

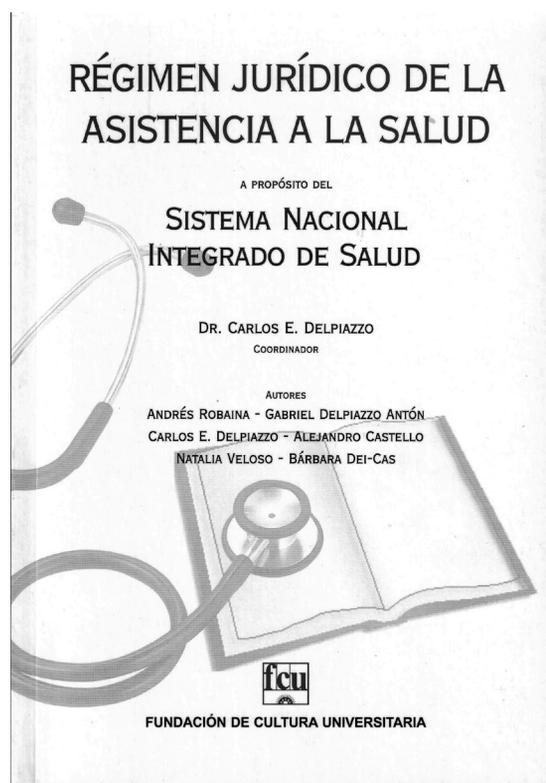
“RÉGIMEN JURÍDICO DE LA ASISTENCIA A LA SALUD. A PROPÓSITO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD”

DR. CARLOS E. DELPIAZZO, COORDINADOR
FUNDACIÓN DE CULTURA UNIVERSITARIA, MONTEVIDEO, 2009

Buenas tardes a todas y a todos:

En primer lugar quiero agradecer al Dr. Carlos E. Delpiazzo y su equipo de coautores del libro que hoy se presenta, el honor que me confieren para hacer algunos comentarios. Conozco al Dr. Delpiazzo desde hace muchos años, por su actividad pública, y sobre todo por su actividad profesional. En ambas vertientes siempre encontré en él a un hombre inteligente del Derecho, ponderado y con un rico bagaje de conocimientos y valores. Pero sobre todo a una persona sensible de características excepcionales para acercarse y ayudar en el esclarecimiento de los problemas tan abundantes que tiene la Salud en el Uruguay. Lo considero un auténtico Maestro del Derecho, a pesar de su juventud. Con mi ocasional compañero de mesa, el apreciado doctor Felipe Rotonario Tornaría, hemos compartido algunos años de trabajo intenso en el Directorio de la Caja Profesional, de cuyos altos méritos, humildad de proceder, y metodología de trabajo, también he recogido enseñanzas que mucho aprecio. Nos haría a todos mejores, incrementar los vínculos de la interdisciplina entre el Derecho y la Medicina, porque lejos de colidir, se complementan, nutren y enriquecen como actividades tan vinculadas en la praxis. Y debo advertir, para no generar eventuales confusiones, que mis palabras no comprometen a ninguna organización, salvo a quien aquí las expresa.

Por eso, en segundo lugar, quiero destacar, desde el inicio de este comentario, la oportunidad y el acierto de acometer la tarea de brindar a nuestro medio una publicación que es un verdadero Digesto de la normativa aplicable a la Salud hoy, en circunstancias en que esta actividad ha merecido recientes cambios fundamentales en su normativa, que deben ser conocidos por todos. Por los profesionales del Derecho, que son frecuentemente consultados acerca de las situaciones que cotidianamente se presentan a



las instituciones y a los profesionales prestadores de servicios de salud. Por los profesionales de la Salud y particularmente por mis colegas los médicos. Especialmente por los Administradores de Salud que deben lidiar con un marco regulatorio cambiante, no siempre articulado o redactado felizmente.

En tercer lugar, y para ir entrando en tema, este libro me ha resultado particularmente útil, y espero también lo sea para Ustedes y para quienes lo usen en lo sucesivo, para ubicarse panorámicamente en este complejo entramado de normas de distinto rango y jerarquía, adoptadas a lo largo de un dilatado período, y que culmina ahora con la incorporación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es como una brújula para orientarse en un bosque tupido y oscuro. Hace unos cuantos años nos tocó presentar en este mismo espacio un libro de un apreciado colega que había sido premiado por el Sindicato Médico. Se trataba de “El Sector Salud: 75 años de un mismo diagnóstico” del Dr. Gustavo Mieres Gómez. Entonces era él un joven Residente de Administración de Servicios de Salud; hoy es Secretario Técnico de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, cuyo Presidente, el Dr. Miguel Asqueta Sónora nos acompaña esta noche. Debo adelantarles que el diagnóstico varió poco. Tal vez varió la terapéutica, o los recursos aplicados para buscarle remedio.

Los médicos organizados habían reclamado desde la Primera Convención Médica Nacional, en 1939, en forma sistemática, reiterada, pero desoída, la adopción de un Seguro Nacional de Salud, como forma de brindar una atención médica de calidad a toda la población. Recogiendo lo que era la experiencia internacional y las necesidades sentidas por los colegas en ejercicio en las diferentes épocas. No ha existido Convención Médica, desde ese momento hasta el año 2004, cuando se realiza la más cercana, que haya dejado de lado este tema, como uno de la centralidad de sus inquietudes y propuestas. Hablando por sí solo ese gesto de la vocación social de la profesión médica y no de su espíritu corporativista, egoísta o con afán de lucro, con que a veces se le quiere encuadrar.

De modo que debe señalarse como un hecho significativo, histórico y positivo, el que por vez primera una Administración adopte la legislación necesaria para poner en marcha un sistema nacional integrado de atención a la salud. Lo que no significa, por otra parte, que dicha normativa sea perfecta ni satisfaga todas las expectativas que en su momento despertara en la ilusión de los promotores y en el imaginario colectivo. Digamos entonces que la Reforma es una condición necesaria, pero no suficiente, para articular ese cambio ideal que todos anhelamos buscando el bien general.

Tal vez una de las condiciones menos virtuosas que tenemos los uruguayos es la de considerarnos todos ampliamente habilitados para opinar en cualquier materia, desde el fútbol a la meteorología, y no podría ser menos en el terreno de la salud. Porque una cosa es estar preocupado por buscarle solución a un problema, grande o pequeño, y otra hacerlo con acierto, empleando todos los recursos intelectuales y profesionales necesarios y disponibles. De modo tal que, en la especie que nos ocupa, como no podía ser de otro modo, se ha incurrido en transitar el difícil camino de elaborar proyectos de ley que no contaron desde el inicio con los mejores asesoramientos, que hubieran permitido alcanzar normas formalmente equilibradas, más pulidas, eliminando dificultades que sin duda deberán ser corregidas de futuro, y requiriendo esfuerzos precipitados en su tramitación parlamentaria, para corregir muchos defectos de redacción anotados por la visión y la sabiduría de aquellos que deberían haber sido llamados en primer término para darle forma. La técnica legislativa no va de suyo con detentar una banca, ni con ocupar un despacho ministerial. Por algo el Maestro Américo Plá Rodríguez hace ya muchos años, había ofrecido al Parlamento, la más amplia colaboración de la Facultad de Derecho para mejorar estas falencias. Y últimamente el propio Colegio de Abogados, encabezado por mi distinguida amiga la Dra. Griselda Volonterio, ha insistido en su ofrecimiento de colaborar con el

fin de evitar situaciones contradictorias, normas imperfectas que podrían ahorrar muchas pérdidas de tiempo y de recursos, humanos y jurídicos, porque en lugar de aclarar oscurecen el panorama. Pero esto deberá ser tarea del tiempo por venir.

Este libro reúne en nueve capítulos una pormenorizada consideración de aspectos esenciales:

- El Derecho fundamental a la Salud, con amplia excursión sobre los componentes constitucionales y las Convenciones Internacionales aplicables, que mucho aclaran acerca del alcance de las presencias y ausencias de nuestra Carta Magna.
- El papel del Estado en la Asistencia a la Salud y la diferencia entre las nociones de servicio público y servicio social, así como el significado de la creación del SNIS.
- El detallado capítulo sobre la Evolución Normativa Nacional, que realiza una excursión histórica y a la vez sintética, del desarrollo como País en esta materia.
- Las Bases Fundacionales del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- El Financiamiento del Sistema, con el análisis del complejo régimen de aportes tanto del FONASA como del FNR.
- El Régimen de Prestación Pública, que pasa revista a los ordenamientos vigentes para los diversos efectores que en el Estado, como personas jurídicas mayores o menores, brindan servicios.
- El Régimen de Prestación Privada, con una clara definición de las normas que regulan las diferentes categorías de entidades de asistencia médica privada particular, de asistencia médica colectiva, los Institutos de Medicina Altamente Especializada.
- Los Derechos y Deberes de Pacientes y Usuarios, haciendo un pormenorizado análisis de la Ley 18.335 del 15 de agosto de 2008, que tiene su antecedente más cercano en el Decreto 258/92 elaborado por el Dr. Delpiazco cuando era Ministro de Salud Pública.
- Los Derechos y Deberes del Personal Sanitario, tanto en el ámbito público como en el privado, tal vez un nudo gordiano del Derecho del Trabajo, por su complejidad y diversidad de fuentes que han ido agregando por aposición, regulaciones generales y particulares para esta rama de actividad.

Como se trata de una publicación académica, pero que a la vez procura servir al público destinatario, describe prolijamente las normas, las enlaza con las antecedentes y concordantes, y se abstiene de un examen crítico a los posibles defectos que las

nuevas disposiciones sancionadas desde el año 2005 pudieran merecer. En ese sentido debe destacarse que es un libro de doctrina, de referencia y consulta, con alto sentido pedagógico, con un rico fundamento doctrinario, recurriendo a los autores más prestigiosos, nacionales y extranjeros, para aclarar cada aspecto de temas que son para el médico como para el abogado, arduos, espinosos y poco comprensibles. A menudo oscuros, si no se acotan debidamente, como ha sido el lúcido criterio empleado por estos autores.

Es necesario aclarar que generalmente se confunde, entre los médicos y los legisladores, Salud con Medicina, o con Atención Médica. Y al respecto, los autores han recogido con mucha prolijidad, las definiciones que a lo largo del tiempo han sido más difundidas, dictadas fundamentalmente por la Organización Mundial de la Salud, ya desde su Constitución de 1948. No obstante, el paso del tiempo ha determinado que cada vez deba volverse sobre ella, con miras a reformarla, de acuerdo a los avances del conocimiento y de las relaciones sociales.

Salud es uno de los componentes esenciales del nivel de vida, y está estrechamente vinculada con otros ocho ítems que en cierto modo la condicionan y determinan, en una interacción dinámica y recíproca: entre los cuales debemos citar la Educación, la Alimentación, la Vestimenta, la Vivienda, el Trabajo, las Libertades Humanas, la Recreación, la Seguridad Social, como bien lo ha definido el Dr. Abraham Horwitz, un médico salubrista chileno que fue en su tiempo Director General de la Organización Panamericana de la Salud y que tal vez los más antiguos recuerden, porque tiene más de 45 años de enunciada. Pero además, los Servicios de Salud, son más amplios que la atención médica, siendo éste un componente fundamental. Están los servicios de salud bucal u Odontológicos, los Químico-Farmacéuticos, los Psicológicos, y toda la enorme gama de las profesiones de salud, esa enorme panoplia de Tecnicaturas y Licenciaturas que componen el Equipo de Salud, que generalmente se menciona como un vocablo totalizador, pero a menudo poco comprendido en su cabal y más rico significado.

La Reforma de la Salud como ha sido dicho, no es perfecta, ni mucho menos, y será necesario hacerle en forma inmediata y diferida, cambios sucesivos para perfeccionarla, en una tarea que no tendrá fin, porque es un proceso humano, social y dinámico. Pero debe reconocerse que esta Administración ha tenido la decisión y la visión de dar comienzo a ese proceso, que como dije, se había reclamado desde 1939. Numerosos fueron los proyectos de ley presentados al Parlamento desde entonces. Por diferentes autores y Partidos. Pero todos corrieron igual suerte: el archivo, que equivale al fracaso. Aquí se tuvo la determinación

de recoger la inquietud, de plasmarla en una serie de textos relacionados, que con los defectos de técnica legislativa anotados, han dejado algunos huecos y necesidades de ajustes cercanos, pero que son, como lo dice el libro, las “piedras sillares” en cuanto a los principios de un nuevo sistema¹. Que no se logra con la mera sanción de las normas, sino que debe iniciar un proceso de cambio cultural, que será largo, trabajoso y rico. Lo contrario sería mero progreso manuscrito, o letra muerta, carente de contenido.

Por eso me parece preocupante que no se recoja a texto expreso algo reconocido por la doctrina, y que los autores mencionan, como carácter esencial de nuestra época: *“al reconocimiento de la salud como derivado del derecho a la vida, se suma ahora en las sociedades actuales la captación y protección de la salud como valor fundamental (...), el derecho a la vida y su corolario, el derecho a la salud, tiene a su vez una directa relación con el principio fundamental de la dignidad de la persona humana, soporte y fin de los demás derechos denominados humanos amparados”*.² Sin embargo, estos principios universales y modernos, no se compadecen con las realidades actuales, comprobables en cualquier servicio de salud en cualquier rincón de la República. Donde la palabra Dignidad, y ese componente esencial de los Derechos Humanos, no está brillando, sino por su ausencia. Donde la descentralización de ASSE, primero desconcentración desde 1987, sigue manteniendo un fuerte macrocefalismo montevideoano, sin jerarquizar el papel que podrían y deberían jugar los gobiernos departamentales en la responsabilidad por los servicios locales de salud.³ Es una manifestación más de la “La apacible sordidez de la burocracia” de que alguna vez nos ha hablado el autor Douglas Simonet, en la colección de Desburocratización, editada en tiempos del Cr. Enrique Sayagués en OPP.

Pedro Laín Entralgo, un académico español, lamentablemente fallecido hace algunos años, que se destacó como Profesor de Historia de la Medicina, Filólogo, Filósofo de la Medicina y miembro de varias academias de su país, ha señalado, en 1978, que: **“La colectivización de la asistencia médica no puede ser enteramente satisfactoria si antes no se ha producido un intenso cambio en los hábitos morales de la sociedad en que se la implanta; cambio que debe afectar por igual al enfermo, en tanto que titular del derecho a ser atendido, al médico, que a todo trance debe evitar la conversión de su trabajo en obligación rutinaria, y al funcionario administrativo, siempre en el trance de verse a sí mismo como empresario y no como servidor. He aquí la**

1 Pág. 58.

2 Páginas 20 y 21.

3 Pág. 94.

regla de oro: “En el comportamiento social, pasar de una moral basada en la competición a una moral fundada sobre la cooperación”⁴. Pero a la vez, el mismo autor señala, cuando refiere a los distintos modelos de reforma del sistema de salud en Europa del Este y del Oeste, que: “El modelo británico tiene su precedente remoto en las discusiones de la *Poor Law Commission* (1905) y su comienzo real en el *National Health Service*, creado por el conservador *William Beveridge* en 1942, y puesto en práctica por un gabinete laborista, en 1947. El sistema concede al paciente cierta libertad en la elección de médico, se ordena en tres grandes servicios – médicos generales o *general practitioners*, especialistas hospitalarios y *consultants* y sanitarios e higienistas – y, salvo una módica cantidad a cargo del asegurado, paga todos los medicamentos que el tratamiento requiere. El *National Health Service* ha sido, por supuesto, criticado; pero nada menos que la *British Medical Association* declaraba en 1962 que el retorno a un ejercicio privado de la medicina en el Reino Unido es a la vez imposible e indeseable”⁵.

En otras palabras, la historia de la salud como bien colectivo, como servicio social, integrado a la Seguridad Social, desde Bismarck en 1870, que también tuvo sus dificultades para que se la aprobara el Parlamento y fracasó dos veces antes de que tal ocurriera, es muestra que las reformas vienen para quedarse. Pero eso no debe hacer que bajemos los brazos ante las inequidades que, pretendiendo corregir otras, la misma reforma plantea. El sistema actual no es universal, porque excluyó a un segmento significativo de la población: los ancianos y jubilados, por consideraciones de mero orden económico muy cuestionable, y que lo transforma en asimétrico y soberanamente injusto, para un sector necesitado y amplio de la población. Los profesionales médicos, que han sido los promotores de este cambio social, han sido desconocidos y marginados, discriminados a la hora de integrar los órganos de dirección de la reforma y de ASSE, en dos de los puntos, tal vez más vulnerables que tenga esta legislación, y que sin duda, deberán ser ambos de los primeros a modificar y atender. La profesionalización de los profesionales, requiere que se los diferencie de los demás trabajadores de la salud, porque sus aportes, funciones y responsabilidades, su formación y su óptica de la realidad, son totalmente diversos en aspectos específicos que hacen al fin último de estos servicios. En tiempos en que como se ha dicho, se viene procesando desde hace tres o cuatro décadas

la “*Rebelión de los Pacientes*”, los profesionales no pueden permanecer al margen, y deben ser partícipes esenciales, integrados por derecho, a dar su aporte intelectual y material en la conducción de los servicios y no apartados por meros cálculos o especulaciones numérico-electorales.

Justamente, si algo podemos extraer, como un pequeño detalle que el libro comentado hoy nos brinda la posibilidad de contextualizar, es la presencia de la profesión médica en otros organismos que se han creado con anterioridad para atender diversos institutos como las Comisiones Honorarias, que han sido eficaces para resolver, atender y mejorar condiciones sanitarias en enfermedades prevalentes, como el Cáncer, las Enfermedades Cardiovasculares, la Lucha Antituberculosa, o las Zoonosis, etc. Que han mostrado ser eficaces y para nada han opacado el brillo de las demás figuras que fueron allí a dar su aporte. Y que brindan más fuerza a nuestro reclamo de una adecuada corrección urgente de esta falencia. Daría la impresión de que se quiso tener un coro de obsecuentes, y no un ámbito que ayudara a perfeccionar la obra. Tal vez un exceso de narcisismo que merecería muchas horas de diván.

Dentro del cuidado que la redacción de una norma perdurable debiera tener, para evitar disquisiciones hermenéuticas ulteriores, está la elegancia en el estilo y la selección precisa de los términos, que en definitiva expresan intenciones. Por eso me ha resultado chocante encontrar, a lo largo de varias normas, la mención a “catálogo”, para referirse a las prestaciones⁶. El término evoca al antiguo “Catálogo de las Naves” del Canto II de la *Ilíada* homérica, o al más reciente y apenas recordado “Catálogo” del *London Paris*. Término poco elegante e inadecuado para tratar materia tan delicada. Pero otras imprecisiones se deslizan a lo largo de estas normas. El texto comentado no abunda, porque no es su propósito, en subrayar confusiones u oscuridades, y es necesario hurgar para encontrar algún señalamiento. Pero baste citar algunos no menores: En la Ley 18.211, los artículos 3° y 4° “que refieren a principios por un lado y objetivos por otro, en realidad traducen una confusión conceptual entre principios, objetivos y técnicas o medios para alcanzar los objetivos”⁷. Y para no abundar, mencionaremos sólo otras perlas: la confusión de paciente, usuario, beneficiario, cliente⁸. La ausencia de toda referencia al médico en la Ley 18.335, de derechos y obligaciones del usuario, como lo ha señalado el Académico Prof. Dr.

4 LAÍN ENTRALGO, Pedro: *Historia de la Medicina*. Masson, S.A., Barcelona, 1978, Reimpresión 2004. 722 páginas. pp. 672.

5 LAÍN ENTRALGO, Pedro: *Op. Cit.* pp. 670.

6 Decreto No. 465/008 del 3 de octubre de 2008, mencionado en página 102.

7 Página 58.

8 Páginas 64 y 65.

Guido Berro Rovira. O la redacción de algún texto del Art. 4° de la ley 18.211, que resulta confuso al incluir no sólo aspiraciones sino medios o técnicas para lograrlas.⁹ Quien no puede enunciar algo con claridad, es porque padece una profunda confusión, y creo que aquí se han señalado fugaz y tenuemente algunas oscuridades.

Por último, me ha llamado la atención, antes del libro que comentamos, y también ahora con más razón, las múltiples apariciones del Banco de Previsión Social en los diferentes mostradores de este negocio: Está en la JUNASA, tal vez quitándole lugar a un gran ausente, el médico; está en la prestación, porque sus servicios se mantienen; está en la financiación y pago del FONASA, con lo cual se desliza un cierto componente omnímodo y arbitrario, por no decir totalitario, que sería del caso corregir para evitar desvíos y aspiraciones autoritarias, que el régimen democrático debe saber balancear, como desde Montesquieu está dividido el Estado en varios poderes, que se controlan. Si aquí ese principio no se cumple, mal futuro podría esperarse de un sistema tan sesgado.

En resumen: Felicito a los autores por la integración de su conocimiento al servicio de esclarecer una causa que dista mucho de ser perfecta, pero que sin duda con su contribución avanzará en el camino de su mejoría. Desde tantos ángulos y especializaciones diferentes del Derecho, que enriquecen la mirada y brindan una amplia y rica perspectiva al lector. Recomiendo con entusiasmo la lectura, porque nos hará revisar una extensa normativa, no siempre bien coordinada, que será necesario remodelar para hacerla más coherente y eficiente, con mayor apoyatura de técnica jurídica, y menos improvisación. Porque el camino del infierno, se sabe, está empedrado de buenas intenciones. Espero que este análisis de la normativa hecha por estos prestigiosos autores, aporte y enriquezca el debate previo a la nueva legislación, que permita avanzar en un nuevo contrato social, con equidad, con justicia y situando en su verdadera dimensión y lugar, cada uno de los múltiples componentes que es necesario ajustar para que un Sistema de Salud sea real y efectivamente Nacional e Integrado, y no mero progreso manuscrito.

Muchas gracias.

Dr. Antonio L. Turnes

Me complace especialmente presentar esta obra, coordinada por el Prof. Dr. Carlos Delpiazzo, respec-

to a la cual –luego de su lectura – puedo decir que contribuye, sin dudas, al propósito que dicho colega expresa en la introducción, el de “*ayudar a entender y aplicar un régimen jurídico nuevo, distinto y difícil*”.

La obra refiere a un ordenamiento jurídico sectorial, el de la salud y a su respecto analiza el aspecto normativo y la base de los valores que lo sustentan; dicho análisis es claro y sistemático, con trabajos efectuados desde enfoques jurídicos diversos, que comprenden perspectivas del Derecho constitucional e internacional, del administrativo, del financiero, del laboral y, en lo relativo a los derechos y deberes de los pacientes y usuarios, diría desde una perspectiva de los derechos humanos, con proyecciones sobre aspectos éticos del sistema de salud, el cual tiene retos como los de la orientación en beneficio del paciente, definición y aplicación de atención técnica médicas adecuadas, elevación de su nivel de información, protección de sus datos, todo ello en un entorno protector de la vulnerabilidad del paciente.

Destacaré alguno de los temas tratados, siguiendo el orden en que aparecen los trabajos y señalando que hay un nexo fundamental que los une, así como que culmina con una selección de la normativa más relevante.

1) Andrés Robaina considera el Derecho fundamental a la salud en el Estado constitucional de Derecho, en el cual la Constitución tiene eficacia inmediata y directa y es “*humanista y axiológica*”. Ese derecho refiere a una situación de bienestar físico, mental y social de toda persona humana, exigida por su dignidad con la base del art. 72 de nuestra Constitución y con el cauce del perfeccionamiento del habitante en todas sus dimensiones, como surge del art. 44. Tal derecho determina acciones debidas, negativas y positivas; las últimas comprenden prestaciones normativas y fácticas, de promoción, atención y rehabilitación.

Destaca el rol del Estado, que dicta normas que inciden en un *orden público* (las disposiciones de la ley 18.211, que implementa el Sistema Nacional de Salud, son precisamente de “*orden público e interés social*”, según su art.1°)¹⁰ lo que naturalmente se proyecta sobre los prestadores privados.

Advierte que la salud es un bien colectivo y entonces trata del deber de cuidarse la salud y asistirse en caso de enfermedad, al cual –siguiendo prestigiosas doctrina – armoniza en el contexto de normas y principios constitucionales: ese deber se concreta cuando está en juego la salud de terceros. En esa línea la ley 18.473 de 3-IV-2009, de “*Voluntad anticipada*”, art. 1°,

¹⁰ La ley 18.211, art. 1° establece que ella “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”.

prevé el derecho de toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, de oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos “salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros”.

2) Gabriel Delpiazzo estudia el “Papel del Estado en la asistencia a la salud” en los roles de garante y de servicio.

Ubica la higiene pública como cometido esencial del Estado, acorde con la tradicional clasificación de Sayagués Laso, a la luz de la Ley 9.202 y normativa concordante como el llamado Código nacional sobre enfermedades y eventos de notificación obligatoria.

En cuanto a la asistencia a la salud, analiza su carácter de servicio social según el citado Maestro del Derecho Administrativo.

Pese a concordar que se trata de una actividad con finalidad social y en cuyo ámbito existe concurrencia prestacional de públicos y de privados, el análisis en el escenario del Sistema Nacional Integrado de Salud lo lleva a calificar como servicio público, por varias razones: ese Sistema pretende alcanzar un *acceso universal* y una *atención integral* para todos los habitantes; los prestadores no pueden rechazar a ningún usuario amparado ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas aprobados por el Ministerio de Salud Pública¹¹; es clara la incidencia de la autoridad pública en su financiación.

Ello sin perjuicio de que los prestadores privados no necesiten concesión, pero sí están sujetos a un régimen especial, de intenso control estatal sanitario, contable, económico-financiero; a pautas de articulación entre prestadores; a tener que contar con órganos asesores y consultivos representativos; etc; Incluso la ley 18.211 emplea constantemente el término usuario y no el de beneficiario.

Entiende que bien podría caracterizarse como servicio universal, terminología que se utiliza en el sistema jurídico de la Unión Europea y que debe tener un estándar mínimo al que todos tienen derecho (cobertura equitativa) y que el Estado asegura, aunque lo presten particulares.

Le rigen los principios de regularidad, continuidad e igualdad; podríamos indicar también el de movilidad, para adaptarse a las circunstancias.

3) Carlos Delpiazzo trata, en sendos capítulos, de la Evolución normativa nacional y las Bases fundantes del Sistema Nacional Integrado de Salud. En el primero efectúa referencias desde el inicio de la República y hasta la creación del Servicio Descentralizado ASSE y la implementación de ese Sistema a través de las leyes 17.930, 18.131 y 18.211. En el segundo considera los principios y objetivos del Sistema, cuya distinción precisa: como verdaderos fundamentos marca los de universalidad de la cobertura, accesibilidad, equidad, continuidad, eficacia y eficiencia.

Destaca que no aparece el de libertad de los usuarios, “la que se limita tan sólo a la elección (con restricciones) del prestador”, lo que estima coherente con el carácter de orden público de la ley 18.211; se ha querido imponer la voluntad estatal.

En ese sentido, advierte que el Ministerio de Salud Pública no sólo implementa sino que dirige el Sistema; el ordenamiento sectorial está, entonces, conformado por normas legales y también por determinaciones del Ministerio y de la Junta Nacional de Salud, la cual también dispone el pago de las cuota salud y su suspensión en caso de incumplimiento de obligaciones, entre otras competencias.

4) Alejandro Castello estudia el financiamiento del Sistema, el cual ha seguido el modelo de seguro social, con aportes del Estado, de los trabajadores y de los empleadores, estos últimos contribuciones de seguridad social cuyo sujeto activo es el BPS. También tiene en cuenta que se da participación a usuarios y trabajadores en órganos asesores y consultivos y en la Junta Nacional¹².

Anota que se mantienen los subsistemas público y privado, con o con fin de lucro, “pero bajo mayor coordinación, planificación y control” por parte del Ministerio, “verificándose además una profundización y extensión del régimen de seguro social de enfermedad”. Analiza a quienes comprende el Seguro Nacional que financia el Fondo Nacional de Salud; los recursos de éste y la materia gravada correspondiente a aquellas contribuciones, que son las retribuciones sujetas a montepío; al efecto se ha hecho remisión a la ley 16.713 y su reglamentación. Culmina con una referencia al financiamiento del Fondo Nacional de Recursos.

El Dr. Castello tiene a su cargo, también, el Capítulo sobre “Derechos y deberes del personal sanitario”, en virtud –explica– de la “trascendencia cultural, política, jurídica y económica” de las relaciones laborales y su regulación en el ámbito sanitario. Luego de considerar la normativa común para todos los trabajadores, refiere a la que rige en el sector privado de la salud, tanto para el personal técnico como el no técnico (derivada de laudos de Consejos de Salarios, convenios colectivos, etc.) como la del sector público, entre la que destaca el Convenio colectivo entre ASSE y las gremiales médicas de mayo 2008.

5) Natalia Veloso, en los Capítulos VI y VII, trata –respectivamente– del Régimen de prestación de servicios de salud en el sector público y en el privado, efectuando una reseña ordenada y clara de las entidades intervinientes.

En el ámbito público distingue las estatales y las no estatales. A su vez, en las estatales, las centralizadas, como el Ministerio de Salud Pública, circunscripto a roles de conductor político, controlador y

11 Ley 18.211, art. 58.

12 Ley 18.211, arts. 12 y 25.

asesor y las descentralizadas, entre otras ASSE, que forma parte del Sistema Integrado de Salud, "al que contribuirá en su implementación"¹³ y el BPS, que mantiene incambiada la prestación de seguridad social por riesgos de enfermedad común, maternidad, infancia, familia.

Estudia luego el sector privado y su régimen jurídico acorde a varios criterios: la forma en que se organiza (entidades particulares y colectivas y los tipos de éstas), el contenido de la cobertura (parcial y total) y un criterio técnico-económico (aquí la distinción se hace con los Institutos de Asistencia Médica Altamente Especializada, IMAE).

Analiza la inclusión de las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular al Sistema Nacional, lo que determina que deban prestar programas integrales aprobados por el MSP.

Con relación a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva las caracteriza según la legislación vigente¹⁴ y también considera su posible integración al Sistema Nacional.

6) Bárbara Dei-cas examina los "Derechos y deberes de pacientes y usuarios", tema que comprende diversas aristas, jurídicas, éticas, etc. Trata, en primer lugar, la base normativa en la cual se destaca –por su valor y fuerza – la ley 18.335 de 15-VIII-2008.

Estudia los derechos en general (al tratamiento igualitario, a la atención integral y de calidad, a estar informado y el consentimiento con este carácter; el derecho a negarse a recibir atención médica, salvo excepciones.

Luego los "derechos relativos a la dignidad de la persona humana", denominación del Cap. IV de la ley, con relación al paciente: a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos, a un trato respetuoso, que incluye el de morir con dignidad.

Afirma que "se desprende la existencia de la obligación del Estado de promover una nueva cultura en defensa de la vida y de su tratamiento digno".

A continuación considera el derecho del paciente al conocimiento de su situación de salud y su contenido (aparece el derecho a no saber, que puede ser relevado si existe riesgo para la persona o la sociedad), a que se lleve una historia clínica completa –lo que analiza especialmente, anotando las particularidades si la historia es electrónica.

En cuanto a los derechos de privacidad, conjunto más amplio que el de la intimidad, como se pone en

juego frente a valores de higiene pública que determinan la denuncia y eventual tratamiento obligatorio.

Tiene en cuenta que no sólo existen derechos, también deberes: el Cap. VI de la ley se remite al respecto a la Constitución, art. 44 y al Código Penal, art. 224 y luego al deber de suministrar información veraz al equipo de salud, de seguir el plan de tratamiento y controles y de utilizar razonablemente los servicios de salud.

Sobre el régimen sancionatorio la Dra. Dei-cas atiende la normativa existente, especialmente en relación a las instituciones de asistencia médica.

En suma una obra sistemática sobre el tema encarado, que resulta de interés conceptual y práctico para todos los operadores e interesados en un régimen nuevo y complejo, dirigido a conformar como Sistema lo que se ha dado en llamar "Administración concertada", con articulación de instituciones de asistencia públicas y privadas.

Dr. Felipe Rotondo

13 Ley 18.161, art. 4° "C", mientras que la ley 18.211, art. 11 "A" dice que "Podrán integrar el Sistema" "los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas (...)" y entidades privadas.

14 Decreto-ley 15.181, leyes 17.548 y 18.440: asociaciones asistenciales, cooperativas de profesionales, servicios de asistencia, otras instituciones de asistencia médica privada de profesionales.