

Proyecto de Ley

Ampliación de la cobertura de salud y Fortalecimiento de la Salud Pública

Capítulo I - Principios y Cometidos

Artículo 1°.- Sin perjuicio de los cometidos y atribuciones ya asignados por la ley 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 2° - 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 3°.- Se entiende por prestadores integrales de servicios de salud aquellas entidades que, brindando servicios integrales de salud según se define en el artículo 7° 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 4°.- Los prestadores de servicios de salud no incluidos en el artículo anterior se entenderán como no integrales.

Artículo 5°.- 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 6°.- 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 7°.- 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 8°.- Los prestadores de servicios integrales de salud actuarán bajo el régimen de libre competencia.

Capítulo III - Beneficiarios

Artículo 9°.- 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 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 empresa 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 atributarios 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 atributario 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 prestadores integrales de servicios de salud del ámbito privado, darán derecho al cobro de la(s) cuota(s) salud, (art. 7° de la ley 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.

Facultase 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 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 de 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°.- Facultase 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.

Facultase 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 quien 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.