



**REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**  
**CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**SECRETARÍA**  
**COMISIÓN DE HACIENDA, INTEGRADA**  
**CON LA DE SALUD PÚBLICA**  
**Y ASISTENCIA SOCIAL**

ANEXO I AL  
REPARTIDO N° 1075  
NOVIEMBRE DE 2007

CARPETA N° 2135 DE 2007

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Creación

Informes

*XLVIa. Legislatura*

---

---

## ÍNDICE

---

---

	<u>Página</u>
INFORME EN MAYORÍA - ENCUENTRO PROGRESISTA-FRENTE AMPLIO-NUEVA MAYORÍA	1
INFORME EN MINORÍA Y PROYECTO DE RESOLUCIÓN - PARTIDO NACIONAL	10
INFORME EN MINORÍA Y PROYECTO DE LEY - PARTIDO COLORADO	19
INFORME EN MINORÍA Y PROYECTO DE RESOLUCIÓN – PARTIDO INDEPENDIENTE	33

---

COMISIÓN DE HACIENDA, INTEGRADA CON LA DE  
SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

---

INFORME EN MAYORÍA

---

Señores Representantes:

La Comisión de Hacienda integrada con la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, tienen el honor de elevar al plenario de la Cámara de Representantes, el presente informe en mayoría del proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Sin vacilación alguna, garantizamos asistir ante un completo cuerpo de normas, que desde su ingreso por parte del Poder Ejecutivo se le ha reconocido un tenor de fundamento, y una técnica de texto, de sumo valor.

A la consideración y aprobación por parte de la Cámara de Senadores, siguió la instrucción por parte de esta Comisión integrada, en la cual se recibieron valiosos aportes de veintidós delegaciones, los que contribuyeron a la mejora y perfeccionamiento del proyecto, para el cual hoy estamos solicitando su aprobación.

La aprobación legislativa de este texto, representará sin lugar a dudas, uno de los mayores actos de responsabilidad de esta Legislatura, de la mejor y más noble responsabilidad a la que pueda ser llamado un Representante Nacional.

Y es así que por la norma propuesta, estudiada, matizada y discernida en este ámbito representativo de la sociedad toda que es el Parlamento, que se sientan las bases, los principios rectores, y los objetivos de un nuevo Sistema de Salud, que nos optimice en recursos y criterios, en aras de la mejora por todos deseada.

Son los valores involucrados en estos trascendentes textos legislativos, en este caso, el derecho a ser protegido en el goce de la salud, que expresamente es llevado al grado de un derecho humano básico.

El pilar fundamental que se impone señalar, está diseñado en aras de asegurar el acceso de todos los habitantes residentes en el país, al mismo nivel de cobertura universal e integral, pilar que sin lugar a dudas termina trascendiendo las diferencias político partidarias, pues las diferencias existirán en el plano de su instrumentación, y de seguro que esas

altas discrepancias también hacen a la mejoría del sistema propuesto.

Ese pilar de Cobertura Integral de Salud, está plasmado en la existencia de un programa básico diseñado a cargo del MSP, y ello orientado por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derechos del usuario la decisión informada sobre su situación. A través de un Sistema Nacional Integrado de Salud, con prestadores públicos y privados complementando y coordinando sus acciones.

Su logro a título de objetivo, está fundamentado con cambios a tres niveles muy importantes:

A) En el modelo de atención que a partir de la formación de una Red priorizará las estrategias de prevención y promoción en salud priorizando el Primer Nivel de Asistencia.

B) Un cambio en el modelo de gestión, con coordinación y complementación, y con participación de usuarios y trabajadores, con transparencia en la administración.

C) Cambio en el Sistema de Financiamiento y Gasto, creando el Seguro Nacional de Salud para lograr los resultados buscados en materia de equidad, solidaridad y sustentabilidad del Sistema.

Con ello se aborda el desordenado y sin criterio sistema actual donde conviven descoordinadamente el sector público y privado, y donde por supuesto no se identifica ningún grado de homogeneización en la prestación de servicios.

Naturalmente ello genera, y aquí se va en línea de corregir, la duplicación, dispersión y subutilización de todos los recursos involucrados, tanto humanos, tecnológicos y materiales, razón que explica el desfase palpable de un gasto per cápita acorde al de países desarrollados y una calidad de atención para nada óptima.

Estos cambios propuestos en los modelos de atención y en el modelo de gestión, están debidamente acompasados con las pertinentes modificaciones del sistema contributivo de usuarios y Estado.

En efecto, el diseño implementado en este orden está dado por la creación de un Seguro Nacional de Salud, el que estará provisto por el Fondo creado por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007 (FONASA), donde aportarán según ingresos los trabajadores activos, pasivos, empresas y el Estado a través de fondos presupuestales y extrapresupuestales.

Con cargo a este seguro, se financiarán o cubrirán los servicios a cargo de entidades, y ello en razón de un instrumento o unidad de medida, denominada cuota salud, la que tendrá un valor diferenciado también, y de acuerdo a lógicos parámetros que responden a diversos factores de riesgo de diferentes sectores poblacionales.

Ello ajustado con los conceptos predesarrollados de cobertura universal e integral, de aportes según posibilidades de los usuarios, hacen consolidar desde inicio el objetivo de equidad buscado. La salud es un derecho humano fundamental, y por lo tanto debe ser protegido por el Estado. Por lo tanto se fortalece el Ministerio de Salud Pública en su papel de tutor de los principios rectores y objetivos buscados que están, como se dijera, expresamente señalados en el texto de este proyecto de ley. A él se reserva toda la supervisión sanitaria en lo referido a las Entidades prestadoras de servicios, ejerciendo el resto de control, junto con la Junta Nacional de Salud, que se crea por esta ley, órgano desconcentrado en este Ministerio, en lo que hace exclusivamente a los integrantes del Sistema creado.

Por último y antes de entrar a analizar el articulado en forma específica, se dirá que la fecha de puesta en rigor está en el mismo texto del proyecto, es propuesta para el 1º de enero de 2008.

Será para el país y en especial para su área de salud, una fecha de historia y orgullo, donde mucha incidencia le cabrá a este Parlamento Nacional.

## CAPÍTULO I

### DISPOSICIONES GENERALES

En este primer Capítulo, de ocho artículos, está concentrada toda la fortaleza conceptual de trascendencia de la presente iniciativa cuya aprobación al plenario se propone.

Para empezar, con óptimo criterio de técnica legislativa, el primer artículo del proyecto, es el de mayor trascendencia jurídica y concentración en el mandato ínsito propio de ley.

En efecto, este artículo define el objeto abordado por la ley, que es “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes...”, declarando que sus disposiciones son de orden público e interés social. Primero se impone señalar que esta protección en ese derecho, está recogida e impuesta en el artículo 7º de la Constitución de la República. Y segundo, es este Parlamento, representativo de esta sociedad actual, quién decide llevar la instrumentación elaborada para la protección de este derecho, a la altura expresa de orden público e interés social. Y ello es de

una trascendencia e importancia jurídica muy relevante, propia no solo del derecho en juego, sino del momento histórico en el que se abordará el comienzo en la implementación de este cambio.

Son ríos de tinta que este concepto de orden público tiene en nuestra literatura jurídica y sobre el cual se puede desarrollar en este informe. Solo se citará por su autoridad intelectual, la definición dada por el Maestro Couture, quién enseñaba que el orden público es “conjunto de valoraciones de carácter político, social, económico o moral, propios de una comunidad determinada, en un momento histórico determinado, que fundamentan el derecho positivo y que éste tiende a tutelar”.

¿Y que otra cosa es o se hará al instrumentar esta nueva organización propuesta del Área Salud para nuestro país? Es y genera de por sí un momento histórico, e importa o involucra valoraciones políticas, sociales, económicas y morales de primer orden. Y es en atención a toda esta relevancia histórica señalada que tratará el plenario de esta Cámara, que deviene como muy correcto y pertinente esta definición de que estas disposiciones son de orden público.

El siguiente de estos ocho relevantes artículos del Capítulo I, dispone que será el Ministerio de Salud Pública el que implementará el Sistema creado, que conjuntamente con el artículo 5º que reconoce sus competencias, cierran la estructuración de esta importante delegación de competencia reglamentaria y autoridad administrativa y sanitaria en la materia.

Por el artículo 3º quedan consignados los principios rectores del Sistema, elaborándose un elenco muy estricto pero completo, los cuales devienen como muy valiosos e imprescindibles en la instrumentación que se haga. Son trece principios realmente superiores, exactamente redactados.

Por el artículo 6º se dispone la creación de un registro de recursos de tecnología médica, ordenando la definición de criterios tutores en la implementación específica de esta Área.

Ello, junto al siguiente artículo, el 7º, donde encontraremos lo que todo profesional u operador en el área de la salud en nuestro país evaluará como necesidad realmente ignorada, pues constituyen verdaderos jalones en la historia de la medicina en el Uruguay. En efecto, reconocer con rango de ley que debe existir una Política Nacional de Medicamentos, junto con el Registro de Tecnología prealudido, son verdaderos valores normativos que por primera vez se consagran en este ámbito legislativo, son de avanzada normativa, y como se dijera, de viejo reclamo en nuestro país.

Este valiosísimo Capítulo Primero de Disposiciones Generales, lo cierran

tres artículos, el 8°, 9° y 10, que conceden rango de ley a conceptos tales como la calidad en la atención de salud, calidad referenciada a principios de ética, y a derechos humanos de los usuarios, le otorga suma relevancia a la formación constante de los recursos humanos, mandando armonizar criterios normativos al proceso de integración regional en el que se encuentra el país.

## CAPÍTULO II

### INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

En el siguiente Capítulo, por doce artículos, que van del 11 al 22, se estructura toda una coherente y compacta integración del Sistema de Salud creado.

Esta integración está referida a las entidades y servicios de salud, para lo cual se realiza un completo abordaje sobre las condiciones y reglas existentes para tal condición, y en ello se destaca, que la condición de pertenencia es optativa, pues existe el reconocimiento a la prestación de servicios de salud por fuera del Sistema, en ejercicio de la libertad de trabajo y asociación, definido como “libre contratación”, solo con la natural y obvia supervisión y control del Ministerio de Salud Pública, no de la autoridad rectora que es la Junta Nacional de Salud, al estar siempre comprometido el alto y sensible valor de la salud poblacional.

Para quien opte por integrar el sistema, está prevista la suscripción de un contrato de gestión tipo, con la Junta Nacional -artículo 15-, la preceptividad de la existencia de un Director Técnico responsable -artículo 13-, la existencia de órganos asesores y consultivos con representación de trabajadores y usuarios -artículo 12-, y la relevante autorización que perfecciona el ingreso al sistema, dada por la Junta Nacional, está desde la ley, vinculada a parámetros de evaluación verdaderamente ajustados y cabales, que son: caudal de usuarios, recursos humanos, planta física, equipamiento, programas de atención, tecnologías, funcionamiento organizacional y estados económico financieros. Se reconoce una óptima redacción de técnica legislativa la lograda en este trascendente artículo 14.

También se impone la autorización del Ministerio de Salud Pública, para los actos dispositivos serios o relevantes, que revistan carácter comprometedor en el futuro de una entidad, como lo son las reformas y la constitución de derechos reales.

Se inhiben las afiliaciones vitalicias, se incluyen pautas para la publicidad, y se prevén las tasas moderadoras en el caso de necesitarse. Son los artículos 18, 20 y 19, respectivamente.

Como cierre en la información de este Capítulo, se destacará la seria previsión del funcionamiento por fuera del sistema que se hace, abordándose que esas pautas de “libre contratación” solo están condicionadas en la habilitación de la Entidad prestadora de servicios de salud que se trate, por el Ministerio, no por la Junta, y sí a su sujeción sanitaria.

Tan viable se previó a este funcionamiento en libre contratación, que hay un extenso artículo 22 de ocho incisos, que define el tema de los aportes y pagos de estos especiales casos respecto al FONASA.

Pero esto, conjuntamente con el inciso final del artículo 14, donde se declara que la integración al sistema es de orden funcional, expresamente previéndose la indemne titularidad y autonomía, permiten reconocer la no existencia de una vorágine intención estatizadora como se ha señalado ante la opinión pública, pues aquí, en el texto que se propone aprobar a este plenario, se reconoce el altísimo valor histórico de las formas organizacionales del mutualismo, formas que hasta la fecha han asistido muy correctamente a una gran parte de nuestra sociedad.

### CAPÍTULO III

#### JUNTA NACIONAL DE SALUD

El siguiente Capítulo se refiere enteramente a la nueva Unidad Ejecutora creada en el ámbito del Inciso Ministerio de Salud Pública, órgano que tomará extrema relevancia, la Junta Nacional de Salud, el que tendrá el mínimo grado de autonomía, será un órgano desconcentrado, y deberá velar por toda la estricta observancia de lo aquí informado, y tendrá asimismo a su cargo la administración de los recursos involucrados bajo égida del Seguro Nacional de Salud.

Su integración es contemplativa de los altos intereses en juego, con un total de siete miembros, dos por el Ministerio de Salud Pública, uno del Ministerio de Economía y Finanzas, uno del Banco de Previsión Social, representante de los prestadores, uno de los trabajadores y uno de los usuarios. La competencia está bien detallada en el artículo 28 y la de su presidente en el artículo 29, correctamente imponiendo el instituto de rendición de cuentas anuales, y la publicación de estados de situación y balances de las Entidades.

### CAPÍTULO IV

#### RED DE ATENCIÓN EN SALUD

En este capítulo está instrumentada la Red de Atención en Salud. Otro concepto históricamente requerido, línea de trabajo y acción que está colmada de coherencia para las dimensiones de nuestro país. Se definen



tres niveles de atención, declarándose la relevancia del primer nivel, llevándolo al rótulo de estrategia, el que está impregnado de una cultura en salud, y de prevención a través de la comunidad educada en estos íconos.

Los siguientes niveles, segundo y tercero, son los que ameritan hospitalización clínica, quirúrgica y obstétrica, y los que involucran tecnología y especialización de altas condiciones, respectivamente. Expresamente se maneja el término de redes territoriales de atención en salud, incluyendo en el mismo a los centros educativos de cada zona. Se autoriza la contratación mutua, debidamente monitoreada entre integrantes o no, del Sistema. Es un capítulo impregnado del objetivo de no duplicación de servicios y de la búsqueda de economía de escala.

## CAPÍTULO V

### COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Por los cuatro artículos de este Capítulo, se precisa que la cobertura de atención médica, lo será a título definitivamente integral. Es otro de los pilares de la reforma plasmada en aras de la mejora continua buscada, la condición integral e igualitaria de la cobertura de salud para los habitantes residentes en el país. Esto bien se estructura en la definición teórica que hace el artículo 45, estableciendo la existencia de programas integrales de prestaciones aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Si bien correctamente delega la definición taxativa de las prestaciones a incluirse en la reglamentación, igual en cuatro literales define su contenido medular.

También en este nuevo diseño de la cobertura integral buscada, está prevista en artículo específico la inclusión de la prestación de la emergencia, delegando en la reglamentación la instrumentación en plazos, que implica este pasaje de acuerdo a la forma separada que existe en la actualidad. Asimismo se previó autorizar la ampliación de servicios no incluidos en los programas de cobertura integral, aceptando su existencia en el contexto de libre contratación.

## CAPÍTULO VI

### USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Seis artículos conforman el Capítulo VI, que refiere a los Usuarios del Sistema, a su definición, a los elencos de Derechos y Obligación.

Merece nuevamente el repetido análisis del valor jurídico del reconocimiento de derechos con el nivel legal que por esta vía se le está dando, en esos siete literales. Son verdaderas consolidaciones normativas

que comienzan a estructurarse en un único cuerpo de normas.

## CAPÍTULO VII

### FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Es este último Capítulo, referido al financiamiento del sistema, el que más especificidades técnico - tributarias tiene. No en vano está compuesto por el mayor número de artículos: veinte.

Dicho financiamiento girará en torno al Seguro Nacional de Salud que se crea por el artículo 57, el que funcionará en el ámbito del Banco de Previsión Social, de acuerdo a una modificación estampada en la Comisión de esta Cámara. Y ello atento a que el Seguro es financiado por el FONASA creado por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007 con cargo al cual se abonarán las “cuotas salud”, auténtico eje del nuevo sistema en su arista financiera, la que estará compuesta como la ley ya lo anuncia, en función de costos diferenciales según grupos poblacionales y metas asistenciales. De nuevo: es toda una innovación históricamente pensada, que hoy se está plasmando en el nuevo ordenamiento dispuesto para la salud.

Los aportes estarán a cargo de trabajadores tanto públicos como privados, en igual porcentaje, asimismo como de jubilados, definiéndose nuevamente el objetivo equitativo de cobertura integral y de aportaciones iguales en situaciones iguales, situaciones previstas en forma diferencial para aportes diferenciales asociada a la capacidad contributiva. Se plasma una discriminación muy ajustada a la equidad en las cargas, discriminación y graduación de aportes, de acuerdo a factores genuinos como el ingreso, hijos a cargo, hijos de cónyuge a cargo, cónyuge a cargo, llegándose a prever y asumir la estructura social actual, respecto a que la reglamentación también deberá incluir la figura del concubino e hijos del concubino si ambos estuvieren a cargo del aportante. Ello es propio de una sólida madurez en el legislador.

En su naturaleza jurídica es una extensión del Tributo Contribución de Seguridad Social.

También se resalta la expresa inclusión de todos los servicios públicos que tenían una variadísima forma de cobertura, previéndose una gran homogeneización del nivel prestacional. Importa asimismo especificar que se conserva la autonomía administrativa del Fondo Nacional de Recursos.

Se concluye el Informe que se eleva al plenario de esta Cámara, afirmando con absoluta convicción estar frente a un soberbio conjunto de normas, el que ha sido desde su original elaboración y posterior mejora y trabajo, proyectar todo un nuevo Sistema de Salud, en función de rectores

principios y de claros objetivos, expresamente definidos en el propio texto, algo que permite avizorar y concluir, que el país todo ha sabido ganarse la mejora continua en el área de la salud.

Sala de la Comisión, 1º de noviembre de 2007.

LUIS JOSÉ GALLO IMPERIALE  
Miembro Informante  
ALFREDO ASTI  
EDUARDO BRENTA  
SILVANA CHARLONE  
GONZALO MUJICA  
LOURDES ONTANEDA  
HÉCTOR TAJAM

---

COMISIÓN DE HACIENDA, INTEGRADA CON LA DE  
SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

---

INFORME EN MINORÍA

---

Señores Representantes:

La Cámara de Senadores ha remitido a consideración de ésta el proyecto de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que consta de 8 capítulos, con 77 artículos, en los cuales, por superabundancia, queda explícito el marco global sobre el que se centrarán las bases de un futuro sistema pretendidamente orgánico, articulado, que gobernará las prestaciones asistenciales de salud en nuestro país, a partir de una poderosa centralización política de las decisiones; conceptualización estatista de la gestión; y, lo que tal vez sea más preocupante -dentro de lo tanto que no compartimos-, al manejo de un fondo público, único y obligatorio, financiador de un seguro nacional, que eleva la carga tributaria de las personas, amenaza la legítima autonomía de las empresas, y pone un manto de duda -y sospecha- sobre los fines loables que se presumen: acceso universal, equidad, oportunidad, calidad, eficacia social y económica, gestión democrática - entre otros- de tantos que se dictan en la exposición de motivos.

Como metodología de análisis del proyecto de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el subsiguiente informe que se leerá, no se hará la descripción detallada del articulado, sino se comentarán por capítulos -salvo cosas puntuales-, donde intentaremos desglosar lo fundamental, explicitar nuestros argumentos y críticas, dejando para la discusión en sala el detalle de cada uno de ellos.

El Capítulo I - Disposiciones Generales- desarrolla en extensión, en sus primeros artículos, la filosofía que inspira la presente reforma. En los dos primeros se insiste con lo inexacto y engañoso al repetir en ambos “todos los habitantes residentes...”., en cuanto al derecho a la protección de la salud, y el aseguramiento del acceso a recursos integrales. Inexacto porque no son todos, engañoso pues confunde “asegurar el acceso” con “asegurar la inscripción en un padrón”, verdadero concepto.

No están todos los habitantes residentes en el país incorporados a un Sistema que no es tal -por lo inorgánico-; no es Nacional -miles de potenciales usuarios no tienen posibilidad de serlo-; ni es integrado -explícitamente hay prestadores fuera-, muchos con sus derechos cercenados.

El carácter de “orden público” de la ley de por sí limita la autonomía en la voluntad de las partes, que, integren o no el “Sistema”, se verán -como se dijo antes- sin la posibilidad de ser contratadas. En el “Sistema” que se crea, existe un único decisor que es el Estado, disponiendo -a través de instrumentos que los siguientes capítulos del proyecto crean- a su voluntad: el ingreso de los prestadores, la habilitación de los mismos, fijación de precios por los servicios, las condiciones de los contratos de gestión, la disponibilidad -o suspensión- de pagos; elementos todos que dejan clara la filosofía estatizadora, centralista y omnipoderosa, en la cual, en un régimen paradójico de competencia, en vez de complementariedad, tendrán que subsistir quienes puedan, y no quienes quieran.

Los principios rectores y objetivos, así como las competencias del Ministerio de Salud Pública (MSP) enumeradas en forma taxativa, sobreabundan en objetivos y conceptos que asemejan más el proyecto a una declaración de buena voluntad que a lo que va a ser, un instrumento jurídico.

Del artículo 6º al 10 se dictan disposiciones tan trascendentes como vagas y carentes de contenido para la instrumentación efectiva de lo mismo. Esperaremos pacientemente una “política nacional de medicamentos”, un “desarrollo profesional continuo”, y otros que se enumeran, donde se pueda apostar a lo que realmente importa, el mejoramiento de la calidad de la atención para nuestra población.

Aparecen aquí y continúan en el articulado, más de veinte (20) mandatos que facultan al Poder Ejecutivo -vía creación o reglamentación- para diversas disposiciones. Se ha dicho por nuestra parte que esta es otra excesiva potestad que extralimita las competencias que debieran ser de resorte legislativo; pero si lo analizamos a la luz de la filosofía inspiradora de esta “reforma”, es coherente que sea desde el concentrador de poder político que se establezca el nuevo régimen. Vaya diferencia conceptual.

El capítulo II - Integración del SNIS- contiene contradicciones desde su título por lo que se definió en el análisis del anterior. La potestad que otorga el artículo 11 en cuanto a integración, queda invalidada al no disponer la posibilidad de financiamiento por el seguro a los servicios asistenciales de, por ejemplo, “Ministerio de Defensa Nacional” y “Ministerio del Interior” ; así como, por la vía de la imposibilidad real de suscribir contratos u obtener habilitación, a otras empresas prestadoras de servicios asistenciales.

Se establece la preceptividad de contar con órganos asesores y consultores de trabajadores y usuarios. Esperemos que la reglamentación a que refiere, no disponga - como lo hacía el proyecto original enviado por el Poder Ejecutivo a la Asamblea General- ilegalidades, en cuanto los únicos fiscales de las empresas en nuestro estado de derecho son sus propietarios, directores, o quienes ellos estatutariamente deleguen, o el Estado en sus

diversas potestades.

Los artículos 14 al 17, son el reflejo de la filosofía global del proyecto, al eliminar las potestades de gestión y administración que legítimamente tienen las empresas. Se establecen reglas imperativas limitantes, donde la integración al sistema es sinónimo de sometimiento, lo cual, en forma insólita, abarca incluso a quienes no integran el mismo, ya que están virtualmente imposibilitados de actuar.

La madeja burocrática en la que cualquier prestador va a quedar atrapado tiene su máxima - y más preocupante- expresión en el artículo 17 donde las instituciones están paralizadas en cuanto a su capacidad de gestión. Lo preocupante es que, el usuario- término que no nos gusta- al verse perjudicado por una decisión demorada, ¿ante quién reclamará? ¿Quién responderá?

El artículo 19 contiene uno de los preceptos más inquietantes del proyecto, y es la posibilidad que todas las prestaciones requieran el pago de tasa moderadoras (copagos). Ya lo hacen las IAMC; lo que se verá a partir de ahora es a quiénes usufructúan ASSE pagando tiques de medicamentos en ventanilla. Y eso que a partir de ahora se pretendía mejorar la accesibilidad.

Los artículos finales (21 y 22) son, a nuestro entender, retóricos. Se habla de prestar servicios en régimen de libre contratación; concepto este último de virtual inaplicabilidad. No sólo no es libre, sino que es discutible que la contratación exista. Se exige una - insólita- doble habilitación, tanto para estar dentro del sistema como fuera de él.

El Capítulo III -Junta Nacional de Salud (JNS)- refiere íntegramente a la creación, integración, cometidos, competencias y facultades de un nuevo organismo desconcentrado dependiente del MSP, con potestades extraordinarias que implican un fuerte y total posicionamiento del Estado como único centro de decisiones.

Esta Junta -de absurdo e increíble carácter "honorario"- tiene una integración con mayoría absoluta de miembros designados directamente por el Poder Ejecutivo, le determina competencias extralimitadas en sus decisiones a su presidente, y será a partir de la puesta en práctica del Sistema quien determina el futuro de las instituciones y -menudo problema- el nivel asistencial de los beneficiarios.

Será desde el Estado, en una clara vocación totalizadora, que se determinará quién integrará el sistema; qué precio se pone a las prestaciones; a quién le paga y a quien no -sancionador- en definitiva, cuánta y qué salud tendrán los habitantes de nuestro país. Por si no queda claro el

afán totalizador y estatista, solo valga el ejemplo que quien no integre el sistema debe regirse por precios, condiciones y autorizaciones de éste órgano.

Se crea en el artículo 31 el programa “Administración del Seguro Nacional de Salud”, dentro del cual la JNS se constituye en Unidad Ejecutora. Artículo corto y peligroso. Es inimaginable el poder desmesurado que le da al instituto Junta Nacional de Salud el concentrar todo el poder económico a través del Seguro Nacional, desde el cual dispone el pago hacia los prestadores que la propia Junta autoriza; es único contratante, detentando el poder jurídico-administrativo que emana de la función de policía sanitaria propia del MSP de quien depende. A su vez, al estar integrado orgánicamente a su estructura administrativa, está controlado políticamente por el Poder Ejecutivo.

El Capítulo IV - Red de Atención en Salud- mezcla modernas y deseables intenciones en cuanto a prestación de servicios asistenciales, así como actividades diversas de salud en base a niveles de complejidad y redes, que si bien “lo que abunda no daña”, son concretables sin ningún texto legislativo, como lo establecen los modernos parámetros técnico-científicos, algunos de los cuales se vienen realizando en nuestro país sin norma con rango legal que lo consagre. El Partido Nacional ha manifestado que la complementariedad público-privada, la coordinación eficiente de servicios y prestaciones, el adecuado funcionamiento de redes regionales -en algunos casos ya instituidas- deberían ser un norte impostergable a potenciar. La referencia que antecede es con respecto a los artículos 34 al 40.

Contrasta con la benignidad de los enunciados anteriores la peligrosa injerencia que tiene la creada Junta Nacional de Salud otorgada por los siguientes.

Los artículos 41 y 43 eliminan la posibilidad que se celebren libremente negocios jurídicos de cualquier naturaleza entre prestadores integrales privados o públicos de salud, integren el SNIS o no, con otros prestadores integrales o con terceros, para el mejor cumplimiento de sus fines.

La intervención preventiva de un ente público -la JNS- en esos negocios jurídicos, atenta contra la autonomía de gestión y su eficacia. Dicho Ente del Estado, por su propia naturaleza y estructura política, es incapaz de asegurar objetividad e imparcialidad en sus decisiones, pues está ligado a actores del Sistema que son, entre sí, competencia. Es natural que ASSE, como prestador integral y gestor de lo que conocemos como “hospitales públicos”, va a competir en el nuevo Sistema por la captación de usuarios que le aseguren sus “cuotas salud”. El MSP controlará políticamente a ASSE y a la Junta Nacional de Salud. Ésta a todos los demás. Menudo conflicto de

intereses.

Tiene el artículo 42 dos ideas contrastantes: por el inciso 1º se habilita una posibilidad a las farmacias para poder integrarse al nuevo sistema. El inciso 2º vuelve esto último dificultoso, por los argumentos expuestos en los párrafos anteriores.

El Capítulo V - Cobertura de atención médica- refiere al alcance, tipo y volumen de prestaciones a ser incluidas en los planes integrales. De discutible espíritu benefactor hacia el usuario, lo que es meridianamente claro es la duda que, -así como los legisladores - cualquier futuro usuario va a tener en cuanto a lo mismo, ya que la definición taxativa de las prestaciones queda en la nebulosa de la multiadjetivación en que incurre este texto, y lo que diga la futura reglamentación.

Problema grave y expuesto por múltiples actores del sistema se plantea en cuanto a las prestaciones de emergencia, en que además de dejarlo librado a la voluntad del decisor estatal vía reglamentación, augura un descenso en el nivel del servicio para el usuario, cuando no la anulación de mucho de lo que hoy recibe, difícil de desentrañar en la poco cuidadosa redacción del artículo 46, en el que son más las dudas que las certezas futuras. Se hará cuestión de la menor calidad de los servicios, las enormes dificultades para instrumentar los mismos por parte de las instituciones, y la cierta posibilidad de desestabilización laboral en un sector que llenó un vacío cierto de nuestras prestaciones. Más demolición no solo no asegura, sino que pone en riesgo la edificación futura del Sistema.

Al artículo 47 le merece los mismos comentarios y consideraciones del capítulo anterior, en cuanto a ilusoriedad en un supuesto derecho, que va a ser difícil sea convenido por lo que expresamos, en cuanto a libre contratación.

El Capítulo VI - Usuarios del SNIS- , podría pasar casi inadvertido; no se comentará aquí la relación -ampliable o no- de derechos y deberes de los usuarios en instancias diversas; pero esa inadvertencia no puede ser tal en cuanto a la falacia que se expresa en los artículos 49 y 50.

Se define -según el texto- como usuario a toda persona que resida en el territorio nacional y se registre en una entidad que integre el SNIS. Es claro que esto no es así, por lo menos para la inmensa mayoría de los potenciales usuarios del nuevo sistema, y es la reglamentación que va a fijar condiciones. Ocurre similar con la elección del prestador. Es la reglamentación la que definirá algunas partes más que elementales, como la existencia -ya anunciada- de "corralitos", de las cuales lo único que se duda es cuántos años van a durar.



Capítulo VII - Financiamiento del SNIS. Este es el corazón de la reforma. La razón de crear organismos estatales con poderes absolutos. La discutible razón que radicó este proyecto en Comisión asesora de Hacienda integrada con Salud Pública; que por otra parte no mereció discusión en el tema de la misma, hecho insólito, cuando lo que se están creando con esta ley son nuevas disposiciones que afectarán el ingreso de los ciudadanos mediante más carga tributaria, a la que se oponen los firmantes de este informe.

El artículo 55 introduce el concepto de “cuota salud”. Pocas cosas quedan tan vagas y dudosas en este proyecto como la forma de cálculo, el valor, los criterios, en definitiva, lo sustancial que hace que esa cuota salud, forma en la cual los prestadores van a recibir el dinero que permitirá su financiamiento cabal, se establezca con un mecanismo claro, preciso, predecible, que asegure a las instituciones una gestión acorde.

Angustia pensar que, como lo establece el texto del proyecto, el ajuste de la cuota, la incorporación de nuevas prestaciones, y la reducción de tasas moderadoras dependerán de “economías”, “eficiencia del sistema”, e “incorporación de nuevos usuarios”. En el hipotético -y lamentablemente muy probable- caso que estos parámetros no se cumplan, ¿cuál sería el criterio? Es lógico pensar que, en un sistema estatizado, el criterio lo dictará el poder político de turno. Y dependerá de la economía del sistema. Mal augurio para aquellas instituciones sobre las cuales se cimentaron muchos de los progresos de la medicina nacional.

Se crea en este Capítulo el Seguro Nacional de Salud, financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) -creado por ley-, pagándose las cuotas salud a su cargo. La omnipresente Junta Nacional de Salud sustituye al Banco de Previsión Social (BPS) en la administración de dicho Fondo. Lógico en cuanto a filosofía totalizadora. Rechazable desde nuestra óptica, y dejando además a uno de los más serios organismos -el BPS- ejemplo de administración y seguridad para empresas de salud en nuestro país, que pasa a la indigna categoría de “ventanilla” de aportes y pagos.

Se enumeran los recursos del FONASA, autorizando al Ejecutivo -Rentas Generales- a “atender insuficiencias financieras”, lo que augura costos adicionales a los impuestos que crea en el artículo siguiente, cuando el déficit así lo imponga.

El artículo 61 -que se analizará en particular en el tratamiento en Sala- impone una nueva carga tributaria al ciudadano contra la que manifiestamente se ha declarado nuestra posición. La imposición directa a todo trabajador, público o privado, de esta carga, a tres meses de comenzar a regir una reforma tributaria que los castiga, es una paradoja, reduce su salario, no asegurando por todo lo analizado en este informe la mejora en sus prestaciones de salud. Es inequitativa pues -como ocurre con la reforma

aludida- son muchos los que aportan, algunos los que cargan con el mayor peso, y pocos los que se benefician.

Se argumenta con el engaño de querer convencer que va a haber miles de niños y adolescentes -menores de 18 años- sin cobertura que se van a beneficiar. No solo no es así, sino que los sin cobertura son ínfima minoría, y muchos de los otros van a ver imposibilitadas sus “mejoras” por las dificultades que el propio sistema plantea.

Se desprende del texto la exclusión de colectivos de población sin fecha fija ni prevista de inclusión. Es flagrante -valga como ejemplo- el caso de miles de jubilados no incorporados. En otros casos hay fechas tan distantes en el tiempo, que más que pensar en un “proceso gradual” -como se ha definido desde el Poder Ejecutivo-, nos indica una “ilusión promitente”, siempre y cuando las condiciones sean beneficiosas.

Capítulo aparte merece el trato que se le dispensa al régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales, ejemplar, sustantivo y eficiente sistema inscripto en un régimen de múltiples leyes, decretos, tratados y acuerdos, que se pretende borrar de un plumazo, no reconociendo que los trabajadores organizados en torno a ellos y el subsistema creado, deberían ser ejemplo a imitar y respetar.

Pero, entre las múltiples disposiciones de este Capítulo, que, como se dijo, se analizarán en Sala, vaya una especial consideración para el artículo 72. La transcripción textual del concepto central del artículo de marras exime de comentarios: “Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que sea necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas”.

Lógico -y lamentable- corolario del omnímodo poder que se definirá para el Poder Ejecutivo de aprobarse este proyecto.

En definitiva, por los múltiples argumentos esgrimidos, por la inexistente discusión en Comisión correspondiente, por las opiniones diversas y prácticamente unánimes de rechazo y mayor diálogo en cuanto a construcción de un verdadero Sistema Integrado; pero sobre todas las cosas, por haber violado el más elemental de los preceptos democráticos que es intentar la búsqueda de entendimientos entre quienes piensan diferente, es que proponemos el rechazo de este proyecto. Quedará en los anales parlamentarios -y se quiere dejar expresa constancia- la carencia de ética política, al haber deliberado durante meses en forma inconsulta -estando el proyecto aprobado en Comisión de Cámara de Senadores- exclusivamente entre legisladores del partido de Gobierno y miembros del Poder Ejecutivo; las modificaciones que, en forma sumaria, se aprobaron en dicha Cámara.

Se pensó que en ésta, la de Representantes que integramos, era inconcebible que ello ocurriera. Todo indica que se concretará. Se trabajará incansablemente para mitigar las consecuencias, y revertir las inequidades.

Sala de la Comisión, 1º de noviembre de 2007.

MIGUEL ASQUETA SÓÑORA  
Miembro Informante  
JOSÉ CARLOS CARDOSO  
JORGE GANDINI  
CARLOS GONZÁLEZ ÁLVAREZ

---

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

---

Recházase el proyecto de ley sobre la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Sala de la Comisión, 1º de noviembre de 2007.

MIGUEL ASQUETA SÓÑORA  
Miembro Informante  
JOSÉ CARLOS CARDOSO  
JORGE GANDINI  
CARLOS GONZÁLEZ ÁLVAREZ

---

COMISIÓN DE HACIENDA, INTEGRADA CON LA DE  
SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

---

INFORME EN MINORÍA

---

Señores Representantes:

Nos oponemos al proyecto que se trata hoy en Sala, por varios motivos, que tienen que ver con aspectos de procedimiento, entre ellos se encuentra la velocidad que se trató el tema, sin posibilidad alguna de hacer modificaciones, creemos que un proyecto que va a regir la vida de los uruguayos en los próximos veinte años, debe ser tratado con seriedad política, responsabilidad social y la necesaria discusión. Este nuevo estilo del tratamiento importante en los temas del país imposibilita realizar cualquier tipo de modificación al proyecto, es desde el punto de vista de nuestro Partido Colorado censurable.

Por otro lado, como es de público conocimiento el Partido Colorado ha presentado un proyecto alternativo al que está tratando esta Cámara y cuyas características detallaremos más adelante. Esta Cámara sabe muy bien, que en los temas importantes nuestro Partido, desde la oposición, ha colaborado para la mejora y el crecimiento de los proyectos, es dable recordar recientemente el de ASSE cuyo proyecto tomó la Bancada de Gobierno, y es en este sentido que presentamos este proyecto alternativo, para brindar soluciones con un espíritu absolutamente constructivo.

En cuanto al proyecto tratado en la Comisión Integrada, votamos negativamente y pensamos que es un profundo error la creación de la Junta Nacional de Salud. Y esto surge claramente de la definición de salud que se da en la exposición de motivos elaborada por Villar y Capote, para darnos cuenta de que estamos hablando, ahí se dice que la salud es la categoría biológica en unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada al modo de producción, y esta definición claramente no la compartimos, y vemos con tristeza que la Junta Nacional de Salud, solamente va a distanciar a la sociedad del sistema de salud.

El proyecto tiende a una nivelación hacia abajo de la calidad de la salud, no porque así lo quiera la iniciativa, ya que los propósitos son buenos, sino porque los efectos prácticos serán esos. Una vez leída con atención la filosofía del proyecto de ley podemos decir que es

centralista, estatista y concentrador del poder de las decisiones y del poder del dinero. Se ha dicho que se trata de un Sistema Nacional Integrado de Salud concebido como una articulación de servicios públicos y privados entregados en forma de red, con un órgano central de Gobierno que es la Junta Nacional de Salud, a la que el Partido Colorado, considera una Junta “todopoderosa”, que sabe mejor que cada uno de nosotros que es lo mejor y lo peor para cada uno.

En cuanto al Impuesto que se le impone a los trabajadores uruguayos, nuestro Partido cree es volver a gravar los sueldos con una tasa adicional del 1.5% (uno y medio por ciento) al 3% (tres por ciento), luego del injusto impuesto a la Renta a las Personas Físicas que recientemente impusiera el actual Gobierno. Estamos ante un nuevo impuesto general a los sueldos brutos, donde en la mayoría de los casos la solidaridad está invertida.

Vemos con tristeza que nuevamente con este proyecto de ley pierden algunos, quiénes, la tan maltratada clase media uruguaya, otra bofetada más, los ganadores en cambio serán, las personas con mayor nivel de ingresos, vaya paradoja, el 3% adicional sobre sus salarios será menor a la cuota que pagaban si sus hijos están afiliados a una institución mutual.

Es por estos motivos, y por otros que expondremos en Sala, que nos oponemos a este proyecto y presentamos el proyecto alternativo “Ampliación de la Cobertura de Salud y Fortalecimiento de la Salud Pública”.

Nuestro proyecto propone algunos cambios fundamentales al proyecto original del gobierno (SNIS) para que todos tengan garantizado el acceso a la salud.

El primero y fundamental, plantea que no se cobre ningún impuesto adicional al trabajo de los uruguayos y uruguayas y se asegura la accesibilidad a los servicios de salud, mediante tiques y órdenes gratuitas. Además del cobro de la cuota salud, las instituciones prestadoras de los servicios integrales recibirán por cada menor afiliado mayor a catorce meses, el equivalente a 3 (tres) órdenes de consultorio y 5 (cinco) tiques de medicamentos anuales. Estas partidas serán de 12 (doce) órdenes de consultorio y 20 (veinte) tiques de medicamentos anuales para los niños hasta que cumplan los catorce meses de edad. Por tanto hasta agotar el crédito de tasas moderadoras, las instituciones prestadoras no podrán cobrar las mismas a los beneficiarios.

Dentro de los cambios que incorpora la nueva ley Batllista: no se crea la Junta de la Salud, por lo que se preserva la autonomía de gestión, dirección y administración.

No se afectan las cajas de auxilios o seguros convencionales. Se

mantienen las emergencias móviles como hasta el momento.

Los seguros privados siguen sin cambio.

Se beneficia al mismo universo de niños y menores adolescentes que la ley del Poder Ejecutivo pero focalizando el gasto en los hogares de menores ingresos. Son entonces, los menores de 18 años, los discapacitados y quienes se jubilen a partir de la vigencia de la ley, quienes se benefician del nuevo sistema.

Se faculta al Poder Ejecutivo a extender la edad de los beneficiarios hasta los 21 años siempre que los mismos cursen estudios secundarios, terciarios o de escuelas técnicas.

Se estima que entre un 80% y un 85% de los beneficiarios de la ley pasarán a atenderse en mutualistas (en el proyecto del Poder Ejecutivo difícilmente se pase del 45%, y al menos, la mitad de éstos ya están cubiertos por IAMC).

El pago de las técnicas que efectúan los institutos de medicina altamente especializada (IMAE) se hace por acto médico sin que implique desfinanciamiento del Fondo Nacional de Recursos.

Se realizan ahorros evitando duplicaciones.

No se cobra ningún impuesto adicional al trabajo.

Se otorga certeza jurídica al monto y la actualización de los cobros (cuota salud) de parte de las mutualistas por los beneficiarios.

Se mejora el presupuesto por beneficiario de la salud pública, sea del Ministerio de Salud Pública como de los centros de referencia militar y policial.

La mejora del presupuesto se concentra en inversiones y gastos de atención, con excepción de salarios.

Se fomenta la complementariedad voluntaria de servicios y prestaciones entre los efectores privados.

El aporte de Rentas Generales es igual a la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), unos \$ 2.200.000.000 (pesos uruguayos dos mil doscientos millones) al año y con ello se financia la totalidad del proyecto de ley presentado.

Por los motivos expresados nos oponemos al Proyecto que se está tratando en sala y esperamos para mejora del sistema democrático y fortalecimiento del Parlamento que se dé discusión al proyecto presentado

por el Partido Colorado, que reafirma su condición de oposición constructiva, haciendo lo que considera valiosos aportes.

Sala de la Comisión, 1º de noviembre de 2007.

JOSÉ AMORÍN  
Miembro Informante

---



## PROYECTO DE LEY

---

### Capítulo I - Principios y Cometidos

Artículo 1º.- Sin perjuicio de los cometidos y atribuciones ya asignados por la Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934 sus modificativas y concordantes compete al Ministerio de Salud Pública, los siguientes cometidos:

- i) promover la racionalización, optimización y complementariedad de los recursos destinados a la salud, mediante la articulación de los servicios de salud brindados por los distintos prestadores del sub sector público;
- ii) promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos, profesionales y técnicos bajo su órbita;
- iii) promover la coordinación voluntaria de los servicios prestados por los efectores públicos y privados a nivel nacional, regional o departamental de salud;
- iv) promover la complementariedad y coordinación voluntaria de servicios dentro del sub sector privado y entre los sub sectores público y privado;
- v) proponer al Poder Ejecutivo los parámetros de un sistema continuo de medición de calidad asistencial utilizados por los diversos servicios de salud y difundir los distintos indicadores de calidad resultantes;

Artículo 2º.- El MSP deberá impulsar una política sanitaria que tenga como base, la atención primaria en salud, priorizando la promoción y la prevención en el primer nivel de atención. La reglamentación determinará el alcance de los distintos niveles de atención.

### Capítulo II - Prestadores de servicios de salud

Artículo 3º.- Se entiende por prestadores integrales de servicios de salud aquellas entidades que, brindando servicios integrales de salud según se define en el artículo 7º de esta ley, se encuentren o sean habilitadas a tal fin por el Ministerio de Salud Pública, y estén sujetas a su contralor.

Quedan comprendidos en dicha definición la Administración de los Servicios de Salud del Estado (Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007) y aquellos prestadores a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

A todos los efectos resulta indiferente que la prestación de los servicios sea realizada con bienes y recursos propios o contratados a estos fines específicos.

Artículo 4º.- Los prestadores de servicios de salud no incluidos en el artículo anterior se entenderán como no integrales.

Artículo 5º.- Los prestadores integrales de servicios de salud deberán brindar la prestación integral definida por el Ministerio de Salud Pública y, sin perjuicio de las tasas moderadoras, sólo podrán cobrar servicios adicionales por aquellas prestaciones no incluidas en la misma.

Artículo 6º.- A efectos de facilitar la accesibilidad a los servicios y la racionalización en el uso de los recursos, los prestadores de servicios de salud, sean integrales o no, podrán celebrar acuerdos entre sí donde complementen sus servicios a efectos de lograr la integralidad de los mismos. En estos casos, las instituciones podrán acordar la división de la cuota salud según se define en el artículo 22 de la presente ley, que debe recibir cada prestador, la que deberá comunicarse al Banco de Previsión Social a efectos de su pago. La reglamentación determinará las condiciones mínimas de accesibilidad a los servicios que deben cumplir los acuerdos.

Artículo 7º.- Entiéndese por servicio integral de salud, al conjunto de prestaciones que obligatoriamente deban incluir los programas integrales de asistencia a brindar por los prestadores del sistema, los que como mínimo contendrán:

- a) actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas,
- b) diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud - enfermedad detectados,
- c) acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda,
- d) acceso a medicamentos, exámenes y técnicas adecuadas y con recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación definirá taxativamente las prestaciones incluidas, las que deberán ser descritas en términos de sus componentes. Asimismo, la reglamentación podrá determinar indicadores objetivos de calidad de procesos y resultados sanitarios.

Artículo 8º.- Los prestadores de servicios integrales de salud actuarán bajo el régimen de libre competencia.

### Capítulo III - Beneficiarios

Artículo 9º.- La presente ley otorga a los menores de edad y a los mayores de 18 años con alguna discapacidad que sean beneficiarios de pensión por invalidez, a cargo de los atributarios, según se los define en el artículo 16 de esta ley a optar por el prestador del servicio integral de salud que entienda conveniente según los artículos 13 y 14 de la presente ley. Quedan incluidos en la disposición anterior, los hijos menores de edad y los mayores de 18 años que sean beneficiarios de pensión por invalidez del cónyuge o concubino del atributario, siempre que se encuentren a su cargo.

Artículo 10.- Facultase al Poder Ejecutivo a extender a los mismos beneficiarios, el beneficio prescripto en el artículo anterior hasta los 21 años de edad, siempre que acrediten estar cursando estudios secundarios, terciarios o de escuelas técnicas. La reglamentación determinará los cursos que habilitan a esta extensión y podrá exigir rendimientos mínimos en los estudios.

Artículo 11.- Asimismo serán beneficiarios todos los trabajadores que se acojan al beneficio de la jubilación en el Banco de Previsión Social, siempre que la suma del haber jubilatorio y la renta permanente mensual que obtenga de su ahorro individual sea inferior a las Unidades Indexadas (UI) 8.500 (ocho mil quinientas unidades indexadas) y, el ingreso per cápita mensual del hogar que integra sea inferior a las UI 6.000 (seis mil unidades indexadas).

En este caso, el beneficiario podrá optar por no serlo en la medida que tenga otra cobertura de salud de similar alcance.

Artículo 12.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ser beneficiario de la presente ley podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores integrales de servicios de salud, abonando directamente el precio de una afiliación individual, no pudiendo ser rechazados por aquellos.

Artículo 13.- La elección del prestador de los servicios de salud es de libre elección del beneficiario o de quien ejerza su patria potestad, tutela o curatela.

En caso que el beneficiario tenga múltiple cobertura de servicios integrales de salud, deberá optar por una de ellas. Esta opción podrá alterarse toda vez que el beneficiario considere de su interés o conveniencia hacerlo.

Artículo 14.- Los hijos menores de toda madre atributaria se asistirán en la misma Institución donde ésta esté afiliada. En ausencia de la madre, el beneficiario deberá asistirse en la misma Institución de su padre o tutor.

Cuando el beneficiario lo sea debido a incapacidad, su asistencia será en la misma Institución de su curador.

En caso que el atributario desee que el beneficiario sea asistido en diferente prestador de asistencia integral, podrá solicitarlo al Ministerio de Salud Pública en forma fundada, el que deberá resolver en un plazo máximo de 30 días, pasado el cual si no hubiera resolución se tendrá por aceptado.

Artículo 15.- El Poder Ejecutivo podrá limitar el número de veces que los beneficiarios de esta ley cambien de entidad prestadora de servicios de salud. La limitación que se establezca en ningún caso podrá impedir una nueva elección por un período que exceda los dos años. No obstante lo anterior, cualquier beneficiario o quien lo represente, podrá solicitarlo al Ministerio de Salud Pública en forma fundada, el que deberá resolver en un plazo máximo de 30 días, pasado el cual si no hubiera resolución se tendrá por aceptado.

#### Capítulo IV - Atributarios

Artículo 16.- Son atributarios incluidos en la presente ley, con las limitaciones que establece el siguiente artículo, todo trabajador dependiente, público o privado, que se encuentre inscripto y aporte al Banco de Previsión Social. También son atributarios los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y se encuentren al día con sus aportes al sistema de seguridad social.

Artículo 17.- No serán atributarios las siguientes personas:

- a) Los dependientes del sector público que desempeñen funciones en las empresas comerciales e industriales del Estado regidas por el artículo 221 de la Constitución de la República.
- b) Los dependientes del sector público que desempeñen funciones en el Inciso 03, Ministerio de Defensa Nacional y el Inciso 04, Ministerio del Interior.
- c) Los dependientes del sector público que desempeñen funciones en Gobiernos Departamentales.
- d) Los funcionarios del Ministerio de Salud Pública Inciso 12, que continuarán recibiendo el beneficio de Asistencia Integral.
- e) Los restantes dependientes del sector público siempre que el nivel de ingreso promedio per cápita del hogar que integra sea superior a las UI 4.300 (cuatro mil trescientas Unidades Indexadas).

- f) Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionan al amparo del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975 y aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley.
- g) Los empleados de empresas que integran el sector privado cuyo nivel de ingreso promedio per cápita del hogar que integra sea superior a las UI 4.300 (cuatro mil trescientas Unidades Indexadas).

Artículo 18.- A efectos de la determinación del ingreso promedio a que refiere el artículo anterior se considerarán la totalidad de los ingresos del hogar incluyendo, entre otros, sueldos, jubilaciones, pensiones, rentas vitalicias, utilidades, dividendos, alquileres, transferencias recibidas e intereses ganados.

Artículo 19.- Los contribuyentes que consideren tener derecho a los beneficios que se establecen en esta ley, deberán presentar ante el Banco de Previsión Social una declaración jurada detallando sus ingresos en el año civil anterior y acreditando su condición, en la oportunidad y según los requisitos que establezca la reglamentación. El BPS podrá realizar las verificaciones que entienda pertinentes.

Artículo 20.- Sin perjuicio de la acción de repetición por cobro indebido, el contribuyente que incluya datos falsos en la declaración jurada prevista en el artículo anterior, incurrirá en el delito previsto en el artículo N° 239 del Código Penal.

Artículo 21.- A todos los efectos de la presente ley, el valor de la UI a utilizar será el promedio anual de la misma en el período en que se declaran los ingresos.

## Capítulo V - Cuota Salud

Artículo 22.- Las prestaciones que conforme a la presente ley y su reglamentación sean brindadas por entidades prestadoras integrales de servicios de salud del ámbito privado, darán derecho al cobro de la(s) cuota(s) salud, (artículo 7° de la Ley N° 18.131, de 31 de mayo de 2007), según el número de personas afiliadas a cada una de ellas.

Artículo 23.- La(s) cuota(s) salud será(n) fijada(s) por el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y Salud Pública, previo informe de la comisión asesora que se instituye en el artículo 27 de esta ley.

Artículo 24.- El monto de la(s) cuota(s) salud no podrá en ningún caso

ser inferior al costo de asistencia promedio del sistema, de acuerdo a la división que se establezca por edad y sexo, incluyendo dentro de éste todos los recursos necesarios para la necesaria actualización de los recursos humanos, así como las inversiones y la reposición y mejora de instrumental de uso médico.

Artículo 25.- El monto de la(s) cuota(s) salud deberán ser objeto de revisión al menos cada tres años, en función de la incorporación de avances tecnológicos y nuevas prestaciones que determine obligatoriamente el Ministerio de Salud Pública, de las economías de escala derivadas de la articulación, coordinación e integración de servicios, así como de la incorporación de nuevos usuarios.

Artículo 26.- El monto de la(s) cuota(s) salud se ajustará en idéntica ocasión y por el mismo porcentaje que las cuotas de afiliación individual que determina el Poder Ejecutivo. Para el caso que el Poder Ejecutivo deje de fijar las cuotas de afiliación individual, la periodicidad y cuantía de la actualización se determinará mediante contrato.

Artículo 27 (Comisión Asesora).- Créase una Comisión Asesora integrada por cinco técnicos de reconocida trayectoria, independencia y probidad en materia de costos y prestaciones de servicios de salud. El Poder Ejecutivo designará a dos de sus miembros y los tres restantes serán designados por el Poder Ejecutivo a propuesta de los prestadores integrales.

La Comisión Asesora tendrá a su cargo los siguientes cometidos:

- a) elaborar los informes que requiera el Poder Ejecutivo, de acuerdo a lo establecido en el artículo siguiente;
- b) asesorar en materia de determinación del monto de la(s) cuota(s) salud;
- c) asesorar en materia de actualización periódica del monto de la(s) cuota(s) salud.

Artículo 28.- El Poder Ejecutivo previo a la determinación del monto de la(s) cuota(s) salud deberá requerir el informe de la Comisión Asesora a que refiere el artículo anterior, la que dispondrá de 120 (ciento veinte) días para su formulación.

Artículo 29.- Además del cobro de la cuota salud, las instituciones prestadoras de los servicios integrales recibirán por cada menor afiliado mayor a catorce meses, el equivalente a 3 (tres) órdenes de consultorio y 5 (cinco) tiques de medicamentos anuales. Estas partidas serán de 12 (doce) órdenes de consultorio y 20 (veinte) tiques de medicamentos anuales para los niños hasta que cumplan los catorce meses de edad.

Por tanto hasta agotar el crédito de tasas moderadoras, las instituciones prestadoras no podrán cobrar las mismas a los beneficiarios.

Facúltase al MSP a celebrar contratos con las instituciones prestadoras de los servicios integrales a efectos que éstas puedan ampliar el número de prestaciones sin cargo, así como, sin perjuicio del carácter individual del beneficio, considerar los mismos como un seguro colectivo.

Artículo 30.- Los servicios brindados por los IMAE a los beneficiarios de esta ley se abonarán de igual forma que los realizados por los usuarios del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 31.- Encomiéndase al Poder Ejecutivo a promover un sistema especial de cobro de copagos en las enfermedades crónicas, comenzando por las de mayor prevalencia entre la población, de forma tal que se facilite la accesibilidad de los beneficiarios.

Artículo 32.- Las entidades prestadoras de servicios integrales competirán por los beneficiarios en base a la ampliación de servicios y prestaciones. También podrán ofrecer descuentos sobre otras afiliaciones del núcleo familiar del beneficiario.

#### Capítulo VI - Administración

Artículo 33.- El pago de la(s) cuota(s) salud, así como las tasas moderadoras y los servicios prestados por el Fondo Nacional de Recursos serán realizados por Banco de Previsión Social, en función de sus registros y las comunicaciones y declaraciones juradas que reciba.

A todos los efectos de la presente ley, el Banco de Previsión Social tiene como único cometido los establecidos en el inciso anterior.

Artículo 34.- Compete al Ministerio de Salud Pública la facultad de realizar las inspecciones y controles que entienda pertinentes a efectos de verificar la veracidad de la información que le es remitida al Banco de Previsión Social. Facúltase al Ministerio de Salud Pública a acordar con el BPS la realización de estos controles e inspecciones.

#### Capítulo VII - Financiamiento

Artículo 35.- Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del 220 de la Constitución de la República, para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes sean beneficiarios de la presente ley, financiarán las erogaciones que la misma establece.

A todos los efectos de este artículo se entiende por régimen propio de

cobertura tanto a aquel que se brinda directamente como el que se contrata.

Artículo 36.- Los créditos correspondientes a gastos de funcionamiento por todas las fuentes de financiamiento de los Programas 005 Administración del Subsidio para la Atención Médica, 006, Administración de la Red de Establecimientos Agudos de Montevideo y 007, Administración de la Red de Establecimientos Agudos del Interior, del Inciso 12, Ministerio de Salud Pública, podrán ser abatidos en hasta un 30% (treinta por ciento) de la cápita correspondiente, por cada beneficiario de esta ley que elija un prestador integral de servicios de salud distinto de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007), siempre que el beneficiario previo a su opción se asistiera en ASSE.

Artículo 37.- Los créditos correspondientes a gastos de funcionamiento por todas las fuentes de financiamiento del Programa 008 Administración de los Establecimientos de Crónicos y Especialidades, del Inciso 12, Ministerio de Salud Pública, podrán ser abatidos en hasta un 15% (quince por ciento) de la cápita correspondiente, por cada beneficiario de esta ley que elija un prestador integral de servicios de salud distinto de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007), siempre que el beneficiario previo a su opción se asistiera en ASSE.

Artículo 38.- Los beneficiarios a que refiere el artículo 11 de esta ley que hayan optado por acogerse al beneficio deberán abonar como pago del servicio un 3% (tres por ciento) de la suma del haber jubilatorio y la renta permanente que obtenga de su ahorro individual.

Artículo 39.- Facúltase al Poder Ejecutivo a nombrar a las compañías de seguros, agentes de retención del impuesto creado en el artículo anterior.

Artículo 40.- El 70% (setenta por ciento) y 85% (ochenta y cinco por ciento) remanente de los créditos que se detallan en los artículos 36 y 37 de esta ley, serán reasignados como créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", de la siguiente manera. Un 82% (ochenta y dos por ciento) al Inciso 12 Ministerio de Salud Pública, 10% (diez por ciento) al Inciso 03, Ministerio de Defensa Nacional y el restante 8% (ocho por ciento) al Inciso 04, Ministerio del Interior.

Artículo 41.- Cada uno de los Incisos indicados en el artículo anterior, redistribuirá el crédito entre gastos de inversión y funcionamiento, exceptuando salarios, debiendo de comunicar a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de Unidad Ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión de las modificaciones presupuestales derivadas del presente artículo y los artículos 36 y 37 de esta ley, sin la cual no podrán ejecutar los créditos.



Artículo 42.- El Presupuesto que el Banco de Previsión Social destina al Programa de Asistencia Primaria a la Infancia (PAPI), para el control preventivo de los niños de 3 meses a 6 años de edad, así como el de los demás programas cuya prestación deba otorgar un prestador integral de salud, serán reasignados al financiamiento de los pagos de la(s) cuota(s) salud a los beneficiarios de esta ley.

Facúltase al Poder Ejecutivo a utilizar estos fondos a efectos de financiar un mayor número de órdenes, tiques y exámenes a los beneficiarios de esta ley.

Artículo 43.- El financiamiento de las erogaciones remanentes establecidas en esta ley será de cargo de Rentas Generales.

#### Capítulo VIII - Normas generales

Artículo 44.- El Ministerio de Salud Pública impulsará la creación de un Sistema Independiente de Acreditación, con el objetivo de acreditar la calidad de las prestaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados. La suscripción de tal acreditación será optativa por parte de las Instituciones prestadoras en los primeros cinco años de creación del Sistema. La reglamentación definirá su funcionamiento.

Artículo 45. (Asesoramiento en Conflictos Médico - Instituciones - Pacientes).- El Poder Ejecutivo podrá autorizar el funcionamiento de Organizaciones de asesoramiento con el objeto de mejorar la calidad de las prestaciones al usuario, así como la relación médico - paciente - institución prestadora de servicios de salud. Las mismas deberán estar creadas con ese fin específico y sus integrantes deberán ser mayoritariamente sociedades científicas especializadas o personalidades del quehacer científico a título personal. También podrán integrar estas Organizaciones, profesionales de otras disciplinas que puedan aportar a los objetivos de las mismas.

Estas Organizaciones solamente actuarán a solicitud del usuario de los servicios de salud, de las autoridades de cualquier entidad prestadora de servicios de salud o del médico tratante. Su función será la de asesoramiento a las partes elaborando a tal fin informes científicos y objetivos sobre los asuntos que le requieran.

El Poder Ejecutivo reglamentará los casos en los cuáles las partes podrán requerir informe, así como quién se hará cargo de los honorarios en cada circunstancia.

Artículo 46.- En todo acto o hecho ilícito, incluyendo a los culpables en accidentes de tránsito, mediante el cual una persona causare daño a otra, el prestador de servicios de salud tendrá derecho a repetir, conforme a las

reglas del derecho civil, por los gastos resultantes de la atención del afiliado a la entidad prestadora de servicios de salud, liquidados de conformidad con los aranceles que rigen para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, subrogándose en los derechos de la víctima.

Artículo 47.- La presente ley regirá a partir del primer día del mes siguiente a los 150 días de la fecha de su promulgación por el Poder Ejecutivo.

Sala de la Comisión, 1º de noviembre de 2007.

JOSÉ AMORÍN  
Miembro Informante

---

COMISIÓN DE HACIENDA, INTEGRADA CON LA DE  
SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

---

INFORME EN MINORÍA

---

Señores Representantes:

Vuestra asesora ha analizado el proyecto de ley, aprobado por la Cámara de Senadores, por el cual se invoca la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Nada más lejos de la realidad. El proyecto en cuestión, más que una propuesta de cambio sustancial en el modelo de atención y en el modelo de gestión del sistema de salud, apunta exclusivamente a formular un nuevo modelo de financiamiento, con el fin de atender la crítica situación económico-financiera de gran parte del sistema asistencial privado del departamento de Montevideo.

El proyecto promovido por el Gobierno consolida el statu quo, buscando a través del financiamiento de la sociedad, proceder al salvataje de las entidades privadas cuestionadas en su viabilidad. Nada se ha informado a la ciudadanía al respecto. Sin embargo, basta analizar los estados contables de la globalidad del sistema mutual de Montevideo para conocer la gravedad de la situación. Al 30 de setiembre de 2006, el Activo Corriente del Sector no alcanzaba para cubrir el 40% (cuarenta por ciento) del Pasivo Corriente, y el Total del Activo apenas superaba en un 19% (diecinueve por ciento) el Total del Pasivo. Esta situación crítica ha sido especialmente soslayada en la discusión parlamentaria. A esa misma fecha, el endeudamiento total asciende a US\$ 276.000.000 (dólares estadounidenses doscientos setenta y seis millones) aproximadamente. Si relacionamos el endeudamiento con el número de afiliados al sistema, el endeudamiento per cápita promedio es más de US\$ 300 (dólares estadounidenses trescientos). Del análisis de los estados contables surge que hay cuatro Instituciones en Montevideo y dos en el interior del país que tienen patrimonio negativo. ¿Es posible discutir ésta o cualquier reforma de la salud sin abordar seriamente la discusión de esta situación y sus causas? No parece. El Gobierno ha soslayado deliberadamente el análisis de esta situación. Sin hacer un sinceramiento de la situación actual resulta imposible una discusión seria, que procure adoptar soluciones de fondo.

Como única respuesta ante esta crítica situación el Gobierno nos propone incrementar los aportes de la sociedad en US\$ 171.500.000 (dólares estadounidenses ciento setenta y un millones quinientos mil), US\$ 91.500.000 (dólares estadounidenses noventa y un millones quinientos mil) que aportará el Estado a través de Rentas Generales

y US\$ 80.000.000 (dólares estadounidenses ochenta millones) que saldrán del bolsillo de los trabajadores. El aporte del Estado (o sea de la sociedad) será de US\$ 105.000.000 (dólares estadounidenses ciento cinco millones) en el año 2009, US\$ 136.000.000 (dólares estadounidenses ciento treinta y seis millones) en el año 2010, US\$ 181.000.000 (dólares estadounidenses ciento ochenta y un millones), en el año 2011, US\$ 231.000.000 (dólares estadounidenses doscientos treinta y un millones) para el año 2012 y US\$ 285.000.000 (dólares estadounidenses doscientos ochenta y cinco millones) para el año 2013.

Con palabras rimbombantes pero carentes de contenido, se procura “vestir” una nueva socialización de las pérdidas. Se crea un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que no es nacional (no incluye a todos los trabajadores ni a todos los jubilados) y no es integrado (siguen persistiendo como unidades independientes el Hospital de Clínicas, el Sanatorio del Banco de Seguros, el Hospital Militar, el Hospital Policial, los servicios de salud del Banco de Previsión Social, etcétera). Se crea un Seguro Nacional de Salud que no es seguro (para que así sea, el aporte debiera estar fijado en función del riesgo) y tampoco es nacional (porque no todos deben aportar). Como no hay libertad para optar, y aunque la hubiera los copagos lo impedirían en la mayoría de los casos, en los hechos, los ciudadanos de menores niveles de ingresos seguirán siendo atendidos en el ámbito público, los ciudadanos de ingresos medios en el sector mutual y los ciudadanos de ingresos altos en los seguros de salud prepagos.

Para administrar el conjunto de los recursos que integran el Seguro Nacional de Salud, se crea una Junta todopoderosa, una nueva entidad burocrática, integrada por siete miembros, de los cuales cuatro serán designados por el Poder Ejecutivo, uno que representará a la corporación de los trabajadores de la salud, otro en representación de la corporación médica. Un séptimo miembro representará a los usuarios. Por las dudas, la propia coalición de gobierno prohijó el nacimiento de una nueva asociación de usuarios (Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada). Los integrantes de esta Junta Nacional de Salud serán honorarios. Como no se puede vivir del aire, y menos cuando se tiene la responsabilidad de administrar cuantiosos recursos, por algún lado cobrarán, y seguramente, todos pagaremos.

Mientras, las causas generadoras de la crisis del sistema mutual seguirán intactas. El modelo de gestión intocado. Y el empresariado médico, al margen de todo, seguirá comercializando sus servicios y obteniendo pingües ganancias. ¡El Seguro Nacional de Salud paga! Nuestro país pierde otra oportunidad de hacer de las políticas de salud, políticas de Estado. El personaje de don Fabrizio Corbera (El Gatopardo, Giuseppe Tomasi di Lampedusa) sigue inspirando al actual gobierno: “Algo debe cambiar para

que todo siga igual”.

Sala de la Comisión, 1º de noviembre de 2007.

IVÁN POSADA  
Miembro Informante

---

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

---

Recházase el proyecto de ley sobre la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Sala de la Comisión, 1º de noviembre de 2007.

IVÁN POSADA  
Miembro Informante

---

## APÉNDICE

Disposiciones referidas

—

LEY Nº 17.930, DE 19 DE DICIEMBRE DE 2005

---

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

2º, 11 y 22  
(Inf. May.)

3º, 36 y 37  
(Inf. P.C.)

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

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

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

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

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

Sólo podrán integrar el Seguro Nacional de Salud a crearse, las instituciones de asistencia médica colectiva previstas en el artículo 6º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, y sus modificativas, así como las instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro.

Sin perjuicio, aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley Nº 16.060, de 4 de setiembre de 1989, que se encuentren funcionando regularmente a la fecha de la vigencia de la presente ley, integrarán el Seguro Nacional de Salud a crearse, según sus prescripciones, de acuerdo a las pautas que indique la reglamentación que a tal efecto dictará el Poder Ejecutivo y sin perjuicio de la libre contratación que garantiza la norma.

LEY Nº 9.202, DE 12 DE ENERO DE 1934

---

CAPÍTULO I

Artículo 1º.- Compete al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública, la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene.

5º  
(Inf. May.)

En materia administrativa, el Ministerio de Salud Pública se regirá por lo dispuesto en esta Ley y en el Decreto Orgánico de los Ministerios, en cuanto fuera aplicable.

1º  
(Inf. P.C.)

Artículo 2º.- En materia de Higiene, el Ministerio de Salud Pública ejercerá los siguientes cometidos:

- 1º) La adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus órdenes, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarias para ese fin primordial.
- 2º) En caso de epidemia o de serias amenazas de invasión de enfermedades infecto-contagiosas, el Ministerio adoptará de inmediato las medidas conducentes a mantener indemne el país o disminuir los estragos de la infección. En este caso, el Poder Ejecutivo dispondrá la intervención de la fuerza pública, para garantizar el cumplimiento de las medidas dictadas.
- 3º) Determinará, cuando fuere necesario, por intermedio de sus oficinas Técnicas,



el aislamiento y detención de las personas que por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo.

- 4º) La determinación de las condiciones higiénicas que deben observarse en los establecimientos públicos o privados o habitaciones colectivas, tales como cárceles, asilos, salas de espectáculos públicos, escuelas públicas o privadas, talleres, fábricas, hoteles y todo local de permanencia en común, etc.; disponer su inspección y la vigilancia del cumplimiento de lo dispuesto. El Ministerio de Salud Pública ejercerá sobre los Municipios superintendencia en materia sanitaria.
- 5º) Difundir el uso de las vacunas o sueros preventivos como agentes de inmunización, imponer su uso en casos necesarios y vigilar el cumplimiento de las leyes que imponen la obligatoriedad de vacunación y revacunación antivariólica. El Ministerio de Salud Pública contraloreará la preparación oficial y privada de sueros y vacunas.
- 6º) Reglamentar y contralorear el ejercicio de la Medicina, la Farmacia y profesiones derivadas, y los establecimientos de asistencia y prevención privados.
- 7º) Ejercer la policía higiénica de los alimentos y atender y contralorear el saneamiento y abastecimiento de agua potable en el país.
- 8º) Adoptar las medidas necesarias para evitar la propagación de los males venéreo-sifilíticos.
- 9º) Propender por todos los medios a la educación sanitaria del pueblo

*Sustituido por la Ley Nº 15.903, artículo 266.*

- 10) El Ministerio de Salud Pública será siempre consultado en la conclusión de tratados o convenciones internacionales que interesen a la salud pública. Las leyes aprobatorias de estos tratados serán refrendadas por el Ministro de Relaciones Exteriores y el de Salud Pública.
- 11) Corresponde al MSP, hacer formar y mantener la estadística sanitaria nacional.
- 12) El MSP podrá nombrar Comisiones de asesoramiento y cooperación.

Artículo 3º.- En materia de asistencia, compete al MSP, la organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de incapaces y menores desamparados, que no quedaren sujetos al Ministerio de Protección a la Infancia.

Artículo 4º.- Todo habitante del país tiene la obligación de someterse a las medidas profilácticas o de asistencia que se le impongan cuando su estado de salud estime necesario, la denuncia y tratamiento obligatorio de las afecciones que por su naturaleza o el género de ocupaciones a que se dedica la persona que la padezca, pueda tener una repercusión sobre la sociedad.

Artículo 5º.- El obligado a someterse a tratamiento podrá hacerlo en los establecimientos públicos, con sujeción a las condiciones que se le impongan, o privadamente, con el contralor de la autoridad, salvo el caso en que se disponga del aislamiento o la internación en un establecimiento o lugar determinado.

Artículo 6º.- Las Intendencias Municipales coadyuvarán dentro de sus respectivas jurisdicciones, al cumplimiento de las decisiones tomadas por los organismos centrales de Salud Pública.

Artículo 7º.- 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 o de las personas obligadas a prestarlos en razón del parentesco en proporción a su estado de fortuna.

Únicamente serán gratuitos en los casos de pobreza notoria. El MSP, al reglamentará la presente ley, establecerá el procedimiento a seguirse para justificar las

condiciones económicas del beneficiado.

Artículo 8º.- Facúltase al Poder Ejecutivo para establecer en sus Reglamentos Administrativos sobre salud pública, penas hasta de quinientos pesos de multa, para el caso de omisión o incumplimiento de las disposiciones que tome en materia de salubridad y asistencia pública.

Artículo 9º.- Igualmente se podrá disponer de la facultad de clausurar cualquier establecimiento que por sus condiciones de insalubridad pueda constituir un peligro.

## CAPÍTULO II

### DE LA SANIDAD MARÍTIMA, AÉREA Y DE FRONTERAS.

Artículo 10.- El MSP, velará por intermedio de sus oficinas respectivas, del cumplimiento fiel de los Tratados, Convenciones y Acuerdos Internacionales relativos a sanidad pública, y dispondrá las medidas necesarias para facilitar su cumplimiento o para intervenir en los casos no previstos por acuerdos internacionales.

Artículo 11.- Le corresponde también intervenir por vía de reglamentación para fijar las condiciones de salud de las personas que pretendan ingresar al país sean o no inmigrantes.

Artículo 12.- En materia de inmigración le corresponde al MSP, por intermedio de sus Oficinas Técnicas, disponer el rechazo de los inmigrantes que no se ajusten a las condiciones de salud fijadas por las leyes vigentes o por las disposiciones que se tomen en lo sucesivo.

## CAPÍTULO III

### DE LA POLICÍA DE LA MEDICINA Y PROFESIONES DERIVADAS

Artículo 13.- Nadie podrá ejercer la profesión de Médico-cirujano, Farmacéutico, Odontólogo y Obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las Oficinas del MSP.

Artículo 14.- Corresponde al MSP reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de la Instituciones Privadas de Asistencia, de las Sociedades Mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo.

Artículo 15.- Ejerce ilegalmente la medicina el que, careciendo de título regularmente expedido o revalidado de acuerdo con las leyes de la Nación, se dedicare al tratamiento de las enfermedades ejerciendo actos reservados a las personas habilitadas por el Estado para tal fin.

Artículo 16.- Se considera también ejercicio ilegal de la medicina, a los efectos de esta ley, la atribución de condiciones para curar enfermedades por cualquier medio aun cuando no sean los habitualmente empleados por la ciencia.

Artículo 17.- En que teniendo un título legalmente expedido para ejercer la medicina o cualquiera de los ramos anexos del arte de curar, lo utilizare para cohonestar o encubrir las actividades de un curandero o para sustraerlo de la aplicación de las sanciones de esta ley, será pasible de la aplicación de esas mismas sanciones.

Artículo 18.- No caen dentro de lo dispuesto en los artículos anteriores, las actividades de practicantes de medicina y enfermeros, que serán reglamentados por la Autoridad Sanitaria.

## CAPÍTULO IV

### POLICÍA DE LOS ALIMENTOS

Artículo 19.- La determinación de las condiciones que deben llenar los alimentos puestos en el comercio y las normas que fijen su calidad y su pureza, compete exclusivamente al Ministerio de Salud Pública. La fiscalización y contralor se ejercerá por los funcionarios del Ministerio encargados de ese cometido, sin perjuicio de la intervención municipal y de las oficinas de la aduana que corresponda.

Artículo 20.- Las mismas atribuciones tendrá el Ministerio de Salud Pública para fijar,

contralorear y fiscalizar las drogas y todo producto medicamentoso que se ponga en el comercio, atribuyéndosele propiedades curativas.

Artículo 21.- A los efectos consignados en el artículo anterior, entiéndase por alimento, además de todos los productos que se usan para la alimentación del hombre, las bebidas, dulces y condimentos habituales.

#### CAPÍTULO V

#### POLICÍA DE LA PROSTITUCIÓN Y DE LOS VICIOS SOCIALES.

Artículo 22.- En materia de prostitución, el Poder Ejecutivo establecerá la sustitución del régimen actual de reglamentación, por otro basado en la supresión del prostíbulo, la denuncia y el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreo-sifilíticas de acuerdo con la facultad asignada en el inciso ° del artículo 2° de esta ley, y propondrá al Parlamento, el establecimiento del delito de contagio intersexual y nutricio.

Artículo 23.- Extender la acción profiláctica en materia de prostitución, a los vicios sociales en general, que disminuyen la capacidad de los individuos o atentan contra la salud, tales como las toxicomanías, el alcoholismo, etc.

#### CAPÍTULO VI

#### DE LA COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Artículo 24.- En el Ministerio de Salud Pública, funcionará la Comisión de Salud Pública, de carácter honorario, que ser presidida por el Ministro y constituida por quince miembros, que serán designados por el Poder Ejecutivo, aplicando la proporcionalidad fijada para la elección de miembros de servicios descentralizados.

Artículo 25.- Corresponde a la Comisión:

- A) Dictaminar sobre todas las cuestiones técnicas y administrativas relacionadas con la Asistencia e Higiene Pública, que le sean sometidas por el Ministerio de Salud Pública.
- B) Proponer al Ministro de Salud Pública Ordenanzas de carácter sanitario.

Artículo 26.- Corresponde también a esta Comisión, constituida en tribunal disciplinario, juzgar y reprimir las faltas cometidas por los médicos y los que ejercen profesiones anexas en el ejercicio de su profesión, cuando éstos se aparten del cumplimiento de las normas generales que determinen las Ordenanzas y Reglamentos.

Artículo 27.- La Comisión ejercer también la función de reprimir el ejercicio ilegal de la medicina, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo III de esta ley.

Artículo 28.- La averiguación de las faltas previstas en esta ley se llevará a cabo por intermedio de las oficinas técnicas del Ministerio de Salud Pública, y la aplicación de las sanciones correspondientes, es del resorte de la Comisión de Salud Pública.

Contra las decisiones que dicte esa autoridad, sólo podrá interponerse el recurso de apelación para ante el Ministro de Salud Pública, dentro del plazo de cinco días previa consagración y garantía suficiente, de la multa impuesta.

Artículo 29.- La Comisión de Salud Pública queda facultada para solicitar las medidas tendientes a la averiguación de las faltas a que se refiere esta ley. Terminado el sumario administrativo, la Comisión de Salud Pública lo elevará al Ministerio de Salud Pública, el cual dará vista en la Oficina, al o a los inculpados quienes en el plazo de ocho días evacuarán la vista o solicitarán la ampliación de las pruebas producidas.

Artículo 30.- Los inspectores en quienes se delegue la averiguación de los hechos castigados por esta ley, podrán inspeccionar los consultorios y establecimientos donde se preste asistencia médica, o los lugares donde se presume que se cometan infracciones castigadas por ésta disposición.

Artículo 31.- Los que cometieren las faltas previstas en los artículos 1°, 15, 16 y 17 de esta ley, serán llamados por la primera vez ante la Comisión de Salud Pública, para ser apercibidos siempre que de la investigación practicada no resultare haberse producido algún daño en la salud de terceras personas; en caso de reincidencia, incurrirán en la pena de 100 a 500 pesos (Cien a quinientos pesos) de multa. La Comisión de Salud

Pública podrá disponer, además de la multa, la publicación de la resolución con mención del infractor y de la pena impuesta, todo a costa del infractor.

Artículo 32.- Toda vez que, al realizarse el procedimiento fijado en los artículos precedentes, se sospechare la comisión de algún hecho delictuoso previsto por las leyes penales, se suspenderá el procedimiento y se formulará sin más trámite la denuncia correspondiente a la Justicia del Crimen.

Artículo 33.- Corresponde también a la Comisión de Salud Pública proceder a la tasación de los honorarios reclamados judicialmente por los profesionales mencionados en el artículo 13. Los Jueces de la República remitirán a la Comisión, una vez dictada sentencia definitiva en los asuntos de esta naturaleza los respectivos expedientes, para que este organismo proceda a la tasación de los servicios reconocidos en la sentencia judicial.

## CAPÍTULO VII

### DE LOS FUNCIONARIOS DE SALUD PÚBLICA.

Artículo 34.- En el personal del Ministerio de Salud Pública se distinguirán tres categorías:

- A) Personal técnico.
- B) Personal administrativo.
- C) Personal secundario especializado.

Artículo 35.- El ingreso a un cargo técnico por vacancia de éste se realizará mediante concurso de oposición entre los aspirantes. Entiéndase por cargo técnico a los efectos de esta ley, aquél para cuyo ejercicio necesite el aspirante poseer un título universitario que lo habilite para desempeñarlo y los cargos que sin ser desempeñados por profesionales, exigen por naturaleza, una preparación científica adecuada, como el de ayudante técnico.

Artículo 36.- Vacante un cargo de esta naturaleza, el Ministerio de Salud Pública designar un tribunal técnico para recibir la prueba de los aspirantes, mediante el concurso de oposición.

Artículo 37.- El ascenso dentro de esta categoría, se realizará mediante concurso de méritos o de oposición, entre los funcionarios que aspiren al ascenso.

Artículo 38.- La provisión de los cargos administrativos se hará con sujeción a los siguientes principios, sin perjuicio de lo establecido expresamente en el artículo 41:

- A) El ingreso a la Administración Sanitaria se' realizará por la jerarquía inferior.
- B) Los aspirantes deberán someterse a un concurso de oposición en las condiciones que determine el Ministerio, de una manera general, para esta clase de pruebas.
- C) Se deberá acreditar en todos los casos, prueba de moralidad y buena conducta.

Artículo 39.- Los ascensos del personal administrativo, se efectuarán de la jerarquía inferior a la inmediata superior, previa la realización del concurso de méritos o de oposición. En los ascensos se tendrán en cuenta las condiciones de aptitud demostradas en el desempeño del cargo inferior.

Artículo 40.- Con la designación del personal secundario especializado, se comprenden los que desempeñan aquellas funciones dentro de la Administración Sanitaria, para las que es preciso acreditar condiciones de idoneidad en materia hospitalaria o de profilaxis: nurses, enfermeras, visitadores, así como todos los cargos que tengan relación con el servicio sanitario y social. Los cargos de esta naturaleza, serán provistos mediante pruebas de suficiencia, en las condiciones que fije el Ministerio, y mediando también la justificación de poseer el peticionante condiciones de moralidad y buena conducta, todo ello sin perjuicio de lo establecido en el artículo 41.

Artículo 41.- Créase en el Ministerio de Salud Pública, una Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social.

Los aspirantes a cualquier cargo en la Administración Sanitaria deberán presentar certificados de suficiencia, mediante pruebas realizadas en esa escuela.

El Ministerio podrá disponer que los funcionarios de su dependencia realicen cursos de revisión y perfeccionamiento.

El funcionamiento de la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social no deberá importar aumento de ninguna clase en el presupuesto actual.

Artículo 42.- El Ministerio de Salud Pública no admitirá de ninguna manera el ingreso a un cargo de la Administración Sanitaria de cualquier naturaleza que sea, si no es con sujeción a los principios contenidos en los artículos de esta ley.

Artículo 43.- Los actuales empleados de Salud Pública mantendrán su posición jerárquica dentro del Ministerio de Salud Pública, y seguirán desempeñando sus funciones en las condiciones en que lo hacen actualmente; pero quedarán sujetos a lo prescripto en esta ley.

Artículo 44.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley.

Artículo 45.- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a la presente ley.

#### LEY Nº 18.131, DE 18 DE MAYO DE 2007

Artículo 1º.- Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la presente ley.

22, 57, 59,  
61 y 68  
(Inf. May)

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

- A) Las personas comprendidas en lo dispuesto por el artículo 8º del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley Nº 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995.
- B) Los funcionarios de la Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo y del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.
- C) Las cuidadoras del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.
- D) Los contratados a término.

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

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

Artículo 3º.- El Fondo Nacional de Salud se integrará con los siguientes recursos:

- A) Un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar dicho organismo a las prestadoras de servicios de salud a la fecha de vigencia de la presente ley por concepto de cuotas mensuales de prepago de las personas comprendidas en el artículo 8º del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley Nº 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos. Dichos aportes serán ajustados por la variación del valor de las

cuotas y por las altas y bajas que se vayan produciendo.

- B) Un aporte de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, de un 3% (tres por ciento) que se calculará sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío.
- C) Un aporte a cargo del organismo empleador de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, del 5% (cinco por ciento) sobre las mismas remuneraciones establecidas en el literal anterior.

Artículo 4º.- El aporte referido en el literal B) del artículo 3º de la presente ley, para los beneficiarios de los organismos públicos comprendidos en el artículo 2º de la presente ley, será inicialmente de cargo de Rentas Generales o de quien haga sus veces.

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

Los trabajadores comprendidos en lo dispuesto en el literal B) del artículo 8º del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, quedarán excluidos de lo previsto en el inciso anterior.

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

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

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

Artículo 6º.- Quienes se encuentren amparados simultáneamente por el presente régimen y por el establecido por el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, u otras coberturas particulares, deberán optar por una única afiliación, manteniendo en las actividades comprendidas por la norma precedentemente citada los derechos y obligaciones correspondientes.

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

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

de las cuotas establecidas en el artículo 7º de la presente ley.

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

A efectos de la habilitación de los créditos que se financian con los recursos establecidos en el presente artículo, será de aplicación el artículo 43 de la Ley Nº 17.296, de 21 de febrero de 2001. Dichos créditos se distribuirán por unidad ejecutora para gastos de funcionamiento e inversiones de acuerdo con lo que determine la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

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

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

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

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

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

Constituyen circunstancias agravantes de este delito:

- A) El carácter de funcionario público del agente.
- B) El grado de jerarquía funcional del autor.

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

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

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

Artículo 14.- Derógase lo dispuesto por la Ley Nº 17.946, de 5 de enero de 2006, el artículo 14 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987, con la redacción dada por los artículos 11 de la Ley Nº 16.002, de 25 de noviembre de 1988, y 21 de la Ley Nº 16.170, de 28 de diciembre de 1990, y toda disposición que establezca otro régimen de cobertura asistencial a los beneficiarios del régimen creado en la presente ley.

LEY Nº 18.161, DE 29 DE JULIO DE 2007

CAPÍTULO I

DENOMINACIÓN, PERSONERÍA Y ADMINISTRACIÓN

Artículo 1º.- Créase, con el nombre de Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE), un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.

Este servicio descentralizado sustituye al órgano desconcentrado de igual denominación. Es persona jurídica y tendrá su domicilio principal en la capital de la República sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país.

Artículo 2º.- ASSE será dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros, quienes serán designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República.

Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá, especialmente en cuenta, como condiciones personales, de dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE.

Dentro de los seis meses contados desde la promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo reglamentará la forma en que los usuarios y los trabajadores formularán sus respectivas propuestas.

Durante los primeros tres años de su funcionamiento, ASSE podrá ser dirigida y administrada por los otros tres miembros del Directorio.

CAPÍTULO II

COMPETENCIAS, COMETIDOS Y PODERES JURÍDICOS

Artículo 3º.- Las competencias de ASSE son de carácter nacional y se integran con los cometidos y los poderes jurídicos que se establecen en los dos artículos siguientes.

Artículo 4º.- Son cometidos de ASSE:

- A) Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de los enfermos.
- B) Ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones.
- C) Formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, al que contribuirá en su implementación.
- D) Brindar los servicios de salud establecidos en la Ley Nº 9.202, de 12 de enero de 1934, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública y que, hasta la vigencia de la presente ley, eran cumplidos por el órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- E) Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución de la República, así como a quienes se comprometa a brindar servicios para lo que está habilitada, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes de conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Cumplir los cometidos previstos en el literal anterior a través de una organización que cubra y coordine adecuadamente el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, y que abarque las diversas etapas de la atención integral en materia de salud, contribuyendo a la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

59  
(Inf. May.)  
3º, 36 y 37  
(Inf. P.C.)



- G) Efectuar y mantener actualizado un diagnóstico sobre el estado de salud de sus usuarios y las circunstancias socio-económicas y culturales que puedan condicionar sus niveles, elaborando las estrategias más adecuadas para la superación de los mismos.
- H) Contribuir, mediante planes adecuados de difusión, al cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida, que ponen en riesgo la salud.

### CAPÍTULO III

#### ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN

Artículo 5º.- El Directorio de ASSE tendrá los siguientes poderes jurídicos:

- A) Administrar el patrimonio y los recursos del organismo.
- B) Disponer -dentro de los límites que establezca el Reglamento General- la descentralización interna o las delegaciones que estime convenientes que permitan asignar a sus unidades asistenciales -regionales y locales- responsabilidades por el logro de objetivos, metas y resultados mediante convenios de gestión acordados, otorgándoles, para ello, suficiente autonomía en la gestión de sus recursos para el más eficaz y eficiente cumplimiento de los cometidos del organismo.
- C) Dictar sus reglamentos internos y, en general, realizar todos los actos jurídicos y operaciones materiales destinados al buen cumplimiento de sus cometidos.
- D) Fijar aranceles y contraprestaciones por sus servicios con aprobación del Poder Ejecutivo.
- E) Efectuar designaciones, promociones y cesantías de funcionarios sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 de la presente ley. Las designaciones requerirán la aprobación del Poder Ejecutivo. El Directorio tendrá la facultad de contratar el personal técnico, administrativo y de servicio que fuere necesario, así como disponer su cese, requiriéndose, en ambos casos, resolución fundada.
- F) Fiscalizar y vigilar todos sus servicios y dictar las normas y reglamentos necesarios para el cumplimiento de los fines del organismo.
- G) Suscribir con otros servicios de salud, públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando siempre la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de los recursos humanos y materiales.
- H) Controlar la calidad de los servicios propios y contratados a terceros.
- I) Ejercer la potestad disciplinaria sobre todo el personal.
- J) Proyectar, dentro del plazo de 180 días, el Reglamento General del organismo, elevándolo al Poder Ejecutivo para su aprobación.

Artículo 6º.- El quórum para que pueda sesionar el Directorio será de tres miembros.

Las resoluciones serán adoptadas por simple mayoría de votos, salvo en los casos en que esta ley o el Reglamento General disponga un determinado número de votos para resolver.

Durante el período a que refiere el inciso cuarto del artículo 2º de la presente ley, el quórum necesario para sesionar será de dos miembros.

Artículo 7º.- Al Presidente le corresponde:

- A) Ejecutar las resoluciones del Directorio.
- B) Adoptar y disponer de inmediato las medidas necesarias y urgentes, dando cuenta al Directorio en la primera sesión y estándose a lo que éste resuelva.
- C) Presidir las sesiones del Directorio y representar a la institución.
- D) Firmar con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe todos los actos y contratos en que intervenga el servicio descentralizado.

El Presidente del Directorio representará al organismo y tendrá las demás facultades

que establezca el Reglamento General, que será aprobado por el Poder Ejecutivo a propuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 8º.- Los miembros del Directorio son personal y solidariamente responsables de las resoluciones votadas en oposición a la ley o por inconveniencia de la gestión.

Queda dispensado de esta responsabilidad el Director que hubiere hecho constar en acta su disenso y el fundamento que lo motivó. Cuando este pedido de constancia se produzca, el Presidente del Directorio estará obligado a dar cuenta del hecho, dentro de las 24 horas, al Ministerio de Salud Pública, remitiéndole testimonio del acta respectiva.

Artículo 9º.- Los miembros del Directorio de ASSE no podrán ser nombrados para cargos, ni aun honorarios, que directa o indirectamente dependan de ésta. Esta inhabilitación durará hasta un año después de haber cesado en sus funciones, cualquiera sea el motivo del cese, y se extiende a todo otro cometido, profesional o no, aunque no tenga carácter permanente ni remunerado.

Los miembros del Directorio tampoco podrán ejercer simultáneamente profesiones o actividades que, directa o indirectamente, se relacionen con ASSE.

Las prohibiciones e incompatibilidades señaladas no rigen para las funciones docentes desempeñadas honorariamente en institutos de enseñanza superior.

#### CAPÍTULO IV

##### CONSEJOS ASESORES HONORARIOS

Artículo 10.- Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores.

Artículo 11.- Estos Consejos Honorarios tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones. Todos sus informes serán presentados al Directorio de ASSE, pero no tendrán carácter vinculante.

#### CAPÍTULO V

##### PATRIMONIO Y RECURSOS

Artículo 12.- El patrimonio de ASSE se integrará de la siguiente manera:

- A) Con los activos y los pasivos de cualquier naturaleza del órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que se transfieren de pleno derecho al servicio descentralizado creado por esta ley. El Ministerio de Salud Pública realizará todas las operaciones necesarias a efectos de registrar las mutaciones dominiales o transferencias respectivas.
- B) Con las donaciones o legados que reciba.
- C) Con las transferencias de activos que a cualquier título le realice el Gobierno Central, las Intendencias Municipales y cualquier otro organismo del Estado.

Artículo 13.- Los recursos de ASSE se integrarán de la siguiente manera:

- A) Con el producido de sus proventos.
- B) Con las donaciones o legados que reciba.
- C) Con un Fondo de Mejoramiento y Ampliación de Servicios que ASSE proyectará y enviará al Poder Ejecutivo dentro de los tres meses siguientes a la instalación de su Directorio.
- D) Con las asignaciones que resulten de su presupuesto, que se elaborará y tramitará según las reglas del artículo 220 y concordantes de la Constitución de la República.
- E) Con los aportes que se establezcan en función de la población atendida por ASSE.

- F) Con las cantidades que puedan corresponder por integrar el Seguro Nacional de Salud previsto en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 14.- Los eventuales excedentes operativos podrán, de acuerdo con las normas del artículo 220 de la Constitución de la República y leyes concordantes, destinarse a:

- A) Financiamiento de inversiones.
- B) Reserva especial con destino a cubrir déficit futuro.
- C) Ser transferidos al Gobierno Central.

Los eventuales déficit operativos se cubrirán:

- A) Por superávit acumulado previamente.
- B) Por créditos que contraiga el organismo.
- C) Por transferencias desde el Gobierno Central, expresamente aprobadas por el Parlamento Nacional.

Artículo 15.- Declárase de utilidad pública la expropiación y el uso de los bienes inmuebles necesarios para el cumplimiento de la presente ley (artículo 32 de la Constitución de la República y artículo 4° de la Ley N° 3.958, de 28 de marzo de 1912).

Las designaciones de bienes que hubieren de realizarse en los trámites a que alude la citada ley, serán realizadas por el Poder Ejecutivo a propuesta de ASSE.

## CAPÍTULO VI

### RECURSOS HUMANOS

Artículo 16.- ASSE tendrá el personal que, a la fecha de vigencia de esta ley, pertenezca o esté afectado a las unidades ejecutoras del órgano desconcentrado que lleva la misma denominación, sin perjuicio de lo dispuesto por el literal E) del artículo 5° de la presente ley.

El ingreso de personal de cualquier categoría se regirá por las normas generales del Estatuto del Funcionario Público, sin perjuicio de las reglas especiales que se dicten en atención a la índole de sus cometidos (literal E) del artículo 59 de la Constitución de la República).

Dentro de los 120 días, contados desde la vigencia de la presente ley, deberá quedar definido por el Poder Ejecutivo el personal que pertenece a ASSE; en este plazo se atenderá la situación particular de los funcionarios que no pertenecen a la plantilla funcional de ASSE.

Dentro del plazo de 180 días de promulgada la presente ley, el Directorio de ASSE proyectará y elevará el Estatuto del Funcionario, estableciendo identificación de funciones y puestos de trabajo, descripciones de cargos y régimen laboral, sistema de retribuciones, condiciones de ingreso, capacitación y desarrollo, evaluación de desempeño, ascenso, descanso, licencias, suspensión o traslado, régimen disciplinario y demás componentes de la carrera sanitaria y funcional hasta el egreso definitivo del funcionario, sin perjuicio de la aprobación de una ley marco de esta carrera.

Artículo 17.- Dentro del plazo de 180 días, a contar de la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud Pública, en acuerdo con ASSE distribuirá el personal afectado al Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento de la Oficina Nacional del Servicio Civil.

Artículo 18.- El Ministerio de Salud Pública y ASSE definirán en el plazo de 180 días el personal afectado a cada uno de sus organismos.

Hasta tanto no se lleven a cabo las regularizaciones funcionales previstas en la presente ley, el personal afectado a ASSE no verá afectada su remuneración como consecuencia de la aplicación de la misma.

## CAPÍTULO VII

### PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

Artículo 19.- ASSE dictará dentro del plazo de 180 días, a partir de la vigencia de la presente ley, las disposiciones relativas al procedimiento administrativo en general y disciplinario en particular, sobre la base de los siguientes principios:

- A) Imparcialidad.
- B) Legalidad objetiva.
- C) Impulsión de oficio.
- D) Verdad material.
- E) Economía, celeridad y eficacia.
- F) Informalismo en favor del administrado.
- G) Flexibilidad, materialidad y ausencia de ritualismos.
- H) Delegación material.
- I) Debido procedimiento.
- J) Contradicción.
- K) Buena fe, lealtad y presunción de verdad, salvo prueba en contrario.
- L) Motivación de la decisión.
- M) Gratuidad.

## CAPÍTULO VIII

### DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Artículo 20.- Hasta tanto no se sancione el primer presupuesto para el servicio descentralizado que se crea por esta ley, regirá el que a la fecha de su promulgación tenía el Ministerio de Salud Pública, con destino al órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), incluyendo la totalidad de los créditos presupuestales, cualquiera sea su naturaleza.

### DECRETO-LEY N° 14.407, DE 22 DE JULIO DE 1975

Artículo 41.- Podrán constituirse Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad por convenio colectivo entre empresas o conjuntos de empresas y, por lo menos, los dos tercios de sus trabajadores siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- 1º) Que el convenio suponga la creación de una persona jurídica sin finalidad de lucro, en cuyo órgano directivo estén paritariamente representados empresarios y trabajadores. El mencionado órgano directivo deberá estar investido de todas las facultades y competencias necesarias para el buen funcionamiento del Instituto (Artículo 6º de la presente ley).
- 2º) Las prestaciones que se sirvan no deberán ser inferiores a las que establece la ley.
- 3º) Las tasas de aportación de los trabajadores no podrán ser superiores a las máximas establecidas en el artículo 33, y serán determinadas y aplicadas conforme a lo previsto en la presente ley.
- 4º) Los fondos del seguro se contabilizarán y administrarán con total independencia de la administración de las empresas y de los sindicatos de trabajadores eventualmente comprendidos.
- 5º) Los convenios colectivos deberán negociarse entre las empresas y los representantes del personal elegidos por voto secreto y deberán ser aprobados por mayoría de dos tercios de los trabajadores interesados.

61, 69 y 71  
(Inf. May.)

16  
(Inf. P.C.)

Cumplidas dichas exigencias y previo informe de ASSE, el Poder Ejecutivo podrá homologar el convenio, teniendo en cuenta especialmente su oportunidad o conveniencia y una vez registrado en la repartición respectiva, y publicado en "Diario Oficial", adquirirá fuerza obligatoria para la totalidad del personal involucrado.

LEY Nº 16.320, DE 1º DE NOVIEMBRE DE 1992

---

Artículo 338.- El aporte patronal al seguro social de enfermedad, con excepción de los contribuyentes comprendidos en la Ley Nº 15.852, de 24 de diciembre de 1986, y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo siguiente deberá cubrir la diferencia que pudiera existir entre las contribuciones vigentes con destino a dicho servicio de seguro y el valor de la cuota mutual, con sus adicionales, que el Banco de Previsión Social abone a las entidades de asistencia, multiplicado por el número de dependientes beneficiarios.

61 y 70  
(Inf. May.)

TEXTO ORDENADO 1996  
TÍTULO 7

---

Artículo 34. (Rentas del trabajo fuera de la relación de dependencia).- Serán rentas de esta naturaleza, las originadas en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, en tanto tales rentas no se encuentren incluidas en el hecho generador del Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, ya sea de pleno derecho, o por el ejercicio de la opción a que refiere el artículo 5º del Título 4 del Texto Ordenado de 1996.

70  
(Inf. May.)

Para determinar la renta computable, se deducirá del monto total de los ingresos un 30% (treinta por ciento) en concepto de gastos, más los créditos incobrables, en las condiciones que establezca la reglamentación.

LEY Nº 16.343, DE 24 DE DICIEMBRE DE 1992

---

Artículo 1º.- Facúltase al Poder Ejecutivo para instalar y poner en funcionamiento institutos de medicina altamente especializada destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que los requieran, los que estarán subordinados al Ministerio de Salud Pública.

73  
(Inf. May.)

La definición de medicina altamente especializada deberá hacerse, a los efectos de la presente ley, con arreglo al dictamen técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Artículo 2º.- Las instituciones privadas que cuenten con servicio de medicina altamente especializada existentes a fecha de vigencia de la presente ley, o que se crearen en el futuro, podrán desarrollar libremente dicha actividad o brindarla a través del Fondo Nacional de Recursos, en las condiciones establecidas por la presente ley y por sus decretos reglamentarios.

Las instituciones privadas deberán, a requerimiento del Fondo Nacional de Recursos, por razones fundadas, prestar la asistencia necesaria, la que será retribuida de acuerdo con lo establecido en el artículo 7º.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva definidas en el artículo 6º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, deberán asegurar la cobertura de la totalidad de sus afiliados con relación a las afecciones y técnicas incluidas en el Fondo Nacional de Recursos, a través de los mecanismos previstos en la presente ley.

Artículo 3º.- A los efectos de la presente ley, créase un Fondo Nacional de Recursos que se integrará de la siguiente manera:

- a) El aporte del Estado para cubrir la atención de los habitantes poseedores del correspondiente carné de asistencia otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

- b) El aporte del Estado, de los Entes Autónomos, de los Servicios Descentralizados y de las Administraciones Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia médica esté directamente a su cargo.
- c) El aporte de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva para cubrir la atención de sus afiliados.
- d) El aporte por afiliación directa de todas aquellas personas que deseen contratar un seguro de atención médica para estas prestaciones.
- e) El producido del gravamen de un 5% (cinco por ciento) sobre los premios a abonar a consecuencia de los aciertos producidos en el juego denominado "Cinco de Oro".

Los aportes referidos en los literales A), B), y C) serán mensuales, consecutivos y directamente proporcionales a la cantidad de beneficiarios cuya asistencia médica sea responsabilidad de cada uno de los sectores o instituciones mencionados, con independencia del número de actos médicos realizados.

La Comisión Honoraria Administradora fijará el monto y forma de actualización de los mismos.

Es aplicable a los efectos de su versión al Fondo Nacional de Recursos por las entidades mencionadas en los literales A), B) y C) de este artículo el régimen de recargos e intereses establecido en el Código Tributario, sin perjuicio de lo cual, en los casos pertinentes, los adeudos por ese concepto serán compensables con los pagos que deba realizarles el Banco de Previsión Social en aplicación del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y normas complementarias, por el procedimiento que determinará la reglamentación. El mismo régimen de recargos o intereses no aplicará en caso de atraso en los pagos a los Institutos de Medicina Altamente Especializada por parte del Fondo Nacional de Recursos.

El patrimonio que compone el Fondo Nacional de Recursos estará destinado exclusivamente a los fines previstos por la presente ley.

Los fondos serán depositados en Bancos Oficiales en cuentas especiales y se girará contra las mismas con la firma de dos de los integrantes de la Comisión Honoraria Administradora, uno de los cuales será el Presidente de la referida Comisión.

El Ministerio de Economía y Finanzas, los Entes Autónomos, los Servicios Descentralizados y las Administraciones Departamentales, cuando correspondiere, verterán mensualmente el importe establecido en los literales A), B) y E) de este artículo, en dichas cuentas especiales.

**Artículo 4º.**- El Fondo Nacional de Recursos tendrá el carácter de persona pública no estatal y será administrado por una Comisión Honoraria Administradora. Esta Comisión estará integrada por:

- A) Tres representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales será el Ministro de Salud Pública o quien lo represente.
- B) El Ministerio de Economía y Finanzas o quien lo represente.
- C) Tres representantes de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva o Asociaciones de Segundo Grado integradas por las mismas.
- D) Un representante de los Institutos de Medicina Altamente Especializada.
- E) Un representante del Banco de Previsión Social.

Los representantes de las entidades no estatales serán designados directamente por las mismas.

La reglamentación deberá contemplar la representatividad derivada del número de afiliados de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Los miembros de la Comisión Honoraria Administradora durarán en sus cargos durante un período de dos años, pudiendo ser reelectos. En cualquier momento podrán ser relevados por las instituciones u organismos que representan, en cuyo caso el

alterno completará el período respectivo.

La Comisión Honoraria Administradora será presidida por el Ministerio de Salud Pública o quien lo represente.

En todos los casos se designará un titular y un alterno. Este sustituirá al titular en caso de licencia o de vacancia, en su caso.

Artículo 5º.- La Comisión Honoraria Administradora determinará las afecciones y técnicas que estarán cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos.

Para la inclusión de nuevas afecciones e introducción de otras técnicas se requerirá el asesoramiento de la Comisión Técnica Asesora que se crea por el artículo 10 de la presente ley.

La Comisión Honoraria Administradora tendrá la potestad de autorizar los gastos necesarios a los efectos de llevar a cabo los objetivos del Fondo.

En casos especialmente justificados podrá convenir la atención de pacientes en medios sanitarios del exterior. La Comisión Honoraria Administradora establecerá las características de esta forma de asistencia para aquellas patologías potencialmente reversibles que no pueden tratarse en el país por carecerse de recursos y que cuenten en el exterior con procedimientos de tratamientos de reconocida solvencia científica.

Para el mejor cumplimiento de sus objetivos procurará promover acuerdos de integración y complementación regionales que posibiliten, cuando se considere necesario, su factible prosecución y desarrollo en el país.

Podrá, asimismo, disponer de recursos para el perfeccionamiento de los técnicos que se determine.

A los efectos de financiar la asistencia en el exterior, prevista en los incisos precedentes, la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos dispondrá de un crédito específico, constituido por los recursos mencionados en el literal E) del artículo 3º, que será contabilizado separadamente por dicha Comisión.

Sólo podrán acceder a la prestación de actos médicos cuya cobertura esté a cargo del Fondo Nacional de Recursos, conforme a los criterios de la presente ley y de su reglamentación, los beneficiarios radicados en el país.

En el caso de existir acuerdos o convenios internacionales en la materia, la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos podrá, por razones fundadas, autorizar la cobertura financiera de personas que no reúnan las condiciones referidas.

Artículo 6º.- Créase una Comisión Técnico - Médica que tendrá como cometido expedirse con carácter vinculante respecto a la justificación técnica de las peticiones que formulen los titulares de interés directo, relativas a intervenciones en el extranjero. Será designada por la Comisión Honoraria Administradora en cada oportunidad y estará integrada por un delegado de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, un delegado de la Facultad de Medicina y un delegado del Ministerio de Salud Pública.

Esta Comisión Técnico - Médica deberá emitir su dictamen en el plazo de veinticuatro días hábiles, recabando las opiniones que estime convenientes. En los casos de urgencia, la Comisión Administradora del Fondo podrá fijarle un término menor.

Producido el dictamen que justifique la asistencia en el extranjero, la Comisión Honoraria Administradora resolverá la prestación económica total o parcial a brindarse en cada caso.

Conjuntamente con la gestión de asistencia económica, el interesado deberá presentar una declaración jurada patrimonial del núcleo familiar.

Artículo 7º.- El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, deberá controlar los costos y los precios fijados por los Institutos de Medicina Altamente Especializada.

Artículo 8º.- Las instituciones que se relacionen financieramente con el Fondo Nacional de Recursos deberán poseer sistemas de información contable adecuados a

las respectivas disposiciones vigentes y suministrar toda la documentación que requiera la Comisión Administradora.

Artículo 9º.- La Comisión Honoraria Administradora deberá elevar al Poder Ejecutivo, para su consideración, un balance anual y la rendición de cuentas, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio, así como los estados de situación y balance de resultados de todos los institutos vinculados al sistema.

Artículo 10.- Créase la Comisión Técnica Asesora sobre Medicina Altamente Especializada, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública.

Esta Comisión estará integrada por un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante de la Facultad de Medicina y un tercer miembro que será designado por la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, a propuesta del cuerpo médico nacional, en la forma que determine la reglamentación. Esta deberá tener en cuenta la representatividad que invista dicha designación.

Será cometido de esta Comisión Técnica asesorar al Ministerio de Salud Pública y a la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos en los aspectos técnico - asistenciales de su incumbencia. Tal asesoramiento será preceptivo en los siguientes casos:

- A) Introducción y desarrollo de nuevas técnicas y tecnología de alto costo y complejidad a cargo del Fondo Nacional de Recursos.
- B) Evaluación de la calidad de las acciones de atención médica que se realicen en los Institutos de Medicina Altamente Especializada.

La Comisión Técnica Asesora recabará las opiniones que estime necesarias o convenientes para el cumplimiento de sus cometidos.

Sin perjuicio del carácter preceptivo de su dictamen, éste no tendrá la condición de vinculante, debiendo la Comisión Honoraria Administradora resolver esos temas en forma fundada.

Artículo 11.- Contra las resoluciones de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos procederá recurso de reposición, que deberá interponerse dentro de los veinte días hábiles a partir del siguiente de la notificación del acto al interesado.

Una vez interpuesto el recurso mencionado en el inciso anterior, la Comisión Administradora dispondrá de treinta días hábiles para instruir y resolver, y se configurará denegatoria ficta por la sola circunstancia de no dictarse resolución dentro de dicho plazo.

Denegado el recurso de reposición el recurrente podrá interponer, únicamente por razones de legalidad, demanda de anulación del acto impugnado ante el Tribunal de Apelaciones en lo Civil de turno, a la fecha en que dicho acto fue dictado. La interposición de esta demanda deberá hacerse dentro del término de veinte días hábiles de notificada la denegatoria ficta. La demanda de anulación sólo podrá ser interpuesta por el titular de un derecho subjetivo o de un interés directo, personal y legítimo, violado o lesionado por el acto impugnado. El procedimiento recursivo ante el Tribunal será el dispuesto por el Código General del Proceso para el proceso ordinario.

Artículo 12.- El Poder Ejecutivo, a propuesta de la Comisión Honoraria Administradora, reglamentará la presente ley en un plazo de noventa días. Las disposiciones que hacen referencia a la atención de pacientes en el exterior comenzarán a regir a los ciento ochenta días de aprobar la reglamentación respectiva.

Artículo 13.- Deróganse los Decretos-Leyes Nos. 14.897, de 23 de mayo de 1979, y 15.617, de 24 de agosto de 1984.



DISPOSICIONES REFERIDAS AL INFORME DEL  
PARTIDO COLORADO

---

LEY Nº 9.202, DE 12 DE ENERO DE 1934

---

Ver página 39 de las disposiciones referidas.

1º

LEY Nº 18.161, DE 29 DE JULIO DE 2007

---

Ver página 47 de las disposiciones referidas.

3º, 36 y 37

LEY Nº 17.930, DE 19 DE DICIEMBRE DE 2005

---

Ver página 39 de las disposiciones referidas.

3º, 36 y 37

DECRETO-LEY Nº 14.407, DE 22 DE JULIO DE 1975

---

Ver página 51 de las disposiciones referidas.

16

CÓDIGO PENAL

---

Artículo 239. (Falsificación ideológica por un particular).- El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión.

20

LEY Nº 18.131, DE 18 DE MAYO DE 2007

---

Ver página 45 de las disposiciones referidas.

22

≠