

# Derechos de los Usuarios de la Salud





Dirección General  
Sistema Nacional Integrado de Salud

**Ministro:**

Doctor Jorge Venegas

**Subsecretario:**

Doctor Leonel Briozzo

**Directora General del SNIS:**

Técnica en Administración Elena Clavell

**Director General de Salud:**

Doctor Yamandú Bermudez

**Director General de Secretaría:**

Escribano Julio Martinez

El Ministerio de Salud Pública ha definido como una de sus prioridades la incorporación de la perspectiva de Derechos como marco que oriente las acciones desarrolladas desde el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Esto, no sólo para dar respuesta a las responsabilidades asumidas por el Estado Uruguayo a nivel internacional, sino también para ser contestes a lo plasmado en la Ley 18.211 de creación del SNIS, la cual establece que la protección a la salud es un Derecho de todos los habitantes residentes en el país.

En particular, desde la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud se vienen desarrollando distintas acciones

con el objetivo de promover y proteger el Derecho a la Salud de todos los usuarios del SNIS, en tanto Derecho Humano fundamental.

Entre ellas, la difusión de este librito, el cual pretende acercar a cada usuario un panorama general sobre cuáles son sus Derechos y Deberes y cómo puede ver facilitado el ejercicio de los mismos.

Porque para ejercer sus Derechos tiene que conocerlos.

Porque para promover y proteger sus Derechos tenemos que darlos a conocer.

**Elena Clavell**

*Directora General del Sistema Nacional Integrado de Salud*

**Atención:** Es de preocupación del Ministerio de Salud Pública hacer uso de un lenguaje inclusivo, de forma tal que no implique una discriminación entre varones y mujeres. Sin embargo, al no haber acuerdo entre los lingüistas sobre la forma de hacerlo en nuestro idioma y con el fin de evitar la sobrecarga que implicaría marcar la existencia de ambos sexos, 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.

Editorial .....	1
Todos por el derecho a la salud .....	4

## USUARIOS Y BENEFICIARIOS

- ¿Quiénes son los USUARIOS del Sistema Nacional Integrado de Salud? ¿Y quiénes BENEFICIARIOS del Seguro Nacional de Salud? ..... 6
- Próximas INCORPORACIONES al Seguro Nacional de Salud ..... 10

## DERECHOS Y DEBERES

- ¿Cuáles son mis Derechos y Deberes? ..... 14
- Derechos de los USUARIOS del Sistema Nacional Integrado de Salud ..... 15
  - ¿A qué PRESTACIONES tengo derecho? ..... 17
  - ¿A qué MEDICAMENTOS tengo derecho? ..... 18
- Derechos de los BENEFICIARIOS del Seguro Nacional de Salud ..... 19
- Derechos de Salud de NIÑOS y ADOLESCENTES ..... 21
- Derechos de Salud de la MUJER EMBARAZADA ..... 26

- Derechos de Salud del VARÓN y la MUJER ..... 28
- Derechos de Salud de las PERSONAS con DISCAPACIDAD .... 34
- Derechos en SALUD MENTAL ..... 35
- Mayor y mejor acceso a los servicios de salud ..... 38

## EJERCENDO MIS DERECHOS

- ¿Cómo los ejerzo? ..... 42
  - Su opinión es importante ..... 44
  - Participar también es su Derecho ..... 45



# Todos por el Derecho a la salud

*Cuando hablamos de Derecho a la Salud nos referimos a que todos, sin distinción alguna, contemos con las condiciones necesarias para poder disfrutar del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.*

Sin duda que para hacer efectivo el Derecho a la salud es importante recibir atención sanitaria y que la misma esté DISPONIBLE, sea ACCESIBLE y de CALIDAD, así como también esté ADAPTADA AL CONTEXTO.



Sin embargo, la salud no es solo atención sino que implica poder acceder a condiciones que nos permiten disfrutar de una vida sana. Por ejemplo: trabajar en un medio ambiente saludable, disponer de una vivienda digna, disfrutar del tiempo libre, contar con educación e información suficiente para tomar decisiones vinculadas a la salud, tener un salario digno entre otras cosas.

*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 nuestro Derecho a la salud, respetándolo, promoviéndolo, protegiéndolo de la acción de terceros y desarrollando acciones desde el Sistema Nacional Integrado de Salud, así como desde otros ámbitos: trabajo, educación, vivienda, desarrollo social, entre otros.
- **De las INSTITUCIONES DE SALUD.** Las cuales hacen EFECTIVO nuestro 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.** Quienes son FACILITADORES en la relación que establecen con el usuario en su quehacer cotidiano y a partir de su conocimiento y prácticas acordes a Derecho. Para ello, los trabajadores de la salud deben conocer esos derechos y disponer de condiciones de trabajo que promuevan y permitan ejercer este rol.
- **De los USUARIOS.** Quienes deben hacer EJERCICIO de sus derechos, tomando conocimiento sobre cuáles son y formando parte de manera individual u organizada en los distintos espacios que existen para la participación y la toma de decisiones.



## ¿Quiénes son los USUARIOS del Sistema Nacional Integrado de Salud?

### **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** **USUARIOS**

Son todas las personas que residan en el territorio nacional, afiliados en forma particular a un prestador de salud (público, mutual o seguro privado integral), o que accedan a ellos a través de su aporte al FONASA.

## ¿Y quiénes BENEFICIARIOS del Seguro Nacional de Salud?

### **Seguro Nacional de Salud (SNS)** **BENEFICIARIOS**

Hoy son beneficiarios del Seguro Nacional de Salud (SNS), a través de su aporte al Fondo Nacional de Salud (FONASA):

- Los trabajadores privados en relación de dependencia, excepto aquellos que no cumplan con 13 jornales al mes o que su remuneración sea inferior a 1,25 bases de prestaciones y contribuciones (BPC)<sup>1</sup> (3.021 pesos uruguayos). De todas

1. El valor de la BPC a enero de 2012 es de \$2.417. Este valor se actualiza anualmente.

maneras el empleador puede decidir realizar los aportes complementarios en caso de que el empleado no llegue a los mínimos requeridos para que el trabajador acceda a la cobertura del SNS.

- Los trabajadores públicos en relación de dependencia, exceptuando Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa y los trabajadores municipales.
- Becarios y pasantes del Estado.
- Jubilados con anterioridad a enero de 2008 de actividades dependientes amparadas por el BPS y cuyos ingresos no superen los 3,1 BPC (7.493 pesos uruguayos) mensuales. Pueden optar por ingresar al SNS aportando un 3%.
- Jubilados que a enero de 2008 fueran no dependientes y cuya jubilación no supere los 2,5 BPC (6.042 pesos uruguayos) mensuales y además integren hogares donde el promedio de ingresos (por todo concepto) no supere los 2,5 BPC mensuales por integrante. Pueden optar por ingresar al Seguro Nacional de Salud (SNS) aportando un 3%.

- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al SNS que se acojan al beneficio de la jubilación continuarán amparados por el mismo cualquiera sea el monto de su jubilación.
- Propietarios de empresas unipersonales con hasta 5 trabajadores dependientes.
- Hijos de beneficiarios del SNS menores de 18 años o mayores con alguna discapacidad reconocida por el Banco de Previsión Social (BPS).
- Hijos de beneficiarios, entre 18 y 21 años tienen Derecho a continuar con la cobertura de salud abonando una cuota diferencial.
- Hijos de cónyuge o concubino a cargo de un beneficiario del SNS.
- Cónyuges o concubinos de beneficiarios con dos o más hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad, independientemente de que los hijos sean de ambos progenitores.

- Menores a cargo de personas que dejen de ser Beneficiarios del SNS. En el caso de que un beneficiario pierda su amparo al SNS por perder su condición de actividad, haber finalizado el seguro de desempleo, por fallecimiento u otro motivo, los menores a su cargo podrán mantener la cobertura de salud a través del SNS durante un período de 12 meses, mientras tanto el generante haya computado un mínimo de 12 meses de aportes en los últimos 24 meses anteriores al cese de la actividad o término del subsidio.
- Los trabajadores y jubilados de las llamadas “Cajas de auxilio”.
- Trabajadores de estudios notariales.
- Jubilados notariales.
- Todos los trabajadores con ingresos originados fuera de la relación de dependencia (profesionales universitarios).
- Jubilados por incapacidad total con ingresos mensuales de hasta 4 BPC (9.668 pesos uruguayos).

## Próximas INCORPORACIONES al Seguro Nacional de Salud

### **Jubilados y Pensionistas**

Los pasivos que al 1º de diciembre de 2010 **contaban** con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado (mutual o seguro privado) del SNIS ingresarán al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2012. La ley establece un régimen de aportes decrecientes año a año, convergiendo en 2016 al aporte FONASA

establecido en la Ley 18.211 (3%, 4,5% y 6% según corresponda).

Si así lo desea, el beneficiario puede renunciar al beneficio de incorporación al FONASA hasta el 1º de julio de 2016.



A su vez, quienes al 1º de diciembre de 2010 **no contaban** con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del SNIS (mutual o seguro privado) irán ingresando al Seguro Nacional de Salud de acuerdo al siguiente calendario:

- **Julio de 2012:**  
ingresan pasivos mayores de 74 años y con ingresos inferiores a 3 BPC (7.251 pesos uruguayos).
- **Julio de 2013:**  
ingresan pasivos mayores de 70 años y con ingresos inferiores a 4 BPC (9.668 pesos uruguayos).
- **Julio de 2014:**  
ingresan pasivos mayores de 65 años y con ingresos inferiores a 5 BPC (12.085 pesos uruguayos).
- **Julio de 2015:**  
ingresan pasivos mayores de 60 años y con ingresos inferiores a 10 BPC (24.170 pesos uruguayos).
- **Julio de 2016:**  
ingresan el resto de los pasivos.



## Cónyuges y Concubinos

- **Antes del 31 de diciembre de 2012:**  
Cónyuges o concubinos de beneficiarios con uno o más hijos menores de 18 años a cargo (o mayores con discapacidad), independientemente de si es hijo o no de ambos.
- **Antes del 31 de diciembre de 2013:**  
Cónyuges o concubinos de beneficiarios sin hijos a cargo.
- **A partir de Julio de 2016:**  
Cónyuges y concubinos de los jubilados/pensionistas beneficiarios del SNS.

## Equiparación de beneficios para propietarios de empresas unipersonales rurales y para trabajadores rurales dependientes

- **Los propietarios de empresas unipersonales rurales** que hasta ahora aportaban al SNS el 45% de la cuota mutual, o el 60% cuando tienen hijos a cargo, podrán incorporar a su conyugue aportando el 20% sobre la cuota mutual de acuerdo al calendario general de ingresos de éstos.

- **Los trabajadores rurales dependientes** que estuvieran amparados por el SNS, mientras sean beneficiarios de la prestación por inactividad compensada, mantendrán el beneficio al igual que el resto de los trabajadores.



## ¿Cuales son mis Derechos y mis Deberes?

En los últimos años se ha impulsado una nueva legislación (leyes, decretos, ordenanzas) que amplía y promueve 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 una herramienta donde se sintetizan 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 cada usuario.

**¡SOLICÍTELA!**



### **Todo usuario tiene Derecho a:**

- Un trato digno y a ser escuchado. Ser respetado y que protejan su intimidad, independientemente de su edad, sexo, ascendencia étnica o condición social.
- Ser informado sobre su condición de salud y tratamientos. Incluso, tiene Derecho a no conocerla si así lo prefiere.
- Conocer los resultados de sus exámenes y diagnósticos.
- Que le eviten el dolor físico y emocional.
- Preguntar y a recibir, en un lenguaje sencillo, 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 se le expliquen las consecuencias de esa negativa para su salud.

## Derechos de los **USUARIOS** del Sistema Nacional Integrado de Salud

- La confidencialidad sobre su condición de salud y motivo de consulta (incluso en adolescentes).
- Expresar su consentimiento por escrito en la historia clínica para la aplicación de cualquier intervención diagnóstica, quirúrgica y/o terapéutica.
- Tener una historia clínica completa de carácter confidencial, incluyendo el nombre del Médico de referencia en forma legible y visible.
- Revisar su propia historia clínica y a obtener una copia de la misma, tanto en prestadores integrales como parciales (la copia será a sus expensas en el ámbito privado).
- Expresar su voluntad de manera anticipada -firmada ante testigos- frente a la eventualidad de procedimientos médicos que las personas no quieran recibir.

A todas aquellas prestaciones definidas en el **Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)**, también conocido como "**Catálogo de Prestaciones**".

El **PIAS** es un catálogo 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. Se incluye además el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) y los distintos programas de Salud Colectiva definidos por el MSP: Programa Nacional de la Niñez, de la Adolescencia y Juventud, Programa de Salud de la Mujer, Programa de Salud Mental y Programa de Salud Rural, entre otros.

A su vez, todo usuario que acredite su residencia en el país, sea afiliado a ASSE, a un prestador mutual o seguro privado a través del Seguro Nacional de Salud o de manera particular (pagando o mediante Carné de Asistencia) tiene Derecho a la cobertura del Fondo Nacional de Recursos ([www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)), donde es posible acceder a ciertas prestaciones médicas especializadas y medicamentos de alto costo.

¿A qué  
PRESTACIONES  
tengo  
Derecho?

## ¿A qué MEDICAMENTOS tengo Derecho?

A los medicamentos contemplados en el **Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM)**, incluido en el PIAS.

El **FTM** es un listado de los medicamentos, por denominación genérica del principio activo y no la marca comercial, 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, prescritos siempre bajo las condiciones y circunstancias para las que existen pruebas científicas constatadas 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 pueden y deben notificar al MSP sobre estos efectos adversos.



## Todos aquellos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud (SNS) cuentan con los siguientes derechos:

- A ser aceptado como socio en una institución integral de salud sin restricciones.
- 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.
- Los 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 mutual dentro de los noventa días posteriores al nacimiento.
- Los 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

## Derechos de los BENEFICIARIOS del Seguro Nacional de Salud

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.

- Los 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 de afiliación.***

- ***A la Identidad desde el nacimiento:***  
Todo recién nacido debe egresar de la maternidad con su N° de Cédula de Identidad, que será anotado en el Certificado de Nacimiento.
- ***A la Atención:***  
Pueden ser atendidos solos, si así lo desean, tanto en policlínicas como en domicilio.
- ***A ser informados y a pedir su opinión:***  
Deben ser informados y consultados en relación a cualquier procedimiento médico, y su opinión deberá ser tenida en cuenta.
- ***A la privacidad / confidencialidad:***

El médico respetará, en base al criterio de autonomía progresiva (artículo 11 del Código de la Niñez y la Adolescencia - Ley N° 17.823-), el Derecho a consultas confidenciales y a la privacidad si así lo solicitan.



## Derechos de Salud de NIÑOS y ADOLESCENTES

## Metas asistenciales

### Visita Domiciliaria.

Con el objetivo de mejorar las condiciones de crecimiento y desarrollo de los niños, así como seguir disminuyendo la mortalidad infantil, se marca como prioridad la visita domiciliaria de los recién nacidos en los primeros 7 días posteriores al alta del servicio de salud. En principio se realizarán las visitas a los recién nacidos de riesgo y luego se extenderá a todos.

### Control gratuito de los niños hasta 3 años.

Seguimiento por un Pediatra hasta los 3 años. Las Instituciones deben realizar controles de manera gratuita, de acuerdo al siguiente esquema:

- Primer año: 10 controles de salud
- Segundo año: 4 controles de salud
- Tercer año: 3 controles de salud

### Médico de Referencia para adolescentes

De acuerdo a las Metas Asistenciales las instituciones deben asignar a cada uno de sus usuarios adolescentes un médico de referencia, pudiendo elegir entre médicos generales, médicos de familia o pediatras.

Para hacer efectivas estas metas los prestadores privados (Prestadores Mutuales y Seguros) deben brindar controles integrales gratuitos a niños y adolescentes hasta los 18 años inclusive, según la tabla que figura a continuación.

EDAD	PEDIATRÍA O MÉDICO DE FAMILIA	MED. GRAL. O DE FAMILIA	ODONTÓLOGO	OFTALMÓLOGO	GINECÓLOGO
< 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		1		
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		1
16 años		1	2		1
17 años		1	2		1
18 años		1	2		1

Todos los niños y adolescentes deben recibir y llevar a las consultas su **Carné de Salud**, donde se registrarán los principales datos y próximos controles.

**Las adolescentes 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

**Aquellos quienes presenten las siguientes situaciones tienen Derecho a recibir atención en salud mental:**

- Niños con dificultades en la inserción escolar
- Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje
- Niños y adolescentes que sufran situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración y dificultades de relación con pares.
- Niños y adolescentes portadores de enfermedades crónicas
- Niños y adolescentes hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones

- Niños que tengan una intervención quirúrgica
- Niños y adolescentes con intento de autoeliminación
- Niños y adolescentes con discapacidad física, mental y autismo.
- Niños y adolescentes con consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína).
- Niños y adolescentes con trastornos disruptivos, del humor y de ansiedad.

A su vez, los menores de 18 años amparados por el SNS tienen Derecho a internación psiquiátrica sin límite de tiempo.

*Le recomendamos ver el Capítulo de Derechos en Salud Mental.*



## 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 autorice.



Todas las mujeres con embarazos de bajo riesgo quedan exoneradas del pago de la tasa moderadora (tickets) 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.

A su vez, las mujeres embarazadas o en periodo 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 (Vea el Capítulo: Derechos en Salud Mental).



## Derechos de Salud del VARÓN y la MUJER

El MSP jerarquiza el papel del médico de referencia para mejorar la relación que establece con los usuarios. El médico de referencia es aquel que tiene una visión integral de la salud del usuario, a lo largo del tiempo y de su trayectoria asistencial. Todos los usuarios deben elegir un médico de referencia al cual puedan concurrir siempre que lo necesiten.

De acuerdo a las Metas Asistenciales cada usuario entre 45 y 64 años debe tener designado un médico de referencia, pudiendo elegir entre médicos generales, médicos de familia o geriatras.

### **Recuerde que:**

- Los adultos entre 45 y 64 años tienen Derecho a un control preventivo cada dos años. El control incluye, en el caso de que no estén vigentes, estudios de glicemia, colesterolemia y fecatest sin costo de ticket.
- Los adultos mayores a partir de los 65 años tienen Derecho a recibir el Carné del Adulto Mayor.
- Los adultos mayores entre 65 y 74 años tienen Derecho a realizarse un control anual gratuito.
- Los adultos mayores de 75 años tienen Derecho a realizarse dos controles preventivos anuales gratuitos.

### **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 tickets 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.*

### **Carné de Salud del Trabajador**

Todo beneficiario del Seguro Nacional de Salud (SNS) puede obtener cada dos años el carné de Salud del Trabajador sin costo (sólo abonando el timbre profesional). Para ello, es necesario que el usuario haya tenido en los últimos 12 meses una consulta con médico general y haberse realizado las rutinas de control solicitadas para dicho Carné.

## Salud Mental para Varones y Mujeres

Aquellos que presenten alguna de las situaciones mencionadas a continuación tienen Derecho a recibir atención en salud mental en alguno de los diferentes modos previstos: Atención psico-social grupal, atención psicoterapéutica individual, de pareja, familiar o grupal y atención psicoterapéutica orientada a la rehabilitación:

- Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).
- Personas en situación de violencia doméstica.
- Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias: cocaína, pasta base de cocaína y sus familiares o referentes afectivos.
- Usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes. En caso de Esquizofrénica y Trastorno Bipolar grave comprende a sus familiares.
- Usuarios que hayan realizado intento de autoeliminación y sus familiares o referentes afectivos.

- Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente
- Padres (o familiares o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista.
- Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia
- Docentes de enseñanza primaria, 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.

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.

*Le recomendamos ver el Capítulo de Derechos en Salud Mental*

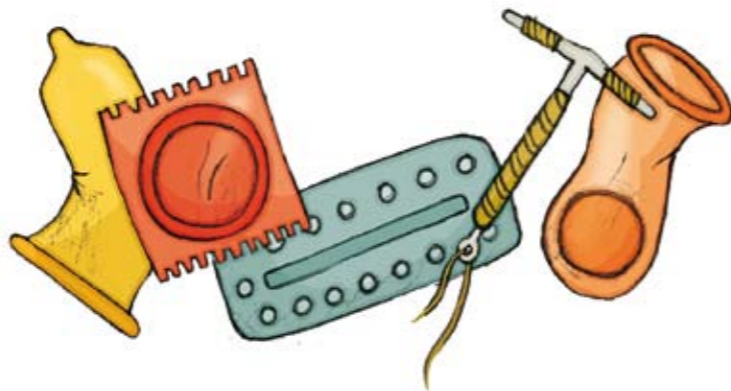


## Salud Sexual y Reproductiva para Varones y Mujeres

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, todos los usuarios tienen acceso universal a métodos anticonceptivos.



### Usted puede acceder a:

- 13 vales para métodos anticonceptivos hormonales por año. El ticket correspondiente equivale a \$41,97 (valor base más timbres e impuestos a enero 2012).
- 3 órdenes anuales para anticoncepción de emergencia. El ticket correspondiente a cada vale asciende a \$41,97 (valor base más timbres e impuestos a enero 2012).
- 12 vales anuales con 15 condones masculinos cada una (180 en total). El ticket correspondiente a cada vale equivale a \$25,44 (valor base más timbres e impuestos a enero 2012).
- 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.

### Derechos Asistenciales para la Mujer

Las usuarias entre 21 y 65 años tienen Derecho a 1 estudio de Pap gratuito cada 3 años, por control preventivo (sin antecedentes).

Las usuarias entre 40 y 59 años tienen Derecho a 1 mamografía gratuita cada 2 años, por control preventivo (sin antecedentes).

## Derechos de Salud de las PERSONAS con DISCAPACIDAD

Los usuarios del SNIS que gestionen ante el Banco de Previsión Social una solicitud de subsidio o jubilación por incapacidad laboral, tienen Derecho a que la institución de salud a la que pertenece le realice los estudios de diagnóstico necesarios a tales efectos, siempre que los mismos estén incluidos en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).

Le recomendamos ver a continuación el Capítulo de Derechos en Salud Mental, ya que niños y adolescentes con discapacidad física y mental tienen Derecho a atención en Salud Mental, así como sus padres y referentes afectivos.



## Derechos en SALUD MENTAL

**Desde 2011 entró en vigencia el nuevo Plan de Prestaciones de Salud Mental, el cual ofrece atención psicosocial y psicoterapéutica a los usuarios con necesidades en el área de salud mental.**

Las prestaciones disponibles para **niños y adolescentes** están organizadas en los siguientes 3 modos de atención:

### **Modo 1. Intervenciones Grupales.**

Este modo de atención psicosocial es gratuito y cada usuario dispone de hasta 12 sesiones por año. Se puede acceder libremente o por derivación de un profesional de salud, previa entrevista, la cual debe ser realizada no más allá de los 15 días siguientes de hecha su solicitud.

### **Modo 2. Atención Psicoterapéutica individual, familiar o grupal.**

El usuario dispone de 24 sesiones anuales de este modo de atención psicoterapéutica, mediante el pago de un ticket preestablecido. Se accede a esta prestación previa entrevista con el Comité de Recepción, la cual puede ser solicitada por el propio usuario (o el adulto referente) o mediante la derivación del Equipo de Salud. Esta entrevista debe hacerse efectiva dentro de los 30 días siguientes a su solicitud, a excepción de usuarios con intento de autoeliminación cuyo plazo se reduce a 48 horas máximo.

**Modo 3. Atención Psicoterapéutica Individual y/o Grupal.**

El usuario dispone de 48 sesiones anuales de este modo de atención psicoterapéutica, mediante el pago de un ticket preestablecido. Al igual que en la modalidad anterior, se accede a esta prestación previa entrevista con el Comité de Recepción, la cual puede ser solicitada por el propio usuario (o adulto referente) o mediante la derivación del Equipo de Salud. Esta entrevista debe hacerse efectiva dentro de los 30 días siguientes a su solicitud, con excepción de los usuarios con consumo problemático de sustancias, el cual se reduce a una semana máximo.

En situación de discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista el número de sesiones pueden extenderse hasta un máximo de 144.

A su vez, las prestaciones disponibles para **usuarios adultos** están también organizadas en los siguientes 3 modos:

**Modo 1. Atención Grupal.**

Este modo de atención psicosocial es gratuito y cada usuario dispone de hasta 16 sesiones por año. Se puede acceder libremente o por derivación de un profesional de salud, previa entrevista la cual debe ser realizada no más allá de los 15 días siguientes desde su solicitud.

**Modo 2. Atención Psicoterapéutica individual, de pareja, familiar o grupal.**

El usuario dispone de 48 sesiones anuales de este modo de atención psicoterapéutica, mediante el pago de un ticket preestablecido. Se accede a esta prestación previa entrevista con el Comité de Recepción, la cual puede ser solicitada por el propio usuario o mediante la derivación del Equipo de Salud. Esta entrevista debe hacerse efectiva dentro de los 30 días siguientes a su solicitud, a excepción de usuarios con intento de autoeliminación, cuyo plazo se reduce a 48 horas máximo

**Modo 3. Atención Psicoterapéutica Individual o Grupal orientada a la rehabilitación.**

El usuario dispone de 48 sesiones anuales, las cuales pueden renovarse -sujeto a la evaluación del Comité de Recepción- hasta un máximo de 144. El valor del ticket está preestablecido. Al igual que en el modo anterior, se accede a esta prestación previa entrevista con el Comité de Recepción, la cual puede ser solicitada por el propio usuario o mediante la derivación del Equipo de Salud. Esta entrevista debe hacerse efectiva no más allá de los 30 días siguientes a su solicitud, con excepción de los usuarios con consumo problemático de sustancias, en cuyo caso el tiempo se reduce a una semana.



## 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.

### **Coordinación telefónica**

La coordinación de horas para todo tipo de consultas se podrá hacer en forma telefónica como mínimo de lunes a viernes de 8 a 20 hs. y sábados de 8 a 14 hs.

### **Tiempos de espera**

Las instituciones de salud de todo el país, deberán otorgar:

- Día para consulta externa en Medicina General, Pediatría y Ginecología, en un plazo máximo de 24 horas desde el momento de solicitud.
- Día para consulta externa de Cirugía General, en un plazo máximo de 2 días desde la fecha de solicitud.

- Día para consultas externas en Especialidades Médicas y Quirúrgicas, no podrá ser coordinada en un plazo mayor a 30 días desde que fue solicitada.
- 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.

---

***Estos plazos rigen para el primer profesional disponible.***

---

### **Órdenes a consultorio y Tickets de medicamentos**

Los usuarios que tienen beneficios como particulares en materia de tickets u órdenes, al ingresar al SNS continuarán gozando de los mismos.

El costo de las órdenes a consultorio de Medicina General, Pediatría y Ginecología será de un máximo de \$70 (timbres e IVA incluidos).

Recuerde que los jubilados amparados por el SNS tienen beneficios específicos, mencionados en “DERECHOS DEL VARÓN Y LA MUJER ADULTOS Y ADULTOS MAYORES”.

El artículo 19 de la Ley 18.211 establece que “El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población”.

- Están exonerados del cobro de tasa moderadora los siguientes medicamentos REGULADORES DE LA GLICEMIA :
  - Insulina cristalina
  - Insulina NPH humana
  - Clorpropamida
  - Glibenclamida
  - Agliclazida
  - Metformina
  - Glimepirida
  - Glucagon

Se accede a un paquete de al menos 25 tirillas para el control de glicemia por el valor de un ticket de medicamento, cada vez que sea requerido.

- Se dispone que no podrá ser superior a \$66 (incluyendo timbre profesional e IVA) el ticket correspondiente a los siguientes medicamentos anti-hipertensivos: Valsartán, Amlodipina, Hidroclorotiazida y Enalapril.

- Quedan exonerados del pago de tasas moderadoras los siguientes medicamentos del área de la Salud Mental: Haloperidol Decanoato (inyectable) y Pipotiazina. Debiendo abonar el timbre profesional correspondiente.

### **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).

## ¿Cómo los ejerzo?

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.

Todas las instituciones médicas deben contar con **OFICINAS DE ATENCIÓN AL USUARIO** instaladas en su sede principal y buzones en los locales descentralizados, a los efectos que los usuarios puedan realizar allí, sus quejas, reclamos o agradecimientos.

Los usuarios tienen Derecho a recibir información y orientación de la Oficina de Atención al Usuario del prestador al que pertenece. Todas sus consultas, quejas y sugerencias deben ser recepcionadas allí. Recuerde siempre guardar alguna constancia de haber presentado su caso.

Si presenta un reclamo o denuncia, las mismas se realizarán formalmente, por escrito y en primera instancia, ante la misma oficina, y dependiendo de la naturaleza del reclamo, la institución tendrá 48 horas hábiles a 20 días calendario para responder al usuario (decreto 15/2006).

Si usted no queda conforme con la respuesta recibida o la institución no respondiera, podrá presentarse ante la **OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL MSP** aportando copia de lo presentado ante la institución y respuesta de la misma (cuando la haya). Si se trata de instituciones del interior del país debe presentarse en la Dirección Departamental de Salud correspondiente.

Si por algún motivo el usuario se viera imposibilitado de realizar la primera instancia en la institución, se realizará el procedimiento ante MSP.

En caso de que el usuario no pueda realizar por sí mismo estos procedimientos, podrá realizarlos otra persona por él explícitamente autorizado.

Las vías de presentación formal de casos ante MSP son:

- Personalmente, en 18 de julio 1892, Planta Baja, oficina 09.
- Por fax al número 2409.68.85 (incluir documento de identidad fotocopiado).
- Por mail a [atencionalusuario@msp.gub.uy](mailto:atencionalusuario@msp.gub.uy) (incluir documento de identidad y nota firmada escaneados).





## Su opinión es importante

Es de interés del Ministerio de Salud Pública conocer la percepción que las personas tienen respecto de las instituciones médicas a las que pertenecen. A través de la participación activa de los usuarios, cada vez que se presentan ante la Oficina de Atención al Usuario de su institución ésta debe registrar su planteo y si la resolución de su caso fue de su satisfacción o no.

Para ello se ha brindado a todas las instituciones (seguros integrales, mutualistas y hospitales públicos) un programa informático para la recopilación de esta información, la cual deben enviar mensualmente a la Unidad de Procesamiento de Información Institucional (UPII) de este Ministerio.

Para evaluar la percepción de los usuarios, mes a mes se realiza un cruzamiento de datos entre la información recibida de las instituciones y los casos que llegan, en “segunda instancia”, al MSP, dando como resultado la conformidad o disconformidad de los usuarios con el actuar de la institución, y si se han cumplido los procedimientos y plazos establecidos por la normativa vigente.



## Participar también es su 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.

Todo usuario 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, o representante, en la Junta Nacional de Salud (JUNASA). La JUNASA es el organismo responsable de la administración del SNS, en la cual participan representantes de los usuarios, de los trabajadores, de los prestadores de salud y el Poder Ejecutivo.

También a nivel nacional existe 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 los prestadores mutuales existen los Consejos Consultivos y Asesores integrados por representantes de usuarios, de los trabajadores y del prestador. Estos 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.

Cada usuario puede ser representado, o representante mediante voto secreto según requisitos.



**Diseño e ilustración:**

Paula Giménez, Silvana Juri, Denisse Torena

Esta publicación se terminó de imprimir en Abril de 2012.





Dirección General  
Sistema Nacional Integrado de Salud

## Derechos en Salud de las Usuarias

# CONOCE MÁS SOBRE TUS DERECHOS EN SALUD



Línea gratuita de información **0800-4444**



**Oficina de Atención al Usuario del MSP:**  
18 de Julio 1892, planta baja, oficina 09  
(de lunes a viernes de 9 a 18 horas)



Sitio Web: **[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)**