Cuadro 17⁴³
Resumen de Prestaciones Diferenciales de los Planes de Medicare

	CARE GOLD	CARE PLUS	CARE
Consultas medicas en todas las especialidades. Sin cargo	✓		
Consultas medicas en todas las especialidades. Hasta 10 consultas sin cargo		✓	
Consultas medicas en todas las especialidades. Abonando ticket			✓
Consultas pediátricas para niños mayores a un año. Sin cargo	✓	✓	
Consultas pediátricas para niños mayores a un año. Hasta 6 consultas sin cargo			✓
Consultas a domicilio de medico de cabecera y pediatra. Sin cargo	✓		
Consultas a domicilio de medico de cabecera y pediatra. Hasta 3 consultas sin cargo		✓	
Consultas a domicilio de medico de cabecera y pediatra. Abonando ticket			✓
Hasta 12 Consultas anuales con médicos no adheridos a Medicare previa autorización de la Dirección Técnica.	✓		
Hasta 5 Consultas anuales con médicos no adheridos a Medicare previa autorización de la Dirección Técnica.		✓	
Paramédica (fisioterapia) a domicilio indicada por el medico tratante. Sin cargo	✓		
Paramédica (fisioterapia) a domicilio indicada por el medico tratante. Abonando ticket		✓	✓
Análisis y exámenes de laboratorio. Sin cargo	✓	✓	
Análisis y exámenes de laboratorio. Abonando ticket			✓
Servicio a domicilio de enfermería. Sin cargo	✓		
Servicio a domicilio de enfermería. Hasta 3 consultas sin cargo		✓	
Servicio a domicilio de enfermería. Abonando ticket			✓
Estudios radiológicos y cardiológicos de medicina nuclear. Sin cargo	✓	✓	

⁴³ Elaboración propia. Con datos suministrados por Medicare

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Estudios radiológicos y cardiológicos de medicina nuclear. Abonando ticket			✓
Tomografía computarizada y resonancia nuclear magnética. Sin cargo	✓		
Tomografía computarizada y resonancia nuclear magnética. Abonando ticket		✓	✓
Seguimiento y controles de obstetra tratante. Sin cargo	✓	✓	
Seguimiento y controles de obstetra tratante. Abonando ticket			✓
Chequeo personalizado anual. Sin cargo	✓	✓	
Chequeo personalizado anual. Abonando ticket			✓
Cirugía General y Ginecológica vía laparoscopia (excepto tratamiento por esterilidad) Sin cargo	✓	✓	
Cirugía General y Ginecológica vía laparoscopia (excepto tratamiento por esterilidad) Abonando ticket			✓
Consultas al deportólogo. Sin cargo	✓	✓	
Consultas al deportólogo. Abonando ticket			✓
Tratamiento fonoaudiológico, psicomotriz, psicológico y psicopedagógico. Hasta 10 sesiones	✓		
Tratamiento fonoaudiológico, psicomotriz, psicológico y psicopedagógico. Hasta 5 sesiones		✓	✓
Psicodiagnóstico. Sin cargo	✓		
Psicodiagnóstico. Abonando ticket		✓	✓
Tratamiento de Fisioterapia en Policlínica. Sin cargo	✓	✓	
Tratamiento de Fisioterapia en Policlínica. Abonando ticket			✓
Estudios genéticos. Sin cargo	✓	✓	
Estudios genéticos. Abonando ticket			✓

4.1.1.4 MP

Propone varios Planes, con variaciones en las prestaciones y en los costos.

Los Planes que brinda MP son: MP10, MP20, MP20 Plus, MP18 y MP18 Joven.

MP10

Es el plan Premium de MP. El Afiliado MP10 recibe una amplia cobertura incluyendo consultas médicas, exámenes y estudios sin costo, internación hospitalaria en Estados Unidos, posibilidad de consultas con médicos no pertenecientes a MP, entre otros beneficios.

MP20

El plan MP20 brinda una cobertura integral con acceso libre a 300 médicos de todas las especialidades, emergencia integrada, internación en habitación privada y todos los beneficios del sistema de asistencia médica de MP, en una forma accesible.

MP20 PLUS

Este plan brinda la seguridad de contar con la cobertura integral a nivel local, además de la posibilidad de acceder a internación y cirugía en Estados Unidos en caso de necesitarlo.

MP18

Un plan flexible que además de todos los beneficios de la cobertura integral de MP incluye 18 copagos anuales sin cargo (6 consultas, 6 exámenes y 6 sesiones).

MP 18 JOVEN

Un plan pensado para jóvenes de entre 18 y 25 años que además de la cobertura integral incluye bonificación especial para un curso teórico-práctico de manejo seguro que previene los riesgos propios de dicha edad.

Cuadro 18⁴⁴
Resumen de Prestaciones Comunes de los Planes de MP

	MP10	MP20	MP20 PLUS	MP18	MP 18 JOVEN
Internación en Sanatorio de primer nivel (siempre en habitación privada y sin límites de duración) con cama y desayuno para el acompañante	✓	✓	✓	✓	✓
CTI en Sanatorio de primer nivel, sin topes ni límites	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina Altamente Especializada (cobertura por IMAE / Fondo Nacional de Recursos).	✓	✓	✓	✓	✓
Acceso directo a más de 300 profesionales de alto nivel técnico, en todas las especialidades	✓	✓	✓	✓	✓
Emergencia SEMM incluida, que garantiza la continuidad de la asistencia médica en la urgencia, la emergencia y la internación.	✓	✓	✓	✓	✓
Acceso a la Red Renasem de Emergencias en el interior del país.	✓	✓	✓	✓	✓
Traslados de cualquier parte del país en emergencia	✓	✓	✓	✓	✓
Cobertura en Medicamentos que incluye sistema de tickets en farmacias propias sin pago adicional mensual y amplia red de farmacias con descuento del 40%	✓	✓	✓	✓	✓
Asistencia en Viaje de alcance global, sin deducibles y con cobertura hasta U\$S 10.000	✓	✓	✓	✓	✓
Urgencias odontológicas las 24 hs. (policlínico central SEMM)	✓	✓	✓	✓	✓

⁴⁴ Elaboración propia. Con datos suministrados por MP.

Cuadro 19⁴⁵
Resumen de Prestaciones Diferenciales entre los Planes de MP

	MP10	MP20	MP20 PLUS	MP18	MP 18 JOVEN
Rápido Acceso a Consultas y Exámenes, sin costo de copago	✓				
Rápido Acceso a Consultas y Exámenes mediante copagos bonificados		✓	✓		
Rápido Acceso a Consultas y Exámenes				✓	✓
Internación en Estados Unidos por decisión del afiliado, sin junta médica, mediante deducible con límite de cobertura de U\$S 500. 000 a través del Banco de Seguros del Estado	✓		✓		
Segunda opinión médica en el exterior. En caso de patologías de difícil diagnóstico o de requerirse una segunda opinión médica, los Afiliados de MP tendrán acceso, previa aprobación de la Junta Médica, a una red informática que permite consultar a los Profesionales e Instituciones Médicas más importantes del mundo.	✓		✓		
Consultas a Médicos no pertenecientes a MP, hasta 12 veces por año (una por mes), con un reembolso de U\$S 25 por consulta	✓				
Servicio Fúnebre sin costo	✓				
18 copagos anuales incluidos sin costo (6 consultas, 6 exámenes y 6 sesiones para tratamientos)				✓	✓
Carné de salud sin costo					✓
Examen médico para libreta de conducir sin costo					✓
Bonificación especial del 50% en Curso de Manejo Avanzado para la Prevención de Accidentes de Tránsito (CEPA International)					✓

⁴⁵ Elaboración propia. Con datos suministrados por MP.

4.1.1.5 Summum

Cuadro 20⁴⁶
Resumen de Prestaciones de los Planes de SUMMUM

	CLASICO	PMC	SISMED
Consultas sin límite y sin cargo, con arancel complementario en domicilio.(*)	✓	✓	✓
Laboratorio e imagenología de rutina. Análisis, radiografías simples, ecografías, electrocardiogramas, Papanicolau, etc., sin límite y sin cargo.(*)	✓	✓	✓
Técnicas y estudios especializados (por ejemplo: medicina nuclear, T.A.C. y R.N.M.), sin límite y sin cargo.(*)	✓	✓	✓
Internación. Habitación privada con derecho a cama para el acompañante, sin límite y sin cargo.	✓	✓	✓
Internación en CTI sin límite y sin cargo.	✓	✓	✓
Honorarios quirúrgicos sin cargo.	✓	✓	✓
Medicamentos y material descartable en internación sin cargo.	✓	✓	✓
Internación en Maternidad. Parto normal o cesárea, incluye honorarios médicos, pensión sanatorial, medicamentos y material descartable sin cargo. El derecho de internación por maternidad se ejerce a partir de los 11 meses de afiliación.	✓	✓	✓
Cobertura prenatal. Afiliación opcional.	✓	✓	✓
Asistencia Altamente Especializada sin cargo. Cirugía coronaria, prótesis de cadera, transplantes renales, marcapasos, diálisis crónica, prótesis de rodilla, angioplastia coronaria, litotricia extracorpórea.	✓	✓	✓
Enfermería en domicilio por prescripción médica sin cargo (*).	✓	✓	✓

⁴⁶ Elaboración propia. Con datos suministrados por SUMMUM

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Internación en domicilio por prescripción médica, sin cargo hasta 90 días.	✓	✓	✓
Emergencia Médica Móvil sin límite y sin cargo.	✓	✓	✓
Asistencia en Viajes dentro de Uruguay a partir de los 80 Km. de su domicilio, hasta U\$S 1.200 por viaje.	✓	✓	✓
Descuentos en farmacias, ópticas, ortopedias y otros servicios adheridos.	✓	✓	✓
Servicio de inteligencia médica. Por indicación médica, una interconsulta por año y hasta U\$S 500.	✓	✓	✓
Tratamientos auxiliares. Fisioterapia y Fonoaudiología por prescripción médica. Con arancel complementario en domicilio de acuerdo a los límites establecidos para la modalidad con copagos.	✓		
Tratamientos auxiliares. Fisioterapia y Fonoaudiología por prescripción médica (de acuerdo a los límites establecidos) (*).		✓	
Tratamientos auxiliares. Fisioterapia y Fonoaudiología por prescripción médica (*).			✓
Urgencia Odontológica sin cargo (*).	✓		
Urgencia Odontológica. Afiliación opcional.		✓	✓
Asistencia en Viajes Internacional. Asistencia médica de urgencia y emergencia. En Argentina, Brasil y Paraguay hasta U\$S 3.000 por viaje, y en el Resto del Mundo hasta U\$S 10.000 por viaje.	✓		✓
Asistencia en Viajes Internacional. Asistencia médica de urgencia y emergencia. En Argentina, Brasil y Paraguay hasta U\$S 5.000 por viaje, en el Resto del Mundo hasta U\$S 12.000 por viaje.		✓	
Modalidad abierta.(1)	✓		✓

(1) Este plan, en su modalidad abierta, le brinda la posibilidad de recurrir a prestadores de servicios que no figuren en nuestra cartilla, beneficiándose con reintegros por las erogaciones realizadas.

(*) Excepto para Socios de la modalidad con copagos. Dicho plan tiene copagos por consumos ambulatorios. Los niños y jóvenes menores de 25 años no tienen copagos por consultas en consultorio.

4.1.1.6 Blue Cross & Blue Shield

Cuadro 21⁴⁷
Resumen de Prestaciones Comunes de los Planes de Blue Cross

	RED PREMIUM				RED CLASS	
	SM350	BLUE1D	1500 D	1400 D	SM150	SMfamily
Asistencia al viajero: cobertura de asistencia en viajes, a partir de 100 Km. de la residencia habitual, sin costo adicional.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Internación exclusivamente en habitación privada con cama para acompañante y total libertad de elección del paciente, en Mdeo e Interior.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CTI: sin limite y sin costo	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina altamente especializada: cobertura y coordinación inmediata y directa por Blue Cross & Blue Shield de Uruguay.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Trasplantes: de órganos y tejidos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cirugía: laparoscópica, general, uroláser y ambulatoria	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Medicamentos oncológicos, radioterapia y quimioterapia: 100% de cobertura sin límite y sin costo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diagnósticos: rayos X, tomografía computada, resonancia nuclear magnética y pruebas de laboratorio, sin límite y sin costo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Embarazo: cobertura de embarazo y parto con ginecólogo tratante, sin límite ni cargo adicional.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Afiliación automática y cuidados del recién nacido.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

⁴⁷ Elaboración propia. Con datos suministrados por Blue Cross & Blue Shield

Extracción de molares de juicio incrustados en hueso. Reducción de fractura o dislocación de mandíbula y tratamiento de dientes naturales por lesiones causadas por accidente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se cubren exámenes preventivos en las especialidades: ginecología, urología, oftalmología y pediatría, de acuerdo al pautado del MSP.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambulancia: aérea y terrestre.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Enfermedades por inmunodeficiencia: se cubren todos los tratamientos incluyendo SIDA.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Síndrome de Articulación Temporomandibular.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Cuadro 22⁴⁸

Resumen de Prestaciones Diferenciales de los Planes de Blue Cross

Internación en el exterior: con libre elección del afiliado y sin previa aprobación de junta médica. Con deducible de U\$S 10.000		✓	✓			
Cobertura en el exterior dentro de Red con libre elección del afiliado y sin previa aprobación de junta médica. Con deducible de U\$S 10.000				✓		
Cobertura en Argentina, Clínica y Maternidad Suizo Argentina y Sanatorio Agote, con libertad de elección del afiliado y sin previa aprobación de junta médica. Sin deducible					✓	✓
En Argentina, Red Swiss Medical Group, con libertad de elección del afiliado y sin previa aprobación de junta médica. Sin deducible	✓					

⁴⁸ Elaboración propia. Con datos suministrados por Blue Cross & Blue Shield

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Cobertura del 100%, hasta U\$S 100.000 por año calendario y hasta U\$S 100.000 por patología desde diagnóstico hasta transcurrido un año luego del mismo.	✓				✓	✓
Cobertura oncológica para tratamientos de quimioterapia y radioterapia ambulatorios cubiertos al 80%, dentro de la Red Swiss Medical Group.	✓					
Acceso a toda la Red Mundial de Blue Cross and Blue Shield y a toda la Red de Swiss Medical Group en Argentina, incluyendo Sanatorio Agote y Clínica y Maternidad Suizo Argentina.		✓	✓	✓		
Emergencia Hospitalaria: dentro de red en Argentina, cobertura o reembolso 100%.	✓			✓	✓	✓
Emergencia Hospitalaria en el exterior: cobertura o reembolso del 80%.		✓	✓			
Consultas, exámenes y análisis en el exterior: cobertura o reembolso 80%.		✓	✓			
Medicamentos en el exterior: reembolso del 20%.		✓	✓			
Consultas dentro de la Red de Profesionales Adheridos: 100% sin límite y sin costo	✓	✓	✓	✓		
Consultas en consultorio: mayores con costo, menores 18 años 100% sin límite ni costo					✓	
Consultas en consultorio: 100% sin límite y sin costo, menores de 24 años mayores con costo.						✓
Consultas en domicilio: sin límite y con costo.				✓	✓	✓
Consultas con Especialista: sin límite y con costo.					✓	
Consultas con Especialista: sin límite y con costo. Menores de 24 años sin costo.						✓

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Fuera de la Red de Proveedores Adheridos: 80% de los aranceles de Blue Cross & Blue Shield de Uruguay.		✓				
Pruebas de laboratorio, con costo (menores 24 años gratis)						✓
Emergencias y urgencias: en puerta de sanatorios adheridos con costo y servicio contratado UCM y sus corresponsalías en el interior del país sin costo.	✓	✓	✓	✓	✓	
Emergencias y urgencias: en puerta de sanatorios adheridos con costo (menores de 24 años sin costo) y servicio contratado UCM y sus corresponsalías en el interior del país sin costo.						✓
Medicamentos: en farmacias de la red, bonificación 40%.	✓	✓	✓	✓	✓	
Medicamentos: en farmacias de la red, bonificación del 40%. Opción a ticket con cuota mensual adicional.						✓
Fisioterapia y fonoaudiología: servicio con indicación médica.		✓	✓	✓		
Fisioterapia y fonoaudiología: 10 sesiones gratis	✓				✓	
Fisioterapia y fonoaudiología: con costo (menores de 24 años sin costo)						✓
Cobertura prenatal sin costo adicional	✓				✓	✓
Internación por cuidados mentales y nerviosos, alcoholismo y abuso de sustancias: cobertura de 30 días por año calendario, cubierto al 100%.	✓			✓	✓	✓
Internación por cuidados mentales y nerviosos, alcoholismo y abuso de sustancias: cobertura del 50%.		✓	✓			

4.1.1.7 Primédica

Cuadro 23⁴⁹
Resumen de Prestaciones Comunes de los Planes de Primédica

	CLASSIC	PRIVILEGGE	FONASA
Cobertura total de salud.	✓	✓	✓
Atención ambulatoria.	✓	✓	✓
Exámenes de laboratorio.	✓	✓	✓
Estudios de diagnóstico.	✓	✓	✓
Emergencia móvil (*).	✓	✓	✓
Acceso al FNR.	✓	✓	✓
Servicio de Maternidad.	✓	✓	✓
CTI pediátrico y adultos.	✓	✓	✓
Servicio de acompañantes (**).	✓	✓	✓
Examen de ingreso básico, previo a la afiliación, obligatorio. Sin límite de edad.	✓	✓	✓
Servicio al viajero.	✓	✓	
Internación total médico- quirúrgica en sala semi privada.	✓		✓
Internación total médico- quirúrgica en sala privada.		✓	

(*) Solo clave uno para Integral FONASA

(**) Opcional para Integral FONASA

De las entrevistas realizadas y del análisis de los planes de cobertura de todos los Seguros Integrales que actualmente operan en el país, se deduce

⁴⁹ Elaboración propia. Con datos suministrados por Primédica

que ninguno creó nuevos planes como consecuencia de su inclusión en el SNIS, solo se hicieron algunas modificaciones a los planes existentes para cumplir con las exigencias del MSP y poder formar parte de dicho sistema.

Estos Seguros, no buscaron atraer los usuarios de las IAMCs creando planes más baratos, que les permitiera ser mas competitivos en cuanto al valor de la cuota, y siguieron apuntando al segmento de mercado de los usuarios de mayor poder adquisitivo; brindando servicios diferenciales y cobrando una cuota más elevada a la cobrada por las IAMCs, evitando así la saturación de los servicios brindados.

4.1.2 Afiliados

A partir de la entrada en vigencia de la Reforma de la Salud, el total de usuarios del sector privado se incrementó en 352.789, pasando de 1.561.025 en diciembre 2007 a 1.913.814 en Agosto de 2009.

Del total del incremento, el 98% fue para las IAMCs, unos 346.124 usuarios; pasando de un crecimiento de un 3% promedio anual a un 22% en el año 2008.

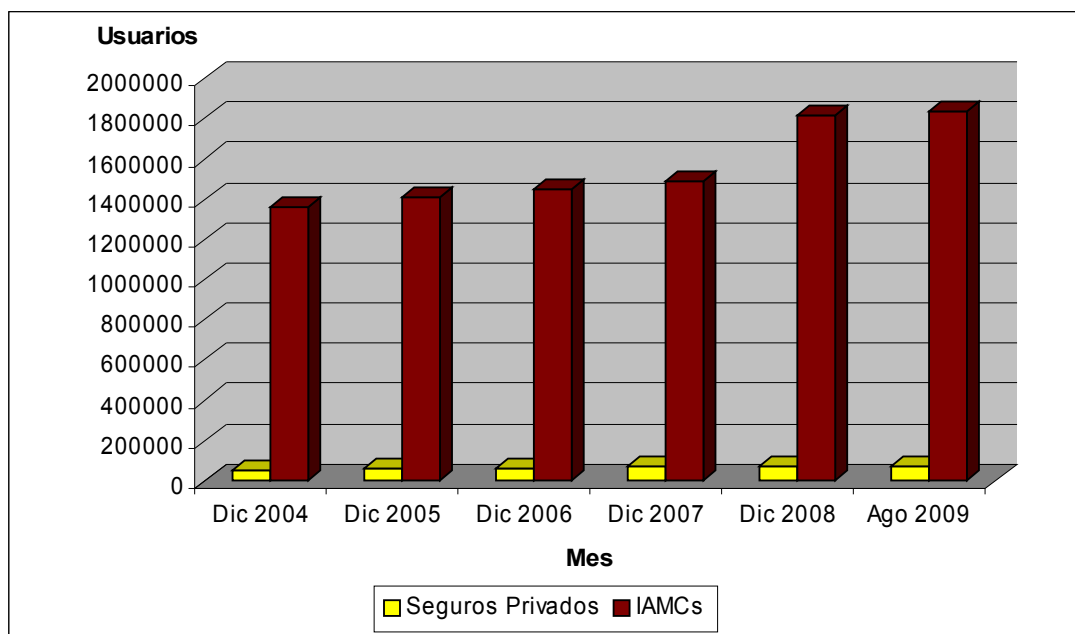
En cambio, para los Seguros Privados, se registró un aumento de 6.665 usuarios, siguiendo los parámetros normales de crecimiento registrados, previos a la reforma.

Cuadro 24⁵⁰
Evolución de Usuarios - IAMCs y Seguros Privados

	Seguros Privados	IAMCs
Dic 2004	54558	1363869
Dic 2005	59885	1415524
Dic 2006	64995	1450867
Dic 2007	69145	1491880
Dic 2008	73544	1815685
Ago 2009	75810	1838004

⁵⁰ Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

Cuadro 25⁵¹
Evolución de Usuarios - IAMCs y Seguros Privados
2004-2009



Cuadro 26⁵²
Porcentaje de Crecimiento Anual - IAMCs y Seguros Privados

AÑO	Seguros Privados	IAMCs
2005	10%	4%
2006	9%	2%
2007	6%	3%
2008	6%	22%
2009(*)	3%	1%

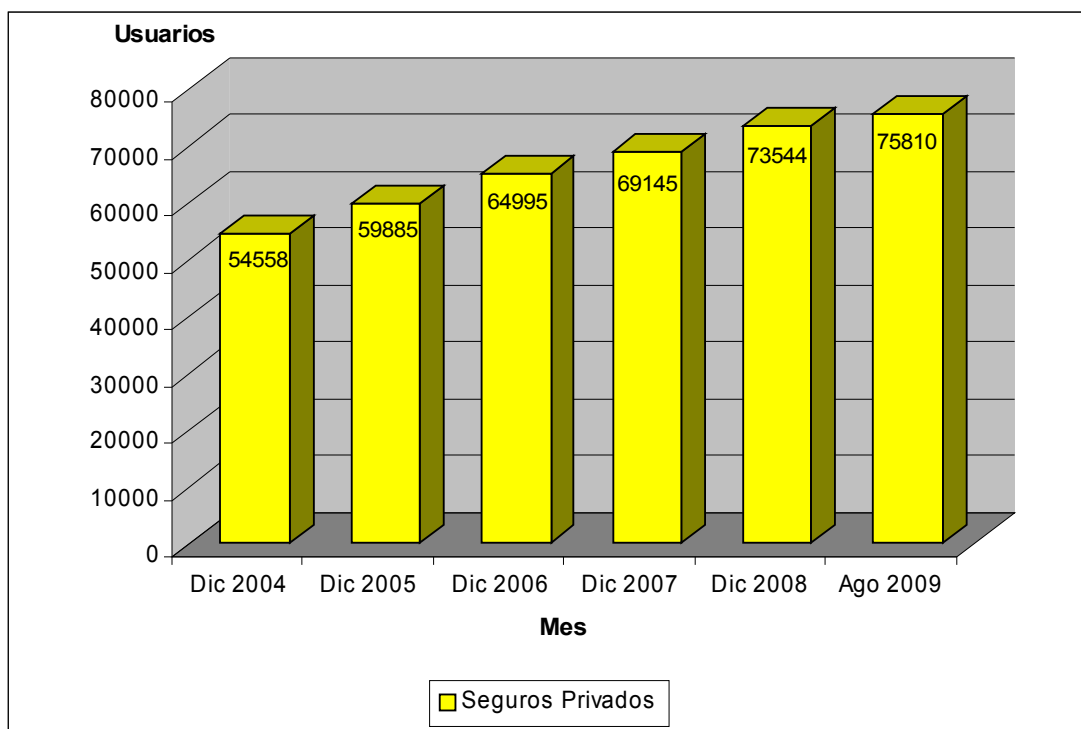
(*) Datos a Agosto 2009

⁵¹ Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

⁵² Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

En la gráfica siguiente se muestra claramente que los Seguros Privados mantuvieron su normal crecimiento pese a su inclusión en el SNIS. Siendo de 9,7% en 2005, 8,5% en 2006, 6,4% en 2007, 6,4% en 2008 y 3,1% a agosto de 2009.

Cuadro 27⁵³
Evolución de Usuarios Seguros Privados
2004-2009

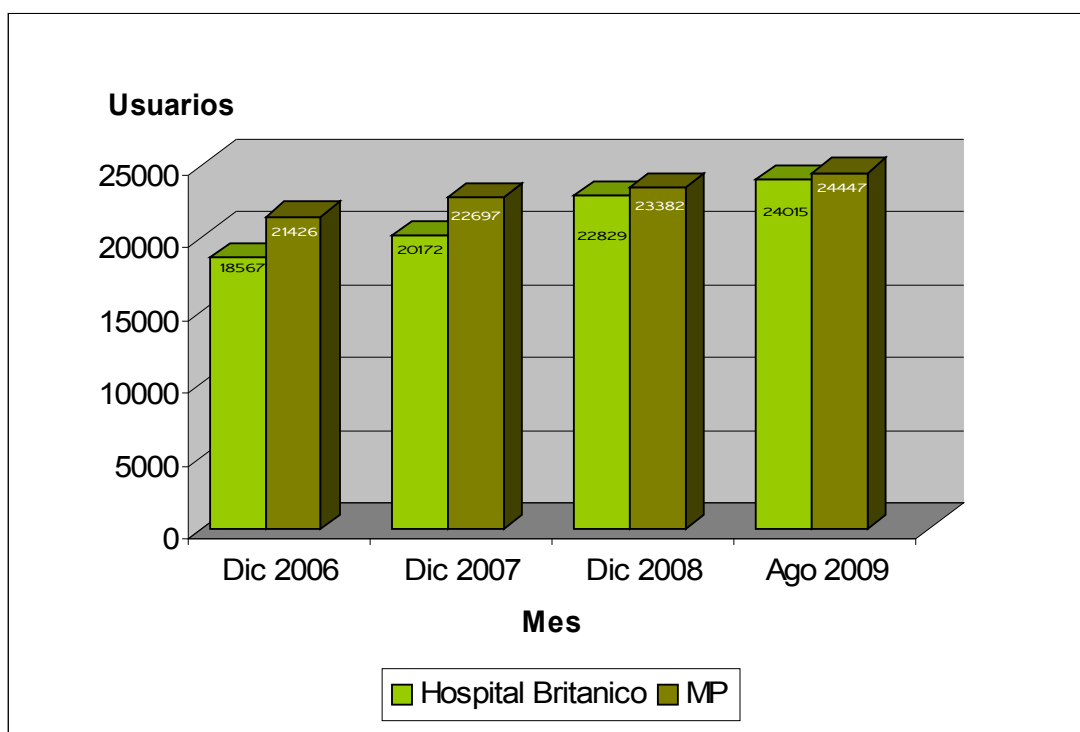


Para el caso particular de los Seguros Integrales analizados, se mantiene un comportamiento similar al visto para los Seguros Privados, es decir, no

⁵³ Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

existen incrementos significativos en los afiliados, a raíz de la inclusión de los Seguros Integrales al SNIS.

Cuadro 28⁵⁴
Evolución de Usuarios Seguros Integrales Analizados
2006-2009



El incremento conjunto, de ambos Seguros Integrales: Hospital Británico y MP, fue de un 7% en 2007, un 8% en 2008 y a Agosto de 2009 un 5%.

⁵⁴ Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

Cuadro 29⁵⁵
Evolución de Usuarios Seguros Integrales Analizados
2006-2009

	Hospital Británico	Crecimiento	MP	Crecimiento	Crecimiento Conjunto
Dic 2006	18567		21426		
Dic 2007	20172	9%	22697	6%	7%
Dic 2008	22829	13%	23382	3%	8%
Ago 2009	24015	5%	24447	5%	5%

Del total de usuarios de los Seguros Integrales un 59% son particulares y un 41% de los afiliados reciben los reintegros del FONASA.

Para el caso particular de MP y el Hospital Británico los porcentajes son de 64% y 67% de particulares mientras que de afiliados FONASA 36% y 33%, respectivamente.

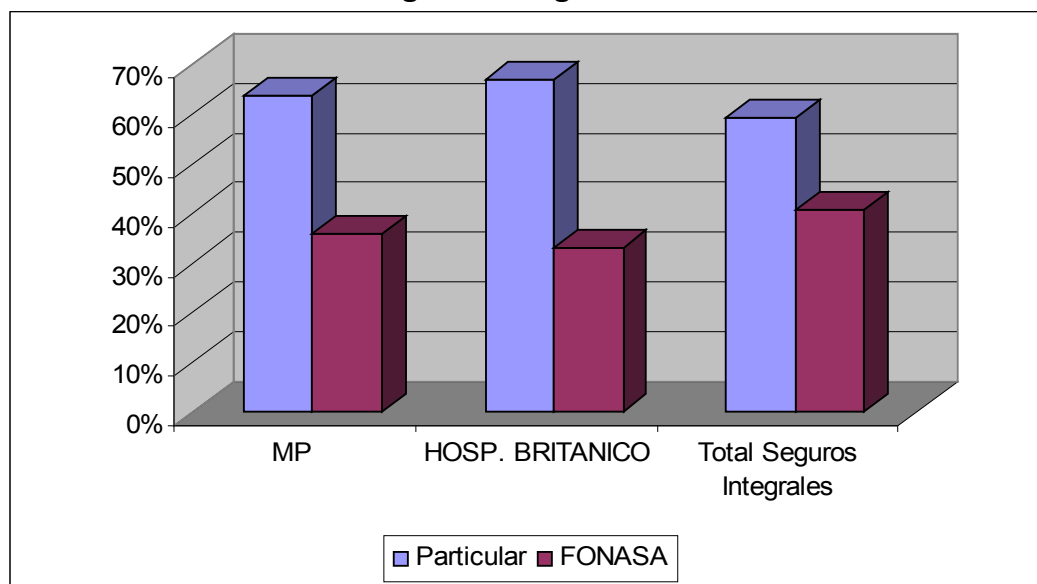
Cuadro 30⁵⁶
Distribución de Afiliados Particulares y FONASA en los Seguros
Integrales - Agosto 2009

	Particular	FONASA
MP	64%	36%
HOSP. BRITANICO	67%	33%
Total Seguros Integrales	59%	41%

⁵⁵ Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

⁵⁶ Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

Cuadro 31⁵⁷
Distribución de Afiliados Particulares y FONASA en los Seguros Integrales – Agosto 2009



De las entrevistas realizadas a las autoridades y médicos de MP y Hospital Británico surge, que la proporción entre afiliados particulares y con beneficio del FONASA de los nuevos ingresos -de los afiliados que se incorporaron luego de instaurada la reforma el 1º de enero de 2008-, mantiene la misma relación que la redistribución interna que se produjo entre los ya afiliados en los Seguros Integrales al momento de la reforma, por lo que el perfil de los usuarios se mantuvo.

⁵⁷ Elaboración propia. Con datos suministrados por el Fondo Nacional de Recursos

Las causas por las que se mantuvo el nivel y perfil de los afiliados a partir de la reforma, dadas por los entrevistados son:

- El importe reintegrado por el FONASA en promedio no supera el 30% del valor de las cuotas contratadas con los Seguros Integrales.

Dado que el reintegro no es significativo no ha incentivado el ingreso de nuevos afiliados.

- Si bien se obligan a los Seguros Integrales a determinadas prestaciones mínimas y metas a cumplir, como ya fue visto anteriormente, rige en toda su vigencia el principio de la libre contratación entre la empresa y el afiliado.

Salvo para los niños nacidos de madres socias afiliadas por el SNIS, todos los otros ingresos a los seguros, pasan por aprobaciones de juntas médicas, realización de exámenes de ingresos, o simples declaraciones juradas dependiendo, del plan que elijan, de la edad de la persona o del colectivo al cual pertenezca.

- El nicho de mercado de afiliados al que apuntan los Seguros Integrales ya estaba cubierto por éstos, y prefirieron no incursionar en el resto del mercado; y así seguir brindando un servicio diferencial a los clientes con mayor nivel socioeconómico. Debido a esto, mantuvieron su bajo perfil y no realizaron publicidad para captar afiliados FONASA.

4.1.3 Resultados

Los ingresos analizados, están directamente vinculados a la cantidad de afiliados, dado que surge del cobro de las cuotas mensuales de las distintas coberturas contratadas por éstos.

Dado lo expuesto en el punto anterior, donde se desprende que los afiliados mantuvieron su nivel normal de crecimiento, el nivel de ingresos siguió la misma línea de crecimiento, al no haberse registrado variaciones en el importe de las cuotas; de acuerdo a la información brindada por las autoridades de los seguros analizados.

De las entrevistas realizadas surge que la utilización de los servicios, no registró variaciones desde la reforma de la salud en el nivel de requerimiento; en cuanto a la demanda por tipo de servicio, no sufrió variaciones significativas; esto se basa fundamentalmente en que el perfil socioeconómico de los afiliados se mantuvo, y con este también se mantuvieron los requerimientos de los mismos en cuanto a la utilización de los servicios contratados, por lo que los costos vinculados a la atención de los afiliados no se vieron afectados.

Con respecto a la infraestructura de los Seguros Integrales, afirman que se continúa ampliando la parte edilicia y la adquisición de equipamiento, así como la contratación de profesionales de la salud, siguiendo el crecimiento natural; y no se esperan realizar inversiones adicionales como consecuencia de la nueva situación.

Por lo expuesto anteriormente, se desprende que los resultados de los Seguros Integrales, se mantuvieron dentro de los índices normales previos a la reforma; no reflejándose un impacto económico por la inclusión de éstos al SNIS el 1º de enero de 2008.

Capítulo 5 CONCLUSIONES

El Sistema de Salud en Uruguay está atravesando una reforma, a partir de la Ley N°17.930 de Presupuesto Nacional para el período 2005-2009, aprobada el 23 de diciembre de 2005, en la cual se introducen cambios jurídicos orientados a la concreción de un nuevo Sistema de Salud en el País, el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Con la aprobación de la Ley N° 18.131 del 18 de mayo de 2007 se creó el FONASA cuya objetivo es financiar el SNIS.

A partir de la Ley N° 18.211 se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país, y se establecen las modalidades para el acceso a prestaciones integrales del SNIS; en octubre de 2007 se agrega a la Ley el artículo 22°, donde se incorpora bajo un régimen de excepción, a los Seguros Integrales, permitiendo que los afiliados a los mismos ,cubiertos por la Seguridad Social, puedan obtener el reintegro de sus cápitas de parte del FONASA y descontarlo del valor de la cuota de prepago de la cobertura contratada –antes de la reforma los afiliados a los Seguros Integrales que tenían cobertura de la Seguridad Social, no tenían esta opción sino que contaban con una doble cobertura, ya

que además del Seguro contratado eran socios de una IAMC a través de la Seguridad Social-.

La inclusión de los Seguros Integrales no fue en las mismas condiciones que el resto de los prestadores del Sistema; sino que los Seguros Integrales mantuvieron algunas características que lo diferencian: son los únicos prestadores del SNIS con fines de lucro –se habilitó a los 8 Seguros Integrales que se incorporaron al SNIS en 1º de enero de 2008 a ingresar al Sistema pese ser empresas lucrativas, pero se cerró la posibilidad de incorporación de nuevos Seguros con fines de lucro-; se rigen bajo el principio de la libre contratación entre la empresa y el afiliado, por lo que pueden seleccionar el perfil de afiliados que ingresan, realizando una preselección de las personas que van a contratar su cobertura; pudiendo rechazar a aquellas personas cuyas características lo hagan no rentables, como ser: la edad de la persona, enfermedades preexistentes o antecedentes familiares; existe una libre movilidad de afiliados entre los Sistemas, es decir, entre los Seguros Integrales y las IAMCs.

Transcurridos 2 años de la entrada en vigencia -el 1º de enero de 2008-, del SNIS, y de acuerdo al análisis realizado a la información obtenida sobre la oferta de planes de cobertura, que los Seguros Integrales que operan en el País brindan; y en función a las entrevistas realizadas a autoridades y médicos de los Seguros Integrales seleccionados, respecto a las políticas de

negocio que estos han aplicado y piensan aplicar en lo referente a la captación de nuevos afiliados -especialmente los beneficiarios de la Seguridad Social-, donde afirmaron su desinterés en hacer masivo sus servicios; se concluye que los Seguros Integrales no crearon nuevos planes de cobertura orientados a absorber parte del caudal de socios de las IAMCs, sino que mantuvieron el enfoque al mismo nicho de mercado que ya venían explotando antes de la reforma -el nicho de mercado de afiliados al que apuntan los Seguros Integrales, ya estaba cubierto por éstos- y prefirieron no incursionar en el resto del mercado -evitando así, una saturación de los servicios-, y seguir brindando un servicio diferencial a estas personas, las cuales cuentan con un nivel socioeconómico alto o medio-alto. Sólo se hicieron algunas modificaciones a los planes existentes, para cumplir con las exigencias del MSP, referidas a las prestaciones mínimas a brindar y así poder formar parte del SNIS como prestadores de cobertura integral de salud.

Se detectó que alrededor de un 40% de los afiliados, reciben los reintegros del FONASA correspondientes a sus cápitas, que se restan de su cuota de prepago mensual; por lo que este beneficio es exclusivamente para los afiliados, no afectando la financiación de los Seguros Integrales.

Sin embargo, ese importe, no llega en promedio al 30% del valor de las cuotas correspondientes a la cobertura contratada -según afirman los

entrevistados- y dado que el reintegro no es significativo, no ha incentivado el ingreso masivo de nuevos afiliados.

Del incremento total de afiliados al Subsistema Privado de Salud del Uruguay desde el 1º de enero de 2008 a agosto de 2009; el 98% fue absorbido por las IAMCs -teniendo un incremento del 22% en el año 2008 respecto al año anterior- y los Seguros Integrales analizados solo incrementaron sus afiliados en un 8% en 2008 y en 5% a agosto de 2009; verificándose una notoria diferencia en el crecimiento de las IAMCs respecto a años anteriores, y en cambio un sostenido y normal incremento en los Seguros Integrales.

Dado lo expuesto anteriormente, se deduce que el nivel de crecimiento de los afiliados a los Seguros Integrales se mantuvo dentro de los parámetros normales del sector; lo que nos lleva a afirmar que la inclusión de éstos en el SNIS, no conllevó a una afluencia masiva de socios de las IAMCs hacia ellos, refutando los planteamientos sostenidos por las IAMCs en desacuerdo con la inclusión de los Seguros Integrales al Sistema.

Visto que el nivel de afiliados no tuvo un incremento distinto al normal, dada la directa relación entre la cantidad de afiliados y los ingresos de los Seguros Integrales, surge que los ingresos tampoco sufrieron variaciones distintas a los incrementos normales de la actividad; asimismo, los costos analizados no

tuvieron una variación anormal, debido a que el perfil socioeconómico de los afiliados no varió, y con ello, la demanda de servicios se mantuvo en los mismos niveles que se venían dando antes de la reforma. A su vez, las inversiones en infraestructuras de los Seguros Integrales, se continúan ampliando, así como la contratación de profesionales de la salud, debido al crecimiento natural; y no se esperan realizar inversiones adicionales, según fue manifestado por las autoridades y médicos entrevistados.

En virtud de la información recopilada y las variables analizadas en el presente trabajo de investigación, concluimos que la inserción de los Seguros Integrales en el SNIS, bajo las condiciones establecidas en la Ley N°18.211, no impactó significativamente en el financiamiento ni en el nivel de actividad de los mismos; ya que la evolución observada en el nivel de afiliados a partir de la vigencia de la Ley, estuvo dentro de los parámetros normales de crecimiento del sector -tomando en cuenta los datos históricamente registrados-, y no se registraron cambios anormales en los ingresos y egresos vinculados directamente con las coberturas contratadas, dado que se mantuvo el crecimiento que se venía dando en las variables que a estos determinan – el número de afiliados, el valor de las cuotas de las coberturas brindadas y el nivel de utilización de los servicios incluidos en estas últimas-.

BIBLIOGRAFÍA

Borgia, Fernando (2008) “La Salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista”. <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewPD/Interstitial/208/410>. (Citada el 06/07/2009)

Decretos N°455/001, N°276/007 y CM/568

Decreto–Ley N°15.181

Eco, Umberto (2005) “Como se hace una tesis”, Versión Castellana de Lucía Baranda y Alberto Clavería Ibáñez.

www.liccom.edu.uy/bedelia/cursos/semiotica/textos/eco_tesis.pdf (Citada el 20/05/2009)

Invernizzi, Alfredo (2005) “Reflexiones sobre el cambio hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay”. Revista de Antiguos Alumnos del IEEM. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2702193> (Citada el 11/07/2009)

JUNASA, Ministerio de Salud Pública (2009) “Descripción y análisis de indicadores asistenciales del subsector privado de salud Ejercicio 2007–2008”. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3182,17240. (Citada el 11/07/2009)

Leyes N°15.903, N°17.930, N°18.131 y N°18.211.

MSP (2009) “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009”. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2967,16873 (Citada el 28/06/2009)

Muñoz, María Julia, Ministra de Salud Pública (2006) “La Reunión Sub-Regional de Representantes y Directores de Centro del Cono Sur y Área Andina” WDC www.scribd.com/doc/6341539/Reforma-Salud. (Citada el 11/07/2009)

Muñoz, María Julia, Ministra de Salud Pública (2006) “La reforma de Salud en Uruguay”. Asociación de Docentes de la Universidad de la República. www.adur.fmed.edu.uy/archivos/9-Nov-06%20ADUR.ppt (Citada el 11/07/2009)

Muñoz, María Julia, Ministra de Salud Pública (2009) “Presentación en ADM”. www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3056,17024 (Citada el 28/06/2009)

Murro, Ernesto (2008) “Sistema Nacional Integrado de Salud” BPS. www.bps.gub.uy/.../0958_OISS%20Ernesto%20Murro%20-%20Reforma%20de%20Sistema%20de%20Salud.ppt(Citada el 25/08/2009)

Olesker, Daniel (2008) “El Sistema de Salud es otro componente de las reformas sociales impulsadas por el gobierno”. http://www.msp.gub.uy/ucsnis_2516_1.html (Citada el 15/10/2009)

Ordenanza Ministerial N°149/03

Rueda, Abadi & Pereira (2008) “Curso sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)”. www.rap.com.uy/spa/publicaciones/pdf/2008/curso_snis.pdf (Citada el 16/06/2009)

Sopena, Ed. Ramón (1972) Nuevo Diccionario Ilustrado Sopena de la Lengua Española, Ed. Ramón Sopena SA, Barcelona.

Xavier, Mónica (2007) "Informe sobre el Proyecto de Ley Sistema Nacional Integrado de Salud". www.legisladores90.org/spip.php?article59 (Citada el 16/08/2009)

ANEXO A

Decreto - Ley N°15.181 del 21 de agosto de 1981

Artículo 3°.- 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 afiliados 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 6°.- 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 afiliados 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.

Ley N° 15.903 del 10 de noviembre de 1987.

“Artículo 282.- Facúltase al Ministerio de Salud Pública para autorizar regímenes de afiliación parcial pre - pago en instituciones de asistencia médica privada.

Dicho régimen asegurará atención completa de los niveles superiores y podrá ser complementario de las prestaciones de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), de acuerdo con los mecanismos de referencia y reglamentaciones que se establezcan.

A este régimen deberán ajustarse los seguros parciales que estén prestando servicios a la fecha, de acuerdo a lo que determine la reglamentación”

Decreto N° 455/001 - Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 22 de noviembre de 2001.

VISTO: el proyecto de "Marco Regulatorio de la Asistencia Médica" que ordena y sistematiza las normas legales y reglamentarias vigentes en materia de asistencia médica;

RESULTANDO: que la elaboración del mencionado proyecto responde a la necesidad de compilar la normativa vigente en materia de cometidos y atribuciones del Ministerio de Salud Pública, con respecto a los profesionales, instituciones, establecimientos o empresas que presten directa o indirectamente cobertura de asistencia médica;

CONSIDERANDO: I) que a tales efectos se ha realizado una tarea de ordenación, sistematización y actualización de la normativa vigente en la materia, tomando en cuenta que la ley madre es la Orgánica de Salud Pública N°9.202 de 12 de enero de 1934, modificada y complementada por diversas leyes posteriores y sus respectivas reglamentaciones; II) que según la metodología de trabajo empleada, se hace constar al pie de cada artículo la fuente respectiva y el tipo de texto de que se trata,

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

clasificándolo en función de las categorías siguientes:

"Texto ajustado": cuando se ha introducido un cambio de redacción, aún si constituye una simple actualización de las denominaciones.

"Texto integrado": cuando el mismo se ha nutrido de mas de una fuente;

"Texto parcial": cuando tiene por fuente una parte de un artículo.

"Texto nuevo": cuando el mismo constituye una creación, basada en la normativa vigente, pero que no se extrae directamente de ella.

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

ART. 1º.-

Apruébase el "Marco Regulatorio de la Asistencia Médica" adjunto, que comprende las normas constitucionales, legales y reglamentarias vigentes en la materia, el que se considera parte integrante de este Decreto y se identificará en la forma señalada.

ART. 2º.-

El Ministerio de Salud Pública realizará las actualizaciones periódicas que estime conveniente.

ART. 3º.-

Comuníquese, publíquese, etc.

BATLLE - LUIS FRASCHINI.

MARCO REGULATORIO DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Artículo 1º. Ámbito de aplicación del marco regulatorio.-

El presente marco regulatorio se aplicará a las Instituciones de Asistencia Médica, cualquiera fuere su naturaleza, establecimientos o empresas que presten directa o indirectamente cobertura de asistencia médica privada, particular o colectiva, sin perjuicio de las normas atinentes a los profesionales que actúan en forma individual.

Artículo 12º. Competencia en materia de policía de las Instituciones Privadas de Asistencia.

Corresponde al Ministerio de Salud Pública, reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia, de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en el artículo anterior.-

El Ministerio de Salud Pública, a través de una Dirección con estos fines específicos ejercerá la inspección, fiscalización y control en los aspectos técnico-administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento de las entidades de asistencia médica privada colectiva. Asimismo, ejercerá los controles pertinentes a tal fin, respecto de las instituciones de asistencia médica privada particular y pública, sin perjuicio del régimen legal a que éstas se encuentran sometidas (artículo 119 de este Texto).

A tales efectos el Ministerio de Salud Pública establecerá, para los establecimientos de asistencia públicos o privados:

a) los requisitos mínimos necesarios para la habilitación y registro (artículo 25 de este Texto), así como clausura (artículo 120 de este Texto).

b) los requisitos de modificaciones, fusiones, etc. (artículo 26)

c) los requisitos de información periódica que deberán proporcionar en los aspectos técnicos administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento que se le solicite, siempre que no se afecten derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y las leyes pertinentes. (Artículos 25 y 132 de este Texto.)

d) los requisitos de información que deberán difundir a los afiliados, afiliados, co contratantes y usuarios. (Artículo 235 de este Texto)

e) los mecanismos para resolver reclamaciones y aplicar sanciones (artículos 228, 233, 236, 237, 238, 261 y 251).

f) las normas sobre protección de los derechos de los afiliados, afiliados, co contratantes y usuarios (Titulo IV de este Texto)

Fuente: Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 artículo 14°. Decreto-ley N° 15.181 artículo 11°.

Texto ajustado e integrado

Artículo 17°. Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Parcial.-

Se entiende por Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Parcial, la

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

brindada por 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.

Fuente: Decreto - ley N° 15.181 de 21 de agosto de 1981 artículo 3°.

Decreto 495/989 de 13 de octubre de 1989, artículo 1°.

Texto ajustado

Artículo 18°. Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total.-

Se entiende por Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total, la brindada por 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.

Fuente: Decreto-ley N° 15.181 de 21 de agosto de 1981 artículo 3°.

Decreto N° 495/898 de 13 de octubre de 1989, artículo 1°.

Texto ajustado

Artículo 20°. Libre contratación.-

La Asistencia Médica Privada Particular en cualquiera de sus modalidades de cobertura se regulará por los acuerdos que se celebren al respecto mediante el régimen de libre contratación. Sin perjuicio, el Ministerio de

Salud Pública establecerá los niveles mínimos de cobertura asistencial que necesariamente deberán prestar las Instituciones de Asistencia. Los contratos que se celebren serán sin plazo. Los modelos contractuales en vigencia deberán ser puestos en conocimiento de la autoridad sanitaria.

Fuente. Decreto-ley N° 15.181 de 21 de agosto de 1981 artículo 3°.

Texto nuevo

Artículo 25°. Requisitos generales de habilitación y registro de una Institución de Asistencia Médica.-

Las instituciones, públicas o privadas que pretendan brindar asistencia médica u odontológica, una vez obtenida la autorización para crearse, deberán solicitar la habilitación y registro para funcionar ante el Ministerio de Salud Pública, quien previamente realizará las inspecciones que estime del caso con el fin de verificar el cumplimiento de las reglamentaciones vigentes, en cuyo caso otorgará la habilitación y el registro correspondiente. Sin perjuicio de los requisitos específicos que establezca la reglamentación, según la tipología de las instituciones, modalidad o nivel de cobertura y servicios que se brindan, la solicitud de registro y habilitación deberá ser acompañada por la siguiente documentación:

- a) Estatutos o contrato social debidamente inscripto, según corresponda.
- b) Personería jurídica, otorgada por la autoridad competente.
- c) Servicios de asistencia médica u odontológica que proyectan brindar.

- d) Recursos humanos y materiales con que cuentan, debidamente habilitados por el Ministerio de Salud Pública.
- e) Dirección Técnica médica u odontológica responsable, según corresponda, con aceptación expresa del profesional.

La información contenida en la documentación referida deberá mantenerse actualizada, y las instituciones deberán asimismo proporcionar en los aspectos técnicos administrativos, contables y técnico-laborales de funcionamiento la información que se le solicite, siempre que no se afecten derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y las leyes pertinentes.

Texto nuevo.

Artículo 26°.- Modificaciones:

La transformación, fusión, escisión o absorción de Instituciones de Asistencia Médica y Odontológica Privadas, se registrará en lo pertinente por las normas vigentes en materia de sociedades, sociedades comerciales, asociaciones y cooperativas. No obstante, previo a la ocurrencia de cualquiera de las hipótesis aludidas, las referidas instituciones deberán obtener la autorización del Ministerio de Salud Pública y la ratificación de las habilitaciones que correspondieren en su momento, adjuntando la documentación actualizada requerida en el artículo precedente.

Texto nuevo

Artículo 81°.- Definición.

Se consideran Seguros Parciales aquellos prestados por las Instituciones de Asistencia Médica Privada que mediante una cuota de prepago, otorgan a sus afiliados Asistencia Médica de acuerdo a las condiciones establecidas en los siguientes artículos.

Fuente: Decreto N° 495/989 de 31 de octubre de 1989, artículo 2°.

Texto parcial y ajustado

Artículo 82°.- Niveles de Atención.

Cuando las Instituciones de Asistencia Médica Privada ofrezcan Servicios de Atención Parcial, deberán asegurar como mínimo los niveles superiores de atención considerando como 1er. nivel la consulta ambulatoria.

En los niveles superiores de atención se incluyen los Servicios que se detallan, brindados en forma conjunta o individualmente:

- a) Internación para diagnóstico y tratamiento médicos.
- b) Internación para diagnóstico y tratamiento quirúrgicos.
- c) Estudios complementarios para diagnóstico.
- d) Servicios de emergencia.

Los Seguros Parciales deberán cubrir todas las disciplinas técnicas del servicio a brindar, ya sea médico, quirúrgico o de diagnóstico.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

En los literales a) y b) se considera que la internación comprende todos los medios de diagnóstico y terapéuticos necesarios.

Fuente: Decreto N°495/989 de 31 de octubre de 1989, artículo 3°.

Artículo 85°.- Autorización del Ministerio de Salud Pública.

Los aspirantes a brindar Asistencia Médica Privada de Cobertura Parcial, deberán solicitar ante el Ministerio de Salud Pública autorización para crear un Seguro Parcial, especificando:

- 1) Servicios de Asistencia Médica, comprendidos en el presente Decreto, que proyectan ofrecer a sus afiliados;
- 2) Recursos Materiales de que dispondrán documentando si los mismos son propios o contratados en cuyo caso deberán adjuntar copia del proyecto de contrato.
- 3) Dirección Técnica y Recursos Humanos propios que prestarán los servicios de Asistencia Médica;
- 4) Forma jurídica que adoptarán.

El Ministerio de Salud Pública analizará la propuesta y se expedirá teniendo en cuenta la realidad sanitaria del país y sus necesidades.

Fuente: Decreto N° 495/989 de 31 de octubre de 1989, Artículos 6° y 7°.

Texto ajustado e integrado.

Artículo 86°.- Habilitación y Registro.

Además de los requisitos generales de habilitación y registro (Capítulo II Título II), quienes aspiren a brindar Asistencia Médica Privada Parcial, una vez obtenida la correspondiente autorización de creación, deberán solicitar la habilitación y registro para funcionar ante el Ministerio de Salud Pública, quien previamente realizará las inspecciones de rigor que le permitan verificar el cumplimiento de las reglamentaciones vigentes, en cuyo caso otorgará la habilitación para funcionar. Dichas organizaciones deberán adjuntar además la siguiente información:

- 1) Estatutos sociales;
- 2) Personería jurídica debidamente otorgada por la autoridad competente;
- 3) Las condiciones del contrato de afiliación, en cuyas disposiciones no se establecerá plazo de duración del vínculo, así como la previsión de que la rescisión solo operará por las causales previstas para las IAMCs y las estipuladas con toda precisión en el mismo contrato, estando vedada la rescisión unilateral del vínculo por mera voluntad de la empresa contratante.
- 4) Documentación de la disponibilidad de los Recursos Materiales y planos de la parte edilicia y habilitaciones correspondientes;
- 5) Dirección Técnica profesional médica u odontológica según corresponda con la aceptación expresa del profesional;
- 6) Nómina completa de Recursos Humanos propios con especificación de títulos y diplomas correspondientes.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Fuente: Decreto N° 495/989 de 31 octubre de 1989, Artículos 8° y 9°.

Texto ajustado e integrado.

Artículo 87°.- Contratación de infraestructura.

Las instituciones de Asistencia Médica Privada que presten Seguros de Cobertura Parcial de Asistencia Médica y que no dispongan de infraestructura propia solo podrán obtener del Ministerio de Salud Pública la autorización de creación, la habilitación para funcionar y el registro pertinente, cuando acrediten fehacientemente la contratación de la misma con Instituciones registradas del sector privado con capacidad suficiente a la demanda prevista.

Igualmente deberán comunicar de inmediato las modificaciones y sustituciones que registren en las contrataciones referidas.

Solo podrán contratar con el Sector Público cuando acrediten circunstancias excepcionales y en forma temporaria o cuando no hubiere en el ámbito zonal de su actividad institucional del sector privado o estas no presten los servicios a desarrollar.

Fuente: Decreto N°260/994 de 7 de junio de 1994, artículo 1°.

Artículo 88°.- Prohibición de afiliaciones vitalicias.

Las Instituciones de Asistencia Médica Privada que presten Seguros de Cobertura Parcial de Asistencia Médica no podrán realizar afiliaciones

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

vitalicias.

Fuente: Decreto N°260/994 de 7 de junio de 1994, artículo 2°.

Artículo 89°.- Obligaciones.

Los Seguros Parciales deberán poner a disposición del Ministerio de Salud Pública toda la información de su gestión que éste solicite.

Asimismo deberán poseer un archivo exclusivo con todos los contratos de afiliación donde se exprese claramente el conocimiento y aceptación de dicho contrato por parte del afiliado.

Fuente: Decreto N° 495/989 de 31 de octubre de 1989, artículo 13° y 10°.

Decreto N°260/994 de 7 de junio de 1994, artículo 3°.

Artículo 91°.- Tickets moderadores.

Las Instituciones que ofrezcan Seguros Parciales Médicos, podrán percibir además de la cuota de afiliación, el valor de tickets moderadores para cada uno de los Servicios que se detallan:

a) Medicamentos

b) Consulta médica.

Fuente: Decreto N°495/989 de 31 de octubre de 1989, artículo 11°.

Artículo 92º.- Certificado de cumplimiento.

El Ministerio de Salud Pública otorgará el certificado que acredite el adecuado cumplimiento por parte de los Seguros Parciales de la presentación de la información que dicho organismo le solicite, la que tendrá carácter de declaración jurada.

Fuente: Resolución Ministerial de 9 de junio de 1993.

Artículo 93º.- Definición.

Se consideran Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total, las que mediante una cuota de prepago, otorgan a sus afiliados Asistencia Médica de acuerdo a las condiciones establecidas en los artículos siguientes.

Texto nuevo.

Artículo 94º.- Niveles de Atención.

Las Instituciones que brinden Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total deberán cubrir por lo menos las prestaciones incluidas en la cobertura de asistencia de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Texto nuevo.

Artículo 96°.- Autorización del Ministerio de Salud Pública.

Los aspirantes a brindar asistencia de Cobertura Total, deberán solicitar ante el Ministerio de Salud Pública autorización para crear una Institución de Asistencia Médica Privada Particular de Cobertura Total especificando:

- 1) Servicios de Asistencia Médica, comprendidos en el presente capítulo, que proyectan ofrecer a sus afiliados;
- 2) Recursos Materiales de que dispondrán documentando si los mismos son propios o contratados en cuyo caso deberán adjuntar copia del proyecto de contrato;
- 3) Dirección Técnica y Recursos Humanos propios que prestarán los servicios de Asistencia Médica;
- 4) Forma jurídica que adoptarán.

El Ministerio de Salud Pública analizará la propuesta y se expedirá teniendo en cuenta la realidad sanitaria del país y sus necesidades.

Texto nuevo

Artículo 97°.- Habilitación y Registro.

Además de los requisitos generales de habilitación y registro (Capítulo II Título II) quienes aspiren a brindar Asistencia Médica Privada Total, una vez obtenida la correspondiente autorización para crearse deberán solicitar la habilitación y registro para funcionar ante el Ministerio de Salud Pública, quien previamente realizará las inspecciones de rigor que le permita verificar

el cumplimiento de las reglamentaciones vigentes, en cuyo caso otorgará la habilitación para funcionar.

Dichas organizaciones deberán adjuntar además la siguiente información:

- 1) Estatutos sociales;
- 2) Personería jurídica debidamente otorgada por la autoridad competente;
- 3) Las condiciones del contrato de afiliación, en cuyas disposiciones no se establecerá plazo de duración del vínculo, así como que la rescisión solo operará por las causales previstas para las IAMCs y las estipuladas con toda precisión en el mismo contrato, estando vedada la rescisión unilateral del vínculo por mera voluntad de la empresa contratante.
- 4) Documentación de la disponibilidad de los Recursos Materiales y planos de la parte edilicia y habilitaciones correspondientes;
- 5) Dirección Técnica profesional médica u odontológica según corresponda con la aceptación expresa del profesional;
- 6) Nómina completa de Recursos Humanos propios con especificación de títulos y diplomas correspondientes.

Fuente: Decreto Ley N°15.181 de 21 de agosto de 1981, Artículo 3°. Decreto N°495/89 de 31 de octubre de 1989, Artículo 8° y 9°.

Texto nuevo.

Artículo 98º.- Contratación de infraestructura.

Las Instituciones de Asistencia Médica Privada que presten servicios de cobertura total y que no dispongan de infraestructura propia solo podrán obtener del Ministerio de Salud Pública la autorización de creación, la habilitación para funcionar y el registro pertinente, cuando acrediten fehacientemente la contratación de la misma con Instituciones registradas del sector privado con capacidad suficiente a la demanda prevista. Igualmente deberán comunicar de inmediato las modificaciones y sustituciones que registren en las contrataciones referidas. Solo podrán contratar con el Sector Público cuando acrediten circunstancias excepcionales y en forma temporaria o cuando no hubiere en el ámbito zonal de su actividad institucional del sector privado o estas no presten los servicios a desarrollar.

Texto nuevo

Artículo 99º.- Prohibición de afiliaciones vitalicias.

Las Instituciones de Asistencia Médica Privada de Cobertura Total no podrán realizar afiliaciones vitalicias.

Texto nuevo

Artículo 100º.- Obligaciones.

Las Instituciones de Asistencia Médica de Cobertura Total deberán poner a disposición del Ministerio de Salud Pública toda la información de su gestión que éste solicite.

Asimismo deberán poseer un archivo exclusivo con todos los contratos de afiliación donde se exprese claramente el conocimiento y aceptación de dicho contrato por parte del afiliado.

La propaganda que realicen deberá dar cumplimiento a la normativa vigente en la materia.

Referencia: Decreto N°635/991 de 27 de noviembre de 1991.

Texto nuevo

Artículo 101º.- Tickets moderadores.

Las Instituciones que ofrezcan Cobertura Total, podrán percibir además de la cuota de afiliación, el valor de tickets moderadores para cada uno de los Servicios que se detallan:

- a) Medicamentos
- b) Consulta médica.

Texto nuevo

Artículo 102°.- Certificado de cumplimiento.

El Ministerio de Salud Pública otorgará el certificado que acredite el adecuado cumplimiento por parte de las Instituciones de Asistencia Médica Privadas de Cobertura Total de la presentación de la información que dicho organismo le solicite, la que tendrá carácter de declaración jurada.

Texto nuevo

Artículo 103°.- Definición.-

Se entiende por unidades móviles de atención médica de emergencia aquellas que ante un paciente con riesgo potencial o real de muerte, cuenten con recursos humanos y materiales especialmente adecuados para el diagnóstico y tratamiento inmediato.

Fuente: Decreto N°578/986 de 26 de agosto de 1986, artículo 4°.

Artículo 104°.- Habilitación previa.-

Toda entidad que se instale para prestar atención médica de emergencia con unidades móviles, deberá cumplir con los requisitos que establezca la reglamentación y previo a su puesta en funcionamiento, recabar la autorización del Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y obtener de éste la habilitación correspondiente.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

La misma autorización le será requerida en caso que desee ampliar el giro de actividad médica.

Fuente: Decreto N° 578/986, de 26 de agosto de 1986, Artículos 1° y 2°.

Texto ajustado.

Ordenanza Ministerial N° 149/03 de 7 de marzo de 2003.

Dispónese transitoriamente la suspensión del otorgamiento de autorizaciones de creación y habilitación de Instituciones de Asistencia Médica Privadas Particulares de cobertura parcial e Intermediadoras en la prestación de asistencia.

VISTO: lo dispuesto por el Decreto del Poder Ejecutivo N° 455/001 de 21 de noviembre de 2001, “Marco Regulatorio de la Asistencia Médica”;

RESULTANDO: I) que la normativa citada dispone que las instituciones públicas o privadas que pretendan brindar asistencia médica u odontológica, una vez obtenida la autorización para crearse, deberán solicitar la habilitación y registro para funcionar ante el Ministerio de Salud Pública;

II) que para ello las instituciones deben cumplir con los requisitos generales y específicos, según la tipología, modalidad o nivel de cobertura y servicios que pretendan brindar;

III) que son permanentes las solicitudes de habilitaciones de nuevos servicios de salud prestado por Instituciones de Asistencia Médica Privadas Particulares de Cobertura Parcial e Intermediadoras en la prestación de asistencia, en sus diversas modalidades en todo el territorio nacional;

CONSIDERANDO: I) que el acto administrativo de autorización es aquel por el cual se habilita a una persona física o jurídica para ejercer un poder jurídico o un derecho preexistente, cuyo ejercicio está subordinado a la

obtención previa de un acto habilitante de la Administración que remueve un obstáculo jurídico establecido por el derecho objetivo;

II) que dicho acto responde generalmente a una necesidad de policía, es unilateral, expreso y el órgano que otorga la autorización tiene competencia para examinar tanto la legalidad como la oportunidad y conveniencia del mismo, por lo tanto puede incluso revocarlo cuando el interés público lo exige;

III) que el Ministerio de Salud Pública, tiene el poder-deber de analizar las solicitudes de habilitación de nuevos servicios de salud que se formulen, cualquiera fuere su naturaleza y expedirse teniendo en cuenta la realidad sanitaria del país y sus necesidades;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934, Decreto del Poder Ejecutivo N°455/001 de 21 de noviembre de 2001 y demás disposiciones complementarias;

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

R E S U E L V E

1º) Dispónese transitoriamente la suspensión del otorgamiento de autorizaciones de creación y habilitación de Instituciones de Asistencia Médica Privadas Particulares de cobertura parcial e Intermediadoras en la prestación de asistencia, ya sea médica u odontológica, hasta tanto se analice la realidad sanitaria del país, así como la necesidad de nuevos servicios.

2º) Instrúyase al Departamento de Administración Documental y a la División Servicios de Salud, respecto a no dar trámite a las solicitudes que a los efectos formulen.

3º) Establécese que las solicitudes en trámite a la fecha de la presente resolución serán resueltas, en cuanto a su mérito, de acuerdo a la normativa vigente.

4º) Tomen nota el Departamento de Administración Documental y la División Servicios de Salud a efectos de dar cumplimiento a la presente Ordenanza Ministerial.

Ley N°17.930 del 23 de Diciembre de 2005

PRESUPUESTO NACIONAL

APRUÉBASE PARA EL PERÍODO 2005 – 2009

Artículo 264.- El Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" implementará 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.

Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.

Artículo 265.- El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el [artículo 67](#) y en la [disposición transitoria](#) letra V)** de la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El aporte del Estado provendrá de la asignación presupuestal al financiamiento del sistema de salud.

El aporte de las empresas públicas y privadas será proporcional a la nómina de sus trabajadores.

El aporte de los hogares será un porcentaje de sus ingresos de manera de contribuir a la equidad en el aporte al financiamiento de la salud, en tanto las normas tributarias fijarán la forma y porcentaje de dichos aportes.

El reembolso a los prestadores integrales públicos y privados de salud se hará de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención.

La reglamentación fijará los valores de las cápitas integrales ajustadas por riesgo, los mecanismos de ajuste de las mismas y las metas de prestación por nivel de atención.

Sólo podrán integrar el Seguro Nacional de Salud a crearse, las instituciones de asistencia médica colectiva previstas en el artículo 6° del [Decreto-Ley N° 15.181](#), de 21 de agosto de 1981, y sus modificativas, así como las instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro.

Sin perjuicio, aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3° del [Decreto-Ley N° 15.181](#), de 21 de agosto de 1981, que operen bajo alguna de

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

las formas jurídicas previstas en la [Ley N°16.060](#), de 4 de setiembre de 1989, que se encuentren funcionando regularmente a la fecha de la vigencia de la presente ley, integrarán el Seguro Nacional de Salud a crearse, según sus prescripciones, de acuerdo a las pautas que indique la reglamentación que a tal efecto dictará el Poder Ejecutivo y sin perjuicio de la libre contratación que garantiza la norma.

Decreto N°276/007

Dispónese que el Fondo Nacional de Salud será administrado por el Banco de Previsión Social y fijase el nuevo mecanismo de pago asociado a la edad y sexo de los beneficiarios, así como al cumplimiento de las metas asistenciales.

Montevideo, 2 de agosto de 2007

VISTO: la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) por la Ley N° 18.131 de 18 de mayo de 2007, por el cual se consagra y financia la cobertura de la asistencia médica a los beneficiarios que se incluyen por el artículo 2° de la misma;

RESULTANDO: I) que la ley citada se propone consolidar una etapa fundamental para asegurar el Sistema Nacional Integrado de Salud;

II) que la cobertura integral prevista en la misma, constituye un gradual fortalecimiento de las instituciones públicas, teniendo la Administración de los Servicios de Salud del Estado un rol preponderante para contribuir a la nivelación de la asistencia médica pública-privada;

CONSIDERANDO: I) que la citada Ley N°18.131 por su artículo 7° faculta al Poder Ejecutivo, para determinar el monto de las cuotas a abonar a las prestadoras de asistencia médica, por las que hubieran optado los beneficiarios;

II) que esta delegación de la ley condiciona el comienzo del presente régimen, a la fijación del nuevo mecanismo de pago asociado a la edad y sexo de los beneficiarios, así como al cumplimiento de las metas asistenciales;

III) que por tanto la puesta en funcionamiento del sistema creado por la ley, a través del Banco de Previsión Social que lo ha de administrar, deberá iniciarse en forma simultánea con la fijación de ese nuevo mecanismo de pago;

ATENTO: a lo expuesto;

El Presidente de la República

Actuando en Consejo de Ministros

Decreta:

Artículo 1°.-El Fondo Nacional de Salud (FONASA), creado por la Ley N° 18.131 de 18 de mayo de 2007, será administrado por el Banco de Previsión Social, el que deberá remitir en forma mensual al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Economía y Finanzas la información

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

relacionada con la gestión del FONASA, en las condiciones que dichas Secretarías de Estado establezcan.

Artículo 2º.- A efectos de hacer frente a las erogaciones que demanda el presente régimen así como el aporte a cargo del empleador establecido en literal C) del artículo 3º de la Ley N° 18.131, la Contaduría General de la Nación habilitará los créditos presupuestales correspondientes diferenciando el aporte personal y el patronal.

Artículo 3º.- A partir del 1º de enero de 2008 los funcionarios de los Organismos incorporados (Artículo 2º, literal B) de Ley N° 18.131), los contratados a término por las distintas entidades del Estado (Artículo 2º literal D Ley N° 8.131), y las cuidadoras del INAU (Artículo 2º literal C, de Ley N° 18.131) 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 efectivamente retenido al trabajador y el 3% establecido por la Ley, 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 y los trabajadores contratados en calidad de adscriptos al Presidente de la República, de acuerdo a lo preceptuado por el artículo 83 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996 quedarán excluidos de lo previsto en el inciso anterior en lo atinente a progresividad de su aportación personal.

Artículo 4º.- El Banco de Previsión Social en concordancia con lo dispuesto por el artículo N°55 del Decreto Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 y de conformidad con el cometido de administrar el FONASA según lo ordenado por el artículo 1º de la Ley que se reglamenta, contratará con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva habilitadas por el Ministerio de Salud Pública la asistencia médica ajustada en lo pertinente a lo establecido en el Decreto Ley N° 15.181, de 21 de agosto de 1981, normas modificativas, concordantes y complementarias. Asimismo deberá considerar las disposiciones reglamentarias referentes al control de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y las directivas que el Ministerio de Salud Pública dicte en ejercicio de su función de rectoría de la Salud Pública.

Contratará similar asistencia con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en los términos que se definan entre las partes.

Artículo 5º.- Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que se encuentren amparados por el presente régimen y simultáneamente cuenten con afiliación a una Institución de Asistencia Médica Colectiva contratada por el Banco de Previsión Social de acuerdo con lo preceptuado por el Decreto Ley N° 14.407, o con otra cobertura integral de asistencia proporcionada por un seguro convencional deberán optar por una única

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

afiliación, dentro de los 90 días contados desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación.

Igual plazo tendrán, posteriormente, todos los beneficiarios a partir del momento en que revistan esta doble condición.

Artículo 6º.- Los beneficiarios que de acuerdo con el artículo 2º de la ley que se reglamenta ingresen al Fondo Nacional de Salud con posterioridad a la fecha de inicio de este nuevo sistema y que no tengan cobertura asistencial vigente a través del Banco de Previsión Social al día inmediato anterior a esta fecha, deberán ejercer la opción, dentro del plazo de 30 días contados a partir de la comunicación por su empleador al Banco de Previsión Social de su ingreso a la actividad, por su afiliación a una de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva contratada por el Banco de Previsión Social o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). De no realizarse la opción en forma expresa en el plazo previsto, se considerará que el beneficiario opta por su afiliación a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) quedando afiliado a la misma a partir de ese momento.

A los efectos de aplicar la excepción a que hace referencia el artículo 5º de la Ley que se reglamenta, el Ministerio de Salud Pública comunicará al Banco de Previsión Social la nómina de instituciones que cuentan con la

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

habilitación para prestar asistencia integral, efectuando además las actualizaciones que correspondan.

Artículo 7°.- Igual opción a la establecida en el artículo precedente tendrán: quienes, teniendo cobertura asistencial vigente al día inmediato anterior a la fecha de inicio de este nuevo sistema, se encuentren comprendidos en los literales B) C) o D) del artículo 2° de la ley que se reglamenta, y hubieren optado por esta cobertura. En este caso el plazo será de 90 días de acuerdo con lo preceptuado por el artículo 5° del presente Decreto.

quienes, teniendo cobertura asistencial vigente al día inmediato anterior a la fecha de inicio de este nuevo sistema, egresen de la actividad y reingresen a la misma u otra en un lapso mayor a 120 días.

Quienes reingresen dentro de los 120 días de producido el egreso serán reafiliados de oficio por el Banco de Previsión Social a la misma entidad asistencial por la que tenían cobertura.

Artículo 8°.-La fijación de los valores que componen la cuota prevista en el artículo 7° de la ley que se reglamenta 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.

Se define dicha cuota como "cuota salud", la que estará asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluirá pagos por metas asistenciales de acuerdo con lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 9º.-A partir de la vigencia del presente Decreto la cuota salud que el Banco de Previsión Social pagará a todas las instituciones prestadoras de asistencia con las que haya contratado será uniforme y constará de dos componentes:

un componente cápita, que hace referencia al precio que se pagará por cada beneficiario/as según sus características de edad y sexo.

La estructura relativa de chapitas a aplicar, según diferentes tramos de edad y sexo, es la siguiente:

EDAD	HOMBRES	MUJERES
5 a 14	1,11	1,00
15 a 19	1,08	1,43
20 a 44	1,00	2,12
45 a 64	2,07	2,53
65 a 74	3,99	3,47
> 74	5,26	4,34

Se define como cápita base al valor monetario de la cuota correspondiente a los tramos de hombres entre 20 y 44 años, y mujeres entre 5 y 14 años. Dicho valor será de \$ 419.00 y se ajustará en las mismas fechas y condiciones que el resto de las cuotas del Sector.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

un componente metas, vinculado al cumplimiento de metas asistenciales.

La verificación de incumplimiento de éstas por el Ministerio de Salud Pública, determinará que, a partir de ese momento, se suspendan total o parcialmente los pagos por este componente. Dicho valor será de \$ 45.00 y se ajustará, por IPC, en las mismas fechas que la cápita base.

Artículo 10º.- Será condición necesaria para el cobro de las cuotas salud por parte de los prestadores la presentación ante el Banco de Previsión Social del certificado del SINADI que mensualmente emite el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 11º.-A los efectos de la aplicación de la Ley que se reglamenta los organismos públicos referidos en el Literal B) del artículo 2º deberán comunicar las altas y bajas de sus funcionarios y demás dependientes de acuerdo con lo dispuesto por el Decreto 40/998, en las condiciones reglamentarias dictadas por el Banco de Previsión Social. Igual obligación tendrán, a partir del momento de su incorporación, los organismos a que refiere el Art. 9º de la Ley que se reglamenta.

Artículo 12º.- Créase una Comisión de seguimiento del FONASA que se integrará con un representante del Ministerio de Salud Pública que la presidirá, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas y un representante del Banco de Previsión Social, así como un representante por

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, uno por la Administración de Servicios de Salud del Estado, uno por el PIT-CNT y uno por los pasivos.

Artículo 13º.- Los funcionarios de los organismos incorporados que se encuentren prestando servicios en comisión en otros organismos del Estado, al amparo de lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley N° 15.851 de 24 de diciembre de 1985, modificativas y concordantes, serán considerados beneficiarios del FONASA y por lo tanto tendrán los derechos asistenciales consagrados en el régimen que se reglamenta. Los funcionarios del resto de los organismos que integran el Presupuesto Nacional, que se encuentren prestando funciones en comisión en los organismos incorporados deberán continuar percibiendo la prestación asistencial en sus organismos de origen hasta su incorporación al presente régimen de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 9º de la Ley que se reglamenta.

Artículo 14º.- Las disposiciones de este Decreto entrarán en vigencia a partir del día primero de agosto de 2007.

Artículo 15º.- Comuníquese. Publíquese, etc.

Ley N° 18.131 del 18 de mayo de 2007

CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.- Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la [Ley N° 16.713](#), de 3 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 por el artículo 8º del [decreto-ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la [Ley N° 15.953](#), de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la [Ley N° 16.713](#), de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la [Ley N° 16.759](#), de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la [Ley N° 16.713](#), de 3 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 Adolescente del Uruguay.
- C) Las cuidadoras del Instituto del Niño y 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 tuvieron 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 Nacional de Salud 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 8º del [decreto-ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la [Ley N° 15.953](#), de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la [Ley N° 16.713](#), de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la [Ley N° 16.759](#), de 4 de julio de

1996, y por el artículo 187 de la [Ley N° 16.713](#), de 3 de setiembre de 1995, y de las 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 4°.- El aporte referido en el literal B) del artículo 3° de la presente ley, para los beneficiarios de los organismos públicos comprendidos en el artículo 2° de la presente ley, será inicialmente de cargo de Rentas Generales o de 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% (tres por ciento) será de cargo de Rentas Generales.

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

A efectos de hacer frente a las erogaciones que demanda el presente artículo, así como al aporte de cargo del empleador establecido en el literal C) del artículo 3°, la Contaduría General de la Nación realizará las trasposiciones y habilitaciones de créditos presupuestales necesarios en cada Inciso y unidad ejecutora.

Artículo 5°.- 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 o 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 2º 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 ASSE, 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 9°.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir a los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública, así como al Poder Judicial, en el régimen creado en la presente ley. La aportación progresiva hasta alcanzar el 3% (tres por ciento), establecida en el artículo 4° de la presente ley, no podrá significar reducción del salario líquido.

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

Artículo 10.- 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 11.- El que por 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 12.- El Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social (BPS) 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 BPS.

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

Artículo 14.- Derógase lo dispuesto por la [Ley N° 17.946](#), de 5 de enero de 2006, el artículo 14 de la [Ley N° 15.903](#), de 10 de noviembre de 1987, con la redacción dada por los artículos 11 de la [Ley N° 16.002](#), de 25 de noviembre de 1988, y 21 de la [Ley N° 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.

Ley N°18.211 del 13 de diciembre de 2007

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

**NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y
FINANCIACIÓN**

Artículo 11°.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.
- B) Las entidades a que refiere el artículo 265° de la [Ley N°17.930](#), de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12°.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13°.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el [artículo 23°](#) de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14°.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el [artículo 11°](#) de la presente ley, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del [artículo 5°](#) y en los [artículos 12°](#) y [13°](#) de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 22°.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265° de la [Ley N° 17.930](#), de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el [Capítulo VII](#) de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

- 1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y
- 2) aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del [artículo 28°](#) de la presente ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero-patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba

transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario.

Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

Artículo 45º.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los

cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Artículo 46.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

Artículo 55º.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Artículo 56°.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Artículo 57°.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el [artículo 60](#) de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatoria y gestión coactiva.

Artículo 58°.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 59°.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por [Ley N° 18.161](#), de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial", se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho

organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuestas en los incisos precedentes, así como el resultante del artículo 8° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de unidad ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 60°.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

- A) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- B) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- C) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- D) Aportes obligatorios de pasivos.

- E) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.
- F) El porcentaje previsto en el artículo 22° de la presente ley.
- G) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.
- H) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 61°.- El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337° y siguientes de la [Ley N° 16.320](#), de 1° de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90° de la [Ley N° 18.083](#), de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la [Ley N°18.131](#), de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la [Ley N°15.852](#), de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las [Leyes N°16.320](#), de 1° de noviembre de 1992, y [N°16.883](#), de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la [Ley N°16.883](#), de 10 de noviembre de 1997, aportarán el 45% (cuarenta y cinco por ciento) de la cuota mutual y aquellos que se encuentren en la situación a que refiere el [artículo 64°](#) de la presente ley, aportarán el 60% (sesenta por ciento) del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337° de la [Ley N°16.320](#), de 1° de noviembre de 1992.

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes ([Ley N°16.883](#), de 10 de noviembre de 1997, y [Ley N°18.083](#), de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

[Decreto-Ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, y en la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el [artículo 4°](#) de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o

mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 62°.- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los [artículos 61°](#) y [66°](#) de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y

Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el [artículo 61](#) de la presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

Artículo 63°.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1° de enero de 2008.

Artículo 64°.- Los aportes a que hacen referencia los [artículos 61°](#), [62°](#), [70°](#) y [71°](#) de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el [artículo 50](#) de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

Decreto CM/568 del 3 de octubre de 2008

Artículo 1º.- Apruébanse los Programas Integrales de Salud y el Catálogo de Prestaciones definidas por el MSP, que deberán brindar a sus usuarios los prestadores que integren el SNIS, contenidos en los Anexos I y II, que se agregan y forman parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2º.- Las prestaciones incluidas en los Anexos mencionados no darán derecho a los prestadores al cobro alguno a los usuarios del SNIS, amparados en el Seguro Nacional de Salud, a excepción de las tasas moderadoras que autorice el Poder Ejecutivo, de conformidad con el Artículo 19º de la Ley N°18.211 de 5 de diciembre de 2007.

ANEXO I

Programas Integrales de Prestaciones

1- De conformidad con lo dispuesto por el Literal E) del Artículo 5º y el Artículo 45º de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, el MSP ha aprobado los siguientes programas integrales de prestaciones:

Programa Nacional de Salud de la Niñez

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

Programa Nacional de Salud del Adolescente

Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor

Programa Nacional de Salud Bucal

Programa Nacional de Salud Mental

Programa Nacional de Discapacidad

Programa Prioritario de ITS-Sida

Programa Nacional de Nutrición

Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas

Programa Nacional para el control de tabaco

2- Los programas referidos incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo el acceso a la tecnología y medicamentos aprobados en el Formulario Terapéutico de Medicamentos.

3- Las entidades públicas y privadas que integren el SNIS, deberán brindar atención integral tomando como marco de referencia los contenidos específicos de los Programas antes referidos que el MSP ha publicado y colocado en su página web.

4- En el cumplimiento de las actividades de atención correspondientes a cada Programa, se hará especial énfasis en las vinculadas a la promoción de la salud.

ANEXO B

Composición del Subsector Privado de Salud en Uruguay

Seguros Privados

- MP
- BLUE CROSS & BLUE SHIELD DEL URUGUAY
- SUMMUM
- HOSPITAL BRITANICO
- SEGURO AMERICANO
- MEDICARE (COPAMHI)
- PRIMEDICA

IAMCs de Montevideo

- Asociación Española
- Asociación Mutualista Evangélica
- Casa de Galicia
- CASMU - Centro de Asistencia del Sindicato Medico del Uruguay
- CCOU - Circulo Católico de Obreros del Uruguay
- CUDAM - Centro Uruguayo de Asistencia Medica
- COSEM

-GREMCA

-IMPASA

-MUCAM - Medica Uruguaya

-SMI - Servicio Medico Integral

-MUTUALISTA UNIVERSAL

IAMCs del Interior por Departamento

Artigas

-GREMEDA - Gremial Medica Artiguense

Canelones

-CAAMEPA - Cooperativa Asistencia Agrupación Médicos de Pando

-CRAMI - Cooperativa Regional de Asistencia Medica Integral

-COMECA - Cooperativa Médica de Canelones

Cerro Largo

-CAMCEL - Cooperativa de Asistencia Médica de Cerro Largo

-COMECCEL - Cooperativa Medica de Cerro Largo

Colonia

-ORAMECO - Organización Asistencia Médica Cooperativa de Colonia

-CAMEC - Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia

-CAMOC

Durazno

-CAMEDUR - Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno

Flores

-COMEFLO - Cooperativa Médica de Flores

Florida

-COMEF - Cooperativa Médica de Florida

Lavalleja

-CAMDEL - Cooperativa Asistencial Médica de Lavalleja

Maldonado

-AMECOM - Asistencia Médica Cooperativa de Maldonado

-CRAME - Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este

Paysandú

-COMEPA - Corporación Médica de Paysandú

Río Negro

-AMEDRIN - Asociación Médica de Río Negro Cooperativa

-CAMY

Rivera

-CASMER

-COMERI

Rocha

-COMERO - Cooperativa Médica de Rocha

Salto

-SOCIEDAD MÉDICA QUIRURGICA DE SALTO

San José

-ASOCIACION MÉDICA DE SAN JOSE

Soriano

-CAMS - Cooperativa de Asistencia Médica de Soriano

-UMERCO

Tacuarembó

-COMTA

Treinta y Tres

-COMETT

-IAC

ANEXO C

Tabla de Abreviaturas

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPC	Bases de Prestación y Contribución
BPS	Banco de Previsión Social
DNSFFAA	Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas
DNSP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
MP	Medicina Personalizada
MSP	Ministerio de Salud Pública
Seguros Integrales	Seguros Integrales Privados de Salud
Seguros Privados	Seguros Integrales Privados de Salud, Seguros Parciales de Salud y Otros Seguros Particulares de Salud
SEMM	Servicio de Emergencia Médico Móvil
SEUM	Servicio de Emergencias con Unidades Móviles
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UCM	Unidad Coronaria Móvil

ANEXO D

Cuestionario

PLANES

¿Cuáles son?

¿Qué servicios brindan cada plan?

¿Qué porcentaje representa cada plan?

¿Cuáles son los servicios más utilizados? (internación, etc.)

¿Hay nuevos planes por la reforma? ¿Cuáles?

AFILIADOS

¿La variación en el número de afiliados se vio afectada por la reforma? ¿En qué porcentaje?

¿Cuanto representan los afiliados por el FONASA en el total y cuantos de los antiguos afiliados pasaron a estar afiliados por el FONASA?

¿Cual es su índice de envejecimiento? ¿Se modificó por la reforma?

¿Varió el nivel socioeconómico de los usuarios? ¿En que sentido?

¿En cual servicio ingresaron los afiliados del FONASA?

INGRESOS

¿Cómo se estructuran los ingresos? (cuanto FONASA y cuanto particular)

¿Representa alguna ventaja la nueva estructura ingresos? ¿Por qué?

¿Qué porcentaje corresponde a cada plan?

¿Aumentó el nivel de ingreso a causa de la reforma? ¿Cuánto?

COSTOS

¿Varió proporcionalmente el nivel de utilización de los servicios en relación al número de afiliados?

¿Qué servicios son menos rentables?

INFRAESTRUCTURA

¿Fue necesaria la contratación de más personal médico y no médico?

¿Aumentó el nivel de inversión edilicia y de equipamiento desde el inicio de la reforma?

¿Prevén realizar inversiones por el nuevo sistema? ¿Cuáles?

RENTABILIDAD

¿Mejóro la rentabilidad de la empresa por la reforma? ¿Por qué?

¿Prevén un mayor crecimiento de los seguros privados por la reforma? ¿Por qué?

ANEXO E

Entrevista realizada al Gerente de Administración y Finanzas de MP

Cr. Jorge Ferraguz el día 31 de Agosto de 2009

Les respondo en general sobre la reforma ya que alguna información que me consultan es confidencial.

Lo principal es que los seguros se integran de manera especial al FONASA. Si bien se obligan a determinadas prestaciones y metas a cumplir rige en toda su vigencia el principio de la libre contratación entre la empresa y el afiliado.

Vale aclarar que los planes que brindan los seguros son todos planes de cobertura integral que en general se diferencian unos de otros por servicios opcionales como asistencia en el exterior o el no pago de ordenes para consultas y exámenes.

Por lo tanto salvo para los niños nacidos de madres socias afiliadas por el FONASA todo los otros ingresos a los seguros pasan por aprobaciones de juntas médicas, realización de exámenes de ingresos o simples declaraciones juradas dependiendo del plan al que apliquen, de la edad de la persona o del colectivo al cual pertenezca.

Entonces en general la integración al FONASA es un beneficio para el afiliado que puede recibir del fondo una devolución de lo que paga al seguro

equivalente a la capita definida para su sexo y rango de edad (siempre y cuando además le alcancen los aportes vertidos al FONASA).

Casi un 30% de los afiliados reciben por lo menos parcialmente estos reintegros que se restan de su factura con unos 90 días de atraso con respecto a la fecha en que se le retuvo su aporte.

Sin embargo ese importe no llega al 30% del valor de sus cuotas contratadas con los seguros.

Por lo tanto tampoco se han incorporado mas personas a los seguros por contar con el beneficio de poder descontar algo de la cuota.

Así lo muestra el crecimiento de los seguros en el último año que sigue tendencias históricas previas a la reforma de la salud.

En cuanto a los nuevos ingresos también un porcentaje menor al 30% tiene derechos por el FONASA por lo que tampoco a cambiado el perfil de los afiliados de los seguros ni su comportamiento en cuanto a la utilización de servicios.

Las infraestructuras de los seguros se continúan ampliando así como la contratación de profesionales de la salud debido al crecimiento natural (aprox.5% anual).

En los primeros meses de aplicación de la reforma se vio una baja de afiliados menores de edad que ahora podrían ser cubiertos sin aportación del bolsillo de sus padres en el sistema mutual.

En resumen entonces para los seguros es inexistente la financiación por parte del sistema. Lo que se recibe se devuelve a los afiliados y eso ha sido quizás importante para que algunos afiliados que sufrieron en más alta medida los incrementos de aportes al FONASA y el alza del pago de impuestos por el IRPF pudieran seguir pagando de su bolsillo sus servicios privados de salud.

Entrevista realizada al Gerente de Administración y Finanzas de MP

Cr. Jorge Ferraguz el día 29 de Octubre de 2009

Sobre el punto en que se entiende que los seguros se integran al SNIS: particularmente en el artículo 22° se incorpora bajo un régimen de excepción a los Seguros Privados de Salud obteniendo algunos beneficios, pero sin tener las mismas obligaciones que los demás prestadores del sistema.

En realidad quienes obtienen algún beneficio son los afiliados de los seguros que están aportando al FONASA y en cuanto a las obligaciones si existen obligaciones en cuanto a las prestaciones que se deben otorgar a los afiliados beneficiarios del FONASA y que se reflejan en un contrato que hay entre los seguros y la junta nacional de salud, así como hay uno con las mutualistas. En general las diferencias no se encuentran en las prestaciones o la accesibilidad sino básicamente en el tema de la obligatoriedad de ingresar o no.

Entrevista realizada al Gerente de Administración y Finanzas de MP Cr.

Jorge Ferraguz el día 24 de Noviembre de 2009

- Visto que el sector de los Seguros Integrales no creció considerablemente a partir de la reforma, es decir, no captó muchos usuarios de las IAMCs a pesar de los reintegros.

¿Los Seguros o MP en particular, hicieron propaganda masiva para captar más afiliados? ¿Estaban interesados en tener un gran incremento en el número de afiliados? ¿Tenían la infraestructura necesaria para hacer frente a ese gran crecimiento? ¿O prefirieron seguir con el nicho ya conseguido y mantener la población de mayor poder adquisitivo?

- Ningún Seguro publicitó el hecho de poder afiliarse ahora con algún tipo de deducción por parte del FONASA, de hecho como te comenté el importe de la cápita es bajo.

Además en vista de la disolución de las cajas de auxilio todos están buscando más el cliente individual que el corporativo que no paga de su bolsillo la cuota.

Que yo conozca además del Británico que tiene infraestructura propia y la ha incrementado nosotros somos si inauguramos una clínica nueva en carrasco lo que nos da posibilidades de incrementar la cantidad de afiliados entre un 25% y un 30%.

**Entrevista realizada al Dr. Diego Estol - Médico del Hospital Británico -
el día 20 de Noviembre de 2009**

- ¿A los Seguros Integrales les sirvió su inclusión en el SNIS?

- Yo trabajé toda la vida en la actividad Pública, soy un gran defensor de las estructuras públicas. Porque tienen un rol estratégico, un rol importante.

En el año 1985 yo estaba en Inglaterra y me convoca el Ministro de Salud Pública en ese momento el Dr. Duarte para implementar un Sistema Nacional de Salud que era más duro y más profundo que el que actualmente se está implementando. Por la situación política no se llevó a cabo.

Entonces yo soy defensor de lo público pero siempre debes tener como espejo, como comparativo, algo, una parte, eso cada país o sociedad lo define, una estructura privada que obligue en un escenario de competencia leal y franca, a mejorar los procedimientos y tareas internas de atención.

- ¿O sea que no sea solo Público, que no exista monopolio Público?

- Claro que no exista un monopolio público... tratar de generar en la cultura Pública una Gestión más moderna...

Definiendo un poco el concepto del Seguro Nacional de Salud, justamente los países que están avanzando en el mundo, que tienen un Sistema Nacional de Salud, caso de Inglaterra por ejemplo, han visto y han laudado tanto los partidos de izquierda y de derecha, un concepto de que el sistema

La inserción de los seguros privados de salud en el SNIS. Financiamiento e impacto

de salud es el dinero que la sociedad inglesa está dispuesta a gastar en salud, con una cobertura integral, pero le agregan ahora un concepto nuevo de los Trust, los Fideicomisos para hacer alianzas Públicas – privadas, para la prestación de los de una manera eficiente, yo creo que por ahí va a ir el camino.

Dicho todo esto, para los Seguros Integrales ¿Qué le implicaba el SNIS? Primero una alerta, en cuanto van a tener que acomodarse a un nuevo Sistema de prestación.

Por otro lado es que para existir como Seguro Privado de prestación tiene que ir a coberturas integrales que antiguamente no lo eran, ya no era buscar solamente nichos que le interesen del punto de vista comercial, sino que te obliga a dar cobertura integral, tiene que cubrir áreas que históricamente no cubría, que teóricamente son las menos redituables.

Todos los Seguros se llaman Integrales de Prestación, pero hay que diferenciar, unos son intermediadores en cierta medida, ya que contratan con otros Seguros, o tienen una prima de seguro contigo pero no te prestan el servicio sino que contratan a otro Seguro...

MP, Medicare, Hospital Británico y Seguro Americano son Seguros Integrales reales.