Breve crónica de la cobertura de salud en Uruguay.

Investigación y redacción Dr. Gustavo Mieres

1. Introducción

El objetivo de este documento es describir de forma somera la evolución del sistema de salud del Uruguay desde sus orígenes hasta la actualidad. Para ello se pone el foco en el proceso que siguieron los distintos esquemas de aseguramiento y provisión de servicios que se implementaron a lo largo de los años y que condicionaron la conformación del sistema hasta su configuración actual. Se destaca en este sentido, el rol de la seguridad social - de alguna forma presente desde el comienzo a través de iniciativas privadas de tipo mutual - y su progresiva predominancia como modelo de cobertura sanitaria y consecuentemente, la regulación creciente del sistema y su impacto en la gestión de las instituciones privadas de prepago.

El trabajo intenta además, sistematizar algunos datos referidos a los años de creación y desaparición de instituciones que han formado parte del sistema.

2. Encuadre

Tradicionalmente se suele categorizar a los sistemas de salud según su mecanismo de cobertura y forma de financiamiento en dos tipos: el modelo de seguro público financiado con contribuciones a la seguridad social (modelo Bismarck) y el modelo universalista público financiado con impuestos generales (modelo Beveridge). En la actualidad es difícil encontrar un sistema que encuadre de manera perfecta en alguno de estos dos modelos. No obstante, en contrapartida, en muchos casos es fácil reconocer la mayor predominancia de uno u otro o aun en otros sistemas en razón de su propia historia, su evidente conformación dentro del marco de un modelo en particular como consecuencia de una decisión política explícita y concreta que privilegió la adopción de uno de ellos. Tales los casos de Gran Bretaña y Alemania, ejemplos paradigmáticos de los dos modelos mencionados por ser sus respectivos países de origen, o los casos de España y Francia.

En Gran Bretaña a inicios del siglo XX en 1911, se instrumentó un seguro social de salud principalmente para los trabajadores de la industria cuyas condiciones laborales eran notoriamente precarias. En 1948 en el contexto especialmente complejo del período de posguerra, signado por fuertes carencias y restricciones y una sensibilidad particular que propiciaba el desarrollo del “estado de bienestar”, se crea el Sistema Nacional de Salud (National Health Service – NHS) incidido fuertemente por las concepciones presentadas en el informe realizado en 1942 por el político y economista William Henry Beveridge, “Social Insurance and Allied Services” (conocido como "Primer informe Beveridge"). De esta manera el sistema británico abandonó su incipiente modelo basado en la seguridad social y pasó a ser el ejemplo más acabado de sistema público de cobertura universal sustentado en impuestos generales. Desde entonces el NHS se convirtió en el referente de este esquema de protección social en salud.

En Alemania durante el gobierno de Otto Von Bismarck en el último cuarto del siglo XIX se implementó un sistema de seguridad social pionero en su época, con la creación de un seguro de enfermedad en 1883 al que siguieron uno de accidentes de trabajo en 1884 y otro de invalidez y vejez en 1889. El primero de ellos en esencia ha sido una constante a lo largo del tiempo más allá de los avatares políticos y sociales que atravesó este país desde entonces hasta ahora, sobre todo durante el siglo XX. Así como el NHS inglés es la referencia del modelo Beveridge, el alemán lo es en relación al modelo de cobertura a través de la seguridad social.

En España el modelo de cobertura y financiamiento de la salud estuvo desde finales del siglo XIX, vinculado a la seguridad social. En las primeras décadas del XX y aún durante la dictadura franquista se mantuvo la cobertura a través de este mecanismo. La promulgación de la Constitución de 1978 a la salida de la dictadura, significó en este campo la consagración del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, lo que propició la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 que mantuvo el esquema de aseguramiento pero habilitó el financiamiento del sistema sanitario a partir de recursos presupuestales del Estado. En 1994 a partir del aumento creciente del gasto sanitario se puso en cuestión la sostenibilidad del sistema de seguridad social y en función de ello en 1995 se dispuso que el financiamiento del sistema sanitario se basara en impuestos generales virando de manera definitivamente hacia el modelo Beveridge.

El modelo francés también sufrió un cambio significativo luego de la Segunda Guerra Mundial. Hasta ese entonces la cobertura sanitaria de la mayoría de la población se hacía a través de entidades mutuales financiadas por prepagos de los beneficiarios. En 1945 se crea el seguro social de salud para la cobertura de los trabajadores y sus familias como parte del sistema de seguridad social. En etapas posteriores el alcance de este seguro se fue ampliando hasta hacerse prácticamente universal.

Puede resultar obvio pero cabe mencionar que el análisis de cualquier sistema de salud y el caso uruguayo naturalmente no es la excepción, no puede prescindir de la consideración de sus condicionantes históricos.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que el sistema sanitario de Uruguay se fue conformando de una manera que podría definirse como aluvional en virtud de un proceso signado por decisiones que fueron dando forma a diferentes modelos de cobertura muchos de los cuales conviven en la actual configuración del sistema.

No hubo a lo largo de este prolongado proceso una decisión política expresa que pueda identificarse como un punto de inflexión o un cambio de rumbo determinante para dirigir el sistema hacia un modelo en particular.

En este documento se pretende reseñar la evolución del sistema de salud a fin de poner de relieve como se fue desarrollando y consolidando el modelo basado en la seguridad social hasta convertirse en el principal y casi único esquema de cobertura de los afiliados a las instituciones de FEPREMI.

3. Los inmigrantes y el inicio del sistema de salud en Uruguay

Hablar del origen del sistema de salud en Uruguay implica a veces un intento bastante inútil por identificar un hecho histórico relevante que pueda considerarse como su piedra angular. El proceso de conformación está íntimamente asociado y fuertemente condicionado por la evolución social, económica, política y demográfica de su sociedad y de su institucionalidad.

Desde finales de siglo XVIII en la época de la colonia hasta mediados del siglo XIX con el fin de la Guerra Grande se establecieron precarios esquemas de atención médica que difícilmente puedan representar el inicio del sistema. Los hechos políticos, militares, sociales y económicos de estas etapas que incluyen el complejo proceso que culminó con el establecimiento formal del Uruguay como país independiente y las guerras civiles que caracterizaron los años siguientes con un estado débil y en construcción, hicieron que naturalmente la salud no fuera ni por asomo una prioridad política más allá de la atención de los heridos de guerra.

Es ya un lugar común señalar la fundación del Hospital de Caridad en 1788 como el punto de arranque del sistema de salud. Sin embargo, esto es cuestionable porque se trató de un hecho aislado que no se enmarcó en un proyecto orientado a sentar unas mínimas bases para la atención médica de la población. Se trató de una iniciativa privada puntual asentada en la concepción de la caridad y la beneficencia típica de esa época, dirigida a la atención de los más pobres (I).

Recién en el año 1889 se puede advertir el inicio de un tímido y precario proyecto de asistencia pública cuando se crea la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública (Ley Nº 2.059) y se pone bajo su administración a los hospitales de caridad existentes hasta ese momento, incluido por supuesto el Hospital de Caridad de Montevideo al que se le da además carácter nacional. Para cuando esto sucedía las asociaciones de ayuda mutua estaban en pleno desarrollo y ya tenían recorrido un buen tramo, algunas de ellas con varios años de existencia.

Como se dijo, los acontecimientos que van de 1810 a 1830 (guerras de independencia, fin de la colonia española, ocupación portuguesa y luego brasileña, recuperación de la Banda Oriental para las Provincias Unidas del Río de la Plata, confrontación entre éstas y el Brasil y proceso de negociación mediado por Gran Bretaña para poner fin a este conflicto) culminan con la creación de la República Oriental. Se trata de un Estado sumamente débil que atraviesa luego de su constitución un período prolongado de guerras civiles que llegaron incluso a involucrar a otros países y potencias como fue el caso de la Guerra Grande. A consecuencia de esta llegaron al país, particularmente a Montevideo, contingentes de extranjeros que se sumaron a los que lo habían hecho anteriormente y que incidirían más adelante en la conformación del sistema de salud. A lo largo de todo este tiempo el Hospital de Caridad mantuvo su actividad en convivencia con los llamados “hospitales de sangre” instalados de forma coyuntural sobre todo durante el sitio de

(I) En 1778 Mateo Vidal presenta una iniciativa al Cabildo de Montevideo para la construcción de un hospital para la atención de las personas sin recursos. Diez años después se inaugura el Hospital de Caridad que puede considerarse el primer hospital destinado a la población civil. El hospital es financiado y administrado por una organización privada, la Hermandad “Cofradía del Señor, San José y Caridad”. Francisco Antonio Maciel que también fue parte de la iniciativa junto con Vidal fue un decisivo agente financiador del proyecto y del posterior funcionamiento del hospital lo que llevó a que se lo llamara en la época “el padre de los pobres” y a que en 1911 se le pusiera su nombre al establecimiento. Paradójicamente y como un signo de su tiempo una de las actividades económicas de Maciel era el tráfico de esclavos.

Montevideo del mencionado conflicto bélico. Como luego se verá no hubo un hospital específicamente destinado a la atención del personal militar hasta inicios del siglo XX.

Es importante considerar los flujos inmigratorios que se produjeron sobre todo de 1830 en adelante en los que predominaron los contingentes venidos de Europa que crearon principalmente de 1850 en adelante, una forma de protección social que incluía la atención médica y que fue determinante en la configuración del sistema de salud.

Según Porzecanski (**1**) desde 1835 comenzaron a llegar españoles de Galicia, País Vasco, Navarra e Islas Canarias. A estos se agregaron entre 1837 y 1842, franceses sobre todo de lo que se denomina País Vasco Francés (zona de Aquitania). Estos contingentes migraron por razones económicas y se instalaron sobre todo en Montevideo. Otro contingente de franceses que también se afincó en la capital durante la Guerra Grande lo hizo por motivos comerciales o militares. Iguales razones hicieron que un importante conjunto de italianos llegaran a Montevideo en esos años. Al final del conflicto dos tercios de la población de Montevideo era extranjera.

Según la autora mencionada a partir de 1852 y hasta 1870 se producen distintas oleadas migratorias: llegan brasileños (que constituyen el grupo mayoritario sobre todo en el Interior del país), y desde Europa lo hacen españoles e italianos que se establecen en Montevideo o en sus alrededores. También llegan suizos (1860) y piamonteses (1870) que dan lugar a Nueva Helvecia y Colonia Valdense respectivamente. Los italianos provenientes sobre todo del sur de la península arriban fundamentalmente en la década del 60 del siglo XIX y entre 1880 y 1890. En este período lo hacen también nuevamente españoles provenientes de las mismas zonas que en las migraciones de años anteriores.

Entre 1852 y 1889 la población de la capital se multiplicó por seis y por algo más de cuatro en todo el país. El censo de 1884 mostró que 44% de la población de Montevideo que ascendía a 164.000 habitantes, era extranjera (alrededor de 73.000 personas) y que vivían en la Capital 33.000 italianos y 22.000 españoles (**2**). Vivían en el país un total de 560.000 personas de las cuales se estima que un tercio eran extranjeras (dato de 1860) (**3**).

A partir de entonces hubo otras oleadas migratorias. Nuevamente según Porzecanski en el período anterior inmediato a la Primera Guerra Mundial entre 1905 y 1914 llegaron campesinos yugoslavos y rusos (estos fundan San Javier en 1913), obreros polacos, turcos e inmigrantes judíos de Europa Oriental. En el período de entreguerras (1919 – 1939) llegaron nuevos contingentes de españoles e italianos y se sumaron turcos, armenios, sirios y libaneses. Por último, se estima que entre 1945 y 1958 llegaron al país alrededor de 30.000 españoles (**4**).

Sin embargo, desde que se tienen registros confiables (de 1895 en adelante) los inmigrantes fueron en términos relativos de escasa importancia cuantitativa en el crecimiento total de la población la que se hizo a expensas sobre todo del crecimiento vegetativo (época de alta natalidad). Uruguay tuvo dificultades para retener una proporción importante de las personas que llegaban desde otros países y fue para muchos de ellos una primera escala antes de asentarse principalmente en Argentina y particularmente en Buenos Aires (**5**). En este sentido debe tenerse en cuenta que en los 111 años que van de 1821 a 1932 se calcula que migraron de

Europa hacia América Latina alrededor de 12.000.000 de personas, de las cuáles se estima que solo 6% (720.000) lo hizo a Uruguay (**6**).

Aguiar conjetura además, que con anterioridad a 1850 es probable que la participación de la inmigración en el crecimiento poblacional haya sido mayor, sobre todo por el ingreso de guaraníes, brasileños o portugueses y sobre todo africanos y afroamericanos. En relación a este último contingente Pellegrino señala que se estima en 60.000 la cantidad de personas traídas al Río de la Plata entre 1777 y 1812 (**7**).

No obstante lo señalado respecto a la cantidad relativa de inmigrantes, su impacto en la sociedad uruguaya en términos cualitativos fue innegable y en el caso del sistema de salud su influencia fue incontrastable.

Como ya se mencionó en el siglo XIX la protección social del Estado era prácticamente nula y la atención médica quedaba sujeta a las posibilidades económicas de las personas (y también hay que decirlo, a las escasas herramientas terapéuticas de la época) y en Montevideo a la atención en el hospital de caridad para quienes tenían una pobreza notoria.

En este contexto a solo dos años de finalizada la Guerra Grande se inicia el proceso de instalación y desarrollo de las sociedades mutuales conformadas en torno a las colectividades de inmigrantes organizadas según su país de origen. Estas sociedades en las que al principio la atención médica era sólo una de las contingencias cubiertas por su esquema de protección social representan verdaderos “protoseguros” de enfermedad.

La situación de vulnerabilidad a la que se exponen las personas cuando cursan un evento de enfermedad por ver comprometida su autonomía y aún su dignidad, y el riesgo financiero que significa asumir el costo de su atención médica que puede incluso implicar un desastre económico para ellas y sus familias, configuran las dos circunstancias que dan fundamento a la implementación de mecanismos de protección social que se traducen en esquemas de aseguramiento (protección financiera) y provisión de servicios (restablecimiento de la salud). Se trata de proteger a las personas del desastre económico que puede significar asumir los gastos de la atención médica mediante la conformación de un fondo a partir de los aportes de todos los asegurados, destinado a financiar y contratar los servicios médicos adecuados a sus necesidades y restablecer llegado el caso de requerirlos, su salud y su autonomía o al menos minimizar el impacto de su enfermedad.

Este esquema que puede ser muy obvio en la actualidad y que está en la base de cualquier seguro de salud, fue también el fundamento que animó la constitución de las sociedades mutuales para la protección de la salud de sus asociados.

El hecho de que las mutualidades fueran organizaciones privadas no obsta para que se las reconozcan como los primeros seguros sociales de enfermedad sobre todo por el concepto de ayuda mutua sobre el que se asentaban. Por tanto, se las puede considerar como las iniciadoras del proceso de estructuración del sistema basado en este precepto y por qué no del conjunto del sistema de salud del país.

De esta manera se inicia la conformación de un sistema caracterizado en lo sucesivo por una dualidad en la forma de asegurar y proveer la atención médica y en el que en sus inicios el Estado

estuvo ausente. Como lo señala Portillo durante la segunda mitad del siglo XIX “el rol principal en los servicios [de atención] se mantiene en la sociedad civil: la caridad y beneficencia para los pobres y las comunidades de migrantes y sus respectivas sociedades de ayuda mutua, para la mayoría de los trabajadores manuales urbanos. Los sectores dominantes tienen una atención personalizada en su propio domicilio” (8).

Posteriormente la dualidad del sistema será más evidente con un Estado presente con servicios públicos financiados con impuestos generales y orientados a la atención de los más pobres y el modelo de seguro privado próximo al concepto de seguridad social por su origen en las entidades de socorros mutuos. Esta modalidad se desarrolló rápidamente e incorporó otras formas jurídicas (comerciales incluso) que de alguna manera modificaron la orientación primitiva de las mutualidades haciendo de las instituciones de cobertura de salud de prepago un conjunto heterogéneo de organizaciones.

4. El desarrollo de las organizaciones de ayuda mutua y de otras modalidades de cobertura de prepago.

Como se verá a continuación prácticamente todos los colectivos de inmigrantes fundaron sus sociedades de ayuda mutua entre la segunda mitad del siglo XIX y los primeros años del siglo XX. Así, españoles en general y gallegos en particular, franceses, alemanes, suizos, portugueses e italianos del norte (genoveses) o del sur (napolitanos y calabreses) o italianos en general definidos por su condición de trabajadores rurales u operarios fabriles, dieron origen a sus respectivas mutualidades. Casi todas estas organizaciones existieron hasta principios de los años 80 del siglo XX; algunas vivieron más tiempo y otras han llegado hasta la actualidad.

Sabido es que a solo dos años del fin de la Guerra Grande en 1853, se funda la Sociedad Española de Socorros Mutuos (luego Asociación Española Primera de Socorros Mutuos - AEPSM). Tres años después en 1856, surge la “Societé Francaise de Secours Mutuels” (luego Sociedad Francesa de Socorro Mutuo) y en 1862 los italianos residentes en la capital crean la “Societá Italiana di Mutuo Soccorso fra gli Operai Italiani” (Sociedad Italiana de Mutuo Socorro de los Trabajadores Italianos). En 1896 también fundan la “Societá Italiana de Mutuo Soccorso” (más adelante simplemente Sociedad Italiana de Mutuo Socorro) y en 1880 otros crean el Círculo Napolitano.

Por otra parte en 1890 se inaugura el Hospital Italiano Umberto I construido a instancias de la embajada del Reino de Italia con el propósito de atender a la colectividad originaria de este país radicada en Uruguay (II). La relación que existía en aquella época entre las sociedades mutuales italianas y el Hospital Umberto I no es muy clara pero es de suponer que en caso de requerir internación los socios de estas mutualidades eran atendidos en ese hospital. Queda de manifiesto la existencia ya en ese entonces de las dos figuras principales de los esquemas de cobertura sanitaria al menos para el caso de este colectivo: el asegurador (la asociación mutual) y el prestador (el hospital). La evolución posterior de las sociedades de mutuo socorro y de todas las organizaciones de prepago en Uruguay irá por otro lado y una amplia mayoría de estas integrará paulatinamente ambas funciones bajo el mismo paraguas institucional. Como ejemplo

(II) Como antecedente debe señalarse la existencia del Hospital Sardo destinado también a la colectividad italiana y apoyado en su construcción, iniciada en 1853, por el rey Víctor Manuel I.

de esto y tal como se menciona más adelante en sus inicios pero no antes de 1909, también la AEPSM contrataba los servicios de internación a un tercero, en este caso el actual Hospital Español hasta contar con su propio sanatorio.

Las comunidades más pequeñas como la alemana o la suiza crearon también sus respectivas asociaciones mutuales: la Deutscher Arbeiter – Krankenverein (Asociación de Salud de Trabajadores Alemanes) y la Societé Suisse de Secours Mutuels et Caisse de Bienfaisance (Sociedad Suiza de Ayuda Mutua y Fondo de Beneficencia) en 1869 y en 1870 respectivamente, ambas en Montevideo (**9**).

Diferente fue el caso de los británicos que en el siglo XIX constituían una colectividad minoritaria conformada principalmente por personas vinculadas a las empresas de ese origen instaladas en el país, a las que se sumaban de forma itinerante las tripulaciones de los barcos de esa nacionalidad que llegaban de manera continua al puerto de Montevideo. No obstante su reducido tamaño y seguramente, dada la impronta mayoritaria de los cuadros dirigentes entre quienes conformaban esta comunidad, ya en el año 1857 se funda el Hospital Británico como institución sin fines de lucro destinada a la atención de esa población exclusivamente. Más adelante se incluyen como beneficiarios de sus servicios a los trabajadores del Ferrocarril Central del Uruguay que en 1877 había pasado a ser de propiedad británica con la denominación Central Uruguay Railway Company of Montevideo Limited.

Entrado el siglo XX siguieron creándose mutualidades por el origen de sus fundadores. En la década del 10 se crean la Sociedad de Beneficencia y Socorros Mutuos “Unión Portuguesa de Montevideo” y la Sociedad de Instrucción, Recreo, Beneficencia y Asistencia Médica “Casa de Galicia” (1917), luego simplemente Casa de Galicia. En 1923 un colectivo de inmigrantes judíos funda la Sociedad Israelita (luego Centro Médico Israelita) y en la década de los años 30 otro grupo hace lo propio y funda la Mutualista Israelita del Uruguay (MIDU).

No tardaron en aparecer otras mutualidades cuyo motivo de asociación ya no es la nacionalidad de sus afiliados sino su condición laboral, su religión o su afiliación partidaria.

En 1877 el Ferrocarril Central del Uruguay pasó a ser de propiedad británica con la denominación Central Uruguay Railway Company of Montevideo Limited y ese mismo año se creó la sociedad de socorros mutuos “Sick Fund Society for the Benefit of the Employees of the Central Uruguay Railway” (Fondo Social de Enfermedad de los Trabajadores del Ferrocarril Central del Uruguay). Se trataba de una organización promovida por la empresa y financiada en parte por esta, que era de afiliación obligatoria para los trabajadores (**10**). Sin duda fue un esquema de aseguramiento diferente tanto por su financiamiento bipartito como por la obligatoriedad de su adscripción. Como es natural este seguro contrataba los servicios de atención al Hospital Británico (este esquema de cobertura se mantuvo para los funcionarios de Administración de Ferrocarriles del Estado – AFE -, luego de la nacionalización de la empresa en 1949).

Ante la presencia de estas mutualidades vinculadas a los inmigrantes surge la iniciativa de crear una sociedad de socorros mutuos de carácter cosmopolita y nacional, es decir sin relación con un contingente inmigratorio en particular y abierta a los trabajadores en general. Es así que en 1866 se funda la Asociación Fraternidad de Asistencia y Previsión Social y más adelante en 1895

en la misma línea que la anterior la Asociación Fraternal Unida. Luego surgirían otras: la Sociedad Cosmopolita de Socorros Mutuos de Maroñas, la Fraternal Uruguaya y la Unión Fraternal.

Entre 1870 y 1900 surgen otras muchas sociedades de ayuda mutua de carácter obrero y cosmopolita. Estas sociedades se organizaban por rama de actividad y comprendían entre sus beneficios la atención médica de sus asociados en caso de enfermedad. Si bien no tenían en un principio el carácter de un sindicato (a los que precedieron) en muchos casos la profundización de su perfil reivindicativo por mejoras en las condiciones laborales de sus afiliados, - verdadera razón de su creación -, las fueron aproximando más a las denominadas "sociedades de resistencia" que a las mutualidades, hasta convertirse en organizaciones vinculadas sobre todo a la actividad sindical (**11**).

La primera mutualista de carácter confesional fue el Círculo Católico de Obreros creado en 1885 a la que le sigue en 1900 el Círculo Católico de Paso Molino. Es interesante señalar que en el primer caso para controlar de alguna manera la verdadera religiosidad del asociado se estableció en sus estatutos que en caso de requerir atención médica quien rehusara recibir por tercera vez la asistencia espiritual prescrita por la Iglesia perdería sus derechos como asociado (**12**).

En la capital no es hasta 1927 con la fundación de la mutualista Hospital Evangélico que se instala otra asociación organizada en torno a la religión común de sus socios.

El fenómeno del mutualismo no se circunscribió a la capital. En 1861 – 62 se funda en Salto la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos "Unión e Benevolenza". Luego, otras tantas asociaciones mutuales italianas se instalaron en 1869 en San José y Pando y en la década de los 70 en Colonia, Carmelo, Nueva Palmira, Canelones, Rocha y Rivera (**13**). También se crearon la Asociación Italiana de Obreros de Florida en 1881; la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos "Unión e Benevolenza" en Lavalleja y en Paysandú la Sociedad de Socorros Mutuos Circulo Napolitano, y la Sociedad Italiana Femenina de Socorros Mutuos e Instrucción Círculo Napolitano.

Las comunidades francesa, suiza y portuguesa formaron las Sociedades Francesas de Socorros Mutuos de Salto y Paysandú, la Sociedad Suiza de Socorros Mutuos de Paysandú (1881) y la Sociedad Portuguesa de Mutuo Socorro en Salto. En estas dos ciudades existieron también Sociedades Argentinas de Mutuo Socorro.

Asimismo, a la Asociación Española de la capital le siguieron sus pares en Salto (1867), Colonia (1871), Canelones (1872), San José (1873), Trinidad (1877), Las Piedras (1878) y Florida (1879). Para 1910 eran 32 las asociaciones mutuales españolas instaladas en distintas ciudades del país, muchas de las cuales se fusionaron luego con la de Montevideo (**14**).

Las sociedades mutuales cosmopolitas también se instalaron en el Interior: la primera de ellas en Fray Bentos, en 1879, vinculada a los trabajadores del Frigorífico Liebig. También las hubo en Paysandú (Sociedad de Socorros Mutuos Femenina Fraternidad); y en Salto, Nueva Palmira y Nueva Helvecia.

Fueron creadas también mutualistas de corte católico en el Interior del país que compartían nombre con su par de Montevideo pero con funcionamiento independiente. Tales los casos de los Círculos Católicos de Salto, Paysandú, Rosario, Nueva Helvecia, San José, Sarandí Grande, Durazno, Canelones, Santa Lucía, San Ramón, Santa Rosa, San Bautista y Tala.

Tan pronto como en 1917 surgió la primera sociedad de socorros mutuos de filiación partidaria, la Asociación Mutualista del Partido Nacional, a la que se agregó en contrapartida la Mutualista Batlle en la década de los años 30. En esta época también se instaló España Mutualista vinculada a la colectividad española pero surgida en cierta forma en contraposición a la AEPSM.

Hay que tener presente que al momento de la creación de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública en 1889 que puede considerarse como un tímido inicio de la función del Estado en materia de atención médica, estaban ya en funcionamiento no menos de veintitrés sociedades mutualistas. Y que en 1911, doce años después, al momento de la creación de la Asistencia Pública Nacional que representó este sí el punto de arranque de la red de hospitales públicos, existían al menos unas 40 mutualistas en todo el país. Esto marca de forma muy clara la evolución posterior del sistema y el rol determinante de las instituciones privadas de prepago en su conformación.

Las sociedades mutuales eran organizaciones sin fines de lucro de propiedad de todos los socios. El socio era pues, dueño, financiador y beneficiario del seguro es decir usuario de los servicios médicos. Esta particularidad es la que le dio a estas instituciones un carácter colectivo y un perfil social cuando no eran más, ni menos, que un seguro de salud privado. Esto último fue el fundamento para la creación de otras organizaciones sin fines de ayuda mutua pero con igual modo de financiamiento que las mutuales que adquieren su mayor importancia a partir de los años 20 del siglo pasado. Aparecieron entonces las empresas propiedad de particulares, en ocasiones grupos médicos, que aseguraban la cobertura médica de quienes voluntariamente se afiliaban mediante el pago de una cuota o prima mensual.

Uno de los principales exponentes de estas organizaciones fue la Médica Uruguaya que surgió a partir de un servicio médico quirúrgico de propiedad privada creado en 1912 que en 1934 absorbió algunas instituciones mutuales (Institución Humanitaria, la Fraternal Americana y la Unión Médica) y dio lugar a una nueva empresa de servicios médicos con cobertura de prepago. Posteriormente en 1939 su nuevo propietario cede la gestión de la institución al conjunto de sus empleados y en 1959 se conforma la Corporación Médica Uruguaya pasando a denominarse Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM) en 1965 (**15**).

Es difícil saber qué instituciones de atención médica se crearon y desarrollaron en las tres primeras décadas del siglo XX en Montevideo más allá de las mencionadas hasta aquí. Seguramente se escapan de ese listado unas cuantas tanto de carácter mutual como de propiedad privada corporativa o comercial. Lo constatable es que una cantidad importante de instituciones estaban en funcionamiento para fines de los años 30 (al menos 50 en todo el país).

Puede haber varias explicaciones respecto a porqué florecieron de esta manera estas organizaciones muchas de las cuales tuvieron una larga vida. La explicación más lineal y no única por cierto, es que estas organizaciones aparecían para un conjunto importante de la sociedad como la opción alternativa a la atención en los hospitales públicos. Quienes tenían cierta capacidad de pago optaban entonces por esta modalidad de cobertura y seguramente lo hacían en función del precio del prepago ya que difícilmente existiese en esos momentos otras variables que pudieran considerarse al momento de la elección de la institución (piénsese que todavía hoy sigue sin existir un sistema de evaluación e información sobre la calidad de la atención que entre otras cosas genere mejores condiciones para la decisión del usuario).

La integración de servicios en las instituciones de prepago

La prestación de los servicios de atención en los albores del "mutualismo" era bastante simple y precaria y sobre todo consistía en la atención médica en consultorio y la realización de cirugías en los hospitales y sanatorios privados disponibles. Estos eran o bien asociaciones civiles o sociedades comerciales, alguna de ellas de propiedad de médicos cirujanos.

En el caso de la atención ambulatoria aparentemente la tendencia general de las sociedades mutualistas fue la de incorporar la consulta en locales propios y contratar a los médicos mediante el pago de salario. Esto fue determinante en la evolución posterior de estos seguros que fueron integrando cada vez más servicios de atención a su organización constituyendo así un caso bastante original y atípico de instituciones que oficiaban como aseguradores y prestadores simultáneamente.

Como ya se mencionó desde su inauguración en 1909 el entonces denominado Hospital - Asilo Español, llamado a partir de 1923 Hospital - Sanatorio Español, fue utilizado por la AEPSM para los pacientes que requerían internación hasta la inauguración de su propio sanatorio en 1926. Otro tanto seguramente hacían las sociedades de socorro mutuo italianas con el Hospital Italiano. Casa de Galicia ya en 1920 contaba con una institución de internación propia de tipo asilar pero no fue hasta 1957 que inauguró su sanatorio (hoy propiedad del Círculo Católico).

Obviamente no todas las "mutualistas" estaban en condiciones de contar con sanatorio propio pero para los años 50 y 60 del pasado siglo muchas de ellas ya lo tenían y las que no, aspiraban a tenerlo. El sanatorio propio era a las mutualistas lo que la casa de la playa para la clase media: la culminación de un proceso de consolidación económica y social. La baja escala de afiliados de una cantidad importante de instituciones hizo que proliferaran pequeños sanatorios con pocas camas lo cual también era posible en virtud de los escasos requerimientos tecnológicos de la época para su funcionamiento y quizás también por la laxitud de los mecanismos de control.

En la medida que la actividad médica particular fue decayendo y la institucional ganaba terreno varios sanatorios privados fueron pasando a manos de instituciones de asistencia colectiva: en los años 50 el Sanatorio Modelo de los doctores Blanco Acevedo y Alberto Mañé inaugurado en 1922 fue adquirido por la Asociación de Empleados Civiles de la Nación y el sanatorio de los doctores Nogueira e Iraola inaugurado también en 1922 y fue comprado más adelante por España Mutualista (**16**) (III). Como se verá más adelante algo similar sucedió en algunos lugares del Interior más tardíamente en el período en que eclosionaron las instituciones de prepago no mutuales en los años 60 del siglo XX.

En la década de los años 50 y hasta mediados de los 60 del pasado siglo se intensificó el proceso de incorporación de servicios de internación propios incluyendo la construcción de sanatorios nuevos. El Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) inauguró su primer sanatorio en 1955 (hasta ese entonces la internación de los pacientes se hacía en los sanatorios privados elegidos por los cirujanos actuantes en el caso de los pacientes quirúrgicos) (**17**); al año siguiente inauguró el Sanatorio Nº 2 y en 1958 abrió su maternidad en lo que se denominó CASMU Nº 3; más adelante incorporaría en 1974 el Sanatorio privado Tobler (de salud mental)

(III) Como dato anecdótico se puede mencionar que en el predio donde funcionaron los sanatorios quirúrgicos de los doctores Lamas y Mondino y el del doctor Colistro, se construyó en los 60 el sanatorio de la Médica Uruguaya.

para la instalación de su centro de cuidados intensivos llamado CASMU Nº 4. Por otra parte, en 1957 se inauguró el Instituto Médico Quirúrgico de Colón, sanatorio privado que se integró luego a CUDAM. En 1957 se inauguró como ya se dijo el sanatorio de Casa de Galicia. En 1958 comenzó a funcionar IMPASA y lo hizo con sanatorio propio. En 1964 la Mutualista Hospital Evangélico inauguró su sanatorio y en 1966 la Médica Uruguaya inició la construcción del suyo que finalmente inauguró en 1976. El sanatorio "Dr. Pedro Lenguas" del Círculo Católico en la calle Soriano fue inaugurado seguramente en los años 50.

Más acá en el tiempo se puede mencionar también el caso del sanatorio médico quirúrgico del Dr. Pedro Larghero inaugurado a mediados de los 50, utilizado por la institución de asistencia médica OCA para la atención en internación de sus afiliados e integrado definitivamente a esta en los años 90 (actualmente propiedad del Círculo Católico) y el caso del Hospital Italiano adquirido en 2012 por la Sociedad Universal que venía utilizándolo en régimen de arrendamiento desde años atrás. Un caso particular lo constituye el Sanatorio Americano fundado en 1945 y adquirido por la Federación Médica del Interior (FEMI) en 1993, hoy propiedad de la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) y por tanto de las veintidós instituciones que la conforman.

No obstante lo señalado, en 1972 la integración de servicios de internación propios en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva todavía era limitada: de las 54 instituciones de Montevideo, 20 tenían sanatorio propio con una dispersión importante en cuanto a tamaño: 4 con menos de 20 camas; 5 con 21 a 49 camas; 9 con 50 a 99 camas y 2 con más de 100 camas (**18**)**.**

Sin embargo, solo doce años después en 1984, luego del impacto que significó la regulación de 1981 que se verá más adelante, 18 de las 27 Instituciones de Montevideo y 10 de las 34 del Interior tenían sanatorios propios con una media de 104 camas en el caso de la capital y 36 en el Interior. Se mantenía no obstante una dispersión importante en la Capital que iba de un mínimo de 12 a un máximo de 350 camas, mientras que en el Interior la estructura hospitalaria era más homogénea con un mínimo de 18 y un máximo de 60 camas (**19**).

En la actualidad el proceso de incorporación de sanatorios propios está consolidado. En Montevideo 80% de las instituciones tienen servicios de internación de su propiedad y en el Interior lo tienen el 100% (aunque existe una empresa que arrienda la mayoría de las camas a sanatorios particulares). Se mantiene una diferencia de escala pero de menor magnitud en la Capital con un máximo 477 camas de cuidados moderados y un mínimo de 45, mientras que en el Interior el rango aumentó y va de un mínimo de 10 camas de cuidados moderados (que corresponde a la institución que contrata la mayoría de las camas) a un máximo de 140 (**20**).

5. El impacto de las llamadas "mutualistas" en la organización de la atención médica particular.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX los médicos vivían del ejercicio liberal de su profesión que desarrollaban en sus propios consultorios y en la atención a domicilio de las personas de niveles económicos altos y no era excepcional que se desempeñaran en las sociedades mutualistas porque estaban de alguna manera ligados a la comunidad nucleada en la mutual en la que trabajaban (eran de esa nacionalidad o descendientes en primer grado) y

que incluso lo hicieran de forma honoraria o casi honoraria por ese mismo motivo o por razones de beneficencia.

Sin embargo, con el correr de los años la cantidad de médicos aumentó (en 1875 se había creado la Facultad de Medicina) y la competencia entre ellos por la clientela privada también lo hizo. Simultáneamente las sociedades mutualistas y las otras instituciones de prepago crecieron tanto en cantidad como en número de socios entre otras razones porque las primeras paulatinamente fueron abriendo sus padrones a personas no necesariamente vinculadas a la colectividad de origen y porque la creciente clase media encontraba en estas organizaciones la protección financiera necesaria en caso de enfermedad al no poder hacer frente al gasto que significaba la atención privada, y porque por otro lado, prefería en lo posible pagar la cuota de afiliación a una de estas instituciones que recurrir a la Asistencia Pública Nacional a la que se visualizaba como un servicio de atención destinado a los pobres (lo cual era cierto formalmente).

De esta manera con una oferta de médicos creciente – que era vista como una superpoblación no deseable por parte de muchos quienes estarían fuertemente vinculados al proceso de creación del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) -, que competía en el ejercicio liberal de la profesión por una demanda que se mantenía relativamente estable, - la de las familias de mayor poder adquisitivo -, y otra en aumento, - la de las mutualistas -, la opción de trabajo en estas últimas pasó a ser una alternativa laboral aunque eso significara trabajar como asalariado, condición que a juicio de los fundadores el SMU representaba una “proletarización” no deseable de la profesión que impedía el ejercicio libre de la profesión, paradigma por entonces de la buena práctica médica.

Desde su creación en 1920 el SMU señaló la necesidad de regular el “mutualismo” al que criticaba fuertemente por las condiciones de trabajo de los médicos (lo que incluía su bajo nivel de remuneración) y porque a su entender tampoco daban una respuesta acorde a los pacientes. Además, en opinión del SMU las “mutualistas” habían ido perdiendo su impronta social de ayuda mutua para convertirse en instituciones que prestaban servicios médicos que al estar dirigidas por sus propios socios tendían a maximizar sus beneficios en detrimento de la calidad asistencial y por tanto de la libertad profesional. A esto se agregaba el surgimiento de empresas de prepago sin fines de ayuda mutua cuando no directamente comerciales con fines de lucro.

En este contexto la aspiración del SMU era lisa y llanamente la desaparición de las instituciones de prepago comerciales o de propiedad no mutual y una fuerte regulación de las sociedades mutualistas que incluyera la prohibición de asociarse a estas entidades a quienes tenían capacidad de pago ya que se entendía que por su condición económica debían atenderse en el ámbito privado de los consultorios médicos (**21**).

Ante la evidencia de la imposibilidad de que esto sucediera y catalizado el proceso a la interna del gremio por un conflicto laboral suscitado con la Sociedad Fraternidad (señalada como una de las más importantes de la época y paradigma del tipo de organización combatida por el SMU) el Sindicato finalmente creó en 1935 su propio servicio de atención médica.

El Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) se diseñó sobre las bases regulatorias reclamadas a las autoridades asumiendo que en pocos años debilitaría de tal manera al “mutualismo” que monopolizaría la preferencia de la clase media para el

aseguramiento de su atención. En este sentido, el CASMU buscó constituirse en el lugar idóneo para la mejor práctica de los médicos en un ámbito institucional; apuntó a preservar en lo posible el espacio para el ejercicio libre de la profesión para lo cual introdujo la prohibición (reclamada para las mutualistas) para las personas de alto poder adquisitivo de abonarse a sus registros - lo que fue más una declaración de principios que una prohibición real por impracticable -; pretendió asumir el rol de ente testigo en cuanto a la calidad de la atención; e intentó monopolizar la disponibilidad de médicos mediante la prohibición a quienes aspiraban a formar parte de sus cuadros (que eran todos los asociados al SMU) de desempeñarse en sociedades mutualistas e instituciones comerciales (luego debió flexibilizar esta norma y admitió que pudieran hacerlo en una única sociedad mutualista manteniendo la prohibición de hacerlo en las restantes organizaciones) (**22**).

Según sus fundadores el CASMU se distinguía de las "mutualistas" porque se trataba de una cooperativa de producción sanitaria en la que los dueños (todos los socios del SMU) eran quienes producían la atención de quienes eligieran inscribirse como beneficiarios de sus servicios, mientras que las "mutualistas" representaban cooperativas de consumo sanitario ya que las personas se asociaban por la razón que fuera para financiar, contratar y consumir los servicios médicos (**23**). Se puede suponer que es por ello que el CASMU históricamente nombró a sus afiliados como "abonados" en contraposición a la palabra socio utilizada por las otras empresas.

El énfasis en la función de provisión de los servicios que este enfoque implicaba, - que resulta hasta cierto punto lógico si se considera la perspectiva desde donde se hacía el planteo es decir, desde quienes conformaban la oferta, esto es, los médicos -, hizo que por años no se visibilizara con claridad la función aseguradora que desempeñaba no solo el CASMU sino el conjunto de las instituciones de prepago con las implicancias que ello tuvo en sus formas de gestión.

Más allá de la distinción señalada por el SMU lo cierto es que casi todas las organizaciones, incluido el CASMU, tenían en común la propiedad cooperativa y el financiamiento colectivo y lo que es más relevante, operaban como un seguro de salud privado voluntario.

El CASMU creció rápidamente: al cabo de sus diez primeros años, en 1945, tenía un estimado de 30.000 "abonados" y en 1954 llegaba a 60.000. Sin embargo, estos representaban solo 10% del total de afiliados estimado para las "mutualistas" de todo el país (**24**). Esto demuestra que lejos de debilitar al sector de las instituciones de medicina de prepago, contribuyó fuertemente a su crecimiento. Algunas estimaciones disponibles indican que en 1922 en Montevideo (trece años antes de la creación del CASMU), había cerca de 200.000 afiliados a estas instituciones y que en 1957 esta cantidad llegaba a algo más de 400.000 (**25**). Es decir, el CASMU, cuyo radio de acción se limitaba entonces a Montevideo, no explicó por si solo el aumento de la cobertura de salud a través de las instituciones de prepago más allá de su importante crecimiento.

La irrupción del CASMU significó no solo la aparición de una nueva forma jurídica en el escenario de estas instituciones, la organización de atención médica de propiedad gremial, sino y fundamentalmente una particular forma organizativa de la atención con la introducción del

servicio de urgencia domiciliaria y la atención descentralizada mediante la llamada medicina zonal (IV).

6. Orígenes y consolidación del modelo de seguro público integrado en paralelo a los seguros privados de prepago.

Mientras se daba inicio a los esquemas de protección social en salud de iniciativa privada basados en los principios de la ayuda mutua, los sectores menos favorecidos dependían de los hospitales de beneficencia para su atención en caso de enfermedad.

La infraestructura hospitalaria para ese entonces era limitada: Hospital de Caridad (luego Hospital Maciel), Asilo de Huérfanos y Casa cuna (creado en 1818 y llamado posteriormente Asilo Dámaso A. Larrañaga), Asilo de Mendigos (creado en 1860, ubicado primeramente donde después se instaló el Hospital Pasteur; amplió luego sus cometidos y pasó a denominarse Asilo de Crónicos y Mendigos y en 1923 se trasladó a su actual ubicación pasando a llamarse Asilo Piñeyro del Campo) (**26**), Manicomio Nacional (inaugurado en 1880 y denominado más adelante Hospital Vilardebó); Casa de Aislamiento del Buceo (hospital para pacientes con tuberculosis inaugurado a fines del siglo XIX denominado posteriormente Hospital Dr. Fermín Ferreira) y el Hospital de Niños (inaugurado en 1908 en el predio en que actualmente funciona el Centro Hospitalario Pereira Rossell y una de las últimas obras realizadas dentro del marco de las actividades de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia) (**27**).

A estos se sumaban unos pocos hospitales en el Interior: los hospitales de caridad de Paysandú y Salto inaugurados en 1860 y 1878 respectivamente y otros propiciados por la referida Comisión e inaugurados en fechas cercanas a la creación de la APN, como lo fueron los hospitales de San José, Florida y Minas (1904), Colonia (1909), Rosario (1909), Flores (1910) y Melo (1911) (**28**).

Se suele señalar la creación de la Asistencia Pública Nacional (APN) en 1911 (Ley Nº 3.724) como el momento en que el Estado asume competencias en la atención médica de la población. Esto es así porque la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia creada en 1889 y encargada de la administración de los hospitales y asilos mencionados anteriormente que pasarían luego a ser parte de la APN, si bien era un organismo que dependía del Poder Ejecutivo por norma general delegaba la dirección y administración de los hospitales en quienes ya venían haciéndolo desde antes de su creación.

Además, la creación de la APN fue la expresión cabal de un cambio sustancial del rol del Estado en la atención de la salud y del reconocimiento del derecho de las personas (en este caso los carentes de recursos) a atender su salud. Esto implicó obviamente un cambio en la función de los hospitales públicos y en su forma de gestión. Ejemplo de ello es que se dotó a la APN de presupuesto propio financiado con recursos fiscales con lo cual los hospitales públicos dejaron de depender exclusivamente de los dineros obtenido con la lotería, principal fuente de recursos junto con las donaciones en época de mencionada Comisión.

(IV) Es interesante señalar que desde su creación hasta 2009 en que se transforma en Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) es decir durante 78 años el CASMU, que llegó a ser la institución de medicina colectiva de mayor tamaño en términos de afiliados y seguramente una de las empresas de mayor porte del país, careció de personería jurídica y era un simple órgano adscripto al SMU.

El Estado asumía así funciones específicas en la atención de la salud dentro del contexto de la construcción del estado de bienestar de aquellos años. Consecuentemente se produjo un fuerte impulso a la instalación de nuevos hospitales y servicios. En 1913 se inauguró la Colonia para Alienados luego Colonia Bernardo Etchepare; ese mismo año se creó el Instituto de Radiología (germen del actual Instituto Nacional del Cáncer); en 1915 se inauguró el Servicio de Maternidad y en 1920 el servicio de ginecología que se sumaron al Hospital de Niños en lo que sería luego el Hospital Pereira Rossell. En 1922 se inauguraron el hospital Pasteur y el hospital pediátrico Pedro Visca (**29**). En el Interior entre 1910 y 1926 se construyeron el nuevo Hospital de Paysandú (1915), los hospitales de Trinidad (1918), Treinta y Tres (1921), Tacuarembó (1921) Durazno (1925), Rivera (1921-1928) y Artigas (1916). También se reformuló y amplió en hospital de Salto (1921) y el hospital de San Carlos (1922). Se construyeron también pequeños hospitales o salas de auxilio en la década de los años 20 en Paso de los Toros, San Carlos, Pando, Lascano, Pirarajá y Minas de Corrales (**30**).

De acuerdo a lo que consta en la Ley Nº 7.986 de 1927 referido al presupuesto de la APN existían en ese momento en Montevideo los hospitales Maciel y Pasteur (hospitales generales de adultos); el hospital Pedro Visca (pediátrico); el hospital Pereira Rossell (de ginecología y obstetricia y pediátrico); el Hospital Vilardebó y la Colonia Etchepare (atención de salud mental); los Asilos Dámaso Larrañaga (para niños) y Piñeyro del Campo (para adultos); el Hospital Fermín Ferreira (especializado en la atención de tuberculosis); el Instituto de Radiología, el Servicio de Primeros Auxilios de Asistencia Externa y el Servicio Obstétrico Domiciliario y de Protección Maternal para la atención extra hospitalaria, y los "dispensarios y asilos maternales" en diversos barrios para atención ambulatoria (8 en total). En el Interior ya existían para ese entonces los hospitales de Minas, Colonia, Durazno, Florida, San Carlos, Flores, Salto, Artigas, San José, Melo, Rocha, Canelones, Mercedes, Fray Bentos, Paysandú, Rivera, Treinta y Tres, Dolores y Carmelo. A los que se agregaban Salas de Auxilio (devenidos luego en Centros Auxiliares en unos casos y hospitales en otros) en Aiguá, Maldonado, Pan de Azúcar, José Batlle y Ordóñez, Santa Rosa del Cuareim (actual Bella Unión), Lascano, San Ramón, Pando, Tala, Peñarol, Sarandí Grande, Pirarajá, Minas de Corrales, San Gregorio de Polanco, Pueblo del Carmen, Cardona, Guichón, Estación Young, Constitución, Villa de Soriano, Libertad, Castillos, Río Branco, Santa Isabel de Paso de los Toros, Nueva Palmira, Nueva Helvecia y Sarandí del Yí.

Vale decir que desde la creación de la APN en 1911 y hasta 1927 se crearon en Montevideo, tres hospitales, una colonia para pacientes crónicos, un instituto especializado y el servicio de asistencia externa (actual RAP) además de una red de servicios de atención de la maternidad y primera infancia. Para ese entonces existían en el Interior 18 hospitales de los cuales al menos 14 (80%) fueron construidos en ese período (tomando en cuenta la construcción a nuevo de los hospitales de Paysandú y Salto) junto con 27 salas de auxilio.

En 1928 se suma a la lista el actual Hospital Saint Bois creado como Colonia de Convalecientes de pacientes portadores de distintas patologías que luego en 1935, sería convertido en hospital de pacientes con tuberculosis en función de la alta incidencia y prevalencia de esta enfermedad que hacía insuficiente la respuesta del Hospital Fermín Ferreira.

Nótese que al momento de creación de la APN las sociedades mutualistas ya estaban consolidadas y había una gran cantidad de ellas en todo el país. Aparentemente durante los años

de fuerte desarrollo de la red de hospitales y servicios públicos (1911 – 1930) el sector de las instituciones de prepago moderaba su crecimiento en cantidad de nuevas organizaciones de ayuda mutua aunque no en la cantidad de personas cubiertas por ellas.

Se trata de un período en que la cobertura estaba claramente segmentada porque tal como lo indicaba el artículo 1º de la ley que creó la APN "todo individuo indigente o privado de recursos tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado de acuerdo con la presente ley y su reglamentación" (V). Quiere decir que en su origen la APN constituía el modo de asegurar la cobertura de salud y la provisión de servicios a las personas de menores recursos. Era pues un seguro público integrado destinado a un conjunto específico de población aunque no bien determinado. En los hechos esta población se definía por defecto como lo fue hasta finales del siglo XX con la creación del Registro Único de Cobertura Asistencial Formal (RUCAF).

La APN que había surgido como una dependencia del Ministerio del Interior, pasó a tener rango de ente autónomo con la sanción de la nueva Constitución en 1918 (artículo 100). Esto sin duda elevaba su "status" en la estructura del Estado y le otorgaba un nivel de autonomía que favorecía la agilidad de su gestión. En 1931 por la Ley Nº 8.766 se crea el Consejo de Salud Pública "al que se confiere las funciones encomendadas al Consejo de la Asistencia Pública Nacional, al Consejo Nacional de Higiene y al Instituto Profiláctico de la Sífilis" según reza su artículo 1º. El nuevo Consejo mantenía el mismo nivel de autonomía que los organismos cuyas competencias adquiere. No obstante, esto cambió rápidamente ya que, golpe de estado de Terra mediante, en 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública (MSP) y ambos Consejos pasaron a ser sendas direcciones del nuevo organismo a la vez que el Instituto Profiláctico de la Sífilis pasó a depender de una de ellas perdiendo la autonomía que se le había dado al momento de su creación (VI).

La Ley Nº 9.202, que creó el MSP no solo representa la centralización de la función reguladora del Estado en materia de salud sino también la de la provisión de sus servicios, característica

(V) Cuando se creó la APN la Constitución vigente era la de 1830 y ésta nada decía respecto a la provisión de servicios de salud por parte del Estado ni al derecho a la asistencia gratuita de quienes carecían de recursos. Esto no cambió con la Constitución de 1918. Recién en la de 1934 se hizo referencia a este tema por vez primera pero de una forma muy distinta a como estaba enunciado en la ley de creación de la APN. Mientras en esta se hablaba del derecho a la asistencia de quienes no tenían recursos, el enunciado de la Constitución de 1934 se refirió al rol del Estado como proveedor gratuito de los servicios a quienes carecen de medios suficientes para pagarlos.

(VI) Si bien no se trata de un centro asistencial debe tenerse presente por su importancia en la época y como ejemplo del esfuerzo del Estado en su función sanitaria, la creación en 1917 del Instituto Profiláctico de la Sífilis como un organismo dependiente del Consejo Nacional de Higiene pero con una importante autonomía de gestión. La relevancia que en esos años se le daba al control de esta patología de alta prevalencia que constituía un problema importante de salud pública, queda de manifiesto con la magnitud de su sede que es el actual edificio del MSP (se preveía incluso la construcción de un hospital específico para la atención de los pacientes con sífilis que no se concretó). Con relación al control de las enfermedades prevalentes de la época se debe destacar que en 1902 se había creado la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis a instancias de privados y con un enfoque basado en la beneficencia. En 1907 se construyó el dispensario modelo de este organismo que aún está en pie en la calle Magallanes entre Guayabo y Rodó, actualmente propiedad de ASSE. En 1911 también pasa a la órbita de la APN.
En este mismo sentido es de destacar que en 1946 por la Ley Nº 10.709 se crea la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis que luego ampliaría sus cometidos y su denominación por el de Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes. Siguiendo este mismo criterio con relación a las enfermedades de mayor prevalencia en 1989 por la Ley Nº 16.097 se crea la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer y en 1994 por Ley Nº 16.626 la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. En todos los casos se trata de personas públicas no estatales cuyos cometidos llevan a preguntarse si no representan un renunciamiento del MSP a ciertas competencias propias en materia de vigilancia y control epidemiológico.

esta que no muchos años después ya sería cuestionada por diversos actores por lo que representaba como impedimento para el ejercicio pleno de su función de rectoría y que motivó la creación de ASSE muchos años después.

Así es que en el devenir histórico, los servicios públicos de asistencia médica fueron alternadamente descentralizados y centralizados de acuerdo a las distintas visiones y los diferentes proyectos políticos que predominaron en cada etapa. Fueron descentralizados en su primera época a cargo de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública y centralizados luego con la creación de la APN durante sus primeros siete años de funcionamiento. Con la Constitución de 1917 se los descentralizó otra vez y en 1934 se los vuelve a centralizar con la creación del MSP. La Constitución que entró en vigencia ese mismo año dejó abierta la posibilidad de su descentralización en su artículo 182 (disposición vigente por el artículo 186 de la Constitución actual) lo cual permitió primero su desconcentración en 1987 y luego su máxima descentralización posible en 2007.

Es interesante el hecho de que la ley de creación del MSP promulgada en enero de 1934 de alguna manera reglamentó anticipadamente un precepto incluido en la Constitución plebiscitada recién en abril de ese mismo año. En efecto, el artículo 7º de la Ley Nº 9.202 disponía que "los servicios de asistencia prestados por el Estado, cuando fueran solicitados por los interesados o impuestos por la autoridad sanitaria, obligarán a la compensación pecuniaria de quien reciba los beneficios […] en proporción a su estado de fortuna. Únicamente serán gratuitos en los casos de pobreza notoria". Y la Constitución de 1934 en su artículo 43 (artículo 44 de la Constitución vigente) estableció en su inciso tercero que "El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

Más allá de estos aspectos un cambio importante que estas normas introdujeron fue que los servicios asistenciales del Estado no estaban de ahora en más dirigidos exclusivamente a la atención de las personas sin recursos como estaba establecido en la ley de creación de la APN, sino que estaban abiertos a toda la población y que debía abonarse por ellos de acuerdo a la capacidad de pago de las personas que los utilizaran con la salvedad de los indigentes y de quienes carecían de recursos suficientes. (VII).

La Ley Nº 11.925 de 1953 (artículos 62 a 68) reguló estos aspectos y determinó básicamente dos categorías de usuarios de los servicios asistenciales del MSP según su nivel de ingresos globales. Quienes se encontraban por debajo de un determinado monto de ingresos podrían acceder a los servicios de manera gratuita y quienes superaran ese monto pero no llegaran a triplicarlo podrían utilizar los servicios de manera subvencionada. De esta manera la norma hacía una distinción operativa entre las personas indigentes y las carentes de recursos suficientes, ambas referidas en el artículo 44 de la Constitución, equiparando las primeros a los "casos de pobreza notoria" a los que refiere la ley orgánica del MSP. De esta forma los servicios eran gratuitos solo para los indigentes y subsidiados para los carentes de recursos suficientes. Los precios a pagar

(VII) Hoy día esto es lo que fundamenta que en muchos casos se habilite el acceso a tratamientos farmacológicos de alto costo con financiamiento a cargo del Estado a las personas cuyos ingresos no son suficientes con relación al precio del tratamiento ya que la Constitución y la Ley Orgánica de Salud Pública establecen que la asistencia a cargo del Estado sólo es gratuita para quienes carecen de recursos suficientes. Se trata pues de una carencia de recursos relativa.

fueron determinados por prestación en forma de aranceles y quienes quedaban comprendidos en la segunda categoría estaban subsidiados en hasta 50% del arancel de cada servicio consumido.

La norma además, establecía los mecanismos por los cuales el MSP podía accionar para hacer efectivo el cobro de los servicios brindados en las situaciones en las que correspondía que el usuario abonara por ellos. Sin embargo, en los hechos el MSP o ASSE en su caso, en general se limitaba a obtener en el mejor de los casos un reconocimiento de deuda de parte del usuario y no llevaba adelante ningún otro trámite tendiente al cobro de los servicios.

Como se verá más adelante como consecuencia de los cambios introducidos en los años 2007 – 2008 esta categorización de los usuarios de ASSE se modificó acorde a su rol de asegurador.

De esta manera, el seguro público integrado que ya representaba la APN ampliaba su cobertura y se asemejaba de forma anticipada pero con diferencias, al modelo propiciado por Beveridge en la década del 40 del siglo XX en Gran Bretaña, ya que era pretendidamente universal al estar abierto a toda la población pero limitado en su acceso por el cobro de los servicios al momento de su uso en aplicación de principios de equidad. De todas maneras la población general no fue afín al uso del sistema de atención público si disponía de capacidad de pago para contratar un seguro en las llamadas “mutualistas”. Al contrario que con el sistema educativo público, el sistema de salud público no logró penetrar en la preferencia de la población por múltiples razones que no viene al caso analizar, pero claramente incidió de manera decisiva que el primero fuera efectivamente gratuito para toda la población y el segundo lo fuera solo de manera subsidiaria y limitada.(**31**)

Más allá del diseño del gobierno y de la organización del conjunto de los servicios del sistema público primero en el ámbito del MSP y luego en ASSE, estos, como bien se decía en uno de los resultandos del abortado decreto 367/97 que se verá más adelante, “… durante los últimos sesenta años [es decir prácticamente desde la creación del Ministerio], fueron creciendo por agregaciones sucesivas de cometidos y atribuciones ejercidas centralizadamente así como por adaptación empírica a las necesidades crecientes de prestaciones”. A lo largo de los años, de 1934 en adelante, se fueron sumando servicios de carácter general (nuevos hospitales y centros auxiliares en el Interior) o especializados (Colonia Santín Carlos Rossi en 1936; Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología en 1941; Instituto Nacional de Reumatología en 1971). También se incorporaron otros muy específicos como el Servicio Nacional de Sangre de 1953 y el Laboratorio Dorrego.

Hubo en todos esos años servicios que cerraron como el Hospital Pedro Visca o que incluso se inauguraron y posteriormente cerraron como el Hospital Psiquiátrico Musto clausurado en 1996. Otros se transformaron varias veces como el Hospital Filtro creado en 1940 como centro de atención de pacientes infectocontagiosos devenido en hospital para pacientes con poliomielitis con compromiso ventilatorio en 1955 y posteriormente a finales de los 80 como centro de tratamiento intensivo para finalmente convertirse en un Centro de Salud.

En la década de los años 50 en Montevideo se comenzó a implementar una red de centros de salud para la atención ambulatoria que formaron parte de la llamada Asistencia Externa, luego Unidad Ambulatoria de Atención Extra Hospitalaria (UAMAEH) y finalmente Red de Atención

Primaria (RAP). A partir de 2009 se introdujeron cambios organizativos con la creación o transformación de algunos centros auxiliares que no tenían internación en unidades de la red de atención primaria en cada Departamento.

La creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado y su evolución posterior

En el MSP del punto de vista institucional nada cambiaría mucho desde su fundación hasta la creación de ASSE como órgano desconcentrado de este Ministerio en 1987 (artículos 267 a 275 de la Ley Nº 15.903). Se trató de en un primer intento tímido por cierto, de darle mayor autonomía de gestión a los servicios públicos de salud y propiciar mejores condiciones para que el MSP desarrollara su función de rectoría marcada por su ley orgánica.

La Ley Nº 15.903 básicamente lo que hizo fue transferir la administración de los establecimientos asistenciales del MSP al nuevo organismo, darle potestades a este para coordinar las dependencias y organismos públicos con establecimientos y servicios de atención médica y habilitarlo a transferir a los Gobiernos Departamentales la administración o el uso de sus establecimientos. Este último cometido dejaba abierta la puerta para la implementación de nuevas modalidades de gestión en los hospitales públicos.

Con el fin de darle más agilidad a su administración y sobre todo para poder competir con el sector privado en la contratación de personal técnico, - inicialmente para las unidades de cuidados intensivos -, la Ley Nº 16.002 de 1988 en su artículo 82 creó las Comisiones de Apoyo a Programas Especiales de ASSE. Estas sufrieron ciertas modificaciones a lo largo de los años pero permanecieron hasta el presente como personas públicas no estatales que contratan para ASSE recursos humanos para muy diversos servicios asistenciales y para funciones de dirección y gestión.

Un proceso interesante es el que ocurrió en la segunda mitad de la década de los 90. El proyecto de ley de presupuesto nacional del año 1995 contenía una serie de artículos por los que ASSE se transformaba en servicio descentralizado. Se argumentó por parte de las autoridades de la época que la propuesta tenía dos objetivos, por cierto bien conocidos a esta altura: dotar a este organismo de una mayor autonomía y darle al MSP mejores condiciones para el desempeño de su función de rectoría, es decir, las mismas razones esgrimidas para la descentralización de ASSE verificada recién en el año 2007. El proyecto de 1995 además, establecía que ASSE debía "asegurar el acceso a la asistencia médica de los indigentes y carentes de recursos" lo que apuntaba a poner de manifiesto su carácter asegurador y no solo su función como proveedor. Por otra parte, la norma proyectada disponía que ASSE debía "percibir la compensación pecuniaria de quien reciba la asistencia". Lo novedoso no es que pudiera cobrar a quién tenía capacidad de pago sino el imperativo de hacerlo que implicaba la expresión "deberá". El proyecto apuntaba a que ASSE pudiese atender libremente a cualquier ciudadano y que la atención estaría subsidiada (total o parcialmente) o no subsidiada de acuerdo a la capacidad de pago del usuario para lo cual se implementaría un registro único de cobertura formal que posibilitaría la identificación de los usuarios y su categorización. El texto del proyecto no lo mencionaba pero de acuerdo a las expresiones del entonces Ministro de Salud Pública, a mediano plazo el objetivo era subsidiar la demanda de los usuarios de ASSE para que tuviesen la posibilidad de elegir su cobertura mediante un prepago, lo que significaba una futura competencia entre ASSE y el sistema de las IAMC (**32**).

Pese a que en apariencia todos los actores políticos de la época hacían acuerdo con la necesidad de descentralizar ASSE casi todos ellos entendieron que por razones de oportunidad y para alguno de ellos también de contenido, el proyecto no era viable y fue desechado en la Comisión. Más adelante, la reforma del 2008 no solo descentralizaría ASSE sino que introduciría la competencia entre el prestador público y los privados aunque a través de un mecanismo diferente al propuesto en el año 1995.

Fracasado el intento de descentralización de ASSE, en el año 1997 el Poder Ejecutivo dictó el decreto Nº 367/97 que autorizaba al MSP a designar a propuesta de ASSE hasta un máximo de 10 hospitales públicos de gestión descentralizada que se gestionarían de manera autónoma con presupuestos definidos de acuerdo a objetivos y metas específicas y con potestades ampliadas de sus direcciones para poder llevar adelante los proyectos. En los considerandos del decreto se manifestaba que "una vez demostrado el mejoramiento de la calidad prestacional, [se propiciaría] ante el Poder Legislativo una mayor autonomía jurídica de manera de transferir [estos hospitales] de la Administración Central a entes de derecho público con personería jurídica propia". En realidad el cambio propuesto en este decreto era de mayor significación que la descentralización de ASSE que dos años antes había fracasado. El resultado fue la suspensión del decreto un mes después de su publicación. Posteriormente en diciembre de 1997 ASSE implementó cuatro experiencias piloto en los hospitales de Maldonado, Las Piedras, Salto y Tacuarembó, - llamados hospitales experimentales – con el objetivo fortalecer su capacidad de gestión pero sin modificar en absoluto su estatus ni su nivel de dependencia de la administración central de ASSE.

En lo sucesivo no hubo más propuestas de cambio para ASSE hasta el año 2007 en que efectivamente se cambió su figura jurídica y se creó ASSE como servicio descentralizado (ley Nº 18.161) y casi inmediatamente después cuando por la Ley Nº 18.211 se la habilitó expresamente como asegurador / prestador elegible por los beneficiarios del SNS. De esta manera ASSE se convirtió en el único actor que forma parte de los dos modelos principales del sistema dual del Uruguay: el público asociado a la seguridad social y el público integrado.

La incorporación de ASSE al sistema de cobertura a través de la seguridad social implicó un cambio en la forma de determinación de sus usuarios. En 2012 el Decreto 287/012 estableció tres categorías de afiliación al prestador público denominadas: "Gratuitos", "FONASA" y "Cuota ASSE". Los primeros corresponden básicamente a quienes antes quedaban comprendidos en los conceptos de "indigentes" y "carentes de recursos suficientes" y accedían al carne de asistencia gratuito o arancelado respectivamente. El decreto hace mención precisamente a que en esta categoría están incluidos los usuarios comprendidos en lo dispuesto por el artículo 44 de la Constitución. Del punto de vista operativo se los define como aquellas personas cuyos ingresos no superen las 62 Unidades Reajustables (U.R.) (más 2,5 U.R. por cada integrante del núcleo familiar). La segunda categoría corresponde a quienes tienen derecho de cobertura a través del SNS y eligieron ASSE como prestador y la tercera categoría comprende aquellas personas que optan libremente por afiliarse a este organismo con independencia de su cobertura formal mediante el pago de una cuota mensual (tal como sucede con los afiliados individuales en las IAMC o en los Seguros Privados).

De ahí en adelante el único cambio en la institucionalidad de ASSE fue la definición de una organización por regiones sin mayor impacto en su funcionamiento por cuanto no implicó una descentralización interna con autonomía de gestión de las regiones.

La Red Integrada de Efectores Públicos de Salud.

Como ya se mencionó cuando se creó ASSE en 1987 se le dio la función de coordinación de todos los servicios públicos de salud pertenecientes a otros organismos del Estado. Esto se mantuvo cuando ASSE pasó a ser servicio descentralizado y fue lo que dio pie a la creación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) en el año 2011 (artículo 741 de la Ley Nº 18.719). Esta está integrada por ASSE cuyo representante preside su Consejo Directivo, el BPS, el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Banco de Seguros del Estado y las Intendencias Municipales.

Lo llamativo de la creación de este organismo es que las instituciones que lo componen tienen un objeto y un cometido muy diferentes entre sí. La cobertura asistencial que brindan la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial no son más que los esquemas de aseguramiento y provisión de atención médica de los funcionarios de sus respectivos Ministerios (Defensa Nacional e Interior) a los que se agregan los ex funcionarios retirados y los familiares. Del punto de vista conceptual esto no difiere de lo que son los convenios que en ese sentido propician las Intendencias o las Juntas Departamentales para sus funcionarios o los esquemas de cobertura que antes de la reforma del 2008 tenían otros funcionarios públicos de distintos organismos que como se verá adoptaron formas y alcances diversos.

Por otra parte, los servicios por los que el BPS integra la RIEPS, tienen cometidos muy específicos y están dirigidos a colectivos muy distintos entre sí y diferentes a la población destinataria de los servicios de ASSE.

Desde su creación en 1911 el Banco de Seguros del Estado tuvo a su cargo el aseguramiento de los riesgos sanitarios vinculados a la actividad laboral de las personas. Su desarrollo se basó en un modelo autosuficiente que históricamente funcionó prácticamente en paralelo al resto del sistema de salud y sus cometidos abarcan desde la definición de las contingencias cubiertas por el seguro que administra hasta la canasta de prestaciones a la que puede acceder el beneficiario en caso de necesitarlo (VIII).

(VIII) En sus inicios los asegurados que requerían internación eran ingresados en los hospitales de la APN (particularmente en el Hospital Pasteur desde su puesta en funcionamiento) mediante un convenio entre el BSE y el MSP. Vale decir que el Banco oficiaba solo de asegurador y contrataba el proveedor. Pero ya en 1936 decide construir su propio servicio de internación (en Av. Italia y Las Heras). Sin embargo, en 1939 desiste del proyecto cuando estaba avanzada su construcción y éste pasa a manos del MSP que culmina las obras y lo inaugura en 1941 como Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología. El Banco a partir de entonces interna sus pacientes en este hospital manteniendo el convenio con el MSP.
No obstante, más adelante inicia un nuevo proyecto e inaugura finalmente su Central de Servicios Médicos en 1951 en la esquina de Mercedes y Julio Herrera y Obes. De esta manera a partir de entonces el Banco integra a su función de asegurador la de proveedor de los servicios asistenciales. Para los casos de la Capital la provisión de servicios propios es integral y para los del Interior los servicios propios están destinados a los casos de mediana y alta complejidad manteniendo a cargo de terceros los casos de baja complejidad mediante convenio con prestadores privados. En 2010 el BSE decide construir un nuevo hospital en sustitución de aquel en la Av. José Pedro Varela, que se inaugura en 2018.

Seguramente la temprana creación del BSE en términos históricos (de hecho tan solo un año después de la APN) y la precoz implementación de su seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (considerando que no había ningún otro seguro público que específicamente estuviera relacionado con la cobertura de alguna contingencia de salud), condicionaron en gran medida su evolución posterior de manera paralela a la del resto del sistema de salud. De ahí quizás la autonomía total con que el BSE define cuáles son los problemas de salud que potencialmente pueden afectar a los trabajadores en virtud de sus condiciones laborales y por tanto cuáles quedan comprendidos en la cobertura del seguro, y la aparente prescindencia del MSP en esta materia "delegada" históricamente en el BSE.

Más allá de estas consideraciones es claro que los servicios asistenciales del BSE son funcionales a los cometidos del organismo que son bien diferentes a los cometidos de los servicios del BPS o de ASSE con destinatarios, usuarios o beneficiarios también distintos.

Sólo podría haber una lógica de red aplicada a los servicios de salud de las Intendencias, el Hospital de Clínicas y ASSE por compartir todos ellos la misma población objetivo.

Sin embargo, el Hospital de Clínicas se ha caracterizado históricamente por permanecer por fuera de cualquiera de los esquemas de cobertura formales, ya sea el vinculado a la seguridad social o al seguro público integrado administrado en la actualidad por ASSE, al punto que todavía hoy se analiza y discute cómo debería integrarse al SNIS lo que hace en cierta medida paradójica su incorporación a la RIEPS.

Que la población usuaria del Hospital de Clínicas es superponible casi en cien por ciento con la de ASSE es históricamente evidente pero además es uno de los fundamentos, sino el principal, del convenio asistencial existente entre ASSE y la Universidad de la República, por el que el primero transfiere recursos económicos previstos para tal fin en su presupuesto desde el año 2010 (artículo 734 de la Ley Nº 18.719), para cofinanciar la atención de sus usuarios en el hospital universitario (IX).

Volviendo al conjunto de los organismos que integran la RIEPS, no parece suficiente como factor aglutinante para el diseño de una estrategia común entre todos ellos el mero hecho de ser de propiedad pública. Para constituir una red integrada de servicios de salud se requieren visiones y objetivos compartidos y esto difícilmente es así en la RIEPS. Queda claro por ejemplo, que si ASSE tiene el cometido de asegurar y prestar atención integral a quienes optan por su cobertura al amparo del SNS y a quienes quedan excluidos de este, y por su lado el BSE tiene como

(IX) La génesis del Hospital de Clínicas da cuenta también de ello. El impulso para su concreción fue el planteo desde la academia de la necesidad de contar con un hospital específicamente destinado a la docencia y a la formación médica que venía desde inicios de la década de 1910. La discusión en ese entonces se planteó en torno a la institucionalidad de este nuevo hospital pero no respecto a la población a la que estaría destinado. Si la formación médica se había hecho históricamente en los hospitales públicos en los que se atendía a las personas sin recursos el nuevo hospital haría lo mismo. Finalmente en 1926 se crea el hospital bajo la dependencia de la APN (Ley Nº 9.362). Es recién en 1950 que, luego de veinte años desde la colocación de su piedra fundamental y ante la inminencia de su inauguración (que no obstante, demoraría todavía tres años más en abrir sus servicios), se reedita la discusión referida a si el hospital debía formar parte de la red asistencial del MSP o pasar a la órbita de la Universidad. Finalmente se optó por esta última alternativa y así se plasmó en la Ley Nº 11.454 de 1950. Tampoco en este momento se puso en tela de juicio que la población usuaria del nuevo hospital fuese la misma que la de los restantes hospitales públicos del MSP algunos de los cuales por otra parte siguieron siendo ámbitos de formación académica hasta la actualidad.

cometido en el campo específico de la salud, asegurar a los trabajadores de los riesgos asociados a su actividad laboral, difícilmente existan estrategias y objetivos comunes a ambos organismos. Los riesgos que cubre el BSE no están cubiertos por SNS y por tanto los servicios que puedan requerir estas contingencias no son provistos ni por ASSE ni por los otros prestadores que contratan con el SNS.

En todo caso de lo señalado se refuerza la idea que la creación de la RIEPS es un intento de dudosa coherencia y eficacia para sortear una evidente fragmentación la cobertura.

7. La primera regulación de las organizaciones de atención médica colectiva en el año 1943.

La primera norma referida a las que luego se conocieran como instituciones de asistencia médica colectiva es el Decreto - ley Nº 10.384 de febrero de 1943. Se trata de una disposición legal muy particular porque se dicta en un momento político especial de transición institucional luego del golpe de estado del presidente Baldomir del año 1942. El hecho es que la norma no tuvo discusión política al menos en el seno del órgano legislativo tanto en lo concerniente al texto legal como en referencia al contexto de la atención sanitaria del país y de las "mutualistas" en particular.

La norma en parte convalida la realidad instalada en el sector salud pero también avanza en algunos temas:

- Categorizó las instituciones según su naturaleza y determinó las formas jurídicas que estas podían adoptar;
- Dispuso normas generales que debían ser recogidas por las instituciones en sus estatutos y reglamentos (entre ellas la posibilidad en algunos casos de la participación de los médicos en las directivas de las empresas en línea con los reclamos del SMU);
- Obligó a las instituciones a contar con personería jurídica;
- Previó la eventualidad de su intervención por parte del Poder Ejecutivo en determinadas circunstancias e
- Incluyó exoneraciones impositivas a las que no tuvieran fines de lucro.

Una disposición interesante de la ley es la que refería a la necesidad de creación a instancias del MSP, de una Federación de Sociedades Mutualistas de Asistencia Médica para que se hiciera cargo de los servicios especializados de alto costo. Esto deja en evidencia que ya por entonces existían ciertas dificultades para incorporar nuevas tecnologías sanitarias y que la intención era aprovechar la escala del conjunto de estas empresas para su instrumentación. El efecto de esta disposición fue solo la creación de la mencionada Federación.

Si bien es cierto que no hubo discusión a nivel político parlamentario por las razones mencionadas, la necesidad de regular la actividad de los seguros de prepago estaba en la agenda política desde unos años antes y era preocupación de varios actores sectoriales de los cuales como ya se señaló el SMU era su principal promotor. Tan es así que la primera Convención Médica Nacional del año 1939 giró en gran medida en torno a este tema (X).

(X) En 1937 el MSP había elaborado un primer texto de proyecto de ley de regulación del mutualismo y en 1938 la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores tenía a estudio otro proyecto de similares características.

Sin embargo, la argumentación del PE como fundamento del decreto ley es sumamente escueta y se limita a reconocer la necesidad de regular el funcionamiento de estas instituciones por la importancia que "han adquirido en razón de que brindan asistencia a alrededor de 300.000 personas en todo el país". No se hace mención alguna a la seguridad social, ni a la cobertura de la población en general, ni a la condición común de seguros de salud de prepago de todas las instituciones alcanzadas por la norma. No hubo intención alguna de enmarcar el tema en una concepción más amplia relacionada con la protección social en materia de salud. Se trata de una norma meramente instrumental.

La mencionada Convención Médica Nacional había concluido que debían diferenciarse las instituciones según su forma de propiedad y su objeto y en ese sentido proponía cuatro categorías: comerciales, patronales, de colectividades (estas representadas por las asociaciones mutuales) y el CASMU. Esta clasificación deja en claro la percepción que tenía el colectivo médico en cuanto a la exclusividad y originalidad del CASMU como organización que por sí sola constituía una categoría.

El decreto ley mantiene el criterio de clasificación según objeto y forma de propiedad pero no sigue la propuesta de la Convención Médica y establece cinco categorías: a) Sociedades mutualistas sin fines de lucro de propiedad de los asociados que comprendía la multiplicidad de organizaciones de ayuda mutua ya existentes; b) Sociedades de producción sanitaria sin fines de lucro de propiedad de instituciones gremiales médicas con personería jurídica que comprendía paradójicamente en esta misma categoría al CASMU y a otras instituciones muy combatidas por el SMU; c) Sociedades patronales o gremiales de asistencia médica de propiedad de empresas o gremios que brindan atención médica a sus empleados, obreros o integrantes respectivamente y no persiguen lucro (categoría en la que también podía haber quedado incluido el CASMU); d) Sociedades médicas de asistencia de propiedad de uno o más profesionales que brindan asistencia médica a sus suscriptores cuyo objeto no es la ayuda mutua y pueden tener o no finalidad de lucro; e) Empresas comerciales de asistencia con fines de lucro.

Otra manera de ver las categorías establecidas en el decreto ley a la luz de los modelos de aseguramiento y provisión de los servicios es la siguiente: las categorías a), b) y c) que concentraban una amplia mayoría de las organizaciones de prepago existentes al momento de su promulgación, agrupa las empresas aseguradoras y proveedoras de atención médica sin fines de lucro; la categoría d) representa los seguros de prepago privados de afiliación voluntaria con o sin fines de lucro con o sin servicios propios y la categoría e) simplemente las empresas comerciales que brindan servicios de atención médica.

La regulación del 43 fomentó la formalización de las instituciones y abrió las puertas e incentivó de alguna manera la creación de muchas otras básicamente bajo las formas previstas en las categorías b), c) y d). En Montevideo esto sucedió principalmente durante las décadas de los años 50 y 60. Fue en esta última que en el Interior del país surgieron muchas otras instituciones en un proceso que como se verá luego fue potenciado por el surgimiento de los seguros de enfermedad.

Es interesante señalar que durante los años que siguieron a esta regulación y hasta los inicios de los años 70 el SMU siguió siendo muy crítico con las instituciones de prepago a las que genéricamente llamaba "mutualistas" señalando que se trataba de empresas que seleccionaban

los riesgos a cubrir, descremaban el mercado al privilegiar la afiliación de los más jóvenes, no aseguraban la provisión de todos los servicios necesarios para una atención integral y tenían un enfoque individualista de la atención médica. Sin embargo, la creación de la Federación de Sociedades Mutualistas del Uruguay contrapesó estas opiniones. Esta reivindicó junto con otros actores sociales relacionados con las colectividades representadas en las mutualidades, el carácter social de las mutualistas (o al menos de las que quedaban comprendidas en el literal a) del artículo 2º del Decreto Ley Nº 10.384) y su rol principal en el desarrollo y el funcionamiento del sistema de atención médica de la población (**33**).

Más allá de la críticas formuladas por el SMU la realidad mostraba en 1964 (a veinte años de la promulgación de la primera regulación), que en Montevideo existían 24 sociedades mutualistas (literal a) de la norma), 3 sociedades de producción sanitaria (literal b), 3 entidades gremiales o patronales de asistencia médica (literal c), 18 sociedades formadas por grupos médicos (literal d) además de 11 empresas comerciales de atención médica (literal e). Es decir, solo en la Capital existían 48 instituciones de prepago sin fines de lucro (literales a, b, c y d) lo que de alguna manera indica la preferencia de las personas por el aseguramiento de su salud en esta modalidad institucional. Paradójicamente en relación a la opinión del SMU de estas 48 organizaciones por lo menos 18 eran de propiedad de médicos (literal d) sin considerar que algunas de las 6 instituciones incluidas en los literales b) y c) también podían serlo (**34**).

En 1944 se reglamentaron aspectos del Decreto – Ley Nº 10.384 y en los años siguientes hubo ciertos ajustes normativos incluidos algunos relativos a la provisión de medicamentos. Sin embargo, recién a fines de los años 60 se intensifica la regulación de las instituciones de prepago.

Particularmente importante fue el decreto 406/969, que revisó y amplió la reglamentación del año 44. Las principales regulaciones de esta norma fueron las siguientes:

- Se redefinieron las categorías de las instituciones para darle mayor claridad a lo que comprendía cada una de ellas;
- Se obligó nuevamente a las instituciones a la obtención de personería jurídica (lo que evidencia la laxitud con que se había aplicado la disposición del año 1943) y se estableció un plazo perentorio para las que no lo habían hecho aún;
- Se definió el alcance de la palabra lucro aplicada a las instituciones comprendidas en los literales b), c) y d) de la norma;
- Se le dio competencias al Ministerio de Cultura en el contralor de estas instituciones en tanto asociaciones civiles;
- Se dispuso la obligatoriedad de inscripción en el "Registro de Sociedades Mutualistas y afines" del MSP;
- Se establecieron los requisitos que las instituciones debían cumplir para ser consideradas como "servicio asistencial aceptable" (sin lo cual no habrían de obtener la personería jurídica);
- Se definieron tres categorías en las que se clasificaba a las instituciones en función del nivel de atención que ofrecían de acuerdo a los servicios que brindaban (nivel I u óptimo, nivel II o bueno y nivel III aceptable);
- Se creó la Junta Coordinadora de la Asistencia Colectivizada en el ámbito del MSP integrada por tres miembros designados por el Ministerio con potestades de supervisión, control y

evaluación de las instituciones y con el cometido además de clasificar cada institución según el nivel de atención que ofrecían;

- Se determinaron también las causales, oportunidad y formas de intervención por parte del PE.

El decreto mencionado estableció también que los precios de las cuotas de afiliación debían adecuarse a la categoría o nivel de atención en el quedaba clasificada cada institución aunque no definió de qué manera se controlaba esa adecuación. Lo cierto es que en 1972 los precios de las cuotas en las instituciones de la Capital se movían en un rango amplio en el que la cuota más alta (IMPASA) era casi 2,5 veces mayor que la cuota más baja y 1,7 veces mayor que la cuota promedio (**35**).

La regulación de los valores de las cuotas de afiliación había comenzado un año antes con la creación de la Comisión de Productividad, Precios e Ingresos (COPRIN) entre cuyos cometidos estaba el de fijar precios máximos de servicios esenciales. El decreto del año 69 agrega otra dimensión a la regulación del precio relacionada con el nivel de las prestaciones ofrecidas aunque como se mencionó, no era claro cómo se controlaban estos extremos.

Para ese entonces además, los copagos, cuya aplicación se remontaba al año 1937 cuando el CASMU comenzó a cobrar la "cuota de servicios extraordinarios" o "cuota de asistencia" (que apuntaba a que quién "consumía en exceso" hiciera un pago extra), ya estaban generalizados y eran objeto de cierto control de parte del MSP.

El Decreto 406/969 deja en evidencia la intención de profundizar el rol de control y fiscalización del Estado en el sector privado de la asistencia médica, particularmente de la medicina colectivizada. En esta línea en marzo de 1974, el gobierno de facto dicta el Decreto – Ley Nº 14.164 que establece la obligatoriedad para las IAMC de recabar autorización del MSP para abrir, suspender o clausurar servicios asistenciales, incorporar equipos médicos, ceder o arrendar servicios a terceros, comprar o vender inmuebles y crear cargos (administrativos y técnicos). Esta norma sería derogada en el año 1981 pero es una muestra clara del empuje regulatorio de aquellos años, después de un período prolongado por cierto, de escasa injerencia del Estado en el sector.

Instrumentado el Registro de Sociedades Mutualistas y afines en el MSP, las instituciones de prepago inscriptas en 1972 en Montevideo eran 54 a las que se agregaban otras 10 que el Ministerio no había calificado dentro de ninguno de las categorías previstas en la norma. De las 54 instituciones, 29 eran sociedades mutualistas (literal a), 6 eran sociedades de producción sanitaria (literal b), otras 6 eran instituciones de entidades gremiales o patronales de asistencia médica (literal c), 8 correspondían a sociedades formadas por grupos médicos (literal d) y 5 eran sociedades comerciales (literal d).

Por otra parte, puede estimarse que en el Interior en 1972 existían al menos 33 instituciones de prepago de las que 17 eran sociedades mutualistas y las restantes encuadraban en las figuras de sociedades de producción sanitaria o eran instituciones de entidades gremiales de asistencia médica.

8. El primer paso hacia un modelo basado en la seguridad social para los trabajadores privados: asignaciones familiares y seguros por enfermedad por rama de actividad.

A fines de los años 50 del pasado siglo se inicia el avance de la cobertura sanitaria por mecanismos formales de seguridad social en dos direcciones diferentes a partir de la Ley Nº 10.449 del año 1943 que creó los Consejos de Salarios y las Cajas de Asignaciones Familiares.

Por una parte, los Consejos de Salarios fueron el ámbito en el que se acordaron los convenios que derivaron en la creación de los seguros de enfermedad a partir del año 1958. Por otra parte, las Cajas de Asignaciones Familiares originalmente destinadas a la administración del pago de este beneficio fueron el germen desde donde se desarrolló un seguro social de salud que cubría la atención del embarazo, el parto y el puerperio de cónyuges del trabajador de la actividad privada y la atención de sus hijos.

La creación en 1950 del Consejo Central de Asignaciones Familiares (XI) (Ley Nº 11.618) como órgano superior de todas las cajas con el cometido entre otros, de administrar el fondo de compensación para amortiguar eventuales insuficiencias de cada una de ellas, posibilitó en razón de sus competencias, la ampliación de los beneficios sociales destinados a los hijos de los trabajadores y de esta manera incluyó dentro de la cobertura de las Asignaciones Familiares la atención de las contingencias de la maternidad ya señaladas y la atención médica del niño hasta los 6 años.

Esta especie de seguro parcial de maternidad e infancia adoptó en Montevideo la forma integrada típica del Estado uruguayo es decir, incorporó servicios propios mientras que para los beneficiarios del Interior se optó por el modelo de contratación de servicios con las instituciones de asistencia colectiva locales. Así fue que a mediados de los años 50 el Consejo Central de Asignaciones Familiares adquirió el Sanatorio Canzani que había sido inaugurado en 1922 como sanatorio privado, y desarrolló la red de centros de atención ambulatoria materno - infantiles.

Por otra parte, como se mencionó anteriormente los convenios colectivos dentro del marco de los consejos de salarios propiciaron la creación de los seguros de enfermedad por rama de actividad. Estos seguros, constituidos a imagen y semejanza de los fondos de enfermedad del sistema alemán, implicaron la incorporación paulatina de las instituciones de asistencia médica colectiva a este modelo, lo cual se profundizaría luego con la unificación de los seguros y su inclusión en el ámbito de gestión estatal en 1974, con la ampliación de la cobertura por este mecanismo a otros colectivos y con la reforma del 2008 con la creación del SNS.

Los seguros por rama de actividad creados por ley, se conformaron en un período de catorce años (1958 – 1972) y alcanzaron a trabajadores de diversos sectores. En 1958 se creó el seguro de los trabajadores de la industria de la construcción (Ley Nº 12.571) que sería modificado en el año 1960 (Ley Nº 12.839); en 1962 es el turno de los trabajadores del puerto (Ley Nº 13.096); en el año 1964 se aprueban los seguros de los trabajadores de la madera (Ley Nº 13.244) y de la industria metalúrgica y afines (Ley Nº 13.283); en 1966 se crean los seguros de enfermedad de los trabajadores del transporte automotor (Ley Nº 13.488), de la industria textil (Ley Nº 13.490), de los trabajadores gráficos, de periódicos y librerías (Ley Nº 13.504), de tripulantes de buques

(XI) Integrado con tres representantes de los trabajadores, tres de las patronales y uno del Poder Ejecutivo que lo presidía. La administración tripartita también operaba para las Cajas de Asignaciones Familiares por rama.

mercantes y de pesca (Ley Nº 13.560) y de los trabajadores de la aguja (Ley Nº 13.561); en 1971 le corresponde a los trabajadores de la industria de la bebida (Ley Nº 13.965) y finalmente en 1972 a los de la industria del vidrio (Ley Nº 14.064) y del cuero (Ley Nº 14.065).

En general todos estos seguros comprendían las contingencias de enfermedad e invalidez y la provisión de asistencia económica y de servicios médicas. Se financiaban a través de un fondo de recursos integrado por un aporte patronal (cuyo porcentaje sobre la nómina salarial variaba según la rama de actividad e iba desde 7% en caso de la construcción a 4% en el caso de los trabajadores del puerto aunque 5% era la contribución más frecuente) y un aporte personal de cada trabajador que en general era de 3% de su retribución con alguna excepción en que la tasa era otra. En la mayoría de los casos el fondo financiaba no solo las prestaciones médicas sino también los subsidios por enfermedad.

La administración del seguro estaba a cargo de una comisión honoraria tripartita integrada por 5 o 7 miembros según los casos pero siempre con un representante del Poder Ejecutivo que presidía la Comisión, e igual cantidad de representantes del lado obrero y del patronal (2 o 3 cada uno según los casos). Las Comisiones Honorarias debían tener personería jurídica y contaban con potestades de contralor sobre las empresas seleccionadas para la provisión de la atención médica. La cobertura de salud se aseguraba mediante la contratación de los servicios médicos requeridos a las instituciones de medicina colectiva previstas en los literales a), b), c) y d) (en este caso sólo aquellas que no perseguían fin de lucro) del artículo 1º del Decreto Ley Nº 10.384.

Para el procedimiento de contratación la Comisión Honoraria sumaba a su integración habitual cuatro miembros técnicos (uno por cada uno de los siguientes organismos: MSP, Federación de Sociedades Mutualistas, Facultad de Medicina y Consejo Central de Asignaciones Familiares). La Comisión así integrada confeccionaba los pliegos de condiciones, abría el llamado para que las instituciones interesadas hicieran sus propuestas, las evaluaba y seleccionaba aquellas que cumplían con los requisitos. Los beneficiarios del seguro podían elegir para su cobertura la que mejor le pareciera en caso de existir más de una opción. Vale decir que la libertad de elección del usuario se limitaba a las ofertas aprobadas por la Comisión.

La modalidad de pago del seguro a las instituciones seleccionadas era mediante el reembolso mensual de las cuotas correspondientes por los beneficiarios que hubiesen elegido su cobertura y cuyo precio estaba incluido en la propuesta presentada. Estaba previsto que aquel trabajador que al momento de entrar al seguro ya estuviera afiliado a una institución diferente a la o a las que tenía contratadas la Comisión Honoraria, podía cambiar a alguna de estas o continuar con la misma y en este caso si el precio de la cuota de afiliación individual era mayor que la convenida por el seguro, debía pagar la diferencia de su bolsillo. También se preveía que quienes se jubilaran podían mantener la cobertura de asistencia médica a través del seguro para lo cual debían pagar a la Comisión Honoraria el importe de la cuota de afiliación acordada entre esta y el proveedor de los servicios. Vale decir que para los jubilados no aplicaba el criterio de aporte porcentual sobre su ingreso jubilatorio sino el pago de la cuota lo cual podía constituir una barrera para su permanencia en el seguro.

Desde la conformación del primer seguro de este tipo se señaló por parte de diversos actores políticos la necesidad de que los mismos no estuvieran segmentados por actividad, que su

cobertura alcanzara al núcleo familiar y que se integrara la cobertura materno-infantil que estaba a cargo del Cajas de Asignaciones Familiares.

Estos planteos iban en línea con la idea de un seguro público de salud que ya había sido planteado en los años 30 y a mediados de los 50. En la década de los años 60 la idea tomó particular impulso al menos en materia de propuestas y se presentaron en el ámbito legislativo un cúmulo de proyectos de ley de creación de seguros nacionales de salud con distinto alcance y orientación, ninguno de los cuales pasó de su etapa de estudio o simple estancia a nivel de la Comisión correspondiente en la Cámara de Representantes.

Así, en 1931 el SMU propuso la creación de un seguro nacional de salud administrado por el Banco de Seguros del Estado en virtud de sus competencias y en tanto no existía en ese momento un órgano de previsión social.

En 1956 en la V Convención Médica Nacional se hizo referencia a la necesidad de un seguro de salud de carácter universal financiado de manera bi o tripartita.

En 1957 una Comisión Técnica del MSP, elaboró un proyecto de "Sistema de Seguridad de Asistencia y Enfermedad" financiado con aportes de los trabajadores, del empleador, de los jubilados y del Estado por quienes no tenían capacidad contributiva.

A nivel de la Cámara de Representantes se presentaron varios proyectos de ley desde fines de los años 50 hasta principios de los 70: en 1959 (seguro de enfermedad financiado con impuestos y aportes de los trabajadores, diferenciados por niveles de ingreso); en 1963 (seguro de asistencia nacional y subsidio por enfermedad financiado con aportes de trabajadores, jubilados, empleadores y el Estado para cubrir diferencia con el precio de una cuota unificada); en 1967 (seguro social obligatorio, financiado con aportes de trabajadores, pasivos, empleador y Estado); en 1968 (seguro nacional de enfermedad financiado con aportes obrero-patronales y complementos estatales) y en 1972 (sistema nacional de salud integrado por todos los servicios asistenciales existentes que pasaban a ser públicos dependientes del Ministerio de Salud Pública - único proyecto que salía de la lógica de la seguridad social y se enmarcaba más en un modelo al estilo Beveridge-).

Finalizada la dictadura se replantearía el tema. En 1984 la VII Convención Médica Nacional nuevamente propone la creación del Servicio Nacional de Salud y en febrero de 1985 dentro del marco de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO) se propuso la creación del Sistema Nacional de Salud financiado por un Fondo Nacional de Recursos constituido con aportes del Estado y de la población en proporción a sus salarios, rentas o patrimonio (**36**).

La puesta en marcha de los seguros de enfermedad tuvo un impacto importante en el sector de la medicina colectivizada ya que implicó un aumento de la cantidad de afiliados, incentivó la creación de nuevas instituciones y aceleró el proceso incipiente de conformación de este tipo de empresas en el Interior del país.

Los servicios de atención materno infantiles financiados por los organismos de la seguridad social (primero Asignaciones Familiares y luego el BPS) también supusieron una demanda adicional para las empresas del Interior que dinamizaron el proceso de conformación de estas instituciones.

Si bien en Montevideo la mayoría de los acuerdos de asistencia médica de las Comisiones Honorarias Administradoras de los Seguros de Enfermedad (conocidas como las "CHA") fueron establecidos con el CASMU que vio fuertemente incrementado su padrón de "abonados", en el Interior lo fueron con instituciones locales que o bien ya estaban instaladas y aun así debieron ajustar su oferta a esta nueva demanda, o bien se conformaron en gran medida a instancias de esta demanda concreta. Más adelante se describe el impacto de estos avances de la seguridad social en la estructura asistencial en el Interior. Solo a título ilustrativo cabe señalar que en nueve años, de 1961 a 1970, se crearon 13 instituciones de asistencia médica colectiva en el Interior del país.

Es razonable pensar que el crecimiento de la cantidad de afiliados a las instituciones de medicina colectiva en los veinte años que van de 1950 a 1970 no se debe solo a la puesta en marcha de los seguros de enfermedad (que además se iniciaron en 1958) pero las estimaciones disponibles en ausencia de datos más confiables permiten afirmar que su incidencia fue muy alta. Según algunas fuentes entre 1952 y 1965 la cantidad de afiliados aumentó de 400.000 (**37**) a 600.000 y para 1974 alcanzaba casi el millón de personas (**38**).

No debe perderse de vista que por esta época también comenzaron las afiliaciones a las IAMC mediante convenios colectivos de trabajadores privados en general de empresas de gran porte. Estos convenios seguían de alguna manera el esquema de los seguros de enfermedad por rama de actividad ya que eran el resultado de un acuerdo obrero patronal y por tanto se financiaban con aportes de ambas partes. Tales fueron los casos por ejemplo, de los trabajadores de Alpargatas, Conaprole, Cristalerías del Uruguay y Ferrosmalt, afiliados por este mecanismo al CASMU (**39**).

9. La unificación de los seguros por enfermedad por rama de actividad. Un nuevo impulso al modelo bismarckiano.

No bien iniciada la dictadura se intervinieron las Comisiones Honorarias Administradoras de los Seguro de Enfermedad por rama de actividad mediante el Decreto 736/973 bajo el argumento de que su "desequilibrio presupuestal y administrativo implicaba un riesgo cierto de cesación de la provisión de los servicios a sus beneficiarios". El decreto crea una Comisión Interventora con potestades de administración de todos los seguros.

En el año 1975 se promulgó el Decreto Ley Nº 14.407 por el que se unificaron estos seguros que desaparecieron como tales y se creó la Administración de Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE) como servicio descentralizado con el cometido de administrar el seguro de enfermedad de los trabajadores anteriormente comprendidos en las leyes que crearon los respectivos seguros. La norma habilitó a incluir otros colectivos de trabajadores a iniciativa del nuevo organismo y estableció que los jubilados de los sectores comprendidos o quienes se jubilaran en el futuro podrían mantener la cobertura mediante el pago a la institución de una cuota cuyo precio no podía ser mayor que la del contrato entre ASSE y el proveedor de la asistencia (prácticamente el mismo mecanismo que preveían los seguros de enfermedad previos). Lo mismo se estableció para cónyuges e hijos menores de edad del trabajador. El nuevo organismo también tenía a su cargo el pago del subsidio por enfermedad que la norma modificó en algunos aspectos no menores.

El fondo de financiamiento del seguro administrado por ASSE se integraba con el aporte de hasta 5% de la nómina salarial a cargo del empleador y de hasta 3% de la remuneración nominal del trabajador. Se dejó abierta la posibilidad de un ajuste a la baja de estas alícuotas otorgándole a ASSE la potestad de proponer su reducción al Poder Ejecutivo (lo cual no iba a suceder en los hechos) y además se estableció que el trabajador no aportaría el porcentaje referido por el monto del salario nominal que excediera los ocho salarios mínimos. Es decir, se establecía un monto máximo imponible que fue derogado en la ley Nº 15.903.

El primer cometido de ASSE de acuerdo al decreto ley era "asegurar, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, la prestación de la asistencia médica completa por las instituciones o dependencias asistenciales privadas u oficiales habilitadas para la prestación de tales servicios." Vale decir que no solo las instituciones de medicina colectiva eran las que estaban habilitadas a contratar con ASSE la cobertura de los trabajadores sino también otros servicios privados y los servicios públicos. Esto último que se mantuvo en las competencias de los organismos que sustituyeron ASSE en los años siguientes, nunca se reglamentó ni se puso en marcha pero el criterio se retomó en la reforma de 2008 con la inclusión de la Administración de Servicios de Salud del Estado como prestador elegible por parte del beneficiario del SNS.

Más allá de otras intenciones que animaron la intervención y las consecuencias que ello tuvo en otros planos, en lo que refiere estrictamente a la suficiencia de los seguros de enfermedad era una realidad que la mayoría de ellos eran deficitarios y que existían desigualdades producto de las diferentes escalas tanto de cantidad de beneficiarios contribuyentes como de su capacidad contributiva en función de sus diferentes niveles salariales.

El modelo que se plasma con el Decreto Ley Nº 14.407 es el de un seguro social de administración pública centralizada sustentado en un fondo de recursos que mancomuna los aportes bipartitos obrero – patronales y que por tanto en comparación con la situación previa de seguros atomizados, mejora el diseño de la cobertura de riesgos de salud de los beneficiarios y su sostenibilidad en el tiempo. Más allá de la ilegitimidad de sus autores se trata del primer seguro de salud público formalmente establecido como componente de la seguridad social. Naturalmente dado el contexto su gestión dejó de ser tripartita y quedó a cargo de un Directorio de tres miembros designados por el Poder Ejecutivo.

Un dato no menor es el carácter de servicio descentralizado que se le otorgó a ASSE sobre todo teniendo en cuenta la discusión que en el inicio de la reforma del 2008 se dio respecto al grado de autonomía que debía tener el organismo administrador del SNS al que finalmente se le dio apenas el rango de órgano desconcentrado. Las razones por las que en 1975 se optó por un grado de descentralización importante aunque no el máximo, no están expresadas en el mensaje del proyecto. No obstante, este nivel de autonomía del seguro social de salud duraría muy poco.

Otro aspecto importante previsto en el Decreto Ley Nº 14.407 es la previsión de la conformación de Seguros Convencionales o Cajas de Auxilio para aquellos convenios entre empresas o conjuntos de empresas y por lo menos dos tercios de sus trabajadores. Estas cajas debían asegurar la provisión de prestaciones por lo menos iguales al del seguro público gestionado por ASSE y las contribuciones de empleadores y empleados no debían ser superiores a las del régimen general. En aquellos casos en que estos extremos se cumplieran, los beneficiarios de las cajas de auxilio y de los seguros convencionales podían exonerarse de la cobertura del seguro

público y por tanto de la contribución a su fondo. Se trataba de alguna manera de una perforación al régimen relativamente general para los trabajadores de la actividad privada. Esto habilitó a que algunas empresas organizaran sus propios seguros de salud para sus trabajadores (tales los casos de ONDA, Conaprole y la industria tabacalera). Años después a partir de esta disposición se crearía en 1997 la caja de auxilio del personal médico de las empresas de FEMI (luego FEPREMI), esto es, el Seguro de Enfermedad de los Médicos del Interior (SEMI) y en 1999 la Caja de Auxilio y Seguro Convencional de Salud Médico (CASEMED) para los médicos de varias empresas de Montevideo y una cooperativa menor del Interior que oficiaba en ese entonces como sede secundaria del CASMU (XII).

En octubre de 1979 el gobierno de facto decretó el Acto Institucional Nº 9 que modificó el sistema de jubilaciones y pensiones y cambió la organización de los servicios públicos relacionados con la seguridad social. Del punto de vista programático (artículos 1 a 4) la norma definió expresamente el concepto de seguridad social, enunció sus principios generales y determinó explícitamente las contingencias garantizadas en su cobertura, incluida la salud. De esta manera se terminó de definir un marco general de orientación bismarkiana para todo el sistema de seguridad social .

Por otra parte, en la parte expositiva de la norma, más precisamente en el considerando V), los autores expresaron las razones por las que entendían que las instituciones relacionadas con la seguridad social debían estar sujetas a un control estricto y por ende su gestión debía estar centralizada. Así fue que se eliminó ASSE, y sus cometidos con relación "al otorgamiento de las prestaciones que cubren las contingencias protegidas por el sistema de seguridad social relativas a la pérdida de la integridad psicosomática del trabajador" (así reza la referida norma), pasaron a la nueva Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Adicionalmente, la administración de los subsidios por enfermedad pasó a ser competencia de otra Dirección del referido Ministerio con lo que DISSE solo fue continuadora de ASSE en lo que refería a la cobertura de las prestaciones médicas. Un dato anecdótico es que aun cuando esto implicó la desaparición de DISSE en la jerga sectorial por muchos años se siguió llamando a quienes tenían cobertura por la seguridad social, afiliados DISSE o afiliados ex DISSE.

Finalizada la dictadura, la Ley Nº 15.800, llamada de reinstitucionalización del BPS, significó la descentralización de la gestión de la seguridad social en su máxima expresión posible de acuerdo a lo que dispone la Constitución y los cometidos de la DISSE que desapareció con esta ley, pasaron al ámbito de competencia del BPS en su Área de Prestaciones.

En los hechos el BPS se limitó a la recaudación de las contribuciones y el correspondiente pago a las instituciones elegidas por los beneficiarios para su cobertura. La compra de los servicios por parte del organismo de previsión social para sus asegurados es decir los beneficiarios del seguro social de salud, tenía apenas contrapartidas para los prestadores en el entendido que las exigencias y controles eran potestad del Ministerio de Salud Pública.

(XII) Inicialmente involucraba en 1999 a las siguientes instituciones: CASMU, CIMA, COOPERATIVA CENTRAL MEDICA, CUDAM, COMAEC, MIDU y COMEDU (Cooperativa Médicos Unidos) de Maldonado.

El seguro social por enfermedad amplió su cobertura en años posteriores. Así es que en 1986 se incorporaron los trabajadores rurales; en 1988 se incluyeron las empresas unipersonales y en 1992 fue el turno del servicio doméstico. En ocasión de la reforma previsional del año 1996 (Ley Nº 16.713) se habilitó paradójicamente a que los jubilados de menores recursos pudieran optar por la cobertura de la seguridad social. En 2003 se amplió a funcionarios del Poder Judicial.

10. La cobertura de salud de los funcionarios públicos. Todos los esquemas posibles.

Mal que bien la cobertura sanitaria de los trabajadores privados se fue encuadrando desde fines de los 50 dentro de un esquema de seguridad social. Esto no fue así en el caso de los trabajadores públicos y no porque su cobertura se haya enmarcado dentro de un esquema diferente sino porque precisamente no tuvo ningún marco de referencia ni modelo a seguir. Los funcionarios públicos nunca contaron con un mecanismo general común de cobertura sanitaria hasta la reforma del 2008 en que se los incluyó en el régimen general de seguridad social aunque con excepciones.

La cobertura de salud de los funcionarios públicos fue un proceso no planificado que evolucionó por impulsos producto de decisiones en unos casos del gobierno central, en otros de los gobiernos departamentales y en otros aún de organismos autónomos, todas ellas descoordinadas temporalmente y desalineadas entre sí. El resultado fue un cúmulo de mecanismos de cobertura diferentes que iban desde el subsidio a la demanda hasta el financiamiento de la oferta con combinaciones diversas entre estos dos extremos.

En algunos casos el principal motivo que dio origen a un esquema de atención médica propio fue la particular condición laboral de los funcionarios y los riesgos sanitarios específicos a los que se enfrentaban por el tenor de sus tareas. Al menos esa fue la razón esgrimida en el caso de los funcionarios de ANCAP (aunque resulta obvio que esos particulares riesgos aplicaban solo a los operarios de las plantas y no por ejemplo, al personal administrativo), y la que históricamente se manejó para fundamentar los servicios públicos destinados a los funcionarios militares y policiales.

El Servicio Médico de ANCAP se creó en 1957 y al igual que los del Banco de la República y del Banco Hipotecario (en los que el fundamento para su instauración no fue naturalmente la particular situación laboral de sus funcionarios) funcionaba sobre la base de un modelo con servicios propios para la atención ambulatoria y la contratación a terceros de la paraclínica y la internación médico – quirúrgica en una institución de asistencia médica colectiva. Eran pues, pequeños esquemas de seguro con provisión de servicios propios y contratados, independientes del resto del sistema.

Distinto fue el caso de los funcionarios del MSP y de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis. En 1964 la Ley Nº 13.223 les otorgó a estos funcionarios, a los ex funcionarios jubilados, a sus cónyuges y familiares en primer grado de consanguinidad, la cobertura de la atención integral gratuita a través de los servicios propios o contratados del MSP. Esta norma obviamente se hizo extensiva a los funcionarios de ASSE cuando esta fue creada.

Ese mismo año se creó un seguro de enfermedad a imagen y semejanza de los que se implementaron para los trabajadores privados, para los funcionarios de OSE (CHASSFOSE - Ley 13.318, artículos 337 a 339).

Por su parte en 1986 se dispuso un régimen de subsidio a la demanda para los funcionarios públicos de Presidencia, de los Ministerios (con excepción de los Ministerios de Defensa Nacional, Interior y Salud Pública), Poder Judicial, Tribunal de Cuentas, Corte Electoral, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Administración Nacional de Educación Pública y Banco de Previsión Social, consistente en el reembolso de una partida específicamente destinada al pago de su afiliación a una institución de asistencia médica colectiva (artículos 15 y 15 de la Ley Nº 15.903). Igual mecanismo adoptó la Universidad de la República para sus funcionarios.

Los Gobiernos Departamentales por su parte avanzaron de manera independiente por otro mecanismo relacionado con la modalidad de afiliación por convenio colectivo con una IAMC.

La reforma de 2008 con la inclusión de los funcionarios públicos en la cobertura del SNS dejaría sin sentido estos esquemas de cobertura a excepción de los referidos a los funcionarios municipales y de las Juntas Departamentales que seguirían funcionando de igual manera.

Pero quizás los ejemplos más paradigmáticos de esquemas de cobertura integral destinados a un colectivo en particular de funcionarios públicos y sus familiares y extendido a los ex funcionarios retirados, de mayor relevancia por su desarrollo son los que refieren a militares y policías.

La creación de este modelo se remonta a finales del siglo XIX. Previo a la inauguración del hoy llamado Hospital Central de las Fuerzas Armadas en 1908, el personal militar se atendía en algunas salas específicamente destinadas a ello en el Hospital de Caridad. No existían hasta entonces servicios médico – militares. Fue a iniciativa de algunos oficiales del Ejército que entendían que era necesario un instituto específicamente destinado a la atención del personal militar, que se crea una Comisión de carácter particular con el fin de recolectar fondos para la construcción de un hospital. Esta iniciativa consistía en la donación de un monto mensual determinado de dinero a descontar del salario de todos los miembros del Ejército y de la Armada que hubieran aceptado hacerlo.

Esta Comisión comenzó a construir el hospital en 1893. Tras doce años de obras, en 1905 un decreto del PE creó el Consejo Honorario de Administración del Hospital Militar y la obra pasó a manos de esta y por ende del Estado. El hospital se inauguró en 1908 habiendo recibido fondos para su concreción final de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública. Paradójicamente entonces, se concretó la instalación de un hospital específicamente diseñado para la atención de lesiones asociadas al cumplimiento de las tareas militares, a cuatro años de la finalización del último conflicto armado y en pleno proceso de consolidación del Estado moderno sin que nada hiciera augurar la posibilidad de nuevos episodios bélicos.

Posteriormente la Ley Nº 6.842 de 1918 creó el Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada dependiente del Ministerio de Guerra y Marina con el objeto de “prestar asistencia médica y quirúrgica a los militares enfermos o heridos”. A principio de los años 60 se amplío la cobertura a familiares y retirados. (**40**) (**41**).

Esta breve cronología parece indicar que el proceso de creación de un servicio específico para la atención de los miembros de las fuerzas armadas y particularmente de un hospital con esos fines, fue totalmente independiente del proceso de conformación de la APN y de la instalación de sus hospitales para la población general aunque sin duda quedó enmarcado en la política sanitaria global de la época que implicaba dar un fuerte impulso a la infraestructura hospitalaria pública. Lo interesante es que en ningún momento de este proceso parece haber habido cuestionamientos a la pertinencia de un sistema propio para este colectivo más allá de algunos planteos esporádicos sin mayor trascendencia incluso en los años de discusión de la reforma de 2008 y siguientes.

Algo similar puede decirse con relación a la atención médica del personal policial. En este caso el proceso fue inverso al de los militares. Primero se creó en 1933 el Servicio de Sanidad Policial que daba atención sólo al personal ejecutivo en actividad en locales que oficiaban de policlínicas y con internación en los servicios del Hospital Militar, y casi cincuenta años más tarde se inauguró el hospital propio. En 1957 con la creación del Servicio Policial de Asistencia Médica los beneficios de la cobertura se extendieron a los policías retirados y en 1971 se amplió a los familiares. En 1980 se inauguró el Hospital Policial que se había comenzado a construir en 1975.

La reforma de 2008 no introdujo modificaciones a estos esquemas públicos de salud para estos colectivos y los exoneró explícitamente como funcionarios públicos (personal militar y policial en actividad) y como jubilados (retirados beneficiarios de sus correspondientes esquemas de previsión social) de su inclusión en el régimen del SNS.

11. El proceso de creación, instalación y desarrollo de las instituciones de asistencia colectiva en el Interior

Los cambios provocados por la aparición de los seguros por enfermedad y su unificación ulterior tuvieron un impacto cierto en la estructura del sector de las instituciones de medicina colectiva. En el caso de Montevideo a las empresas que se crearon en la década de los 50 se agregaron otras en los años 60 seguramente motivadas en parte por la demanda de servicios de estos seguros.

Como ejemplo de lo dicho en las décadas de los años 50 y 60 se instalaron en Montevideo nuevas instituciones casi todas ellas bajo las formas jurídicas de sociedades de producción sanitaria (literal b), entidades gremiales de asistencia médica (literal c) o sociedades formadas por grupos médicos (corporaciones médicas) (literal d).

Dentro de este grupo de nuevas empresas se pueden mencionar a título meramente enunciativo y no taxativo, las siguientes: Asociación de Empleados Civiles de la Nación, Centro Integral Médicos Asociados (CIMA), Centro Médico Cooperativo (CEMECO), Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM) (1955), Gremial Médica Centro Asistencial (GREMCA) (1966), Instituto Médico de Previsión Social, Asistencia y Servicios Afines (IMPASA) (1958), Organización Cooperativa Asistencial (OCA), Organización Médica Asistencial (OMA) y Sociedad Universal (1956). Más adelante en 1974 se inaugura Servicio Médico Integral y en 1983 Central Médica Gremial.

El universo de instituciones de asistencia colectiva en la Capital a fines de los años 60 no se agota en las mencionadas hasta ahora en este trabajo. En 1966 existían además de las ya mencionadas hasta aquí las siguientes: Sociedad Portuguesa, Sociedad Italiana Agrícola, Sociedad Alemana de Socorros Mutuos, Sociedad Italo-Uruguaya, Mutualista Cosmopolita de Maroñas (todas ellas asociaciones mutualistas), Sociedad Médica Integral Cooperativista, Instituto de Asistencia Médico-Quirúrgica, C.E.M.E.L.A., y Cooperativa Médico-Social (**42**). Es difícil determinar cuando fueron creadas estas y hasta que año funcionaron.

En contrapartida a la inflación de la cantidad de instituciones en Montevideo, en el Interior del país la situación era muy diferente.

"En materia de salud, las desigualdades entre Montevideo y el resto del país eran enormes. El sistema mutual no se había desarrollado en el interior, donde la atención privada estaba monopolizada por los consultorios particulares y unos pocos sanatorios. Los recursos humanos y tecnológicos (muy limitados respecto a los que se conocen hoy) estaban concentrados en la capital". Así caracterizaba la FEMI la situación asistencial en el Interior en la década de los años 50 del siglo pasado (**43**).

Por aquel entonces la asistencia se limitaba a la práctica privada del profesional en su consultorio, la atención en el hospital público y la atención de mutualistas instaladas desde muy larga data pero de muy escasa cobertura (tales los casos de Salto, Paysandú, Florida, Colonia y Lavalleja por ejemplo). Existían también sanatorios médico - quirúrgicos privados que en algunos casos como se verá, fueron adquiridos por las instituciones de asistencia colectiva en años posteriores tal como había sucedido en Montevideo.

Fueron dos los hechos que dieron lugar al inicio del cambio de esta situación aunque con diferente velocidad según departamentos o regiones (es difícil por no decir imposible tomar el Interior como unidad homogénea).

Por un lado la presencia cada vez mayor de agremiaciones médicas locales. La creación del SMU y su evolución posterior fue un fenómeno netamente montevideano y su penetración en el Interior fue escasa o nula. Esto implicó que en los diferentes departamentos se conformaran gremios médicos locales, en algunos casos de manera muy precoz o relativamente precoz como en Salto y Rivera en 1930 y 1932 respectivamente, y en Paysandú en 1946, pero en la mayoría de los casos esto sucedió más tardíamente y se concentró en la década de los años 60.

De las 24 agremiaciones vinculadas en su origen a las instituciones que hoy forman parte de FEPREMI, 15 (62.5%) se crearon entre 1961 y 1970; sólo 8 son anteriores a 1960 (33%) de las cuales 5 se crearon en la década de los años 50 y 3 se crearon con anterioridad a esos años como ya se vio.

Es interesante señalar que aún antes de la creación de algunas de estas agremiaciones departamentales, se fundaron gremios regionales. Así es que en 1926 se creó la Sociedad Médico Quirúrgica del Centro de la República; en 1939 la Sociedad Médica del Este y en 1944 la Asociación Médica Litoral Norte. También hubo una Sociedad Médica del Sud-Oeste. Todas ellas además, apuntaron a la conformación de una Federación de gremiales en 1946 que no tuvo mayor andamiento (**44**).

La concentración en la década de los 60 del surgimiento de las agremiaciones es indicador de un cambio en la concepción de la actividad médica y la asunción por parte del colectivo médico de la necesidad de agruparse para poder dar respuestas adecuadas a la demanda asistencial de la población. La medicina se hacía cada vez más compleja con requerimientos paraclínicos y farmacológicos cada vez mayores. Esto implicó una disminución de la cantidad de personas con capacidad de pago para hacer frente a los crecientes costos de la atención particular en un contexto país además, de estancamiento económico. Esa misma complejidad también significó un desafío para el médico en su consultorio particular por cuanto ya no era suficiente solo su conocimiento y sus habilidades para resolver las situaciones médicas que se le planteaban. Es así que a los gremios médicos les siguieron de forma más o menos inmediata las instituciones de asistencia de prepago. La respuesta asistencial organizada en el Interior siguió el modelo SMU - CASMU con la creación de instituciones de propiedad de los gremios o fuertemente ligados a estos.

El segundo hecho que motivó este proceso fue la aparición de los seguros por enfermedad por rama de actividad. Esto dio lugar a la necesidad de dar respuesta a la demanda de atención de nuevos colectivos cuyo modelo de aseguramiento requería de instituciones como las previstas en la normativa legal vigente.

Sin duda el impacto de estos seguros fue disímil según los departamentos ya que dependía de la presencia y el grado de desarrollo de las industrias a las que referían los seguros. Algunas instituciones del Interior en sus comienzos incluso, solo admitían afiliaciones colectivas dentro del marco de los referidos seguros y no tenían afiliados individuales. Tal fue el caso por ejemplo, de COMEPA que al inicio solo dio cobertura a los beneficiarios de los seguros de enfermedad de administración tripartita (en 1974 agrega un seguro médico quirúrgico individual y en 1978 se constituye en institución de asistencia médica colectiva de cobertura total).

A los seguros de enfermedad se agregó también la atención de los beneficiarios del seguro social de Asignaciones Familiares que como se señaló antes en el Interior recurrió a la contratación de servicios para cumplir sus cometidos. Además, existía otra demanda potencial de cobertura sanitaria de trabajadores mediante la modalidad de convenio colectivo de afiliación.

El proceso de conformación de las instituciones de medicina colectiva tuvo una dinámica diferente por departamento. Las figuras jurídicas adoptadas predominantemente fueron las sociedades de producción sanitaria y las sociedades de propiedad gremial. Más adelante con la regulación de 1981, muchas de ellas adoptaron la forma cooperativa prevista específicamente en el nuevo marco legal.

Independientemente de los aspectos formales lo particular de todas estas instituciones era precisamente la propiedad cooperativa a cargo de un grupo de médicos radicados en su respectivo departamento y agrupados en el gremio médico local. Estas tres características (ser médico, estar radicado en el Interior y pertenecer al gremio) fueron los factores aglutinantes para la conformación de estas instituciones en las que los médicos encontraban el espacio idóneo para el correcto ejercicio de su profesión de una manera acorde a sus legítimos intereses.

En 1965 se relanza la idea de una federación de gremios médicos del Interior y en 1966 se crea la Federación Médica del Interior (FEMI) que fue un factor dinamizador del proceso de

conformación de los gremios y de sus contrapartidas asistenciales basadas en las tres condiciones mencionadas anteriormente.

De las instituciones que hoy conforman FEPREMI, 2 fueron creadas en la segunda mitad de la década de los años 50, algo más de la mitad (13 instituciones que representan 54% del total) lo fueron entre 1961 y 1970 y 8 en la década de los 70 (33%). Solo 1 se crea en la década de los 90 pero corresponde a la Cooperativa Médica de Young que hasta ese momento era una filial de AMEDRIN.

Como ya se mencionó las instituciones en sus inicios aprovecharon para sus servicios de internación la capacidad instalada en sanatorios privados a nivel local. En general en primera instancia contrataron camas y más adelante compraron estos sanatorios. Así, por ejemplo, en Río Negro, AMEDRIN adquirió el sanatorio privado del doctor Casaretto (Centro Asistencial Médico, Obstétrico y Quirúrgico - CAMOQ); GREMEDA en Artigas utilizó desde sus inicios el Sanatorio Artigas del doctor Gómez Gotuzzo hasta la inauguración de su sanatorio propio; en Rocha, COMERO utilizó primero y adquirió después el Sanatorio que había sido inaugurado en 1927 con el nombre de su propietario, doctor Antonio Lladó, y que en 1931 pasó a denominarse Sanatorio Rochense; en Salto la SMQS históricamente arrendó los servicios de internación de los dos sanatorios privados de la ciudad, el Sanatorio Uruguay y el Sanatorio Salto; la IAC de Treinta y Tres en 1984 adquirió el sanatorio privado de CRAMQSA; en Colonia CAMOC compró el Sanatorio Regional inaugurado en 1951; CAMS en Soriano adquirió en 1965 el sanatorio privado “Mercedes” que había sido inaugurado en 1953 y era de propiedad de la Asociación Médica Mercedaria de Previsión y Asistencia Sociedad Anónima (AMMSA). Más acá en el tiempo todas las instituciones construyeron sus sanatorios propios. La mayoría de ellos fueron ampliados luego del año 2008.

A continuación se detalla la lista de las agremiaciones médicas y de las instituciones de asistencia colectiva en cada departamento con sus respectivos años de creación y su denominación original.

Gremios médicos e instituciones de asistencia médica colectiva del Interior y año de creación

Nombre del Gremio	Año de creación	Nombre de la institución asistencial	Año de creación
Sociedad Médico Quirúrgica de Salto	1930	Centro de Asistencia Médica de la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto	1956
Sindicato Médico de Rivera	1932	Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Rivera (CASMER) (1)	1967
Asociación Médica de Paysandú	1946	Corporación Médica de Paysandú (COMEPA) (2)	1967
Asociación Médica de Maldonado	1956	Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado	1975
Sindicato Médico de Durazno	1956	Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno (CAMEDUR)	1966
Asociación Médica de Rocha	1957	Instituto de Asistencia Médica Rochense (3)	1979
Asociación Médica Regional La Paz, Las Piedras, Progreso y Sauce	1953	Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral (CRAMI)	1958
Agrupación Médica de Pando	1959	Centro Asistencial de la Agrupación Médica Pando (CAAMEPA)	1982

Asociación Médica del Este de Colonia	**1961**	**Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC)**	**1970**
Sindicato Médico Departamental de Maldonado	**1961**	**Asistencial Médica Departamental de Maldonado (4)**	**1978**
Asociación Médica de Colonia	**1962**	**Organización de Asistencia Médica Cooperativa de Colonia (ORAMECO) (5)**	**1973**
Sindicato Médico de Florida	**1962**	**Asociación Médica Departamental de Florida (6)**	**1971**
Gremial Médica de Cerro Largo	**1963**	**Centro de Asistencia de la Asociación Médica de Cerro Largo (7)**	**1969**
Asociación Médica de San José	**1963**	**Asociación Médica de San José (AMSJ)**	**1963**
Unión Médica de Lavalleja	**1964**	**Órgano asistencial de la Unión Médica de Lavalleja (8)**	**1966**
Gremial Médica de Canelones	**1964**	**Corporación Médica de Canelones (COMECA)**	**1978**
Sindicato Médico Departamental de Artigas	**1966**	**Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Artigas (CASMA) (9)**	**1966**
Sindicato Médico de Tacuarembó	**1966**	**Corporación Médica de Tacuarembó (COMTA)**	**1967**
Asociación Médica de Flores	**1966**	**Corporación Médica de Flores (COMEFLO)**	**1966**
Asociación Médica de Treinta y Tres	**1967**	**Instituto Asistencial Colectivo de Treinta y Tres (IAC)**	**1970**
Asociación Médica de Río Negro	**1967**	**Asociación Médica de Río Negro (AMEDRIN)**	**1967**
Asociación Médica de Soriano	**1968**	**Centro Asistencial Médico de Soriano (CAMS)**	**1968**
Asociación de Médicos de Young	**1969**	**Cooperativa de Asistencia Médica de Young (CAMY) (10)**	**1997**
Asociación Médica del Oeste de Colonia	**1972**	**Centro Asistencial de la Asociación Médica del Oeste de Colonia (CAAMOC) (11)**	**1976**

Elaborado con base a datos de la publicación "FEMI. 50 años a la salud del Interior" y publicados en páginas web institucionales.

(1) El Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Rivera creado en 1967 pasó a denominarse Asistencial Médica Departamental de Rivera en 1976 y luego Cooperativa Asistencial Médica de Rivera en 1995.

(2) La Corporación Médica de Paysandú. En 1985 absorbe la Sociedad de Socorros Mutuos Circulo Napolitano, la Sociedad Italiana Femenina de Socorros Mutuos e Instrucción Circolo Napolitano y la Sociedad de Socorros Mutuos Femenina Fraternidad, todas de Paysandú.

(3) El Instituto de Asistencia Médica Rochense se transforma en Colectivo Médico Rochense (COMERO) en 1987.

(4) La Asistencial Médica Departamental de Maldonado (AMDM) es absorbida por la Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado en 2001.

(5) La Organización de Asistencia Médica Cooperativa de Colonia (ORAMECO) absorbe en 1973 la Asociación de Socorros Mutuos y la Sociedad Italiana, ambas mutuales de Colonia, y se constituye como cooperativa años más tarde. En 2015 se fusiona con CAMEC.

(6) La Asociación Médica Departamental de Florida absorbe en 1971 la Asociación Italiana creada en 1881 y en 1984 se constituye como Cooperativa Médica de Florida (COMEF)

(7) El Centro de Asistencia de la Asociación Médica de Cerro Largo en 1988 se transforma en Cooperativa Médica de Cerro Largo (CAMCEL) que en 2013 absorbe COMECEL

(8) El Órgano asistencial de la Unión Médica de Lavalleja absorbe la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos Unión y Benevolencia. En 1985 se transforma en la Cooperativa Asistencial Médica de Lavalleja (CAMDEL).

(9) El Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Artigas (CASMA) se convierte luego en Gremial Médica Artiguense (GREMEDA) en 1978.

(10) La Asociación Médica de Río Negro instala una filial en Young que luego se transforma a instancias de la Asociación de Médicos de Young en la Cooperativa Médica de Young (CAMY).

(11) El Centro Asistencial de la Asociación Médica del Oeste de Colonia se transforma en Cooperativa de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC) en 1988.

12. El impacto de los seguros de enfermedad y su unificación en la estructura del sector

La creación de los seguros por enfermedad por rama de actividad y su unificación en un seguro público así como la ampliación de su cobertura en las décadas de los 80 y 90, dio lugar a un importante crecimiento de la cantidad de afiliados a las IAMC y del peso relativo de los beneficiarios de la seguridad social en su cartera de socios y por tanto en su estructura de ingresos. Consecuentemente las instituciones del punto de vista económico financiero empezaron a depender de manera importante de recursos públicos. El proceso de conformación de un modelo de seguro social de salud de carácter público con prestadores privados se hacía cada vez más ostensible.

De acuerdo a algunas estimaciones, en 1964 había un total de 52.000 afiliados cubiertos por los seguros de enfermedad. En 1977 eran 145.500 y tan sólo tres años más tarde alcanzaban los 195.800. Esta cantidad aumentó a 250.900 en 1984. Para 1992 el total de afiliados era 559.000, en 1999 llegan a 580.000 y en 2007 año de inicio de la reforma alcanzaron los 764.000.

Cantidad de afiliados por la seguridad social según región. 1977 – 2007

	1977 (45)	1984 (46)	1992 (47)	1999 (48)(49)	2007
Montevideo	**143.900**	**163.900**	**313.000**	**330.600**	**436.000**
Interior	**51.900**	**87.000**	**246.000**	**249.400**	**328.000**
Total	**195.800**	**250.900**	**559.000**	**580.000**	**764.000**

Los años utilizados son aquellos para los cuales se han encontrado datos referidos en otros trabajos y para los que se ha podido realizar estimaciones razonables excepto los del 2007 que son tomados del SINADI

Esto significa que de 1964 a 1977 la cantidad de afiliados por la seguridad social se multiplicó casi por 4 (incremento promedio anual de 10.7%) y entre 1977 y 1984 casi se triplica esa cantidad con una tasa de crecimiento anual promedio de 3.6%. Entre los años 1984 y 1992 el aumento es a un ritmo nuevamente de algo más de 10% anual, entre 1992 y 1997 el incremento es muy moderado (0.5% al año en promedio) y entre 1999 y el año 2007 el aumento es importante con un promedio anual de 4%. Nótese que a excepción del período 1992 – 1997 que es el de menor crecimiento anual medio de los considerados, en todos los casos el ritmo de crecimiento en el Interior es superior al de Montevideo.

En treinta años, de 1977 a 2007, la cantidad de afiliados por los mecanismos de la seguridad social aumentaron a un ritmo de 4.8% anual (6,6% en el caso del Interior y 3,9% en el caso de las IAMC de Montevideo).

Cierto es que en este período también se produjo un aumento de la cantidad de afiliados a las IAMC en general. No obstante, las tasas de crecimiento de las afiliaciones por la seguridad social fueron más elevadas que la del crecimiento general.

Tasas de crecimiento anual medio afiliados por seguridad social. 1964 - 2007

Período	Montevideo	Interior	País
1964 - 1977			10,7
1977 - 1984	1,9	7,7	3,6
1984 - 1992	8,4	13,9	10,5
1992 - 1999	0,8	0,2	0,5
1999 - 2007	4,0	4,0	4,0

Los afiliados por la seguridad social representaban a mediados de la década de los 70 cerca de la mitad del total de los socios de las IAMC del Interior. En la medida que estas fueron creciendo y fortaleciéndose se fueron incorporando afiliados individuales (entre ellos personas que estaban afiliadas a instituciones de la Capital) o afiliados por convenios colectivos. De esta forma la cantidad total de socios de las IAMC del Interior se incrementó sostenidamente desde ese entonces. Para 1984 los afiliados por DISSE representaban sólo 23% del total. Luego el ritmo de crecimiento en general fue marcadamente más lento pero no así el de los afiliados por la entonces ya ex DISSE con lo cual para 1992 estos llegaron a ser el 47%. En torno a este valor se mantuvo la participación relativa de estos afiliados hasta inicios del 2000. Superada la crisis del año 2002 la proporción de afiliados por BPS aumentó y llegó a constituir el 60% en el año 2007.

En el caso de las Instituciones de Montevideo el peso relativo de las afiliaciones por la seguridad social se incrementó sostenidamente desde los años 70 en que representaban aproximadamente 20%. Alcanzaron 34% en 1992 y se mantuvieron en ese valor hasta el año 2000 para luego llegar a 46% a 2007.

La evolución general de la cantidad de afiliados a las IAMC muestra un pico máximo en 1999 y a partir de 2000 una caída agudizada por la crisis de 2002 con lo cual se llega a un mínimo en 2003 de 1.360.000 afiliados de los cuales 541.500 lo eran por la seguridad social. Luego comienza un período de incremento paulatino hasta llegar a 1.460.000 afiliados con 760.000 por vía del BPS en el año previo a la reforma (2007).

Queda claro entonces la creciente dependencia de las IAMC del financiamiento público que se retrotrae a por lo menos la década de los años 70. Sin embargo, el hecho de que solo algo más de la mitad de los afiliados fueran financiados con esos fondos y que el modelo de regulación estatal fuera menos intrusivo que en la actualidad dejaba un margen más amplio de gestión para las empresas.

De lo visto se desprende además, que por lo menos desde hace cincuenta años una parte relevante del sistema se edificaba en torno al seguro social público.

Composición de las afiliaciones por región de las instituciones según mecanismo. 1977 – 2006

		1977	1984	1992	1999	2006
Montevideo	Seguridad Social	16%	19%	31%	33%	48%
	Individuales y colectivos	84%	81%	69%	67%	52%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%
Interior	Seguridad Social	43%	23%	47%	46%	58%
	Individuales y colectivos	57%	77%	53%	54%	42%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL	Seguridad Social	20%	20%	37%	37%	52%
	Individuales y colectivos	80%	80%	63%	63%	48%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%

Los porcentajes se calcularon a partir de los datos obtenidos de las mismas fuentes utilizadas para la confección de la tabla referida a "Cantidad de afiliados por la seguridad social según región "

13. El Fondo Nacional de Recursos: primer seguro público de cobertura universal

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es en realidad la fuente de financiamiento del seguro para el acceso a ciertas prestaciones de medicina altamente especializada. Si se incluye en este trabajo una breve consideración acerca del mismo es porque se trata del primer seguro público de cobertura universal y porque su creación encierra más de una paradoja.

En primer lugar se trata de un seguro público peculiar en su diseño cuya relación inicial con los mecanismos formales de la seguridad social y por ende con sus organismos, no iba más allá de la inclusión en su cobertura de los beneficiarios de la DISSE de entonces. Los afiliados individuales a las IAMC quedaban comprendidos obligadamente y por ello debían pagar una cuota mensual de lo que podría denominarse "afiliación al FNR" pero que se identificaba como "cuota IMAE". Los usuarios de ASSE quedaban formalmente comprendidos en la cobertura de este seguro pero no mediante un prepago a cargo del Estado sino mediante el reembolso del precio de las prestaciones utilizadas con cargo a Rentas Generales (modalidad aún vigente).

Con la reforma de 2008 nada de esto cambió sustancialmente. Dada la ampliación de la cobertura a través de la seguridad social el pago obligado de cuotas individuales para su financiamiento se redujo significativamente y la proporción de beneficiarios por vía del SNS se incrementó marcadamente por lo que también lo hizo la proporción de recursos provenientes del fondo del SNS (FONASA) en forma de cuota o prima de valor único por cada beneficiario.

Como viene de decirse desde su inicio fue un seguro de cobertura universal para un conjunto de prestaciones de alta complejidad lo cual contrasta con el alcance de la cobertura del seguro público general (antes DISSE, hoy SNS) que no tiene este carácter. Esto significa que, mirado en conjunto el sistema de salud asegura a través del SNS el acceso a una canasta de prestaciones (Plan Integral de Atención a la Salud – PIAS) al 72% de la población pero a la vez asegura el acceso a algunos procedimientos complejos que integran esa canasta al 100% de la población.

Otra paradoja es el estatus jurídico del FNR como persona pública no estatal con una muy alta autonomía de gestión, que contrasta con la limitada autonomía de la JUNASA (órgano

desconcentrado del MSP) encargada de administrar el SNS del que depende en gran medida el FNR en términos económicos.

Por último, es interesante considerar que tanto la norma que creó el FNR, (decreto Ley Nº 14.897 de 1980), como la ley vigente que lo regula (Ley Nº 16.343 de 1992), tienen por objeto y así se expresa en el artículo 1º, la instalación de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE). Solo de forma subsidiaria a efectos del financiamiento de los IMAE la ley crea el FNR (artículos 4º y 3º de cada una de las normas mencionadas). Es decir, el objetivo principal de la ley es facilitar la instalación de la oferta de los servicios quizás porque fue pensada desde la perspectiva de quienes habrían de brindar esos servicios. A tal punto esto fue así que la cuota que se cobraba a los afiliados individuales a las IAMC con destino al FNR se denominaba cuota IMAE.

Hubiera sido más razonable que la ley tuviera una lógica inversa y se hubiese elaborado a partir de las necesidades sanitarias de la población o en el derecho al acceso a determinados servicios. Esto es, que su objeto hubiese sido asegurar la cobertura y el acceso de la población a la medicina altamente especializada para lo cual se creaba el FNR que se financiaría de determinada manera y que solo como consecuencia de ello se propiciaba la instalación de los institutos encargados de brindar esas prestaciones.

Para mejor visualizar esta paradoja, piénsese que de haberse seguido la lógica de la ley de creación del FNR en la conformación de la ley de reforma de 2008, esta hubiese tenido por objeto la instalación y habilitación de instituciones de atención médica integral para cuyo financiamiento se creaba el Fondo Nacional de Salud.

14. La regulación de 1981, su impacto en la estructura del sector y los años previos a los cambios del 2008.

A esta altura cabe hacer un comentario respecto a la denominación de las instituciones de atención médica de prepago. Desde los años 30 del siglo XX se les llamaba a todas genéricamente “mutualistas” seguramente en razón del predominio histórico de esta forma jurídica desde los inicios del sistema. Obviamente no todas lo eran y para los inicios de los años 80 las verdaderas mutualistas ya estaban en franco retroceso como la forma organizativa predominante. Sin embargo, la costumbre perduró al punto que todavía hoy popularmente se les sigue llamando de esta manera cuando subsisten sólo tres sociedades mutualistas. Luego se les comenzó a llamar sobre todo en el contexto de las normas que las fueron regulando, “instituciones de asistencia médica colectiva” como una forma de incluir en una misma denominación las diferentes formas jurídicas que fueron adoptando estas organizaciones que tenían en común la prestación de servicios médicos a un conjunto de socios voluntarios y una forma de financiamiento “colectiva” es decir compartida entre todos ellos mediante un prepago. Es llamativo que este último aspecto, que se recoge en la denominación, no sea claramente visible no solo para el común de la gente sino también para actores importantes del sistema, para los que estas instituciones son meramente proveedores de servicios y no aseguradores de los riesgos sanitarios de sus afiliados. La confusión en la denominación de estas instituciones se potenció con la creación de las Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) que es hoy día la figura predominante en el universo de estas organizaciones.

El decreto ley Nº 15.181 de 1981 y su reglamentación, constituyeron un nuevo marco normativo con impacto cierto en la estructura y el funcionamiento del sistema. Esta normativa se inscribía en un determinado programa político que incluía la ya realizada unificación de los seguros por enfermedad y su administración centralizada en el ámbito del Estado y (así lo expresaba el mensaje que acompañó el proyecto enviado al Consejo de Estado) dentro del denominado plan nacional de salud cuyas bases habían sido objeto del decreto 921/974. A título anecdótico en el plan se mencionaban como principales problemas del sistema de salud la duplicación y multiplicación de servicios asistenciales; el incontrolable incremento de los costos de la "dinámica medicina moderna"; la incidencia no controlada del gasto en medicamentos; el "incompleto aprovechamiento geográfico y antieconómica utilización de servicios médicos"; la insuficiencia de recursos humanos principalmente de enfermería; y la carencia de centros de medicina compleja. Que algunos de los problemas señalados transcurridos cuarenta años, sean similares a los que se plantean hoy día no necesariamente indican que nada se haya hecho al respecto sino que algunos de ellos representan desafíos a los que permanentemente se enfrentan los sistemas de salud.

En consecuencia este plan proponía como líneas de acción fortalecer la capacidad de control administrativo del MSP; propiciar la coordinación de servicios o la instalación de servicios comunes entre instituciones privadas o de estas con el MSP para mejorar la escala; contar con un vademécum de medicamentos básico nacional, comprar de manera centralizada medicamentos a cargo del MSP tanto para sus propios servicios como para las IAMC; crear un banco de medicamentos de alto costo; establecer un estatuto tipo para las IAMC con determinación de mínimos y máximos en la cantidad de afiliados y realizar el control técnico administrativo de su desempeño por parte del MSP; instalar centros de medicina altamente especializada de acceso universal (XIII).

De todos esos temas, el Decreto Ley Nº 15.181 refiere casi exclusivamente a dos puntos (estatuto tipo con máximos y mínimos de afiliados y control técnico administrativo del MSP). La mayoría de las otras líneas de acción a excepción de lo referido a la medicina altamente especializada, quedaron solo en su formulación.

Lo primero a destacar de esta norma es que por vez primera se considera la atención médica como un componente de la seguridad social. El proyecto original en el inciso segundo del artículo 1º rezaba lo siguiente: "el Estado establecerá una cobertura de atención médica básica —completa e igualitaria— para prestar y hacer que se preste dicha atención a todos los habitantes de la República, a través de organismos públicos y privados como parte integrante del sistema nacional de seguridad social", y el artículo 9º establecía que "la asistencia médica colectiva integra los servicios de seguridad social a que se refiere el artículo 67 de la Constitución de la República".

Sin embargo, el artículo 1º del texto finalmente promulgado se limitó a declarar que "el Estado establecerá una cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social, a través de organismos públicos y privados". Si bien

(XIII) Esto se concretó como ya se mencionó en 1979 con el decreto ley 14.897 luego derogado y sustituido por la Ley Nº 16.343 de 1993 llamada de creación de los IMAE.

es un artículo meramente programático y declarativo sigue vigente (como lo sigue estando prácticamente toda la norma desde su promulgación) y expresa de alguna manera la intención de avanzar en la cobertura de salud del conjunto de la población a través de la seguridad social (XIV).

El Decreto Ley 15.181 introdujo cambios importantes en el sistema de la medicina colectiva y reguló de manera más estricta su funcionamiento:

- Definió aunque de manera vaga la asistencia médica privada colectiva;
- Cambió la categorización de las instituciones de medicina colectiva y las figuras que pueden adoptar;
- Obligó a la mayoría de ellas (mutualistas y cooperativas) a contar con un número mínimo de asociados o afiliados para su funcionamiento (a definir en la reglamentación);
- Dispuso la obligatoriedad para las IAMC de contar con personería jurídica y ajustar sus estatutos a un "Estatuto Tipo" a determinar por vía reglamentaria (recién se hizo en 2001 por el decreto 127/001) y dispuso que debían fusionarse o transformar su tipo si fuera necesario para cumplir con estos requerimientos;
- Estableció la obligatoriedad para las IAMC de registrarse ante el MSP y obtener de éste la autorización para funcionar;
- Estableció requerimientos asistenciales, administrativos y contables a estas instituciones y las obligó a recabar autorización para crear, clausurar, suspender, ceder, constituir derecho de uso en favor de otras entidades de asistencia o arrendar servicios de atención médica; adquirir, enajenar, arrendar o prendar equipos sanitarios y adquirir, enajenar o hipotecar bienes inmuebles y construir, reformar o ampliar plantas físicas para la atención médica.
- Le cometió al MSP la inspección, fiscalización y control de los aspectos técnicos, administrativos, contables y técnico - laborales del funcionamiento de las IAMC.

Por último es de señalar que su último artículo deroga explícitamente el Decreto Ley Nº 10.384 pese a lo cual hubo instituciones que siguieron funcionando bajo la figura de sociedad de producción sanitaria por largo tiempo.

Las categorías de instituciones de asistencia colectiva previstas en esta ley eran: las Asociaciones Asistenciales, a las que define como aquellas "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", por lo que quedan en estas comprendidas las antiguas sociedades mutualistas y eventualmente las corporaciones; las Cooperativas de Profesionales definidas como las que "proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el

(XIV) A modo de ejemplo de la forma como se elaboraban las normas por aquellos años es interesante reseñar la cronología de este decreto ley desde su propuesta inicial hasta su aprobación. De acuerdo a lo que consta en el Diario de Sesiones del Consejo de Estado (CdeE) de 18 de agosto de 1981, el PE remitió al CdeE el proyecto el 31 de mayo de 1978; el 4 de diciembre de 1979 la Comisión de Salud Pública envió al Ministro de Salud Pública el texto acordado en la Comisión para recabar su consentimiento; en respuesta el 6 de mayo de 1980 el PE envió un nuevo proyecto ya que tenía discrepancias con el texto de la Comisión; el 14 de junio de 1980 la Comisión remitió el nuevo texto convenido en su seno al Ministro para conocer su opinión; el 31 de julio de 1980 el Ministro concurrió a la Comisión y mantuvo sus diferencias; el 9 de abril de 1981 la Comisión envió al Ministro un nuevo texto y no recibió contestación del MSP. El periplo terminó cuando a finales de julio de 1981 la Junta de Comandantes en Jefe envió una nota al Consejo de Estado inquiriendo por qué no había sido aprobado aún el proyecto. Resultado: pocos días después, el 4 de agosto de 1981 el Consejo de Estado lo aprobó.

capital social ha sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas" que recogía una realidad ya instalada de cooperativas médicas; los 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.

En 2008 la Ley Nº 18.440 agrega un literal d) para incluir a las IAMPP a las que define como "otras instituciones de asistencia médica privada de profesionales, que proporcionen, sin fines de lucro, asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que obligatoriamente trabajen en ellas".

Dado el alcance de las disposiciones del Decreto Ley Nº 15.181 resulta obvio su impacto en el funcionamiento de las IAMC. Para empezar el cambio de la categorías de instituciones hacía que muchas de las existentes debieran migrar su forma jurídica a la prevista en el literal B) tal como sucedió con la mayoría de las instituciones del Interior que hoy forman parte de FEPREMI que como es sabido debieron volver a modificar sus estatutos para pasar a quedar comprendidas en el literal d) correspondiente a las IAMPP a partir de 2008.

Al ya señalado proceso de dependencia creciente de fondos públicos por vía de la seguridad social para su financiamiento, se agrega mediante esta norma un marco regulatorio de mucho mayor exigencia ya esbozado en el Decreto Ley Nº 14.164 del año 1974. Las nuevas exigencias técnicas, administrativas, contables y sobre todo las referidas al mínimo de afiliados impactaron fuertemente en la estructura del sector de las IAMC. En 1983 se reglamentó en gran medida toda la norma mediante los decretos 86 a 93 de ese año (de los cuales posteriormente solo quedaron vigentes los decretos 88, 89 y 93).

El decreto 87/983 fue el que estableció para las IAMC el mínimo de 20.000 afiliados como requisito para funcionar con la excepción de las que fueran únicas en su departamento. Si bien la norma fue derogada en 1987 por el artículo 18 del decreto 301/987 y su entrada en vigor fue pospuesta en varias ocasiones, lo cierto es que produjo un reacomodo muy importante de la oferta de instituciones sobre todo en Montevideo.

Es necesario señalar que con anterioridad a la vigencia de esta norma ya se habían producido algunas absorciones, fusiones y cierres que significaron la desaparición de al menos cuatro instituciones. Esto indica que más allá de lo innegable de su impacto existía un proceso en marcha de inviabilidad de corto y mediano plazo de muchas instituciones que se vio catalizada por la disposición de 1981 y su reglamentación.

Entre 1983 y 1987 en Montevideo desaparecen al menos 16 instituciones, alguna de ellas por clausura, otras por absorción y en un caso por fusión entre dos o tres empresas dando lugar a una nueva. No obstante, dentro de ese grupo de 16 están también algunas que habiendo absorbido inicialmente a otra institución terminaron cerrando al poco tiempo por lo que la cantidad de instituciones que cerraron en ese período fue mayor.

Cierres, absorciones y fusiones de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. 1976 - 1990

Año	Instituciones involucradas
1976	AEPSM absorbe la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos
	Cooperativa de Asistencia Médica (CAM) absorbe el Instituto de Asistencia Médico Quirúrgico
1980	Sociedad de Beneficencia y Socorros Mutuos "Unión Portuguesa de Montevideo" cambia sus estatutos deja de ser de socorros mutuos y no presta más atención médica. Res. 2590/980
	GREMCA absorbe la Sociedad Italo - Uruguaya de Socorros Mutuos
1981	Cierra la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos de obreros italianos unidos. Res. 1178/981.
1982	ORAMECO absorbe la Asociación Colonia Socorros Mutuos. Res. 659/982
1983	Cierra Mutualista Uruguaya de Asistencia Médica
	Uruguay – España absorbe la Sociedad Cosmopolita de Socorros Mutuos de Maroñas. Res. 250/983
	Central Médica Gremial (Corporación Médica) absorbe la mutualista Social Médica
	Organización Médica Asistencial (OMA) absorbe las instituciones mutualistas Centro Assistenziale Italiano (CAI) y la Sociedad de Socorros Mutuos La Fraternal Unida. Res. 638/983
	Centro Integral Médicos Asociados (CIMA) absorbe Centro Médico Israelita y La Sociedad de Asistencia Médica y Previsión Social "La Fraternal Uruguaya". Res. 114/983
1984	Organización Médica Asistencial (OMA) absorbe Institución Médica Mayo Corporación de Asistencia Médica. Res. 811/984
	Asociación Española 1ª Socorros Mutuos absorbe Sociedad Española de Socorros Mutuos de Canelones. Res. 252/984
	Círculo Católico de Obreros de Paso Molino absorbe la Sociedad de Producción Sanitaria Centro Uruguayo de Asistencia Médica. Res. 791/984
	Cierra la Mutualista Batlle. Res. 979/984
	Gremial Médica Centro Asistencial (GREMCA) absorbe a "Institución Médica Cooperativa del Uruguay" (IMCU). Res. 1169/984
	Se fusionan la Sociedad de Socorros Mutuos-Círculo Napolitano Unión Fraternal y la Asociación Fraternidad y Previsión Social dando lugar a Unión de Mutualistas (UDEM)
	Círculo Católico de Obreros de Montevideo absorbe a Círculos Católicos de Obreros de Guadalupe (Canelones), Paysandú, Sarandí Grande, Santa Lucía, Rosario, San José, San Ramón, Santa Rosa, San Bautista y Tala. Res. 1188/984
	Sociedad Italiana de Mutuo Socorro absorbe la Sociedad Italiana de Mutuo Socorro de Canelones. Res. 1113/984
1985	Cooperativa Médica de Paysandú (COMEPA) absorbe la Sociedad de Socorros Mutuos Circulo Napolitano de Paysandú, la Sociedad Italiana Femenina de Socorros Mutuos e Instrucción Circolo Napolitano y la Sociedad de Socorros Mutuos Femenina Fraternidad de Paysandú. Res. 438/985
	Societa Italiana di Mutuo Soccorso absorbe Caja de Auxilio de los Obreros y Obreras del Frigorífico Nacional. Res. 785/985
	Organismo Asistencial de la Unión Médica de Lavalleja absorbe la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos Unión y Benevolencia de Lavalleja. Res. 439/085
	Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM) absorbe a Centro de Asistencia de la Gremial Médica Colón (Instituto Médico Colón). Res. 433/985
1986	Cierra la Unión de Mutualistas UDEM. Res. 507/986
	Cierra la Societá Italiana di Mutuo Soccorso. Decreto 855/986
1987	Cierra Organización Médica Asistencial (OMA)
	Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral (CRAMI) absorbe Centro Asistencial o Centro Asistencial Quirúrgico (creado en 1967)
1988	Cierre de la Asociación Mutualista del Partido Nacional. Decreto 879/988
1990	Asociación Médica de Río Negro (AMEDRIN) absorbe Mutualista Italiana, Española y Cosmopolita
	Cierra la Mutualista Pasteur. Decreto 357/990

Los casos reseñados en el cuadro son aquellos en los que se ha podido identificar una fuente que refiere a su fusión, absorción o clausura. Si se toma en consideración la nómina de instituciones registradas en el MSP para Montevideo en 1972 y se hace una estimación de cuáles lo estaban en el Interior ese mismo año, se puede concluir que en doce años, o sea a 1984, dejaron de estar activas 40 instituciones en todo el país.

En el Interior también se produjeron absorciones en departamentos donde había más de una IAMC. En el caso de Paysandú COMEPA absorbe tres pequeñas asociaciones de socorros mutuos y en Canelones el Círculo Católico de Montevideo absorbe varias mutualistas con igual nombre radicadas en diversas localidades del Departamento.

Como efecto alejado puede mencionarse también el cierre de otras dos IAMC de Montevideo en 1988 y 1990 y un proceso de absorción en el Interior.

La evolución de la cantidad de instituciones con los datos disponibles, que pueden no ser muy confiables, muestra que si bien había una leve tendencia a la baja en el número de empresas de Montevideo desde principios de los 70 a partir del pico máximo alcanzado en esos años (54 instituciones en 1972), es a partir de 1982 que el descenso es pronunciado y ya en 1984 habían desaparecido 27 instituciones, la mayoría de ellas mutualistas Para 1992 quedan sólo 19 organizaciones en la Capital. A partir de este año se inicia otro ciclo de caída en la cantidad de IAMC de Montevideo, este obviamente no relacionado o al menos no directamente con la reglamentación del año 1983, que hace que en 2007 previo a la reforma existiesen sólo 12 instituciones. En la actualidad son sólo 10.

El impacto de las reglamentaciones del Decreto Ley Nº 15.181 en la cantidad de IAMC en el Interior fue modulado en parte por la cantidad de nuevas instituciones asociadas a las gremiales médicas que se crearon con anterioridad a la norma en la década de los 70 y aun en los 80 antes y después de su entrada en vigencia. Esto de alguna manera compensó el cierre o la absorción de pequeñas entidades de carácter mutual que aun existían que se produjo como consecuencia de la norma referida. Es así que la cantidad de instituciones se mantuvo relativamente estable o apenas en descenso entre los años 1972 y 2007 (se pasa de 33 a 29 instituciones) y en los 16 años siguientes baja a 24.

Cantidad de IAMC por región.

Año	Montevideo	Interior	País
1966	41	22	63
1972	54	33	87
1984	27	34	55
1992	19	32	58
1999	19	31	50
2007	12	29	41
2023	10	24	35

Elaboración propia con base a diversas fuentes

La obligación de contar con al menos 20.000 afiliados tenía su fundamento en cuestiones de viabilidad de las instituciones. Es claro que es poco sostenible en el tiempo un seguro de prepago de cobertura integral con una cantidad baja de afiliados a no ser que el precio de la prima del seguro no este regulado y el asegurador lo fije libremente.

En 1972 había en Montevideo 54 instituciones, 13 se las cuales (24% del total) tenían menos de 2.000 socios y casi la mitad, 26 empresas, tenían entre 2.000 y 10.000 afiliados. Vale decir que 72% de las instituciones de la Capital eran en ese momento de dudosa viabilidad a juzgar por su

cantidad de socios. Seguramente existían varias instituciones mutualistas en el Interior en similar situación (se estima para ese año un total de alrededor de 100.000 afiliados y 33 instituciones lo que hace una media de 3.000 socios por institución).

Sin embargo, el contexto era bien diferente en uno y otro caso. En Montevideo las instituciones de prepago estaban presentes desde muy larga data y eran una alternativa de cobertura sanitaria para un amplio sector de la sociedad. Esta demanda sumada a la ausencia de regulación de la oferta, motivó un proceso de instalación continua de nuevas empresas que dio lugar a una situación de sobreabundancia de instituciones con las características señaladas que alcanza su pico máximo en los primeros años de los 70.

En el Interior el fenómeno de la cobertura a través de las mutualistas si bien fue también bastante precoz fue más limitado en su alcance. La expansión y consolidación de las instituciones de prepago fue más tardío que en Montevideo y se verificó como ya se dijo, en los años 60 y 70 a partir de la instalación de las sociedades de producción sanitaria o de tipo cooperativo vinculadas a los gremios médicos locales. Estas nuevas empresas más que sobre agregarse a las viejas mutualistas existentes las fueron desplazando e incluso en algunos casos, absorbiendo. En el Interior entonces, se produjo más una sustitución de instituciones que una sumatoria de empresas como había pasado en Montevideo.

Además, existieron diferencias del punto de vista temporal en uno y otro proceso. En el momento en que en la Capital se alcanza el máximo histórico de oferta de instituciones, en el Interior todavía se estaba transitando el proceso de instalación de las nuevas organizaciones de prepago que venían a sustituir a las antiguas mutuales. Este recambio no fue solo cuantitativo sino también y principalmente cualitativo. La institucionalidad de estas nuevas empresas dada por sus formas jurídicas (sociedades de producción sanitaria, sociedades de gremiales médicas de propiedad cooperativa), su asociación con los gremios médicos locales y su agrupación en una Federación que daba coherencia interna a sus políticas, aseguraba una mejor adaptación a las demandas asistenciales de la población del Interior.

En ese sentido téngase en cuenta que entre 1972 y 1984 en el Interior la cantidad de instituciones se mantuvo prácticamente igual pero no su composición. En 1972 se estima en funcionamiento alrededor de 33 empresas de las cuales 15 eran sociedades de producción sanitaria o cooperativas y 18 eran mutualistas. En 1984, de las 34 existentes solo 6 eran mutualistas. En tanto, en Montevideo, de las 54 IAMC que existían en 1972, solo quedaron 27 es decir la mitad, en 1984. De las 27 que desaparecieron, 15 eran mutualistas y 12 tenían otras formas jurídicas.

La oferta sobreabundante de IAMC sobre todo en Montevideo, hacía inevitable la existencia de instituciones con escalas poco viables. No obstante, la opción tomada por las autoridades de entonces no fue la de iniciar un proceso de racionalización de la oferta sino de provocar el ajuste del mercado de las IAMC mediante el establecimiento de una norma (cantidad mínima de afiliados para poder funcionar) definida arbitrariamente. La línea de corte entre la sostenibilidad y la insostenibilidad de las empresas se fijó en 20.000 afiliados sin considerar que son muchas las variables que intervienen en la sostenibilidad de instituciones tan complejas como lo son las aseguradoras – proveedoras de servicios de salud. La muestra más acabada de esto último es que sin importar la cantidad de afiliados en los años 90 se produjo un proceso de deterioro y

cierre de empresas que se extendió hasta principios de los 2000 en el que intervinieron factores diversos que iban mucho más allá de la escala de afiliados de las instituciones afectadas.

Volviendo al Decreto Ley Nº 15.181 y su reglamentación, en los años inmediatos siguientes a su promulgación pueden señalarse al menos dos efectos. Por un lado en la Capital se produjo una concentración de afiliados en las empresas que ya eran las de mayor porte al tiempo que se mejoró la escala con una dispersión menor entre el máximo y el mínimo de afiliados por institución. Por otro lado se produjo un cambio significativo de la composición del sector según la forma jurídica de sus empresas. Las cooperativas y las sociedades de producción sanitaria pasaron a ser mayoría, sobre todo las primeras, en tanto las sociedades mutualistas van desapareciendo (en 1972, 32 de las 54 instituciones de Montevideo eran mutualistas, en 1984 solo quedaban 13 y en 1999 eran solo 6).

Las 50 instituciones en funcionamiento en 1999 se distribuían de la siguiente manera: 34 Cooperativas (29 de ellas del Interior), 7 Sociedades Mutualistas (6 de las cuales eran de Montevideo), 7 Sociedades de Producción Sanitaria o Corporaciones Médicas (6 de ellas de Montevideo) y 1 de propiedad gremial (CASMU).

El Decreto Ley Nº 15.181 derogó la norma de 1943, pero las formas organizativas de asistencia colectiva que contemplaba en su artículo 6º eran solo dos: las Asociaciones Asistenciales de carácter mutual y las Cooperativas de Profesionales. Esto implicó que en los hechos algunas instituciones siguieran funcionando con formas previstas en la norma anterior, esto es, Sociedades de Producción Sanitaria y Corporaciones médicas. Además, el Decreto Ley Nº 15.181 no contemplaba en la tipificación de su artículo 2º - por obvias razones vinculadas al momento de promulgación de la norma en plena dictadura y con el SMU intervenido -, la particular condición del CASMU como órgano adscripto al gremio médico. Por si cabían dudas además, el artículo 17 disponía que las instituciones de asistencia médica colectiva no podían mantener ningún tipo de dependencia con instituciones gremiales.

Transcurrieron veintiún años (diecisiete desde el restablecimiento de la democracia) para que esto se regularizara con la aprobación de la Ley Nº 17.548 en el año 2002. No obstante, el verdadero disparador de esta norma fue que las instituciones que aspiraban al financiamiento con fondos del BID de sus proyectos de reconversión y viabilidad dentro del marco del programa de fortalecimiento del mutualismo, debían estar comprendidas en alguna de las categorías previstas en la normativa que regulaba estas organizaciones (Decreto Ley Nº 15.181).

La ley del año 2002 dispuso en su artículo 3º que las instituciones de asistencia médica colectiva cuya tipificación no se adecuaba a las que contemplaba el artículo 6º del Decreto-ley Nº 15.181, mantenían su tipo social (básicamente sociedades de producción sanitaria y corporaciones médicas). Por otro lado la misma norma estableció en su artículo 1º que a las instituciones gremiales que prestaban servicios de asistencia médica (caso del CASMU) no le era aplicable la tipificación del artículo 6º del decreto-ley Nº 15.181 y que además, no estaban alcanzadas por la obligatoriedad de adecuar su estatuto al estatuto tipo y que no le era aplicable la disposición del artículo 17 todavía vigente.

Los cambios introducidos en la normativa de regulación de las IAMC a partir de 1981 implicaron más controles sobre las instituciones por parte del MSP más allá de los cuestionamientos que

en los años siguientes sobre todo a partir de mediados de los años 90, se hicieron acerca de la eficacia con el Ministerio cumplía su rol de rectoría.

Dentro de esos cambios se incluyó la instrumentación del Sistema Nacional de Información (SINADI) que fue el primer registro sistemático de datos relacionados con el desempeño de estas empresas. El SINADI al igual que hoy día, tenía un componente de datos asistenciales y otro de datos económico financieros - que incluía el balance anual -, que las instituciones debían remitir al MSP obligatoriamente so pena de no poder cobrar las cuotas por los afiliados de por Dissse. Puede ponerse en tela de juicio la calidad de los datos asistenciales remitidos ya que también como sucede hoy día no eran auditados por el MSP pero sin duda era un avance para el conocimiento del funcionamiento de las IAMC. Es interesante destacar que el primer diseño del SINADI preveía un capítulo de datos referidos a los costos de atención en un modelo de costos por absorción que no llegó a implementarse. Posteriormente en 1999 se reformuló el SINADI con la composición que básicamente mantiene hasta la actualidad.

Es a partir de entonces que se empezó a contar con un conjunto de datos sistemáticos de la actividad del sector de las IAMC de manera tal que el órgano rector tuviese algún nivel de información para su control y fiscalización. Más allá del hecho que la propia Ley orgánica del MSP lo obligaba a realizar estas funciones, también operó en este sentido la creciente importancia de los fondos públicos en el financiamiento de las IAMC como consecuencia del crecimiento de la proporción de afiliados por la seguridad social. Desde la perspectiva del Estado, parecía lógico que se controlara un sector que recibía un monto relevante de recursos públicos más aún cuando la ecuación de ingresos y egresos del BPS por este concepto comenzaba a ser deficitaria y por tanto requería de transferencias del gobierno central. Del punto de vista de las empresas y aunque quizás no se lo visualizara de esta manera, el avance del modelo asociado a la seguridad social comenzaba a condicionar su gestión y a ordenar en muchos casos sus precarios sistemas de información sobre todo los relacionados con la asistencia.

Un aspecto relevante fue la regulación de los precios. Si bien desde 1968 el Estado había comenzado a hacerlo a través de la COPRIN, particularmente cuando se “congelaron” los precios, y mediante la categorización del decreto del año 1969, es en la década de los 80 cuando esto comienza a operar de manera más estricta.

En 1983 se determina un precio máximo para todas ellas. Sin embargo, el criterio fue variando en los años siguientes: en 1984 se liberan y en 1985 se vuelven a regular; posteriormente se liberan nuevamente por un período breve en 1992 y finalmente en 1993 se establece el mecanismo de determinación de ajustes definidos por el Ministerio de Economía y Finanzas. En cuanto a los precios de las cuotas de los afiliados por la seguridad social, en 1990 el BPS podía pagar entre 92.5% y 97.5% de la cuota promedio de afiliación individual del sector pero en 1993 se estableció que debía calcularse sobre el valor promedio de la cuota de afiliación individual de cada IAMC y que debía estar comprendida entre 85% y 90% de esa cuota promedio (el porcentaje aplicado siempre fue 85%). Los precios de las cuotas de afiliación por convenio colectivo quedaban por fuera del cálculo de la llamada cuota DISSE. También los precios de los copagos tuvieron períodos de mayor o menor regulación hasta alcanzar el modelo de la determinación administrativa de sus ajustes.

En el año 2001 recién se reglamenta la disposición del Decreto Ley Nº 15.181 referido a la obligatoriedad de adopción del estatuto tipo y ese mismo año se dicta el decreto de inamovilidad de los afiliados a las IAMC (conocido como corralito mutual) que tenía un antecedente para los afiliados por vía de la seguridad social en el decreto 205/00 del año anterior, medida que apuntaba a dar estabilidad y previsibilidad a las instituciones al evitar una eventual "corrida" de afiliados que desestabilizara el precario equilibrio de alguna de ellas.

Además, se dicta el decreto 455/001 que establece el denominado Marco Regulatorio de la asistencia médica en el que se sistematiza y compendia la normativa vigente en este sentido. Para tener una idea de la complejidad que para entonces había alcanzado la regulación sectorial y la de las IAMC en particular basta decir que este decreto consta de 251 artículos de los cuales 20% (artículos 25 y 26 y 81 a 118) refieren estrictamente a las IAMC en contrapartida con las disposiciones relativas a la asistencia pública que son solo 4 artículos, a la asistencia privada particular de cobertura parcial (5%; artículos 82 a 92) y de cobertura total (10%; artículos 93 a 118).

Los decretos 545/003 y 19/004 establecen normas para el fortalecimiento económico financiero de las IAMC a través de la creación de fideicomisos. También en 2004 por el decreto 139/004 se regula la forma, las causales y los tipos de intervención administrativa y el proceso de liquidación de las IAMC.

La normativa señalada pone de relieve al menos dos temas: la demora del MSP como regulador en reglamentar aspectos ya previstos en el Decreto Ley Nº 15.181 y la crítica situación del sector sobre todo en Montevideo que motivó el ya mencionado programa de fortalecimiento del mutualismo y la línea de crédito del BID para financiamiento de los proyectos de reconversión.

Entre los años 1995 y 2005 se produjo un proceso de deterioro de las condiciones económico financieras y subsecuentemente en el nivel de las prestaciones asistenciales, de un conjunto importante de instituciones sobre todo de la Capital que culminarían con el cierre de alguna de ellas.

Las causas son variadas y no corresponde dado el alcance de este trabajo ahondar en estas pero sin duda cuestiones relativas a las formas de gestión de las instituciones, a los costos crecientes de la atención y al envejecimiento sostenido de la población cubierta por estas instituciones incidieron de manera importante. A esto se sumó además, la crisis económica que afectó al país en 2002.

Es así que entre el año 1995 y el 2005 cierran 14 empresas, 10 de ellas de Montevideo y 4 del Interior (CAMI, CAISA, COMI y Sociedad Mutualista Obrera de Juan Lacaze absorbida por el Círculo Católico de Montevideo).

Algunas de las instituciones de la Capital que cerraron en ese período eran cooperativas médicas creadas a partir de la liquidación de otra institución: la Asociación de Empleados Civiles de la Nación cerró en 1995 y dio lugar a la Cooperativa Médica de Empleados Civiles (COMAEC) que a su vez cerró en al año 2000; en 1999 es el turno de la Asociación Mutualista Uruguay – España y la subsecuente creación de la Cooperativa Médica Uruguay España (COMUE) que finalmente cerró en 2004; en 2002 se clausuró la Cooperativa Central Médica creada en 1998 a partir del

cierre de Central Médica Gremial; también en 2002 se creó CIMA Cooperativa Integral de Médicos Asociados luego del cierre de CIMA – España y solo duró hasta 2004.

Vale decir que de los 10 cierres que se produjeron en Montevideo 6 correspondieron al proceso de liquidación definitiva de 3 instituciones cuya supervivencia se intentó mediante la puesta en marcha de una cooperativa que en promedio duró no más de 3 años antes de cerrar.

Cierres, absorciones y fusiones de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. 1995 - 2005

Año	Instituciones involucradas
1995	Cierra Empleados Civiles de la Nación (Decreto 398/995). Se crea la Cooperativa de Empleados Civiles (COMAEC).
1997	Cierra la Cooperativa de Asistencia Médica Interbalnearia (CAMI). Res. 912/998
1998	Cierra Central Médica Gremial (Res. 244/998). Se crea la Cooperativa Central Médica.
	Círculo Católico Obreros absorbe Corporación Interbalnearia de Producción de Salud (CIPS). Res 912/998
1999	Cierra la Asociación Mutualista Uruguay – España (Res. 491/999). Se crea la Cooperativa Médica Uruguay – España (COMUE).
2000	Cierra Centro Médico Cooperativo (CEMECO). Res. 541/000
2001	Cierra la Cooperativa Médica de la Asociación de Empleados Civiles (COMAEC). Res. 884/001
	Cierra la Mutualista Israelita del Uruguay (MIDU). Res. 885/001
	Centro Integral Médicos Asociados (CIMA) se fusiona con España Mutualista y da lugar a CIMA - España
	Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado (AMECOM) absorbe por fusión a Asistencial Médica Departamental de Maldonado
2002	Cierra Organización Cooperativa Asistencial OCA Larghero. Res. 1983/002
	Cierra la Cooperativa Central Médica. Res. 1966/002
	Cierra CIMA – España y se crea CIMA Cooperativa Integral de Médicos Asociados
2003	Cierra Cooperativa de Atención Integral de Salud (C.A.I.S.A.) de Colonia. Res. 362/003
2004	Cierra la Cooperativa Médica Uruguay – España (COMUE). Res. 158/004
	Cierra CIMA Cooperativa Integral de Médicos Asociados. Res. 339/004
2005	Cierra Cooperativa Médica del Interior (COMI) de Lavalleja. Res. 56/005

Un efecto derivado de estos hechos es la agudización del proceso de concentración de afiliados no solo en un número menor de empresas sino también en aquellas de mayor tamaño, que ya se venía produciendo desde los años 80. Mientras que en 1996, 42% de los afiliados se concentraban en 4 empresas de más de 50.000 socios, en 2007 año previo a la reforma este porcentaje llegaba a 46% y la cantidad de instituciones con una cantidad de socios mayor a ese número pasó a 5.

Para 2008 en el primer año de los cambios con la ampliación de la cobertura por la seguridad social son 9 las instituciones con más de 50.000 afiliados que concentraban 54% del total de socios. Esta tendencia se hizo desde entonces más marcada. En 2016 el 71% de los afiliados estaban concentrados en 15 instituciones de más de 50.000 y a fines de 2022 lo estaban en 14 IAMC. Si el corte se hace para instituciones de más de 100.00 afiliados, entonces se observa que en 2016 el 38% de los afiliados estaba en tan sólo 4 instituciones de este porte y que estas pasaron a ser 6 en 2022 concentrando casi la mitad de los afiliados a las IAMC (48%).

Participación de las IAMC en el total de afiliados según tramos de cantidad de afiliados. 1996 -2022

Tramos de cantidad afiliados	1996		1999		2004		2007		2016		2022	
	Cant IAMC	% afil.	Cant IAMC	% afil.	Cant IAMC	% afil.	Cant IAMC	% afil.	Cant IAMC	% afil.	Cant IAMC	% afil.
< 20.001	25	14%	23	13%	17	13%	16	12%	4	2%	3	2%
20.001- 50.000	23	44%	23	44%	20	43%	20	42%	17	27%	16	27 %
> 50.000	4	42%	4	43%	4	44%	5	46%	15	71%	14	71 %
TOTAL	52	100	50	100	41	100	41	100	36	100	33	100

Participación de las IAMC en el total de afiliados según tramos de cantidad de afiliados. 1996 -2022

Tramos de cantidad afiliados	2016		2022	
	Cantidad IAMC	% afiliados	Cantidad IAMC	% afiliados
< 30.000	8	6%	9	8%
30.001 a 50.000	14	25%	11	20%
50.001 a 100.000	10	31%	8	24%
> 100.000	4	38%	6	48%
TOTAL	36	100%	34	100%

Un elemento a considerar porque seguramente es reflejo del decaimiento de las IAMC en la década de los 90 del pasado siglo es el florecimiento de los seguros privados de cobertura integral en esos años. Al British Hospital Scheme creado en 1964, se suman en el año 1994 Summum Medicina Privada, MP Medicina Personalizada y Blue Cross and Blue Shield de Uruguay. En 1996 se agrega el Seguro Americano del Instituto Quirúrgico Sudamericano (IQS) que pasa de ser un seguro parcial quirúrgico (creado en 1964) a un seguro integral.

Es difícil determinar las causas de este fenómeno pero el rápido crecimiento de estas instituciones en término de cantidad de asegurados entre 1994 y 2007 hace pensar que representaron para una proporción de personas con alto poder de compra una respuesta a su demanda no satisfecha sobre todo en relación al accesibilidad a los servicios.

Luego de esta etapa, los Seguros Privados Integrales en conjunto siguieron creciendo de manera ininterrumpida sobre todo a expensas de la cantidad de afiliados a través de la seguridad social, como consecuencia de la innovación introducida con la reforma del 2008 que los habilitó a asegurar beneficiarios del SNS.

15. La reforma del 2007 – 2008. El modelo dual consolidado

En mayo del año 2007 se aprobó la Ley Nº 18.131 que dio comienzo a la entonces llamada reforma de la salud. La ley creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el BPS, con el fin de financiar "el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS" (artículo 1º) y amplió la cobertura de este seguro con la inclusión

de algunos colectivos de empleados públicos dejando establecida además, la posibilidad de incorporar otros funcionarios cuando el Poder Ejecutivo lo entendiera pertinente (XV).

Se estableció además, que el nuevo fondo se financiaba con la totalidad de los recursos que el BPS "abonaba a los prestadores de servicios de salud por concepto de cuotas mensuales de prepago"; con el aporte de los funcionarios públicos incorporados equivalente a 3% de sus retribuciones y con el aporte de 5% sobre la nómina salarial a cargo de los organismos del Estado involucrados en su carácter de empleadores. Es decir que se mantenía las alícuotas vigentes hasta ese momento en el seguro de salud del BPS.

Llama la atención que la ley no hiciera mención al régimen contributivo de quienes ya estaban comprendidos en el seguro de salud del BPS y que mencionara en su lugar el monto total que este organismo transfería por este concepto a los prestadores de salud. Es probable que con esta fórmula se evitara decir expresamente que el Estado aportaría la diferencia entre ingresos y egresos del seguro de salud del BPS a efectos de no dejar establecido expresamente algo que ya venía sucediendo pero que todavía no estaba totalmente definido a nivel del Gobierno, es decir que rentas generales sería una de las fuentes de financiamiento del futuro seguro nacional de salud.

La norma introdujo un cambio relevante al habilitar a ASSE como prestador elegible para quienes a partir de la entrada en vigencia de la ley quedaran "amparados en el FONASA". Además, dejaba establecida la posibilidad de que el pago del BPS a los prestadores fuera por cuotas diferenciadas por sexo y edad y mantenía la alternativa opcional de la cobertura a través de seguros convencionales o cajas de auxilio.

Es interesante señalar que si bien en su primer artículo la ley hace mención el seguro de enfermedad del BPS en lo sucesivo no lo hace y se refiere al FONASA como si este fuera un nuevo seguro cuando es más que obvio que un fondo de recursos no es más, ni menos, que el instrumento de financiamiento del seguro. En este mismo sentido la norma siempre refiere al "régimen creado en la presente ley" cuando en puridad no se crea ningún régimen nuevo sino que lo que se hace es ampliar la cobertura del seguro de salud existente y denominar la fuente de financiamiento de una manera precisa para identificar los recursos destinados a este fin dentro del organismo administrador (BPS).

En diciembre de 2007 el Parlamento aprueba la Ley Nº 18.211 que implicó la consolidación del modelo bismarckiano de cobertura sanitaria a través de la seguridad social. Sin embargo, ni la norma, ni los fundamentos que la acompañaron, hicieron mención expresa a que de esta forma se optaba por encauzar la cobertura sanitaria por esta vía desechándose casi definitivamente el modelo de tipo Beveridge (**50**). Las autoridades del MSP de la época en ocasión de la presentación del proyecto en el Parlamento solo se refirieron de forma escueta a la opción hecha por el modelo de la seguridad social (**51**). Pese a que se trataba de una definición estratégica relevante no pareció ser de gran significación para quienes diseñaron la reforma que entendían que el principal valor radicaba en otros aspectos recogidos en los denominados

(XV) Concretamente se incluyeron 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 y se exceptuaban a texto expreso los funcionarios de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior. Quedaba al arbitrio del PE la inclusión de los funcionarios de la ANEP y del Poder Judicial.

pilares de la reforma esto es, los cambios en los modelos de financiamiento, de atención y de gestión.

La ley en realidad introdujo básicamente cinco cambios referidos sobre todo al primer pilar que es el que se relaciona directamente con la modalidad de aseguramiento. Mirado en perspectiva, la reforma no dejó de ser solo un conjunto de ajustes al seguro público de salud ya existente con algunos cambios en la cobertura sanitaria en sus distintas dimensiones: poblacional, financiera y prestacional. En concreto:

- Se amplió el alcance de su cobertura con la incorporación de varios colectivos al seguro de salud del BPS que pasó a denominarse Seguro Nacional de Salud;
- Se modificó el esquema de financiamiento del seguro con la introducción de alícuotas diferenciadas según ingreso, en un primer escalón, y según los beneficiarios del titular del derecho ante el SNS (hijos o cónyuges o concubinos);
- Se cambió la modalidad de pago a los proveedores.
- Se modificó la forma de relacionamiento contractual entre el seguro y los prestadores;
- Se determinó una lista positiva de las prestaciones garantizadas.

La cobertura poblacional y el esquema de financiamiento del seguro

Es cierto que la ley creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) pero se trata de una entidad cuyo correlato en la realidad concreta es difícil de determinar sobre todo porque las instituciones que lo integran forman parte precisamente de esquemas de aseguramiento y provisión de servicios diferentes y destinados a poblaciones distintas con lo cual el sistema en su conjunto sigue fragmentado tal como lo estaba antes de su creación aunque en menor medida. Todo ello pese a que en la exposición de motivos que acompañó al proyecto de ley se afirmaba que el SNIS se financiaría con el SNS lo cual evidentemente no fue así.

El artículo 11 de la norma establece que integran 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 Nº 17.930…" (estos últimos son los Seguros Privados Integrales). Vale decir que quedan comprendidos en el SNIS al menos las IAMC, ASSE, los mencionados seguros y los esquemas sanitarios de la Dirección Nacional de Sanidad Militar y la Dirección Nacional de Sanidad y Seguridad Social Policial. Por otra parte, en el artículo 49 se define como usuarios del SNIS a «todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren […], en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren». Ergo, se trata de todos quienes estén en la cobertura de los mencionados organismos públicos e instituciones privadas que forman parte del SNIS. Sin embargo, no todos ellos están amparados en el SNS que crea la ley en su artículo 57 y que se financia con el FONASA creado en la Ley Nº 18.131.

La norma determina quienes son los beneficiarios del SNS en el artículo 68 después incluso de definir las fuentes de financiamiento del FONASA que incluye obviamente a sus beneficiarios (artículo 60) y la forma de aporte al fondo de las personas físicas y jurídicas (artículo 61), y lo hace de manera un tanto abstrusa porque dispone que quedan incorporados al SNS los individuos "comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley Nº 18.131". Este artículo refería a quienes quedaban incorporados al régimen supuestamente nuevo que se conformaba con la creación del FONASA y si bien en el artículo 1º de esa norma se mencionan expresamente

a los beneficiarios del seguro de salud del BPS, en este otro que es el que está referido en el artículo 68 de la Ley Nº 18.211, en ningún momento se los identifica como tales. Parecería que la intención fue desvincular de alguna manera el anterior seguro social del BPS vigente hasta ese momento del nuevo SNS como si este no fuese una nueva versión de aquel que daba continuidad a la política de cobertura a través de la seguridad social. A los colectivos mencionados en la Ley Nº 18.131 se agrega un conjunto amplio de funcionarios públicos de los que exceptúa nuevamente a texto expreso a los de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior (XVI).

Hechas estas consideraciones, se concluye que la ley define como beneficiarios del SNS que sustituye al seguro de salud del BPS (aunque no lo diga la ley de esa manera), a los funcionarios públicos (con las excepciones señaladas a las que se suman los funcionarios de los Gobiernos Departamentales - artículo 74); a los trabajadores formales de la actividad privada que ya estaban comprendidos en el seguro del BPS; a los titulares de empresas unipersonales; a los jubilados que se desempeñaron como no dependientes con jubilaciones inferiores a 2,5 BPC mensuales - que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no 2,5 BPC mensuales); y a los trabajadores dependientes y no dependientes que después de haber sido incorporados al SNS se jubilen.

La norma también incluyó como beneficiarios indirectos del seguro a los hijos del titular del derecho (menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad) y dispuso un cronograma de ingreso de sus cónyuges o concubinos que iba del año 2010 al año 2013.

También definió la incorporación de los beneficiarios de las cajas de auxilio, de los seguros convencionales, del Sistema Notarial de Salud y de CHASSFOSE. Esta disposición eliminó la norma vigente desde 1974 que de alguna manera perforaba el sistema general de cobertura por la seguridad social al habilitar los esquemas propios de cobertura de salud a determinados colectivos de trabajadores. Esto último se verificó tres años después con la sanción en 2010 de las leyes Nº 18.732 (beneficiarios del Sistema Notarial de Salud), Nº 18.728 (beneficiarios de CHASSFOSE) y Nº 18.731 (beneficiarios de las Cajas de Auxilio y los Seguros Convencionales). Esta última norma además estableció un cronograma de ingreso a la cobertura del seguro de jubilados y pensionistas que finalizó en 2016 y del que se exceptuó a texto expreso a retirados y pensionistas de las Fuerzas Armadas y de la Dirección Nacional de Asistencia Social Policial. Además, por esta misma ley se dispuso el régimen de incorporación al SNS y la forma de aporte al FONASA de quienes tenían ingresos por la prestación de servicios personales. Se estableció también en esta norma un mecanismo de devolución anual de los aportes que excedieran el monto máximo de contribuciones al fondo calculado a partir de una cuota promedio equivalente del titular y sus beneficiarios.

De la cobertura del SNS se exceptuó a los trabajadores que no cumplían un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o que percibían menos de 1,25 BPC aunque se abría la posibilidad de su ingreso en caso que el empleador asumiese el costo de la diferencia del aporte y por defecto también dejó fuera de su cobertura a todos aquellos trabajadores informales y a quienes

(XVI) Se agregan al SNS por esta norma los funcionarios de Ministerio de Salud Pública, Poder Judicial, Administración Nacional de Educación Pública, Universidad de la República, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores y Organismos públicos nacionales

estaban a su cargo. Todos ellos quedaron excluidos del SNS y en contrapartida quedaban amparados en el esquema público representado por ASSE.

De esta forma los cambios introducidos con la nueva normativa al tiempo que consolidaba el seguro social de salud dejaba congelado y sin cambios el esquema de aseguramiento y provisión público vigente desde la época de la creación de la APN en 1911.

La ley también modificó el financiamiento del seguro social y el mecanismo de pago a los proveedores e incrementó los controles y fiscalizaciones de los organismos reguladores sobre la actividad de los prestadores no solo mediante las competencias que se le otorgaron al organismo encargado de la administración del SNIS, esto es la JUNASA, sino por la introducción del contrato de gestión entre esta y los prestadores.

Respecto al financiamiento del SNS se pasó de un aporte único del trabajador de 3.5% de su remuneración nominal a una escala de aportes de dos escalones: un básico de 3% para quienes tienen ingresos por debajo de 2,5 BPC, que suma un adicional de 1.5% para quienes superan ese mínimo. En caso de los beneficiarios del seguro que incluyen en la cobertura a sus hijos menores a cargo o mayores de esa edad con discapacidad su aporte se incrementa 1.5% y 2% más en caso de incluir al cónyuge o concubino. En suma, las tasas quedaron establecidas en 3%, 4.5%, 6% y 8% según los casos. La ley mantuvo el aporte patronal en 5% de la masa salarial a cargo del empleador y lo más significativo fue que previó especialmente una tercera fuente de financiamiento a cargo del Estado que aporta de manera variable el equivalente a la brecha entre ingresos y egresos del FONASA (hoy día este aporte representa alrededor de 23% de los egresos del fondo).

Con relación a los proveedores del SNS se introdujeron dos cambios relevantes: se admitieron como prestadores elegibles a ASSE y a los Seguros Privados Integrales. En el caso de estos últimos con la curiosa salvedad de permitirles seguir determinando libremente el precio de la prima de sus planes de seguro y habilitarlos en consecuencia a cobrarle al afiliado que los eligiera la diferencia entre el precio del plan de seguro elegido por el beneficiario y el precio de la cápita que por su afiliación se le transfería desde el FONASA.

La ampliación de la cobertura del seguro social de salud significó un incremento de la cantidad de afiliados a las IAMC y lógicamente de la proporción de quienes lo eran por vía de la seguridad social. También significó un aumento relevante del total de los asegurados de los Seguros Privados Integrales y un proceso de incorporación paulatina de beneficiarios del SNS como usuarios de ASSE.

Entre 2007 y 2022 las IAMC aumentaron 48% su cantidad de afiliados con un cambio significativo de la composición ya que medido punta contra punta los afiliados por seguridad social aumentaron 162% y los individuales cayeron 76%. En términos proporcionales esto significó pasar de 52% de afiliados por la ex DISSE en 2007 a 92% de afiliados por el SNS en 2022. En el caso de las instituciones del Interior, el aumento total de afiliados en el período fue 62% y se pasó de 58% de afiliados por la ex DISSE en 2007 a 92% de afiliados por SNS en 2022.

Es importante tener en cuenta que el aumento de afiliados se produce sobre todo entre 2008 y 2016 año en que finaliza el proceso de inclusión de jubilados sin que posteriormente se verificara

el ingreso de ningún otro colectivo a la cobertura del SNS. Desde entonces aunque hay pequeñas variaciones la cantidad total se mantiene relativamente estable.

El otro dato interesante es que la proporción de afiliados por el SNS ya había alcanzado el 90% en 2014. Esto último pone de manifiesto que la dependencia crítica creciente de las IAMC de los fondos públicos del SNS, producto de la profundización del modelo basado en la seguridad social, lleva ya diez años de instalado.

Por otra parte, los Seguros Privados entre 2008 y 2022 aumentaron 56% su cantidad de asegurados. Al inicio de este período los financiados parcialmente por el SNS representaban 34% del total y en 2022 aumentaron a 68%. Esto significa que se multiplicaron por tres en valores absolutos mientras que los asegurados individuales cayeron 25% en ese período. La reforma les ha permitido a los Seguros Privados aumentar su masa de afiliados a expensas de trabajadores de buen poder adquisitivo a los que el SNS les subsidia parte de la prima del seguro.

La incorporación de ASSE como prestador elegible de los beneficiarios del SNS significó un cambio sustantivo que formalmente estaba previsto en la normativa desde muchos años atrás pero que nunca se había implementado. Esto supuso un aumento casi constante de las personas financiadas por el SNS con cobertura en el prestador público. Mientras en 2008 sólo había 93.000 afiliados en esta condición, en 2022 esta cantidad llega a 540.000 lo que significa que de ser solo 8% del total de los usuarios de ASSE llegan a representar 34% en el año mencionado. El 66% restante lo constituyen las personas sin derecho a la cobertura del SNS por no tener un vínculo laboral formal o por tratarse de los menores a su cargo.

La reforma si bien profundizó el modelo de la seguridad social no alteró el otro esquema existente expresado básicamente en la cobertura del organismo público ASSE financiado con impuestos generales. Tampoco lo hizo con los otros dos esquemas que siguen igual modelo público pero esencialmente diferentes al de ASSE porque están dirigidos a poblaciones cerradas o definidas por la condición de funcionarios públicos activos o retirados de los Ministerios de Defensa Nacional o del Interior y sus familiares.

Proporción de afiliados individuales y por la seguridad social. 2007 2022

Modalidad de aseguramiento	IAMC Interior		IAMC MVD		Total IAMC		Seguros		ASSE	
	2007	2022	2007	2022	2007	2022	2008	2022	2007	2022
Individual	38%	8%	52%	7%	48%	8%	66%	32%	92%	66%
BPS / SNS	62%	92%	48%	93%	52%	92%	34%	68%	8%	34%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

La ley tampoco introdujo formalmente cambio alguno el en seguro social de salud materno infantil del BPS pero provocó en este por la vía de los hechos cambios significativos. Como se señaló oportunamente, los dispositivos institucionales creados a partir de las Cajas de Asignaciones Familiares dieron lugar en Montevideo a una oferta de servicios propios a cargo del BPS para la atención de las contingencias del embarazo, el parto y el puerperio de las cónyuges de los trabajadores de la actividad privada y de sus hijos hasta los 6 años (o hasta los

14 en caso de trastornos de desarrollo y el aprendizaje en estos casos mediante subsidios económicos para su tratamiento). Posteriormente se agregó la atención de malformaciones congénitas de los menores y más acá en el tiempo el laboratorio de diagnóstico prenatal de enfermedades congénitas. Para el año 2008 en Montevideo estos servicios incluían una red de seis centros de salud materno-infantiles, un sanatorio obstétrico (Sanatorio Canzani), un servicio médico quirúrgico y el mencionado laboratorio.

La incorporación de hijos y cónyuges o concubinos del trabajador formal en la cobertura del SNS provocó una esperable "migración" de los beneficiarios de este seguro público administrado, financiado y provisto por el BPS hacia el SNS y sus correspondientes prestadores (básicamente ASSE y las IAMC para estos casos). El resultado de esta "imprevisión" de la reforma, una vez completado en 2010 el proceso de incorporación de los cónyuges al SNS, fue la caída sostenida de la demanda de los servicios del BPS particularmente expresada en el "vaciamiento" del Sanatorio Canzani y de los centros materno infantiles.

Hubo entonces, una reconversión no planificada de los servicios del Área de Salud del BPS sobre la base de su experticia en la atención de las malformaciones congénitas y del laboratorio de pesquisa neonatal de defectos congénitos y enfermedades raras que se había venido desarrollando en los últimos quince años de manera autónoma respecto al resto del sistema de salud.

Se creó entonces lo que hoy se conoce como Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER) con el objeto de asegurar la "atención integral de patologías de baja frecuencia de origen genético o metabólico y defectos congénitos del tubo neural y el primer arco branquial", conformado por varias unidades: Unidad de Atención Ambulatoria, Unidad de Internación, Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal y Unidad de Pesquisa Neonatal (todas ellas en el ex Sanatorio Canzani).

También hubo lógicamente, un cambio en la población objetivo de estos servicios del BPS. En la medida que el seguro social para el que brindaban atención prácticamente dejó de tener beneficiarios con los cambios introducidos en 2008, el CRENADECER y los Centros de Promoción Social y de Salud (que sustituyeron a los centros materno infantiles) se orientaron hacia otros colectivos definidos de una manera diversa según la prestación o el conjunto de prestaciones que brinda cada una de las unidades que los componen (**52**).

Así, los beneficiarios de la Unidades de Atención Ambulatoria y de Internación son las personas portadoras de determinadas patologías o condiciones clínicas ("epidermólisis ampollar; errores innatos del metabolismo; mielomeningocele; malformaciones maxilofaciales; fibrosis quística; enfermedades raras"); en el caso de la Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal las beneficiarias son las "usuarias de los Servicios Públicos de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) del área metropolitana que estén cursando entre 11 y 13 semanas de embarazo"; y los beneficiarios de la Unidad de Pesquisa Neonatal son todos los "recién nacidos cualquiera sea la institución de salud a la que pertenecen" para los que se solicite los estudios correspondientes.

Para el caso de los Centros de Promoción Social y de Salud sus beneficiarios son los afiliados a ASSE (por convenios de complementariedad); los beneficiarios de programas específicos de

protección social; los hijos de funcionarios de BPS (en el caso de la atención odontológica) y las funcionarias del BPS al sólo efecto de la realización de PAP y colposcopía.

Vale decir que se trata de una miscelánea de servicios destinados a diferentes conjuntos de beneficiarios que quedan definidos según distintos criterios: la oferta del servicio, la condición clínica de la persona, la edad o el carácter de usuario de uno u otro sistema de cobertura de salud.

Como se dijo antes, su inclusión como prestador en la RIEPS no tiene otro fundamento la propiedad estatal del BPS porque poco tienen en común sus servicios en cuanto a financiamiento, tipo de cobertura y prestaciones que ofrecen con los demás organismos que integran la red.

La nueva modalidad de pago del seguro público a los aseguradores / prestadores

La Ley Nº 18.211 modificó la el mecanismo de pago del seguro público a los prestadores / aseguradores y pasó de un sistema de pago de cuota única calculada como ya se ha mencionado como el 85% del precio promedio de la cuota de afiliación voluntaria individual, lo que daba lugar a precios diferentes por institución, a un modelo con una unidad de pago con dos elementos diferentes denominada cuota salud. Uno de ellos es un pago por cápita de precio ajustado según ocho grupos de edad y por sexo lo que hace un total de dieciséis capitas distintas. El otro elemento es un pago variable por desempeño asociado al cumplimiento de metas asistenciales. Este al día de hoy está constituido por dos metas. La primera de ellas con 4 componentes y 22 dimensiones con sus correspondientes indicadores y la segunda (de dudosa relación con parámetros asistenciales o de salud) con 3 indicadores relativos a la instalación de cargos de alta dedicación.

Debe decirse que las cápitas calculadas a partir de información de una muestra de instituciones del año 2005 no han sido revisadas en su fórmula de determinación desde entonces y que sólo han sido levemente modificadas para algunos grupos por la introducción de algunas prestaciones (no de todas). Seguramente los costos sobre los que se calcularon hace casi veinte años no reflejen la estructura de gasto esperado de esos mismos grupos de edad y sexo de hoy día.

Por otra parte, sabido es lo complejo que fue el proceso de definición y desarrollo del pago por cumplimiento de metas caracterizado por sus continuas modificaciones, ajustes, cambios de orientación y de parámetros con su correspondiente correlato en términos organizativos, de incertidumbre y de costos para las instituciones.

Las prestaciones garantizadas por el seguro social

El otro aspecto en el que la reforma introdujo cambios fue en el paquete de prestaciones garantizadas por el SNS.

Previo a la reforma las prestaciones se definían por defecto es decir que la atención integral que debían brindar las instituciones incluía todos aquellos servicios, procedimientos y tecnologías

que no estuvieran excluidas expresamente. El criterio aplicado era la determinación de una lista negativa que debía actualizarse de forma continua (artículos 55 y 56 del decreto 455/001). Esto no necesariamente ocurría y se generaba un margen amplio de incertidumbre respecto a qué prestaciones e intervenciones eran las que no estaban dentro del concepto de atención integral.

La Ley Nº 18.211 dispuso la aplicación del modelo contrario es decir, la determinación de un catálogo explícito de las prestaciones y servicios (PIAS) que están obligados a asegurar y proveer las instituciones que contratan con la JUNASA. La lista positiva de prestaciones, servicios e intervenciones adolece de problemas que no viene al caso analizar en este documento. Solo cabe mencionar la falta de una sistemática de revisión y actualización y de un método específico que contemple el impacto de su modificación (altas o bajas) en el precio de la unidad de pago a los aseguradores / proveedores.

La gestión del seguro social y los compromisos de gestión

Para la gestión del nuevo SNS y según la ley a efectos de "velar por el cumplimiento de los principios rectores del SNIS" se creó la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como un órgano desconcentrado del MSP gobernada por un Directorio de siete miembros: dos representantes del MSP, uno de los cuales la preside; un representante del MEF y otro por BPS y tres que representan respectivamente a los prestadores, los trabajadores y los usuarios del SNIS.

La JUNASA es el órgano que dispone el pago de cuotas salud; controla las relaciones entre los prestadores que integren el SNIS y entre éstos y terceros y tiene potestades para suspender temporal o definitivamente, total o parcialmente, del pago de las cuotas salud ante el incumplimiento de los prestadores de sus obligaciones. Pero además, autoriza los contratos entre las entidades del SNIS; controla la habilitación de los prestadores y su infraestructura, su capacidad asistencial, la relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios, los plazos de los contratos y la existencia de deudas vencidas entre contratantes.

A esto se suman las condiciones que los compromisos de gestión imponen a los prestadores del SNIS y que la JUNASA debe controlar que se cumplan:

- Condiciones de la prestación de servicios a través de terceros
- Precios de las cuotas salud, fórmula paramétrica de ajuste, forma de pago de las cuotas y criterios de determinación de copagos (recogidos en el compromiso de gestión pero regulados por el MEF)
- Condiciones para la capacitación de recursos humanos, requisitos de gestión de las historias clínicas e instrumentación de dispositivos organizacionales orientados a la seguridad del paciente.
- Condiciones de participación de los usuarios en los ámbitos de gestión de las empresas y creación de espacios institucionales específicos para ello.
- Alcance de la cobertura: conjunto de prestaciones, servicios y modalidades de atención que deben brindar a sus afiliados que va más allá del PIAS (incluye certificaciones médicas y los estudios para la evaluación de discapacidades transitorias o permanentes)
- Condiciones de afiliación a través del FONASA (altas y bajas, afiliaciones al nacimiento, continuidad de la cobertura) independientemente de la normativa específica que regula la movilidad de los afiliados.

- Requisitos para el cumplimiento de metas asistenciales; determinación de las variables que componen el sistema; forma de control y precio.
- Condiciones referidas a la atención ambulatoria: tiempos de espera, forma de coordinación de citas, horarios de atención y gratuidad de los controles obligatorios
- Información asistencial, epidemiológica y económico contable que las instituciones deben presentar al MSP, formato y plazos en que debe hacerse.

La nueva regulación y su impacto en los prestadores

El aumento de la escala de afiliados de las instituciones como consecuencia de la ampliación del alcance del seguro social de salud en su nueva forma y la introducción del pago por capitas de precio variable según grupos de edad y sexo, que apuntaba a reconocer la incidencia del perfil demográfico de las poblaciones objetivo de cada institución como forma de contemplar lógicas variaciones entre ellas en el gasto esperado,- todo lo cual suponía a juicio del regulador mejores condiciones para un funcionamiento sostenible-, tuvo para las instituciones aseguradoras prestadoras una contrapartida regulatoria harto más exigente que la vigente hasta el momento de la sanción de la Ley Nº 18.211. Esto hizo que a los precios, a esa altura históricamente regulados tanto de las cuotas como de los copagos, se agregara una regulación más estricta de la canasta de prestaciones y de otras dimensiones como las indicadas anteriormente que terminaron por definir un escenario en el que el regulador es quién determina qué deben asegurar y proveer las IAMC y con qué recursos y de qué manera deben hacerlo.

Por otra parte, la regulación parece haberse concentrado en el sistema vinculado al SNS y no al conjunto del SNIS y dentro de aquel, particularmente enfocado en las IAMC. Ha sido ostensible una dualidad de criterios por parte del MSP y la JUNASA a la hora de controlar y fiscalizar el desempeño de los otros prestadores, con benevolencia en el caso del prestador público y con prescindencia con respecto a los Seguros Privados. No obstante, debe reconocerse que tal como ha sucedido históricamente, se le sigue encomendando a ASSE responsabilidades y cometidos que van más allá de su rol como prestador integral en competencia con las IAMC (tales los casos por ejemplo, de la gestión de las colonias psiquiátricas y del hospital Vilardebó, la atención de los privados de libertad, la línea de prevención del suicidio, la administración del Servicio Nacional de Sangre, etc.).

Las mejores condiciones que la reforma se supone introdujo para el desempeño de las IAMC no necesariamente las puso al resguardo de situaciones críticas. Esto porque naturalmente evitar estas situaciones depende en gran medida de la capacidad y profesionalización de la gestión de las instituciones pero también y en grado sumo en un sector altamente regulado, de la calidad de esa regulación.

En este sentido, el caótico proceso de definición e instrumentación del pago por cumplimiento de metas asistenciales con continuos cambios en su conformación, enfoque y énfasis; la tardía incorporación de los jubilados a la cobertura del SNS; los ajustes por efecto escala del precio de las cuotas al inicio del proceso; la forma de financiamiento de la primera meta prestacional; la dualidad de criterios para evaluar y controlar a los prestadores; la imposición de proyectos de complementación; la falta de una dinámica expresa de actualización del PIAS y del ajuste de las cápitas ante cambios de su composición; la ausencia de una revisión del método de determinación de estas últimas; y últimamente la adjudicación a los prestadores de

responsabilidades y cometidos en áreas socio sanitarias sin la correspondiente interfase con el sector de servicios sociales, son ejemplos de decisiones regulatorias que han incidido e inciden en la gestión de las empresas y que no necesariamente han ido en la dirección de propender a un mejor desempeño del sistema.

Entre los años 2005 y 2023 se produjeron cinco clausuras de instituciones que fueron absorbidas por otras. Una de ellas fue un proceso voluntario entre instituciones del mismo departamento del Interior (CAMEC – ORAMECO). De las cuatro restantes, tres afectaron a instituciones de pequeño porte del Interior del país (Sociedad Mutualista Obrera de Juan Lacaze, UMERCO y COMECEL) y otra involucró el cierre de una institución de Montevideo con cincuenta años de funcionamiento, IMPASA, absorbida por SMI.

Además, se produjo el cierre de una pequeña institución del Interior que venía con un proceso de deterioro manifiesto de larga data (COMETT) y el de una institución de la capital de las más antiguas del sistema, Casa de Galicia, que también arrastraba una muy difícil situación desde muchos años atrás.

Cierres, absorciones y fusiones de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. 2008 – 2023

Año	Instituciones involucradas
2008	Círculo Católico de Obreros absorbe Sociedad Mutualista Obrera de Juan Lacaze. Res. 650/007
2009	Servicio Médico Integral (SMI) absorbe la Instituto Médico de Previsión Social, Asistencia y Servicios Afines (IMPASA). Res. 922/009
2012	Círculo Católico absorbe a la Unión Médica Regional (UMERCO). Res. 149/012
2013	Cooperativa Médica de Cerro Largo (CAMCEL) absorbe COMECEL. Res. 832/013
2014	Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC) absorbe a Organización de Asistencia Médica Cooperativa de Colonia (ORAMECO) Res. 748/014
2021	Cierre de COMETT. Res. 135/021
2023	Cierra Casa de Galicia

Con relación a la sostenibilidad de las instituciones dentro del marco de la Ley Nº 18.211, es importante señalar que en los últimos años se produjeron en el Interior del país cambios relevantes en la institucionalidad de sus organizaciones gremiales y asistenciales como una respuesta innovadora al nuevo régimen derivado de los cambios introducidos desde el año 2008.

En primer lugar la nueva ley general de cooperativas (Ley Nº 18.406) hizo que las cooperativas médicas no encuadraran dentro de ninguna de las categorías previstas en esta norma. Por esta razón se aprobó poco después la Ley Nº 18.440 que creó las instituciones de asistencia médica privada de profesionales (IAMPP) como una figura particular que se rige por los preceptos cooperativos y en gran medida por las disposiciones de la Ley Nº 18.406. Esto provocó que en los años que siguieron a la promulgación de estas leyes las IAMC del Interior que eran cooperativas en su enorme mayoría pasaran a constituirse en IAMPP (también sucedió lo mismo con algunas instituciones de la Capital; hoy en día en el país existen 27 IAMPP, 4 corporaciones o sociedades de producción sanitaria y sólo 3 asociaciones mutualistas).

Hay que recordar que en su origen las IAMC del Interior representaron la respuesta organizada de los gremios médicos locales a la demanda de asistencia de un conjunto de la población básicamente representado por los sectores medios. Existía una confluencia de intereses entre quienes participaban de la propiedad cooperativa de las instituciones y quienes integraban los

gremios médicos, lo que se resumía en gran medida en la generación de un espacio adecuado para el ejercicio de la profesión.

Sin embargo, con el transcurso de los años los cambios operados en el diseño y la regulación del sistema de salud, el crecimiento de las instituciones y la complejidad creciente de los procesos asistenciales que llevaron a la incorporación de una cantidad cada vez mayor de nuevos médicos y el cambio en la dinámica de las relaciones laborales que esto provocó a la interna de las organizaciones sumado a otros factores, fueron haciendo que aquella confluencia de intereses se debilitara y en consecuencia se hiciera necesario crear institucionalidades que reflejaran adecuadamente por separado los objetivos gremiales y los empresariales. De ahí que en 2016 culminara un proceso de análisis de estos temas a la interna de FEMI que desembocó en la creación de FEPREMI como espacio de conjunción de los intereses de los prestadores y la reconversión de FEMI como ámbito exclusivamente gremial.

La particularidad de esta nueva institución a la que inadvertidamente se la podría ver solo como una cámara empresarial que nuclea instituciones con intereses coyunturalmente comunes, es su naturaleza cooperativa. Se trata formalmente de una Corporación Cooperativa de IAMPP de propiedad de las 22 IAMC que la integran lo que la diferencia sustancialmente de una cámara empresarial aun cuando también está legitimada para representar los intereses de esas instituciones frente a los organismos reguladores, y ante las restantes corporaciones que integran el sector. Los valores, visiones y estrategias comunes a todas ellas y el ámbito institucional en el que confluyen, hacen de FEPREMI una red integral de servicios de salud lo que en el contexto del sistema de salud del Uruguay representa una forma innovadora de asegurar y prestar la atención médica que se adecua al nuevo marco normativo derivado de la reforma.

La absorción del IQSA por parte del Sanatorio Americano implicó que este que hasta entonces era el prestador contratado por el Seguro Americano, pasara a ser su propietario y por ende se constituyó en un prestador integral del SNIS. A su vez su posterior conversión en una cooperativa de consumo de servicios de salud de propiedad de las 22 instituciones de FEPREMI reforzó la construcción institucional de la red al contar con dispositivos de propiedad compartida para la provisión de servicios complejos comunes a todos los socios cooperativos.

16. A modo de cierre

La descripción precedente es un relato de los tantos posibles acerca del proceso de conformación del sistema de salud del Uruguay.

Las distintas etapas por las que ha transitado el sistema de salud en Uruguay muestran una sostenida y creciente asociación de los mecanismos de cobertura sanitaria través de la seguridad social. Al día de hoy un porcentaje relevante de la población está comprendido en el Seguro Nacional de Salud. Sin embargo, la situación actual no es el resultado de una decisión expresa adoptada en determinado momento en el sentido de asegurar la cobertura de salud de la población mediante mecanismos vinculados a la seguridad social, sino que precisamente por tratarse de un proceso de larga data, es la consecuencia de una serie de decisiones que fueron dando forma al sistema hasta su configuración actual. Estas decisiones no fueron solo de actores

de la esfera pública y de los gobiernos, sino también de actores privados que desde la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX fueron elementos claves en la conformación de la estructura del sistema sanitario.

Durante gran parte del proceso de desarrollo del sistema de salud en Uruguay el Estado se encargó del financiamiento y la provisión de los servicios destinados a la población de menores recursos aunque dejó abierta la posibilidad de su utilización por parte de cualquier ciudadano siempre que pagara por los servicios de acuerdo a su capacidad económica.

Por su parte los agentes privados se encargaron de la oferta de la atención para los sectores medios y altos financiados principalmente por esquemas de prepago. No es hasta la década de los 40 del pasado siglo que el Estado comienza a "ordenar la cancha" de estos seguros de prepago y es recién en los años 60 que asume otras regulaciones y formaliza la cobertura de los trabajadores mediante la creación por ley de seguros de enfermedad por ramas de actividad lo que significó un avance hacia el modelo bismarckiano.

Cierto es que pueden reconocerse algunos momentos en los que se introdujeron modificaciones sustantivas en la modalidad de cobertura del sistema pero estas no se enmarcaron en un plan global que lo encuadrara en un modelo explícito. En ocasiones hubo expresiones del rumbo a seguir pero de alcance siempre parcial y a veces solo declarativo.

Así es que si a principios de siglo XX la creación de la Asistencia Pública Nacional (APN) podía significar el inicio de un proceso para avanzar en el desarrollo de un modelo público, en la medida en que estuvo limitado a los sectores de menores recursos no constituyó más que el esquema de cobertura para esa población.

Asimismo, durante la dictadura de 1973 a 1984 hubo una intención de avanzar en un modelo sustentado en la seguridad social pero en realidad quedó limitado a los dispositivos ya existentes unificados en la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE).

De igual manera, la reforma del 2007-8 siendo como lo fue una ampliación significativa del modelo de seguridad social no lo fue de forma explícita. En ningún lugar de su ley fundamental se dice que el SNS es parte integral del sistema de seguridad social y tanto menos que es en este sistema que debe encuadrarse la cobertura sanitaria de toda la población, más allá de la intención declarada de su universalización pero sin que ello se haya producido en los dieciséis años transcurridos desde entonces. Cierto es también que previo a la remisión de las leyes principales de la reforma al Parlamento en el 2007, hubo a la interna del gobierno de la época dos visiones contrapuestas: quienes abogaban por un modelo financiado desde la estructura impositiva general – previendo su financiamiento en el esquema del impuesto a la renta de las personas físicas -, y quienes entendían que debía profundizarse el modelo de seguridad social ya existente. Finalmente se optó por esta última alternativa y si bien esto implicó un fuerte incremento de la cantidad de personas cubiertas por el seguro público de salud, se mantuvo por fuera del mismo a alrededor del 26% de la población que siguió y sigue siendo la usuaria de los servicios de atención públicos tal como se lo determinó hace más de cien años al momento de la creación de la APN.

Como todo en Uruguay el sistema sanitario es el resultado de un proceso lento y de pasos cortos sin decisiones drásticas ni aún en el contexto de la denominada reforma de los años 2007 - 2008.

Es claro entonces, que en la actualidad conviven en el sistema ambos modelos: un esquema tipo "Bismarck" que comprende a 72% de la población con financiamiento tripartito (contribuciones a la seguridad social de empleados, empleadores y Estado) y provisión de servicios a cargo de prestadores privados y público; otro que con matices se podría asociar a un esquema de tipo "Beveridge" que alcanza a 26% de la población con financiamiento de impuestos generales y provisión pública de servicios que dan cobertura a los beneficiarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) excluidos del SNS.

Esta segmentación de la cobertura hace que la mayoría de los aseguradores - prestadores privados del sistema, esto es las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y por tanto FEPREMI y sus empresas, jueguen su partido casi exclusivamente en el campo del modelo bismarckiano. No así, los restantes agentes privados, los Seguros Privados Integrales, que cuentan con una regulación diferente.

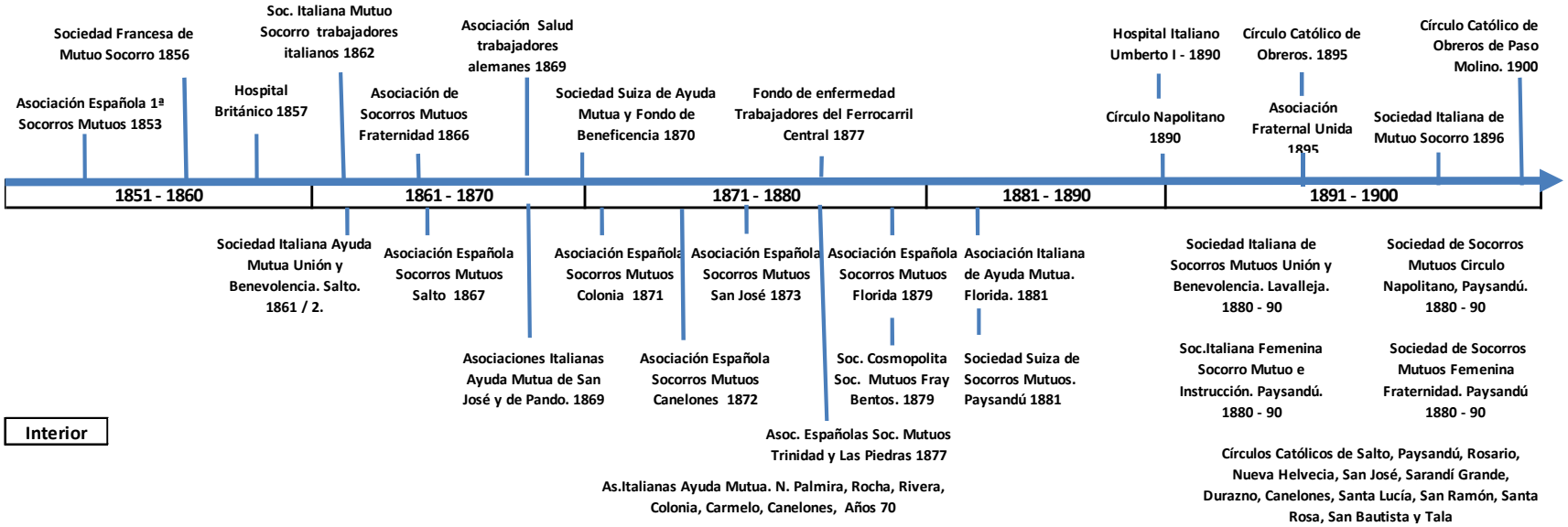
Sabido es que el mercado de la salud requiere normas que modulen sus potenciales inequidades. Además, si el sistema se basa en un seguro público que contrata proveedores privados para la atención de sus asegurados, como es el caso de Uruguay, es esperable que quién administra ese seguro establezca requisitos o contrapartidas a cambio de la transferencia de los fondos para financiar esa atención. Es así que en la actualidad las IAMC tienen regulados sus precios, la canasta de prestaciones que deben asegurar y las condiciones funcionales y estructurales de los servicios que deben brindar en cada modalidad de atención sin contar la regulación de las relaciones laborales. Todo esto implica para las instituciones de asistencia colectiva cuyos ingresos dependen en un 90% de los fondos transferidos desde el SNS, un importante desafío de gestión.

No debe perderse de vista entonces, que en el modelo actual del sistema de salud en Uruguay las instituciones de asistencia médica colectiva y por tanto la red FEPREMI son actores privados encargados ejecutar una política pública.

ANEXO

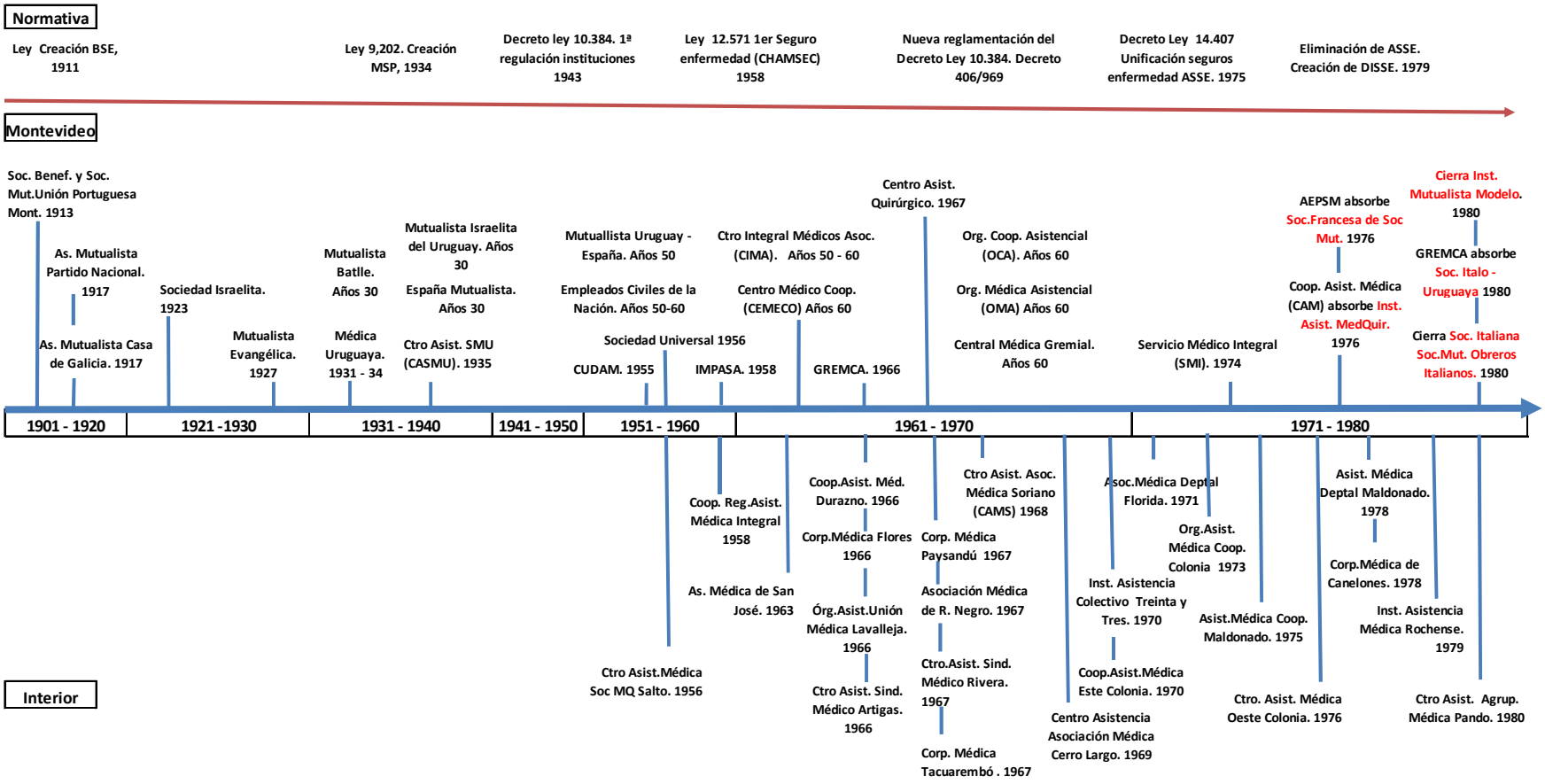
Proceso de instalación de las sociedades mutualistas y otras instituciones de prepago en el siglo XIX – Línea de tiempo

Montevideo

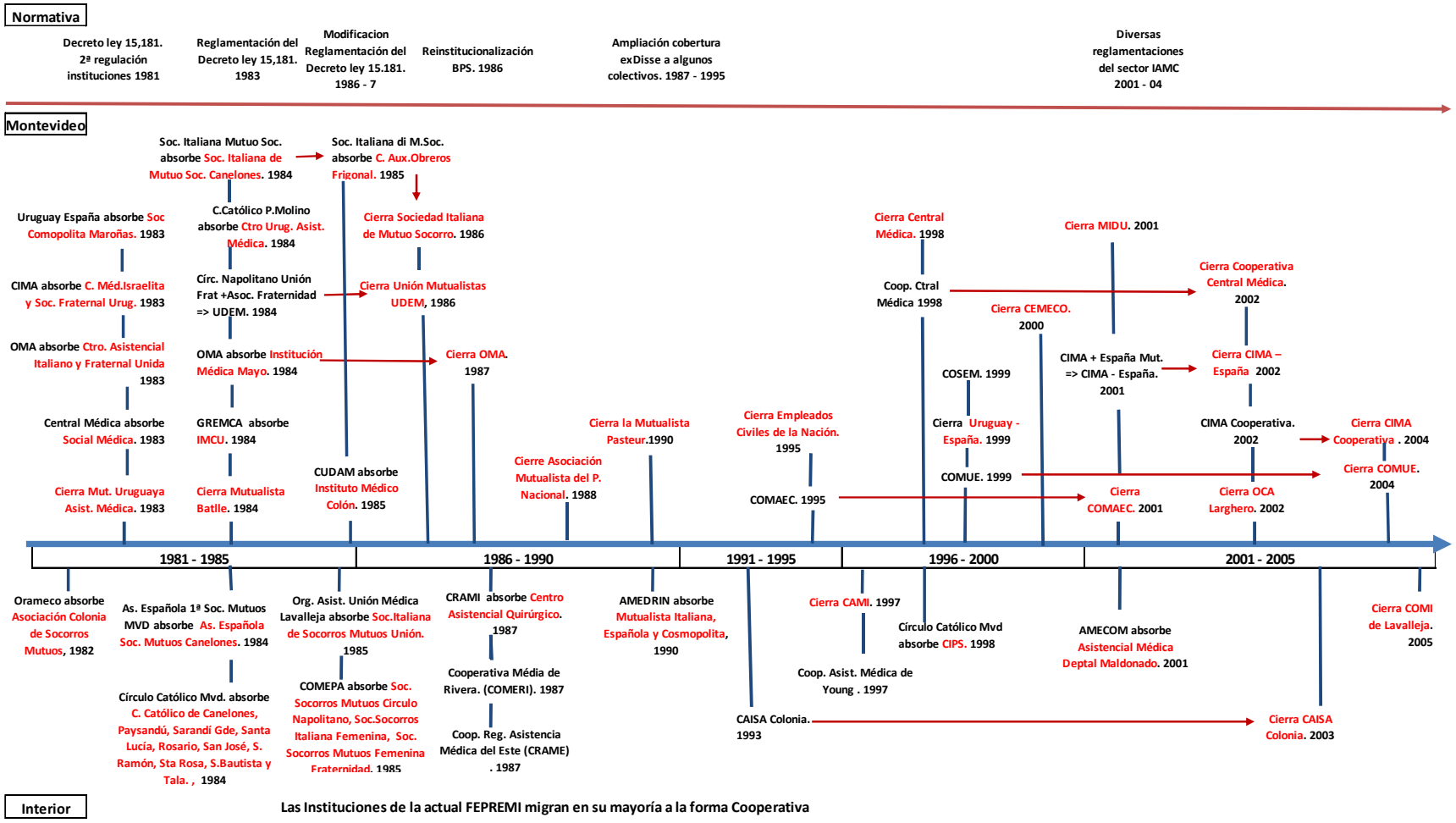


Interior

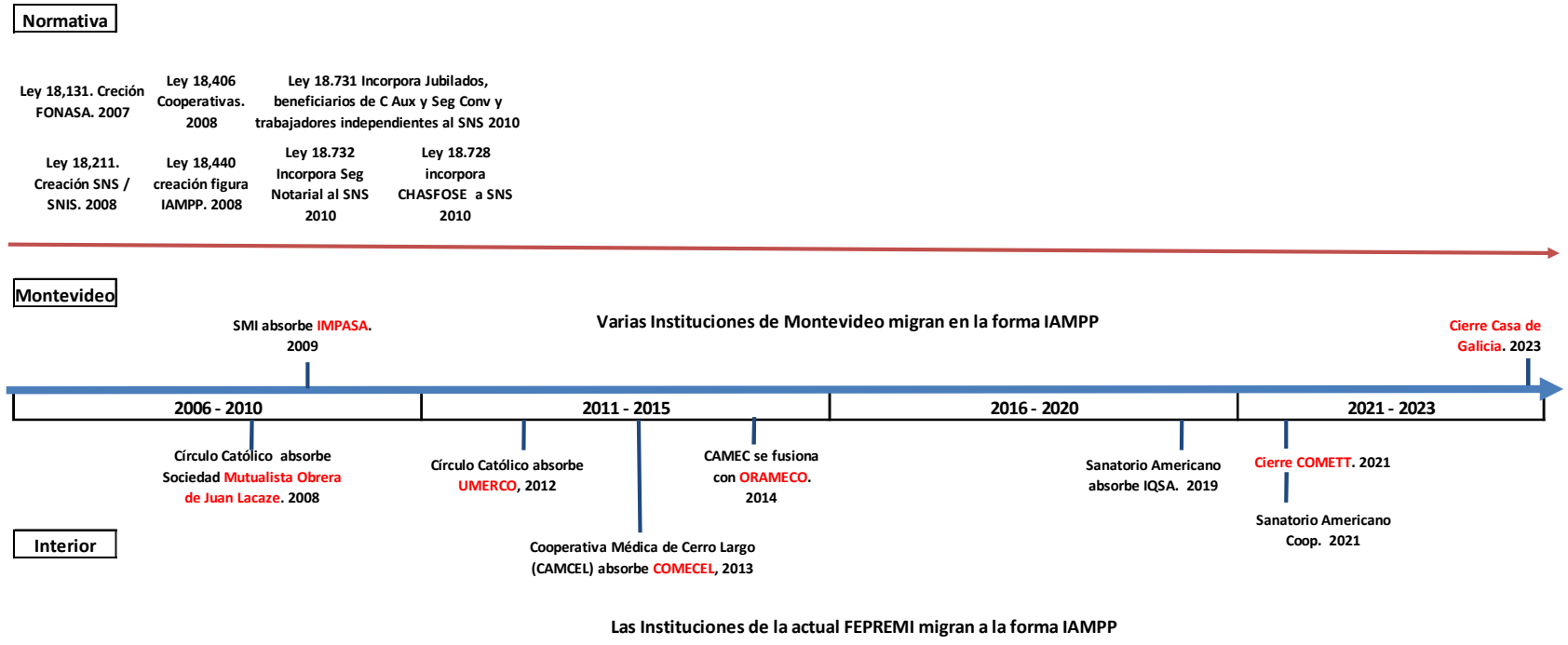
Proceso de instalación de instituciones de medicina colectiva e inicio del proceso de fusiones, absorciones y cierres. 1901 – 1980. Línea de tiempo



Proceso de absorciones, fusiones, cierres y nuevas instituciones. 1982 – 2005. Línea de tiempo



Proceso de absorciones, fusiones, cierres y nuevas instituciones. 2006 – 2023. Línea de tiempo.



Cierre de instituciones de asistencia medica colectiva. 1972 - 2023

1972 - 1983	1984 - 1992
Mutualista Batlle	Asociación Fraternidad
Sociedad Italo - Uruguaya Socorros Mutuos	Círculo Napolitano
Sociedad La Fraternal Unida	Asociación Mutualista Partido Nacional
Sociedad La Fraternal Uruguaya	Sociedad Italiana Socorros Mutuos
Centro Médico Israelita	Mutualista Pasteur
Sociedad Francesa Socorros Mutuos	Organización Médica Asistencial - OMA
Sociedad La Unión Fraternal	Círculo Católico Paso Molino
Soc. Benef. y Socorros Mutuos Unión Portuguesa	Centro Asistencial Quirúrgico
Sociedad Italiana Agrícola	Mutualista Italiana, Española y Cosmopolita R.Negro
Sociedad Alemana de Socorros Mutuos	Centro Asistencial Quirúrgico
Soc. Cosmopolita Socorros Mutuos Maroñas	Soc. Socorros Mutuos Circulo Napolitano. Paysandú
Cooperativa de Asistencia Médica - CAM	Soc. Socorros Mutuos Italiana Femenina. Paysandú
Sociedad Médica Integral Cooperativa	Soc. Socorros Mutuos Femenina Fraternidad. Paysandú
Insituto de Asistencia Médico Quirúrgica	**1993 - 1999**
Social Médica	Asociación Empleados Civiles de la Nación - AECN
Unión Médica	Central Médica
Sociedad Suiza de Socorros Mutuos	Uruguay España
Mutualista Uruguay Asistencia Médica	España Mutualista
Asistencial Uruguaya Mutual	Centro Asistencia Médica Interbalnearia- CAMI
Soc. Liberal Italiana Mutuo Socorro y Beneficencia	Corp. Interbalnearia de Producción de Salud - CIPS
Centro Assitenziale Italiano	CADEMI (Río Negro)
Instituto Mutualista Modelo	Mutualista Minas
Instituto Humanidad de Medicina Colectiva	**2000 - 2007**
Institución Médica Cooperativa Uruguay (IMCU)	Cooperativa Empleados Civiles - COMAEC
Instituto Médico Colon (Gremial Médica Colon)	Cooperativa Central Médica
Centro Médico Moderno	Cooperativa Uruguay España - COMUE
Sociedad Oriental	Mutualista Israelita del Uruguay
Gremial Médica de Montevideo	CIMA - España
Soc. Italiana de Mutuo Socorro Canelones	Centro Médico Cooperativo - CEMECO
C. Católico de Canelones	Organización Cooperativa Asistencial - OCA
C. Católico de Paysandú	Coop. Atención Integral de Salud - CAISA - Colonia
C. Católico de Sarandí Grande	Cooperativa Médica del Interior - COMI - Lavalleja
C. Católico de Santa Lucía	**2008 - 2023**
C. Católico de Rosario	Casa de Galicia
C. Católico de San José	IMPASA
C. Católico de San Ramón	Org. Asist. Médica Coop. de Colonia - ORAMECO
C. Católico de Santa Rosa	Unión Médica Regional Cooperativa - UMERCO
C. Católico de San Bautista	Cooperativa Médica Cero Largo - COMECEL
C. Católico de Tala.	Asociación Mutualista de Juan Lacaze
Sociedad Suiza Socorros Mutuos Paysandú	Cooperativa Médica Treinta y Tres - COMETT

Instituciones de asistencia medica colectiva en actividad en 2023

Denominación original	Denominación actual	Año de creación
Asociación Española 1ª Socorros Mutuos - AEPSM	Asoc. Española 1ª Socorros Mutuos - AEPSM	1853
Círculo Católico de Obreros del Uruguay - CCOU	Círculo Católico de Obreros del Uruguay - CCOU	1885
Mutualista Hospital Evangélico - HE	Mutualista Hospital Evangélico - HE	1927
Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica - MUCAM	Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica - MUCAM	1934
Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay - CASMU	CASMU IAMPP	1935
Clínicas Uruguayas Asistencia Médica - CUDAM	Centro Uruguayo de Asistencia Médica - CUDAM	1955
Sociedad de Asistencia Médica Universal	Sociedad de Asistencia Médica Universal	1956
Gremial Médica Centro Asistencial - GREMCA	Gremial Médica Centro Asistencial - GREMCA	1966
Servicio Médico Integral	SMI IAMPP	1974
Cooperativa de Servicios Médicos - COSEM	COSEM IAMPP	1999
Cooperativa Regional Asistencia Médica Integral	CRAMI IAMPP	1958
Centro de Asistencia de la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto	SMQS IAMPP	1956
Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Artigas	GREMEDA IAMPP	1966 - 78
Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno	CAMEDUR IAMPP	1966
Corporación Médica de Flores	COMEFLO IAMPP	1966
Órgano de Asistencia de la Unión Médica de Lavalleja	CAMDEL IAMPP	1969
Asociación Médica de San José	AMSJ IAMPP	1963
Centro Asistencial de la Asociación Médica de Cerro Largo	CAMCEL IAMPP	1969
Centro Asistencial de la Asociación Médica del Este de Colonia	CAMEC IAMPP	1970
Corporación Médica de Paysandú	COMEPA IAMPP	1967
Asociación Médica de Río Negro	AMEDRIN IAMPP	1967
Centro Asistencial del Sindicato Médico de Rivera	CASMER IAMPP	1967
Centro Asistencial de la Asociación Médica de Soriano	CAMS IAMPP	1968
Corporación Médica de Tacuarembó	COMTA IAMPP	1967
Instituto de Asistencia Colectiva de Treinta y Tres	IAC IAMPP	1970
Centro de Asistencia de la Agrupación Médica de Pando	CAAMEPA IAMPP	1982
Corporación Médica de Canelones	COMECA IAMPP	1978
Centro Asistencial de Asociación Médica del Oeste de Colonia	CAMOC IAMPP	1972
Asociación Médica Departamental de Florida	COMEF IAMPP	1971 - 84
Asociación Médica de Maldonado	AMDM IAMPP	1961 - 75

Cooperativa de Asistencia Médica de Young	**CAMY IAMPP**	**1997**
Instituto de Asistencia Médica Rochense	**COMERO IAMPP**	**1979**
Cooperativa Médica de Rivera	**COMERI IAMPP**	**1987**
Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este	**CRAME IAMPP**	**1987**

_____

NORMAS REFERIDAS

- Ley Nº 2.059 – Creación Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. 1889
- Ley Nº 3.724 – Creación de la Asistencia Pública Nacional. 1911
- Ley Nº 6.842 – Creación del Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada. 1918
- Ley Nº 7.986 – Presupuesto de la APN. 1927
- Ley Nº 9.362 – Ley de creación del Hospital de Clínicas. 1927
- Ley Nº 8.766 – Creación del Consejo de Salud Pública. 1931
- Decreto – Ley Nº 9.202 – Creación del Ministerio de Salud Pública. 1934
- Decreto – Ley Nº 10.384 – Regulación de la asistencia médica privada. 1943
- Ley Nº 10.449 – Creación de los Consejos de Salarios. 1943
- Ley Nº 10.709 – Creación de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa. 1946
- Ley Nº 11.454 – Transferencia del Hospital de Clínicas a la Universidad de la República. 1950
- Ley Nº 11.618 – Creación del Consejo Superior de Asignaciones Familiares. 1950
- Ley Nº 12.571 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la construcción. 1958.
- Ley Nº 12.839 – Seguro de enfermedad de los trabajadores de la construcción. Modificación. 1960
- Ley Nº 13.096 - Seguro de enfermedad de los trabajadores del puerto. 1962
- Ley Nº 13.223 – Sistema de Asistencia Integral para funcionarios del MSP. 1964
- Ley Nº 13.244 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la madera. 1964
- Ley Nº 13.283 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria metalúrgica. 1964
- Ley Nº 13.318 – Seguro de enfermedad de los funcionarios de OSE. 1964
- Ley Nº 13.488 - Seguro de enfermedad de los trabajadores del transporte automotor. 1966
- Ley Nº 13.490 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria textil. 1966
- Ley Nº 13.504 - Seguro de enfermedad de los trabajadores gráficos, de periódicos y librerías. 1966.
- Ley Nº 13.560 - Seguro de enfermedad de los de tripulantes de buques mercantes y de pesca. 1966.
- Ley Nº 13.561 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la aguja. 1966.
- Ley Nº 13.965 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria de la bebida. 1971
- Ley Nº 14.064 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria del vidrio - 1972
- Ley Nº 14.065 - Seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria del cuero – 1972
- Decreto Ley Nº 14.164 – Autorización del PE para diversos aspectos del funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia médica - 1974
- Decreto Ley Nº 14.407 – Unificación de los seguros de enfermedad por rama de actividad y creación de la Administración de Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE) - 1975

- Decreto Ley Nº 14.897 – Creación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada y del Fondo Nacional de Recursos. 1979.
- Acto Institucional Nº 9 – Reforma del sistema previsional. Eliminación de la Administración de Seguros Sociales por Enfermedad y creación de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad dentro de la estructura del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1979
- Decreto Ley Nº 15.181 – Regulación de la asistencia médica. 1981
- Ley Nº 15.903 – Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado como órgano desconcentrado del Ministerio de Salud Pública; financiamiento a cargo del Estado de la afiliación a las IAMC de funcionarios públicos de diversos organismos. 1986
- Ley Nº 16.002 – Creación de las Comisiones de Apoyo a Programas Especiales de ASSE. 1988
- Ley Nº 16.097 – Creación de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. 1989
- Ley Nº 16.343 - Creación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada y del Fondo Nacional de Recursos. Modificación. 1992
- Ley Nº 16.626 – Creación de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. 1994
- Ley Nº 16.713 – Reforma del sistema previsional. 1996
- Ley Nº 17.548 – Inclusión de instituciones gremiales prestadoras de atención médica en las categorías previstas en el Decreto Ley Nº 15.181. 2002
- Ley Nº 18.131 - Creación del Fondo Nacional de Salud. 2007
- Ley Nº 18.161 – Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado como servicio descentralizado
- Ley Nº 18.211 – Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2008
- Ley Nº 18.406 – Ley general de cooperativas. 2008
- Ley Nº 18.440 – Creación de las Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales. 2008
- Ley Nº 18.728 - Inclusión de beneficiarios del seguro de enfermedad de los funcionarios de OSE en el Seguro Nacional de Salud. 2010
- Ley Nº 18.731 – Inclusión de jubilados y pasivos y de los beneficiarios de las Cajas de Auxilio y los Seguros Convencionales en el Seguro Nacional de Salud. 2010
- Ley Nº 18.732 – Inclusión de beneficiarios del Sistema Notarial de Salud en el Seguro Nacional de Salud. 2010
- Ley Nº 18.719 – Creación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. 2011

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

(1) Porcecanski, T. "Inmigrantes".
http://www.1811-2011.edu.uy/B1/content/inmigrantes?page=show

(2) Luzuriaga, J.C. "Los procesos inmigratorios en el Uruguay del Siglo XIX: visión de conjunto". XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles: congreso internacional, Sep 2010, Santiago de Compostela, España. pp.1002-1018.
https://shs.hal.science/halshs-00530616/document

(3) Taks, J. "Migraciones internacionales en Uruguay: de pueblo trasplantado a diáspora vinculada". Revista Theomai Nº 14. 2006.
https://www.redalyc.org/pdf/124/12401412.pdf

(4) Porcecanski, T. "Inmigrantes". Obra citada

(5) Aguiar, C. "Importante pero urgente. Políticas de población en Uruguay". Rumbos, 2007. UNFPA. 2007
https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/48_file1.pdf

(6) Pellegrino, A. "La Población del Uruguay. Breve caracterización demográfica". UNFPA. 2010.
https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/5_file1.pdf

(7) Pellegrino, A. "La Población del Uruguay …" Obra citada

(8) Portillo, J. "Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724 - 1930)". Rev Med Uruguay 1995; 11: 5-18
https://revista.rmu.org.uy/public/journals/2001-1974/articles/1995v1/art2.pdf

(9) Kruse, H. "Los orígenes del mutualismo uruguayo". 1994. Citado por Turnnes, A. en "La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos - 150 años". Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. 2003.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/aepsm.pdf

(10) Harriett, S. "Apuntes en torno a la incidencia de los actores privados en la conformación del sistema de seguridad social en el Uruguay en la segunda mitad del siglo XIX". Asociación Uruguaya de Historia Económica. 5ª Jornadas de Investigación. 2011.
https://www.audhe.org.uy/images/stories/upload/ponencia%20harriet.pdf

(11) Harriett, S. Obra citada

(12) Harriett, S. Obra citada

(13) Favero, L. Bernasconi, A. "Le associazioni italiane in Uruguay fra il 1860 e il 1930", en "L'emigrazione italiana e la formazione dell'Uruguay moderno". 1993. Edizzioni della Fundazione Giovanni Agnelli.
https://www.byterfly.eu/islandora/object/librib:287495#page/400/mode/2up

(14) Turnnes, A. "La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos - 150 Años". Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Octubre, 2003.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/aepsm.pdf

(15) Médica Uruguaya. https://www.medicauruguaya.com.uy/

(16) Sociedad de Cirugía del Uruguay. Libro del Centenario. 2020.
https://scu.org.uy/pdf/libro-centenario/Libro-del-centenario.pdf

(17) SMU. Boletín Acción Sindical. Nº 85. 1955.
http://www.bvssmu.org.uy/local/smubol/5A8D.pdf

(18) Margolis, E. La asistencia médica colectivizada en el Uruguay. El seguro voluntario pre-pago de atención médica (1853-1972).

(19) Margolis, E. Piazza, N. Organización de la atención médica en Uruguay. Editorial Nordan. 1989

(20) MSP. SINADI. Indicadores asistenciales IAMC. 1er. Semestre 2023.
(21) SMU. "Sindicato Médico del Uruguay. Cien años. 1920 -2020". 2023
https://bvs.smu.org.uy/servicios/ToC/Sindicato-Medico-del-Uruguay-100-anos-9789915678139.pdf

(22) SMU. Boletín Acción Sindical. Nº 85. 1955.
http://www.bvssmu.org.uy/local/smubol/5A8D.pdf

(23) Avellanal, R. Historia del CASMU.1996.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/index.html

(24) SMU. Boletín Acción Sindical. Nº 82. Octubre 1954.
http://www.bvssmu.org.uy/local/smubol/5CCB.pdf

(25) Labadie, G. Ramos, A. Sánchez, D. "Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: Regulación y desempeño". Serie políticas sociales 6. CEPAL. 1994.
https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b1a554c4-bb13-4e37-84a9-21cacf782386/content

(26) Brazeiro Díez, H. "Historia del Hospital Pasteur, el asilo de mendigos de la unión: sus orígenes hasta el hospital Pasteur de Montevideo". SMU. 2012.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/instituciones/hist_hp.pdf

(27) Turnes A. Hospital Pereira Rossell. "Gestación y nacimiento de un hospital para niños y mujeres (1900-1930). Un comentario". SMU. 2013.
https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/h_pereira_rossell.pdf

(28) Medero, S. "Arquitectura, territorio y gubernamentalidad: El caso de los hospitales públicos en las primeras décadas del siglo XX en Uruguay". An. Investig. Arquit. vol.11 no.2 Montevideo. 2021.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-15132021000201304

(29) Turnes A. "Hospital Pereira Rossell …" Obra citada

(30) Medero, S. "Arquitectura, … " Obra citada

(31) Temas de Derecho Administrativo Especial. Versión Estudiantil. Montevideo. 1977. Mimeo.

(32) Cámara de Representantes. Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda. Acta 10. 1995

(33) El Bien Público. 16 de abril 1946. https://anaforas.fic.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/15016/1/20943-1946-04-16.pdf

(34) SMU. Acción Sindical. vol. Nº 95. 1964 https://bvs.smu.org.uy/local/smubol/5C74.pdf

(35) Margolis, E. "La asistencia médica colectivizada …" Obra citada.

(36) Mieres, G. "El sector salud. 75 de un mismo diagnóstico". SMU. Montevideo. 1997. https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turenne/index.html

(37) Ebole,O. Vidal,L. Giordano. "Estadística de valor sanitario". Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Montevideo. 1953

(38) Margolis, E. Piazza, N." Organización de la atención médica … " Obra citada

(39) Turnes, A. "El CASMU: pasado, presente y futuro". SMU. Montevideo. 2008. https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/instituciones/casmu_alt.pdf

(40) Soiza Larrosa, A. "Centenario del Hospital Militar de Montevideo" SMU. Montevideo. 2008 https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hospmilitar_centenario.pdf

(41) Soiza Larrosa, A. "La Sanidad Militar y el Hospital Militar Central 1918 - 1935 (1ª parte)". D.N.S.FF.AA. – Vol.21 Nº 1 – Julio 1999. https://www.dnsffaa.gub.uy/media/images/1999_11-san_mil_-y_el_hosp_1918-1935.pdf?timestamp=20180425162532

(42) SMU. Boletín Noticias. Año X - N.° 51. Diciembre 1966. https://bvs.smu.org.uy/local/smubol/cf9e.pdf

(43) FEMI. "50 años a la salud del Interior". FEMI. 2016. https://c6c493a3-18e5-4bd1-92b4-dc602742389c.filesusr.com/ugd/222cdb_f45a9ec3e5714e60a6d5c06eb4526162.pdf

(44) Rojas Beltrán, R. "Historia del Gremialismo Médico del Uruguay". 1989. Montevideo. SMU. https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/gremedica/cap9.pdf

(45) Labadie, G. Ramos, A. Sánchez, D. "Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: Regulación y desempeño". Serie políticas sociales 6. CEPAL. 1994. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b1a554c4-bb13-4e37-84a9-21cacf782386/content

(46) Labadie, G. Ramos, A. Sánchez, D. "Instituciones de asistencia médica …" Obra citada

(47) OPP. BID. Programa de inversión social. Diagnóstico sectorial. Salud. Tomo V. 1994

(48) Plenario IAMC. "El futuro de la medicina colectiva en el Uruguay". Montevideo. 2001

(49) Casares, L. "Prestaciones de Salud del Banco de Previsión Social. Un análisis de su financiamiento, equidad y eficiencia". MSP. BM. 2004 https://www.bps.gub.uy/4690/0979_prestaciones_salud-_casares_10-2004doc.html

(50) Cámara de Representantes. Repartido 1075. Com. Hacienda y Salud Pública. Octubre 2007

(51) Cámara de Representantes. Com. Hacienda y Salud Pública. Versión taquigráfica Nº 1310. 23 de octubre de 2007.

(52) BPS. https://www.bps.gub.uy/10594/crenadecer.html