



**Ministerio
de SALUD**



Conocé tus derechos

Librillo sobre derechos de las usuarias y los usuarios
del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Basso Garrido

Subsecretario del Ministerio de Salud Pública

Dr. Jorge Quian

Director General de Secretaría – DIGESE

Sr. Humberto Ruocco

Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Presidente de la Junta Nacional de Salud – JUNASA

Ec. Arturo Echevarría

Directora General de Coordinación

Dra. Adriana Brescia

Índice

• Editorial	pág. 5
• Todos por el derecho a la salud	pág. 6
• Usuarios y beneficiarios	pág. 8
• ¿Quiénes son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud?	pág. 9
• ¿Quiénes son beneficiarios del Seguro Nacional de Salud?	pág. 10
• Derechos de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud	pág. 13
• ¿A qué prestaciones se tiene derecho?	pág. 14
• ¿A qué medicamentos se tiene derecho?	pág. 15
• Derechos a cuidados paliativos	pág. 16
• Derechos de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud	pág. 16
• Derechos de salud de niños y adolescentes	pág. 17
• Derechos de salud de la mujer embarazada	pág. 19
• Derechos de salud del varón y la mujer	pág. 20
• Derechos en salud sexual y reproductiva	pág. 22
• Mayor y mejor acceso a los servicios de salud	pág. 25
• Ejerciendo mis derechos	pág. 28
• Participar también es tu derecho	pág. 30
• Posdata: algo importante para saber sobre medicamentos	pág. 31

Editorial

El Sistema Nacional Integrado de Salud consagra el derecho a la salud como un principio y garantiza la cobertura universal para todos los habitantes residentes en el país, brindando acceso a un conjunto de prestaciones que obligatoriamente deben brindar las instituciones de salud, públicas y privadas, en todo el territorio nacional.

La Reforma del sector salud expresada en la Ley 18.211, junto a otras normas complementarias dictadas, dan una respuesta estructural en el sector salud en el marco de lo establecido en la Constitución de la República y demás compromisos asumidos por el Estado uruguayo a nivel internacional.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud son sujetos de derecho y es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (MSP) brindar información pertinente y de calidad, a los efectos de promover el control social imprescindible a través del involucramiento individual y colectivo de los usuarios organizados.

La difusión de esta nueva versión de “Conocé tus derechos”, pretende entonces difundir el alcance de los derechos y deberes consagrados al momento actual, modificando los establecidos en la publicación anterior en la medida en que el avance de la reforma sanitaria ha incorporado nuevas políticas sectoriales e intersectoriales con su normativa correspondiente, así como nuevas prestaciones en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

El Sistema Nacional Integrado de Salud se financia con dineros públicos y privados, es decir, con el aporte de todos los habitantes, de modo que –sin perjuicio de las responsabilidades de las autoridades institucionales– todos debemos ser celosos de la correcta utilización de los recursos en salud.

Cada prestador de salud cuenta con oficinas de atención al usuario donde se asesora, recogen inquietudes y denuncias, y existen consejos consultivos que habilitan a la participación de los usuarios, trabajadores y responsables de las instituciones de salud.

Atención: es preocupación del Ministerio de Salud Pública hacer uso siempre de un lenguaje inclusivo, de forma tal que no implique una discriminación entre varones y mujeres. Sin embargo, con el fin de evitar la sobrecarga de texto, se ha optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido que cada una de las menciones hechas refieren siempre a varones y mujeres.



**Todos por el
derecho a la salud**

Cuando hablamos de derecho a la salud nos referimos a que todas las personas, sin distinción alguna, puedan acceder al más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.

No hay dudas en que para hacer efectivo el derecho a la salud, un componente sustantivo es recibir atención sanitaria y que la misma esté **disponible**, sea **accesible** y de **calidad**.

Sin embargo, en la medida en que el concepto de salud es amplio y no se limita a recibir atención sanitaria cuando se solicita, hacemos referencia a un conjunto de determinantes sociales que permitan el disfrute de una vida sana.

Entre ellos señalamos: contar con educación e información suficiente para tomar decisiones libres durante el curso de la vida y poder cuidar de la salud propia y de quienes nos rodean; vivir en un ambiente saludable; disponer de una vivienda digna; acceder a un trabajo, así como a un disfrute del tiempo libre; y tener un ingreso económico adecuado, entre otros factores.

Por lo tanto, para hacer efectivo nuestro derecho a la salud necesitamos del compromiso de todos:

- **Del Estado en su conjunto**, el cual debe garantizar el derecho a la salud, promoviéndolo y protegiéndolo con políticas públicas intersectoriales.

- **De las instituciones de salud**, que hacen efectivo el derecho a la atención en salud a través de una atención sanitaria disponible, accesible, de calidad y adecuada al contexto social.

- **De los trabajadores de la salud**. Cumplen una función social fundamental en términos de cuidar a los usuarios en su quehacer cotidiano, a partir de conocimientos y prácticas acordes a valores éticos y de servicio. Para ello, los trabajadores de la salud deben conocer derechos y deberes, así como disponer de condiciones de trabajo que promuevan y permitan ejercer este rol.

- **De los usuarios**. Estos pueden hacer ejercicio de sus derechos tomando conocimiento sobre cuáles son estos derechos y formando parte de manera individual u organizada de los distintos espacios que existen para la participación y la toma de decisiones. Además, los usuarios tienen responsabilidades en el cuidado de su salud, en el respeto al personal sanitario y otros usuarios, siempre en el marco de lo establecido en las normativas existentes.



Usuarios y beneficiarios

¿Quiénes son las personas usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud?

Son todas las personas que residan en el territorio nacional y que acceden a las distintas instituciones de salud públicas y privadas integrales, financiadas por los aportes realizados por trabajadores, pasivos y empresarios a través de la seguridad social, más el aporte de Rentas Generales, conformando el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Además existen otras instituciones financiadas por

el presupuesto nacional que prestan cobertura en salud, tales como Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital Universitario y servicios vinculados al BPS, entre otros. Asimismo, son usuarios del SNIS quienes están afiliados en carácter individual a estos y otros prestadores privados parciales, que brindan atención en salud y están habilitados a esos efectos por el MSP.

¿Y quiénes son los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud?

La mayoría de los usuarios del SNIS son beneficiarios del Seguro Nacional de Salud y tiene cobertura integral de salud a través de la seguridad social. Ellos son:

- Trabajadores de la actividad privada que computen como mínimo 13 jornales mensuales de trabajo o perciban una remuneración mayor a 1.25 BPC. Si el trabajador no llega a cumplir con los mínimos, el patrón puede otorgar el beneficio abonando lo que corresponda.
- Trabajadores a domicilio que coticen como mínimo el equivalente a 15 BPC en los 12 meses anteriores.
- Patrones y sus cónyuges colaboradores de empresas unipersonales de industria y comercio, hasta con cinco dependientes a su cargo y con aportación al día (Ley 18.731).
- Patrones de empresas rurales y cónyuges colaboradores, con hasta cinco dependientes a su cargo y con aportación al día, siempre que efectúen la opción de afiliación mutua (Ley 18.731). La opción de la afiliación mutua es individual por cada integrante físico.
- Monotributistas y cónyuges colaboradores con opción de afiliación mutua y con aportación al día. La opción es individual por cada integrante físico. Pueden tener hasta un dependiente, salvo en época de zafras donde la ley otorga el derecho de contar con hasta tres dependientes.
- Funcionarios públicos, con excepción de los empleados de los gobiernos departamentales, Ministerio de Defensa Nacional y Ministerio del Interior.
- Contratados a término en todas las entidades del Estado.
- Profesionales universitarios amparados a la Caja de Profesionales Universitarios.
- Escribanos y trabajadores amparados a la Caja Notarial.
- Trabajadores amparados a los seguros convencionales o cajas de auxilio.
- Empresas unipersonales que prestan servicios no profesionales fuera de la relación de dependencia.
- Los trabajadores amparados al seguro de desempleo por el artículo 2 de la Ley 18.131.

En caso de que un beneficiario pierda su amparo al seguro nacional de salud (FONASA) por no tener actividad, haber finalizado el subsidio de desempleo, por fallecimiento u otro motivo, los menores de edad a su cargo podrán mantener la cobertura de salud por FONASA durante doce meses más, siempre y cuando el beneficiario generante haya realizado un mínimo de doce meses de aportes en los 24 meses anteriores al cese de la actividad o término del subsidio.



Jubilados y pensionistas

- Todos los jubilados (a excepción de Caja Militar y Policial) y los pensionistas (excepto aquellos que perciben pensión especial reparatoria).

En caso de que un beneficiario pierda su amparo al Seguro Nacional de Salud (FONASA) por baja de pasividad, o fallecimiento, los menores de edad a su cargo podrán mantener la cobertura de salud por FONASA durante doce meses más, siempre y cuando el beneficiario generante haya realizado un mínimo de doce meses de aportes en los 24 meses anteriores al cese de la pasividad.

Personas a cargo

- Hijas e hijos menores de 18 años de edad o mayores con discapacidad, sin derecho propio.
- Hijas e hijos de su cónyuge o concubina/o (cuando no estén amparados por sus padres biológicos o adoptivos).
- Cónyuges o concubinas/os, sin derecho propio.



**¿Cuáles son mis derechos
y mis deberes?**



En los últimos años se ha impulsado una nueva regulación (leyes, decretos, ordenanzas) que amplían y promueven nuestros derechos a la salud y a su atención.

Para conocer la normativa vigente, en diciembre de 2010 el MSP aprobó la **Cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud** (Ordenanza Ministerial 761/010). Es un material que sintetiza los principales contenidos de las normativas promotoras de derechos. Fue diseñada para que cada usuario pueda acceder de manera fácil y clara a información necesaria para exigir que se respeten sus derechos.

De acuerdo a esta ordenanza, también se define que cada prestador de salud debe entregar un ejemplar de la Cartilla a todas las personas usuarias.

¡Solicítala!

Derechos de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud

Toda persona usuaria tiene derecho a:

- Un trato digno y a ser escuchada. Ser respetada y que protejan su intimidad, independientemente de su edad, identidad de género, ascendencia étnica, religión o condición social.
- Ser informada sobre su condición de salud y tratamientos. Incluso, tiene derecho a no conocerla si así lo prefiere, salvo que el profesional tratante entienda que dicho desconocimiento implica un riesgo para la persona o la sociedad.
- Conocer los resultados de sus exámenes y diagnósticos y tener copia de los mismos, a costa de la persona.
- Recibir tratamiento efectivo para el dolor en todas sus dimensiones (físico y emocional) y evitarlo siempre que sea posible, de acuerdo a la evolución de su patología.
- Recibir asistencia de calidad humana y especializada a lo largo de todo el ciclo vital, incluso al final de la vida, lo que se denomina cuidados paliativos, (CP).
- Poder preguntar y recibir, en un lenguaje claro, las indicaciones a seguir.
- Consultar a otro profesional (derecho a una segunda consulta).
- Negarse a que su patología sea utilizada con fines docentes o de investigación.
- Negarse a recibir atención médica y que entonces se le expliquen las consecuencias de esa negativa para su salud.

- La confidencialidad sobre su condición de salud y motivo de consulta.
- Expresar su consentimiento por escrito en la historia clínica para la aplicación –o no– de cualquier intervención diagnóstica, quirúrgica y/o terapéutica que implique un procedimiento invasivo.
- Tener su Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) o su versión en papel cuando aún no se haya digitalizado la misma.
- Poder negarse a que sus datos se incluyan a la HCEN.
- Revisar su propia historia clínica y obtener acceso a la versión electrónica, o a una copia en papel de la misma, tanto en los prestadores integrales como parciales (la copia será a expensas de la persona usuaria, exceptuando situaciones de incapacidad económica para solventarlo).
- Expresar en forma anticipada su voluntad –firmada ante testigos– ante la eventualidad de padecer una enfermedad terminal para aceptar o rechazar tratamientos, excepto rechazar cuidados paliativos.
- Ser identificado por el nombre elegido, acorde a su identidad de género, independientemente del nombre legal.
- Tener un médico referente integrado a un equipo de salud en el primer nivel de atención.
- Tener un lugar de internación sin barreras arquitectónicas y acorde a su identidad de género.
- En caso de tener asistente personal, éste podrá estar con la persona usuaria en todos los casos y momentos, en áreas convencionales, salvo que manifieste lo contrario.

¿A qué prestaciones se tiene derecho?

A todas aquellas prestaciones definidas en el **Plan integral de atención en salud (PIAS)**, también conocido como “Catálogo de programas y prestaciones”.

El PIAS es un listado que define las modalidades de atención y prestaciones a las que todo usuario tiene derecho y al que están obligados todos los prestadores, trátase de atención ambulatoria, internación, cuidados paliativos, así como procedimientos diagnósticos, terapéuticos y/o de rehabilitación. Incluye además el Formulario terapéutico de medicamentos (FTM) y las recomendaciones y protocolos de las distintas áreas programáticas definidas por el MSP.

A su vez, todo usuario que acredite su residencia en el país, sea afiliado a ASSE, a una mutualista o seguro privado a través del Seguro Nacional de Salud o de manera particular ajustado a las normativas, tiene derecho a la cobertura del **Fondo Nacional de Recursos**, que permite acceder a los procedimientos y prestaciones médicas especializadas y medicamentos de alto precio (de alto costo).

Todo usuario tiene el derecho de recibir atención médica, de urgencia o emergencia, en cualquiera de los prestadores públicos o privados de salud, cuando la institución de origen a la que se encuentra afiliado no garantice la cobertura por servicios propios o por convenio con otra institución. En este caso, una vez atendida, la persona únicamente abona una orden de urgencia al costo que establece su prestador original (Decreto N° 211/018).

¿A qué medicamentos tengo derecho?

A los medicamentos contemplados en el (FTM), incluido en el PIAS.

El FTM es un listado de los medicamentos (por denominación genérica del principio activo y no de marcas comerciales) que las instituciones públicas y privadas de todo el país están obligadas a brindar a todos sus usuarios.

Los medicamentos que se brindan deberán adecuarse a sus necesidades clínicas, en las dosis que correspondan, durante el tiempo que sea preciso, prescriptos siempre bajo las condiciones y circunstancias para las que existen evidencia científica suficiente y cuya utilidad y seguridad hayan sido validadas por el MSP.

Cuando existan sospechas de reacciones adversas a medicamentos, el usuario o el profesional de la salud tratante puede y debe notificar al MSP sobre los mismos.

En el anexo A de esta cartilla se incluyen los medicamentos que los prestadores de salud deberán brindar a sus beneficiarios en función de la prescripción del profesional. En el anexo B se incluyen los fármacos que el Fondo Nacional de Recursos brindará a través de su cobertura financiera en base a pautas y requisitos establecidos.

Los prestadores podrán brindar otras prestaciones no comprendidas en el PIAS, siempre y cuando cuenten con los registros y habilitaciones correspondientes. En estos casos, es la persona usuaria la que tendrá la opción de su utilización en la medida en que están fuera de lo establecido en el marco regulatorio.



Derechos a cuidados paliativos

Los cuidados paliativos deben contar con:

- **Atención integral:** que incluya los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, centrada en el paciente y su familia.
- **Universalidad:** los cuidados paliativos están destinados a todas las personas, siempre y cuando cumplan con todos los criterios para su ingreso.
- **Continuidad asistencial:** se debe garantizar la atención en distintas circunstancias y escenarios que deben estar coordinados. La derivación debe ser oportuna y precoz y no en las últimas etapas.



Usuarios con patologías que requieren de cuidados paliativos: estos cuidados se destinan a usuarios con patologías graves que ponen en riesgo la vida, tales como oncológicas, niños con malformaciones congénitas, adultos con enfermedades crónicas avanzadas, cardíacas, hepáticas, respiratorias, renales, neurológicas, etc.

Derechos de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud

Dentro del SNIS, todas aquellas personas beneficiarias del Seguro Nacional de Salud (SNS) cuentan con los siguientes derechos:

- A ser aceptado como socio en una institución integral de salud sin restricciones, excepto las condiciones existentes para el ingreso en los seguros privados integrales.
- Mantener la condición de afiliado a la institución a la que pertenecía, aunque pierda la cobertura del SNS. Podrá seguir afiliado a la misma en carácter de socio particular debiendo hacer la opción en un plazo de 30 días. Si no realiza esta opción y no hace uso de los servicios, el prestador no podrá reclamarle pago alguno.

- Las hijas e hijos recién nacidos de beneficiarios del SNS deberán ser afiliados en el padrón del prestador de salud donde esté registrada la madre. Sus padres o sus representantes legales podrán ejercer el derecho de cambio de prestador dentro de los noventa días posteriores al nacimiento.
- Las nietas y nietos recién nacidos de un beneficiario SNS, cuyos padres estén amparados al SNS pero no generen por sí mismos derecho a cobertura, tendrán derecho a asistencia hasta el último día del segundo mes posterior al del parto. Si cumplido este plazo los padres desean mantenerlo afiliado a esa institución como socio individual, no podrá ser rechazado.
- El grupo de trabajadores dependientes y no dependientes amparados por el SNS que se jubilen, mantendrán el amparo del SNS, debiendo registrarse en la última prestadora de salud que tenían durante su actividad laboral.
- Los menores (o mayores con discapacidad) a cargo de un beneficiario del SNS, que pierda su amparo por finalizar el seguro de desempleo, estar desocupado o por fallecimiento, permanecerán en el SNS por un periodo de 12 meses. Para ello, es condición haber aportado al FONASA al menos por un período no menor a un año.

Tenga presente que si usted es beneficiario del SNS y pertenece a un Seguro Integral Privado puede tener regímenes especiales desafiliación.

Derechos de salud de niños y adolescentes

A la identidad desde el nacimiento:

- Todo recién nacido queda registrado en el Certificado de nacido vivo, al cual se adjudica automáticamente el número de cédula de identidad.

A la atención:

- Teniendo en cuenta la autonomía progresiva de los niños y adolescentes, pueden ser atendidos solos, si así lo desean y/o lo necesitan, tanto en policlínicas como en domicilio, urgencias y emergencias. Hay que tener presente que si es necesaria la asistencia, ésta se brinda aunque no haya mayores presentes (art. 11, Decreto 274/010)

A ser informados y a pedir su opinión:

- Deben ser informados y consultados con relación a cualquier procedimiento médico y su opinión deberá ser tenida en cuenta.

A la privacidad / confidencialidad:

- El médico respetará, sobre la base del criterio de autonomía progresiva (artículo 11 del Código de la Niñez y la Adolescencia – Ley N° 17.823) el derecho de las y los adolescentes a consultas confidenciales y a la privacidad si así lo solicitan.

Prestaciones de salud de la niñez

Visita domiciliaria a recién nacidos de riesgo

Con el objetivo de mejorar el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños, así como seguir disminuyendo la mortalidad infantil, se marca como prioridad la visita domiciliaria de los recién nacidos de riesgo en los primeros siete días posteriores al alta del servicio de salud.

Realización de pesquisas universales para la detección precoz de patologías

A todos los niños y niñas se les realiza la pesquisa neonatal para la detección de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y fibrosis quística, entre otras patologías metabólicas. A su vez, se realiza previo al alta de la maternidad, las emisiones otoacústicas (EOA) para detectar hipoacusia congénita y la oximetría de pulso para detectar precozmente cardiopatías congénitas graves.

Control del niño y la niña hasta los 5 años

Con el fin de realizar un seguimiento adecuado del crecimiento y desarrollo:

- promover hábitos y conductas saludables en los niños, las niñas y sus familias;
- supervisar la vigencia de las vacunas obligatorias y recomendadas;
- identificar precozmente situaciones de riesgo que justifiquen una intervención en salud o a nivel de otras instituciones, el Área Programática de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud recomienda a las instituciones el siguiente esquema mínimo de control:
 - Hasta el primer mes de vida: dos controles.
 - Entre el primer y el sexto mes de vida: un control por mes.
 - Entre el sexto mes y el año de vida: un control cada dos meses.
 - Entre 1 y 2 años: un control cada tres meses.
 - Entre los 2 y 3 años: un control cada cuatro meses.
 - Entre los 3 y 5 años: un control cada seis meses.
 - A partir de los 5 años: un control anual.

Se realizarán, además, controles con odontólogo y oftalmólogo, a partir de los 3 años.

Todas las niñas, niños y adolescentes deben recibir y llevar a las consultas su Carné de salud, donde se registrarán los principales datos y próximos controles, así como la constancia de aptitud física firmada por el médico tratante que será solicitada en las instituciones educativas y deportivas no federadas para permitir la realización de educación física y la concurrencia a las salidas didácticas.

Las mujeres menores de 18 años que estén cursando un embarazo normal, tienen derecho a los siguientes controles gratuitos:

- Controles mensuales hasta la semana 32.
- Controles quincenales hasta la semana 36.
- Controles semanales hasta el parto.

Derechos de salud de la mujer embarazada

Toda mujer tiene derecho a estar acompañada durante el trabajo de parto y el nacimiento, por la persona que ella elija. Inclusive cuando se trate de una cesárea también puede estar acompañada, salvo si se presentan complicaciones y el médico no lo autoriza.

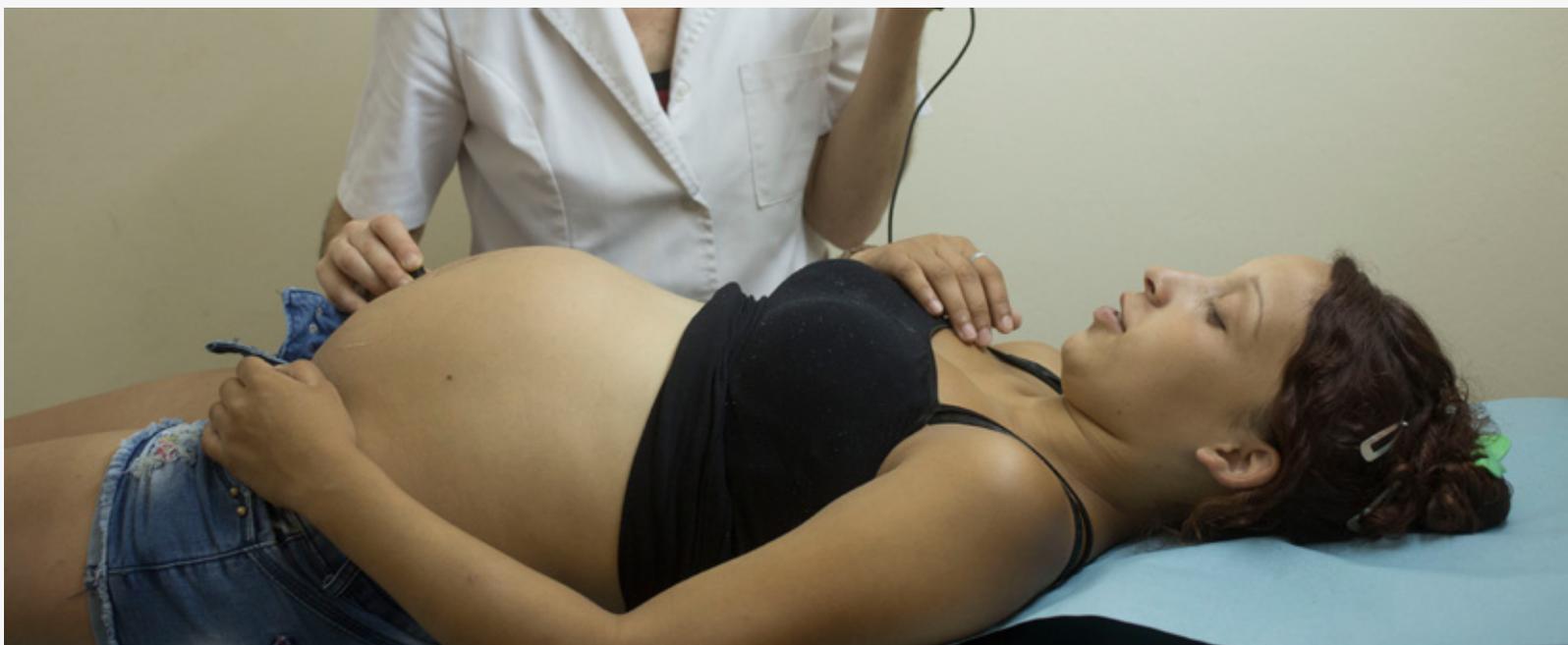
Todas las mujeres con embarazos de bajo riesgo quedan exoneradas del pago de la tasa moderadora (tiques) de los siguientes estudios:

- Hemograma completo en la consulta inicial y tercer trimestre.
- Orina completa en el primer control y luego en todas las consultas.
- Glicemia en el primer control.
- VDRL en el primer control y en el tercer trimestre.
- Grupo sanguíneo y RH.
- Serología para toxoplasmosis.
- Antígeno para hepatitis B.
- Serología para enfermedad de chagas.
- Serología HIV.
- 3 ecografías obstétricas (1 por trimestre).
- Detección de diabetes miellitus gestacional.
- Urocultivo en el segundo y tercer trimestre.
- Ecografía estructural.
- Ecografía transvaginal.

A su vez, las mujeres embarazadas o en período de puerperio que sean primerizas y aquellas madres que dentro del primer año de vida de su hijo muestren indicios o sufran de depresión, tienen derecho a acceder a la atención en salud mental.

Para contribuir con el disfrute de la maternidad y paternidad, en el pleno ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, el MSP definió como meta asistencial la implementación de actividades de educación para la salud referidas a los cambios que afrontan las mujeres y sus parejas durante el embarazo, parto y puerperio. El curso, que consta de un mínimo de 7 encuentros, está dirigido a las usuarias y usuarios a partir de las 20 semanas de gestación.

Se debe recordar la importancia la realización estudios de detección de enfermedades transmisibles (HIV – hepatitis B) a la pareja de la mujer embarazada.



Derechos de salud del varón y de la mujer

El MSP jerarquiza el papel del médico de referencia para mejorar la relación que establece con los usuarios.

Para hacer esto posible, se están generando gradualmente cargos de alta dedicación en medicina general, familiar, pediatría y ginecología. Estos médicos disponen de más tiempo en la consulta, tienen asignada una población de referencia y mayor disponibilidad horaria para mejorar el acceso de los usuarios. Además, estos nuevos cargos son polifuncionales, lo que permite al médico seguir a su población de referencia en los diferentes niveles asistenciales frente a episodios de enfermedad.

Los médicos deben trabajar en el equipo de salud, en la medida en que las buenas prácticas de atención derivan de la conformación de un abordaje integral donde participa activamente el personal de enfermería, del área social y psicológica. Asimismo, articulará con especialidades médicas cuando las mismas sean necesarias, a los efectos de garantizar la correcta resolutivez del proceso asistencial.

Recordá que:

- Las personas adultas mayores a partir de los 65 años tienen derecho a recibir el Carné del adulto mayor, en papel o en modalidad digital.
- Todas las personas usuarias tienen derecho a un control de salud (ex carné de salud) sin costo, para realizar actividades laborales comunes y para practicar deportes no federados.

Los jubilados amparados por el SNS tienen derecho a los siguientes beneficios:

- Tres órdenes para consulta médica: dos a consultorio y una a domicilio, siendo ésta última canjeable por otra orden a consultorio. Son mensuales y acumulables por 12 meses.
- Dos medios tiques de medicamentos o análisis clínicos, mensuales y acumulables por 12 meses.
- Una rutina básica semestral que comprende: hemograma completo, glicemia, creatinina, colesterol total, HDL y examen de orina.
- Un electrocardiograma anual.
- Una radiografía anual.

Deberán abonar solo el timbre profesional. Esta disposición no aplica a los contratos celebrados con los seguros integrales y ASSE.

Salud mental para varones y mujeres

Tienen derecho a recibir atención en salud mental en alguno de los diferentes modos previstos: atención psicosocial grupal, atención psicoterapéutica individual, de pareja, familiar o grupal, y atención psicoterapéutica orientada a la rehabilitación:

- Familiares o referentes afectivos de personas con uso problemático de sustancias (cocaína, pasta base de cocaína).
- Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10).
- Personas usuarias que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).
- Embarazadas primerizas.
- Puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza.
- Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.
- Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.
- Personas usuarias que tengan un familiar o un vínculo cercano que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.
- Personas en situación de violencia doméstica.
- Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
- Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
- Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
- Personas usuarias con IAE.
- Personas usuarias adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive.
- Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de atención integral a la infancia y la familia (CAIF).
- Docentes de enseñanza secundaria y técnica.
- Grupo de trabajadores de la salud.
- Personas usuarias con consumo problemático de sustancias: cocaína, pasta base de cocaína.
- Personas usuarias con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP). Comprende a portadores de psicosis esquizofrénica y trastorno bipolar (F20 y F31).

En particular, adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive tienen derecho a atención psicoterapéutica individual, familiar y/o grupal.

A partir de la aprobación de la Ley de salud mental N° 19.529, no existe límite de cobertura para las hospitalizaciones en cualquier franja etaria.

Derechos en salud sexual y reproductiva

Salud sexual y reproductiva para varones y mujeres

Todo usuario tiene derecho a acceder –por solicitud propia o a partir de la derivación de un profesional– a los servicios de salud sexual y reproductiva de su prestador.

De acuerdo a lo establecido por la Ley de salud sexual y reproductiva (18.426) y su respectiva reglamentación, todo prestador de salud debe contar con estos servicios, los cuales deben realizar acciones de educación para la salud, promoción, prevención y tratamiento desde un abordaje integral, inclusivo, igualitario, multidisciplinario, ético, calificado y confidencial.

A su vez, todas las personas usuarias tienen acceso universal a métodos anticonceptivos.

Podés acceder a:

- 13 vales para métodos anticonceptivos hormonales por año.
- 3 órdenes anuales para anticoncepción de emergencia.
- 12 vales anuales con 15 condones masculinos cada uno (180 en total).
- Ligadura de trompas y vasectomía (métodos irreversibles) con el debido consentimiento informado del paciente. Para esta prestación solo es necesario abonar el correspondiente timbre profesional.
- La colocación del dispositivo intrauterino (DIU) –que el MSP entrega a los prestadores– en forma gratuita.
- En ASSE, las usuarias podrán acceder a los preservativos femeninos y los implantes subdérmicos
- Las parejas de las mujeres embarazadas podrán realizarse el tratamiento de sífilis, aunque la persona no pertenezca a la institución.

Derechos asistenciales para la mujer

Desde julio de 2013 el examen de **Papanicolaou** (PAP) es gratuito entre los 21 y 65 años, cada tres años. Las usuarias de IAMC sólo tienen que pagar el valor del timbre profesional.

Las usuarias entre 50 y 69 años tienen derecho a una mamografía gratuita cada 2 años, por control preventivo (sin antecedentes).

Para mayor facilidad, las mujeres tienen derecho a un día libre laboral al año para realizarse el PAP y la mamografía.

A partir de los 11 años, las niñas tienen derecho a recibir en forma gratuita la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

Interrupción voluntaria del embarazo

La implementación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) pretende garantizar los derechos sexuales y reproductivos, asegurando la atención en salud y la calidad, incluyendo la oportunidad, la continuidad y la humanización del proceso.

Durante este trayecto:

- Debe ser respetada la autonomía de la usuaria, de tal manera que pueda tomar una decisión libre, consciente e informada.
- Debe ser informada sobre las características del procedimiento, alternativas a la interrupción del embarazo y sobre métodos anticonceptivos y cómo acceder a ellos.
- Tiene derecho a estar acompañada, en todo momento, por quien ella desee.
- El equipo de salud que actúe en cualquier instancia debe resguardar la confidencialidad y omitir comentarios o juicios de valor con relación a la decisión adoptada por la usuaria.

Todas las instituciones del SNIS tienen la obligación de cumplir con lo previsto por la Ley, disponiendo de las condiciones técnicas, profesionales y administrativas para hacer posible el acceso de sus usuarias a esta prestación y dentro de los plazos establecidos.

Para que los tiques no signifiquen una barrera de acceso, los mismos cuentan con las siguientes bonificaciones y exoneraciones:

- 1ª consulta: precio de orden de consulta topeado.
- Órdenes de paraclínica solicitada: serán gratuitas (sólo pago de timbres).
- 2ª consulta con equipo interdisciplinario: será gratuita (sólo timbres).
- 3ª consulta con ginecólogo: orden de consulta topeada.
- 4ª consulta con ginecólogo: orden de consulta topeada.
- Eventual 2ª ecografía: gratuita (sólo pago de timbres).
- Entrega de medicación: 1 tique de medicamento.

Reproducción asistida

Otro avance significativo en materia de derechos reproductivos es la incorporación de técnicas de reproducción asistida dentro de las prestaciones de salud a las que varones y mujeres tienen derecho.

Los usuarios pueden acceder a tratamientos de baja complejidad (inducción de ovulación e inseminación artificial) en su propio prestador integral de salud y a un costo que es regulado por el Estado.

En el caso de la inducción de la ovulación, el costo del tiquet está topeado, mientras que el acceso a la inseminación artificial será a través de un copago, cuyo valor será creciente en función del número de intentos (primer intento, segundo intento y tercer intento).

El acceso a los tratamientos de alta complejidad –fertilización in vitro– será financiado conjuntamente por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) y por los usuarios que utilicen la prestación.

Los usuarios deberán efectuar un copago en función de sus ingresos familiares y del número de intentos realizados. De esta forma, se trata de garantizar el acceso a un tratamiento de muy alto costo y que la capacidad de pago de las familias no signifique un obstáculo.

Es importante recordar que las mujeres solas o en pareja con otra mujer tienen el mismo derecho a acceder a las técnicas de reproducción asistida.



Derecho a la atención en situaciones de violencia basada en género

Todos los prestadores de salud (pública y privada), con cobertura parcial o integral, deben brindar servicios integrales a las mujeres que hayan vivido situaciones de violencia basada en género, así como a sus hijas e hijos a cargo (Ley 19.580).

Los servicios de salud deben:

- Asegurar atención diferenciada, según las necesidades y circunstancias particulares de las mujeres y sus hijas e hijos.
- **Contar con un equipo multidisciplinario específico de referencia, donde al menos uno de sus integrantes forma parte** del equipo médico.
- Implementar medidas para la prevención, detección temprana, atención e intervención.
- Prever respuestas específicas en los servicios de urgencia y emergencia para la atención integral de las mujeres y sus hijas e hijos.
- Asegurar el acceso universal a anticoncepción de emergencia y profilaxis postexposición en situaciones de violencia sexual
- Realizar el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas, dando especial atención a la salud mental y emocional.
- Asegurar la atención oportuna de las personas a cargo de las mujeres víctimas de femicidio o intento de femicidio u otras formas de violencia basada en género.
- Prever mecanismos institucionales de denuncia en las situaciones que lo requieran de acuerdo con la normativa vigente y según los protocolos que se definan.

Mayor y mejor acceso a los servicios de salud

Horarios de atención

Los horarios de policlínica de medicina general, pediatría y ginecología, deberán estar disponibles en la sede principal de la Institución como mínimo de lunes a viernes de 8 a 20 horas y los sábados de 8 a 14 horas.

Agenda abierta: coordinar citas con el médico es más fácil

La coordinación de horas para todo tipo de consultas médicas podrá hacerse de manera presencial o telefónica como mínimo de lunes a viernes de 8 a 20 horas y sábados de 8 a 14 horas.

Los usuarios podrán coordinar cita con un médico general o especialista en cualquier momento y con una anticipación de 45 días. Desde la implementación de la Agenda abierta en 2013, los usuarios que quieran pedir cita para un médico ya no tienen que hacerlo en determinados días al mes o en un horario acotado.

Tiempos de espera

Las instituciones de salud de todo el país deberán otorgar:

- Día para consulta en medicina general, pediatría y ginecología, en un plazo máximo de 24 horas desde el momento de solicitud.
- Día para consulta de cirugía general, en un plazo máximo de 2 días desde la fecha de solicitud.
- Día para consultas en especialidades médicas y quirúrgicas, no podrá ser coordinada en un plazo mayor a 30 días desde que fue solicitada.

Estos plazos rigen para el primer profesional disponible.

Día para procedimientos quirúrgicos no urgentes: no deberá coordinarse en un plazo superior a 180 días, a partir del momento en que es indicada por el médico tratante



Órdenes a consultorio y tiques de medicamentos

Con el objetivo de disminuir las barreras económicas que dificultan el acceso a la atención de la salud, se han venido implementando acciones orientadas a topear, reducir y/o exonerar el pago de tiques y órdenes.

Por ejemplo:

- El valor máximo de las órdenes a consultorio de medicina general, pediatría y ginecología se encuentra regulada por el MSP.
- A partir de 2013, los usuarios deben acceder al número necesario de antibióticos para cubrir el tratamiento indicado por el médico por el valor de un solo tique de medicamentos.
- Están exonerados del cobro de tasa moderadora los siguientes medicamentos reguladores de la glicemia:
 - Insulina cristalina
 - Insulina NPH humana
 - Clorpropamida
 - Glibenclamida
 - Agliclazida
 - MeVormina
 - Glimepirida
 - Glucagon
- Se accede a un paquete de al menos 25 tirillas para el control de glicemia por el valor de un tique de medicamento, cada vez que sea requerido.
- El tique correspondiente a medicamentos anti-hipertensivos (valsartán, amlodipina, hidroclorotiazida y enalapril) se encuentra regulado a menores precios por el MSP.
- Quedan exonerados del pago de tasas moderadoras los siguientes medicamentos del área de la salud mental: haloperidol decanoato (inyectable) y pipotiazina. En estos casos, se debe abonar el timbre profesional correspondiente.
- Están exonerados del pago de tasa moderadora todos los fármacos oncológicos incluidos en el FTM utilizados en tratamientos oncohematológicos.
- El acceso a los fármacos indapamida, ramipril, carvedilol, metildopa y mupropion, se realiza mediante el pago de un solo tique de medicamento por el tratamiento mensual.

Importante: rebajas en estudios médicos

En 2014, el valor máximo de los tiques de distintos estudios tales como tomografías, resonancias y otros análisis especializados, se limitó a \$800 (más IVA y timbres profesionales).

Con esta medida se logró que estudios que costaban entre 4.000 y 5.000 pesos se redujeran progresivamente.

Esta serie de rebajas se complementa con otros beneficios, tales como la gratuidad de la quimioterapia y la radioterapia establecida en 2013 (sólo se tiene que pagar el valor del timbre profesional e impuestos), así

como la anestesia gratis para algunos estudios y la reciente incorporación al PIAS de la colecistectomía (cirugía laparoscópica de vesícula biliar).

De acuerdo al decreto 285/016, está prevista la realización de la alcoholemia confirmatoria (estudio de alcohol en sangre) por parte de los prestadores integrales de salud, en caso de espirometría positiva de alcohol.

Vale recordar que aquellos procedimientos que no están incluidos en el Plan integral de atención en salud (PIAS), pueden ser ofrecidos por los prestadores al precio que estas instituciones establezcan

Mayor información para el usuario

Los prestadores de salud deben contar con carteleras en los centros asistenciales para que el usuario pueda acceder a información difundida por el Ministerio de Salud Pública.

Todo usuario debe tener a acceso inmediato a:

- Nombres, especialidades, días y horarios de consulta de los profesionales.
- Servicios que presta la institución.
- Precios de las tasas moderadoras.

El usuario recibirá en el momento de su afiliación la Cartilla de derechos y deberes que lo rigen como usuario (aprobada por el MSP y de carácter universal).

En la página web **A tu servicio** se puede encontrar información de interés, vinculada a las diversas prestaciones y las características del servicio de cada prestador integral de salud.

En **Infotítulos** se puede consultar la información acerca de los médicos y químicos que ejercen en todo el territorio nacional.





Ejerciendo mis derechos



Tu opinión es importante

Es de interés del Ministerio de Salud Pública conocer la percepción que las personas tienen respecto de los servicios de salud (integrales y parciales, públicos y privados).

Próximamente se habilitará la posibilidad de realizar denuncias, sugerencias, y comentarios vinculados a los servicios de salud en forma online, mediante el Portal del Estado (www.tramites.gub.uy).

De esa manera, contando con la participación activa de los usuarios, cada planteo queda registrado, lo que permite monitorear lo que sucede, evaluar la conformidad o disconformidad respecto la resolución de los inconvenientes que se le presentan a los usuarios y controlar si se han cumplido los procedimientos y plazos establecidos por la normativa vigente. En consecuencia, podemos valorar el desempeño de los servicios de salud para luego aplicar las medidas correctivas que se consideren necesarias, en busca de la mejora continua de la calidad de atención en salud.

Ejerciendo nuestros derechos

Para ejercer nuestros derechos tenemos que conocerlos. Una vez que tenemos conocimiento de ellos, existen distintos espacios y mecanismos a través de los cuales podemos exigir su cumplimiento o dar cuenta de situaciones en las que nuestros derechos fueron vulnerados. Las instituciones de salud deben tener, por disposición legal, una comisión de bioética institucional que contribuya a mejorar la calidad de la atención y que asesore sobre los dilemas éticos que se presentan en la atención de la salud, todo ello basado en los principios rectores del SNIS: equidad, humanismo, respeto a los principios de la bioética y a los derechos de los usuarios.

Las instituciones médicas de cobertura integral de todo el país cuentan con oficinas de atención al usuario instaladas en su sede principal a los efectos de brindar información, orientación y que sus usuarios puedan realizar reclamos, sugerencias o agradecimientos personalmente (se hará registro en el Portal del Estado y le entregarán una

constancia). Disponen además de buzones en los locales descentralizados.

Ante cualquier dificultad vinculada a la atención en su salud en cualquier servicio de salud, todo ciudadano puede presentar una denuncia a través del Portal del Estado (www.tramites.gub.uy).

La gestión se deriva en primera instancia al servicio denunciado a fin de que brinde respuesta/solución sobre lo planteado. Dependiendo de la naturaleza de la situación, tendrá un plazo de 48 horas hábiles a 20 días calendario para responder.

Si usted no queda conforme con la respuesta recibida o no obtiene respuesta, podrá solicitar continuar el trámite desde MSP.

Si por algún motivo el usuario no pudiere realizar la gestión en el sitio web, podrá hacerlo ante la oficina de atención al usuario de la institución médica involucrada o ante igual oficina de MSP, donde se realizará el correspondiente registro para iniciar el trámite.

En caso de que el usuario no pueda realizar por sí mismo su denuncia, podrá realizarla otra persona por él explícitamente autorizada. De tratarse de un menor de edad u persona incapaz, se solicitará comprobante de vínculo o documentación que

acredite a quien lo representa. Asimismo, el MSP podrá solicitar cualquier documentación que se estime necesaria para resguardo de la debida confidencialidad del afectado, según la norma aplicable.

Las vías de presentación formal de tus planteos son:



Online en www.tramites.gub.uy



Oficina de atención al usuario de los servicios de salud (aquellos que cuentan con una).



Oficina de atención al usuario de MSP.



La Dirección Departamental de Salud que corresponda.

Participar también es tu derecho

La participación no sólo es una actividad mediante la cual podemos abogar y velar por el cumplimiento de nuestros derechos, sino que es un derecho en sí mismo.

Toda persona usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud tiene derecho a participar, en representación de los usuarios (de acuerdo a los requisitos establecidos) o a través de ellos, en los distintos espacios para la participación social que se han promovido en el marco del SNIS.

A nivel nacional, puede ser representado en la Junta Nacional de Salud (JUNASA). La JUNASA es el organismo responsable de la administración del SNIS, en el que participan representantes de los usuarios, de los trabajadores, de los prestadores de salud y del Poder Ejecutivo.

A nivel nacional existe también un espacio para la participación de usuarios y trabajadores en el directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

A nivel departamental, a partir de 2011 se constituyen los Consejos Asesores Honorarios Departamentales, también conocidos como Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS).

Éstas dependen de la JUNASA y tienen por cometido asesorar, proponer y evaluar las políticas de salud y ajustarlas a la realidad local. En este ámbito también hay lugar para la participación de usuarios y trabajadores.

A su vez, a nivel de las instituciones de asistencia médica colectiva, existen los Consejos Consultivos y Asesores integrados por representantes de usuarios, de los trabajadores y del prestador. Tienen por finalidad formular propuestas que hagan a la gestión del prestador y a la calidad de sus servicios, para lo cual cuentan con acceso a datos específicos de la institución. Las comisiones de bioética institucional también deben estar integradas por un representante de los usuarios, en cumplimiento de las normas nacionales y de las recomendaciones internacionales sobre bioética.

Las personas usuarias tienen el deber de:

- Conocer sus derechos, para lo cual este librito resultará de utilidad.
- Hacer valer sus derechos, realizando el control social y participando de acuerdo a su voluntad en los distintos ámbitos existentes.
- Ejercer sus derechos sin perjudicar a otras personas usuarias (por ejemplo, avisando al prestador cuando no se hará uso de una consulta agendada).
- Registrar inquietudes o quejas en las oficinas de atención al usuario de cada prestador.
- Suministrar el equipo de salud actuante la información del estado de salud. Asimismo, será responsable de seguir el plan del tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud.
- Respetar los estatutos de los servicios de salud y de cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general, así como las específicas que determine dicho servicio cuando estén haciendo uso de las prestaciones que brinden.
- Conducirse y dirigirse con respeto, tanto al grupo de trabajadores del servicio de salud como a otras personas usuarias o pacientes del servicio de salud.
- Cuidar las instalaciones, equipamientos e instrumental del servicio de salud, así como colaborar en el mantenimiento de su habitabilidad e integridad.

Posdata: algo importante para saber sobre medicamentos

Para poder exigir nuestros derechos en materia de medicamentos es fundamental conocer algunos conceptos, tales como: medicamentos originales, similares o genéricos.

Un medicamento original es el registrado y comercializado por un laboratorio, que en su momento realizó los estudios de investigación y desarrollo necesarios para el descubrimiento de un determinado principio activo, para su posterior utilización en tratamientos de enfermedades.

Un medicamento similar o copia contiene la fórmula original pero es fabricado y comercializado por laboratorios diferentes al que descubrió y comercializó inicialmente la molécula original.

Por último tenemos los medicamentos genéricos o intercambiables, que son aquellos que han

demostrado la equivalencia biofarmacéutica con el medicamento de referencia.

Asimismo, se denominan medicamentos biosimilares a los medicamentos innovadores biotecnológicos, que fueron sometidos a estudios de biosimilitud.

El Ministerio de Salud Pública es quien garantiza la calidad total de los medicamentos que se expenden en las farmacias de las instituciones públicas y privadas, como así también en farmacias comerciales, sean ellos originales, copias, genéricos o biosimilares. Todos pasan por rigurosos controles y están sujetos a permanente fiscalización y vigilancia sanitaria.

