



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA ENFERMERÍA COMUNITARIA



# REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)

**Autoras:**

Nadia Llarena  
Elsa Ocaño  
Andrea Schwarzkopf  
Fernando Vespa  
Cristina Zubiaurre

**Tutores:**

Prof. Agda. Lic. Esther Lacava  
Prof. Agda. Lic. América Monge

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

## INDICE

	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Pregunta problema</b>	<b>5</b>
<b>Justificación</b>	<b>5</b>
<b>Marco conceptual</b>	<b>9</b>
<b>Objetivos</b>	<b>20</b>
<b>Diseño metodológico</b>	<b>21</b>
<b>Definición de variables</b>	<b>23</b>
<b>Resultados</b>	<b>29</b>
<b>Análisis</b>	<b>71</b>
<b>Conclusión</b>	<b>74</b>
<b>Normas Éticas</b>	<b>75</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>79</b>
<b>Cronograma</b>	<b>81</b>
<b>Anexo</b>	<b>84</b>

## RESUMEN

La crisis económica del país vivida en la última década, implicó un aumento de la población sin cobertura de salud. Lo que llevo a que el sistema de salud presentara carencias en la atención, siendo esta inequitativa para la población en general; requiriendo así de un cambio en el sistema.

Esta investigación tiene como objetivo principal identificar la información que tienen los integrantes del equipo de salud de tres centros de atención de primer nivel del sector público, sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud: cambio en los modelos de: Atención, Gestión y Financiamiento. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal.

Se llevo a cabo en el periodo comprendido entre el 27 de Noviembre y el 5 de Diciembre del corriente año, a través de una Entrevista semi estructurada la cual fue realizada por los investigadores.

La reforma del sistema sanitario en nuestro país es una conjunción de cambios fundamentales en tres niveles, Gestión, Financiamiento y Atención, es en esta última donde los recursos humanos desempeñan un papel fundamental, ya que serán estos los encargados de lograr el cambio.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos identificar falta de información sobre la reforma del sistema de salud a nivel general de los funcionarios, lo que podría significar una limitante para este proceso de cambio.

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica, durante los meses Agosto de 2011 y Diciembre de 2012, en tres Centros de Salud pertenecientes a la Red de Atención Primaria-Administración de los Servicios de Salud del Estado. Con el fin de conocer la información que tiene el equipo de salud de dichos Centros, en relación a la Reforma de la Salud en nuestro país.

La investigación que llevamos a cabo es de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal, la selección de la muestra será a través de muestreo por conveniencia. La recolección de datos se realizará mediante una entrevista semi estructurada, a través de un cuestionario el cual se aplicará a los individuos integrantes de la muestra, previa realización de una prueba piloto.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar qué información tienen los equipos de salud de tres centros del Primer Nivel de Atención (PNA), del sector público de la ciudad de Montevideo, pertenecientes a la Red de Atención Primaria (RAP)- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); en relación a la Reforma de la Salud (SNIS), en el periodo comprendido entre el 27 de Noviembre y el 5 de Diciembre de 2012.

## JUSTIFICACIÓN

Si bien el sistema de salud uruguayo históricamente ha presentado una matriz de bienestar en un nivel relativamente alto de cobertura de los distintos bienes y servicios, seguridad social, salud y educación, la calidad y cantidad de prestaciones estuvieron fuertemente estratificadas y con exclusión de cierto grupo de población con alta fragmentación institucional, base financieras estrechas y frágiles basadas en salarios, red de servicios concentradas, una administración centralizada e ineficiente, una orientación hacia prácticas curativas en vez de medidas preventivas.<sup>1</sup>

La crisis económica vivida por el país a comienzos de la última década determinó el incremento de la Tasa de Desempleo, lo cual implicó un aumento de la población sin cobertura de salud a través del sistema de seguridad social, y a la vez una caída de los ingresos de los hogares, reforzando la dificultad de hacer frente al pago de las tasas moderadoras en el subsector privado, lo que también repercutió en una pérdida de los mecanismos de protección social.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> “Sistema Nacional Integrado de Salud. No cuesta más, tickets más baratos, libertad de elección y nadie quedará afuera.” Extraído de: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis.pdf>

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. “Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Octubre 2009. Extraído de: [Http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Uruguay.htm](Http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay.htm)

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, dicho sistema de salud presentaba carencias en la atención, siendo esta inequitativa para la población en general.

La reforma de la salud dio comienzo a partir del 1° de Enero de 2008 cuando entra en vigencia la ley 18.211 (ver anexo N° III) la cual compete al Ministerio de Salud Pública (MSP) la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Esta situación requirió que las autoridades, así como el equipo de salud (incluyendo a técnicos y profesionales de la salud) se comprometieran y se capacitaran, para impulsar y desarrollar el cambio del modelo de atención propuesto con la reforma sanitaria del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La reforma de la salud se basa en tres pilares fundamentales: cambios en el modelo de Atención, de Gestión y de Financiamiento.

El cambio en el modelo de atención, se expresa en el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, en su interdependencia con los determinantes sociales y ambientales de la salud, y en el desarrollo de políticas que anteponen la promoción de la salud y la prevención a la respuesta a la demanda asistencial espontánea. Estos cambios requirieron de la redefinición y/o formulación de programas prioritarios nacionales de salud, los que adquieren valor de norma sanitaria y deben ser desarrollados por todos los prestadores integrales incorporados al SNIS. Dichos programas son: Niñez, Adolescencia, Adulto, Adulto Mayor, Mujer y Género, ITS/SIDA, Nutrición, Salud Bucal, Control del Tabaco, Discapacidad, Salud Mental, Prevención de Accidentes, Salud Ocular, Diabetes, Control del Cáncer.<sup>3</sup>

“El cambio del modelo de atención que se propone supone trabajar en un primer nivel de atención de base territorial, promoviendo verdaderos equipos de salud resolutivos, interinstitucionales y adecuadamente referenciados con otros niveles

---

<sup>3</sup> “La salud en Uruguay: Avances y desafíos por el derecho de las salud a tres años del primer Gobierno Progresista”. Extraído de: <http://es.scribd.com/doc/6341539/Reforma-Salud>

de atención que aseguren lo integral de las prestaciones de cara a mejorar indicadores sanitarios”<sup>4</sup>

“Con la reforma se pretende brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos”.<sup>5</sup>

En el cambio del Modelo de Gestión; el MSP adquiere una función rectora, normativa y de control, a la vez que ASSE se establece como ente autónomo descentralizado, con personalidad jurídica propia, con instrumentos organizativos y de gestión para desempeñar su función de prestador público.

“En cuanto al cambio en el modelo de Financiamiento, se creó por la Ley 18.131 el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que financia el régimen de asistencia médica de los beneficiarios incluidos en el mismo. El FONASA se conforma con aportes obligatorios de trabajadores y empresas, aportes del Estado y personas públicas no estatales, aportes obligatorios de jubilados, el porcentaje previsto para los Seguros Privados Integrales, y las rentas generadas por sus activos.”<sup>6</sup>

El SNIS no se puede definir en un concepto, ya que este se fue desarrollando a través de los cambios en los Modelos de Atención, Gestión y Financiamiento anteriormente mencionados y de las incorporaciones que se realizan gradualmente.

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud Pública. “Transformar el futuro”. Montevideo - Uruguay

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. “Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.” Octubre 2009. Extraído de: [Http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Uruguay.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay.htm)

<sup>6</sup> “La salud en Uruguay: Avances y desafíos por el derecho de las salud a tres años del primer Gobierno Progresista”. Extraído de: <http://es.scribd.com/doc/6341539/Reforma-Salud>

Creemos que en este proceso de cambio, los recursos humanos, tanto técnicos como profesionales de la salud, deben estar capacitados para acompañar dichos cambios, los cuales son de vital importancia para la educación de los usuarios.

Si bien el cambio en los modelos de gestión y financiamiento se realizaron acorde a leyes y reglamentos establecidos, creemos que el cambio en el modelo de atención conlleva un cambio de conciencia a nivel de los recursos humanos, aspecto fundamental para el cambio, ya que serán estos los encargados de llevar adelante en proceso de reforma de este modelo.

Es por esta razón que consideramos relevante estudiar qué información posee el equipo de salud de cuatro centros de salud, del Primer Nivel de Atención pertenecientes a ASSE; en relación a la Reforma de la Salud.

## MARCO CONCEPTUAL

### ATENCIÓN A LA SALUD

Es el conjunto de acciones dirigidas a promover, recuperar y rehabilitar la salud de la comunidad, realizadas por los gobiernos, personal de salud y la propia población.

### NIVELES DE ATENCIÓN

Los Niveles de Atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

Se distinguen tres niveles de atención.

“El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.”<sup>7</sup>

Cabe destacar que en nuestro país, según lo establecido por la ley 18.211, “el primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y

---

<sup>7</sup> “Niveles de Atención y Atención Primaria de la Salud”. Extraído de:  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci_arttext)

en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia”.<sup>8</sup>

“El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.”<sup>9</sup>

“El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.”<sup>10</sup>

“En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros”<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> “Ley 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud” Extraído de:  
<http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

<sup>9</sup> Ídem.

<sup>10</sup> Ídem.

<sup>11</sup> “Niveles de Atención y Atención Primaria de la Salud”. Extraído de:  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci_arttext)

## ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

“La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la APS como: ” la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.<sup>12</sup>

“La Atención Primaria de la Salud plantea como principios centrales: atender las necesidades de la población de forma integral y basada en la evidencia; que los servicios de atención se orienten a la calidad; que se asegure el bienestar de los ciudadanos, especialmente los más vulnerables y que el sistema sea sustentable. Para alcanzar estos objetivos se necesita: reorientar los Recursos Humanos; trabajar en equipo; en intersectorialidad, con participación social; haciendo énfasis en la promoción a la salud y prevención de la enfermedad; poniendo énfasis en el trabajo en el primer nivel, en estrecha coordinación con el segundo y tercer nivel de atención, implementando un sistema de referencia y contra referencia”.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Martín Zurro, A, Cano Pérez, JF “Atención Primaria. Conceptos y organización práctica clínica”, 3º ed. Barcelona: Mosby Doyma, 1995.

<sup>13</sup> Facultad de Enfermería UDELAR “Actualización en salud comunitaria y familiar” 2009

## ENFERMERIA COMUNITARIA

“El concepto actual de Enfermería Comunitaria es relativamente moderno, aunque los cuidados de la enfermería en la comunidad se remontan al comienzo de la vida misma; la evolución histórica de esta disciplina se divide en dos fases: la fase de origen cuyo testimonio se sitúa en el año 60 de la era cristiana la cual se dedicaba a visitar enfermos en su domicilio; y la segunda fase de desarrollo moderno, comienza con la época de Nightingale y Rathbone en la Inglaterra del siglo XIX, con la creación de la enfermería de distrito en Liverpool.

En España se destacaron tres fases: la precursora cuyo periodo abarca desde los orígenes hasta comienzos de los años 50; la fase tecnológica: donde aparece el ayudante técnico sanitario hasta el año 1984 con la creación de los centros de salud y los equipos de atención primaria, y la fase de Enfermería Comunitaria propiamente dicha en la que nos encontramos.”<sup>14</sup>

Entre los distintos conceptos y definiciones que se han dado de Enfermería Comunitaria se puede decir que: “La o el enfermero comunitario es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud.

Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, donde trabajan donde estudian, donde se relacionan o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la o el enfermero/a como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”.<sup>15</sup>

“Los cuidados de Enfermería en salud comunitaria tienen como objetivo satisfacer las necesidades de salud de la población a lo largo del ciclo vital, con la participación del individuo y la colaboración de otros profesionales. El enfermero/a

---

<sup>14</sup> Ramos Calero, E. “Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas”. Madrid, Valencia

<sup>15</sup> Facultad de Enfermería, Cátedra de Enfermería Comunitaria, Clase dictada por Prof. Adj. Lic. Enf. Cecilia Acosta, Julio 2010.

de salud comunitaria hace uso de sus conocimientos de los problemas prácticos y de los recursos de la comunidad, aplicando los métodos de enfermería y ayudando al individuo, a la familia y a la comunidad a asumir sus responsabilidades, al tiempo que favorece y potencia un mejor estado de salud.

Para lograr este objetivo se llevara a cabo una serie de funciones que podemos clasificar en función de asistencia, docencia, investigación y administración.

Función de Asistencia: llevan el control periódico de la salud, control y seguimiento de patologías crónicas y agudas, atención de enfermería a grupos; promover la participación y las actividades de promoción a la salud.

Función Docente: formación continua en el servicio y apoyo a estudiantes de grado y posgrado

Función Investigación: conocimiento de la realidad, diagnóstico de salud, proyectos y propuestas.

Función Administrativa: gestión de recursos humanos, materiales e insumos; gestión de cuidados, gestión de servicios de salud del primer nivel de atención.

El ámbito de actuación de la Enfermería Comunitaria puede delimitarse desde dos puntos de vista: en función de las personas con las que actúa (individual, familiar, grupal y comunitario) o según el espacio en que esta desarrolla habitualmente su actividad profesional (centros de salud, domicilios, centros educativos, trabajo, lugares de ocio, etc.). Igualmente puede asumir diferentes roles, de acuerdo con sus funciones y con las necesidades de salud, individuales o colectivas, que deba afrontar en cada caso. Entre ellos se puede distinguir dos tipos de roles: Funcionales (proveedora de cuidados, educadora, administradora e investigadora) y actitudinales (defensora, asesora, promotora, coordinadora, impulsora, facilitadora y colaboradora entre otros).

Se debe tener en cuenta que Enfermería Comunitaria debe estar siempre atenta a eventuales cambios sociales y a demandas de la salud de la población que así lo requiera”.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Ramos Calero, E. “Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas”. Madrid, Valencia

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)  
MODELOS DE: ATENCIÓN, GESTIÓN Y FINANCIAMIENTO

Definición de Sistema de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud, los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. Aspirando estos al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible. Para lograr este propósito, un buen sistema debe ser equitativo en la forma en que las personas contribuyen al financiamiento de la atención, así como también responder a las expectativas de la gente respecto a su tratamiento, tratándolas con la dignidad que se merecen. (OMS, 2000: 3-12)

Sistema Nacional Integral de Salud

El Sistema Nacional Integrado de Salud, está regulado por la ley 18.211 del 5/12/2007 con las modificaciones y agregados efectuados por las leyes 18.731 y 18.732 del 7/01/2011.

El Sistema otorga cobertura médica a través del Seguro Nacional de Salud (SNS) tanto a los trabajadores como a quienes se jubilen estando incorporados como beneficiarios por su actividad.

“La reforma del Sistema de Salud depende de un proceso de acumulación permanente, que abarca lo político, político-sanitario, institucional, social y comunitario, gremial y comunicacional, entre otros desafíos. Ese proceso de acumulación, imprescindible para realizar una reforma con objetivos tan ambiciosos como los que se propone, implica desarrollar un conjunto de políticas explícitas, en el marco de definiciones programáticas, sumado a una estrategia que involucre a usuarios, trabajadores técnicos y no técnicos, y a las instituciones de salud pública y privada involucradas.

La salud, en tanto derecho, requiere marcos reguladores que establezcan límites desde donde acorralar la mercantilización sanitaria y sus múltiples consecuencias. Esto implica mejorar y profundizar los aspectos que garantizan la calidad, la accesibilidad y la equidad de la atención integral de toda la población, así como los controles necesarios para asegurar el cumplimiento del mismo.

Se plantea que el sistema sea integrado en el sentido de coordinar y complementar, avanzando en la concreción de convenios a todos los niveles posibles, que tengan dimensión nacional y no sean solamente urbanos o regionales”.<sup>17</sup>

“Su objetivo fundamental es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación”.<sup>18</sup>

Para alcanzar ese objetivo, contempla cambios en tres niveles los cuales son los pilares fundamentales de la reforma.

Uno de los grandes ejes de discusión abordados respecto a la conformación de un Sistema Nacional Integrado de Salud versó en torno al modelo de atención, y vinculado a esto, cuestiones referentes a la gestión de los servicios que hacen a la conformación de un sistema de atención de la salud. En este sentido, se partía de un escenario en el que primaba un modelo de atención curativo, que no se correspondía con las características demográficas y epidemiológicas del país. A partir de esto se orientó el cambio hacia un modelo de atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnóstica en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la más adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporcione cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutoria del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos.

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud Pública. “Transformar el futuro”. Ministerio de Salud Pública, Montevideo

<sup>18</sup> Exposición de Motivos, Sistema Nacional Integrado de Salud. Extraído de: [www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,12398](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,12398)

El cambio en el modelo de gestión establece que el Ministerio de Salud Pública (MSP) se encargara de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud (Ver anexo N° III).

El MSP es el responsable de conducir el proceso de construcción y rectoría del sistema de salud; así como también de los programas de salud incluidos en este y su contralor.

Como parte del cambio de este modelo se crea la ley 18.161, a través de la cual se establece la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el cual se relacionara con el Poder ejecutivo a través del MSP (Ver Anexo N° III). A partir de esto ASSE pasa a ser el principal prestador estatal de atención integral a la salud, con una red de servicios en todo el territorio nacional.

Además de los cambios anteriormente mencionados se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA), la cual incorpora un elemento clave: la participación de los usuarios en la toma de decisiones (Ver Anexo N° III).

El financiamiento del sistema es de vital importancia para que la prestación de servicios de salud se realice adecuadamente, asegurando que todas las personas tengan acceso a los servicios independiente de los medios económicos de que dispongan. Para lograr esto “el objetivo del financiamiento en un sistema de salud es obtener fondos y administrarlos eficazmente con el propósito de que la población reciba de forma apropiada atención sanitaria pública y/o privada sin que su condición económica sea una restricción para ello o que su bienestar se reduzca como consecuencia del pago de estos servicios”.<sup>19</sup>

Como parte del cambio en este aspecto, se crea por la Ley 18.211 (Ver Anexo N° III), el Seguro Nacional de Salud (SNS), el mismo es financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) quien pagara las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el SNIS por cada beneficiario del SNS.

A su vez el FONASA, será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS), siendo este quien recepcionará los aportes (por parte de trabajadores, empresas y el Estado) y hará efectivo el pago de las cuotas salud ya mencionadas, conforme a las órdenes de pago que emita la JUNASA.

---

<sup>19</sup> Ministerio de Salud Pública. “Transformar el futuro”, Montevideo

CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, es una de las herramientas empleadas para lograr una efectiva difusión de los mismos, permitiendo que los usuarios conozcan sus derechos en materia de salud y también los mecanismos por los cuales reclamarlos y/o defenderlos en caso de que sean vulnerados.

Es una recopilación sintética de leyes, decretos, ordenanzas y otras normativas sobre derechos y beneficios que tienen los usuarios y usuarias en materia de salud.

Esta cartilla fue aprobada el 21 de diciembre de 2010, estableciéndose que los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán entregarla a todos los usuarios en el plazo máximo de un año.

La cartilla contiene ocho capítulos que se denominan:

Capítulo I: Afiliación

Capítulo II. Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud

Capítulo III. Cobertura

Capítulo IV. Acceso a los servicios

Capítulo V. Participación e información

Capítulo VI. Historia clínica

Capítulo VII. Consentimiento informado

Capítulo VIII. Deberes de pacientes y usuarios

Ver Anexo N° IV.

## DERECHOS HUMANOS Y CONCEPTO DE SALUD DEL SNIS

### Derechos humanos

“Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia sexo, color, religión o lengua, o cualquier otra condición”.<sup>20</sup>

Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tiene el gobierno de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, con el fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

### Definición de Salud del SNIS:

El concepto de salud elaborado por los especialistas en Administración de Servicios de Salud, Doctores Hugo Villar y Roberto Capote definen que:

“La salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social”<sup>21</sup>

El derecho a la salud obliga a los estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Estas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y nutriente. El derecho a la salud no se limita a estar sano.

---

<sup>20</sup> Extraído de: [Http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx](http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx)

<sup>21</sup> Villar, H y Capote, R. Exposición de motivos. Ley 18221, Montevideo, 2008

Con la reforma en la salud se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el funcionamiento de esta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema

Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley.

Tendrán derecho a la libre elección, a la información asistencial y económica financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación de los organismos de dirección de la renta y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud.

Con la creación del Fondo Nacional de Salud (FNS) se establece que este será el que recibirá y administrará los recursos que se destinen al pago de los prestadores integrales para dar cobertura del plan integral.

Por un lado aportaran FNS de manera obligatoria todos los residentes del país mayores de 18 años, aportando porcentajes de sus ingresos con un mínimo no imponible y a partir de dicho valor todas profesionales, es decir creciente según el tamaño de la familia y según los ingresos.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Identificar la información que tienen los integrantes del equipo de salud de los centros de atención de primer nivel sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud: cambio en los modelos de: Atención, Gestión y Financiamiento.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar si los equipos de salud conocen los pilares fundamentales de la reforma.
- Identificar si los equipos de salud tienen conocimiento sobre el cambio del modelo de Atención.
- Identificar si los equipos de salud tienen conocimiento sobre el cambio vinculado a la Gestión.
- Determinar la información que tienen los equipos de salud respecto al cambio en el modelo de Financiamiento.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### Tipo de estudio:

- Diseño descriptivo de corte transversal.
- Estudio de investigación cuantitativo de tipo No experimental.

### Universo de estudio:

Personal técnico y profesional pertenecientes a ASSE, que se desempeñen en el Primer Nivel de Atención.

### Selección y tamaño de la muestra:

Muestreo Intencional o de Conveniencia. Tomaremos una muestra igual o superior al 40% de Técnicos, profesionales y auxiliares de enfermería pertenecientes a ASSE que se desempeñen en tres centros del Primer Nivel de Atención, en el período comprendido entre el 27 de Noviembre y el 5 de Diciembre del corriente año.

### Criterios de exclusión:

- Funcionarios que se desempeñen en calidad de Internos o Pasantes.
- Funcionarios que no acepten realizar la entrevista

### Instrumentos de investigación a utilizar:

El instrumento que empleamos para recolectar la información fue una entrevista semi estructurada que realizamos a los integrantes de la muestra. Para llevar a cabo lo anteriormente mencionado, elaboramos un formulario (Ver Anexo N° I) el cual contiene preguntas sobre el tema a investigar, el fue aplicado por los propios estudiantes.

Procedimiento para la recolección de información

Entrevista Semi estructurada a cada uno de los funcionarios del Equipo de Salud (Técnicos, Auxiliares de Enfermería y Profesionales); integrantes de la muestra.

Previo a esto se realizó una prueba piloto en un Centro de Salud con las mismas características de la muestra, con la finalidad de evaluar la claridad y fidelidad del cuestionario.

Procesamiento de datos:

El procesamiento de los datos fue realizado mediante operación de tabulación o recuento manual.

Los datos obtenidos fueron presentados en forma de tablas uni-variadas, con cálculo de Frecuencia Relativa Porcentual, gráficos de barra, y el análisis de las mismas.

También presentamos tablas bi-variadas de las variables que consideraremos relevante relacionar.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Nivel de medición</b>
<b>Edad</b>	Periodo cronológico dividido en años desde el momento del nacimiento hasta el momento actual, permite identificar la etapa del ciclo vital	(*)	Cuantitativa Continua
<b>Sexo</b>	Característica anatómica y cromosómica según género.	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
<b>Cargo que ocupa</b>	Puesto que un individuo tiene en su lugar de trabajo.	Doctor Licenciado Obstetra partera Técnico	Cualitativa Nominal

		Auxiliar Enfermería	
<b>Antigüedad en el cargo</b>	Periodo de tiempo expresado en años que desempeña en el cargo.	(*)	Cuantitativa Continua
<b>Manifestación sobre el conocimiento sobre el SNIS</b>	Información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación.	Si No	Cualitativa Nominal
<b>Fuente de información</b>	Origen de la información.	Institución en la cual se encuentra trabajando.  Medios de comunicación.  Otros.	Cualitativa Nominal
<b>Manifestación sobre el conocimiento</b>	Individuos los cuales tienen derecho a la	Criterios de inclusión que cada encuestado	Cualitativa Nominal

<b>de los individuos amparados por el SNIS</b>	protección a la salud por parte del SNIS y acceso a los servicios.	expone para que un individuo sea amparado por el SNIS	
<b>Modelos en los que se basa la reforma del sistema de salud</b>		<p>Conoce: si menciona Atención, Gestión y/o Financiamiento</p> <p>No conoce: no menciona ningún modelo.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>
<b>Estrategia del nuevo Modelo de Atención</b>	Actividades en las cuales se hace énfasis en el SNIS.	<p>1<sup>er</sup> Nivel de Atención</p> <p>2<sup>do</sup> Nivel de Atención</p> <p>3<sup>er</sup> Nivel de Atención</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>
<b>Aspectos en los cuales</b>	Enfoque del nuevo Modelo de	<p>Promoción</p> <p>Prevención</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>

<p><b>hace énfasis el nuevo Modelo de Atención en APS.</b></p>	<p>Atención.</p>	<p>Rehabilitación Tratamiento oportuno Educación en salud</p>	
<p><b>Identificación de los Programas prioritarios de Atención a la Salud</b></p>	<p>Presencia de Programas prioritarios de Atención a la Salud que serán desarrollados por el equipo interdisciplinario.</p>	<p>Conoce: menciona 1 o mas programas. No conoce: no menciona ningún programa.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p><b>Consideración sobre el Modelo de Atención</b></p>	<p>Evaluación personal sobre el Modelo de Atención.</p>	<p>Positivo Negativo</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p><b>Función del MSP</b></p>	<p>Rol que desempeña el MSP en el actual Sistema de Salud</p>	<p>Conoce: menciona una de las funciones No conoce: menciona otra función.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>

<p><b>Función de ASSE</b></p>	<p>Rol que desempeña ASSE en el actual Sistema de Salud</p>	<p>Conoce: menciona prestador de servicio</p> <p>No conoce: menciona otra función.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p><b>Identificación del rol de la JUNASA</b></p>	<p>Datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p><b>Manifestación sobre el conocimiento del financiamiento del SNIS</b></p>	<p>Datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación.</p>	<p>Descripción del encuestado sobre el financiamiento del SNIS</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p><b>Aportes al</b></p>	<p>Información que posee el individuo</p>	<p>Descripción del encuestado sobre</p>	<p>Cualitativa</p>

## Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud

<b>FONASA</b>	sobre los aportes al FONASA	los aportes al FONASA	Nominal
---------------	-----------------------------	-----------------------	---------

\* La definición operacional de esta variable será definida luego de recabados los datos en el cuestionario.

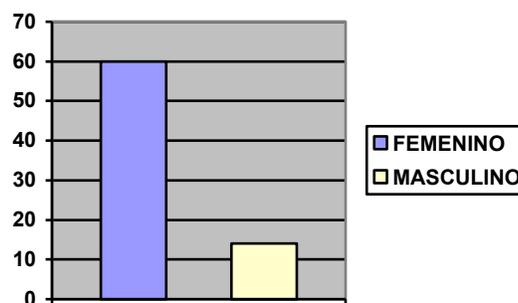
## RESULTADOS

**Fuente:** Entrevistas realizadas al personal profesional, técnico y auxiliares de enfermería pertenecientes a tres Centros de Salud pertenecientes a la Red de Atención Primaria-Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE).

**Tabla N°1:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según Sexo.

SEXO	FA	FR	FR%
FEMENINO	60	81	81%
MASCULINO	14	19	19%
TOTAL	74	100	100%

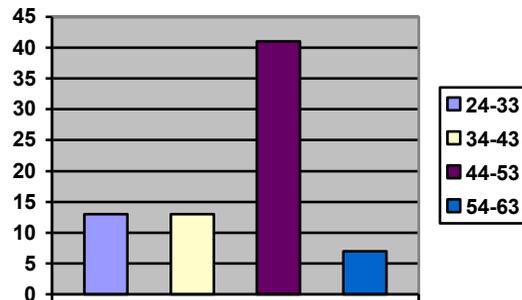
**Gráfico N° 1:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP- ASSE según Sexo.



**Tabla N°2:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según Edad.

EDAD	FA	FR	FR%
24-33	13	18	18%
34-43	13	18	18%
44-53	41	55	55%
54-63	7	9	9%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

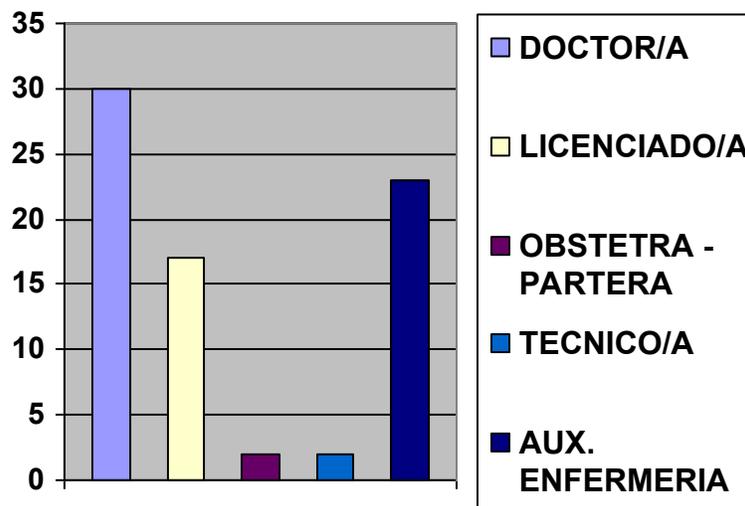
**Gráfico N° 2:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP- ASSE según Edad.



**Tabla N° 3:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP- ASSE según el cargo que ocupa en el centro de salud.

CARGO	FA	FR	FR%
DOCTOR/A	30	40	40%
LICENCIADO/A	17	23	23%
OBSTETRA - PARTERA	2	3	3%
TECNICO/A	2	3	3%
AUX. ENFERMERIA	23	31	31%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

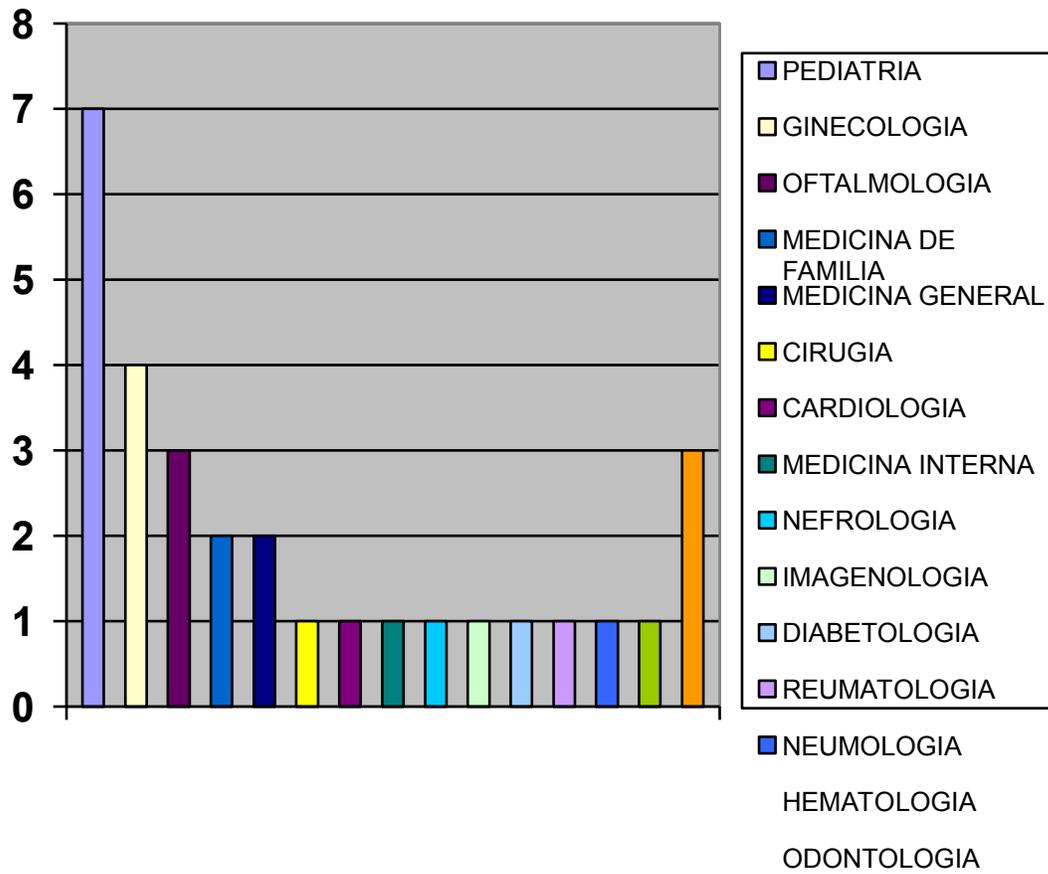
**Gráfica N° 3:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP- ASSE según el cargo que ocupa en el centro de salud.



**Tabla N° 4:** Distribución del personal Doctor según especialidad.

<b>DOCTOR/A EN</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
<b>PEDIATRIA</b>	7	24	24%
<b>GINECOLOGIA</b>	4	14	14%
<b>OFTALMOLOGIA</b>	3	10	10%
<b>MEDICINA DE FAMILIA</b>	2	7	7%
<b>MEDICINA GENERAL</b>	2	7	7%
<b>CIRUGIA</b>	1	3	3%
<b>CARDIOLOGIA</b>	1	3	3%
<b>MEDICINA INTERNA</b>	1	3	3%
<b>NEFROLOGIA</b>	1	3	3%
<b>IMAGENOLOGIA</b>	1	3	3%
<b>DIABETOLOGIA</b>	1	3	3%
<b>REUMATOLOGIA</b>	1	3	3%
<b>NEUMOLOGIA</b>	1	3	3%
<b>HEMATOLOGIA</b>	1	3	3%
<b>ODONTOLOGIA</b>	3	10	10%
<b>TOTAL</b>	30	99	99%

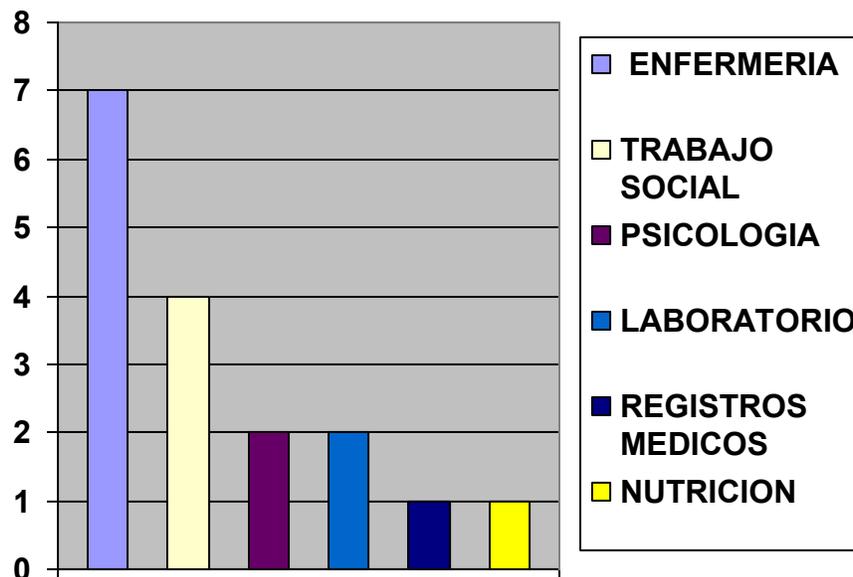
Gráfica N° 4: Distribución del personal Doctor según especialidad.



**Tabla N° 5:** Distribución del personal licenciado según especialidad.

LICENCIADO/A EN	FA	FR	FR %
ENFERMERIA	7	41	41%
TRABAJO SOCIAL	4	24	24%
PSICOLOGIA	2	12	12%
LABORATORIO	2	12	12%
REGISTROS MEDICOS	1	5	5%
NUTRICION	1	5	5%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>99</b>	<b>99%</b>

**Gráfica N° 5:** Distribución del personal licenciado según especialidad.



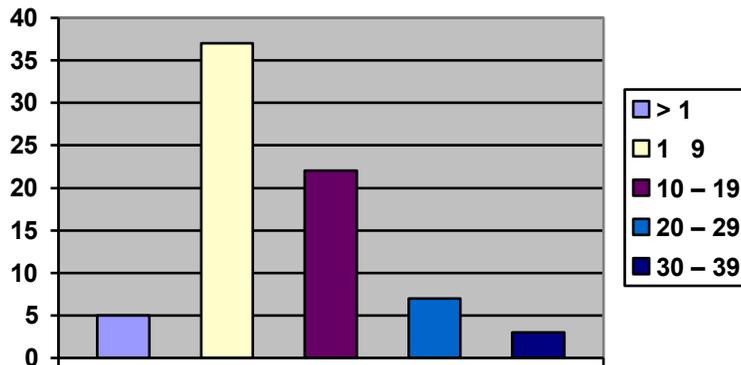
**Tabla N° 6:** Distribución del personal Técnico según especialidad.

TECNICO/A EN	FA	FR	FR%
HIGIENISTA EN ODONTOLOGIA	1	50	50%
PODOLOGIA	1	50	50%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla N°7:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según Antigüedad en el cargo.

ANTIGÜEDAD EN EL CARGO (en años)	FA	FR	FR%
> 1	5	7	7%
1 - 9	37	50	50%
10 - 19	22	30	30%
20 - 29	7	9	9%
30 - 39	3	4	4%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

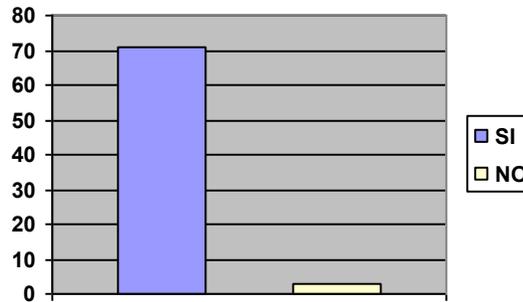
**Gráfico N° 7:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según Antigüedad en el cargo.



**Tabla N°8:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según manifieste conocer el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

CONOCE EL SNIS	FA	FR	FR%
SI	71	96	96%
NO	3	4	4%
TOTAL	74	100	100%

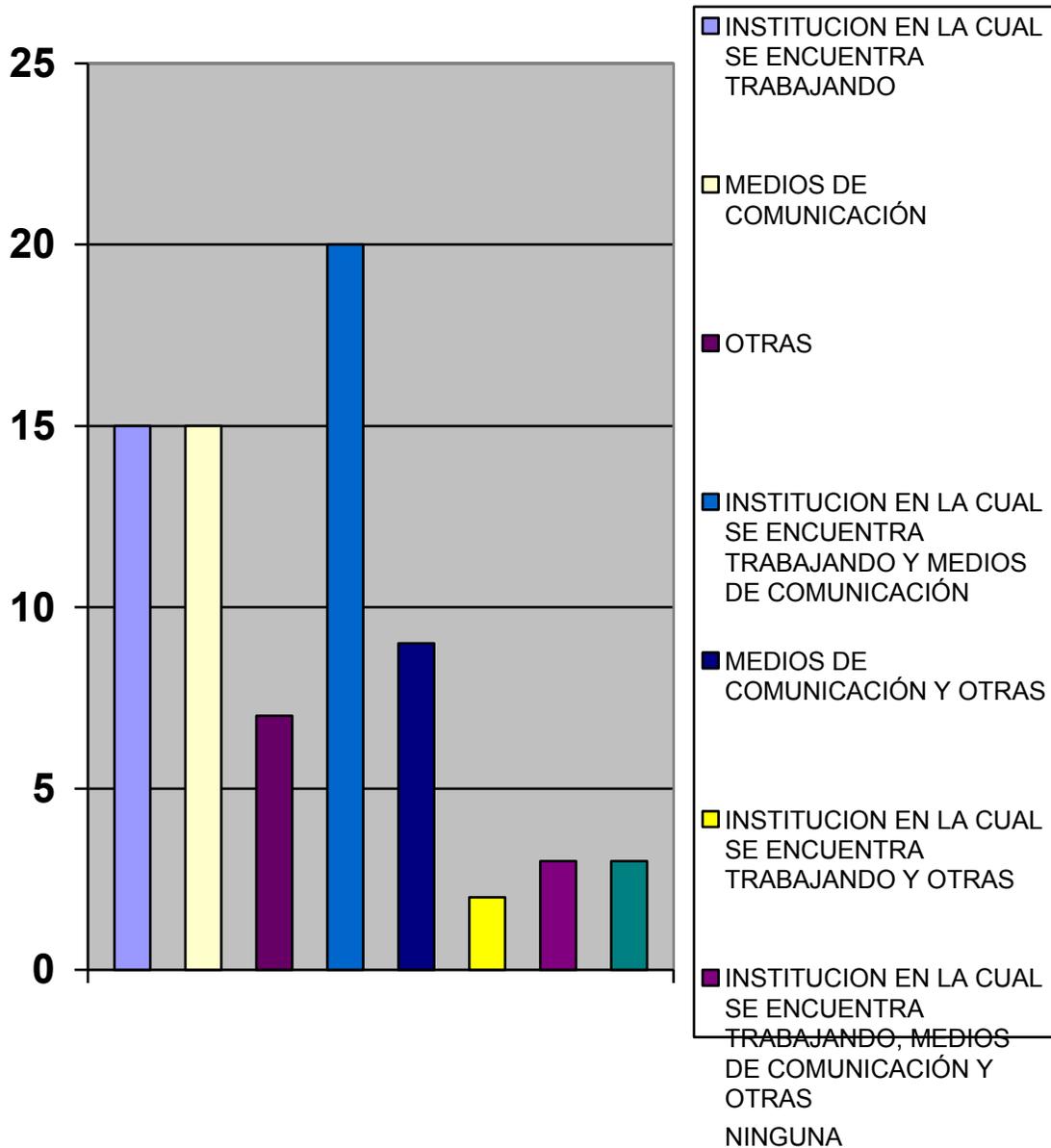
**Grafico N° 8:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a ASSE según manifieste conocer el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).



**Tabla N° 9:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según cual haya sido su fuente de información.

FUENTE DE INFORMACIÓN	FA	FR	FR%
INSTITUCION EN LA CUAL SE ENCUENTRA TRABAJANDO	15	20	20%
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	15	20	20%
OTRAS	7	10	10%
INSTITUCION EN LA CUAL SE ENCUENTRA TRABAJANDO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	20	27	27%
MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y OTRAS	9	12	12%
INSTITUCION EN LA CUAL SE ENCUENTRA TRABAJANDO Y OTRAS	2	3	3%
INSTITUCION EN LA CUAL SE ENCUENTRA TRABAJANDO, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y OTRAS	3	4	4%
NINGUNA	3	4	4%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

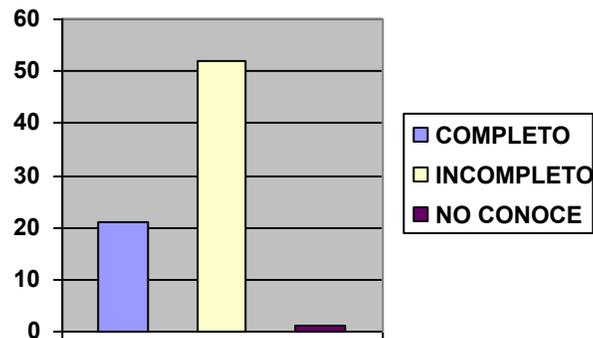
**Gráfico N° 9:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP- ASSE según cual haya sido su fuente de información.



**Tabla N° 10:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento sobre individuos amparados por el SNIS.

INDIVIDUOS AMPARADOS POR EL SNIS	FA	FR	FR%
COMPLETO	21	29	29%
INCOMPLETO	52	70	70%
NO CONOCE	1	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

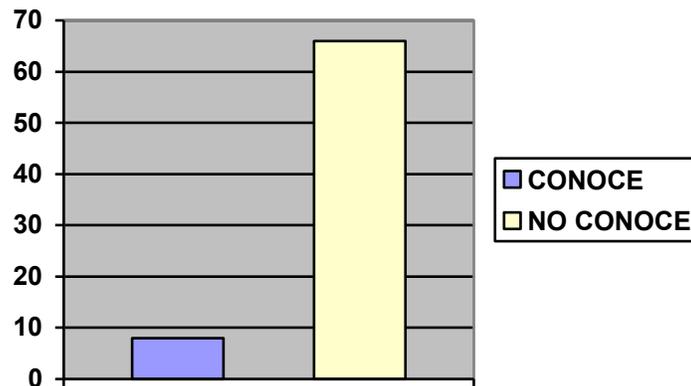
**Gráfica N° 10:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento sobre individuos amparados por el SNIS.



**Tabla N°11:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento sobre los Modelos en los que se basa la reforma del Sistema de Salud.

MODELOS EN LOS QUE SE BASA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD	FA	FR	FR%
CONOCE	8	11	11%
NO CONOCE	66	89	89%
TOTAL	74	100	100%

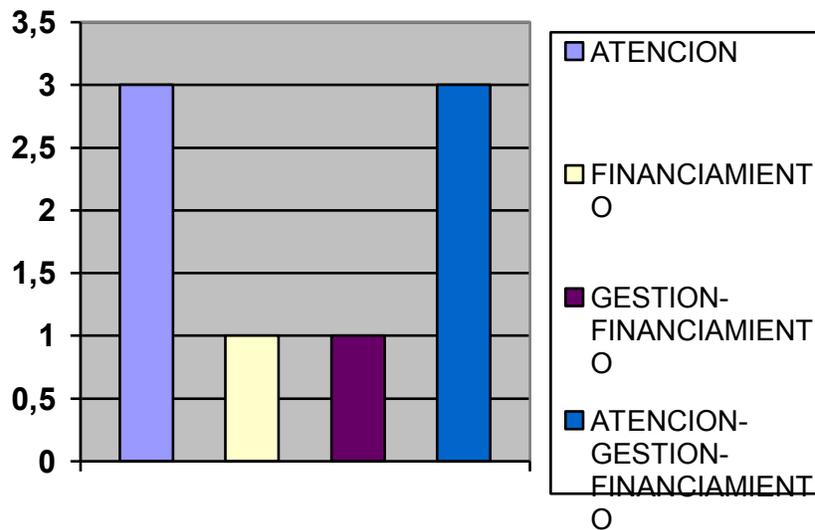
**Gráfica N° 11:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento sobre los Modelos en los que se basa la reforma del Sistema de Salud.



**Tabla N° 12:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP- ASSE según conocimiento de los Modelos en los que se basa la reforma del Sistema de Salud conocen.

CONOCE	FA	FR	FR%
ATENCION	3	38	38%
FINANCIAMIENTO	1	12	12%
GESTION- FINANCIAMIENTO	1	12	12%
ATENCION-GESTION-FINANCIAMIENTO	3	38	38%
TOTAL	8	100	100%

**Gráfica N° 12:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento de los Modelos en los que se basa la reforma del Sistema de Salud más conocidos.



**Tabla N°13:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según manifieste cual es el nivel priorizado en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

NIVEL DE ATENCION PRIORIZADO POR EL SNIS	FA	FR	FR%
PRIMER NIVEL DE ATENCION	72	98	98%
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	1	1	1%
TERCER NIVEL DE ATENCION	0	0	0%
NINGUNO	1	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

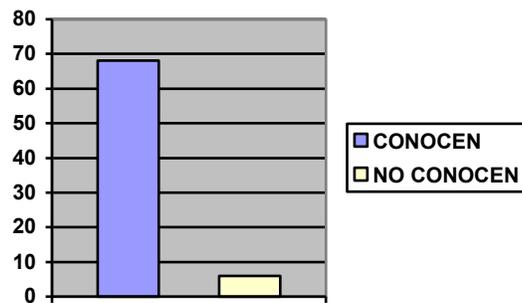
**Tabla N°14:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según el conocimiento que tiene sobre los aspectos en los cuales hace énfasis el nuevo Modelo de Atención en APS.

ASPECTOS EN LOS CUALES HACE ENFASIS EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN APS	FA	FR	FR%
PREVENCION	27	36	36%
PROMOCIÓN	2	3	3%
EDUCACION EN SALUD	3	4	4%
REHABILITACION	0	0	0%
TRATAMIENTO OPORTUNO	0	0	0%
PREVENCION – PROMOCION	25	33	33%
PREVENCION – EDUCACION EN SALUD	7	9	9%
PROMOCION – PREVENCION – EDUCACION EN SALUD	4	5	5%
PREVENCION – TRATAMIENTO OPORTUNO	1	1	1%
REHABILITACION – TRATAMIENTO OPORTUNO	1	1	1%
PROMOCION - REHABILITACION	1	1	1%
PREVENCION – PROMOCION – EDUCACION EN SALUD – TRATAMIENTO OPRTUNO – REHABILITACION	3	4	4%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 15:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a ASSE según conozca los Programas prioritarios de atención a la salud.

PROGRAMAS PRIORITARIOS DE ATENCION A LA SALUD	FA	FR	FR%
CONOCEN	68	92	92%
NO CONOCEN	6	8	8%
TOTAL	74	100	100%

**Gráfica N° 15:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a ASSE según conozca los Programas prioritarios de atención a la salud.

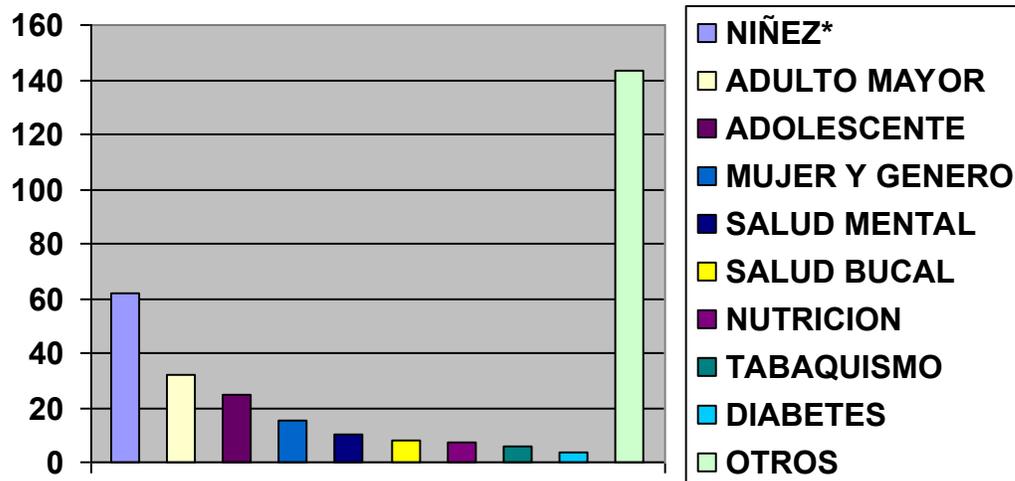


**Tabla N° 16:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación de los Programas prioritarios de atención a la salud más conocidos.

PROGRAMAS	FA	FR	FR%
NIÑEZ*	62	20	20%
ADULTO MAYOR	32	10	10%
ADOLESCENTE	25	8	8%
MUJER Y GENERO	15	5	5%
SALUD MENTAL	10	3	3%
SALUD BUCAL	8	3	3%
NUTRICION	7	2	2%
TABAQUISMO	6	2	2%
DIABETES	4	1	1%
OTROS	143	46	46%
<b>TOTAL</b>	<b>312</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

\* En el Programa Niñez se tomo las respuestas de aquellos que contestaron Aduana o Infancia como correctas.

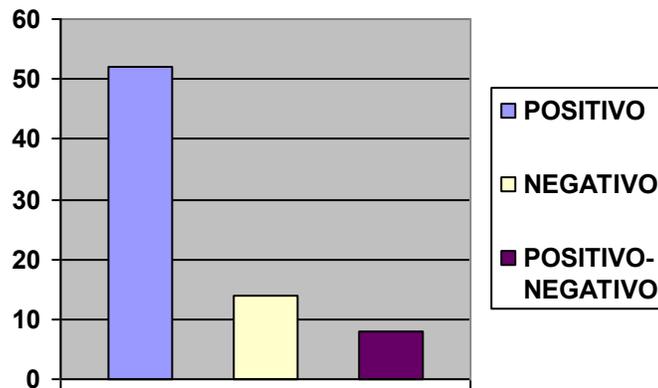
**Gráfica N° 16:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según los Programas prioritarios de atención a la salud más conocidos.



**Tabla N° 17:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según consideración sobre el cambio en el Modelo de Atención.

CONSIDERACIÓN SOBRE EL CAMBIO EN EL MODELO DE ATENCIÓN	FA	FR	FR%
POSITIVO	52	70	70%
NEGATIVO	14	19	19%
POSITIVO-NEGATIVO	8	11	11%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Gráfica N° 17:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según consideración sobre el cambio en el Modelo de Atención.



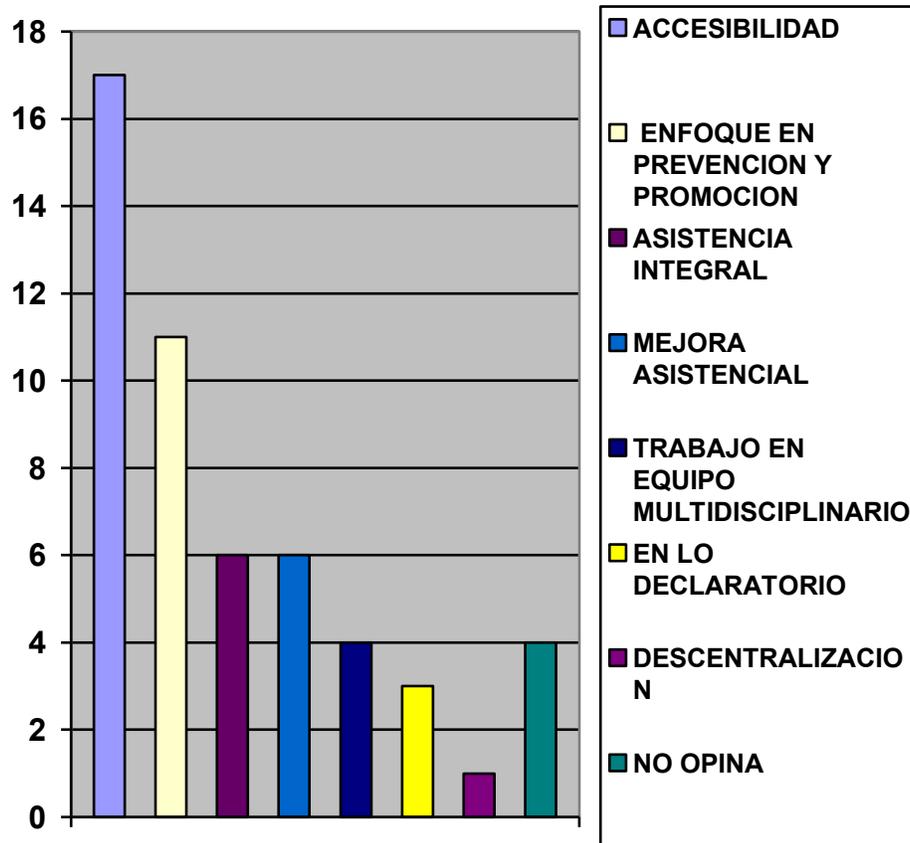
ASPECTOS POSITIVOS DEL SNIS	FA	FR	FR%
-----------------------------	----	----	-----

<b>ACCESIBILIDAD</b>	17	33	33%
<b>ENFOQUE EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN</b>	11	21	21%
<b>ASISTENCIA INTEGRAL</b>	6	11	11%
<b>MEJORA ASISTENCIAL</b>	6	11	11%
<b>TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO</b>	4	8	8%
<b>EN LO DECLARATORIO</b>	3	6	6%
<b>DESCENTRALIZACIÓN</b>	1	2	2%
<b>NO OPINA</b>	4	8	8%
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 18:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería

ería pertenecientes a RAP-ASSE según aspectos en los que consideran positivo el cambio en el Modelo de Atención

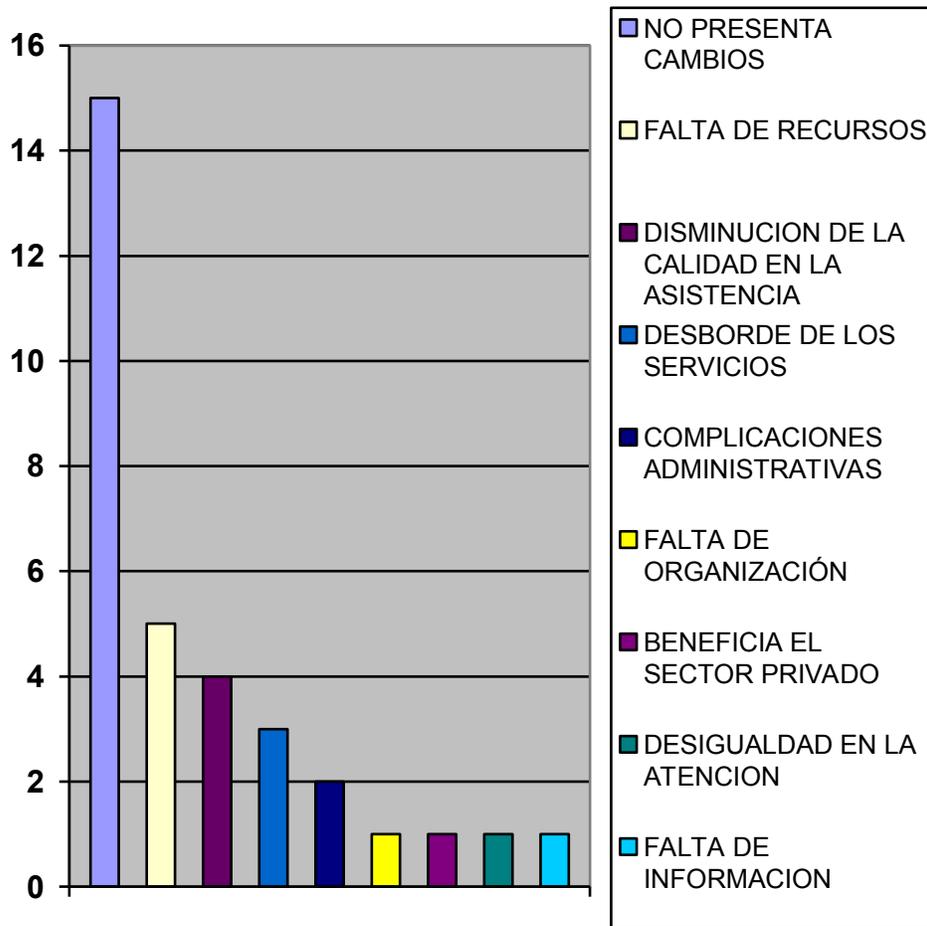
**Gráfica N° 18:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP- ASSE según aspectos en los que consideran positivo el cambio en el Modelo de Atención



**Tabla N° 19:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según aspectos en los que consideran negativo el cambio en el Modelo de Atención

ASPECTOS NEGATIVOS	FA	FR	FR%
NO PRESENTA CAMBIOS	15	46	46%
FALTA DE RECURSOS	5	15	15%
DISMINUCION DE LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA	4	12	12%
DESBORDE DE LOS SERVICIOS	3	9	9%
COMPLICACIONES ADMINISTRATIVAS	2	6	6%
FALTA DE ORGANIZACIÓN	1	3	3%
BENEFICIA EL SECTOR PRIVADO	1	3	3%
DESIGUALDAD EN LA ATENCION	1	3	3%
FALTA DE INFORMACION	1	3	3%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

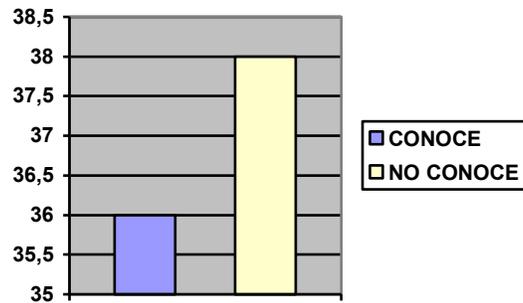
**Gráfica N° 19:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según aspectos en los que consideran negativo el cambio en el Modelo de Atención



**Tabla N° 20:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento de la función del MSP en el SNIS.

FUNCION DEL MSP EN EL SNIS	FA	FR	FR%
CONOCE	36	49	49%
NO CONOCE	38	51	51%
TOTAL	74	100	100%

**Gráfica N° 20:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento de la función del MSP en el SNIS.



**Tabla N° 21:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación de las funciones del MSP.

<b>FUNCION DEL MSP</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
<b>RECTOR</b>	13	14	14%
<b>CONTRALOR</b>	18	19	19%
<b>NORMATIVO</b>	5	6	6%
<b>REGULADOR</b>	18	19	19%
<b>GESTION</b>	3	3	3%
<b>GENERA POLITICAS</b>	3	3	3%
<b>PRESTADOR</b>	3	3	3%
<b>PREVIENE</b>	2	2	2%
<b>BRINDA SERVICIOS</b>	2	2	2%
<b>ORGANIZA</b>	2	2	2%
<b>RIGE</b>	2	2	2%
<b>PROMOCION</b>	2	2	2%
<b>SUPERVISOR</b>	1	1	1%
<b>POLITICA SANITARIA</b>	1	1	1%
<b>REFERENTE</b>	1	1	1%
<b>PROYECTA</b>	1	1	1%
<b>INVESTIGA</b>	1	1	1%
<b>DETECTA</b>	1	1	1%
<b>EJECUTA LAS POLITICAS</b>	1	1	1%
<b>AUTORIDAD MAXIMA</b>	1	1	1%
<b>AUDITORIA</b>	1	1	1%
<b>ABARCA TODO</b>	1	1	1%

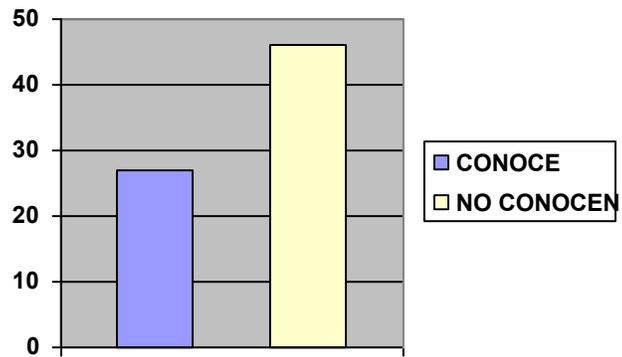
**Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud**

<b>FISCALIZADOR</b>	1	1	1%
<b>VIGILA</b>	1	1	1%
<b>NO CONOCEN</b>	9	10	10%
<b>TOTAL</b>	94	99	99%

**Tabla N° 22:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento de la función de ASSE en el SNIS.

<b>FUNCION DE ASSE</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
<b>CONOCE</b>	27	36	36%
<b>NO CONOCEN</b>	46	64	64%
<b>TOTAL</b>	74	100	100%

**Gráfica N° 22:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento de la función de ASSE en el SNIS.



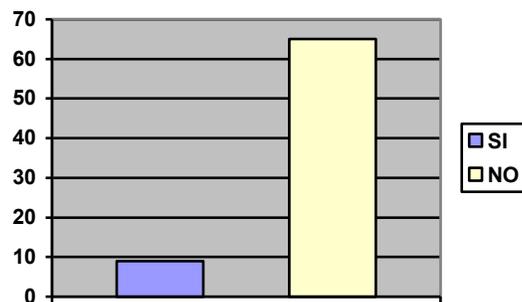
**Tabla N° 23:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación de las funciones de ASSE.

<b>FUNCION DEL ASSE</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
<b>PRESTADOR DE SERVICIO</b>	27	33	33%
<b>EJECUTOR</b>	8	10	10%
<b>CONTROLADOR</b>	7	9	9%
<b>ADMINISTRACION</b>	5	6	6%
<b>CONTRATA FUNCIONARIOS</b>	3	4	4%
<b>SUPERVISION</b>	3	4	4%
<b>REGULA</b>	2	3	3%
<b>GESTIONA</b>	2	3	3%
<b>SERVICIO DE SALUD PUBLICA</b>	2	3	3%
<b>PRIMER NIVEL DE ATENCION</b>	2	3	3%
<b>PARTE DEL MSP</b>	1	1	1%
<b>GARANTIZA LA REFORMA</b>	1	1	1%
<b>COORDINADOR DE LOS PROGRAMAS</b>	1	1	1%
<b>PROMOTOR</b>	1	1	1%
<b>INSTITUCION</b>	1	1	1%
<b>RECAUDAR</b>	1	1	1%
<b>SUPERVICION DE LOS PROGRAMAS</b>	1	1	1%
<b>PRESUPUESTO</b>	1	1	1%
<b>NO CONOCEN</b>	11	14	14%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 24:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación del rol de la JUNASA.

IDENTIFICACION DEL ROL DE LA JUNASA	FA	FR	FR%
SI	9	12	12%
NO	65	88	88%
TOTAL	74	100	100%

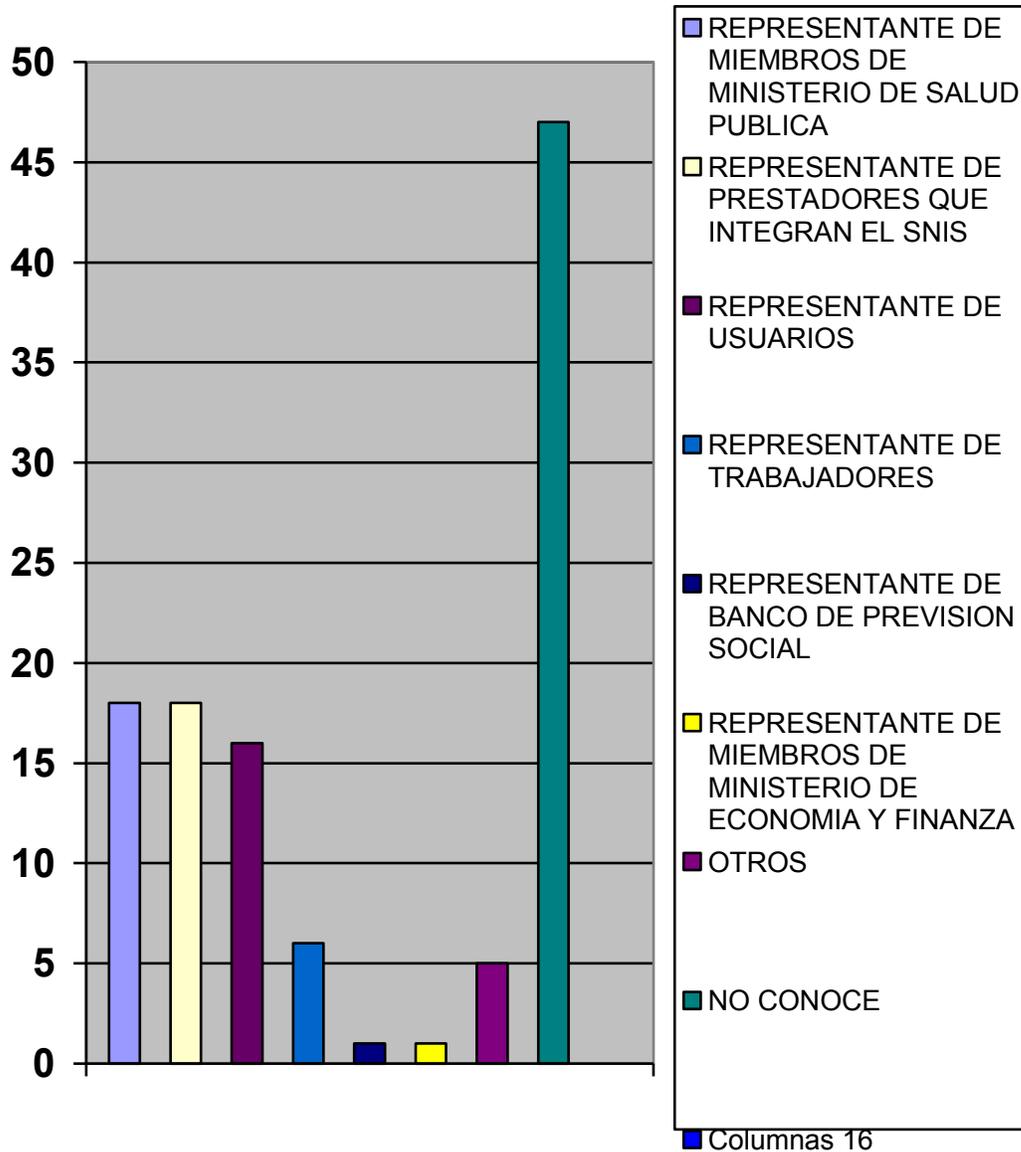
**Gráfica N° 24:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a ASSE según identificación del rol de la JUNASA.



**Tabla N° 25:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación de los integrantes de la JUNASA.

<b>INTEGRANTES DE LA JUNASA</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
<b>REPRESENTANTE DE MIEMBROS DE MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b>	18	16	16%
<b>REPRESENTANTE DE PRESTADORES QUE INTEGRAN EL SNIS</b>	18	16	16%
<b>REPRESENTANTE DE USUARIOS</b>	16	14	14%
<b>REPRESENTANTE DE TRABAJADORES</b>	6	5	5%
<b>REPRESENTANTE DE BANCO DE PREVISION SOCIAL</b>	1	1	1%
<b>REPRESENTANTE DE MIEMBROS DE MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZA</b>	1	1	1%
<b>OTROS</b>	5	5	5%
<b>NO CONOCE</b>	47	42	42%
<b>CONOCE TODOS LOS INTEGRANTES</b>	0	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Gráfica N° 25:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación de los integrantes de la JUNASA.



CONOCE TODOS LOS INTEGRANTES

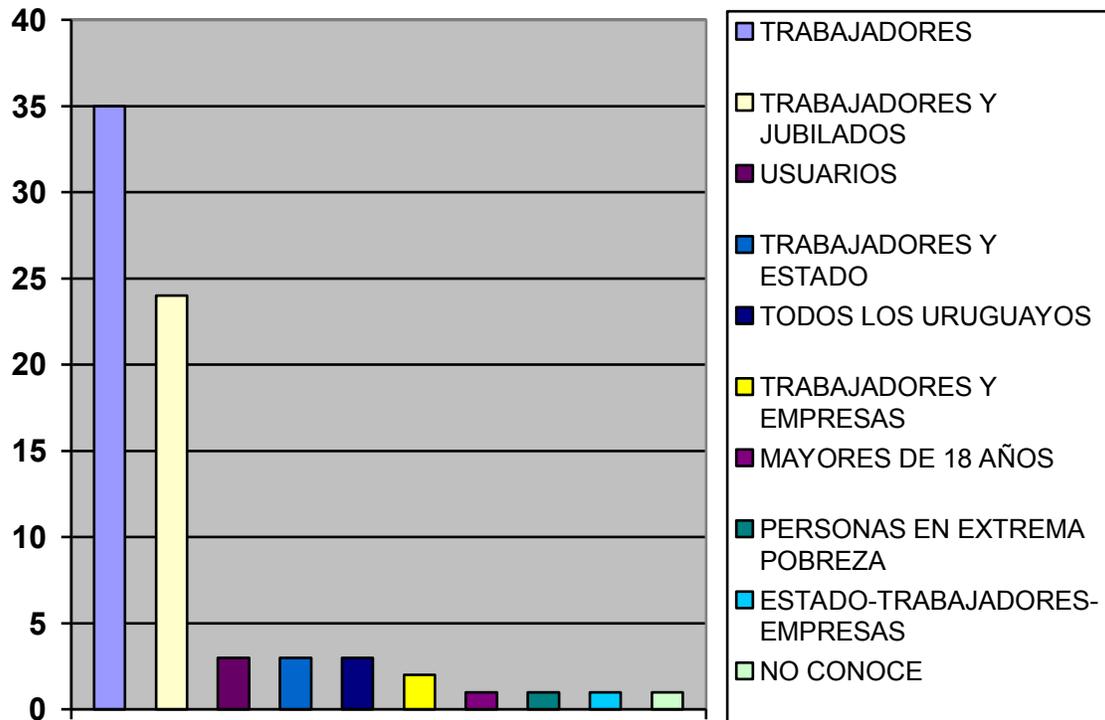
**Tabla N° 26:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según conocimiento del financiamiento del SNIS.

<b>FINANCIAMIENTO DEL SNIS</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
<b>TRABAJADORES</b>	21	29	29%
<b>ESTADO</b>	16	22	22%
<b>TRABAJADORES Y ESTADO</b>	7	9	9%
<b>NO CONOCE</b>	5	7	7%
<b>TODOS LOS URUGUAYOS</b>	4	5	5%
<b>TODOS LOS USUARIOS</b>	4	6	6%
<b>FONASA</b>	3	4	4%
<b>ESTADO-EMPRESAS-TRABAJADORES</b>	3	4	4%
<b>EMPRESAS</b>	2	3	3%
<b>TRABAJADORES-EMPRESAS</b>	2	3	3%
<b>TRABAJADORES-IRPF</b>	1	1	1%
<b>MUTUALISTAS-ASSE</b>	1	1	1%
<b>USUARIOS QUE ELIGEN SALUD PUBLICA</b>	1	1	1%
<b>PODER EJECUTIVO-ASSE</b>	1	1	1%
<b>RENTAS GENERALES</b>	1	1	1%
<b>ESTADO-MSP</b>	1	1	1%
<b>FUNCIONARIOS</b>	1	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>99</b>	<b>99%</b>

**Tabla N° 27:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación de los aportes al FONASA.

<b>APORTES AL FONASA</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
<b>TRABAJADORES</b>	35	47	47%
<b>TRABAJADORES Y JUBILADOS</b>	24	33	33%
<b>USUARIOS</b>	3	4	4%
<b>TRABAJADORES Y ESTADO</b>	3	4	4%
<b>TODOS LOS URUGUAYOS</b>	3	4	4%
<b>TRABAJADORES Y EMPRESAS</b>	2	3	3%
<b>MAYORES DE 18 AÑOS</b>	1	1	1%
<b>PERSONAS EN EXTREMA POBREZA</b>	1	1	1%
<b>ESTADO-TRABAJADORES-EMPRESAS</b>	1	1	1%
<b>NO CONOCE</b>	1	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>99</b>	<b>99%</b>

**Gráfica N° 27:** Distribución del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería pertenecientes a RAP-ASSE según identificación de los aportes al FONASA.



## TABLAS BIVARIADAS

MODELOS EN LOS QUE SE BASA LA REFORMA			
CARGO	CONOCE	NO CONOCE	TOTAL
DOCTOR/A	3	27	30
LICENCIADO/A	6	11	17
OBSTETRA PARTERA	1	1	2
TECNICO	0	2	2
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	22	23
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>63</b>	<b>74</b>

MODELOS EN LOS QUE SE BASA LA REFORMA (Frecuencia Absoluta)			
CARGO	CONOCE	NO CONOCE	TOTAL
DOCTOR/A	4,5	25,5	30
LICENCIADO/A	2,6	14,4	17
OBSTETRA PARTERA	0,3	1,7	2
TECNICO	0	2	2
AUXILIAR DE ENFERMERIA	3,6	19,4	23
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>63</b>	<b>74</b>

Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud

CARGO	CONSIDERACION SOBRE EL MODELO DE ATENCION			
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO-NEGATIVO	TOTAL
DOCTOR/A	21	8	1	30
LICENCIADO/A	14	1	2	17
OBSTETRA PARTERA	2	0	0	2
TECNICO/A	1	0	1	2
AUXILIAR DE ENFERMERIA	14	5	4	23
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>74</b>

CARGO	CONSIDERACION SOBRE EL MODELO DE ATENCION (Frecuencia Absoluta)			
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO-NEGATIVO	TOTALES
DOCTOR/A	21,08	5,67	3,24	30
LICENCIADO/A	11,94	3,22	1,84	17
OBSTETRA PARTERA	1,41	0,38	0,21	2
TECNICO/A	1,41	0,38	0,21	2
AUXILIAR DE ENFERMERIA	16,16	4,35	2,5	23
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>74</b>

Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud

CARGO	FUNCION DEL MSP		
	CONOCE	NO CONOCE	TOTAL
DOCTOR	15	15	30
LICENCIADO	8	9	17
OBSTETRA PARTERA	1	1	2
TECNICO	1	1	2
AUXILIAR DE ENFERMERIA	8	15	23
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>41</b>	<b>74</b>

CARGO	FUNCION DEL MSP (Frecuencia Absoluta)		
	CONOCE	NO CONOCE	TOTAL
DOCTOR/A	13,4	16,6	30
LICENCIADO/A	7,6	9,4	17
OBSTETRA	0,9	1,1	2
TÉCNICO	0,9	1,1	2
AUXILIAR	10,2	12,8	23
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>41</b>	<b>74</b>

**Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud**

<b>CARGO</b>	<b>FUNCION DE ASSE</b>		
	<b>CONOCE</b>	<b>NO CONOCE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>DOCTOR/A</b>	17	13	30
<b>LICENCIADO/A</b>	5	12	17
<b>OBSTETRA PARTERA</b>	0	2	2
<b>TECNICO</b>	0	2	2
<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	5	18	23
<b>TOTAL</b>	27	47	74

<b>CARGO</b>	<b>FUNCION DE ASSE (Frecuencia Absoluta)</b>		
	<b>CONOCE</b>	<b>NO CONOCE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>DOCTOR/A</b>	10,95	19,05	30
<b>LICENCIADO/A</b>	6,21	10,79	17
<b>OBSTETRA</b>	0,72	1,28	2
<b>TÉCNICO</b>	0,72	1,28	2
<b>AUXILIAR</b>	8,4	14,6	23
<b>TOTAL</b>	27	47	74

## ANÁLISIS

El universo de estudio corresponde a una población de 175 funcionarios (según información brindada por Licenciada y Directoras de los centros de salud), de la cual se tomo una muestra de 42% (74 funcionarios). Del universo, 14 se encontraban de licencia en el momento de la ejecución y se negaron a responder el cuestionario 12.

De los datos obtenidos de la muestra se pudo identificar que prevalece el sexo femenino con un total de 81%.

En cuanto al rango etario se identifico una población que abarca desde los 24 a los 63 años, predominando la franja entre los 44 a 53 años con un 55%.

Con respecto al los cargos que ocupan se identifico que dentro de la escala de profesionales un 40% son doctores, siendo la especialidad predominante pediatría con un 23%, ginecología con un 13%; un 23% de licenciados, predominando en enfermería con un 41%, trabajo social con un 24%; siguiendo obstetra partera con un 3%. En cuanto a los técnicos un 3% y auxiliares de enfermería 31%.

De la antigüedad en el cargo destacamos un 50% entre 1 y 9 años, un 30% entre 10 y 19 años, un 9% entre 20 y 29 años, menores a un año 7% y entre 30 y 39 años 4%.

En relación al conocimiento sobre el SNIS el 96% refirió conocerlo, obteniendo la información un 27% de la institución en la cual se encuentra trabajando, y de medios de comunicación, un 20% obtuvo la información solo de la institución en la cual trabaja, al igual que de medios de comunicación.

En cuanto a los individuos amparados por el SNIS, un 70% conoce de forma incompleta, un 29% de forma completa y un 1% no conoce.

El objetivo de la reforma, contempla cambios en tres niveles, atención, gestión y financiamiento, los cuales son los pilares fundamentales de la reforma. De esto se destaca que un 89% de los funcionarios no los conocen, un 11% los conocen y de estos en su mayoría son licenciados, seguido de doctores.

Con la reforma se orientó el cambio hacia un modelo de atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento; priorizando el primer nivel de atención, el cual fue identificado por los funcionarios. Los aspectos identificados en los cuales hace énfasis el nuevo modelo según los funcionarios fueron en primer lugar prevención con un 48%, promoción 26%, educación 12%, rehabilitación 4%, tratamiento oportuno 4% y otras 6%.

Considerando el cambio en el modelo de atención y teniendo en cuenta que este se expresa en el reconocimiento de la salud como un derecho en su interdependencia con los determinantes sociales y ambientales de la salud, y en el desarrollo de políticas que antepone la promoción de la salud y la prevención, requirió de la redefinición y/o formulación de programas prioritarios nacionales de salud.

Un 92% de la población los conocen; de ellos los más conocidos fueron Niñez, Adulto Mayor, Adolescente, Mujer y Género, Salud Mental, Salud Bucal, Nutrición, Tabaquismo y Diabetes. Se destaca que de la población que no conoce los programas algunos de ellos mencionaron actividades que se desarrollan dentro de los mismos.

El cambio en el modelo de atención fue considerado en su mayoría como positivo, en los aspectos de que es un sistema accesible para la población, con un enfoque de promoción a la salud y prevención de enfermedad, asistencia integral y mejora asistencial; en los aspectos negativos se identificó que no presenta cambios, falta de recursos y disminución de la calidad de asistencia.

Con respecto al modelo de gestión cabe destacar que si bien el MSP es el responsable de conducir el proceso de construcción y rectoría del SNIS, ASSE se crea como servicio descentralizado, pasando a ser el principal prestador estatal de atención integral a la salud; y también se crea la JUNASA la cual incorpora un elemento clave como es la participación de los usuarios en la toma de decisiones. Los funcionarios no identificaron la función del MSP en un 51% mientras que un 49% identificó al menos una función, cabe destacar aquí que un 50% los profesionales y técnicos de la salud la conocen mientras que los auxiliares de enfermería en su mayoría no.

En cuanto a la función de ASSE un 64% de la población no la identificó, del 36% que si la conocen, la mayoría son médicos. El rol de la JUNASA no fue identificado en un 88%, mientras que un 58% conoce al menos un integrante de la misma.

En cuanto al financiamiento la mayoría identificó de donde proviene parte del mismo, al igual que los aportes al FONASA. Siendo este modelo de vital importancia para que la prestación de servicios se realice adecuadamente; asegurando el acceso a todas las personas.

## CONCLUSIÓN

Los objetivos planteados al inicio de la investigación fueron cumplidos en su totalidad, logrando identificar la información que tienen los integrantes del equipo de salud de los tres centros de atención de primer nivel sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud: cambio en los modelos de: Atención, Gestión y Financiamiento.

De la muestra estudiada la mayoría refirió conocer la reforma de la salud, a través de la institución en la cual se encuentra trabajando y de medios de comunicación. Es de importancia destacar que al ir avanzando en la entrevista pudimos notar que los funcionarios no conocían adecuadamente la reforma.

En cuanto a los modelos podemos decir que no fueron identificados por gran parte de la muestra; destacando que la población que identifico alguno de los modelos fueron en su mayoría licenciados/as.

Refiriéndonos al modelo de atención identificamos que en su mayoría el cambio fue considerado positivo y conocen el nivel de atención priorizado, no conociendo en gran parte los aspectos en que se hace énfasis, ni los programas del MSP.

Del modelo de gestión se puede decir que no fueron identificadas en su totalidad las funciones del MSP, ASSE y el rol de la JUNASA, así como los integrantes de la misma.

Con respecto al modelo de financiamiento, la mayoría identifico de donde proviene el mismo.

## NORMAS ETICAS

Es de fundamental importancia el establecimiento de normas éticas, ya que estas protegerán tanto al individuo perteneciente a la muestra como al investigador mismo.

Como punto de inicio de la aplicación de las entrevistas, se envió una carta, solicitando autorización para la realización de la investigación a la dirección de la Red de Atención Primaria Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE). Posterior a la autorización de la misma se procedió a concurrir a los Centros de Salud, en los cuales nos entrevistamos con las autoridades de los mismos (Directora, Sub directora y Licenciada en Enfermería) con la finalidad de presentarnos, explicarles en que constaba la investigación y entregar la carta de autorización con la correspondiente firma de la dirección de la RAP-ASSE.

Luego de realizado esto se procedió a realizar las entrevistas.

Al momento de presentarnos frente al individuo se tuvo una actitud de respeto y honestidad frente al mismo, garantizándole la privacidad, confidencialidad y anonimato de su entrevista.

Se solicito a los integrantes de la muestra la firma de un consentimiento informado, para la participación en la investigación.

A continuación se adjunta el consentimiento informado y la carta de autorización firmada por la dirección de la RAP-ASSE.

Consentimiento informado:

Introducción:

Somos estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República y nos encontramos realizando el trabajo final de investigación.

Pedimos su colaboración, para responder unas preguntas que no llevaran demasiado tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Las personas seleccionadas para el estudio fueron al azar.

Muchas gracias por su colaboración.

Carta de autorización:



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA ENFERMERÍA COMUNITARIA



Montevideo, 6 de Noviembre de 2012.

Dirección de la Red de Atención del Primer Nivel De Atención de Montevideo

Dra. Alicia Sosa:

Los que suscriben, estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República nos encontramos realizando el trabajo final de investigación.

Por tal motivo, nos dirigimos a usted para solicitar autorización para realizar una encuesta a médicos, odontólogos, licenciados, técnicos y auxiliares de enfermería de los Centros de Salud Cerro, Claveaux y Badano Repeto. El objetivo de la misma es: conocer la información que tienen los integrantes del equipo de salud de los centros de atención de primer nivel sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los Centros de Salud donde se aplicará la encuesta fueron seleccionados por ser los que cuentan con mayor número de funcionarios y por corresponder cada uno a una región de Montevideo.

Adjuntamos resumen del protocolo e instrumento de recolección de datos y dejamos un teléfono de contacto para aclaración de dudas así como para comunicarnos resolución: 098267323.

Integrantes:

Br. Jimena Llarena, Br. Elsa Ocaño, Br. Andrea Schwarzkopf, Br. Fernando Vespa, Br. Cristina Zubiaurre.

# Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CATEDRA ENFERMERIA COMUNITARIA



Sin otro particular, saludan atentamente las abajo firmantes:

Br. Elsa Ocaño 

Br. Cristina Zubiaurre 

Tutoras: Prof. Agda.(s) Lic. Enf. Esther Lacava

Prof. Agda. (s) Lic. Enf. America Monge

6/11/12. Pase a Prof. Agda. Lic. Prof. Dr. Her. Lacava y Andrea Jofre.  
con mucho interés esperamos el resultado de sus trabajos.  
Deseamos a los grupos de gestión de los C. de Salud bona, telavivense y  
Bardana Repetto.

  
Prof. Alicia Sosa  
Lic. (s) Lic. (s)  
Lic. (s) Lic. (s)  
Lic. (s) Lic. (s)

## BIBLIOGRAFÍA

Ander- Egg E. “Técnica de la investigación”. 21ª ed. Buenos Aires: Hvmánitas.

Hernández Sampieri R, Fernández Callado C, Batista Lucio P. “Metodología de la investigación”. 4ª ed. Mc Grawhill.

Martin Zurro A, Cano Pérez JF. “Atención Primaria. Conceptos y organización práctica clínica”. 3º ed. Barcelona: Mosby Doyma; 1995.

Ministerio de Salud Pública.” La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud”. Uruguay 2005-2009.

Ministerio de Salud Pública. “Transformar el futuro”. Montevideo - Uruguay

Pineda EB, de Alvarado EL, de Canales FH. “Metodología de la investigación”. 2ª ed. OPS; 1994.

Ramos Calero E. “Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas”. Madrid, Valencia; 2000.

Borgia F. La salud en Uruguay: Avances y desafíos por el derecho de la salud a tres años del primer Gobierno Progresista. Disponible en:  
<http://es.scribd.com/doc/6341539/Reforma-Salud> [Fecha de acceso 4 de Marzo de 2012].

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). ¿Qué son los derechos humanos?. OACDH [en línea]. Disponible en:

[Http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx](http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx) [Fecha de acceso 20 de Abril de 2012].

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud. Republica Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Organización Panamericana de la Salud [en línea] Octubre 2009. Disponible en:  
[Http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Uruguay.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay.htm)  
[Fecha de acceso 4 de Marzo de 2012].

Poder Ejecutivo. Exposición de Motivos, Sistema Nacional Integrado de Salud. Ministerio de Salud Publica [en línea]. Disponible en:  
[www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,12398](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,12398) [Fecha de acceso 29 de Mayo de 2012].

Poder Legislativo. Ley 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud. Parlamento [en línea] 2007. Disponible en:  
<http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>  
[Fecha de acceso 20 de Noviembre de 2011].

Sindicato Médico del Uruguay. Sistema Nacional Integrado de Salud. No cuesta más, tickets más baratos, libertad de elección y nadie quedará afuera. Sindicato Médico del Uruguay [en línea] Disponible en:  
<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis.pdf> [Fecha de acceso 26 de Noviembre de 2011].

Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C., Sosa A. "Niveles de Atención y Atención Primaria de la Salud". Archivo Medicina Interna [en línea] Abril 2011. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci_arttext) [Fecha de acceso 2 de Julio de 2012].

### CRONOGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES /MESES	Nov. 201 0- Dic. 201 1	Ener o 201 2	Fe b.	Marz o	Abr il	May o	Ju n.	Jul .	Ago s.	Se t	Oc t.	No v.	Di c.
Trabajo de investigación final													
Asignación del tema													
Revisión Bibliográfica													
Formulación de Pregunta Problema													
Formulación de Objetivos													
Se define Diseño Metodológico													
Se define Variables de estudio													
Se realiza Prueba Piloto													

**Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud**

Aprobación del Protocolo													
Autorización de la Dirección de RAP-ASSE Mdeo.													
Recolección de Datos													
Procesamiento, Tabulación y Análisis de Datos													
Aprobación del Trabajo Final													
Defensa Tesis													

## ANEXOS

### Anexo I: Instrumento de recolección de datos

#### Instructivo:

- 1- Presentación frente al encuestado y solicitud de autorización para realizar la encuesta.
- 2- En caso que el encuestado acceda, se procederá a realizar las preguntas de forma textual.
- 3- De ser posible, buscar un lugar privado, con la finalidad de mantener la confidencialidad de la encuesta.
- 4- Cuando el encuestado no entienda una pregunta, el encuestador deberá repetirla y pedir al encuestado que responda de la mejor manera posible.
- 5- Si la respuesta es del tipo "sí" o "no" y el encuestado continúa sin entender la pregunta, cuando ya se le ha repetido más de una vez, la respuesta debe considerarse como "no" (Pregunta N° 6).
- 6- Se marcará con una cruz (X) la respuesta del encuestado en aquellas preguntas en las cuales se den opciones.
- 7- Las preguntas que presentan espacios en blanco, serán completados por el encuestador con las palabras textuales del encuestado.
- 8- Al finalizar el cuestionario se deja un espacio para posibles aportes u observaciones que pueda sugerir el encuestado.

**Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud**

Montevideo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Cuestionario N°: \_\_\_

- Institución a la que pertenece:
- Sexo: F    M
- Edad:
- ¿Cuál es el Cargo que usted ocupa?

Doctor en: \_\_\_\_\_(Especifique especialidad)

Licenciado en:

Técnico en:

Auxiliar de Enfermería

- ¿Qué antigüedad tiene en su cargo?
- ¿Conoce usted que es el Sistema Nacional Integrado de Salud?

Si                  No

¿Cuál fue su fuente de información?

- Institución en la cual se encuentra trabajando.

- Medios de comunicación (Radio, televisión, diario, internet, etc.)

- Otras

- ¿Qué individuos están amparados por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)?

---

---

- ¿Cuáles son los modelos en los que se basa la Reforma del Sistema de Salud?

---

---

---

Modelo de Atención

- Con respecto al modelo de atención. ¿Cuál es el nivel que se prioriza?
  - Primer nivel de atención
  - Segundo nivel de atención
  - Tercer nivel de atención
- ¿Cuáles son los aspectos en los que hace énfasis el nuevo modelo de atención en APS?

Promoción

Prevención

Rehabilitación

Tratamiento oportuno

Educación en salud

- Existen en el MSP Programas prioritarios de Atención a la Salud.

¿Cuales conoce?

---

---

---

¿Cuales se llevan a cabo en el centro de salud?

---

---

---

- A) ¿Como considera usted el cambio en el Modelo de Atención?

Positivo

Negativo

B) ¿En qué aspectos?

---

---

---

Modelo de Gestión

- ¿Qué función cumple el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el SNIS?

---

- ¿Qué función cumple la Administración de Servicios del Estado (ASSE) en el SNIS?

---

- A) ¿Cual es el rol de Junta Nacional de Salud (JUNASA)?

---

---

---

- B) ¿Quienes la integran?

---

---

---

Modelo de Financiamiento

- ¿Quién financia el SNIS?

---

---

---

---

- ¿Quiénes aportan al Fondo Nacional de Salud (FONASA)?

---

---

---

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

**Anexo II: Ley 18.161, Administración de los Servicios de Salud del Estado**

- Ley Nº 18.161
- *ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO*

SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,  
reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DENOMINACIÓN, PERSONERÍA Y ADMINISTRACIÓN

Artículo 1º.- Créase, con el nombre de Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE), un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.

Este servicio descentralizado sustituye al órgano desconcentrado de igual denominación. Es persona jurídica y tendrá su domicilio principal en la capital de la República sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país.

Artículo 2º.- ASSE será dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros, quienes serán designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República.

Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá, especialmente en cuenta, como condiciones personales, de dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE.

Dentro de los seis meses contados desde la promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo reglamentará la forma en que los usuarios y los trabajadores formularán sus respectivas propuestas.

Durante los primeros tres años de su funcionamiento, ASSE podrá ser dirigida y administrada por los otros tres miembros del Directorio.

## CAPÍTULO II

### COMPETENCIAS, COMETIDOS Y PODERES JURÍDICOS

Artículo 3º.- Las competencias de ASSE son de carácter nacional y se integran con los cometidos y los poderes jurídicos que se establecen en los dos artículos siguientes.

Artículo 4º.- Son cometidos de ASSE:

- A) Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de los enfermos.
- B) Ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia,

evitando superposiciones y/o duplicaciones.

- C) Formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, al que contribuirá en su implementación.
- D) Brindar los servicios de salud establecidos en la Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública y que, hasta la vigencia de la presente ley, eran cumplidos por el órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- E) Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución de la República, así como a quienes se comprometa a brindar servicios para lo que está habilitada, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes de conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Cumplir los cometidos previstos en el literal anterior a través de una organización que cubra y coordine adecuadamente el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, y que abarque las diversas etapas de la atención integral en materia de salud, contribuyendo a la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
- G) Efectuar y mantener actualizado un diagnóstico sobre el estado de salud de sus usuarios y las circunstancias socio-económicas y culturales que puedan

condicionar sus niveles, elaborando las estrategias más adecuadas para la superación de los mismos.

- H) Contribuir, mediante planes adecuados de difusión, al cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida, que ponen en riesgo la salud.

### CAPÍTULO III

#### ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN

Artículo 5º.- El Directorio de ASSE tendrá los siguientes poderes jurídicos:

- A) Administrar el patrimonio y los recursos del organismo.
- B) Disponer -dentro de los límites que establezca el Reglamento General- la descentralización interna o las delegaciones que estime convenientes que permitan asignar a sus unidades asistenciales -regionales y locales- responsabilidades por el logro de objetivos, metas y resultados mediante convenios de gestión acordados, otorgándoles, para ello, suficiente autonomía en la gestión de sus recursos para el más eficaz y eficiente cumplimiento de los cometidos del organismo.
- C) Dictar sus reglamentos internos y, en general, realizar todos los actos jurídicos y operaciones materiales destinados al buen cumplimiento de sus cometidos.
- D) Fijar aranceles y contraprestaciones por sus servicios con aprobación del Poder Ejecutivo.

- E) Efectuar designaciones, promociones y cesantías de funcionarios sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 de la presente ley. Las designaciones requerirán la aprobación del Poder Ejecutivo. El Directorio tendrá la facultad de contratar el personal técnico, administrativo y de servicio que fuere necesario, así como disponer su cese, requiriéndose, en ambos casos, resolución fundada.
- F) Fiscalizar y vigilar todos sus servicios y dictar las normas y reglamentos necesarios para el cumplimiento de los fines del organismo.
- G) Suscribir con otros servicios de salud, públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando siempre la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de los recursos humanos y materiales.
- H) Controlar la calidad de los servicios propios y contratados a terceros.
- I) Ejercer la potestad disciplinaria sobre todo el personal.
- J) Proyectar, dentro del plazo de 180 días, el Reglamento General del organismo, elevándolo al Poder Ejecutivo para su aprobación.

Artículo 6º.- El quórum para que pueda sesionar el Directorio será de tres miembros.

Las resoluciones serán adoptadas por simple mayoría de votos, salvo en los casos en que esta ley o el Reglamento General disponga un determinado número de votos para resolver.

Durante el período a que refiere el inciso cuarto del artículo 2º de la presente ley, el quórum necesario para sesionar será de dos miembros.

Artículo 7º.- Al Presidente le corresponde:

- A) Ejecutar las resoluciones del Directorio.
- B) Adoptar y disponer de inmediato las medidas necesarias y urgentes, dando cuenta al Directorio en la primera sesión y estándose a lo que éste resuelva.
- C) Presidir las sesiones del Directorio y representar a la institución.
- D) Firmar con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe todos los actos y contratos en que intervenga el servicio descentralizado.

El Presidente del Directorio representará al organismo y tendrá las demás facultades que establezca el Reglamento General, que será aprobado por el Poder Ejecutivo a propuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 8º.- Los miembros del Directorio son personal y solidariamente responsables de las resoluciones votadas en oposición a la ley o por inconveniencia de la gestión.

Queda dispensado de esta responsabilidad el Director que hubiere hecho constar en acta su disentimiento y el fundamento que lo motivó. Cuando este pedido de constancia se produzca, el Presidente del Directorio estará obligado a

dar cuenta del hecho, dentro de las 24 horas, al Ministerio de Salud Pública, remitiéndole testimonio del acta respectiva.

Artículo 9º.- Los miembros del Directorio de ASSE no podrán ser nombrados para cargos, ni aun honorarios, que directa o indirectamente dependan de ésta. Esta inhabilitación durará hasta un año después de haber cesado en sus funciones, cualquiera sea el motivo del cese, y se extiende a todo otro cometido, profesional o no, aunque no tenga carácter permanente ni remunerado.

Los miembros del Directorio tampoco podrán ejercer simultáneamente profesiones o actividades que, directa o indirectamente, se relacionen con ASSE.

Las prohibiciones e incompatibilidades señaladas no rigen para las funciones docentes desempeñadas honorariamente en institutos de enseñanza superior.

#### CAPÍTULO IV

##### CONSEJOS ASESORES HONORARIOS

Artículo 10.- Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores.

Artículo 11.- Estos Consejos Honorarios tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones. Todos sus informes serán presentados al Directorio de ASSE, pero no tendrán carácter vinculante.

## CAPÍTULO V

### PATRIMONIO Y RECURSOS

Artículo 12.- El patrimonio de ASSE se integrará de la siguiente manera:

- A) Con los activos y los pasivos de cualquier naturaleza del órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que se transfieren de pleno derecho al servicio descentralizado creado por esta ley. El Ministerio de Salud Pública realizará todas las operaciones necesarias a efectos de registrar las mutaciones dominiales o transferencias respectivas.
- B) Con las donaciones o legados que reciba.
- C) Con las transferencias de activos que a cualquier título le realice el Gobierno Central, las Intendencias Municipales y cualquier otro organismo del Estado.

Artículo 13.- Los recursos de ASSE se integrarán de la siguiente manera:

- A) Con el producido de sus proventos.
- B) Con las donaciones o legados que reciba.
- C) Con un Fondo de Mejoramiento y Ampliación de Servicios que ASSE proyectará y enviará al Poder Ejecutivo dentro de los tres meses siguientes a la instalación de su Directorio.

- D) Con las asignaciones que resulten de su presupuesto, que se elaborará y tramitará según las reglas del artículo 220 y concordantes de la Constitución de la República.
- E) Con los aportes que se establezcan en función de la población atendida por ASSE.
- F) Con las cantidades que puedan corresponder por integrar el Seguro Nacional de Salud previsto en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 14.- Los eventuales excedentes operativos podrán, de acuerdo con las normas del artículo 220 de la Constitución de la República y leyes concordantes, destinarse a:

- A) Financiamiento de inversiones.
- B) Reserva especial con destino a cubrir déficit futuro.
- C) Ser transferidos al Gobierno Central.

Los eventuales déficit operativos se cubrirán:

- A) Por superávit acumulado previamente.
- B) Por créditos que contraiga el organismo.
- C) Por transferencias desde el Gobierno Central, expresamente aprobadas por el Parlamento Nacional.

Artículo 15.- Declárase de utilidad pública la expropiación y el uso de los bienes inmuebles necesarios para el cumplimiento de la presente ley (artículo 32 de la

Constitución de la República y artículo 4° de la Ley N° 3.958, de 28 de marzo de 1912).

Las designaciones de bienes que hubieren de realizarse en los trámites a que alude la citada ley, serán realizadas por el Poder Ejecutivo a propuesta de ASSE.

## CAPÍTULO VI

### RECURSOS HUMANOS

Artículo 16.- ASSE tendrá el personal que, a la fecha de vigencia de esta ley, pertenezca o esté afectado a las unidades ejecutoras del órgano desconcentrado que lleva la misma denominación, sin perjuicio de lo dispuesto por el literal E) del artículo 5° de la presente ley.

El ingreso de personal de cualquier categoría se regirá por las normas generales del Estatuto del Funcionario Público, sin perjuicio de las reglas especiales que se dicten en atención a la índole de sus cometidos (literal E) del artículo 59 de la Constitución de la República).

Dentro de los 120 días, contados desde la vigencia de la presente ley, deberá quedar definido por el Poder Ejecutivo el personal que pertenece a ASSE; en este plazo se atenderá la situación particular de los funcionarios que no pertenecen a la plantilla funcional de ASSE.

Dentro del plazo de 180 días de promulgada la presente ley, el Directorio de ASSE proyectará y elevará el Estatuto del Funcionario, estableciendo identificación de funciones y puestos de trabajo, descripciones de cargos y régimen laboral, sistema de retribuciones, condiciones de ingreso, capacitación y desarrollo, evaluación de desempeño, ascenso, descanso, licencias, suspensión o

traslado, régimen disciplinario y demás componentes de la carrera sanitaria y funcional hasta el egreso definitivo del funcionario, sin perjuicio de la aprobación de una ley marco de esta carrera.

Artículo 17.- Dentro del plazo de 180 días, a contar de la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud Pública, en acuerdo con ASSE distribuirá el personal afectado al Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento de la Oficina Nacional del Servicio Civil.

Artículo 18.- El Ministerio de Salud Pública y ASSE definirán en el plazo de 180 días el personal afectado a cada uno de sus organismos.

Hasta tanto no se lleven a cabo las regularizaciones funcionales previstas en la presente ley, el personal afectado a ASSE no verá afectada su remuneración como consecuencia de la aplicación de la misma.

## CAPÍTULO VII

### PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

Artículo 19.- ASSE dictará dentro del plazo de 180 días, a partir de la vigencia de la presente ley, las disposiciones relativas al procedimiento administrativo en general y disciplinario en particular, sobre la base de los siguientes principios:

- A) Imparcialidad.
- B) Legalidad objetiva.
- C) Impulsión de oficio.
- D) Verdad material.
- E) Economía, celeridad y eficacia.

- F) Informalismo en favor del administrado.
- G) Flexibilidad, materialidad y ausencia de ritualismos.
- H) Delegación material.
- I) Debido procedimiento.
- J) Contradicción.
- K) Buena fe, lealtad y presunción de verdad, salvo prueba en contrario.
- L) Motivación de la decisión.
- M) Gratuidad.

## CAPÍTULO VIII

### DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Artículo 20.- Hasta tanto no se sancione el primer presupuesto para el servicio descentralizado que se crea por esta ley, regirá el que a la fecha de su promulgación tenía el Ministerio de Salud Pública, con destino al órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), incluyendo la totalidad de los créditos presupuestales, cualquiera sea su naturaleza.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 17 de julio de 2007.

**Anexo III: Ley 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud**

- **Ley Nº 18.211**
- **SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**

NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y  
FINANCIACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,  
reunidos en Asamblea General,

**DECRETAN:**

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3º.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.

- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad

definidos y áreas territoriales.

- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Artículo 5º.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley, compete al Ministerio de Salud Pública:

- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional

Integrado de Salud.

- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6º.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7º.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8º.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9º.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, promoverá y evaluará que el desarrollo profesional

continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

## CAPÍTULO II

### INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.
- B) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el artículo 23 de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11 de la presente ley, la Junta

Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del artículo 5º y en los artículos 12 y 13 de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

- A) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
- B) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica.  
Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes
- C) inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

Artículo 20.- Los profesionales y entidades que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o entidades se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o entidades que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre 30 UR (treinta unidades reajustables) y 500 UR (quinientas unidades reajustables) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de

los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Artículo 22.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo VII de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

- 1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y
- 2) Aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero-patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario.

Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

### CAPÍTULO III

#### JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 23.- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 24.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

- A) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.
- B) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 25.- La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.
- B) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- C) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.
- D) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la Ley N° 17.060, de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

Artículo 26.- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del artículo 25 de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Artículo 27.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 28.- Compete a la Junta Nacional de Salud:

- A) Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.
- B) Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que

se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.

- C) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- D) Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
- E) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.
- F) Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
- G) Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 29.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

- A) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Junta.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.

- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 30.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.

En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 31.- Créase dentro del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" el Programa "Administración del Seguro Nacional de Salud" dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

Artículo 32.- Facultase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud deberá elevar anualmente al Poder Ejecutivo una rendición de cuentas de la administración del Seguro Nacional de Salud, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio.

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

## CAPÍTULO IV

### RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 35.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o

alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 39.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Artículo 40.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 41.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los treinta días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Ésta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

Artículo 42.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 41 de la presente ley.

Artículo 43.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refieren los artículos 41 y 42 de la presente ley, podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden

servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

## CAPÍTULO V

### COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 45.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.

D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descritas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Artículo 46.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

Artículo 47.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, serán convenidas entre prestadores y

usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 48.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

Los servicios complementarios de asistencia médica a que refiere el literal A) del artículo 7° del Decreto N° 7/976, de 8 de enero de 1976, que abona el Banco de Previsión Social, alcanzan exclusivamente a las personas comprendidas en el artículo 8° del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, modificado por el artículo 1° de la Ley N° 15.953, de 6 de junio de 1988, incluidas en el literal A) del artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007.

## CAPÍTULO VI

### USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 49.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación de la presente ley establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Artículo 50.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

- A) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.
- B) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 45 de la presente ley.
- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- D) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.
- E) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.
- F) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- G) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 52.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.
- B) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.
- C) Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.
- D) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.
- E) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.
- F) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 54.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

## CAPÍTULO VII

### FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Artículo 56.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

Artículo 57.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1º de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1º de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el artículo 60 de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatorio y gestión coactiva.

Artículo 58.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de

Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 59.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial", se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuestas en los incisos precedentes, así como el resultante del artículo 8° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de unidad ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 60.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

- A) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- B) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- C) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- D) Aportes obligatorios de pasivos.
- E) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.
- F) El porcentaje previsto en el artículo 22 de la presente ley.
- G) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.
- H) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 61.- El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la Ley N° 16.320, de

1º de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la Ley N° 15.852, de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las Leyes N° 16.320, de 1º de noviembre de 1992, y N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán el 45% (cuarenta y cinco por ciento) de la cuota mutual y aquellos que se encuentren en la situación a que refiere el artículo 64 de la presente ley, aportarán el 60% (sesenta por ciento) del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley N° 16.320, de 1º de noviembre de 1992.

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes (Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, y Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, y en la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
  
- B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
  
- C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el artículo 4° de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.
- B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 62.- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los artículos 61 y 66 de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el artículo 61 de la

presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

Artículo 63.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1º de enero de 2008.

Artículo 64.- Los aportes a que hacen referencia los artículos 61, 62, 70 y 71 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 50 de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de

fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

Artículo 65.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

Artículo 66.- Los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el Seguro Nacional de Salud a que refieren los artículos 62, 70 y 71 de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Artículo 67.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 61 de la presente ley, las personas a que se refiere el artículo 18 de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el artículo 66 de la presente ley.

Artículo 68.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", del Inciso 16 "Poder Judicial", del Inciso 25

"Administración Nacional de Educación Pública", del Inciso 26 "Universidad de la República", del Inciso "Administración de los Servicios de Salud del Estado", del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores, y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior". Asimismo, quedarán incorporados a partir de dicha fecha, los beneficiarios del subsidio transitorio por incapacidad parcial establecido en el artículo 22 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del artículo 220 de la Constitución de la República, para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley.

Artículo 69.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, así como los afiliados a la Caja Notarial de

Seguridad Social a que refieren los literales B), C), D) y E) del artículo 43 de la Ley N° 17.437, de 20 de diciembre de 2001, y los amparados en lo dispuesto por los artículos 337 a 342 de la Ley N° 13.318, de 28 de diciembre de 1964, y sus modificativas (CHASSFOSE), que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1° de enero de 2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Facultase al Poder Ejecutivo a dar el mismo tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente ley.

Artículo 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.

En caso de que los ingresos a que refiere el inciso anterior hayan quedado incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, las referidas alícuotas se calcularán sobre la base imponible de dicho tributo.

Lo dispuesto precedentemente se aplicará de acuerdo a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la presente ley; a los aportes resultantes se le adicionarán

los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

La obligación de aportar, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1° de enero de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.

Artículo 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, 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, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten solamente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 31 de diciembre de 2010. A partir del 1° de enero de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 72.- Facultase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al 1° de enero de cada uno de dichos años.

Artículo 73.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales A), B) y C) del artículo 3° de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo 74.- Facultase al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los artículos 61 y 66 de la presente ley.

## CAPÍTULO VIII

### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 75.- Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Artículo 76.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Facultase al Poder Ejecutivo a dictar las normas reglamentarias necesarias que viabilicen la transición hacia el sistema que regirá a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 77.- La presente ley regirá a partir del 1° de enero de 2008.

**Reforma del Sistema de Salud y Sistema Nacional Integrado de Salud**

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 21 de noviembre de 2007.

ALBERTO COURIEL,

Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,

Secretarios.

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO

AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 5 de diciembre de 2007.

**Anexo IV:** Cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud.

CAPÍTULO I. Afiliación

ARTÍCULO 1º.- (Usuarios o pacientes) Son pacientes o usuarios de servicios de salud tanto los habitantes residentes en el país como las personas no residentes en el mismo que adquieran el derecho a utilizar dichos servicios.

ARTÍCULO 2º.- (Elección del prestador) La elección del servicio de salud es libre, en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Los usuarios deberán inscribirse en la institución de su preferencia, en forma personal y en sus oficinas autorizadas al efecto por el Ministerio de Salud Pública. El formulario de afiliación deberá contar con la firma del usuario y la del funcionario que la recibió.

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

CAPÍTULO II. Beneficiarios

ARTÍCULO 4º.- (Derecho a no ser rechazado).- Ningún paciente o usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud podrá ser rechazado por los servicios de salud que integren el mismo.

En caso de perder esa condición, dentro de los 30 (treinta) días subsiguientes podrán optar por permanecer como afiliados individuales en la misma Institución. Si no hacen esa opción ni usan los servicios, la Institución no podrá reclamarles pago alguno.

ARTÍCULO 5º.- (Hijos) Los hijos de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud que sean menores de 18 (dieciocho) años, o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o concubino a cargo, tienen derecho al mismo amparo. Deberán ser inscriptos por sus padres, tutores, curadores o titulares de guarda concedida judicialmente, en Instituciones de salud que integren el Seguro Nacional de Salud.

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

Si al momento del parto los padres, tutores, curadores o titulares de la guarda concedida judicialmente, hubieran perdido la cobertura del Seguro Nacional de Salud o no pudieran transmitirla por tenerla a través de sus propios responsables, el recién nacido gozará de la cobertura de dicho seguro hasta el último día del mes siguiente al del nacimiento y a partir de ese momento, el servicio de salud no

podrá rechazarlo si sus responsables deciden mantenerlo afiliado al mismo, pagando por los servicios que reciba.

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud podrán optar por amparar en el mismo, en cualquier momento, a sus hijos desde los 18 (dieciocho) y hasta cumplir los 21 (veintiún) años, pagando a la Institución de salud la cuota bonificada que determine el Poder Ejecutivo, de conformidad con las disposiciones vigentes. A tal efecto, podrán mantenerlos en los mismos prestadores que tenían como menores de edad o elegir para ellos otro de los que integran el Seguro Nacional de Salud. Cumplidos los 21 (veintiún) años, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 4 de la presente Cartilla.

ARTICULO 6°.- (Seguros Integrales de Salud) Tratándose de Seguros Integrales de Salud autorizados por el Ministerio de Salud Pública para integrar el Seguro Nacional de Salud, lo dispuesto en el Artículo 4 y en los Incisos 2,3 y 4 del Artículo 5 de la presente Cartilla, estará condicionado por el Contrato que el usuario haya celebrado con los mismos, en virtud del régimen de libre contratación que los ampara.

ARTÍCULO 7°.- (Cónyuges y concubinos) Los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud podrán incorporar al mismo a cónyuges y concubinos a cargo, en los plazos y condiciones que determinen las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

ARTÍCULO 8°.- (Retiro incentivado) Mientras perciban retiro incentivado, los trabajadores podrán optar, en los términos de las normas vigentes, por conservar el amparo del Seguro Nacional de Salud, para sí y para las personas respecto de

las que generen el mismo derecho, realizando los aportes correspondientes al Fondo Nacional de Salud.

ARTÍCULO 9°.- (Seguro de paro) Los trabajadores acogidos al Seguro de Desempleo conservarán el amparo del Seguro Nacional de Salud mientras dure el mismo, al igual que las perronas para quienes generen ese derecho.

ARTÍCULO 10°.- (Jubilados) Los trabajadores dependientes y no dependientes amparados por el Seguro Nacional de Salud, conservarán el mismo amparo cuando se jubilen, siempre que no justifiquen tener otra cobertura de salud de nivel similar, aunque en cualquier caso deberán realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre su haber jubilatorio, de acuerdo a la composición de su núcleo familiar.

Mientras se encuentren tramitando dicha jubilación y siempre que cumplan los requisitos determinados por el Banco de Previsión Social para que pueda presumirse que alcanzarán ese beneficio, conservarán la cobertura del Seguro Nacional de Salud por un plazo de hasta seis meses.

ARTICULO 11°.- (Movilidad) Los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud podrán cambiar de Institución de salud en las condiciones y plazos que autorice el Poder Ejecutivo, realizando el trámite en forma personal y en las oficinas de la Institución a la que pretendan ingresar, autorizadas al efecto por el Ministerio de Salud Pública.

Los afiliados a Instituciones de salud privadas en cualquier momento podrán cambiarse a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), solicitando su registro ante la misma.

Los afiliados a Instituciones públicas o privadas podrán cambiarse en cualquier momento a un Seguro Integral de los que integran el Seguro Nacional de Salud, pero cuando quieran egresar de él deberán volver al prestador que tenían con anterioridad.

El cambio de uno a otro de dichos Seguros Integrales es libre en todo momento.

Las solicitudes excepcionales de cambio de Institución de salud por las causas que

habilite la reglamentación vigente, deberán presentarse ante el Banco de Previsión Social y serán resueltas por la Junta Nacional de Salud.

### *CAPÍTULO III. Cobertura*

ARTÍCULO 12°.- (Prestaciones incluidas) Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud con derecho a atención integral de salud, recibirán como mínimo las prestaciones incluidas en el Catálogo de Prestaciones (Plan Integral de Atención a la Salud), que tiene como marco de referencia los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública y aprobados por el Poder Ejecutivo. Incluye acciones de promoción, protección, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, y puede ser consultado en el sitio web del Ministerio de Salud Pública: <http://www.msp.gub.uy>.

La atención de salud de tipo parcial, estará sujeta a los acuerdos que celebren los usuarios con los servicios de salud, en el marco de las disposiciones vigentes.

ARTÍCULO 13°.- (Medicamentos) La atención integral de salud comprende el acceso a los Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del

pago a cargo del usuario o paciente de las tasas moderadoras que autorice el Poder Ejecutivo. El acceso a Medicamentos no incluidos en dicho formulario, de no estar tampoco en el Vademécum institucional del prestador, se regirá por el régimen de libre contratación.

ARTÍCULO 14°.- (Prestaciones no incluidas) El derecho de los usuarios y pacientes a ser informados sobre otros recursos de atención médica disponibles en la Institución de salud donde se atienden, no incluidos en las prestaciones que obligatoriamente debe proporcionarles la misma, no implica para el prestador ni para el Estado la obligación de garantizarles el acceso a los mismos, a menos que así lo convengan con dicha Institución en régimen de libre contratación.

ARTÍCULO 15°.- (Drogodependencia) Usuarios y pacientes tienen derecho a recibir atención en materia de drogodependencia que incluya: apoyo presencial o telefónico durante las 24 (veinticuatro) horas, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria e internación por intoxicación severa.

ARTÍCULO 16°.- (Salud Sexual y Reproductiva) Usuarios y pacientes tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, que formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje universal, amigable, inclusivo, igualitario, integral, multidisciplinario, ético, calificado y confidencial.

ARTÍCULO 17°.- (Violencia doméstica y sexual) Usuarios y pacientes tienen derecho a atención y derivación oportuna cuando en la consulta médica se detecte violencia física, psicológica o sexual.

ARTÍCULO 18°.- (Prevención del cáncer genitomamario) Las mujeres de entre 21 (veintiún) y 65 (sesenta y cinco) años tienen derecho a un estudio gratuito de Papanicolaou con fines preventivos cada 3 (tres) años. Las que tengan entre 40 (cuarenta) y 59 (cincuenta y nueve) años también tienen derecho a un estudio gratuito de mamografía cada 2 (dos) años.

ARTÍCULO 19°.- (Embarazo) Las mujeres embarazadas tienen derecho a exoneraciones y beneficios en el pago de tasas moderadoras por los controles y estudios paraclínicos incluidos en el protocolo de control de embarazo, cuyo detalle puede consultarse en el sitio web del Ministerio de Salud Pública <http://www.msp.eub.uy> y en la Institución de salud correspondiente.

ARTÍCULO 20°.- (Parto) Las mujeres tienen derecho a estar acompañadas durante el trabajo de parto, el parto (incluyendo las cesáreas, de acuerdo a las posibilidades y limitaciones del evento obstétrico) y el nacimiento por una persona de su confianza o, en su defecto, a su libre elección por una especialmente entrenada par a darles apoyo emocional.

ARTÍCULO 21°.- (Controles gratuitos ^ menores) Los menores de 18 (dieciocho) años tienen derecho a controles gratuitos de acuerdo a pautas de los Programas Nacionales de Salud de la Niñez, Adolescencia, Mujer y Género, Bucal y Ocular, cuya extensión podrá consultarse en el sitio web del Ministerio de Salud Pública <http://www.msp.gub.uy> y en el del servicio de salud correspondiente.

Los menores de 18 (dieciocho) años amparados por el Seguro Nacional de Salud tienen derecho a internación psiquiátrica sin límite de tiempo.

ARTÍCULO 22°.- (Beneficios especiales por patologías) Los usuarios y pacientes con patologías oncológicas, hipertensos y diabéticos tienen derecho a contar con actividades de prevención secundaria y un plan de seguimiento establecidos en las guías y protocolos institucionales y nacionales que los referencien a un equipo de salud que les de seguimiento y realice los registros asistenciales correspondientes en su Historia Clínica.

Hipertensos, diabéticos y psiquiátricos también tienen derecho a beneficios en materia de tasas moderadoras, cuya extensión puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud Pública <http://www.msp.gub.uy> y en el del servicio de salud correspondiente.

ARTÍCULO 23°.- (Beneficios para jubilados) Los jubilados amparados por el Seguro Nacional de Salud, tienen derecho a beneficios en materia de tasas moderadoras, cuya extensión puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud Pública <http://www.msp.gub.uy> y en el del servicio de salud correspondiente.

ARTÍCULO 24°.- (Carné de salud) El Carné de Salud podrá ser obtenido en forma gratuita cada dos años por los usuarios a los que les sea exigible por sus actividades laborales. Para ello, dichos usuarios deberán haber tenido en los últimos 12 (doce) meses consulta con médico general y haberse realizado las rutinas de control requeridas por las normas vigentes para la obtención del mismo.

En los demás casos, los usuarios deberán pagar por la obtención del carné de salud la tasa moderadora que autorice el Poder Ejecutivo.

En todos los casos, los usuarios deberán pagar el aporte a la Caja de Profesionales Universitarios.

Asimismo, los usuarios tienen derecho a que se les otorguen, sin costo adicional, los Carné de Salud establecidos por la autoridad sanitaria (Carné de Salud del Niño/a, del/la adolescente, del Adulto Mayor, etc.).

ARTÍCULO 25°.- (Estudios especiales) Los usuarios que gestionen ante el Banco de Previsión Social un subsidio o jubilación por incapacidad laboral, tendrán derecho a que el servicio de salud les realice los estudios de diagnóstico necesarios a esos efectos, siempre que los mismos estén incluidos en la cobertura de salud a la que tengan derecho, según lo establecido en el Artículo 12 de la presente Cartilla.

#### CAPÍTULO IV. Acceso a los servicios

ARTÍCULO 26°.- (Derechos) Los pacientes y usuarios tienen derecho a:

- a) Conocer y ejercer sus derechos, con asesoramiento y apoyo, en su caso, del servicio de salud correspondiente.
- b) Que se les facilite el acceso y uso de los servicios de salud, incluyendo las plantas físicas donde funcionen, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades.
- c) Ser oídos y atendidos en un ambiente adecuado y en forma oportuna.
- d) Recibir un trato respetuoso y digno, que incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud.

ARTÍCULO 27°.- (Coordinación de consultas) Los servicios de policlínica de Medicina General, Pediatría y Ginecología deberán estar disponibles como mínimo,

en la sede principal del servicio de salud, de lunes a viernes de 8 (ocho) a 20 (veinte) horas y los sábados de 8 (ocho) a 14 (catorce) horas.

La coordinación de horas para todo tipo de consultas se podrá hacer en forma telefónica como mínimo, en los mismos días y horarios.

ARTÍCULO 28°.- (Tiempos de espera) Los servicios de salud de todo el país, deberán

otorgar cita para consulta externa en Medicina General, Pediatría y Ginecobstetricia, en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde el momento de la solicitud.

El plazo máximo de espera para consulta externa de Cirugía General será de de 2 (dos) días desde la fecha de la solicitud.

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.

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.

#### *CAPÍTULO V. Participación e información*

ARTICULO 29°.- (Participación) Los usuarios tienen derecho a participar, a través de los representantes que elijan por voto secreto, en los Consejos Consultivos y Asesores de Los servicios de salud.

Para ser electores deberán tener una antigüedad ininterrumpida mínima en la Institución de un año y de dos años para ser elegibles.

En el caso de las Instituciones de salud que aseguren la integración en sus órganos de gobierno de representantes de los usuarios, éstos tendrán derecho a ser informados sobre las condiciones para participar a ese nivel.

ARTÍCULO 30°.- (Información) Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir información sobre:

- a) Nombres, especialidades, días y horarios de consulta de los profesionales que se desempeñan en el servicio de salud, así como nombres, cargos y funciones de cualquier trabajador de la salud que participe en la atención que se le brinde.
- b) Políticas de salud y programas de atención integral que se implementan en el Sistema Nacional Integrado de Salud; servicios que presta la Institución y condiciones de acceso a los mismos en todo el territorio nacional y eventualmente fuera de él; prestaciones de salud comprendidas y excluidas de acuerdo a la extensión de la cobertura que les corresponda; precios de las tasas moderadoras que el prestador esté autorizado a cobrar; precios de las prestaciones no incluidas en la cobertura que deba brindarles el prestador obligatoriamente o en la que hayan contratado; resultados asistenciales y económico - financieros de la Institución; forma de acceso al sitio web del prestador, entre otras.

ARTÍCULO 31°.- (Petición y reclamaciones) Los usuarios y pacientes también tienen derecho a:

Presentar ante la Institución de salud y/o ante el Ministerio de Salud Pública sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos que estimen pertinentes y a que se agoten todas las etapas del procedimiento que corresponda, de conformidad con las disposiciones vigentes, así como a la confidencialidad de todo el proceso y a la protección de los datos personales en los términos de las disposiciones vigentes.

Dichas gestiones serán canalizadas a través de las oficinas de atención al usuario de las respectivas Instituciones de salud y/o a través de la propia del Ministerio de Salud Pública.

Poner en conocimiento de las gestiones a que refiere el literal anterior al Consejo Consultivo y Asesor de la Institución de salud, a través de sus representantes en el mismo o, en su caso, a sus representantes en los órganos de gobierno de dicha Institución.

#### *CAPÍTULO VI. Historia clínica*

ARTÍCULO 32°.- (Obligatoriedad y reserva) El paciente tiene derecho a que se lleve una Historia Clínica completa, donde conste la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte, que será reservada y a la cual sólo podrán acceder las personas y organismos autorizados por las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

ARTÍCULO 33°.- (Disponibilidad) El paciente tiene derecho a revisar su Historia Clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas. En caso de indigencia, le será proporcionada en forma gratuita por el servicio de salud.

ARTÍCULO 34°.- (Confidencialidad para adolescentes) Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a padres, tutores y otros responsables, de los datos relativos a su salud, salvo cuando a juicio del profesional actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud, exista riesgo grave para la salud del paciente o de terceros.

ARTÍCULO 35°.- (Continuidad) Si el usuario o paciente cambia de servicio de salud, la nueva Institución deberá recabar de la de origen su Historia Clínica completa o copia autenticada de la misma.

#### CAPÍTULO VII. Consentimiento informado

ARTÍCULO 36°.- (Oportunidad y forma) Antes de someterse a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el paciente o su representante tienen derecho a otorgar su consentimiento informado, que el profesional de la salud actuante tiene el deber de solicitarle, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, dejando constancia del mismo en su Historia Clínica.

El consentimiento informado deberá otorgarse por escrito, con firma del paciente y del profesional de la salud, cuando se trate de intervenciones quirúrgicas y de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos.

En casos de urgencia, emergencia o de notoria fuerza mayor, se podrán llevar adelante los procedimientos sin requerirse el consentimiento informado.

ARTÍCULO 37°.- (Derecho a no saber) El paciente tiene derecho a otorgar el consentimiento sin recibir información, excepto cuando a juicio del profesional de la salud actuante su falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

ARTÍCULO 38°.- (Limitación del conocimiento) En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente, con el consentimiento de sus familiares

se podrán establecer restricciones a su derecho a conocer el curso de la enfermedad.

ARTÍCULO 39°.- (Niños y adolescentes) Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez, la que será valorada por el profesional de la salud actuante.

ARTÍCULO 40°.- (Autorizados a consentir) El consentimiento informado será otorgado personalmente por el paciente, salvo en los siguientes casos:

a) Tratándose de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. No obstante, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, se adopten en concurrencia con sus padres y otros adultos de su confianza, debiendo en todos los casos respetarse la autonomía progresiva de los adolescentes.

Si en función del grado de madurez y evolución de sus facultades, el profesional de la salud actuante considera que el adolescente es suficientemente maduro para ejercer el derecho a consentir, podrán efectuarse actos de atención a su salud sin el consentimiento de los padres, tutores y otros responsables.

De existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente, cuando no pudiera llegarse a un acuerdo con éstos o con sus padres, el profesional de la salud actuante podrá solicitar el aval del Juez competente.

- b) En los demás casos de incapacidad legal, el consentimiento será. En los demás casos de incapacidad legal, el consentimiento será otorgado por los representantes legales respectivos
- c) Los pacientes legalmente capaces pero en situación de manifiesta imposibilidad de otorgar el consentimiento o que no se encuentren psíquicamente aptos para ello, serán representados por su cónyuge o concubino o, en su defecto, por su pariente más próximo. A falta de estos familiares el paciente, haciendo constar tal circunstancia, podrá comunicar con anticipación al servicio de salud el nombre de otra persona allegada que podrá representarlo a esos efectos.
- d) Tratándose de pacientes en estado terminal de una patología incurable o irreversible, que no hayan expresado su voluntad anticipadamente conforme a la Ley N° 18.473 y que se encuentren incapacitados para expresarla, la decisión de suspender los tratamientos o procedimientos deberá adoptarse observando los requisitos que dicha Ley establece.

#### CAPÍTULO VIII. Deberes de pacientes y usuarios

ARTÍCULO 41°.- (Relación con el servicio de salud) Todo paciente y usuario tiene el deber de:

- a) Suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.
- b) Utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.
- c) Respetar los Estatutos de los servicios de salud y cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general, así como con las específicas que determinen dichos servicios, cuando estén haciendo uso de las prestaciones que brinden.
- d) Conducirse y dirigirse con respeto tanto a los trabajadores del servicio de salud como a otros usuarios y pacientes del mismo.

e) Cuidar las instalaciones, equipamiento e instrumental del servicio de salud, así como colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las primeras y de la integridad de los segundos.

El incumplimiento de los deberes enumerados acaecerá las consecuencias previstas en los Estatutos del servicio de salud.

ARTÍCULO 42°.- (Otros derechos y deberes) Los derechos y deberes enunciados en la presente Cartilla no excluyen otros que resulten inherentes a la condición de ser humano, así como tampoco los demás que deriven, de conformidad con las normas vigentes, de la condición de paciente o usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud, beneficiario del Seguro Nacional de Salud, asociado, afiliado o contratante de servicios de salud.

Montevideo, diciembre 2010  
Ministerio de Salud Pública