

Servicios preferenciales en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Aspectos éticos y de equidad

*Preferential Services in the Integrated National Health System.
Ethical and Equity Aspects*

IORELLA CAVALLERI *
Universidad de la República, Uruguay

REGINA GUZMÁN **
Universidad de la República, Uruguay

KRIZIA OSTERKAMP ***
Universidad de la República, Uruguay

SOLEDAD BONAPELCH ****
Universidad de la República, Uruguay

SILVANA LÓPEZ *****
Universidad de la República, Uruguay


MATÍAS SUÁREZ *****
Universidad de la República, Uruguay

OSCAR GIANNEO *****
Universidad de la República, Uruguay

MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO *****
Universidad de la República, Uruguay

IMA LEÓN *****
Universidad de la República, Uruguay


* Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: fcavalleri1226@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-0028-3544>


** Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República. E-mail: rguzman@higiene.edu.uy  <https://orcid.org/0009-0005-9544-0301>

*** Ex docente de Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: kriz.osterkamp@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0005-5563-8962>

**** Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: sole2502@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0002-1208-8663>

***** Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: silvana.44lopez@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-9407-9412>

***** Residente de Administración de Servicios de Salud, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: matopino@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0006-8141-7036>

***** Ex docente de Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: ogianneo@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0001-8003-6761>

***** Ex docente de Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: mafaleano@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0007-5813-6030>

***** Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). E-mail: dra.imaleon@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-5854-6362>



RESUMEN. A partir de 2021, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay ha aumentado la oferta de servicios preferenciales, que requieren un pago adicional al aporte al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este cambio ha generado debate público y reacciones diversas. El Grupo de Estudios de Sistemas de Salud (GESS) de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República se propuso analizar el impacto de estas prestaciones en el SNIS. El objetivo del estudio fue analizar el impacto de las prestaciones diferenciales (VIP) en el derecho a la salud, desde la perspectiva del modelo de gestión, financiamiento y atención. Se conformó un panel de expertos, se sistematizaron sus respuestas. Se realizó un análisis hermenéutico de discurso. La conclusión fue que, para garantizar la sustentabilidad del SNIS, se deben fortalecer las estrategias de gobernanza y rectoría. La oferta de acceso preferencial a prestaciones del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), mediante pagos adicionales, es éticamente indefendible en el SNIS. Esta práctica afecta los principios de justicia, solidaridad y equidad, vulnerando el derecho a la salud consagrado en la Ley 18.211 y generando inequidad en el acceso a prestaciones garantizadas por ley.

PALABRAS CLAVE: sistemas de Salud; servicios VIP; equidad; acceso; derecho a la salud; salud pública; ética

ABSTRACT: Since 2021, the National Integrated Health System (SNIS, by its Spanish acronym) of Uruguay has increased the supply of preferential services, which require an additional payment to the contribution to the National Health Fund (FONASA, by its Spanish acronym). This change has sparked public debate and diverse reactions. The Health Systems Studies Group (GESS, by its Spanish acronym) at the Faculty of Medicine, University of the Republic, set out to analyze the impact of these services on the SNIS. The objective of the study was to analyze the impact of differential services (VIP) on the right to health, from the perspective of management, financing, and care models. A panel of experts was formed, and their responses were systematized. A hermeneutic discourse analysis was conducted. The conclusion was that, to guarantee the sustainability of the SNIS, governance and stewardship strategies must be strengthened. The supply of preferential access to services under the Comprehensive Health Care Plan (PIAS, by its Spanish acronym), through additional payments, is ethically indefensible within the SNIS. This practice undermines the principles of justice, solidarity, and equity, violating the right to health enshrined in Law 18.211 and generating inequity in access to services guaranteed by law.

KEYWORDS: health systems; VIP services; equity; access; right to health; public health; ethics

Introducción

A partir del 2021 se profundizó tanto la oferta como las modalidades de servicios preferenciales dentro de los prestadores integrales que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay. El surgimiento de este tipo de servicios y prestaciones se fue instalando progresivamente desde años previos.

Los usuarios pueden acceder realizando un pago adicional a su aporte al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este cambio, ha sido objeto de debate en la opinión pública y suscitado diferentes reacciones en los actores del sistema. El Ministerio de Salud Pública (MSP) en la Rendición de Cuentas del 2021, presentó una propuesta para regular dichos servicios (Ley de Presupuesto Nacional, 2021, art. 266), el cual finalmente fue excluido por el gobierno.

El sistema de salud de un país es la respuesta organizada para afrontar los problemas de salud de su población. En 2005, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) asumieron el compromiso de que toda la población tuviera acceso a los servicios de salud sin comprometer su situación financiera. De esta forma se propuso fortalecer y reformar la financiación del sistema de salud de los diferentes territorios. A este objetivo se lo denominó "cobertura universal" que abarca tres dimensiones: la población que se cubre, los servicios de salud o prestaciones a ser brindadas a esa población y los gastos cubiertos para este fin (WHO, 2011).

Los servicios preferenciales, denominados VIP por su sigla en inglés (*very important person*), son ofrecidos por los prestadores de salud y demandados por personas con capacidad de pago de bolsillo. La atención a la salud VIP refiere a servicios que exceden a los ofrecidos o disponibles para la población general a través de los seguros de salud. Pueden incluir habitación privada, menú a la carta, tiempos de espera más cortos, interconsultas rápidas a especialistas, servicios de farmacia personalizada, infraestructura exclusiva, entre otros (Marquez y Lever, 2023).

Es habitual ofrecer servicios VIP en función del estatus, riqueza o influencia de las personas y en múltiples sectores es aceptado pagar por más, mejor o más rápido, aun así, la atención a la salud es un bien único y es considerado un derecho humano fundamental según la declaración de Alma-Ata (WHO, 1974). Acceder a los servicios de salud puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte o la calidad de vida de las personas, Clark S. argumenta sobre los servicios VIP que: "cuando permito que uno de mis pacientes sea etiquetado como importante, ¿etiqueto implícitamente a los demás como menos importantes?" (Clark, 2015).

La oferta de servicios VIP se puede analizar desde la perspectiva ética, donde algunos autores distinguen entre conflictos éticos emergentes (cuando suceden de forma abrupta con presencia de nuevos dilemas) y persistentes (aquellos que acompañan a la población durante un largo período, como la injusticia social) (Garrafa y Porto, 2008; Porto y Garrafa 2005).

Algunos expertos en salud pública consideran estos servicios elitistas y sostienen que su implementación puede conducir a una utilización insuficiente o excesiva de recursos (Yang, Cheng *et al*, 2024). En el mismo sentido se destacan 3 dilemas (Marquez y Lever, 2023):

1. Exacerba las inequidades en el acceso a los servicios de salud.
2. Inadecuada distribución de recursos que son limitados.
3. Falacia de financiamiento de la atención de los desatendidos con la atención a los sobre atendidos.

La atención VIP utiliza recursos que son finitos de forma desproporcionada, con el consiguiente agotamiento de los recursos disponibles para el resto de la población (Marquez y Lever, 2023). La medicina VIP no desvía más tiempo y atención a las personas con peor salud, sino que conduce a una mayor concentración de recursos innecesarios, con el consiguiente riesgo moral que esta situación implica (Yang, Cheng *et al*, 2024).

La transferencia de costos es una teoría popularmente empleada para defender la prestación de atención VIP que no se sostiene en la práctica. Al igual que las empresas de cualquier otra

industria con fines de lucro, los sistemas de atención de salud están motivados a desarrollar los servicios que maximizan sus ganancias y al mismo tiempo minimizan las pérdidas. No existe ninguna regulación que obligue a los efectores de servicios de salud a equilibrar la atención no compensada con los servicios VIP, por lo que estos servicios no están vinculados. No hay ninguna razón financiera por la que la atención VIP sirva para promover la equidad en salud, y no hay evidencia de que los sistemas de atención médica utilicen los ingresos monetarios por concepto de atención VIP para financiar la atención de pacientes con bajos ingresos población (Marquez y Lever, 2023).

Los servicios VIP tienen mayor rentabilidad para algunos autores, pero no han demostrado un beneficio en los resultados, lo cual podría generar una distribución de recursos más alejada de las personas con menores ingresos y/o más vulnerables. Un sistema en el que se concibe a las personas con altos ingresos como el motor financiero para la atención de pacientes con bajos ingresos puede contribuir a ideas distorsionadas sobre quién merece atención, quién la brindará y con qué rapidez (Marquez y Lever, 2023).

El desarrollo de la atención VIP en los sistemas de salud menoscaba los principios de brindar atención universal con equidad (Márquez y Lever, 2023). La ética y las perspectivas de aplicación de los servicios médicos VIP son motivo de preocupación académica, aunque la literatura contiene conclusiones inconsistentes. Los servicios médicos VIP pueden tener un impacto positivo en los pacientes y proveedores de servicios si se implementan adecuadamente, especialmente ante la importante demanda de atención médica por parte de las compañías de seguros de salud y el envejecimiento de la población (Yang *et al*, 2024).

El “síndrome VIP” puede influir en las decisiones debido a una motivación médica defensiva, generando que los médicos dependan más de los exámenes de laboratorio y tecnologías sofisticadas, que de las necesidades basadas en los problemas de salud de las personas (Marquez y Lever, 2023; Yang *et al*, 2024). Al evaluar cómo la atención VIP encaja en el sistema de salud de un país, la equidad en salud debe usarse como “brújula moral” (Marquez & Lever, 2023; Hartman *et al*, 2019) para crear sistemas más éticos.

En Uruguay, en el año 2007, con la aprobación de un conjunto de leyes fundamentales se crea el SNIS (MSP, 2019). Los principios rectores del SNIS, consagrados en la Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Nº 18.211/2007) son: equidad, cobertura universal, la promoción y prevención de la salud, intersectorialidad de las políticas de salud, accesibilidad, sustentabilidad de los servicios y de la asignación de recursos, continuidad, oportunidad, calidad integral de atención, respeto a los derechos de los usuarios a decisiones informadas y a la elección de prestadores de salud, participación social de trabajadores y usuarios, solidaridad en el financiamiento, eficacia y eficiencia, así como la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral a la salud. Respecto al funcionamiento de la red de atención en salud del SNIS, se organiza la atención en redes por necesidades de los usuarios y complejidad de la prestación, utilizando como estrategia la atención primaria en salud (APS) y priorizando el primer nivel de atención (PNA) (Nº 18.211, Art. 34/2007).

Se creó el Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado por un fondo único, el FONASA a través de contribuciones a la seguridad social (modelo Bismarck), con un financiamiento tripartito por parte de personas aseguradas que aportan en función de sus ingresos, aportes patronales y aportes del estado. Todos los beneficiarios del SNS pueden elegir un prestador integral de salud para recibir atención, que puede ser público, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP), que nuclea a cooperativas y asociaciones mutuales, ambos sin fines de lucro y los seis seguros integrales privados, con fines de lucro, que fueron incluidos excepcionalmente al inicio de la reforma y que requieren de un aporte adicional (Nº 18.211/2007; Fernández *et al*. 2015).

La gobernanza del sistema, ejercida por el MSP, asume el rol de rectoría en el SNIS como autoridad sanitaria. La Junta Nacional de Salud (JUNASA) - organismo desconcentrado que depende del MSP - se encarga de administrar el SNS según los principios rectores del sistema y

constituye un ámbito para su gobernanza. La JUNASA celebra contratos de gestión con los prestadores de salud explicitando sus obligaciones y derechos. Todos los prestadores integrales de salud del sistema están obligados a brindar el listado explícito de prestaciones incluidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que incluye programas nacionales de salud, modalidades de atención, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, fármacos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) y otras prestaciones. Los prestadores integrales tienen derecho al cobro de la “cuota salud”, cuyo principal componente está vinculado a la población afiliada a cada prestador.

A partir del año 2015, se comenzaron a observar con más claridad las dificultades relacionadas a la calidad de atención, aumento de listas de espera y desafíos en la complementación entre los efectores públicos y privados. Con la pandemia, se acentuaron estos obstáculos que pusieron en evidencia dificultades en la regulación, permitiendo la perforación del sistema por intereses particulares que no necesariamente se alinean con los principios rectores del SNIS (Fuentes, 8 de julio, 2022; Robaina, 24 de junio, 2022).

Los servicios VIP en Uruguay pueden incluir comodidades como habitaciones privadas e infraestructura exclusiva, seguro de viaje, incluyen además menores tiempos de espera para algunas prestaciones (coordinación de consultas con especialistas, estudios diagnósticos y terapéuticos, procedimientos quirúrgicos) y atención priorizada en urgencia y emergencia, atención personalizada en farmacia, etc. (Fuentes, 8 de julio, 2022; Pérez, 25 de mayo, 2023).

En el Grupo de Estudios de Sistemas de Salud (GESS) - Facultad de Medicina – Universidad de la República nos propusimos abordar el tema analizando el impacto de esta modalidad de prestaciones en el SNIS.

Se busca señalar las diferencias en servicios y prestaciones que ofrecen los prestadores integrales, bajo la modalidad de servicios preferenciales (“VIP”). Se podría formular la hipótesis de que dichos servicios preferenciales vulneran los principios rectores del SNIS (Nº 18.211. Art. 3/2007).

Este trabajo aporta un análisis crítico y sistemático del efecto de las prestaciones diferenciales en el SNIS, integrando las perspectivas de atención, gestión y financiamiento. Asimismo, fundamenta, desde un enfoque ético y de derechos, las tensiones que estas prácticas generan sobre los principios de equidad, solidaridad y justicia que sustentan el sistema de salud uruguayo.

Objetivo

Discutir y analizar el impacto sobre el derecho a la salud que representan las prestaciones diferenciales (VIP) que ofrecen los prestadores integrales en el SNIS desde la perspectiva del modelo de gestión, financiamiento y atención.

Métodos

Se realiza un estudio cualitativo. Se utiliza como metodología el análisis hermenéutico del discurso (Alonso, 2003) con el fin de explorar y aproximarse a los dilemas éticos (Junges, 2005; Junges 2019; Russo, 2021) en el ámbito de la salud pública (Hartman *et al*, 2019; Vergara, 2019; Mendieta y Ramirez, 2015).

Fueron definidos por el GESS diez expertos, ocho nacionales, de los cuales dos forman parte del equipo de investigación. La selección se basó en su vinculación con la problemática, su experiencia profesional y el área de trabajo a la que pertenecen. Además, se incluyeron dos expertos internacionales, seleccionados según criterios establecidos por el equipo de investigación, priorizando especialistas de países de la región (Brasil y Chile) con sistemas de salud de base solidaria y experiencias comparables en la introducción de mecanismos de acceso diferencial a prestaciones, y vinculados a ámbitos académicos y/u organismos internacionales.

Se les realizó un conjunto de preguntas (ver cuadro 1), sustentadas en tres ejes analíticos

hermenéuticos, con el fin de integrar la subjetividad de los entrevistados:

- de las experiencias internacionales con los servicios diferenciales,
- marco normativo nacional e impacto en la rectoría,
- impacto sanitario de la nueva forma de acceso a los servicios.

Se utilizaron dos estrategias metodológicas para la aproximación al objetivo de estudio.

Por un lado, la realización de entrevistas semiestructuradas a los dos referentes extranjeros y a dos referentes nacionales del SNIS. En el Cuadro 1 se encuentra la pauta de entrevista.

En segundo lugar, se realizó un taller presencial en el que se convocó a conformar un panel de exposición y discusión a seis expertos nacionales. Previo a la convocatoria se les envió a los expertos las preguntas orientadoras. Al igual que con las entrevistas semiestructuradas, la selección de las personas convocadas a participar en el panel pretendió relevar opiniones y percepciones ajustadas a las necesidades de los objetivos y productos planteados en el objetivo de la investigación. El taller constó de una presentación inicial en el que se presentaron extractos de las cuatro entrevistas realizadas a expertos, luego cada panelista expuso sobre los interrogantes. Para finalizar se generó un espacio para el intercambio entre los participantes.

Se realizó la desgravación manual de las entrevistas y exposiciones por parte del equipo de investigación. En la sistematización no se identificó a cada participante ni su pertenencia institucional. En base a las transcripciones de las entrevistas y exposiciones, se realizó la codificación, de las respuestas en función de los tres ejes hermenéuticos definidos. Se presentan los resultados exponiendo los consensos y disensos.

Cuadro 1. Preguntas a expertos internacionales, nacionales y panelistas.

Expertos internacionales	<p>¿Cuál es el impacto del desarrollo de servicios VIP en el sistema de salud de Brasil, y más concretamente en la accesibilidad, la equidad, gobernanza y financiamiento del mismo?</p> <p>¿Cómo ha impactado el fenómeno de “mercantilización” de la salud en la accesibilidad, equidad y gobernanza del sistema de salud de Chile?</p>
Expertos nacionales	<p>¿Cuál es el marco jurídico que sustenta la creación de servicios VIP en el SNIS?</p> <p>¿La creación de servicios VIP vulnera los principios del SNIS?</p> <p>¿Cuáles son los principales efectos de los servicios VIP en la gobernanza del SNIS?</p>
Panel	<p>¿Cómo evalúa el impacto de los servicios VIP en la coordinación de la red de atención del primer nivel y atención ambulatoria del SNIS?</p> <p>¿Qué consecuencias identificaría sobre la complementación de servicios?</p> <p>¿Cómo evalúa el impacto de los servicios VIP sobre el PIAS?</p> <p>¿Cómo influye la oferta de prestaciones diferenciales en la demanda de incorporación de prestaciones al PIAS?</p> <p>¿Cómo impacta el desarrollo de los servicios VIP en el desempeño de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), en particular en los definidos hacia 2030?</p> <p>¿Cómo afecta el desarrollo de servicios VIP en la equidad en el financiamiento del SNIS?</p> <p>¿Cuál es el impacto del costo de los servicios VIP en el cálculo de la cápita?</p> <p>¿Qué implica el fenómeno en los casos de dobles coberturas?</p> <p>¿Cómo impactan los servicios VIP en el equilibrio de poder de los actores de la JUNASA?</p> <p>Según la periodista Carolina Delisa “el sistema está yendo hacia una diferenciación de socios comunes y socios VIP” ¿De qué manera esta polarización vulnera los principios rectores del SNIS?</p> <p>¿En qué medida los derechos de los usuarios se garantizan en términos de accesibilidad y equidad?</p> <p>¿Cuáles son los principales efectos de los servicios VIP en la gobernanza del SNIS?</p>

Resultados

Las ideas que surgen de las entrevistas a expertos nacionales e internacionales constituyeron los insumos para el desarrollo posterior de las ideas plasmadas en el panel de discusión.

Por parte de los expertos internacionales se destacan dos elementos. Uno, que a nivel general la mercantilización de la salud impacta en la accesibilidad, equidad y gobernanza de los sistemas de salud, independientemente del país en el que suceda. Un segundo elemento, específicamente sobre los servicios diferenciales, es que estos profundizan la segmentación de la atención en los sistemas de salud: "se crean compartimentos dentro del sistema diferenciados por capacidad de pago, comprometiendo su eficiencia y sostenibilidad, así como la oportunidad de atención de sus usuarios".

Los entrevistados nacionales hacen énfasis en el impacto de los servicios VIP en función de si se encuentren incluidos como obligatorios en el PIAS: "La creación de servicios VIP no incluidos en el PIAS, como las habitaciones, no afectan la equidad y oportunidad de las prestaciones (...) Sin embargo, los servicios VIP que conllevan una atención personalizada, menores tiempos de espera para consultas o cirugías de prestaciones incluidas en el PIAS, sí afectan la equidad y oportunidad de la atención". Este proceso de surgimiento de servicios VIP se da dentro de un contexto en el que no existe un marco jurídico que habilite la creación de los servicios VIP. En el MSP se realizó una propuesta para regular dichos servicios, exigiendo la igualdad de trato entre los usuarios, no permitiendo la accesibilidad diferenciada (Art. 266 Rendición de cuentas, 2021). Sin embargo, el artículo no fue aprobado en la discusión parlamentaria.

A continuación, se muestran las principales conclusiones expresadas en el contexto de la realización del panel de expertos.

Inicialmente se plantean las causas y contexto en el que surgen estos servicios VIP: "Los servicios VIP florecen porque no se ha logrado cambiar efectivamente el modelo de atención. Atentan contra los principios rectores del sistema cada vez que se genera una diferenciación en el acceso a las prestaciones incluidas en el PIAS en función de la capacidad de pago de las personas y no de sus necesidades". Para que se pueda dar una cobertura universal con calidad homogénea para todas las personas, es necesario ejercer adecuado control y fiscalización de lo que ya está regulado en la Ley 18211.

Frente a la interrogante de ¿cómo dialogan los servicios VIP con las redes integradas de servicios de salud, y en particular con las redes de primer nivel de atención?, se plantean varias líneas de análisis.

Se conceptualiza sobre el objetivo de las redes integradas de servicios de salud, se señala que surgen en pro de implementar la estrategia de atención primaria en salud, una estrategia que tiene como base fundamental la concepción de la salud como un derecho y que por lo tanto el estado debe garantizar con equidad, acceso universal y calidad para todos. Para desarrollar este objetivo primordial, el planteo de redes integradas se basa en lograr sustentar esas redes en un PNA accesible, con población y territorio a cargo, que dialogue con los determinantes de la salud. En este nivel de atención se debería resolver la mayor parte de los problemas de salud, y cuando no sea posible, referenciar a un mayor nivel de complejidad con criterios de priorización basados en las necesidades clínicas de atención a la salud.

El punto de inflexión entre este modelo de redes integradas con los servicios VIP radica en que "los servicios especializados que se van a ofrecer requieren tamaños poblacionales mayores para brindarlos, por su alto costo tecnológico y porque se usan con menor frecuencia que los del PNA, además no son tan accesibles". Se menciona la experiencia desarrollada en ASSE, el prestador integral público, donde se realizó un proceso que derivó en la implementación de un modelo multiescalar, que dialoga con las variables de accesibilidad y el tamaño poblacional que justifica y posibilita la oferta de servicios. Es en ese punto donde la perspectiva del sistema juega un rol clave, dado que en la ley constitutiva se propone redes integradas o complementadas entre prestadores (provisión pública o privada). Al unir los tamaños poblacionales de los distintos prestadores,

se pueden acercar los servicios especializados al territorio donde viven las personas. Su vínculo con la temática de los servicios VIP es mencionada dado que:

“La propuesta que se venía desarrollando de forma incipiente y con dificultades, es bastante contrahegemónica, habiendo dificultades para la complementación, la colaboración entre prestadores y servicios y el acceso universal para quien lo necesita. Los servicios VIP ofrecen grupos de servicios, ¿Dónde hay un ruido? En los servicios que los prestadores integrales deben ofrecer por ley, el problema radica en que se ofrece con costos adicionales lo que debería ofrecerse a todos las personas por derecho, por pertenecer al SNIS (...). Por otra parte, disminuye el tamaño poblacional necesario para acercar los servicios especializados, porque hay una parte de la población con características particulares, que va a resolver sus problemas de salud de una forma preferencial”.

Se hace referencia a los principios de fundación del SNIS, plasmados en la Ley 18.211, que concibe a la salud como derecho:

“hay que pensar los estímulos que genera ofrecer servicios como mercancía y cómo se generan estímulos para inducir necesidad (...) Desde la perspectiva del prestador, al ofrecer ciertos servicios a través de un pago adicional que deberían ofrecer sin costo, se genera un desestímulo directo para resolver el problema para todos (...)”.

El proceso de surgimiento de los servicios VIP se da en un contexto específico,

“seguramente haya que tener la autocritica de pensar que estos servicios aparecen y florecen porque el sistema no tiene la capacidad de resolver los problemas, porque no se logró cambiar el modelo de atención (...) y entonces surgen estos servicios como una forma de solucionar ese vacío”.

En la discusión del panel se afirma: “Pensar que los servicios VIP ayudan, no cierra; estos servicios son contrarios a la lógica del sistema y de las redes integradas de servicios de salud”.

Un segundo eje de discusión se dio entre el PIAS y el surgimiento de los servicios VIP. Conceptualmente el PIAS es uno de los pilares de la cobertura universal, las brechas se originan en la medida que las prestaciones incluidas en la cobertura no siempre son las *necesarias* para satisfacer los problemas de salud de la población. Existe una diferencia entre lo cubierto y lo necesario, “la atención a la salud se ve afectada en la medida que las prestaciones del PIAS no han podido acompañar las necesidades de salud de la población, y eso es causa de inequidades”. Esta situación hace que los diversos actores del sistema busquen soluciones alternativas: los prestadores apelan a la venta de servicios a través de programas diferenciales, los grupos particulares buscan resolver el problema de cobertura a través de cajas de auxilio para prestaciones no incluidas, y es posible recurrir a la vía judicial, con el fin de acceder a prestaciones no incluidas en el PIAS, por medio del financiamiento a nivel individual.

“(...) el principal problema hoy es cómo se perforó el acceso equitativo a las prestaciones obligatorias dentro del sistema. Los servicios VIP que se están generando alrededor de las prestaciones PIAS, no son un fenómeno reciente, [aunque] en los últimos años el avance ha sido salvaje”. Un ejemplo es lo que sucede con los tiempos de espera, estos están regulados, “la equidad en el financiamiento es parte de un concepto mayor que es la equidad en el acceso, una de las barreras es la financiera (...) los tiempos de espera de consulta están regulados, pero no se están con-

trolando bien (...) lo que no se puede permitir es que haya un tiempo de espera distinto si pago [un servicio VIP] que si no lo hago. Esto es algo que rápida y fácilmente se puede regular (...) si se acortan los tiempos de espera para los usuarios VIP y se cuenta con los mismos recursos humanos se van a incrementar los tiempos de espera para el resto de la población que no puede pagar, no hay dos lecturas”.

Se entendió a las dificultades de acceso y financiamiento de las prestaciones del PIAS como un problema multicausal:

- El desarrollo tecnológico que es muy difícil de acompañar por los estados, dificultades en el financiamiento, la innovación y la incorporación que van a mayor velocidad que la capacidad de los sistemas de salud en asegurar la cobertura universal.
- Problemas de agenda y planificación que retrasan los procesos de coordinación institucional, para acompañar los objetivos sanitarios nacionales u otros criterios de priorización para la actualización o incorporación de prestaciones.
- El diseño establecido para la incorporación de prestaciones al PIAS, implica mecanismos complejos. Se requiere de estudios técnicos completos y la negociación en la JUNASA. - Estos aspectos debieran ser revisados, analizando exhaustivamente cómo optimizar el proceso de incorporación para acompañar las necesidades de la población a la cobertura de servicios.

Se puntualizan algunas áreas en las que existen desfases importantes en las prestaciones brindadas por el PIAS, por ejemplo, atención oftalmológica, odontológica, cirugía laparoscópica, cirugía reparadora y técnicas de laboratorio. Frente a la necesidad de pensar en mecanismos alternativos de financiamiento, es necesario analizar que los mismos no generen inequidades o dificultades de acceso.

Un tercer eje de discusión se dio en torno a los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN). Estos se elaboran con los objetivos de mejorar la salud de la población, disminuir desigualdades en el derecho a la salud, mejorar la calidad de los procesos de atención y generar condiciones para que las experiencias en la atención a la salud sean positivas. Fueron diseñados con perspectiva interinstitucional y una mirada integral de la salud, articulando la prestación de servicios para optimizar las capacidades del sistema. Se define una hoja de ruta a nivel nacional, con impacto en los territorios. En este proceso se definieron “problemas priorizados y resultados esperados concretos y medibles a través de indicadores, generando nuevos insumos para la toma de decisiones”. Para la definición de los OSN “se creó un espacio de relacionamiento entre la rectoría y los prestadores del SNIS, centrado en la salud de la población y las responsabilidades compartidas de la rectoría y de los prestadores de servicios de salud”.

Respecto al vínculo de los OSN con los servicios VIP, su impacto está centrado en las desigualdades, el acceso y los tiempos de espera diferentes en los procesos de atención. Los riesgos no están cuantificados, desconociéndose la urgencización de la enfermedad crónica, la mortalidad e internaciones evitables, fallas de calidad y seguridad en los procesos de atención, mecanismos de prevención.

Otro aspecto discutido fue sobre “la calidad de atención y como ésta influye según los servicios sean o no VIP, dejando de priorizar el enfoque integral de atención a la salud”. Se discutió sobre la implicancia de los servicios VIP en el diseño y planificación de la cantidad y distribución del personal de salud.

En cuarto lugar, se discutió sobre la perspectiva del financiamiento, se vincula directamente con uno de los principios del sistema: la equidad, partiendo de una definición simple que es “de cada quien, según su capacidad de pago, a cada quien según su necesidad”. Si bien probablemente nunca se llegue a un 100% de equidad en el financiamiento, lo importante es separar la capacidad

de pago de la atención que reciban las personas en función de las necesidades de atención en salud. Los servicios VIP vuelven a instalar la idea de tener servicios diferenciales a propósito de un pago adicional:

“Entonces el principio de protección social de financiar el sistema con el aporte de cada uno de acuerdo con su capacidad de pago y a cada uno según su necesidad de atención sanitaria se vulnera por definición. O sea que el principio rector del sistema de protección social que animó a la reforma se empieza a perforar y a debilitar”.

En Uruguay con la reforma se avanzó en que actualmente aproximadamente el 74% del financiamiento del sistema es público (incluyendo sanidad militar y policial), y se recauda por diversos mecanismos (impuestos y aportes a la seguridad social). El 26% privado se divide en gasto de prepago, por quienes pagan la cuota privada de la mutualista, de un seguro, servicios de emergencia prehospitolaria, o un prepago de un seguro odontológico, según las cuentas nacionales en salud 2020-2021, dentro del gasto privado, los prepagos representan el 11% y los gastos de bolsillo el 15% restante. Los sistemas de salud son más equitativos financieramente o brindan mayor protección social en la medida en que el financiamiento sea más progresivo. El sistema más progresivo de todos es el público, el más regresivo es el gasto de bolsillo, que es el que se hace en el momento de consumir el servicio, como por ejemplo pago de tickets y órdenes.

Surgen las siguientes interrogantes ¿Es posible pedirle a las instituciones que reporten los costos que tienen de atención de usuarios VIP y los recursos extra-capitas con los que cuentan para financiar esas prestaciones? ¿Hay problemas de inequidad? ¿De acceso? ¿De distribución de recursos? Según participantes del plenario: “hay problemas por la falta de sistemas de fiscalización (...) La comparación con Chile tiende a ser absurda porque las prestaciones obligatorias son mínimas, casi todo es no obligatorio, y en Brasil, en la práctica es lo mismo porque lo que dice la ley es que el Sistema Único de Salud (SUS) es Universal y obligatorio y el 80% de la población tiene una cobertura complementaria, porque el SUS no les brinda una parte importante de lo que necesitan. La clave está en la fiscalización, los problemas siempre existieron (...). A partir del 2015 hubo un deterioro de la capacidad de fiscalización, además recordemos que las instituciones tuvieron ingresos al SNS hasta el 2015 con la incorporación de los diferentes colectivos (...) Combinando que se terminó el reparto de beneficiarios entre las instituciones, con un gobierno más flexible en materia de fiscalización de lo regulado, hizo que la oferta de servicios VIP avanzara”.

Otras áreas en las que no hay tanta regulación elaborada, son los tiempos de espera para el acceso a estudios (procedimientos diagnósticos). Respecto a la regulación de precios se destacan los avances previo al 2020, en particular en la regulación de tasas moderadoras en pro de la equidad en el financiamiento, la rebaja de tasas moderadoras que hubo sobre todo en el período 2005 - 2009, luego se le sumaron otras rebajas entre 2010 y 2014 y se detuvo entre 2015 y 2019, “pero se podría seguir avanzando en la regulación de precios y en la del acceso, son los dos tipos de regulaciones que se pueden hacer, estudiándolo bien, analizando cómo, pero habría que hacerlo”.

El pago a los prestadores, aspecto clave del financiamiento, a través de las cápitass (cabe recordar que estas cubren únicamente prestaciones PIAS), “entonces ¿cómo los prestadores tienen en sus estados de resultados todo mezclado? Lo que es por concepto de PIAS, lo que no es PIAS, y lo que corresponde a servicios VIP y lo que no, la dificultad es precisamente lo que se va a pagar de cápita por el PIAS”. Surge como línea de trabajo el análisis del impacto del costo de los servicios VIP en la cápita.

El otro punto por jerarquizar es el papel de un fondo público obligatorio, la existencia de este y el rol de la rectoría en el proceso de toma de decisiones respecto de dicho fondo.

“Este sistema sin un estado que controle el cumplimiento se perfora, pero además si no controla, habilita la perforación por vía de modelos alternativos, entonces el pa-

pel de rectoría de la JUNASA (vigilancia de la cobertura en términos de calidad, suficiencia y oportunidad, vigilancia del financiamiento y organización de los servicios) es clave. La JUNASA debe de controlar la tríada de financiamiento, cobertura y organización de los servicios, si esto no se controla, el sistema transita desde uno de cobertura universal con calidad homogénea, hacia uno mercantilizado. Se advierte que pasar a un sistema mercantilizado puede ser muy rápido porque en el medio está el poder y el dinero”.

Otro eje de análisis fue el vínculo con los Seguros Privados: “Cuando se aceptó incluir a los seguros hubo un tema de economía política, esta no depende de nuestra voluntad depende de la correlación de fuerzas de cada momento”. El requerimiento para su ingreso fue que se incorporarán solo los existentes al momento de la reforma, quedando prohibido el ingreso de nuevos seguros en años posteriores. Durante los primeros 15 años de reforma, la cobertura de los seguros privados varió aproximadamente entre 2,3% y 2,8% de la población.

“El problema no son los seguros privados, ni la competencia entre los privados. El problema es la existencia de efectores especiales, de seguros VIP, de la diferenciación de la cobertura, en función del caos en la cobertura que se presta. El generador de los servicios VIP es el incumplimiento del plan de beneficios [el PIAS] en su sentido integral, tanto en aspectos de funcionamiento del sistema, como en los aspectos de contenido, cantidad y calidad (...) Por lo tanto hay seguros privados, son parte del escenario y son parte del problema. El problema es la reinstalación de un aspecto ideológico y cultural de lo que quiere la clase media; se reinstala no solo el impacto sobre el financiamiento, sino que también se instala en el imaginario colectivo que si estoy en un seguro privado me puedo diferenciar y se empieza a establecer la brecha”.

Estas discusiones se vinculan con una problematización más profunda que refiere a la diferenciación entre cobertura y acceso, esto es vital en el diseño de los sistemas de salud, y no es un tema terminológico, es un aspecto sustantivo.

La discusión en torno al rol de la rectoría se aplica para todos los elementos de la problemática de los servicios VIP,

“la calidad viene de la mano del control, de un estado fuerte que controla, que no es amigo de nadie y que tiene las herramientas para condicionar el pago a la posibilidad de responder. Medir indicadores de calidad en el sistema de salud, y aplicar sanciones, no tiene que ver sólo con voluntad política, sino también con tener los elementos de evaluación que permitan valorar la calidad de la atención”.

Se problematiza respecto al impacto de los servicios VIP en los principios fundacionales de la reforma,

“Servicios VIP: es relevante discutirlo en términos de la vulneración del espíritu de la reforma y el efecto “muralla” que tiene la perforación de un sistema. Hay algunos aspectos que tienen que ver con la simbología de una reforma que es fundamental que no se rompa, entonces no es solo un problema de cómo lo resolvemos, sino que la acumulación en el imaginario colectivo genera la aceptación de los servicios VIP. El tema tiene resortes importantes para resolverlo, pero por otro lado es una cuña que se le metió al sistema que es demasiado grave en términos de lo que esperamos de un sistema de salud, que no hay que minimizar”.

Respecto al futuro del sistema y la posibilidad de profundizar la reforma se expresó:

“La cuestión no es si prohibir o no prohibir, la discusión es si se exige determinados requisitos para el financiamiento público. Establecer en el contrato de gestión cuáles son las obligaciones y los derechos exigibles y en función de eso resolver el proble-

ma. Una segunda etapa en el proceso de reforma impone garantizar el derecho a la salud, exigible en el marco del SNIS. Conceptualmente hay que hacerlo, pero si la libertad va a transitar por el lado de la diferenciación en el acceso no es viable, la clave está en pensar políticas públicas”.

Discusión

Concebir la salud como un derecho y garantizar el acceso a la atención a la salud es un imperativo ético a partir de una perspectiva ontológica que Uruguay acuerda y respalda mediante un conjunto de leyes, transitando hacia un sistema de salud sustentado en un conjunto de principios rectores fundamentales del SNIS.

La existencia de servicios VIP permite atención según niveles socioeconómicos, reforzando patrones de clasismo. Un peligro latente al recrear estas jerarquías es que hacerlo puede llevar a los profesionales y estudiantes a internalizar estos valores (Marquez & Lever, 2023).

Como ocurrió en la mayoría de las reformas latinoamericanas, los cambios en el financiamiento y en la gestión se implementaron con mayor profundidad y rapidez que aquellos vinculados al modelo de atención, que constituyen, en última instancia, la razón de ser de los demás cambios. En la medida en que en Uruguay no se avanzó como se esperaba en la transformación del modelo de atención, se generaron progresivamente las condiciones para la aparición y el incremento de los servicios preferenciales.

Las expectativas de la población sobre el cambio de modelo de atención estaban centradas en aumentar la resolutivez de los problemas de salud, que incluye una mayor accesibilidad con un primer nivel de atención continente y resolutivez, de alta calidad y con trato humanizado (Nº 18.211/2007). La realidad demostró que el sistema siguió fragmentado (IMM *et al*, 2014), con escasa complementación de servicios y dificultades de acceso (Sollazzo & Berterretche, 2011), generando condiciones para que el mercado propusiera soluciones de mayor segmentación (servicios VIP).

La oportunidad de la oferta de servicios VIP ocurre en un escenario de un proceso de debilitamiento de la rectoría post pandemia, con cambios en los órganos de conducción del sistema, reducción en los controles y en la fiscalización y escasa representación social en la JUNASA.

Hubo consenso entre los expertos con los autores de referencia (Marquez & Lever, 2023; Yang *et al*, 2024): los servicios VIP en Uruguay orientados a diferenciar las prestaciones incluidas en el PIAS, atenta contra los principios rectores del SNIS. Esto genera inequidades, dificultades en la accesibilidad y oportunidad de la atención. La combinación de estos factores, sumadas a la fragmentación y segmentación comprometen la sustentabilidad de los servicios y la asignación de recursos. En la medida que se utiliza la misma oferta (disponibilidad), estableciendo criterios de acceso según pago adicional y no según necesidad de atención, hay un agotamiento de los recursos disponibles para la población financiada solo por el SNS.

Se podría discutir si los problemas vinculados a la justicia social que imponen los servicios VIP constituyen un dilema ético emergente o persistente (Garrafa y Porto, 2008; Porto y Garrafa 2005) y en qué magnitud atentan contra los principios del sistema, el problema trasciende la discusión filosófica para transformarse en una discusión de carácter instrumental, en tanto amenaza la sustentabilidad del SNIS.

Se desprenden de la discusión cuatro posibles alternativas sobre el futuro de los servicios VIP:

- a. Dejar que el mercado siga su desarrollo, sin tomar medidas por parte de la autoridad sanitaria.
- b. Regular la oferta de servicios VIP y limitarla solo para prestaciones no incluidas en el PIAS (hotelería, confort).
- c. Restringir los servicios VIP exclusivamente a los Seguros Integrales existentes en base a la interpretación de la Ley.

d. Regular los servicios VIP en forma separada a los servicios financiados por el SNS, permitiendo conocer la estructura, proceso y resultados de la atención de los usuarios VIP y los no VIP.

En el año 2022 la regulación de los servicios VIP fue retirada de la discusión parlamentaria por parte del Poder Ejecutivo, por lo que la regulación del problema no tuvo avances (Ley de Presupuesto Nacional, 2021, art. 266). Sin embargo, la relevancia por sus implicancias en acceso y equidad motivó que otro proyecto de Ley fuera presentado por la oposición en noviembre de 2023, a través de cuatro artículos que regulan sobre la oferta de servicios preferenciales por parte de los prestadores integrales del SNIS. El Proyecto que actualmente se encuentra en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del Parlamento de Uruguay (Poder Legislativo, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, 2023) establece la prohibición por parte de los prestadores del SNIS de ofrecer a sus beneficiarios la posibilidad de que, mediante una cierta cuantía de dinero, obtengan condiciones de acceso preferencial respecto a tiempos de espera y oportunidad de atención de las prestaciones obligatorias establecidas en el PIAS.

Conclusiones

La oferta de acceso preferencial a prestaciones incluidas en el PIAS en los efectores de servicios del SNIS, mediante pagos adicionales por parte de los usuarios, impacta sobre el derecho a la salud consagrado en la Ley 18.211, afectando los principios de justicia, solidaridad y equidad.

Horadar los principios rectores que guían el SNIS constituyen un dilema ético, generado a través de nuevas barreras en el acceso a la atención, lo cual es éticamente indefendible, ya que profundizar las desigualdades en el derecho a la salud, conduce inexorablemente a la injusticia. Para garantizar la sustentabilidad del SNIS con sus principios rectores serán necesarias nuevas estrategias para fortalecer la gobernanza y el ejercicio de la rectoría en el sistema.

Los servicios VIP perforan los principios rectores del sistema, generando acceso inequitativo a las prestaciones que están garantizadas por Ley para toda la población, sin más diferencias que las dadas por las necesidades en salud y oportunidad de la atención según criterios médicos.

Bibliografía

- Alonso, L. (2003). *La mirada cualitativa en Sociología*. Fundamentos.
- BRECHA. (2022, 8 de julio). Puede que la Junasa quede como una cáscara vacía. Brecha. <https://brecha.com.uy/puede-que-la-junasa-quede-como-una-cascara-vacia/>
- BRECHA. (2022, 24 de junio). Prestaciones VIP en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Brecha. <https://brecha.com.uy/prestaciones-vip-en-el-sistema-nacional-integrado-de-salud-la-perforacion/>
- Clark, S. (2015, 22 de febrero). Cómo los hospitales miman a los ricos. New York Times. Consultado el 22 de febrero de 2024. <https://www.nytimes.com/2015/10/26/opinion/hospitals-red-blanket-problem.html>
- Fernández Galeano, M.; Levcovitz, E., & Olesker, D. (Coords.). (2015). *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay*. Montevideo: OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53930/9789974794573_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garrafa, V., & Porto, D. (2008). Bioética de intervención. En J. C. Tealdi (Dir.), *Diccionario latinoamericano de bioética* (pp. 161-164). Bogotá: Unesco.
- Hartman, L.; Metselaar, S.; Widdershoven, G. & Molewijk, B. (2019). Developing a 'moral compass tool' based on moral case deliberations: A pragmatic hermeneutic approach to clinical ethics. *Bioethics*, 33(9), 1012-1021. <https://doi.org/10.1111/bioe.12617>
- Imm, B. I.; Bonapelch, S. M.; Machado, M. U.; Méndez, M. B.; Miralles, M. A., Santos, L. A., &

- Zapata, I. (2014). RISS en Uruguay: estrategia para disminuir la fragmentación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Escuela de Gobierno en Salud Pública, 243.
- International Conference on Primary Health Care (1978). *Declaration of Alma-Ata*. WHO Chron. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Junges, J. (2005). Bioética como casuística e como hermenêutica. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(1), 28-44. <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8040/6591>
- Junges, J. R. (2019). Falacia dilemática en las discusiones de bioética. *Revista Bioética*, 27, 196-203. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/fbXNdQ9skCVQXSYmLTb9GQn/?format=pdf&lang=pt>
- Márquez, D. R., & Lever, H. (2023). Why VIP services are ethically indefensible in health care. *AMA Journal of Ethics*, 25(1), 66-71. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/why-vip-services-are-ethically-indefensible-health-care/2023-01>
- Mendieta-Izquierdo, G., & Ramírez-Rodríguez, J. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 435-443. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14>
- Porto, D., & Garrafa, V. (2005). Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Revista Bioética*, 13(1), 111-123.
- Russo, M. T. (2021). Ricoeur's hermeneutic arc and the "narrative turn" in the ethics of care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(3), 443-452. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10020-9>
- Sollazzo, A., & Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de salud en Uruguay y los desafíos para la atención primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2829-2840.
- Uruguay. (2008). Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2019). *Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Uruguay. Poder Legislativo. Cámara de Representantes. Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. (2023). Carpeta 4034: Prestadores Integrales de Salud del SNIS.
- Uruguay. Poder Legislativo. Comisión de Presupuestos, integrada con la de Hacienda. (2021). Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal ejercicio 2021. Art. 266. Primera versión.
- Vergara Lacalle, Ó. (2019). Dialéctica o erística. La aproximación hermenéutica a la ética biomédica como problema o como solución. *Cuadernos de Bioética*, 30(99), 125-134. <https://doi.org/10.30444/CB.27>
- World Health Organization. (2011). *Informe Sobre la Salud en El Mundo: La Financiación Dos Sistemas de Salud-El Camino Hacia la Cobertura Universal*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Yang, Y.; Cheng, M.; Chen, N.; Yuan, L.; & Wang, Z. (2024). Do VIP medical services damage efficiency? New evidence of medical institutions' total factor productivity using Chinese panel data. *Front Public Health*, 11, 1261804. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1261804>
- Universal. (2023, 25 de mayo). ¿El fin de los socios VIP en mutualistas? El Parlamento empezará a discutirlo el próximo mes. <https://970universal.com/2023/05/25/el-fin-de-los-socios-vip-en-mutualistas-el-parlamento-empezara-a-discutirlo-el-proximo-mes/>