

Montevideo, 2 de Agosto de 2017

**Sr. Ministro de Salud Pública**  
**Dr. Jorge Basso**  
**Presente**

De nuestra mayor consideración:

En los primeros meses del año tomaron estado público maniobras de presunta implicancia delictiva, referentes a creación y registro de empresas ficticias, realización de afiliaciones fraudulentas y pago indebido de prestaciones por parte del Banco de Previsión Social.

Sin perjuicio de indicar que las situaciones denunciadas responden a un problema estructural del sistema y a sus formas de control, la Asamblea de IAMC de Montevideo y FEPREMI han entendido conveniente analizar los procedimientos de afiliación de usuarios al Seguro Nacional de Salud actualmente vigente, constatando una serie de aspectos inadecuados, que en muchos casos se arrastran desde largo tiempo sin haberse encausado satisfactoriamente.

A partir de dicho análisis, realizado con el aporte de la amplia mayoría de las instituciones del sector y con participación de un equipo técnico multidisciplinario, presentamos ante Ud. una serie de propuestas que procuran mejorar la eficiencia y transparencia de los procedimientos de afiliación al Seguro Nacional de Salud, coadyuvando a un mejor aprovechamiento de los recursos del FONASA.

Las Instituciones por nosotros representadas, entienden que tanto las medidas propuestas, como todas aquellas que se adopten por parte del Estado, deben asegurar la libre elección y la decisión informada de los usuarios, así como los derechos de los prestadores.

Hacemos propicia la oportunidad para saludar al Sr. Ministro con nuestra consideración más distinguida;

**por CIES**

**por FEPREMI**

**por Plenario IAMC**

**por MUCAM**

## PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE AFILIACION AL SEGURO NACIONAL DE SALUD

### I. INCORPORACION DE USUARIOS AL SEGURO NACIONAL DE SALUD

- 1- Que el trabajador adquirirá la cobertura del Seguro Nacional de Salud en forma inmediata a su incorporación a la nómina del empleador, siendo afiliado de oficio por el BPS al prestador integral en el que hubiere registrado su última afiliación anterior, en cualquier categoría. Que a partir de la fecha referida, el trabajador dispondrá de un plazo de 30 días durante el cual podrá optar por cambiar de prestador integral. Una vez vencido dicho plazo, haya usufructuado o no del derecho de cambiar de prestador, el trabajador quedará incorporado al régimen general de movilidad regulada.  
Si el trabajador ingresa por primera vez al Seguro Nacional de Salud, la JUNASA instrumentará los mecanismos para que el afiliado ejerza su derecho opción en cualquiera de los Prestadores incorporados al SNS en el departamento donde se domicilia.
- 2- Que se establezca la obligatoriedad para las IAMC de tramitar las afiliaciones por parte de los trabajadores exclusivamente en forma personal con la intervención de funcionarios acreditados y dependientes de la IAMC elegida, registrando la misma en formularios numerados aprobados y suministrados por la JUNASA.
- 3- Que se establezca la obligatoriedad para las IAMC de dejar constancia en el formulario de afiliación del nombre y firma de todos los funcionarios intervinientes en dicho trámite así como la declaración por parte del usuario de no haber recibido incentivo de ninguna especie para su afiliación.
- 4- Que se establezca la obligatoriedad para los beneficiarios de efectuar su afiliación dentro de los 30 días de adquirido tal derecho en el prestador de su elección, haciendo responsable al empleador de exigir la constancia de afiliación correspondiente al cabo de dicho plazo<sup>123</sup>

---

<sup>1</sup> ANTECEDENTE. La propuesta no es novedosa y recoge lo consignado en el TEXTO ORDENADO BPS CORREGIDO 2012. (Título III – Cap. I Seguros Sociales por Enfermedad) Artículo 56.2. “Los empleados y obreros incluidos en los Seguros Sociales por Enfermedad estarán obligados a optar por una de las I.A.M.C. contratadas por el Banco de Previsión Social en un plazo de 10 (diez) días hábiles a partir de la fecha de ingreso o reintegro a la actividad, salvo que ya se encuentren amparados a otros regímenes públicos o privados que aseguren la cobertura asistencial en un nivel no inferior al que tendrían derecho por el Seguro de Enfermedad administrado por el Banco de Previsión Social. De no hacerlo, podrán ser considerados incurso en la causal de pérdida de sus derechos al subsidio por enfermedad establecida en el numeral 1o. del artículo 31 del decreto ley 14.407 de 22 de julio de 1975. Además, se considerará requisito necesario para gestionar el beneficio de la asignación familiar servido por el Banco de Previsión Social, la presentación Banco de Previsión Social de documentación fehaciente que acredite la afiliación del trabajador a esa I.A.M.C. o a otra entidad que asegure similar nivel de cobertura. Fuente: Art.50 Dec.457/988 de 12.07.88. Ref.: Art.31 Decreto - Ley 14.407 de 22.07.75, ver Artículo 73 T.O. Activos.

- 5- Que se suprima la potestad del BPS de realizar afiliaciones de oficio, salvo las reincorporaciones de usuarios que deberán ser dados de alta de forma automática en el último prestador en que hubiera estado registrado.
- 6- Que las afiliaciones por poder de usuarios imposibilitados de trasladarse se realice exclusivamente por Poder Notarial en que el apoderado no pueda representar a más de una persona o familiares directos.
- 7- Que la JUNASA y el BPS otorguen amplia difusión:
  - a. De las sedes con que cuentan los prestadores en cada Departamento.
  - b. De los derechos y condiciones de afiliación de cada colectivo (trabajadores, familiares, pasivos, etc.)
  - c. De la Cartilla de Derechos y Deberes de los Usuarios.
- 8- A efectos de regular la afiliación de personas que cursando enfermedades severas o habiendo sido víctimas de accidentes graves sean irregularmente inscriptas como trabajadores ante el BPS se propone:
  - a. Que se otorgue a las instituciones la potestad de solicitar como requisito habilitante para tramitar la afiliación de un trabajador la presentación del carné de salud vigente u otro medio que acredite que el postulante se encuentra en aptitud física y/o psíquica al momento de la afiliación, pudiendo dejar en suspenso o rechazar la misma hasta tanto se satisfaga el requisito antedicho<sup>4</sup>.
  - b. Que se establezca un procedimiento simplificado para que las instituciones puedan denunciar ante la JUNASA afiliaciones irregulares, con la posibilidad de participación del denunciante en la tramitación de la denuncia.
  - c. Que la eventual denuncia deje en suspenso la presunta afiliación irregular hasta su dilucidación;
  - d. Que la cobertura asistencial de urgencia o emergencia de dichos usuarios sea asumida por la JUNASA según aranceles pre-establecidos, quién podrá reclamar el costo de la misma al empleador que lo registró fraudulentamente y al propio supuesto trabajador, en forma solidaria<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> En igual sentido, el Artículo 56.3 del mismo TEXTO ORDENADO, prevé: *“Los empleados y obreros incluidos en los Seguros Sociales por Enfermedad están obligados a optar por alguna de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, contratada por el Banco de Previsión Social, en un plazo de diez días hábiles contados a partir de la fecha de ingreso o reintegro a la empresa o actividad amparada. Los plazos para los trabajadores y empresas rurales, serán de noventa y ciento veinte días, respectivamente”*. Fuente: Art.8º Dec.65/992 de 13.02.92; sin su Inc.2º derogado por art.7º Dec.179/993 de 16.04.93.

<sup>3</sup> TEXTO ORDENADO DEL BPS - Artículo 56.4. *“Las empresas incluidas en los Seguros Sociales por Enfermedad, serán civilmente responsables por la no afiliación de sus trabajadores a alguna institución de Asistencia Médica Colectiva en el plazo establecido en el artículo 8º del presente decreto”*. Fuente: Art.9º Dec.65/992 de 13.02.92.

<sup>4</sup> Artículo 12 Todos los asegurados en la presente ley deberán tener carné de salud en la forma y condiciones que establezca la reglamentación. (\*)

<sup>5</sup> TEXTO ORDENADO DEL BPS - Artículo 56.4. *“Las empresas incluidas en los Seguros Sociales por Enfermedad, serán civilmente responsables por la no afiliación de sus trabajadores a alguna institución de Asistencia Médica Colectiva en el plazo establecido en el artículo 8º del presente decreto”*. Fuente: Art.9º Dec.65/992 de 13.02.92.

## **II. MOVILIDAD DE USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD**

El régimen actualmente vigente que regula la movilidad en el Seguro Nacional de Salud, compatibiliza el derecho a la libre elección de prestador por los usuarios y la conveniente estabilidad de las instituciones.

Asegurar el mantenimiento de una relación estable con la Institución prestadora genera beneficios asistenciales para los usuarios al permitir la continuidad asistencial, a la vez que resulta funcional y necesaria para la aplicación de programas de educación y promoción de la salud. Correlativamente, se reduce el riesgo de movimientos masivos de usuarios que pueden desestabilizar la economía y el funcionamiento de las Instituciones.

En dicho marco de libertad de elección, las instituciones consideran un ***derecho legítimo el difundir y publicitar los servicios que brindan***, informando genuina y adecuadamente a los usuarios de sus beneficios, con el objetivo de conservar o incrementar razonablemente su padrón de afiliados de acuerdo a su infraestructura y recursos asistenciales disponibles asegurando un equilibrio sustentable.

En función de lo señalado, resulta conveniente ***mantener los actuales períodos anuales de movilidad regulada*** hasta tanto se evalúe la aplicación de las medidas propuestas, sin perjuicio de lo cual se propone subsanar situaciones irregulares en materia de ***bajas retroactivas y requisitos para el cambio de prestador***, que actualmente afectan la actividad de los prestadores integrales:

### **II.1. BAJAS RETROACTIVAS DE USUARIOS.**

El sistema de comunicación de bajas actualmente vigente (comunicación tardía de y con efecto retroactivo de las bajas de usuarios cubiertos por el FONASA) implica que las Instituciones que integran el SNS continúen brindando temporalmente cobertura a un número indeterminado de personas que en puridad carecen del derecho respectivo, por haber cesado en la condición que los califica como beneficiarios del sistema. En este orden, se propone:

- A) Disponer que el BPS comunique a las IAMC dichas bajas dentro de un plazo máximo de 5 días, especificando los motivos de la misma y el destino del beneficiario.
- B) Habilitar el reintegro por parte de la JUNASA de los costos de la asistencia brindada a beneficiarios que sean dados de baja en forma retroactiva, según aranceles establecidos.

## **II.2 CONDICIONES PARA PROCEDER AL CAMBIO DE PRESTADOR.**

- A) USUARIOS CON ADEUDOS.** Disponer que el cambio de prestador por cualquier causal, de un usuario que mantenga deudas impagas con el prestador anterior por cualquier concepto, será dejado en suspenso hasta la cancelación efectiva de las mismas.
- B) CAMBIOS DE PRESTADOR INTEGRAL.** Establecer que el cambio desde y hacia un Seguro Integral, una IAMC o ASSE sólo pueda realizarse en los períodos de movilidad regulada o por causal de insatisfacción asistencial o cambio de domicilio confirmado, el que podrá tramitarse en cualquier momento.

## **III -CONSIDERACIONES SOBRE EL DELITO DE INTERMECIACION LUCRATIVA.**

Finalmente se señala la conveniencia al sistema todo, en extender las sanciones penales por la comisión de actos de intermediación lucrativa a las personas que en calidad de usuarios perciban para sí o para terceros, beneficios económicos por dichos actos.