



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

ÍNDICE

❑ <i>CAPÍTULO I. AFILIACIÓN</i>	<i>Artículo/s: 1 al 3</i>
❑ <i>CAPÍTULO II. BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD</i>	<i>Artículo/s: 4 al 11</i>
❑ <i>CAPÍTULO III. COBERTURA</i>	<i>Artículo/s: 12 al 25</i>
❑ <i>CAPÍTULO IV. ACCESO A LOS SERVICIOS</i>	<i>Artículo/s: 26 al 28</i>
❑ <i>CAPÍTULO V. PARTICIPACIÓN E INFORMACIÓN</i>	<i>Artículo/s: 29 al 31</i>
❑ <i>CAPÍTULO VI. HISTORIA CLÍNICA</i>	<i>Artículo/s: 32 al 35</i>
❑ <i>CAPÍTULO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	<i>Artículo/s: 36 al 40</i>
❑ <i>CAPÍTULO VIII. DEBERES DE PACIENTES Y USUARIOS</i>	<i>Artículo/s: 41 al 42</i>

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 DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

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.

CAPÍTULO II. BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

ARTÍCULO 6º.- (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 7º.- (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 8º.- (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 9º.- (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 personas para quienes generen ese derecho.

ARTÍCULO 10º.- (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.

CAPÍTULO II. BENEFICIARIOS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

ARTÍCULO 11º.- (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 12º.- (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 13º.- (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 14º.- (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.

CAPÍTULO III. COBERTURA

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.gub.uy> en la Institución de salud correspondiente.

CAPÍTULO III. COBERTURA

ARTÍCULO 20º.- (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 para darles apoyo emocional.

ARTÍCULO 21º.- (Controles gratuitos a 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> 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 22º.- (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 dé 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> en el del servicio de salud correspondiente.

ARTÍCULO 23º.- (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> en el del servicio de salud correspondiente.

CAPÍTULO III. COBERTURA

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 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

ARTÍCULO 29º.- (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 30º.- (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 31º.- (Peticiones y reclamaciones)

Los usuarios y pacientes también tienen derecho a:

- 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.
- b) 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 CLINICA

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.

CAPÍTULO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTÍCULO 4º.- (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 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 acarreará 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.