

Derechos de los Usuarios





Integración

- 4** representantes del Poder Ejecutivo:
2 propuestos por el MSP, de los cuales uno lo preside
- 1** a propuesta del MEF
- 1** a propuesta del BPS
- 1** representante de los prestadores de servicios de salud que integren el SNIS
- 1** representante de los trabajadores
- 1** representante de los usuarios

Integración actual

Presidente Dr. Jorge Basso
Alternos Sr. Álvaro Baz

Representante titular del MSP Ec. Daniel Olesker
Alternos Ec. Ida Oreggioni

Representante titular del MEF Ec. Andrés Vallcorba
Alternos Ec. Magdalena Terra

Representante titular del BPS Dr. Jorge Papadopoulos
Alternos Dr. Armando Cuervo

Representante titular de prestadores Dr. Italo Moggi
Alternos Dr. Julio Martínez

Representante titular de trabajadores Sr. Francisco Amorena
Alternos Dr. Jorge Venegas

Representante titular de usuarios Sra. Lilian Rodríguez
Alternos Sra. Violeta Ramos

¿Quiénes se benefician?

- Los trabajadores dependientes públicos y privados, aportando en forma proporcional a sus ingresos.
 - Los hijos a cargo, menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o concubino.
 - Los hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años (opcional) pagando una cuota diferencial (igual a la cuota salud establecida) más el FNR.
 - Los jubilados dependientes y no dependientes, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2.5 BPC mensuales y, que además, integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2.5 BPC mensuales.
 - Los trabajadores integrantes del Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo, con derecho a la cobertura de salud propia y de su familia y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila.
- Empresas:
 - a)** Los patronos de empresas unipersonales rurales si optan por la cobertura de salud bonificada aportarán el 45% de la cuota mutual y aquellos que tengan hijos menores a cargo o mayores con discapacidad aportarán el 60% del valor de la cuota mutual.
 - b)** Unipersonales: Los propietarios de empresas unipersonales que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, (9,5% u 11%) sobre un ficto de 6.5 BPC para tener derecho a la cobertura suya y de sus hijos menores de 18 años.

1

Derechos de afiliación



- Ningún beneficiario del SNS podrá ser rechazado en una institución de salud, cuando solicite la inscripción en sus padrones de socios.
- Ningún usuario que pierda la cobertura del SNS, podrá ser rechazado por la institución de salud a la que pertenecía si opta por seguir afiliado a la misma en carácter de socio individual. Deberá hacer la opción en un plazo de 30 días. Si el usuario no realiza esta opción y no hace uso de los servicios, el prestador no podrá reclamarle pago alguno.
- Los hijos recién nacidos de amparados por el SNS deberán ser inscriptos en los padrones del prestador donde nacieron con todos los derechos. Sus padres podrán ejercer el derecho a cambio en los 90 días posteriores al nacimiento.
- Los hijos recién nacidos, de un beneficiario hijo de un aportante al SNS (hijo de un hijo de aportante al SNS) tendrán derecho a asistencia por los dos meses posteriores al parto. Vencido este plazo y si sus padres deciden mantenerlo afiliado a esa institución como socio individual, no podrán ser rechazados por la misma.
- Los datos de los usuarios (dirección, teléfono etc) deben estar actualizados en la institución de salud a la que están afiliados a los efectos de garantizar una relación fluida con el mismo.
- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al SNS, que se acojan a los beneficios jubilatorios, continuarán amparados por el SNS, manteniendo su afiliación en la institución que tenían en actividad.

1

Derechos de afiliación

- Los hijos de afiliados SNS, entre 18 y 21 años podrán afiliarse con una cuota diferencial, (igual a la cuota salud establecida) más el FNR.
- Las afiliaciones se realizarán en las Instituciones a los efectos de garantizar que las mismas estén hechas correctamente, debiendo contar con la firma del usuario que solicitó la afiliación y del funcionario que realizó la misma. A cambio de la afiliación no se podrá entregar ningún beneficio (ni en moneda ni en especie). La intermediación lucrativa es delito y está penada por la Ley.

Si Ud. pertenece a un Seguro Privado, puede tener regímenes especiales de afiliación. Consulte.

2

Derechos de cobertura



Todos los usuarios del SNIS, tendrán derecho a recibir las prestaciones incluidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Por más información consulte el sitio web del Ministerio de Salud Pública <http://www.msp.gub.uy>

3

Derechos y controles asistenciales

- Los usuarios tienen derecho a recibir atención en materia de drogodependencia, que incluya: apoyo presencial o telefónico durante las 24 horas, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinarias, internación por intoxicación severa.
- Los menores de 18 años amparados por el SNS, tienen derecho a internación psiquiátrica sin límites de tiempo
- Los usuarios con patologías oncológicas, hipertensos y diabéticos tienen derecho a contar con actividades de prevención secundaria y un plan de seguimiento que los referencie a un equipo de salud que lo siga y realice los registros asistenciales correspondientes en su historia clínica.
- Los usuarios tienen derecho a atenderse con un equipo de salud estable a lo largo del tiempo (salvo en situaciones de urgencia y/o emergencia) a los efectos de facilitar una atención basada en la prevención.

Salud-mujer y género

Embarazada

A partir del 1 enero 2006 a todas las mujeres embarazadas se exoneran del pago de tasas moderadoras por los estudios paraclínicos de acuerdo al protocolo de control de embarazo de bajo riesgo, que incluye:

- Hemograma completo en consulta inicial y tercer trimestre.
- Orina completa en primer control y luego en todas las consultas.
- Glicemia en primer control.
- VDRL en primer control y 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 mellitus gestacional.
- Urocultivo en el 2do. y/o 3er trimestre.

Desde el punto de vista del total de estudios exonerados:

- 2 estudios completos de sangre,
- 5 orinas completas,
- 2 urocultivos,
- 1 curva de glicemia,
- 3 ecografías.

3

Derechos
y controles asistenciales

Salud de la Mujer

- PAP sin costo para las mujeres entre 21 y 65 años, con una frecuencia de un estudio cada tres años.
- Mamografía, mujeres entre 40 y 59 años, con un estudio cada dos años.

Controles gratuitos, con la siguiente pauta para el caso de embarazo normal en menores de 18 años:

- Mensualmente hasta la semana 32
- Quincenalmente hasta la semana 36
- Semanalmente hasta el parto.

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 o médico de familia	Médico general o 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



Horarios de atención

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

Tiempos de espera

1. Las instituciones de salud, de todo el país, deberán otorgar cita para consulta externa en Medicina General, Pediatría y Ginecobs-tetricia, en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde el momento de la solicitud.
2. Para consulta externa de Cirugía General, en un plazo máximo de 2 (dos) días desde la fecha de su solicitud.
3. Las consultas externas en las Especialidades Médicas y Quirúrgicas, en ningún caso podrán ser coordinadas en un plazo mayor a 30 (treinta) días desde que fueron solicitadas.
4. Los procedimientos quirúrgicos no urgentes deberán coordinarse en un plazo inferior a 180 (ciento ochenta) días, a partir del momento en que la cirugía es indicada por el especialista actuante.

5

Mayores beneficios

- Los usuarios que tuvieran beneficios en materia de tickets u ordenes previos a su ingreso al SNS, continuarán gozando de los mismos.
- Los jubilados amparados por el FONASA tendrán derecho a los siguientes beneficios en materia de tasas moderadoras: dos ordenes a consultorio y una a domicilio (canjeable por una consultorio) al mes, dos medios tickets de medicamentos o análisis clínicos, una rutina semestral y un ECG anual, todos ellos acumulables por 12 meses.
- El carné de salud laboral podrá ser obtenido en forma gratuita cada dos años. Para ello el usuario deberá haber tenido en los últimos 12 meses consulta con medico general y haberse realizado las rutinas de control, acordes con el carné de salud.
- Todos los usuarios del SNIS que gestionen ante el BPS una solicitud de subsidio o jubilación por incapacidad laboral, tendrán 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 PIAS.

Mejora en el acceso a los medicamentos para la población con patologías crónicas:

En el Art. 19 de la Ley 18.211 se plantea que "... El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población."

En diciembre de 2005 fueron exonerados del cobro de tickets los medicamentos REGULADORES DE LA GLICEMIA, tanto la insulina como los hipoglicemiantes orales.

También se promueve el acceso a las tirillas para el control de la glicemia, recibiendo un paquete de tirillas de control por el valor de un ticket de medicamento.

A partir del 1 de enero de 2008, se dispone que el ticket correspondiente a los siguientes medicamentos antihipertensivos: Valsartán, Amlodipina, Hidroclorotiazida y Enalapril, no podrá ser superior a la suma de \$50 (incluyendo timbre profesional).

Asimismo, y a partir de la misma fecha, quedan exonerados del pago de tasas moderadoras (debe abonarse el timbre profesional), los siguientes medicamentos de uso en el área de Salud Mental: Haloperidol y Pipotiazina.

6

Mayor información para el usuario



- Las Instituciones contarán con carteleras en cada uno de los lugares asistenciales para que el usuario cuente con información difundida por la Junta Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.
- El usuario recibirá en el momento de su afiliación la cartilla de derechos y deberes que lo rigen como usuario.
- El usuario contará con los precios a la vista de las tasas moderadoras (tickets) que el prestador esté autorizado a cobrar.
- Los servicios contarán con una cartelera con los nombres de los profesionales a cargo de los mismos, para conocimiento de los usuarios.

7

La opinión de los usuarios



Las Instituciones deben contar con Oficinas de Atención al Usuario instaladas en su sede principal o buzón de recepción de quejas en los locales descentralizados, a los efectos que los usuarios puedan realizar allí, sus quejas, reclamos o agradecimientos. Las mismas se realizarán por escrito y la Institución cuenta con 20 días para comunicarse con el usuario. Luego tendrá 30 días para contestar la demanda del usuario. Si el usuario no queda conforme con la respuesta recibida podrá presentar la misma ante el MSP en la Oficina de Atención al Usuario, aportando toda la documentación anterior (denuncia o reclamo y respuesta de la Institución).

La satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos por el prestador se medirá por parte de estos por lo menos una vez al año. Se tendrá en cuenta su opinión con respecto a: trato recibido, cumplimiento de los tiempos de espera, puntualidad de los profesionales y técnicos, calidad de la atención, alcance y veracidad de la información a disposición.



Movilidad de los usuarios dentro del SNIS



- En el año 2009 comenzó el proceso de movilidad de los usuarios del SNIS, que se encontraban “acorralados” en una Institución, es decir sin posibilidad de cambio de una Institución a otra. Este proceso continuará de manera ordenada y gradual a los efectos de no alterar fuertemente el funcionamiento del sistema de salud.
- Todos los usuarios tienen autorizado cambiarse a ASSE en cualquier momento del año, así como cambiar desde un seguro privado a una institución mutual.

Esta medida es para garantizar el acceso económico a todos los usuarios, teniendo en cuenta que en ASSE no se cobran tickets (tasas moderadoras), y en las instituciones mutuales suelen ser más económicos que en los Seguros.

Como medida complementaria existen situaciones de excepción que serán tenidas en cuenta fuera de los períodos de cambio fijos.

A solicitud expresa y fundamentada de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, la Junta Nacional de Salud podrá excepcionalmente autorizar en cualquier momento cambios de prestador cuando:

- a. El usuario traslade su domicilio de un departamento a otro o acredite dificultades supervinientes de acceso geográfico a los servicios del prestador en el que se encuentra registrado.
- b. Existan situaciones originadas en problemas asistenciales que lleven a la ruptura del vínculo porque el usuario pierda la confianza en el prestador.

