

Una necesidad impostergable: crear una superintendencia de servicios de salud

Dr. Homero Bagnulo

Lic. Joaquín Serra

Dr. Carlos Vivas

Documentos 31

**Una necesidad impostergable:
crear una superintendencia de servicios de salud**

Dr. Homero Bagnulo, Lic. Joaquín Serra, Dr. Carlos Vivas

INSTITUTO HUMANISTA CRISTIANO JUAN PABLO TERRA

José E. Rodó 1836, piso 1, Montevideo

Te. (598) 2400 8992

ihcterra@gmail.com

institutojuanpabloterra.org.uy

Montevideo, setiembre de 2024.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD	5
LA RECTORÍA DEL SNIS.....	8
DESAFÍOS A LOS PRINCIPIOS RECTORES DEL SNIS	12
a. La accesibilidad de los servicios se ve cuestionada por el valor de las órdenes y tiques que muchas veces se transforman en una barrera de acceso.....	12
b. La equidad, la continuidad y oportunidad de las prestaciones se ve cuestionada.....	12
c. La calidad integral de la atención que respete la bioética y los derechos humanos de los usuarios.	12
d. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.....	13
e. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.....	14
f. La elección informada del prestador de servicios por parte del usuario	15
RAZONES PARA CREAR UNA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD QUE FORTALEZCA LA RECTORÍA DEL MSP	17
Alcance y objetivos de una Superintendencia de Servicios de Salud	19
Gobernanza de una Superintendencia de Servicios de Salud.....	19
Cometidos de una Superintendencia de Servicios de Salud	20
a. Garantizar una atención equitativa, accesible, oportuna, continua, de calidad y segura	20
b. Proteger los derechos de los usuarios del SNIS.....	21
c. Promover la eficiencia, estabilidad y solvencia económica de las IAMC	21
d. Asesorar al Poder Ejecutivo con información de calidad, veraz y oportuna para normalizar al sector y fijar los precios de las IAMC	22
FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA	23
Algunas consideraciones finales: la importancia de los recursos humanos	24
El multiempleo médico, la accesibilidad a la atención médica de forma oportuna y la continuidad de la asistencia	24
La formación del personal de la salud	25
ANEXO ESTADISTICO	26

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) cuenta con una alta valoración de la población, los actores del sector salud y los partidos políticos. Sin embargo, en el último tiempo se han ido manifestando una serie de problemas; a saber, el cierre de instituciones o el riesgo a la continuidad de otras, demoras en los tiempos de atención, excesivo valor de las órdenes y tiques, falta de actualización de las prestaciones o medicamentos que las instituciones están obligadas a otorgar, etcétera.

Para resolver estos problemas hay que identificar sus causas e implementar soluciones viables y efectivas.

A continuación, se describen los principios del SNIS, los cambios que introdujo la reforma y los elementos del sistema de salud anterior que se mantuvieron, así como las mejoras introducidas en la normalización del SNIS.

Se analizan los desafíos actuales a los principios rectores del SNIS, en especial, en materia de accesibilidad, equidad, continuidad, calidad y seguridad de la atención médica y respeto a los derechos de los usuarios, así como los problemas de sostenibilidad del sistema y sus instituciones.

Se concluye que los principales desafíos se originan en la falta de control y fiscalización del cumplimiento de la normativa. Se fijan normas y reglas que luego no se cumplen. Los cambios terminan siendo cosméticos, sin que garanticen una atención de salud de accesible, oportuna, continua, de calidad y segura, que respete los derechos de los usuarios.

Para consolidar el SNIS y asegurar la vigencia de sus principios es imprescindible fortalecer el control y la fiscalización del sistema.

A partir de la experiencia nacional y regional, se propone la creación de una Superintendencia de Servicios de Salud que fortalezca las funciones de rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP). Se desarrolla cómo deberían ser su gobernanza, sus objetivos, competencias y alcance.

La creación de una Superintendencia permitiría que el MSP se concentre en el fortalecimiento de las funciones esenciales de la salud pública establecidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y que asuma un mayor liderazgo en relación a los recursos humanos para la salud.

EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

A mediados de la década del 2000, a través de una serie de leyes,¹ se reformó el sistema de salud.

El proceso de reforma estuvo inspirado en los siguientes principios:

- Asegurar la cobertura universal de los servicios de salud, así como su accesibilidad.
- La equidad, la continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- La calidad integral de la atención que respete la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.
- La elección informada del prestador de servicios por parte del usuario.

El Sistema Nacional Integral de Salud supuso una serie de cambios estructurales:

- La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) universalizó, con algunas excepciones, el seguro de salud a los trabajadores dependientes, jubilados, pensionistas, trabajadores independientes y sus núcleos familiares.² El FONASA cubre el 76 % de la población. Para financiar el ingreso del núcleo familiar se establecieron diferentes tasas de aporte, según la composición del núcleo familiar del aportante.³

1 Ley 17.930 de 19 de setiembre de 2005 de creación del SNIS, ley 18.131 de 18 de mayo de 2007 de creación del FONASA, ley 18.161 de 29 de julio de 2007 que transforma ASSE en un servicio descentralizado y ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007 de implementación del SNIS.

2 En el año 2022 existían 3.959.010 afiliaciones integrales: a las IAMC, 2.159.842; a ASSE, 1.429.910; a los seguros parciales, 127.353; a Sanidad Policial, 112.745; y a Sanidad Militar 129.160. Uruguay tiene una población de 3.444.263 personas, por lo que se puede afirmar que existe cobertura universal en salud, con un número importante de personas con coberturas integrales múltiples.

3 El aporte personal varía entre un 3 % y un 8 %, dependiendo del nivel de ingresos del contribuyente y la composición de su núcleo familiar. Si el contribuyente aportó en el ejercicio fiscal un 25 % por encima del costo promedio equivalente de su atención médica, tiene derecho a la devolución del excedente. Las empresas públicas, privadas y personas públicas no estatales realizan un aporte patronal del 5 % sobre las remuneraciones sujetas a montepío y deben pagar un complemento de cuota mutual cuando corresponda.

- Los cambios en el financiamiento mejoraron la disponibilidad de recursos del sector. El gasto de salud en los años anteriores a la reforma era del orden del 8,1 % del PBI. En los últimos años, el gasto fue del orden del 9,26 %. También se incrementó la incidencia del gasto público: en el año 2005 representaba un 51 % del gasto en salud, mientras que en 2021 representa un 74 % (6,9% del PBI).
- La creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), como organismo desconcentrado, para administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y los objetivos del SNIS. Su Junta Directiva se integra con siete representantes: dos por el MSP, uno por el MEF, uno por el BPS, uno por las instituciones prestadoras, uno por los trabajadores y uno por los usuarios. Sus cometidos son:
 - Suscribir con los prestadores que integren el SNIS los contratos de gestión.
 - Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención a la salud que corresponda a los usuarios del SNIS y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al FONASA.
 - Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el SNIS, de acuerdo con sus padrones de usuarios.
 - Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el SNIS.
 - Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre estos y terceros.
 - 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.
- La descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que mantuvo el cometido de brindar atención gratuita a la población de menor ingreso (unas 890.000 personas) que no aporta al FONASA.
- La ampliación de la libertad de elección de los usuarios del FONASA para contratar su prestador de salud. Previo a la reforma, los beneficiarios del seguro de salud que administraba el BPS solo podían afiliarse a una institución de asistencia médica colectiva (IAMC). A partir de la reforma, los usuarios del FONASA pueden elegir entre una IAMC, ASSE o un seguro privado integral, quedando en este último caso a su cargo el pago de un complemento.⁴ El 79 % de los usuarios eligieron atenderse en el sector privado: 76 % en las IAMC y 3 % en los seguros privados, y un 21 % en el sector público, ASSE.

⁴ La movilidad de los usuarios está reglamentada en los decretos 344/020 y 114/023. Allí se establecen los plazos mínimos de permanencia y demás requisitos para que el usuario pueda cambiar de prestador.

Algunos aspectos del sistema de salud se mantuvieron sin grandes cambios:

- La medicina altamente especializada y de alto costo, ya sea de servicios médicos o medicamentos, continuó financiándose a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR).
- Las personas sin cobertura en el seguro de salud, ahora FONASA, mantuvieron la posibilidad de contratar su asistencia en las IAMC o en un seguro privado, pagando una cuota mensual.
- Las IAMC siguieron habilitadas a cobrarle a sus usuarios distintos tipos de órdenes por la utilización de sus servicios y de tiques por la entrega de medicamentos.
- Los precios de las cuotas individuales, colectivas, órdenes y tiques siguieron siendo regulados por el Poder Ejecutivo.

En el año 2020 se creó la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Uruguay (AETSU)⁵ como persona jurídica de derecho público no estatal, con el cometido de evaluar los medicamentos, dispositivos terapéuticos, procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención de la salud humana. La Agencia está dirigida por un gerente general designado por el ministro de Salud Pública.

⁵ Artículo 407 de la Ley 19.889, del año 2020.

LA RECTORÍA DEL SNIS

La función de rectoría del SNIS refiere a la capacidad del MSP, y del Estado de forma más general, de realizar la conducción sectorial, alineando a las instituciones prestadoras privadas y públicas a los objetivos de la política de salud.

Esto supone que el Estado debe velar por la vigencia de los principios que inspiran el sistema, así como lograr que se cumplan los objetivos de salud específicos que se propongan. Son objetivos específicos, por ejemplo, mejorar la salud mental, cambiar el modelo de atención, etc.

Para ejercer la rectoría, el Estado:

- Dicta normas que regulan las responsabilidades y obligaciones de los prestadores de servicios, así como los derechos de los usuarios.
- Controla y fiscaliza el cumplimiento efectivo de la normativa y el respeto del derecho del usuario de acceder a los servicios y contar con una atención oportuna, de calidad y segura.
- Regula los precios de las cuotas individuales y colectivas, de la cuota salud y de las tasas.

En el proceso de reforma se procuró mejorar la rectoría del sistema a través de una serie de cambios normativos:

- La reglamentación de un conjunto de prestaciones, denominado Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que es un catálogo de las prestaciones y programas que obligatoriamente deben brindar los prestadores del SNIS. Incluye actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas.
- La reglamentación de la cobertura farmacológica que están obligadas a brindar las instituciones prestadoras del SNIS para atender las indicaciones terapéuticas de sus pacientes. El listado de medicamentos obligatorios está detallado en el formulario terapéutico de medicamentos (FTM).
- Mejoras en la normativa para la habilitación de los diferentes tipos de servicios de salud. Esto supuso establecer mínimos respecto a la cantidad y tipo de recursos humanos, los requisitos de las plantas físicas, características del equipamiento y normas de funcionamiento que deben cumplir los diferentes servicios de salud para funcionar de forma segura y adecuada.

- Fijación de plazos máximos para que las instituciones prestadoras otorguen una consulta externa en medicina general, pediatría, ginecobstetricia, cirugía general y especialidades médicas y quirúrgicas. También se fijaron plazos para las cirugías de coordinación.
- Reglamentación de los derechos de los pacientes, a través de la ley 18.335 de 15 de agosto de 2008, reglamentada por el decreto 274 de 8 de noviembre de 2010.
- Reglamentación de las Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina.⁶
- Cambios en las formas de pago a los prestadores de servicios:
 - Previo a la reforma, el BPS pagaba una cuota única a todas las IAMC por la atención médica de cada uno de los beneficiarios del seguro de salud. Este sistema de pago incentiva a que los prestadores procuren captar población joven, que tiene un menor riesgo de enfermar, y rechacen a la población de mayor edad, con mayores requerimientos de atención. Para evitar estos sesgos, con la reforma se creó la *cuota salud*,⁷ por la cual el FONASA paga por la atención médica un monto de cuota diferente según el tramo de edad y sexo a que pertenezca el usuario. A este sistema de pago se le denomina pago per cápita ajustado por riesgo. De esta forma se procuró introducir un sistema de pago más ajustado al riesgo de la población cubierta por el prestador, que asegurara una asignación de recursos más eficiente.
 - La *cuota salud* se complementa con un pago variable por cumplimiento de metas asistenciales. El objetivo de este componente es alinear el comportamiento de los prestadores con los objetivos de la política de salud del MSP. Las metas son fijadas por el MSP y la JUNASA. La JUNASA evalúa su nivel de cumplimiento y, con base en los resultados obtenidos, determina el monto a pagar al prestador.
- Creación del Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las IAMC,⁸ como un patrimonio de afectación independiente destinado a garantizar el repago del financiamiento que obtengan aquellas IAMC integrantes del SNIS que se encuentren en situación de insolvencia o de grave dificultad económica y presenten planes de reestructuración que vuelvan viable a la institución. El fondo es administrado y representado por el MEF y se integrará con recursos provenientes de Rentas Gene-

6 Ordenanza ministerial 481 de 1 de agosto de 2008, MSP.

7 El decreto 378/015 estableció ocho tramos de edad: hasta un año, entre 1 y 4, de 5 a 14, de 15 a 19, de 20 a 44, entre 45 y 64, de 65 a 74 y más de 74 años. La cápita base es el costo promedio de atención de los hombres de entre 20 y 44 años de edad. Por la atención de los usuarios de los diferentes grupos de edad y sexo se aplican diferentes coeficientes sobre dicho valor base, que varían entre 1,0103 y 6,4513.

8 Ley 18.439 de 22 de diciembre de 2008.

rales. Al MSP y al MEF les corresponde aprobar los planes de reestructuración presentados por las IAMC. Por el hecho de acogerse a este régimen, la institución constituirá a favor del fondo las garantías reales o de otra especie que este exija, a los efectos de contragarantizar la obligación que eventualmente deba cumplir el fondo hasta la cancelación total del financiamiento obtenido por la institución. Las IAMC que se acojan a este régimen y no logren viabilidad a juicio del Poder Ejecutivo, quedarán sometidas a las disposiciones de la Ley de Concursos.

- Contratos de gestión entre la JUNASA y las instituciones prestadoras de servicios, que establecen las obligaciones en materia asistencial, de gestión y de financiamiento que asumen ambas partes. En materia asistencial, los prestadores deberán:
 - Organizar la atención médica asegurando un vínculo longitudinal a lo largo del tiempo con un equipo de salud del primer nivel de atención y un médico de referencia, con alta capacidad resolutive respecto de los problemas de salud que se atienden en el primer nivel. Toda vez que el usuario consulte en la emergencia o luego del alta de internación, el paciente deberá ser derivado al médico de referencia para su seguimiento y control, quién también podrá realizar la atención domiciliaria.
 - Implementar programas específicos para identificar las necesidades de salud de sus usuarios y desarrollar programas de atención integral a los problemas detectados.
 - Realizar actividades de prevención secundaria vinculadas a la enfermedad hipertensiva, diabetes y patologías oncológicas, en especial, cáncer de mama, cuello uterino y colon.
 - Disponer de un sistema de información electrónica, destinado a la identificación de los usuarios que presenten algunos de los factores de riesgo o enfermedades prevalentes, conformando una base de datos que facilite el plan de seguimiento según corresponda en cada caso, que implemente la referencia específica a un equipo de salud del primer nivel de atención y que realice los registros asistenciales en forma adecuada para cada usuario.
 - Elaborar guías de práctica clínica, debiendo asegurar su difusión y controlar la aplicación por su personal. Se deben priorizar las guías institucionales de práctica clínica para el manejo diagnóstico y terapéutico de hipertensión arterial, diabetes, cánceres de mama, cuello uterino y colon y deshabitación tabáquica en el primer nivel de atención.
 - Constituir el Comité de Infecciones Hospitalarias, según decreto 436/97 y vigilar las infecciones hospitalarias.
 - Conformar la Unidad de Epidemiología del servicio.

- Crear el Comité de Gestión de Residuos Sanitarios, según decreto 586/2009.
- Implementar una estrategia de cirugía segura, según la Lista de Verificación de seguridad en Cirugía, promovidas por la OMS.

En suma, en el SNIS:

- El Estado mantuvo la responsabilidad indelegable de velar y garantizar una correcta atención médica a la población, incrementando su participación en el financiamiento de los servicios de salud y mejorando la normalización del sector.
- La prestación de los servicios de salud, financiados con crecientes recursos públicos, se trasladó a empresas privadas y a un servicio público descentralizado.

DESAFÍOS A LOS PRINCIPIOS RECTORES DEL SNIS

La realidad muestra una serie de desvíos a los principios rectores del SNIS que inspiraron la reforma del sistema:

a. La accesibilidad de los servicios se ve cuestionada por el valor de las órdenes y tiques que muchas veces se transforman en una barrera de acceso.

Si bien se han aplicado algunos correctivos, no han sido suficientes para resolver el problema.⁹

b. La equidad, la continuidad y oportunidad de las prestaciones se ve cuestionada.

Ello se debe a que:

- No siempre personas con una misma situación clínica reciben la misma atención. Las diferencias en las tasas de uso de las prestaciones financiadas por el FNR según región geográfica y los sistemas de atención VIP que han implementado algunas instituciones, que otorgan un acceso preferente a los servicios a los usuarios que pagan un plus, son manifestaciones de este problema.
- La continuidad y oportunidad de las prestaciones se ve afectada por la falta de médicos de referencia y las demoras en acceder a las consultas médicas, a la realización de los estudios de diagnóstico, a los tratamientos y a los procedimientos quirúrgicos.

c. La calidad integral de la atención que respete la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

- Muchos servicios funcionan sin habilitación.
- No existe un sistema de acreditación que garantice el cumplimiento de estándares mínimos de calidad y seguridad en los servicios. Entre otros aspectos, un sistema de este tipo podría evaluar el nivel de cumplimiento de las obligaciones asistenciales incluidas en los contratos de gestión que las instituciones firman con la JUNASA.

⁹ Por los jubilados de menores ingresos el BPS paga mensualmente al prestador un sustitutivo de órdenes y tiques que les otorga derecho a dichos beneficiarios a recibir del prestador tres órdenes de consulta médica mensual sin costo, dos medios tiques de medicamentos o análisis clínicos mensuales y una rutina básica semestral (hemograma completo, glicemia, creatinina, colesterol total y HDL y examen de orina). También se han exonerado de tiques algunos medicamentos para los diabéticos y medicamentos antipsicóticos, las órdenes para el control del embarazo y para algunos estudios preventivos del cáncer femenino. También se fijaron precios máximos para los tiques de algunos medicamentos para el control de la hipertensión.

- No existe un sistema de control que garantice el efectivo funcionamiento de las Comisiones Institucionales para la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, ni de los Comités de Control de Infecciones Hospitalarias.
- No existe un sistema de recepción de reclamos por la autoridad sanitaria que, de forma rápida y sin costos para el usuario, pueda resolver los conflictos entre las personas y las instituciones. La única alternativa eficaz es la judicialización de los conflictos.

d. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

- No existe una regulación de los conflictos de interés en las IAMC que evite el mal uso de los recursos, el despilfarro y la corrupción. Ni los dueños de las instituciones (cooperativistas o socios) ni los directivos y gerentes tienen limitaciones legales para ser proveedores de servicios de sus instituciones, ni tampoco para participar de otras instituciones con intereses opuestos.
- El MSP tiene limitaciones en las capacidades técnicas para actualizar y revisar periódicamente el PIAS y el FTM, sobre la base de informes científicos —que contemplen los aspectos médicos, epidemiológicos, económicos, sociales y éticos— y que sean elaborados de forma independiente.
- El MSP solo invierte un 0,27 % del gasto total en salud en administración y gobernanza del sistema de salud.
- La creación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Uruguay (AETSU), si bien representó un avance, no debe ser consultado por el MSP de forma preceptiva antes de modificar el PIAS, el FTM o incluir nuevas prestaciones en la cobertura financiera del FNR, y su modelo de gobernanza —designación y cese de las autoridades directamente por el ministro de Salud Pública, sin control parlamentario— no garantiza la necesaria independencia técnica.
- No es obligatorio que los informes de la AETSU sean públicos y el Poder Judicial no solicita su asesoramiento para resolver los recursos de amparo por el acceso a medicamentos de alto costo.
- Además, si bien inicialmente la AETSU podía participar en la regulación y control posterior de las tecnologías que se incorporan, estas funciones posteriormente fueron eliminadas en la Ley de Presupuesto. De esta forma, los resultados obtenidos por la incorporación de nuevos procedimientos o medicamentos de alto costo quedan sin evaluar. Su gobernanza no garantiza la imprescindible independencia técnica que deben tener agencias de este tipo. Sería conveniente aplicar lo dispuesto por el

artículo 187 de la Constitución Nacional, como se ha hecho en el caso de las distintas unidades reguladoras que se han creado en los últimos años.¹⁰

- El MSP y el MEF no cuentan con información de costos por tramo de edad y sexo para fijar la *cuota salud*. En un sistema con precios regulados, la autoridad reguladora debe contar con información detallada y veraz de los costos de los servicios. La falta de información impide ajustar el monto de la *cuota salud* a la evolución de los servicios y a otros factores que podrían estar determinando los costos de la asistencia, como condición socioeconómica del usuario, enfermedades crónicas costosas, lugar de residencia, etc.
- Como las tasas se aplican sobre las técnicas de diagnóstico y tratamiento, pueden afectar el diagnóstico o tratamiento oportuno, y con ello afectar la calidad, eficacia y eficiencia de la atención. No existe información que permita medir el impacto de las tasas en las dimensiones señaladas.

e. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Uno de los pilares fundamentales del SNIS son las IAMC. En el país existen 34 instituciones que cubren a 2.159.842 personas; el 92 % de ellas (1.981.128 personas) están afiliadas a través del FONASA.

A lo largo del tiempo estas instituciones han sufrido crisis recurrentes.

En la década de los ochenta cerraron varias instituciones, en su mayoría de menor tamaño. En el marco de esta crisis, el Estado creó el Sistema Nacional de Información (SINADI) para monitorear a las IAMC, reglamentó su funcionamiento, fijó el tamaño mínimo de las instituciones, promovió las absorciones y fusiones, extendió el seguro de salud al personal doméstico y a los trabajadores rurales como forma de inyectar nuevos afiliados al sistema y tomó el personal que reunía ciertas características de las instituciones cerradas.

10 Los miembros de los directorios y los directores generales que no sean de carácter electivo serán designados por el presidente de la República en acuerdo con el Consejo de Ministros, previa venia de la Cámara de Senadores, otorgada sobre propuesta motivada en las condiciones personales, funcionales y técnicas, por un número de votos equivalente a tres quintos de los componentes elegidos conforme al artículo 94, inciso primero.

Si la venia no fuese otorgada dentro del término de sesenta días de recibida su solicitud, el Poder Ejecutivo podrá formular propuesta nueva, o reiterar su propuesta anterior, y en este último caso deberá obtener el voto conforme de la mayoría absoluta de integrantes del Senado.

La ley por tres quintos de votos del total de componentes de cada Cámara podrá establecer otro sistema de designación.

A principios del 2000, las IAMC atravesaron una nueva crisis, que significó el cierre de varias mutualistas. La creación del SNIS, la extensión del seguro de salud y los demás cambios detallados anteriormente, permitieron resolver la crisis.

Sin embargo, distintos indicadores¹¹ muestran un deterioro de la situación económico-financiera de estas instituciones. Así, por ejemplo, en el ejercicio octubre 2022 - setiembre 2023:

- 14 IAMC tuvieron resultados operativos negativos. Estas instituciones dan cobertura al 45,2 % de la población afiliada.
- 26 IAMC, que cubren al 86,5 % de la población afiliada, entre ellas todas las de Montevideo, tienen problemas de liquidez para enfrentar sus obligaciones.

Actualmente, en Montevideo existe un número menor de IAMC que décadas atrás, con importantes infraestructuras y servicios complejos, que si dejaran de funcionar no podrán ser reemplazados de forma rápida. En el interior ocurre algo similar. En la mayoría de los departamentos existe una única institución. Por estos motivos, una nueva crisis de las IAMC que supusiera nuevos cierres de instituciones generaría riesgos sistémicos al SNIS.

Desde que se completó la incorporación de colectivos a la cobertura del FONASA, en el año 2016, el seguro de salud presenta un déficit de aproximadamente el 24 % de sus egresos, que es financiado por Rentas Generales. En el año 2023, representó un 1,06 % del PBI, aproximadamente unos 820 millones de dólares.

En el contexto actual, en que el gasto de salud representa un 9,2 % del PBI, no es de esperar un incremento real significativo en la *cuota salud* ni incrementos en las tasas de aporte de los contribuyentes.

Pero, además, diversos informes de la OCDE y la OMS establecen que existe un amplio espacio para mejorar los resultados de los sistemas de salud, si se reduce el despilfarro y las ineficiencias en el uso de los recursos, que estiman entre el 20 % y el 24 % del gasto de salud.

Por estos motivos, es imprescindible fortalecer los controles y la fiscalización para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos del sector y evitar una nueva crisis.

f. La elección informada del prestador de servicios por parte del usuario

- Está limitada por la carencia de información sobre resultados y calidad de los servicios de los diferentes prestadores.
- En la mayor parte de las ciudades o poblaciones de los departamentos del Interior solo existe una IAMC y la única alternativa son los servicios de ASSE.

11 CERES, *Situación actual y propuestas para mejorar el Sistema de Salud de Uruguay*, setiembre de 2024.

Muchos de los desafíos actuales del SNIS se originan en que se crean reglas cuyo cumplimiento no se controla.

Por eso, para el SNIS funcione de forma eficiente y cumpla con sus principios rectores es imprescindible fortalecer el control y fiscalización de la normativa vigente.

En otros casos, sería necesario ajustar las normativas vigentes o crear nuevas normas, con base en información oportuna, veraz y de calidad, con la que hoy no se cuenta. Ejemplo de ello son la normalización de la calidad y seguridad de los servicios y la regulación de precios de la *cuota salud*, las órdenes y tiques.

RAZONES PARA CREAR UNA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD QUE FORTALEZCA LA RECTORÍA DEL MSP

En un sistema de salud que descentralizó la prestación de los servicios de salud en prestadores privados y públicos, los que principalmente se financian con recursos públicos, es imprescindible que el Estado tenga la capacidad para garantizar:

- que los actores privados y públicos brinden servicios de forma accesible, equitativa, continua, oportuna y de calidad, en un marco de respeto de los derechos del usuario;
- la eficacia y el uso eficiente de los recursos, que asegure la sostenibilidad de las instituciones prestadoras;
- la elección informada del prestador de servicios por parte del usuario;
- la generación de información de calidad, veraz y oportuna para normalizar al sector y fijar los precios de las IAMC.

Según las orientaciones de política de salud de los gobiernos, se podrían implementar diferentes tipos de medidas, tales como: ajustar los sistemas de pago a las instituciones prestadoras, promover medidas que reduzcan el despilfarro y mal uso de recursos, cambios en el modelo de atención, médico de referencia, reducción de multiempleo médico, mayor movilidad de los usuarios, etc.

Sin un cambio en la institucionalidad del sector, todas las medidas de mejora del SNIS serán reversibles. Se aplicarán durante el tiempo en que su promotor mantenga influencia y poder en el sistema; luego, los intereses sectoriales diluirán los cambios.

El SNIS necesita que la autoridad sanitaria disponga de una institucionalidad eficaz para controlar y fiscalizar al sector. Sin ella, los cambios serán meramente cosméticos.

La normalización del sector y la fijación de precios son los principales instrumentos para conducir al SNIS según los objetivos de la política de salud que le corresponde establecer al Poder Ejecutivo.

Para que la normalización sea efectiva, se deben poder controlar, fiscalizar y sancionar los incumplimientos.

El control y fiscalización de los prestadores requiere de profesionales altamente calificados, que actúen con autonomía técnica, de forma despolitizada e independiente de las instituciones prestadoras, de la industria proveedora de medicamentos y equipamientos y de los actores corporativos médicos y no médicos.

Para retener profesionales altamente calificados se deben pagar remuneraciones competitivas con el mercado que se controla y fiscaliza. El sistema retributivo debe estar acompañado de un régimen de desempeño basado en la dedicación total y exclusiva, con un estricto régimen de incompatibilidades que eviten los conflictos de interés.

CARACTERÍSTICAS DE UNA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Alcance y objetivos de una Superintendencia de Servicios de Salud

La misión de la Superintendencia de Servicios de Salud sería garantizar una atención equitativa, accesible, oportuna, continua, de calidad y segura en todas las instituciones prestadoras (IAMC, seguros privados y ASSE), así como proteger los derechos de sus usuarios.

En relación con las IAMC, además de ello, debería vigilar, controlar y fiscalizar su área económico-financiera y de gestión.

Sus objetivos deben ser:

- La protección de los derechos de los usuarios del SNIS.
- La garantía de una atención equitativa, accesible, oportuna, continua y de calidad.
- La seguridad en la atención médica.
- La estabilidad y solvencia económica de las IAMC para asegurar su sostenibilidad.
- La eficiencia en el uso de los recursos.
- La libertad de elección del prestador por parte del usuario.
- Generar información veraz, oportuna y confiable para que el Poder Ejecutivo mejore la normalización del sector, la fijación de precios de las IAMC y la elaboración del presupuesto de ASSE.

Gobernanza de una Superintendencia de Servicios de Salud

La Superintendencia de Servicios de Salud debería contar con la máxima autonomía administrativa y de gestión posible. Sus autoridades deberían ser designadas por el Poder Ejecutivo, previa venia del Senado, entre personas con reconocidas condiciones personales, profesionales y técnicas.¹² Durante el ejercicio de sus funciones deberían abstenerse de ejecutar cualquier acto público o privado de naturaleza política y no deberían ser candidatos a ningún cargo electivo hasta transcurrido un período de gobierno desde su cese.

12 Artículo 187 de la Constitución Nacional.

Los directores de la Superintendencia no podrían ser dependientes, asesores, apoderados, auditores, consultores, socios, directores, síndicos, o similares, de las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que se encuentren sujetas al contralor de esa Superintendencia, ya sea en forma rentada u honoraria. No podrían percibir de dichas personas ninguna retribución, comisión u honorario de clase alguna. La JUTEP tendrá las más amplias facultadas para controlar dichos aspectos.

El ingreso de funcionarios a la Superintendencia sólo podrá realizarse mediante concurso de oposición y méritos. Su desempeño laboral tendrá las mismas incompatibilidades que los directores y los cargos de responsabilidad funcional integrarán la carrera administrativa, cuyo desempeño y permanencia será evaluada a partir del cumplimiento de metas medibles y verificables.

Principales cometidos de una Superintendencia de Servicios de Salud

a. Garantizar una atención equitativa, accesible, oportuna, continua, de calidad y segura

Para ello debe:

- Controlar que las instituciones prestadoras cumplan con las normas de habilitación de sus servicios. Acordar con las instituciones prestadoras planes operativos que permitan corregir las observaciones.
- Colaborar con la implementación del proceso de acreditación de los prestadores de servicios. La acreditación es un procedimiento de evaluación de las condiciones de funcionamiento de un servicio de salud, tanto en términos de calidad como de seguridad. Los estándares de calidad y seguridad deben estar predefinidos y su grado de cumplimiento debe ser evaluado por una entidad externa. Para implementar un proceso de este tipo:
 - el MSP debería fijar los estándares de calidad y seguridad.
 - la Superintendencia debería certificar y registrar las entidades acreditadoras, evaluar los resultados obtenidos y acordar con las instituciones planes de mejora.
- Controlar el efectivo funcionamiento de los Comisiones Institucionales para la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina. Vigilar que las instituciones adopten medidas correctivas para corregir el riesgo de ocurrencia de eventos que no pueden suceder (*Never events*).
- Controlar y fiscalizar el acceso oportuno a la asistencia médica.
 - Asegurar el acceso al médico de referencia en 24 horas.

- Para los problemas de salud priorizados por el MSP implementar un plazo máximo para el diagnóstico y el inicio del tratamiento o el procedimiento quirúrgico cuando corresponda. Difundir públicamente dichos plazos.¹³
- Gestionar el Sistema Nacional de Información (SINADI) asistencial, incorporando índices y estadísticas relacionadas con las acreditaciones y el acceso oportuno a la asistencia médica.

b. Proteger los derechos de los usuarios del SNIS

Las principales acciones para proteger los derechos de los usuarios son:

- Difundir los derechos del usuario.
- Difundir los índices y estadísticas sobre el precio de las tasas, tiempos de espera, calidad y seguridad de las prestaciones para que los usuarios del SNIS puedan elegir a sus prestadores de una manera informada.
- Recibir y resolver, en segunda instancia, los reclamos de los usuarios en relación a la violación de sus derechos, al incumplimiento en la provisión de servicios incluidos en el PIAS o a la entrega de medicamentos incluidos en el FMT y a incumplimientos en los plazos máximos de atención. Los usuarios, en primera instancia deberían realizar el reclamo ante la institución prestadora. Cumplido un plazo perentorio, se habilitaría que el usuario presente su reclamo en la Superintendencia, quién resolverá y aplicará las sanciones que correspondan.
- Ante situaciones de daño generados en el proceso de atención, administrar un proceso de conciliación y mediación entre los usuarios y las instituciones que procure una resolución alternativa de los conflictos de forma voluntaria, extrajudicial y confidencial. Completado el proceso sin acuerdo, se habilitaría la instancia judicial.

c. Promover la eficiencia, estabilidad y solvencia económica de las IAMC

Para asegurar la sostenibilidad económica de las IAMC y del sistema, la Superintendencia debería:

- Controlar los conflictos de interés, según las prohibiciones que establezca la normativa.
- Realizar el control económico y financiero de las IAMC, para asegurar las condiciones de viabilidad que garanticen la continuidad y calidad de los servicios asistenciales.
- Gestionar el sistema de metas variables para obtener resultados medibles en materia de calidad (regularización de las habilitaciones, cumplimiento de los estándares

13 En Chile el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE) establece un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas de 87 problemas de salud. Además, se especifica si se pueden cobrar copagos o no y su monto máximo.

de acreditación, etc.) y funcionamiento efectivo del primer nivel de atención y el médico de referencia.

- Producir y recabar la información que permita conocer, analizar y evaluar los costos de las prestaciones, medicamentos e insumos médicos y del funcionamiento de las IAMC, por grupo de edad y sexo, así como de aquellos factores que se consideren pertinentes para la fijación de precios.
- Elaborar, en coordinación con el área asistencial, un Plan de Auditorías con el objeto de evaluar la confiabilidad y la veracidad de la documentación suministrada por las mencionadas entidades.
- Generar un sistema de alertas tempranas de situaciones de inviabilidad económico-financiera y promover las acciones correctivas que correspondan para evitar, en lo posible, llegar a situaciones irreversibles.
- Asesorar al Poder Ejecutivo en la evaluación de las propuestas de reestructuración de pasivos que formulen las IMAC para acceder al Fondo de Garantías y realizar el seguimiento y control del mismo, informando al Poder Ejecutivo.
- Participar en los procesos de intervención administrativa, proporcionando los interventores o dando seguimiento a los interventores designados.
- Controlar y participar de los procesos de liquidación voluntaria o forzosa a fin de proteger los derechos de los usuarios y los recursos materiales y humanos de la salud.
- Proponer la liquidación o fusión de las instituciones prestadoras cuando se acredite su inviabilidad económico financiera.
- Evaluar la viabilidad económico-financiera de las nuevas IAMC que soliciten su habilitación.

d. Asesorar al Poder Ejecutivo con información de calidad, veraz y oportuna para normalizar al sector y fijar los precios de las IAMC

Para mejorar el proceso de regulación estatal la Superintendencia debería:

- Asesorar de forma preceptiva al Poder Ejecutivo en la regulación de los precios de las cuotas individuales, colectivas, la cuota salud y las órdenes y tiques.
- Asesorar de forma preceptiva al MSP respecto a la actualización del PIAS y el FTM, y a los cambios en la normalización de los derechos de los usuarios, la calidad de los servicios, la oportunidad y seguridad de los mismos.
- Coordinar con el AETSU los estudios sobre incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos de alto costo, así como su seguimiento, brindando información de los impactos económicos y asistenciales de su incorporación al sistema.

FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

El fortalecimiento de las funciones de control y fiscalización en una Superintendencia de Servicios de Salud permitiría que el MSP se concentre en aquellas funciones y responsabilidades indelegables de la autoridad sanitaria, cuyo cumplimiento es necesario para asegurar la salud pública.

En los documentos técnicos de la OPS, se las denomina funciones esenciales de salud pública (FESP) y son las siguientes:

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación de los ciudadanos en la salud.
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materias de la salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Investigación en salud pública.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES: LA IMPORTANCIA DE LOS RECURSOS HUMANOS

Sin recursos humanos en cantidad suficiente, con adecuada distribución geográfica y con formación de calidad en las distintas profesiones y especializaciones, no es posible contar con servicios de salud de calidad, seguros y que respeten los derechos de las personas.

El multiempleo médico, la accesibilidad a la atención médica de forma oportuna y la continuidad de la asistencia

Entre los múltiples aspectos de este tema, destacamos el fenómeno del multiempleo médico. Se trata de un fenómeno multicausal, pero que en parte se genera y se mantiene por las normativas laborales. Los laudos de la salud, desde el año 1965, consagran cargos de muy baja dedicación horaria. Así, por ejemplo, los cargos de la actividad en consultorio son de 6 horas semanales, que generalmente se organizan en tres consultas semanales de dos horas cada una. Como el número de pacientes a atender en consultorio está regulado en 4 o 6 pacientes según la especialidad, un médico puede atender entre 24 o 36 pacientes semanales como máximo. Estos cargos se remuneran con un sueldo fijo mensual y con un pago variable según el número de pacientes atendidos.

Esta baja dedicación horaria es una de las causas principales de las demoras que sufren los pacientes en acceder a su médico. La normativa del MSP regula el tiempo máximo para acceder a un médico general o especialista. Probablemente, la mayoría de las instituciones cumplen con estos plazos. Pero no pueden cumplir con los plazos de acceso al médico tratante, que conoce al paciente y que debe asegurar la continuidad de la atención. Si no se corrige este problema, no se podrá mejorar la accesibilidad, continuidad y oportunidad de la asistencia.

Las condiciones laborales se negocian en los consejos de salarios. Allí se definen las categorías, salarios mínimos y montos salariales. En este proceso, además de los representantes de los médicos y demás trabajadores, y de las instituciones prestadoras, participa el Estado: el MTSS, promoviendo los acuerdos salariales, y el MEF, estableciendo pautas económicas, dado el alto peso que tienen los costos salariales en la *cuota salud*.

Para solucionar este problema, además de revisar los horarios máximos de los cargos, deberían analizarse otras formas de organizar el trabajo médico y de compensarlo, de forma de generar los incentivos adecuados para implementar cambios en el modelo de atención acordes a los objetivos de la política de salud.

Es necesario que el MSP asuma el liderazgo en este tema para promover acuerdos que, con el consenso de los actores del sistema y con la sostenibilidad económica necesaria, comiencen a resolver este problema estructural del sistema.

La formación del personal de la salud

Existen en el sistema distintos desequilibrios en materia de recursos humanos: faltan licenciados en enfermería, algunas especialidades médicas o quirúrgicas no son suficientes o están mal distribuidas en el territorio nacional, falta formación en el área de la rehabilitación, etc.

Se requiere desarrollar de forma impostergable, en coordinación con diversos actores, políticas específicas que comiencen a resolver estos problemas.

ANEXO ESTADISTICO¹⁴**Cuadro A1. Afiliaciones integrales a prestadores de salud según tipo de institución y tipo de cobertura, año 2022**

Tipo Institución	Total	Con cobertura FONASA	%	Sin cobertura de FONASA	%
IAMC	2.159.842	1.981.128	92%	178.714	8%
Seguros privados	127.353	83.934	66%	43.419	34%
ASSE	1.429.910	539.503	38%	890.407	62%
Sanidad Policial	112.745			112.745	100%
Sanidad Militar	129.160			129.160	100%
Total	3.959.010	2.604.565		1.354.445	

Nota: Son afiliaciones integrales. Una misma persona puede tener más de una cobertura.

Según el Censo de Población del año 2023, en el país existen 3.444.263 habitantes.

Por lo cual, el FONASA cubre el 76% de la población.

Cuadro A2. Gasto en salud como porcentaje del PBI*Antes de la reforma*

Año	% PBI
2004	8,5
2005	8,2
2006	8,1
2007	7,7
2008	7,5

14 Basado en: *Anuario Estadístico 2023* del INE, Rendiciones de cuentas de JUNASA, Informes de cuentas nacionales de salud del MSP, Rendición de cuentas del ejercicio 2023 del Poder Ejecutivo, y Félix Bellomo-Martín Naranja, Sistema de salud en Uruguay. 2007-2015 Análisis de los cambios recientes, en *Comentarios de Seguridad Social*, 2016, 3er. Trimestre, nº 53, BPS.

Luego de la reforma

Año	% PBI
2015	8,48
2016	8,81
2017	8,94
2018	9,12
2019	9,47
2020	9,29
2021	9,19

Cuadro A3. Financiamiento público-privado del gasto en salud

Antes de la reforma

Año	Público	Privado
2005	51%	49%
2006	53%	47%
2007	55%	45%
2008	64%	36%

Luego de la reforma

Año	Público	Privado
2020	71%	29%
2021	74%	26%

Cuadro A4. Gasto público en salud como porcentaje del PBI

Año	%
2012	5,3
2013	5,5
2014	5,7
2015	5,9
2016	6,1
2017	6,2
2018	6,3
2019	6,3
2020	6,7
2021	6,9

Cuadro A5. Variación porcentual de los aportes y transferencias al seguro de salud, en el momento de la reforma. Año 2008, con base en 2005

Tipo aporte	Variación
Contribuciones del empleador	44 %
Contribuciones del trabajador	251 %
Contribuciones de los pasivos	25 %
Transferencia del gobierno al seguro de salud	64 %

Cuadro A6. Cambios en la participación de los hogares en el financiamiento del gasto de salud, en el momento de la reforma. Año 2008, con base en 2005

Tipo de gasto	Variación
Prepago (cuotas)	-15 %
Órdenes y tiques	-7 %
Pagos directos de los hogares	-6 %
Total	-11 %

Cuadro A7. Evolución del número de beneficiarios del seguro de salud (BPS-FONASA)

Año	Número de beneficiarios
2005	619.815
2006	665.061
2007	748.865
2008	1.377.743
2011	1.864.101
2012	2.108.736
2016	2.535.598
2017	2.545.465
2020	2.477.425
2021	2.575.082
2022	2.604.565

La universalización del seguro de salud se realizó de forma progresiva. Las primeras inclusiones fueron a fines del año 2007 y en el año 2008. El proceso de ampliación a diferentes colectivos se completó en el año 2016.

Evolución de las transferencias de Rentas Generales al FONASA

Cuadro A8. Porcentaje del total de egresos transferido de Rentas Generales al FONASA

Año	%
2008	7%
2010	2%
2011	5%
2012	9%
2015	17%
2017	25%
2022	23%

En el año 2022, el aporte de Rentas Generales fue de \$ 27.504:125.617, un 0,94 % del PBI. En el año 2023, los egresos por prestaciones superaron a los ingresos por contribuciones en \$ 31.875 millones, lo que representó un 1,06% del PIB.

Cuadro A9. Gasto de salud total y gasto de gobernanza del sistema, año 2021

Tipo de gasto	Monto	Porcentaje sobre el gasto total
Gasto total de salud	\$ 241.800:000.000	
Gasto gobernanza y administración sistema salud		0,28%
MSP	\$ 656:000.000	0,27%
AETSU	\$ 20:000.000	0,008%
Otros	\$ 3:800.000	0,002%
Gasto administración financiamiento		0,17%
FNR	\$ 341:000.000	0,14%
MSP	\$ 64: 300.000	0, 03%
Total gobernanza	\$ 1.085:100.000	0,45%



José E. Rodó 1836, 1er piso, Montevideo

Tel: (598) 24008992

Email: ihcterra@gmail.com

Web: institutojuanpabloterra.org.uy