

## CONTRATO DE GESTION

En la ciudad de Montevideo, el «fecha» del año dos mil once, por una parte: la JUNTA NACIONAL DE SALUD (en adelante JNS) representada para este acto por el Dr. Luis Enrique Gallo en su calidad de Presidente y por otra parte «Institucion» “«sigla»” (en adelante "el prestador") representado en este acto por «Sr» «nombre», C.I. «CI», cuya calidad acredita con el respectivo poder notarial y cuya vigencia declara mantener, con domicilio especial para todos los efectos de este Acuerdo en Avenida 18 de Julio 1892 Oficina 109 de esta ciudad y «domicilio», respectivamente, convienen en celebrar el presente contrato a tenor de las cláusulas que siguen:

### DISPOSICIONES GENERALES

**Primera - Objeto.** El presente contrato tiene por objeto establecer las obligaciones que en materia asistencial, de gestión y de financiamiento asumen las partes en el marco de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, de conformidad con lo dispuesto por la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, y su reglamentación, con sujeción a las reglas que particularmente rigen a cada prestador.

**Segunda - Plazo. 1.** El contrato tendrá una duración de tres años y será prorrogable por plazos sucesivos de un año, salvo que una parte comunique a la otra, en forma fehaciente, su voluntad de no renovarlo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al vencimiento del plazo original o al de la renovación.

**2.** En caso de no renovación o de no existir acuerdo para la firma de un nuevo contrato, ambas partes se comprometen a iniciar un proceso de transición, tendiente a garantizar la continuidad de la cobertura integral de salud a los usuarios/as del prestador, el que se prolongará hasta que los mismos se trasladen a otro prestador. La JNS implementará las medidas necesarias para la asignación de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud.

**Tercera - Modificaciones.** En cualquier momento, durante la vigencia del contrato, podrán introducirse modificaciones al mismo, con el acuerdo de ambas partes. Dichas modificaciones deberán constar por escrito.

**Cuarta - Rescisión unilateral.** La JNS podrá rescindir unilateralmente este contrato, sin necesidad de preaviso alguno, cuando la reiteración de incumplimientos de las obligaciones del prestador ponga en riesgo la salud o seguridad de sus usuarios/as, de conformidad con la normativa vigente.

**Quinta - Continuidad de la atención.** En caso de rescisión unilateral del contrato, así como cuando el prestador interrumpa las prestaciones que estaba obligado a brindar a sus usuarios/as por causas que le sean imputables, comprobadas conforme a reglas de derecho, la JNS implementará inmediatamente las medidas tendientes a garantizar la continuidad de la atención integral de salud a los usuarios del prestador amparados por el Sistema Nacional Integrado de Salud

**Sexta - Resolución de controversias. 1.** Las partes procurarán resolver de común acuerdo las diferencias de cualquier naturaleza que puedan plantearse entre ellas durante la ejecución de este contrato.

**2.** En caso de no lograrlo, las mismas serán sometidas a un mediador designado de común acuerdo.

**3.** Si tampoco se alcanza acuerdo en cuanto a la designación del mediador o solución de la controversia, la cuestión se sustanciará a través del proceso ordinario.

## PRESTACIONES

**Séptima - Alcance.** El prestador proporcionará a sus usuarios/as del Sistema Nacional Integrado de Salud, con derecho a cobertura integral de salud, las prestaciones incluidas en el PIAS y sus modificativos y en los programas integrales de observancia obligatoria aprobados y/o a aprobarse por el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco de la legislación vigente, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley No. 18.211 de 5 diciembre de 2007 y de las reglas particulares de cada prestador. Forma parte del presente contrato los Anexos IV y V referentes a Procedimientos en materia de modificaciones al PIAS y al FTM.

**Octava - Contratos con terceros. 1.** El prestador podrá brindar las prestaciones a que refiere la cláusula séptima de este contrato, por sí o a través de terceros.

2. Los contratos que firmen en este sentido, deberán estar autorizados por la JNS en los términos del artículo 41 de la Ley No. 18.211.

3. Sin perjuicio de los contratos que celebre con terceros, el prestador continuará siendo responsable ante la JNS por el cumplimiento de todas las obligaciones asumidas en este contrato y las que pongan a su cargo las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

**Novena - Certificaciones.** 1. Los usuarios/as del SNS en situación de enfermedad que conlleve impedimento a término para cumplir con su labor habitual, deberán requerir a su prestador le extienda y comunique al Banco de Previsión Social la certificación médica que así lo acredite.- La misma deberá ser realizada por el médico actuante e ingresada por la Institución en los términos y condiciones establecidos en la resolución de la JNS No. 48 de 7 de julio de 2010, debiendo cumplirse la comunicación al Banco de Previsión Social en el término de 48 horas contadas a partir de la consulta médica, aplicando el formato y los medios de remisión electrónica de datos compatibles que ponga a disposición este organismo.-

2. De igual manera las usuarias amparadas por el Decreto Ley No. 15.084 de 28 de noviembre de 1980 requerirán de su prestador la acreditación de su licencia maternal por el período que corresponda, la que será realizada y comunicada en los mismos términos y condiciones que las de enfermedad.

**Décima - Incapacidad y estudios complementarios.** 1. En caso de que un usuario/a del Sistema Nacional Integrado de Salud gestione ante el Banco de Previsión Social una solicitud de subsidio por discapacidad transitoria o jubilación por incapacidad laboral, el prestador del cual es usuario el solicitante para dictaminar sobre la existencia y el grado de la misma, deberá realizar los estudios diagnósticos que requieran los médicos de dicho organismo debidamente justificados, siempre que estén incluidos en los programas integrales a que refiere la cláusula séptima de este contrato.

**Décima Primera - Internación por afecciones psíquicas.** 1. En los casos de usuarios/as a que refiere el inciso segundo del artículo 48 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, que tengan afecciones psíquicas cuya entidad requiera internación a juicio del médico tratante, el prestador se hará cargo del total de la facturación presentada por la clínica psiquiátrica habilitada o en proceso de habilitación por el Ministerio de Salud Pública en la que se encuentren internados.

2. La correspondiente a los primeros 30 días será a cargo del prestador.

3. Los períodos de internación posteriores, de cargo del usuario/a, le serán reembolsados por el Banco de Previsión Social por un plazo que no exceda el del amparo del beneficio del seguro de enfermedad, de conformidad con la Resolución No. 1438/982 de la ex Dirección General de Seguridad Social (hoy Banco de Previsión Social) de 19 de julio de 1982, modificada por el literal e) del artículo 9 del Decreto No. 103/986 de 13 de febrero de 1986 y recogida por el inciso segundo del artículo 48 de la Ley No. 18.211.

4. Estos conceptos se facturarán mensualmente y en forma discriminada, debiendo contener la información que a tal efecto defina el Banco de Previsión Social. De la presente obligación, se encuentra exonerada la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

5. Las instituciones llevarán el cómputo de los días de internación y comunicarán al BPS el cumplimiento de los 30 días referidos, acompañando la documentación solicitada por dicha institución.

**Duodécima - Beneficios extraordinarios.** 1. En caso de que el prestador hubiera concedido beneficios especiales en materia de tasas moderadoras a integrantes de determinados colectivos con anterioridad a su ingreso al Seguro Nacional de Salud, deberá mantenerlos durante la vigencia de este contrato.

2. Todos los beneficios de cualquier naturaleza que se confieran al momento de la afiliación, deberán mantenerse mientras dure el vínculo entre las partes, a excepción de aquellos beneficios concedidos según corresponda a la edad del afiliado. Los mismos deberán ser debidamente documentados en el Contrato de afiliación o Documento de Ingreso como asociado.

<b>USUARIOS</b>
-----------------

**Décima Tercera – Usuarios/as del Sistema Nacional Integrado de Salud.** Las obligaciones que este contrato pone a cargo del prestador, refieren a todos los usuarios/as del Sistema Nacional Integrado de Salud inscriptos en sus padrones, excepto cuando a texto expreso se establezca que su alcance es sólo para los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

**Décima Cuarta - Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.** 1. La existencia del derecho al amparo del Seguro Nacional de Salud, tanto para la inscripción voluntaria como para la asignación de oficio de usuarios/as a los padrones del prestador, será determinada

conforme a los procesos que la JNS acuerde con el Banco de Previsión Social, en el marco de la competencia que en materia de administración de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo Nacional de Salud, concede este organismo el artículo 57 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y su reglamentación.

2. El uso de los sistemas de información que el Banco de Previsión Social ponga a disposición del prestador a dichos fines, estará sujeto a los términos de responsabilidad y comunicación de usuarios que establezca este organismo, los que serán suscriptos por representante del prestador debidamente acreditado.

3. El prestador no podrá rechazar a ningún usuario/a amparado por el Seguro Nacional de Salud, que haya sido habilitado como lo dispone el presente artículo, salvo el régimen de excepción previsto en el art. 22 de la Ley 18.211 y en lo dispuesto en la cláusula décima séptima nral. 2 de este contrato.

4. Los usuarios/as se encuentran sometidos al régimen de expulsión establecido en el Decreto No. 457/988 de 12 de julio de 1988, en la redacción dada en los artículos 134 a 185 del Título IV Capítulo I del Decreto No. 455/001 de 22 de noviembre de 2001, por el Decreto 15/2010 del 18 de enero del 2010 y demás normas vigentes en la materia.

**Décima Quinta - Baja de la cobertura del Seguro Nacional de Salud.** La pérdida de los atributos que confieren la condición de usuario/a tendrá como efecto la baja de la cobertura con cargo al Seguro Nacional de Salud.

Dicha baja operará al día siguiente del último día del mes correspondiente a la referida pérdida, conforme a los procesos de liquidación y cierre acordados entre la JNS y el Banco de Previsión Social

**Décima Sexta - Continuidad de la cobertura del Sistema Nacional Integrado de Salud.** 1. Si los usuarios/as que pierdan el amparo del Seguro Nacional de Salud optan por continuar inscriptos en el padrón del prestador que tenían hasta entonces, pagándole directamente por la atención integral que reciban y en las mismas condiciones que los afiliados individuales, el prestador no podrá rechazarlos, a menos que se rijan en el caso el sistema de libre contratación.

2. El prestador se obliga a otorgar a los usuarios/as comprendidos en el párrafo anterior, un plazo de 30 (treinta) días calendario, para hacer uso de la opción prevista en el artículo 65 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, contados a partir de la fecha en que el Banco de Previsión Social notifique la baja respectiva

3. El pago de la cuota exigida por el prestador a sus usuarios/as no amparados por el Seguro Nacional de Salud será considerado como manifestación de voluntad de continuar inscripto en los padrones del mismo

4. Si los usuarios/as no hacen la opción dentro del plazo indicado y siempre que no hayan utilizado durante el mismo los servicios del prestador, éste no podrá reclamarles pago alguno.

**Décima Séptima - Afiliación por nacimiento.** 1. El prestador está obligado a inscribir en sus padrones a los hijos/as recién nacidos/as de sus usuarios/as amparados por el Seguro Nacional de Salud, y a brindarles atención integral de salud desde el momento del nacimiento de los mismos, sin perjuicio del derecho que confiere a los padres el artículo 19 del Decreto No. 2/008 de 11 de enero de 2008.

2. Cuando el recién nacido hubiera perdido la cobertura a cargo del Seguro Nacional de Salud, o no le corresponda por ser la madre una beneficiaria a cargo de otro beneficiario del Seguro Nacional de Salud, la JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social pague al prestador la cuota salud pertinente por la atención del mismo hasta el último día del segundo mes posterior al del parto. A partir de ese momento, si los padres resuelven mantener a sus hijos en sus padrones pagando por la atención integral de salud que reciban y en las mismas condiciones que los afiliados individuales, el prestador no podrá rechazarlos.

Cuando el prestador se encuentre incluido en el artículo 22 de la Ley No. 18.211 del 5 de diciembre de 2007, no podrá rechazar la afiliación de usuarios del Sistema Nacional de Salud y/o beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, recién nacidos (NV) en dichas instituciones.

**Décima Octava – Afiliación al SNIS.** 1. El prestador recepcionará las solicitudes de registro en sus padrones de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud solamente en sus sedes primarias o secundarias o de conformidad con mecanismos autorizados por el Ministerio de Salud Pública. A tales efectos la documentación exigible será el Documento de Identidad de quien solicita la Afiliación y en el caso de las personas a quienes beneficiarios del Seguro Nacional de Salud concedan el amparo del mismo de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables, también se exigirá la documentación que acredite el vínculo. El Contrato de Afiliación o Documento de ingreso como asociado, será proporcionado por el MSP.

2. La afiliación y/o Ingreso deberá contar con firma y sello del funcionario que realiza la

misma y firma y contrafirma del beneficiario. Tratándose de menores de edad o de personas con discapacidad se aplicará lo dispuesto por el Decreto No. 518/009 de 9 de noviembre de 2009 y/o sus modificativas.

**3.** De toda la documentación que presente el usuario/a al prestador, vinculada al acto de inscripción en sus padrones, incluidas las declaraciones exigibles, la constancia de afiliación debidamente firmada y el Contrato de Afiliación, quedará copia en poder del prestador receptor, quien adoptará las previsiones que correspondan tendientes a mantener su integridad, cotejo y eventual exhibición ante el Ministerio de Salud Pública, la JNS, el Banco de Previsión Social o la autoridad judicial que lo requiera, dentro de los márgenes legales vigentes y respecto de las normas que especialmente tutelan las garantías individuales. Dicha documentación deberá mantenerse por un plazo máximo de 5 años, a partir de finalizado el vínculo con el usuario/a.

**4.** La Afiliación y los cambios de un prestador a otro deberán ser realizados directamente por el interesado/a, a excepción de situaciones de manifiesta imposibilidad por parte de éste/a, lo que deberá acreditarse fehacientemente.

**5.** Cuando se trate de contratos o documentos de afiliación firmados por beneficiarios del Seguro Nacional de Salud con prestadores incluidos en el artículo 22 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, deberá constar en dicho documento o en documento adjunto, a texto expreso, la especificación de que las prestaciones brindadas por estas instituciones se realizan bajo el régimen de libre contratación, detallando con claridad su alcance en relación al usuario.

**Décima Novena - Intermediación lucrativa.** La intermediación lucrativa, debidamente constatada, constituirá incumplimiento del contrato, sin perjuicio de las consecuencias previstas en el régimen legal vigente en la materia.

**Vigésima - Inscripciones irregulares. 1.** En caso de comprobarse la existencia de inscripciones irregulares de beneficiarios/as del Seguro Nacional de Salud en el padrón de usuarios de las que resultare responsabilidad del prestador, la JNS determinará la nulidad de las mismas y dispondrá que el Banco de Previsión Social deduzca de los pagos de cuotas salud que correspondan al mismo el monto de las que hubiera percibido indebidamente.

**2.** En caso de inscripciones irregulares de las que resultare responsabilidad del usuario/a y/o de un tercero, el prestador hará valer el procedimiento que entienda del caso.

**3.** Se entiende por inscripción irregular aquella que no cumpla con los requisitos de

documentación, trámite y habilitación establecidos en el presente contrato, así como en las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

**Vigésima Primera - Actualización de datos de usuarios/as.** 1. El prestador mantendrá actualizada la información de sus usuarios/as, los que serán responsables de suministrar los cambios que se operen. La información será comunicada mensualmente al Ministerio de Salud Pública a través del sistema informático RUCAF (Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal), aplicación a la cual se accede vía Internet.

2. A los actuales campos obligatorios (documento de identidad, fecha de nacimiento, sexo, primer nombre, primer apellido, país y departamento de la dirección) se sumará el de "localidad" de la dirección, según la codificación del Instituto Nacional de Estadística, que pasará a ser obligatorio a partir del 1 de Julio de 2012.

3. Los datos personales de los usuarios/as serán protegidos de conformidad con la Ley No. 18.331 de 18 de agosto de 2008 y su reglamentación.

**Vigésima Segunda - Fallecimiento de usuarios/as.** El prestador se obliga a informar al Banco de Previsión Social dentro de los cinco días hábiles de conocido el deceso y por el canal de comunicación que dicho organismo defina, el fallecimiento de sus usuarios/as amparados/as por el SNS que acontezcan en sus instalaciones y fuera de ellas, cuando el deceso sea constatado por médicos que actúen por cuenta y orden del prestador o que presten servicios al mismo. En caso de fallecimiento del usuario/a, el prestador tendrá derecho a cobrar la cuota salud correspondiente a éste/a hasta el mes de la fecha de fallecimiento.

<b>PRECIO Y FORMA DE PAGO POR USUARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD</b>
-------------------------------------------------------------------------

**Vigésima Tercera - Cuota salud.** 1. El prestador tiene derecho al cobro mensual de una cuota salud por cada persona amparada por el Seguro Nacional de Salud que esté inscrita en sus padrones de usuarios/as.

2. Dicha cuota tendrá un componente cápita, referido al precio que se pagará por la atención integral de salud brindada, según grupos poblacionales determinados, y un componente meta, vinculado al cumplimiento de metas asistenciales, cuyo valor promedio total no podrá superar el 10% del valor de la cuota salud promedio ponderada del SNS.



3. La cuota salud será fijada y ajustada por el Poder Ejecutivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007.

4. La estructura relativa por edad y sexo del componente cápita es la siguiente:

EDAD	HOMBRES	MUJERES
<1	6,456	5,515
1 a 4	1,890	1,781
5 a 14	1,120	1,011
15 s 19	1,086	1,433
20 a 44	1,00	2,113
45 a 64	2,058	2,516
65 a 74	3,955	3,440
>75	5,208	4,297

Esta estructura se mantendrá incambiada durante la vigencia del presente contrato. No obstante, en caso de introducirse modificaciones en el PIAS que justifiquen un ajuste de la misma, se seguirán a tales efectos los procedimientos previstos en el Anexo PIAS.

El valor de la cápita base (hombre de 20 a 44 años) es de \$ 574.4 y se reajustará de acuerdo a lo previsto en la cláusula 24°.

5. Tratándose de seguros integrales, regirá el procedimiento previsto por el artículo 22 de la citada Ley, y demás normas aplicables contenidas en el Decreto No. 2/008 de 11 de enero de 2008.

6. Las formas de pago relacionadas con el ingreso al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas definidos en el artículo 1 de la Ley No.18.731 y las obligaciones de las partes vinculadas a dichos ingresos, se especifican en el anexo VII, que forma parte de este contrato, dándose por cumplido lo preceptuado por el artículo 7° de la Ley No.18.731.-

**Vigésima Cuarta – Paramétrica, estructura y actualización.** El componente cápita y el componente metas, así como las cuotas individuales y de afiliaciones colectivas de las

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, se ajustarán semestralmente de forma de reflejar la variación de precios del sector, de conformidad a la estructura paramétrica y criterios de actualización, que figuran en el Anexo II de este contrato y forma parte del mismo, sin perjuicio de lo establecido en la parte final de dicho anexo.

**Vigésima Quinta – Tasas moderadoras y sustitutivo de Tasas Moderadoras a**

**Pasivos. 1.** Las tasas moderadoras y los sustitutivos de tasas moderadoras, se ajustarán en cada oportunidad en que lo hagan las cápitas y las cuotas de acuerdo con la fórmula paramétrica prevista en el Anexo II. Para aquellas tasas cuyos valores se ubiquen entre \$ 600 (pesos uruguayos seiscientos) y \$ 800 (pesos uruguayos ochocientos) se podrá aplicar un ajuste de hasta el 75% del que corresponda por paramétrica, sin que esto conlleve ninguna compensación. El regulador podrá establecer topes o ajustes de menor magnitud para aquellas tasas cuyos valores se ubiquen por encima de \$ 800.- (pesos uruguayos ochocientos), sin que esto conlleve ninguna compensación. En los restantes casos en que se aplique reducción o eliminación de tasas moderadoras, se procederá a compensar ingresos a través del incremento de cápitas y/o cuotas en el porcentaje que corresponda para todo el sector. El MSP y el MEF presentarán a la JNS un informe técnico con los cálculos que justifiquen el monto de la compensación. De verificarse un incremento significativo en los 12 meses posteriores en la tasa de utilización, se considerará dicho impacto en futuros ajustes.

**2.** La JNS dispondrá que el BPS pague mensualmente al prestador un sustitutivo de órdenes y tickets equivalente a \$ 128,23 (Ciento veintiocho pesos con veintitrés centésimos), cuyo valor se ajustará según lo determine el Poder Ejecutivo de conformidad con la normativa vigente, por sus usuarios/as jubilados incluidos en lo dispuesto por los artículos 186 y 187 de la Ley No. 16.713 de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por la Ley No. 16.759 de 4 de julio de 1996, y 62 y 63 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, que sean beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

**3.** Dicho pago dará derecho a los beneficiarios a recibir del prestador, abonando cuando corresponda solamente el aporte a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios:

- 1) Tres órdenes a consulta médica (dos a consultorio y una a domicilio, siendo esta última canjeable por otra orden a consultorio), mensual.
- 2) Dos medios tickets de medicamentos o análisis clínicos mensuales.
- 3) Una rutina básica semestral, una radiografía y un ECG anual.

Las órdenes a consulta médica y los medios tickets no utilizados serán acumulables, pudiendo el usuario hacer uso de ellos dentro de los doce meses siguientes al mes en el que fueron generados

4) La rutina básica comprende: hemograma completo, glicemia, creatinina, colesterol total y HDL y examen de orina

4. La presente disposición no aplicará a los contratos celebrados con los seguros integrales ni con ASSE.

**Vigésima Sexta - Forma de pago.** 1. La JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social liquide y pague mensualmente al prestador, hasta el día 25 de cada mes y en una sola partida, el monto total de las cuotas salud de cierre al 10 de ese mes, así como la reliquidación de meses anteriores y cuando corresponda, los sustitutivos de tasas moderadoras por sus usuarios/as amparados por el Seguro Nacional de Salud

2. En su caso, la JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social retenga del pago referido los montos que correspondan a deducciones del componente meta de la cuota salud y a sanciones que hubiera aplicado al prestador

3. Tratándose de contratos con seguros integrales, la JNS dispondrá que el Banco de Previsión Social liquide y pague al prestador, dentro de los primeros 15 (quince) días de cada mes, la suma que por sus usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud resulte de la aplicación de lo dispuesto por los artículos 22 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y 29 del Decreto No. 2/008 de 11 de enero de 2008. La liquidación tomará en cuenta las cuotas salud de cierre al 10 (diez) del segundo mes anterior al mes de pago y las reliquidaciones que correspondan a esa fecha.

4. En todos los casos la efectividad del pago estará sujeta al cumplimiento de las obligaciones del prestador para con el SINADI, y otras cuyo control sea competencia del Banco de Previsión Social.

**Vigésima Séptima - Facturación y ajustes de diferencias.** 1. La factura por el monto global a que refiere la cláusula anterior recibirá trámite normal de pago, siendo las diferencias en más o en menos objeto de conciliación y facturación separada.

2. A tales efectos, el prestador deberá presentar la factura en la forma y condiciones exigidas por la JNS en acuerdo con el Banco de Previsión Social hasta el tercer día hábil posterior a la fecha de entrega del padrón de la emisión.

3. Las diferencias que pudieran existir respecto a la cantidad de usuarios/as o características de los mismos asociadas a la cuota salud, serán resueltas de común

acuerdo entre el Banco de Previsión Social y el prestador. De no lograrse dicha conciliación, el Banco de Previsión Social dará cuenta de la situación a la JNS, quien adoptará resolución definitiva al respecto.

## **CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL**

**Vigésima Octava - Metas asistenciales. 1.** El cobro del componente meta de la cuota salud está condicionado al cumplimiento de las obligaciones por parte de prestador y se determinará de acuerdo al nivel de cumplimiento de las respectivas metas.

**2.** La JNS evaluará dicho cumplimiento y en base a los resultados obtenidos determinará el monto a pagar al prestador en la orden de pago posterior a su resolución, sin perjuicio del resultado de las auditorias que luego se practiquen. En caso de haber obtenido parcialmente los respectivos indicadores de las metas o submetas, el prestador tendrá derecho a percibir un pago proporcional por dicho resultado parcial, de manera tal que pueda cobrar de toda meta o submeta lo efectivamente logrado por sobre la línea de base, aun cuando no haya obtenido en su totalidad la meta o submeta establecida, de acuerdo a los instructivos de metas asistenciales.

**3.** Las metas asistenciales serán establecidas por el MSP y la JNS teniendo en cuenta las prioridades asistenciales y escuchando a los grupos técnicos convocados a tal fin de acuerdo a lo establecido en el Anexo III del presente contrato que forma parte del mismo.

**Vigésima Novena - Equipo de salud del primer nivel. Médico de Referencia. 1.** Con el propósito de avanzar en el cambio de modelo asistencial, el prestador implementará líneas de acción con incentivos adecuados para establecer un proceso de atención basado en un vínculo longitudinal a lo largo del tiempo con un Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención y un médico de referencia.

**2.** El prestador desarrollará estrategias para que este equipo tenga la mayor capacidad resolutoria respecto de los problemas de salud que atiende en el primer nivel.

**3.** Asimismo el prestador impulsará estrategias para derivar al médico de Referencia toda vez que el usuario/a consulte en la emergencia y/o luego del alta de internación, junto a la información correspondiente.

**4.** Se deberá fomentar que la atención domiciliaria se realice con el Médico de Referencia.

**5.** El nombre del Médico de Referencia debe estar incluido de forma visible y legible en

la Historia Clínica del usuario/a así como en los sistemas de agendas informáticas, para lo cual el prestador tendrá plazo hasta el 30 de Abril de 2012.

**Trigésima - Problemas de salud prevalentes.** 1. Los prestadores presentarán los programas específicos tendientes a lograr una adecuada identificación de las necesidades de salud de sus usuarios/as y la implementación de respuestas de atención integral a los problemas que se detecten. La JNS controlará los procesos que desarrolle el prestador.

2. El prestador deberá implementar actividades de prevención secundaria vinculadas a la enfermedad hipertensiva, diabetes y patologías oncológicas, en especial cáncer de mama, cuello uterino y colon.

3. Los prestadores deberán disponer de un sistema de información electrónica, destinado a la identificación de los usuarios/as que presenten algunos de los factores de riesgo o enfermedades prevalentes, conformando una base de datos que facilite el plan de seguimiento según corresponda en cada caso, que implemente la referencia específica a un equipo de salud del primer nivel de atención y que realice los registros asistenciales en forma adecuada para cada usuario/as. El MSP proporcionará el programa para dicha base de datos. En caso de que la institución cuente con su propio programa este deberá ser interoperable con el programa del MSP. El MSP controlará el diligente cumplimiento de los procesos por parte de las instituciones.

**Trigésima Primera - Deshabitación tabáquica.** 1. El prestador asumirá las prestaciones obligatorias en materia de control del consumo de tabaco, en concordancia con lo establecido en el artículo 45 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, artículo 10 de la Ley No. 18.256 de 6 de marzo de 2008 y artículo 13 del Decreto No. 284/08 de 9 de junio de 2008 en base a las recomendaciones contenidas en la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo.

2. De acuerdo a estas obligaciones se dejará constancia en la Historia Clínica de la pesquisa realizada sobre la condición de fumador del usuario, y de la intervención realizada por el médico. De constatarse la condición de fumador se deberá ofrecer tratamiento de cesación de tabaquismo.

3. El Prestador deberá disponer de servicios de cesación de tabaquismo, lo cual podrá implementar mediante complementación con base territorial con otros prestadores públicos o privados.

**Trigésima Segunda - Patologías psiquiátricas crónicas.** El prestador brindará a los

menores de 18 años amparados por el Seguro Nacional de Salud toda la atención, no rigiendo el límite de 30 días de internación.

**Trigésima Tercera - Controles de Salud. Carné de Salud. 1.** A los efectos del control de la salud de sus usuarios/as, así como para la prevención y detección precoz de enfermedades, el prestador se obliga a proporcionar a los/as mismos/as:

**1-a.** Carné de salud cada dos años a los que lo soliciten, que será gratuito para todos aquellos a los que les sea exigible por sus actividades laborales y que tengan realizadas en la institución en los últimos 12 (doce) meses consultas con médico general, incluyendo rutinas de control con el alcance que establecen los Decreto No. 651/990 de 18 de diciembre de 1990 y Decreto No. 571/007 de 2 de enero de 2007. En los demás casos, el otorgamiento del carné de salud habilitará el cobro de la tasa moderadora que autorice el Poder Ejecutivo

En todos los casos, el usuario/a deberá pagar el aporte a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.

**1-b.** A cualquier edad del usuario/a, el control de salud por parte del médico de referencia será funcional al examen clínico y paraclínico solicitado para la realización de ejercicios físicos, recreación y deportes y se expedirá la constancia correspondiente según se trate de actividades federadas o no-federadas. Esto se refiere sólo a la denominada Ficha Médica Deportiva convencional.

**2.** El prestador no está obligado a realizar exámenes especiales para monitorear la evolución fisiológica del usuario/a en los casos correspondientes al alto rendimiento competitivo. En el caso de deportes clasificados como de Alto Riesgo, el prestador realizará los estudios clínicos y paraclínico solicitados, a través del formato administrativo (órdenes y tiques) que ofrece a cualquier usuario/a que los requiera por ésta u otra causa indicada por el médico tratante.

**Trigésima Cuarta - Complementación de servicios y acciones de salud. 1.** Se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina.

**2.** La JNS fomentará la celebración de acuerdos y convenios entre prestadores con el objeto de implementar actividades complementadas en el territorio y racionalizar los

recursos disponibles. Cuando estos ya existan en el territorio, estimulará su utilización en forma coordinada.

**3.** Los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales serán un ámbito relevante desde donde se promoverá la complementación entre prestadores, priorizando las acciones de promoción y prevención primaria y secundaria, así como la complementación asistencial.

**4.** El prestador participará y fomentará estas acciones colectivas con otros prestadores sobre la población del área de influencia de cada Consejo Asesor Honorario donde tenga usuarios/as afiliados/as.

## **CALIDAD DE LA ATENCION**

**Trigésima Quinta - Capacitación de recursos humanos.** **1.** El prestador incorporará actividades de capacitación permanente en la gestión clínica y administrativa, como estrategia para mejorar la calidad de la atención.

**2.** Dichas actividades incluirán aspectos vinculados con los Determinantes Sociales en Salud, Derechos del Usuario/a y Contenidos de la Reforma de la Salud.

**3.** El prestador establecerá ámbitos de análisis con la participación de los trabajadores vinculados a la salud laboral y medio ambiente de trabajo, según lo establecido en el Grupo 15 del Consejo de Salarios.

**4.** El prestador enviará a la JNS los Programas de capacitación y la instrumentación de actividades. Publicará en sus medios electrónicos de comunicación dichos planes y actividades.

**Trigésima Sexta - Guías de práctica clínica.** **1.** El prestador deberá asegurar la difusión y controlar la aplicación por parte de su personal, particularmente el afectado al primer nivel de atención, de las guías institucionales de práctica clínica para el manejo diagnóstico y terapéutico de hipertensión arterial, diabetes, cánceres de mama, cuello uterino y colon y deshabituación tabáquica.

**2.** Estas deberán estar disponibles en los consultorios y ser difundidas periódicamente mediante la capacitación, actividades grupales, cartelería y folletería interna enviando a la JNS esta información.

**Trigésima Séptima - Historias Clínicas.** **1.** Cada prestador contará con un Comité de

Auditoría de Historias Clínicas, el cual propondrá a la Dirección Técnica mejoras cualitativas y cuantitativas para asegurar el uso correcto y oportuno de la misma. En los 90 días posteriores a la firma del contrato el prestador deberá enviar los nombres de los integrantes del Comité

**2.** La Historia Clínica será unificada. Se promoverá su informatización, según Decreto No. 396/003. Estas deberán adecuarse a las directrices de estándares e interoperabilidad que genere el M.S.P.

**3.** La Historia Clínica SIP Decreto No. 419/90 será llenada en forma completa, tanto la de embarazada como la correspondiente a recién nacido, utilizando el formato suministrado por el M.S.P., se llenará en tiempo real y será enviando al M.S.P.

**Trigésima Octava - Habilitaciones.** El prestador estará obligado a mantener vigentes las habilitaciones que exige la autoridad sanitaria, conforme al plan de habilitaciones presentado a la JNS y aprobado por ésta.

**Trigésima Novena - Calidad de la atención y seguridad del paciente.** 1. Con el fin de asegurar la mayor calidad en la atención y la seguridad del paciente el prestador debe implementar los Comités que a continuación se detallan, constituidos en la forma y con los cometidos que determine la normativa aplicable, los cuales tendrán carácter preceptivo.

**A- Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (Co.Se.Pa.).** Ordenanza No. 481/2008. Establece la constitución de las Co.Se.Pa. Institucionales. La Dirección General de la Salud, evaluará el cumplimiento de los cometidos de la Comisión a partir del número de historias clínicas auditadas cada año y de los informes que produzca a su respecto, los cuales deberán incluir conclusiones y recomendaciones. Los informes serán elevados a la JNS.

**B- Comité de Infecciones Hospitalarias.** Decreto No. 436/97 del 11 de noviembre de 1997, constituirá la base para la conformación de la Unidad de Epidemiología del Servicio, ampliándose su integración para dar cumplimiento a los demás cometidos.

La información requerida, se registrará en un plan mensual de vigilancia de infecciones hospitalarias y será enviada en los plazos establecidos al Ministerio de Salud Pública.

En caso de infecciones hospitalarias que se presenten en forma de brote o como casos inusitados, el prestador deberá comunicar por la misma vía en forma inmediata.

**C- Comité de Gestión de Residuos Sanitarios.** Decreto No. 586/2009 artículo 6. Se deberá informar al Ministerio de Salud Pública en un plazo de 30 días a partir de la firma del presente contrato: nombre de sus integrantes, frecuencia de reuniones, y toda información



relevante a juicio del prestador.

**D- Estrategia de Cirugía Segura.** El prestador se compromete a implementar la Lista de Verificación de seguridad en Cirugía, promovidas por el MSP y OPS.

## ACCESO A LOS SERVICIOS

**Cuadragésima - Tiempos de espera.** El prestador se obliga a dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto No. 359/007 del 28 de setiembre de 2007 y a las demás normas referidas a tiempos de espera que establezca el Ministerio de Salud Pública.

**Cuadragésima Primera - Horarios de atención del primer nivel.** 1. El horario de disponibilidad de la consulta de medicina general, pediatría, de los servicios de apoyo administrativos y para la realización de exámenes paraclínicos, será de 8.00 a 20.00 horas, de lunes a viernes y de 8.00 a 14.00 horas en días sábado.

2. Estas obligaciones serán exigibles en la sede principal, promoviéndose su extensión a las sedes secundarias u otros Servicios del Prestador, que podrá cumplirlas mediante acuerdos de complementación con base territorial con otros prestadores públicos o privados.

**Cuadragésima Segunda - Coordinación de consultas.** 1. El prestador deberá ofrecer a sus usuarios/as la posibilidad de coordinar telefónicamente la concurrencia a consultorio para todo tipo de consultas. Esta facilidad deberá estar disponible como mínimo en los mismos horarios que se definen para el primer nivel de atención.

2. El prestador podrá ofrecer otros canales de comunicación adicionales, pero ello no lo libera de la facilidad mediante el servicio telefónico.

3. El prestador se compromete a garantizar un adecuado nivel de accesibilidad a la coordinación de consultas.

**Cuadragésima Tercera - Gratuidad de controles obligatorios.** Para los/las menores de 18 años, estará exento de pago de tasas moderadoras el acceso al primer nivel de atención a los efectos de controles periódicos previstos en los Programas Nacionales de Salud de la Niñez y Salud de la Adolescencia. Comprenderá las consultas con pediatra, médico de familia, odontólogo, oftalmólogo y ginecólogo, según se detalla en el Anexo I que forma parte de este contrato.

<b>INFORMACION REQUERIDA Y CONTROL</b>
----------------------------------------

**Cuadragésima Cuarta - SINADI** 1. El prestador está obligado a entregar la información solicitada por el SINADI de acuerdo a lo establecido en el artículo 542 de la Ley No.18.719, así como toda información solicitada por la JUNASA de conformidad con el Decreto No. 47/010 y/o la normativa vigente.

2. La omisión en el envío de la información, así como el envío de la misma fuera de los plazos establecidos, o la constatación de errores u omisiones, dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en el artículo No. 543 de la Ley No. 18.719, así como en la normativa correspondiente.

**Cuadragésima Quinta - Director/a Técnico** El prestador está obligado a informar y mantener actualizado el nombre y datos curriculares de su Director/a Técnico, quien será el responsable de todos los aspectos Técnicos del contrato ante la JNS, conforme a lo dispuesto por el artículo 13 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007.

**Cuadragésima Sexta - Estados Contables** 1. El prestador deberá presentar ante el Ministerio de Salud Pública sus estados contables anuales auditados dentro de los 90 (noventa) días siguientes al cierre de cada ejercicio, a excepción de ASSE quién presentará un plan de adecuación que la JNS deberá aprobar.

2. A partir del ejercicio en curso a la firma de este contrato, el prestador deberá adaptar la presentación de esa información a los formatos establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

**Cuadragésima Séptima - Publicación de estados contables.** La publicación de los estados contables de acuerdo a lo dispuesto por los Decretos No. 95/001 de 20 de marzo de 2001 y No. 320/003 de 18 de setiembre de 2003, en el marco de los ámbitos reglamentarios citados, deberá ser efectivizada dentro de los 30 (treinta) días de realizado el visado por parte del Ministerio de Salud Pública.

**Cuadragésima Octava - Empresas auditoras** 1. El prestador deberá comunicar a la JNS, antes de la fecha de cierre del ejercicio de cada año, los datos identificatorios de la empresa auditora, a excepción de ASSE en virtud de lo expresado en la cláusula 46 numeral 1

2. En aquellos casos que lo entienda necesario, la JNS podrá determinar el cambio de empresa auditora para el siguiente ejercicio. Esta disposición no aplicará en el caso de empresas auditoras registradas ante el Banco Central del Uruguay.

**Cuadragésima Novena - Cesión de derechos** El prestador deberá presentar ante el SINADI en forma trimestral información detallada de las cesiones de derechos de cobro de cuotas salud que haya realizado y puesto en conocimiento de la JNS, que deberá aprobar antes de su efectivización.

**Quincuagésima - Codificación de egresos 1.** El prestador debe entregar al MSP, con el formato y frecuencia que determinen las disposiciones aplicables, la siguiente información sobre el egreso hospitalario de pacientes inscriptos en sus padrones: edad y sexo de la persona, fecha de ingreso y egreso, días de internación, condiciones al egreso y código correspondiente a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**2.** En el caso de los egresos hospitalarios codificados dentro del capítulo XIX (S00 - T98) de la CIE-10: "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas", se debe agregar una segunda codificación utilizando el capítulo XX (V01-Y98) "Causas externas de morbilidad y de mortalidad".

**3.** En el caso de los egresos que requirieron procedimientos quirúrgicos, se debe enviar el procedimiento quirúrgico codificado de acuerdo al código de procedimiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-CM).

**4.** Estos requisitos serán obligatorios y se enviarán anualmente una vez cerrado el ciclo cronológico (31 de diciembre), dentro de los tres meses subsiguientes.

**Quincuagésima Primera – Conformación de la Unidad de Epidemiología dentro de las Instituciones de Salud.**

**1.** El prestador deberá crear una Unidad de Epidemiología dentro de la Institución, integrada por un equipo técnico que será responsable de realizar las notificaciones de las enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria, las Infecciones intrahospitalarias, las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), la codificación de egresos por CIE-10 y todos los demás eventos que se definan como de carácter obligatorio, en la forma y plazos establecidos en los Decretos No. 64/004 de 18 de febrero de 2004 y complementarios: Decretos No. 169/004 del 20 de mayo de 2004, No. 348/004 del 18 de setiembre de 2004, Ordenanza Ministerial No. 821 de 24 de diciembre de 2008 y Decreto No. 210/011 de 13 de junio de 2011.

**2.** La integración de la Unidad de Epidemiología, dependerá de la complejidad y tamaño de cada Institución.

**3.** El prestador deberá cumplir con lo dispuesto por el Decreto No. 436/997 de 11 de

noviembre de 1997, respecto de la conformación del Comité de Infecciones Hospitalarias. A tal efecto, completará adecuadamente la información requerida, la registrará en un plan mensual de vigilancia de infecciones hospitalarias y la enviará regularmente en los plazos establecidos (al menos cuatro veces al año) al Ministerio de Salud Pública.

En caso de infecciones hospitalarias que se presenten en forma de brote o como casos inusitados, el prestador deberá comunicar en forma inmediata.

**Quincuagésima Segunda - Inspecciones.** 1. La JNS tiene la potestad de realizar las inspecciones necesarias a los efectos de controlar el cumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador.

2. En caso de constatar incumplimientos cuyo control sea de su competencia, y luego de determinarlos por acto administrativo firme de acuerdo a lo dispuesto en el art. 28 lit.E de la ley 18.211 y sus modificativas, la JNS aplicará las sanciones correspondientes.

3. De incumplimientos cuyo control sea competencia de otras dependencias del Estado, la JNS dará cuenta a las autoridades respectivas.

4. El prestador otorgará las mayores facilidades para la realización de las inspecciones, las cuales no podrán obstaculizar el normal funcionamiento de sus instalaciones ni demorar o entorpecer la asistencia diagnóstica o terapéutica a los usuarios/as.

#### **PARTICIPACION DE USUARIOS/AS Y TRABAJADORES/AS**

**Quincuagésima Tercera - Consejos Consultivos y Asesores.** 1. En cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto No. 269/008 de 2 de junio de 2008, el prestador proporcionará en tiempo y forma a su Consejo Consultivo y Asesor la información a que refiere el artículo 3º del mismo.

2. Cuando el prestador hubiere hecho uso de la opción prevista en el artículo 12 del referido Decreto, proporcionará igual información a los representantes de los trabajadores/as y los usuarios que integren sus órganos de gobierno.

3. El prestador entregará a la JNS información actualizada sobre la integración y funcionamiento del mencionado Consejo, que la JNS valorará, pudiendo solicitar las Actas de las Sesiones de los Consejos Consultivos.

4. Lo dispuesto precedentemente no aplica a la Administración de los Servicios de Salud del Estado, la que establecerá las instancias de participación que establece la Ley No. 18.161, dentro de los 180 días de firmado este Contrato, ni a los Seguros Integrales.

5. Los Seguros Integrales deberán proporcionar a las organizaciones de trabajadores de la institución de que se trate la información a que refiere el artículo 3o. del Decreto No. 269/008 de 2 de junio de 2008, siempre que no colida con su estructura particular de funcionamiento.

## INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO/A

**Quincuagésima Cuarta - Oficinas de atención al usuario/a.** 1. El prestador mantendrá debidamente instaladas y en funcionamiento oficinas de Atención al Usuario/a, buzones y programa para el procesamiento de insatisfacciones, correctamente instalado en los sectores que el MSP considere necesario en cada sede principal.

2. En el caso de locales descentralizados o sedes secundarias, se mantendrá la obligatoriedad de contar con buzones y programa para el procesamiento de insatisfacciones en los sectores que correspondiere.

3. En todos los casos las oficinas y buzones, según corresponda, estarán ubicados en lugares destacados y de fácil acceso y contarán con carteles de señalización e indicación de las gestiones que se pueden realizar allí. Las oficinas de atención al usuario atenderán de lunes a viernes de 8 a 20 horas.

4. Los prestadores deberán cumplir con los Decretos Nos. 395/002 y 15/006 y disposiciones vigentes. El M.S.P., establecerá la reglamentación respectiva a los procedimientos, tiempos de respuesta y Auditoría.

5. Pondrán en conocimiento de las gestiones referidas anteriormente al Consejo Consultivo y Asesor de la Institución, a través de sus representantes en el mismo o, en su caso, a sus representantes en los órganos de gobierno de dicha Institución.

**Quincuagésima Quinta - Comunicación.** En cada uno de los locales de atención, sean de carácter administrativo o asistencial, el prestador dispondrá de una o más carteleras para uso exclusivo de la información a divulgar por la JNS o el Ministerio de Salud Pública en relación al contrato y/o para otras campañas publicitarias que con carácter oficial disponga el Ministerio de Salud Pública. En todos los casos, dichas carteleras estarán ubicadas en lugares destacados y de fácil acceso y contarán con carteles de señalización.

2. En el caso de contarse con televisores en salas de espera u otros lugares con presencia de usuarios/as, el prestador difundirá información a los efectos de comunicar los derechos de los usuarios/as o aquellas acciones que promuevan el cambio de modelo

asistencial.

**Quincuagésima Sexta - Cartilla de derechos y deberes de los usuarios/as.**

1. Al momento del registro en su padrón, el prestador entregará al usuario/a y/o grupo familiar la cartilla de derechos y deberes de los usuarios/as.
2. La misma deberá ser presentada en diferente formato atendiendo a que el mismo sea aquel que pueda garantizar de la mejor manera la lectura y el uso continuado de dicha cartilla teniendo en cuenta factores como la edad, el acceso a medio electrónico, etc. Al 30 de junio de 2012 todos/as los/as usuarios/as y/o grupo familiar deberán contar con la cartilla emanada de la Ordenanza Ministerial No. 761 de 21 de diciembre de 2010.
3. De futuro al producirse actualizaciones de la misma el prestador tendrá un año para distribuirla entre sus afiliados/as.
4. En todos los casos el prestador deberá tener comprobante de que el afiliado/a (debidamente identificado) recibió la cartilla y mantener dicho comprobante a disposición del MSP.

**Quincuagésima Séptima - Publicación de precios.** 1. El prestador colocará a la vista de sus usuarios/as en cada uno de los locales de atención, como mínimo en los lugares de cobro, el listado de precios de las tasas moderadoras que esté autorizado a percibir.

2. De igual forma informará los precios de las prestaciones no incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

3. En todos los casos, dicha información estará ubicada en lugares destacados y de fácil acceso y contará con carteles de señalización.

**Quincuagésima Octava - Profesionales.** El prestador deberá definir, en función de su régimen institucional y organizacional, quienes son los/as profesionales y técnicos/as responsables de cada unidad asistencial, cuyos nombres figurarán en las carteleras institucionales, folletería y pagina Web institucional destinada a los usuarios.

**Quincuagésima Novena - Comunicación en soporte electrónico.** 1. El prestador contará con medios electrónicos de información actualizada, donde conste como mínimo la siguiente información: nombre, teléfono, horarios de atención, cartelera de servicios, formas de acceso a los mismos, nómina de profesionales, director/a técnico y precios de tasas moderadoras, cuando corresponda.

2. La lista de profesionales, horarios de atención y precios de tasas moderadoras también deberá estar disponible para los usuarios en forma impresa, tanto en sede principal como

en locales descentralizados

**Sexagésima - Contenido de la publicidad y comunicación.** Los diferentes medios de comunicación que deberá poner el prestador al servicio de los/as usuarios/as asegurarán información fluida y actualizada de acuerdo a la normativa vigente.

**Sexagésima Primera - Satisfacción del usuario/a. 1.** A los efectos de medir el nivel de satisfacción del usuario/a con los servicios, el prestador realizará a su cargo al menos una encuesta por año, que lo indague en base a los siguientes indicadores como mínimo: respeto en el trato, facilidades de acceso, cumplimiento de los tiempos de espera, puntualidad de profesionales y técnicos, calidad de la atención, alcance y veracidad de la información a disposición. La JNS establecerá los términos de referencia de dichas encuestas en relación a criterios de homogeneidad y metodología empleada.

**2.** El prestador deberá elevar a la JNS en un plazo de 90 días de obtenidos los resultados de la Encuesta las acciones emprendidas a los efectos modificar los aspectos negativos que eventualmente surjan de las mismas.

## **SANCIONES**

**Sexagésima Segunda - Determinación de incumplimientos. 1.** Los incumplimientos de las obligaciones que este contrato y las disposiciones legales y reglamentarias aplicables ponen a cargo del prestador, serán determinados por acto administrativo firme, de acuerdo a lo previsto en el artículo 28 literal E de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y sus modificativas, previo el cumplimiento de los principios y normas del debido procedimiento administrativo.

**2.** Los incumplimientos así determinados, darán lugar a las sanciones previstas en la normativa vigente.

**Sexagésima Tercera - Mora.** La mora se producirá de pleno derecho, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, por el mero vencimiento de los plazos o por la realización u omisión de cualquier acto o hecho que se traduzca en hacer o no hacer algo, contrario a lo estipulado

## **DISPOSICIONES FINALES**

**Sexagésima Cuarta - Referente del contrato.** 1. El prestador designará a la persona referente del contrato ante la JNS, de quien informará y mantendrá actualizados sus datos personales, curriculares y de contacto, oficiando la designada de enlace para todos los aspectos referidos a las comunicaciones entre las partes.

**Sexagésima quinta.** Este contrato será elevado al Poder Ejecutivo a los efectos de su reglamentación de acuerdo al artículo 15 de la Ley No. 18.211. El mismo entrará en vigencia a partir de la fecha en que la JNS comunique a cada prestador la aprobación por el referido Decreto.

Las partes manifiestan que a partir de dicho momento, dejará de tener efecto el contrato de gestión anteriormente suscrito entre las partes .

2. En prueba de conformidad con este contrato, que se celebra al amparo de lo dispuesto en los artículos 15, 28 y 29 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, ambas partes otorgan y firman tres ejemplares de un mismo tenor en el lugar y fecha indicado al inicio y solicitan al escribano del Ministerio de Salud Pública que certifique sus firmas.



## ANEXO I

### GRATUIDAD DE CONTROLES OBLIGATORIOS

Frecuencia de controles en salud en menores de 18 años, de acuerdo a pautas de los programas nacionales de salud: de la niñez, adolescente, de mujer y género, bucal y ocular.

**Pediatra** (en el Caso del control de Niño sano, la Consulta puede ser realizada por: **Médico General (o médico de familia), Odontólogo, Ginecólogo u Oftalmólogo.**

EDAD	CONTROLES	CONTROLES	CONTROLES	CONTROLES	CONTROLES
Menos 1 mes	2				
1 mes a					
1 año	9		2		
1 año	4		2		
2 años	3		2		
3 años	3		1	1	
4 años	2		1		
5 años	1		1	1	
6 años	1		1		
7 años	1		1		
8 años	1		1		
9 años	1		2		
10 años	1		2		
11 años	1		2		
12 años	1		2	1	
13 años	1		2		
14 años	1		2		
15 años		1	2		
16 años		1	2		1
17 años		1	2		1
			2		1

En el caso de embarazo normal los controles según pauta son:

Mensualmente hasta la semana 32

Quincenalmente hasta la semana 36

Semanalmente hasta el parto.

## ANEXO II

### PARAMÉTRICA DE AJUSTE DE PRECIOS

#### Estructura y actualización

La **estructura paramétrica** en base a la cual se ajustan los precios de las cuotas individuales y colectivas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, así como el componente cápita de la Cuota Salud que paga el FONASA a los prestadores integrales, se establecerá según los siguientes criterios:

En el mes de julio de cada año, en base a los Estados de Resultados de las IAMC correspondientes al ejercicio cerrado en setiembre del año anterior, se seleccionarán las seis instituciones con mayor peso relativo del rubro remuneraciones.

Para las instituciones seleccionadas se calcula el promedio ponderado de la participación de cada uno de los rubros de egresos que componen la paramétrica:

Remuneraciones médicas
Remuneraciones no médicas
Medicamentos
Servicios de salud contratados +
Honorarios Profesionales
Mantenimiento y Funcionamiento
Materiales y Suministros

El rubro remuneraciones se subdivide a su vez en “Remuneraciones Médicas” y “Remuneraciones no médicas”.

- **“Remuneraciones médicas”** comprende los siguientes rubros del Estado de Resultados dentro del Costo de los Servicios Prestados:
  - Dirección y Gerencias Técnicas
  - Rem. Fijas Anestésico Quirúrgicos
  - Rem. Variables Anestésico Quirúrgicos
  - Rem. Fijas No Anestésico Quirúrgicos
  - Rem. Variables No Anestésico Quirúrgicos
  - Cargas Sociales Dirección y Gerencias Técnicas

- Cargas Sociales Personal Médico
- 
- **“Remuneraciones no médicas”** comprende los siguientes rubros del Estado de Resultados dentro del Costo de los Servicios Prestados:
  - Rem. Fijas Técnicos No Médicos
  - Rem. Variables Técnicos No Médicos
  - Personal de Enfermería
  - Personal Administrativo
  - Personal de Servicios y Oficios
  - Retiros de Personal Incentivados
  - Cargas Sociales Personal Técnico No Médico
  - Cargas Sociales Otro Personal Asistencial
  - Aporte Patronal Fondos de Retiro (Personal Asistencial)
  - Seguro por Accidentes Laborales (B.S.E.)

También comprende el **Total de Remuneraciones y Cargas Sociales** dentro de los Gastos de Administración y Ventas.

- **Medicamentos:** total de “Consumo de medicamentos”
- **Servicios de Salud Contratados + Honorarios Profesionales:**
  - Total de “Servicios de Salud Contratados”
  - Total de “Honorarios Profesionales” dentro de Costo de los Servicios Prestados.

- **Mantenimiento y funcionamiento**

Dentro de Costo de los Servicios Prestados:

- Gastos de funcionamiento
- Gastos de mantenimiento
- Amortizaciones

Dentro de Gastos de Administración y Ventas:

- Arrendamientos

- Gastos de funcionamiento
- Gastos de mantenimiento
- Amortizaciones
- Impuestos Tasas y Contribuciones
- Otros Gastos de Administración y Ventas

▪ **Materiales y Suministros**

“Consumo de Materiales y Suministros” dentro de Costo de los Servicios Prestados

De acuerdo a estos criterios la estructura paramétrica vigente es:

<b>Rubros</b>	<b>Índices considerados</b>	<b>Paramétrica</b>
Salarios Médicos	Consejo de Salarios	27.69%
Salarios No Médicos	Consejo de Salarios	37.09%
Medicamentos	IPC Prod Med y Farm	8.79%
Serv salud contratados + honorarios prof.	IPC Serv Médicos	10.61%
Mantenimiento y Funcionamiento	IPC	10.62%
Materiales y Suministros*	TC (75%)**	3.90%
	IPC (25%)	1.30%
		<b>100.00%</b>

**Criterios para la actualización de precios**

Los índices de precios que se utilizarán para la actualización semestral del valor de las cuotas serán los siguientes:

Remuneraciones médicas	Consejo de Salarios
Remuneraciones no médicas	Consejo de Salarios
Medicamentos	IPC Productos Medicinales y Farmacéuticos
Servicios de salud contratados y Honorarios Profesionales	IPC Servicios Médicos
Mantenimiento y Funcionamiento	IPC
Materiales y Suministros (75%)	Tipo de Cambio
Materiales y Suministros (25%)	IPC

Materiales y Suministros: se considera 75% a ajustar por TC; dólar billete interbancario venta, promedio del mes.

En función de la información disponible, para el ajuste de enero de cada año se considerará la variación de precios del semestre junio – noviembre (del año anterior)<sup>1</sup>, y para el ajuste de julio, la variación del semestre diciembre (del año anterior) – mayo (de ese año)<sup>2</sup>.

**Se establecen las siguientes excepciones a lo previsto en la cláusula 24º para el ajuste de cápitas y cuotas:**

En enero de 2012 el ajuste será 1,25 puntos porcentuales superior al correspondiente por aplicación de la presente fórmula paramétrica.

En enero de 2013 el ajuste será 0,35 puntos porcentuales inferior al que resulte de la paramétrica.

En julio de 2013 al ajuste será 0,30 puntos porcentuales inferior al que resulte de la paramétrica.

En el primer trimestre de 2014 se constituirá un grupo de trabajo que analizará la situación económica y financiera del sistema en su conjunto, así como la proyección de mejora de ingresos derivada de la transición prevista en la Ley No.18.731 de 7 de enero de 2011. En función de los resultados de dichos estudios, el Poder Ejecutivo podrá realizar en los siguientes ajustes variaciones inferiores a las que resulten de la paramétrica, por hasta 0,6 puntos porcentuales como máximo, siempre que los resultados económicos del sistema IAMC, considerando el impacto de dicho ajuste, no resulten inferiores a 0,5% de los ingresos operativos netos, en base a los resultados económicos del ejercicio ajustados por inflación del sistema en su conjunto, al 30 de setiembre de 2013. A efectos del cálculo del 0,5% establecido no se computará el impacto de la sobre cuota de inversión ni en los resultados ni en los ingresos. Dicho grupo de trabajo estará constituido por siete miembros: dos en representación del MSP, dos en representación del MEF y tres en representación de las IAMC (dos por Montevideo y uno por el Interior).

---

<sup>1</sup> Es decir, la variación que surge de comparar los precios de noviembre con los de mayo, ambos del año anterior.

<sup>2</sup> Es decir, la variación que surge de comparar los precios de mayo de ese año con los de noviembre del año anterior.

### **ANEXO III**

## **METAS ASISTENCIALES**

Con el objetivo de impulsar un modelo de atención integral preventivo y promotor de la salud de los habitantes, a partir de acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación, por el que los usuarios pasan a ser el centro del sistema, las metas asistenciales son un instrumento que coadyuvan al cambio del modelo asistencial y posibilitan el desarrollo de las condiciones adecuadas para consolidar el mismo, en el marco de la reforma sanitaria y como forma de garantizar el bienestar en salud de la población.

Las metas asistenciales son un instrumento novedoso en nuestro medio para incentivar a nivel de las instituciones el desempeño por resultados, generando premios y castigos de acuerdo a los mismos. Dicho desempeño institucional se alinea a las prioridades que demande el SNIS, para una adecuada gobernanza del modelo de atención.

Permiten condicionar e impulsar una práctica asistencial y de gestión a la interna de las instituciones enmarcada en la estrategia nacional de desarrollo del modelo de atención, que conlleve el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y del consecuente primer nivel de atención, así como a la garantía de calidad de las prestaciones.

Los programas nacionales del MSP vehiculizan a través de las metas asistenciales aspectos clave, de consenso nacional e internacional, para una atención de calidad y costo efectiva en respuesta a los problemas de salud –enfermedad demandantes.

Se involucra además a las instituciones a ser parte del cambio del modelo, asumiendo un compromiso de ejecución y evaluación de las políticas impartidas.

Es así que las metas asistenciales en el marco de la reforma, priorizan ejes temáticos que van desde la reorientación estructural y funcional de los servicios de salud y consolidación de prácticas de sus equipos humanos, a la fomentación de una cultura de prevención y promoción en salud de trabajadores y usuarios.

Las mismas se deben basar en evidencia epidemiológica con fundamento científico localmente aplicable y sustentabilidad para su instrumentación.

Estas deberán ser estables en el tiempo para posibilitar su comparación a lo largo del mismo. Siempre ayudan a los procesos de mejora en la gestión que es otro de los pilares del Sistema. Asimismo constituirán instrumentos para orientar a los prestadores

hacia la mejora de gestión.

La información para la evaluación del comportamiento de los prestadores en la calidad de los servicios, genera condiciones adecuadas para la elección informada de los usuarios.

Toda nueva meta asistencial o adicional el prestador tendrá la opción de cumplir a partir de su creación. Será previamente informada a éste por parte de la Junta Nacional de Salud y deberá tener financiación propia.

En los casos de cumplimiento parcial de los respectivos indicadores el prestador tendrá derecho a percibir un pago proporcional por dicho cumplimiento, de acuerdo a los criterios establecidos en los instructivos de metas asistenciales.

En aquellas metas, en que su cumplimiento dependa de factores independientes a las acciones realizadas por el prestador, se tomará en cuenta en la evaluación de dicho cumplimiento la aplicación de los protocolos de actuación establecidos por la JUNASA.

## **COMISIÓN ASESORA**

Cada vez que la JNS resuelva revisar y/o analizar las metas asistenciales existentes o las que se proyecten para el futuro, convocará a la Comisión Asesora de Metas Asistenciales.

Dicha Comisión se integrará de la siguiente forma: cinco representantes del Ministerio de Salud Pública, tres de los cuales pertenecerán a la DIGESNIS, uno de los representantes del MSP la presidirá, tres representantes de las Instituciones de Asistencia Médica, (dos designados por las Instituciones con sede principal en Montevideo y uno designado por las instituciones del Interior) y un representante de ASSE. Cada titular deberá tener su respectivo alterno.

La Comisión tendrá los siguientes cometidos y atribuciones:

Revisar, analizar y proponer recomendaciones y asesorar en el tema de Metas Asistenciales que la JNS le encomiende.

## **MECANISMOS DE CONSULTA**

En el entendido que la formulación de las Metas Asistenciales, así como su

implementación debe ser realizada teniendo en cuenta la opinión de los prestadores de servicios de salud, se establecen los siguientes mecanismos de consulta:

- ✓ Convocatoria a los equipos técnicos de los prestadores con la finalidad de analizar técnicamente el proceso de desarrollo y aplicación de la meta asistenciales. Primera consulta.
- ✓ Dentro de un plazo de 30 días (treinta días) corridos contados a partir del día siguiente a dicha convocatoria, se recepcionará en el Departamento de Metas Asistenciales de la DIGESNIS las observaciones y/o comentarios.
- ✓ Analizado el resultado de la consulta, por el Equipo de Metas Asistenciales y de existir observaciones fundadas, se convocará nuevamente a los equipos técnicos para analizar las observaciones realizadas en un plazo no mayor a 15 días (quince días) corridos, de finalizado el plazo de primera consulta.
- ✓ Una vez finalizado el análisis y en un plazo no mayor a 15 (quince días) corridos, el Departamento de Metas Asistenciales de la DIGESNIS elevará a la JNS todos los elementos del proceso de análisis y discusión para su consideración.

Asimismo, cuando la Junta Nacional de Salud identifique la conveniencia de introducir una nueva meta, o de modificar o eliminar una ya existente, dicha decisión deberá ser comunicada formalmente a las instituciones por la JNS, a efectos de iniciar el proceso de modificación.

A tales efectos la JNS entregará a las instituciones el informe conteniendo el análisis técnico que sustente la modificación planteada, el que será puesto en consulta con todas las Instituciones, las cuales dispondrán de un plazo de treinta días para formular observaciones y comentarios.

En el caso que la decisión sea continuar con la propuesta, las autoridades públicas elaborarán un primer anteproyecto normativo que comprenda el detalle de las modificaciones planteadas y, cuando corresponda, los medios de financiamiento previstos.

Dicho anteproyecto será puesto a consideración de la Comisión Asesora y de la totalidad de las instituciones, las que dispondrán de un plazo de treinta días desde la entrega formal del anteproyecto para formular las observaciones que el mismo les merezca.



## **ANEXO IV: PROCESO DE MODIFICACIÓN DEL PIAS**

1.- Cuando el MSP identifique la conveniencia de introducir una nueva prestación, o de modificar o eliminar una prestación ya existente, dicha decisión deberá ser comunicada formalmente a las instituciones por la Junta Nacional de Salud, a efectos de iniciar el proceso de modificación.

El análisis técnico deberá incluir los siguientes puntos:

- a) Revisión de la evidencia científica disponible que avale la eficacia y efectividad de la práctica
- b) Necesidad o beneficio potencial de normatizar su uso o restringirlo a poblaciones definidas y, en caso afirmativo, elaboración de protocolos o GPC.
- c) Análisis de la disponibilidad de la tecnología y los recursos humanos y materiales necesarios en Uruguay y factibilidad de hacerla accesible con una distribución adecuada.
- d) Cobertura potencial en cuanto a la capacidad de alcanzar todos los posibles beneficiarios de acuerdo a criterios de equidad
- e) Estudios de costos, de impacto económico en las instituciones y, si fuera necesario, de ajuste del financiamiento, elaborados por la División Economía de la Salud de la DIGESNIS del MSP y por el Ministerio de Economía y Finanzas.

1. El informe conteniendo el análisis técnico será puesto en consulta con todas las Instituciones, las cuales dispondrán un plazo de treinta días para formular observaciones y comentarios.
2. En el caso que la decisión sea continuar con la propuesta, las autoridades públicas elaborarán un primer anteproyecto normativo que comprenda el detalle de las prestaciones a introducir y, cuando corresponda, los medios de financiamiento previstos.
3. Las instituciones dispondrán de un plazo de quince días desde la entrega formal del anteproyecto para formular las observaciones que el mismo les merezca, pudiendo solicitar una sesión de discusión.

4. Cumplida las etapas precedentes, cuyos resultados constituirán la motivación del acto administrativo, las autoridades adoptarán la resolución correspondiente, la que deberá contener el detalle del diseño adoptado y, cuando corresponda, los mecanismos de financiación, así como las modalidades de monitoreo (asistencia y financiero).

**ANEXO V:**  
**PROCEDIMIENTO PARA MODIFICACIÓN DEL FORMULARIO TERAPÉUTICO DE**  
**MEDICAMENTOS – FTM-**

1. Las solicitudes de incorporación o baja de medicamentos del FTM se recibirán en el MSP y serán evaluadas por el equipo de la División Evaluación Sanitaria.
2. Cuando un medicamento sea considerado efectivo frente a otras alternativas terapéuticas, en base a estudios de efectividad clínica y evaluación económica, se evaluará su incorporación al FTM y sus fuentes de financiamiento en el marco de la Comisión Asesora del Formulario Terapéutico Nacional, y en base a los informes de la División Evaluación Sanitaria de DIGESA y la División Economía de la Salud de la DIGESNIS del MSP y del Ministerio de Economía y Finanzas. En el caso de la incorporación de medicamentos de alto costo, se estará a lo dispuesto en el Decreto N° 4/010 de 7 de enero de 2010.
3. El informe que sustente la propuesta de modificación del FTM será puesto a disposición de los prestadores integrales, los cuales dispondrán un plazo de treinta días para formular observaciones y comentarios.
4. La Comisión Asesora del Formulario Terapéutico Nacional evaluará las observaciones y comentarios de los prestadores y elabora el informe final que será elevado al Ministro de Salud Pública.

## ANEXO VI

<b>CONTRATO DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD</b>					
					FECHA DE SOLICITUD
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	LUGAR DE NAC.	DÍA    MES    AÑO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	CÉDULA DE IDENTIDAD			
<b>DOMICILIO</b>					
DEPTO.-----		CIUDAD/LOCOALID.-----		COMPLEJO HABITACIONAL.-----	
CALLE.-----	PUERTA.-----	BIS.-----	PISO.-----	APTO.-----	TORRE.-----
		BLOCK.-----	MANZANA.-----	SOLAR.-----	
FRACC.-----	ENTRE.----- y -----			ACLARACIÓN.-----	
E-MAIL.-----@----- TELÉFONO FIJO.----- TELÉFONO MÓVIL.-----					
<b>TIPO DE REGISTRO:</b> PARTICULAR _____ Fo.Na.Sa. _____ ACTIVO _____ PASIVO _____					
<b>VIA DE INGRESO:</b> SEDE _____ PROMOCIÓN. _____ MONTEVIDEO. _____ INTERIOR. _____					
<b>TIPO DE INGRESO:</b> COMÚN. _____ PRENATAL*. _____ EMBARAZADA. sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> TIEMPO DE EMBARAZO MESES. _____					
* PRENATAL: IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE.		NOMBRE y		CÉDULA DE IDENTIDAD	
		APELLIDO			
<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:</b> PREVISIONAL, HABIT. INDIV. SERV. EMERGENCIA SERV. ODONTOLOGICO					
OPCIÓN. _____ OPCIÓN. _____ OPCIÓN. _____ OPCIÓN. _____ OPCIÓN. _____ OPCIÓN. _____					
FIRMA DEL SOLICITANTE.-----			FIRMA DEL FUNCIONARIO.-----		
ACLARACIÓN DE FIRMA.-----			ACLARACIÓN DE FIRMA.-----		FICHA DEL FUNCIONARIO
OTROS BENEFICIOS ACORDADOS, CUALES:.....					
SERA RESPONSABILIDAD DEL USUARIO MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACION DEL DOMICILIO y SU LOCALIDAD					
DERECHOS Y OBLIGACIONES ENTRE EL USUARIO Y EL PRESTADOR AL DORSO					

**En caso de contrato de afiliación para los Seguros Integrales, éstos deberán poner al dorso del documento o en forma anexa al mismo, una declaración que especifique claramente que prestaciones se regularán bajo el régimen de libre contratación**

## Continuación ANEXO VI

### EXTRACTO DE LA CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

#### ORDENANZA del MSP N°761/2010

<http://www.msp.gub.uy>.

ARTÍCULO 2º.- (**Elección del prestador**) La elección del servicio de salud es libre, en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

ARTÍCULO 3º.- (**Mayores de 65 años**) Las personas mayores de 65 años, no amparadas por el Seguro Nacional de Salud, no podrán ser rechazadas por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva cuando cambien su domicilio de un Departamento a otro del País, o acrediten dificultades supervinientes de acceso geográfico a los servicios del prestador que tienen y siempre que no mantengan deudas con el mismo. En estos casos no estarán sometidas a examen de ingreso el que, si igualmente se realiza, será a costo del servicio de salud y no supondrá limitación alguna de las prestaciones que les correspondan de acuerdo a la cobertura a la que tengan derecho.

ARTÍCULO 4º.- (**Derecho a no ser rechazado**) Ningún paciente o usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud podrá ser rechazado por los servicios de salud que integren el mismo. En caso de perder esa condición, dentro de los 30 (treinta) días subsiguientes podrán optar por permanecer como afiliados individuales en la misma Institución. Si no hacen esa opción ni usan los servicios, la Institución no podrá reclamarles pago alguno.

ARTÍCULO 5º.- (**Hijos**).....” Los **recién nacidos** quedarán afiliados al servicio de salud de la madre, pudiendo sus responsables trasladarlos a otro en un plazo no mayor de 90 (noventa) días, contados a partir del nacimiento.

Si al momento del parto los padres, tutores, curadores o titulares de la guarda concedida judicialmente, hubieran perdido la cobertura del Seguro Nacional de Salud o no pudieran transmitirla por tenerla a través de sus propios responsables, el recién nacido gozará de la cobertura de dicho seguro hasta el último día del mes siguiente al del nacimiento y a partir de ese momento, el servicio de salud no podrá rechazarlo si sus responsables deciden mantenerlo afiliado al mismo, pagando por los servicios que reciba.”

ARTÍCULO 12°.- (**Prestaciones incluidas**) Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud con derecho a atención integral de salud, recibirán como mínimo las prestaciones incluidas en el Catálogo de Prestaciones (Plan Integral de Atención a la Salud), ..." y puede ser consultado en el sitio web del Ministerio de Salud Pública: <http://www.msp.gub.uy>.

ARTÍCULO 19°.- (**Embarazo**) ARTÍCULO 20°.- (**Parto**) ARTÍCULO 21°.- (**Controles gratuitos para menores**) ARTÍCULO 22°.- (**Beneficios especiales por patologías**)

ARTÍCULO 23°.- (**Beneficios para jubilados**)

ARTÍCULO 24°.- (**Carné de salud**) El Carné de Salud podrá ser obtenido en forma gratuita cada dos años por los usuarios a los que les sea exigible por sus

actividades laborales. ARTÍCULO 27°.- (Coordinación de consultas) ARTÍCULO 28°.- (**Tiempos de espera**).