

# **SALUD**

## **ÉNFASIS PROGRAMÁTICOS DEL IR<sup>1</sup>**

### **2020 – 2025**

#### **Punto de Partida: Avances y nuevos desafíos**

Para el próximo período de gobierno nos planteamos como objetivo general profundizar las acciones tendientes a alcanzar los pilares en los que se apoya el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): equidad, sostenibilidad y calidad. En particular entendemos que un nuevo impulso en materia de salud debe plantearse avanzar en la humanización de la atención a la salud, consolidar procesos de descentralización que disminuyan las brechas entre Montevideo y el Interior, resolver dificultades de acceso aún pendientes y mejorar la eficiencia del Sistema.

Para la concreción de los nuevos desafíos, se sustenta en lograr una profundización del proceso de Reforma iniciado en 2008, el desarrollo de recursos humanos en salud capacitados y el continuo desafío de mejora en la calidad asistencial brindada a todos los usuarios del sistema.

En el **área de la rectoría** el objetivo estratégico en mejorar las funciones de rectoría del SNIS, se fundamenta en el posicionamiento político de que la intervención pública debe ser eficiente y rigurosa en el desarrollo de políticas asistenciales. El conjunto del sistema, tanto los prestadores públicos como privados, deben ser capaces de afrontar los principales problemas asistenciales de la población orientados al conjunto de definiciones generales tomadas en los ámbitos de gobierno.

Es necesario rediscutir la gobernanza de SNIS para fortalecer la participación social y la capacidad de rectoría, con recursos humanos calificados y exclusivos para esta función. Para esto se deberán implementar los espacios necesarios de discusión que analicen la viabilidad y permitan generar los consensos necesarios intra sectorialmente.

Este desafío ya se ha iniciado con el desarrollo del SNIS y de sus principales organismos de gobierno, a través de las herramientas de control y promoción generadas por estos. Para esta etapa corresponde sistematizar experiencias y realizar los ajustes que dejen en una mejor posición a la autoridad sanitaria frente a las modificaciones dinámicas y demandas siempre crecientes que requiere un área tan sensible y con desarrollo tecnológico dinámico como es la salud pública.

En materia de **RRHH en salud** es de destacar que se necesita avanzar en algunos temas relevantes, si bien se ha avanzado en temas centrales como el aumento de la dedicación horaria y la mejora salarial, estos aspectos han impactado básicamente sobre el colectivo médico. Mientras siguen existiendo recursos críticos para el desarrollo del SNIS.

Es bien conocido el déficit existente en las disciplinas de enfermería. En el caso de las licenciadas en enfermería existe un importante problema de dotación, poco más de una licenciada por cada médica. Por otra parte, si bien el país cuenta con más de 20.000 auxiliares de enfermería, la formación de estas se desarrolla principalmente en instituciones privadas que históricamente han estado desreguladas.

---

<sup>1</sup> Todas las fichas de énfasis programático del Ir utilizan lenguaje inclusivo a través del genérico femenino.

A nivel del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) se ha iniciado un proceso de regulación y mejora de la calidad de estos centros educativos pero el desarrollo es aún incipiente. Esto se acompaña de una brecha remunerativa importante entre estas profesiones y la profesión médica.

Sigue existiendo el modelo de trabajo en turnos de 6 horas con régimen de libre rotativo de 4 días de trabajo por uno de descanso. Este modelo, si bien ha significado una conquista sindical, en la medida que las remuneraciones son bajas y heterogéneas, provocan en ciertos casos la necesidad de dos trabajos, lo que genera empleos de 12 horas por día, incluyendo turnos nocturnos y un régimen de libres variables. El multiempleo asciende a 35% en el caso de las licenciadas y 26% en las auxiliares.

De todas formas, los niveles de remuneración junto con el régimen de trabajo, que genera dificultades para la conciliación del trabajo remunerado y no remunerado en un sector básicamente femenino, generan desincentivos al ingreso a la Facultad de Enfermería o a los planes de profesionalización de auxiliares.

Por otra parte, si bien existen modelos predictivos en relación con la planificación de RRHH en salud, en la medida que la natalidad está relativamente estancada, el envejecimiento poblacional aumenta y las enfermedades crónicas no trasmisibles predominan, no se ha hecho una planificación sistemática de qué número y de qué especialidades se necesitan para el futuro.

Cabe destacar que este sector se encuentra fuertemente feminizado. A las tradicionales profesiones femeninas como enfermería y parteras, se han sumado el resto de las profesiones, representando las mujeres más del 50% de las trabajadoras en todas las profesiones. Pasa a ser clave entonces incorporar la mirada de género en los laudos del sector. Desde la reinstalación de los consejos de salarios han existido algunas medidas, como la extensión de la licencia maternal en el laudo FUS, o la lactancia en el SMU, pero aún queda mucho hacer en esta materia. El nuevo régimen de trabajo médico, si bien no se planteó este objetivo de manera explícita, propone un régimen de trabajo que favorece algunas políticas de género.

El sector salud es uno de los que logró mantener por mayor tiempo los consejos de salarios luego de que el gobierno blanco los suprimiera, por lo que existe una larga tradición en la materia. Esto, junto a la falta de regulación de algunos aspectos asistenciales que se plantearon en el apartado de rectoría, ha llevado a que la negociación colectiva sustituya las falencias del MS. Ejemplo de ello, es la definición en el laudo la cantidad de camas por médico internista. Asimismo, algunas de las políticas desarrolladas en los últimos años se han visto limitadas por leyes generales, como ser, el tema de la dedicación horaria máxima de los trabajadores. Es necesario visibilizar que algunos temas vinculados al trabajo en el caso del sector salud tienen un impacto directo en la calidad y seguridad de la salud, por ejemplo, el tiempo de trabajo corrido que puede tener una persona que atiende pacientes, el tiempo dedicado a la consulta o a los pacientes internados, los regímenes de trabajo libre rotativos.

Por último, desde la reinstalación de los Consejos de Salarios y con el aumento presupuestario de ASSE, los salarios del sector salud aumentaron significativamente en términos reales. Esto estuvo acompañado en el sector privado, de un proceso de concentración de la masa salarial en algunos colectivos médicos que además lograron incrementos importantes por encima del laudo. Asimismo, en el caso de los médicos, se bien se avanzó en la reforma de trabajo en las especialidades médicas, no se ha logrado profundizar la misma en las especialidades anestésico-quirúrgicas. Los laudos vigentes de la década del 60, con los ajustes de los 90, no solo rescinden la calidad de atención, sino que favorecen esta concentración del ingreso a través de los mecanismos de pago laudados.

Las Bases Programáticas del Frente Amplio 2020-2025 proponen avanzar en medidas de promoción y prevención, garantizar el cumplimiento con **calidad de la asistencia** y profundizar en el establecimiento de una política de medicamentos.

Se propone el desarrollo de un trabajo de discusión participativo que logre establecer indicadores de calidad asistencial. Una vez validados estos indicadores serán los utilizados para el monitoreo de las condiciones de atención de los distintos prestadores.

## **Nuestros Énfasis**

- **Profundización de del proceso de Reforma.**
- **Desarrollo de recursos humanos en salud.**
- **Mejora de la calidad asistencial.**

## **Nuestras propuestas**

Presentamos propuestas en tres grandes áreas programáticas delimitando así un enfoque que determina prioridades de acción en busca de los objetivos planteados. La profundización del proceso de reforma implica fortalecer la rectoría (1), desarrollar los recursos humanos (2) y procurar una mejora continua de la calidad asistencial (3).

### **1 – Rectoría**

#### **a. Consolidación de los centros referencia.**

Los próximos años de gobierno requerirán de estrategias claras para mejorar la calidad asistencial y eficiencia en los recursos. Dentro de los temas priorizados están los problemas sanitarios de baja prevalencia y alta complejidad.

La administración definirá de acuerdo con los recursos existentes y la concentración de los problemas, propuestas de centros de referencia nacional para que en conjunto entre los actores interesados se desarrolle un esquema de atención adecuado a la demanda asistencial. La ley de Centros de Referencia, ofrece el marco para en el próximo período de gobierno avanzar en la concreción de centros de referencia que surjan de la definición de las áreas asistenciales que los demanden. La administración deberá relevar y definirlos.

Son ejemplos el Centro Nacional de quemados (CENAQUE), Programa trasplante hepático y enfermedades hepatobiliares, Programa de Trasplante reno-pancreático, Cirugía de la Epilepsia, Cirugía Cardíaca Infantil, entre otros.

#### **b. Complementación de servicios.**

Hasta el momento la asignación de recursos y servicios a nivel territorial y la complementariedad o superposición de recursos entre prestadores ha sido un proceso mayoritariamente voluntario donde la rectoría intervino de manera puntual en algunos casos, por ejemplo, el CTI neonatal de Salto y la pediatría de Florida. La defensa de intereses individuales de los actores conspira contra el desarrollo de complementariedad deseable que redundaría en mejor acceso de la población a la salud y mayor eficiencia.

Por esta razón proponemos en función de las potencialidades existentes en cada departamento un plan de trabajo conjunto entre las instituciones presentes, que abarque los insumos, las instalaciones y el personal necesario. Por otro lado, se mediará en las situaciones que generen controversia equiparando las condiciones de competitividad entre el sector público y el privado determinando cuales son las áreas en las que se puede competir por los servicios y las prestaciones y cuales áreas (en el caso que los indicadores de los planes validados lo indiquen) deberán prestar el servicio en forma conjunta. Para esto es necesario revisar y adecuar

la normativa de manera de favorecer y estimular que se efectivicen los procesos de complementación priorizados por la rectoría.

### **c. Compra venta de servicios en salud.**

Las Instituciones de Asistencia Médicas Colectivas (IAMC) obtienen prácticamente el 8% de los ingresos a través de las ventas de servicios de salud, mientras que destinan el 14% de los egresos a la compra de estos servicios. Si bien hay una importante heterogeneidad a la interna del subsector, habiendo instituciones compradoras netas y otras con claro perfil vendedor, que en ocasiones obtienen hasta un máximo del 25% de los ingresos de las ventas, el volumen comercializado por todas ellas es significativo.

Asimismo, existe una asimetría y desigualdad de condiciones entre los subsectores públicos y privados para el intercambio de servicios de salud. Las limitaciones a la competencia se dan tanto entre el subsector público y privado como entre privados y entre prestadores integrales y sus proveedores.

Existen diversos aspectos que complejizan la competencia en este mercado. En muchas partes del territorio nacional los prestadores tienen poder monopólico frente al otro prestador que se encuentra en el departamento, lo que implica que las transacciones obtienen una renta por ello.

En otras ocasiones la compra - venta de servicios opera entre empresas de un mismo grupo económico, lo que puede esconder comportamientos estratégicos. Asimismo, la ley de urgencia y emergencia ha sido un hito importante hacia la complementación de servicios entre instituciones, posibilitando el intercambio de información entre éstas.

Para desarrollar el esquema de regulación más adecuado es clave construir un potente sistema de información que permita conocer a qué precios hoy se compran y venden servicios de salud entre prestadores integrales y con proveedores parciales de salud de los subsectores público y privado. El objetivo es contar con herramientas de regulación de precios eficientes que pauten las reglas de intercambio combatiendo los efectos negativos de la limitada competencia entre instituciones y la potencial captura y distribución de rentas a través de proveedores.

### **d. Funciones de control y fiscalización**

Fortalecer la rectoría y control del Ministerio de Salud (MS) dotándolo de equipos técnicos altamente capacitados y en régimen de exclusividad (para evitar situaciones de captura entre regulador - regulado).

Es necesario también fortalecer la descentralización del MS no solo para mejorar la capacidad de control a nivel de todo el territorio nacional sino también para enriquecer el diseño de las políticas. Generar un plan de habilitación que contemple proyectos por prestador, en la medida que los servicios sean estratégicos y no cuenten con los niveles mínimos aceptables. Las áreas de fiscalización, evaluación sanitaria, servicios de salud, epidemiología, salud ocupacional, normas e investigación, etc., trabajarán en forma conjunta para el desarrollo y seguimiento de los planes de habilitación de servicios.

### **e. Red integrada de servicios públicos.**

Se propone la creación de un ámbito de coordinación de toda la red pública de prestadores. Para dotar de estructura se exigirá la obligatoriedad del funcionamiento de esta debiendo abordar temas de: a) complementación de servicios en función a mejorar la eficiencia de los recursos invertidos, b) el desarrollo de objetivos de gestión asistencial conjunta, c) la complementariedad de los regímenes de contratación de RRHH, d) elaborar planes de compra de insumos y servicios conjuntos, etc.

#### **f. Sistemas de información.**

Es imprescindible obtener información confiable y oportuna, utilizando los recursos que brindan las tecnologías de la información y las comunicaciones, para construir políticas públicas de calidad e indicadores para evaluar el desempeño de las organizaciones de salud que forman parte del SNIS. La información recabada servirá de base para evaluar la calidad asistencial, mejorar los esquemas de pago por ajuste de riesgo, desarrollar sistemas de pago por desempeño.

La misma deberá ser pública y estar disponible, para poder ser utilizada por los usuarios para la toma de decisiones, por las organizaciones del sector para mejorar la calidad de los espacios de participación social y negociación colectiva, y para fomentar la investigación académica en estos temas. El desarrollo y consolidación en todo el sistema de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) como mecanismo de recolección de información común entre los subsectores resulta clave, por lo que se reforzará este objetivo.

Si bien existe un desarrollo en los últimos años de los sistemas de información, la propuesta es la profundización y unificación de estos. Para lograr este objetivo se deberá recorrer un camino participativo que defina con claridad las dimensiones centrales para una buena calidad asistencial centrada en la persona, el equipo de salud en su conjunto y factores de gestión institucional.

#### **g. Comisión Mixta MS – Instituciones de Educación Terciaria y Superior.**

Se deberá establecer un ámbito formal de coordinación con la Universidad de la República (UDELAR) y otras Instituciones Terciarias. Los temas centrales se asocian a la planificación de RRHH de todo el equipo de salud, proyectos institucionales y apoyo técnico.

En ese ámbito se deberá también abordar las estructuras de apoyo a la formación que toda la red de atención puede ofrecer. Se propone trabajar en planificación de las necesidades de RRHH del SNIS, abordando específicamente el número de profesionales. Esto permitirá orientar la formación de profesionales a las necesidades del SNIS.

#### **h. Regulación del régimen de funcionamiento de determinadas áreas asistenciales.**

Hoy en día son pocas las áreas asistenciales que cuentan con una normativa como la de cuidados intensivos, que explicita la forma de funcionamiento, dotaciones de profesionales, etc. Este aspecto es fundamental para garantizar la equidad en la calidad de las prestaciones. Algunas de las áreas en las que se debería avanzar con más urgencia son cuidados moderados, puertas de urgencia, entre otros.

#### **i. Cobertura y financiamiento.**

El proceso de reforma deberá completarse en el próximo período universalizando la cobertura de colectivos que aún no han ingresado al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Asimismo, deberá mejorarse la eficiencia eliminando las múltiples coberturas de ciertos colectivos.

El pago de tasas moderadoras debe cumplir con el objetivo de regular la demanda, pero no de financiamiento de las instituciones, y no debe ser una barrera al acceso a servicios y prestaciones.

#### **j. Universalización de la cobertura a los colectivos que aún no han ingresado al FONASA.**

En este punto se propone el ingreso al FONASA de los colectivos que aún no han ingresado: funcionarios militares, policías, y municipales, adecuando sus prestaciones a lo establecido en el Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS).

Como consecuencia de ello, los servicios de Sanidad Policial y Militar se integrarán como prestadores integrales del SNIS, para lo cual percibirán los ingresos correspondientes a las cuotas salud por los usuarios que opten por dichas instituciones. Asimismo, y como contrapartida, se realizarán los ajustes presupuestales correspondientes, dejando de financiarse por el presupuesto de sus respectivos Incisos.

Asimismo, es necesario planificar la universalización del FONASA incorporando a las poblaciones que actualmente se atienden en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y no aportan al mismo.

#### **k. Eliminar múltiple cobertura.**

No existen argumentos asistenciales para sostener las múltiples coberturas a prestadores integrales financiadas por fondos públicos. La múltiple cobertura implica una ineficiencia en el gasto total en salud, incentivando la superposición de recursos y posibles comportamientos oportunistas por parte de los usuarios e instituciones. Según datos del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF), en diciembre de 2016, 240 mil personas poseían múltiple cobertura de salud, esto es aproximadamente un 7% del total de las personas con cobertura integral.

Actualmente, una alta proporción de las afiliaciones múltiples surge a partir de la dinámica propia del sector público. Por una parte, los usuarios de Sanidad Policial poseen derechos de atención en esta institución, pero además los funcionarios del Ministerio del Interior que residen en el interior tienen cobertura en una IAMC contratada por Sanidad Policial y sus familiares pueden atenderse en ASSE.

En Sanidad Militar, la atención está asegurada para todos sus afiliados en el Hospital Militar, y para aquellos usuarios que residen en el interior del país y sus familiares, la atención también queda asegurada a través de ASSE. Como resultado, solamente el 25% de los 260 mil usuarios de Sanidad Policial y Militar tienen cobertura simple, el 75% restante tiene al menos doble cobertura. Con la incorporación de estos colectivos al FONASA, los mismos deberán optar por un prestador integral, no siendo posible mantener múltiples filiaciones.

Por contraposición, al momento actual existe una limitación en la cobertura de los migrantes, quienes no pueden acceder a tratamientos importantes. Es necesario brindar equidad en estos aspectos.

#### **l. Tasas moderadoras**

Avanzar en sistemas de tasas moderadoras que contemplen la regulación del uso, junto a la capacidad de pago de los usuarios. Asimismo, para evitar que los prestadores integrales puedan realizar selección de riesgo, intentando quedarse únicamente con sus afiliados menos costosos, se plantea que se debe ir hacia un mismo esquema de tasas moderadoras relativas entre instituciones. Esto no implica que todas cobren lo mismo, pero sí que entre los diversos servicios que ofrecen guarden la misma relación de precios.

En cuanto a tickets de medicamentos, el MS deberá definir una lista de medicamentos esenciales en función de cada patología y de las recomendaciones de la OMS por los cuales los usuarios no deberán pagar tickets de medicamentos. El MS en función de las prioridades definidas incorporará progresivamente medicamentos a dicha lista de medicamentos exonerados del pago de tickets. Los problemas de prescripción, autoconsumo, polifarmacia e incorporación de medicamentos al Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) serán abordados más adelante en el documento.

#### **m. ASSE y Hospital de Clínicas**

El proceso de reforma ha determinado una mejora sustancial de los servicios públicos de salud, en particular de ASSE. Sin embargo, existen a nuestro entender problemas de diseño de la institución que limitan sus

capacidades y repercuten en la calidad asistencial. Por otro lado, en estos años y pese a esfuerzos del gobierno y de la UDELAR no se ha logrado insertar al Hospital de Clínicas en el SNIS.

#### **n. Regionalización de ASSE**

Se propone la desconcentración de ASSE con autonomía en el manejo de los recursos humanos, materiales y financieros, orientados por objetivos de calidad asistencial a brindar a los usuarios en cada región. Se establecerán centralmente las políticas asistenciales del organismo y luego las regiones las ejecutarán, para lo cual deben contar con autonomía para la gestión.

Profundizar el proceso de descentralización que se viene desarrollando en ASSE, en base a 3 regiones en el interior del país teniendo las rutas 1, 3, 5 y 9 como ejes.<sup>2</sup> En el área metropolitana se propone dividir en 2 subregiones noroeste y sureste, con dos centros de referencia en cada región que deberán trabajar en forma complementaria: Maciel/Español y Pasteur/Clínicas.

#### **o. Cierre presupuestación de la Comisión de Apoyo de ASSE**

Se propone completar el proceso de presupuestación de médicos y no médicos en el próximo período de gobierno.

#### **p. Aportes patronales**

Los aportes patronales que debe pagar ASSE al BPS (20.5% que incluye 19.5% de montepío y 1% del FNV) a diferencia de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), 0.125% de Fondo de Reconversión Laboral (FRL), generan una distorsión muy importante en el mercado de trabajo. En ese sentido se plantea con estos fines comenzar el proceso de equiparación de los aportes patronales entre IAMC y ASSE, realizándose como contrapartida, los ajustes presupuestales correspondientes.

#### **q. Financiamiento de ASSE**

Los recursos destinados a ASSE desde que el Frente Amplio asumió el gobierno en 2005 se han prácticamente triplicado en términos reales, pasando de \$ 12.400 millones en 2004 a \$ 36.200 millones en 2018, todo esto a valores del año 2018. Esto permitió reducir significativamente la brecha de gasto por usuario entre los subsectores público y privado. En efecto, en 2004 el gasto por usuario en ASSE no alcanzaba al 30% de su equivalente en las IAMC, mientras que en 2017 dicha cifra ascendió al 80%. La equiparación del gasto promedio en salud por usuario entre sus sectores es un pre-requisito para garantizar condiciones de acceso a servicios de salud equitativas. En este sentido, se propone continuar el proceso de equiparación iniciado en 2005 con el objetivo de que no haya diferencias entre los subsectores público y privado en relación con el financiamiento público, hasta poder alcanzar la capitación de todos los usuarios de ASSE.

Deberá contemplarse el financiamiento por vías presupuestales de aquellas responsabilidades que asume ASSE más allá de las prestaciones incorporadas al PIAS. Asimismo, deberá transferirse al Hospital de Clínicas las prestaciones que el mismo realiza a usuarios de ASSE.

---

<sup>2</sup> Región norte: Salto, Paysandú, Tacuarembó, Artigas y Rivera; región este: Cerro Largo, Treinta y Tres, Rocha, Maldonado y Lavalleja; Región Oeste: Río Negro, Soriano, Durazno, Colonia, San José, Florida, Flores.



## 2 - Recursos Humanos

### a. Formación de RRHH

Profundizar los procesos de profesionalización de auxiliares de enfermería que viene llevando adelante la Facultad de Enfermería de la UDELAR y otras instituciones. Apuntalar los espacios de regulación que tiene el MEC sobre los centros educativos privados, principalmente sobre las escuelas de enfermería. En algunos casos el MS ya participa, pero no se le da la relevancia política que corresponde. Generar de estándares en conjunto con la academia que permitan implementar metodologías de planificación de RRHH y medición de brechas.

### b. Calidad y humanización de RRHH en el SNIS

Exigencia de capacitación permanente / acreditación. En la medida que las estructuras creadas para tal fin no están cumpliendo un rol activo en materia de desarrollo profesional permanente, el Ministerio de Salud velará porque cada profesión del área de la salud y cada especialidad dentro de ésta tenga al menos una actividad de capacitación profesional debidamente acreditada al año. Sin perjuicio de ello, se propenderá a que se produzca la recertificación profesional de todas las profesiones del área de la salud.

### c. Asimetría Montevideo – Interior

La asimetría asistencial entre Montevideo y el Interior es muy importante. En Montevideo está concentrado el personal más capacitado y los recursos asistenciales más importantes. Es imprescindible tomar medidas tendientes a revertir esta asimetría, radicando un mayor número de recursos humanos y asistenciales en el Interior. Es obvio que esta política debe ser una política diferente, una política de Estado tendiente a ello.

Una opción razonable podría ser la de crear “polos de desarrollo sanitario” en el Interior, posiblemente en coordinación con la UDELAR. Estos polos conformarían equipos multidisciplinarios (enfermería, médicos, licenciados en tecnologías médicas) capaces de trabajar en ámbitos asistenciales públicos o privados con dedicación exclusiva en esas localidades, orientados a los problemas de salud prevalentes y relevantes. Se financiarían por los prestadores locales con una meta específica para ello.

Tendrían una remuneración – estímulo por 5 años. Este estímulo será económico y deberá provocar una radicación real en el interior, evitar desplazamientos de usuarios a Montevideo y aumentar el nivel de resolución real de las patologías en el Interior. Esta política debe ser coordinada con el proceso de descentralización que viene llevando adelante la UDELAR, como apoyo y generador de incentivos profesionales y académicos para la radicación.

### d. Mercado de trabajo.

Profundizar la reforma del trabajo médico. Redefinir el régimen de trabajo no médico, analizando y concretando nuevas modalidades de trabajo adaptadas a las exigencias actuales del sistema. Desarrollar una propuesta legislativa, de manera participativa, que intente subsanar las limitaciones que tienen los laudos, por su propia ubicación en la jerarquía de las normas jurídicas.



### 3 - Calidad asistencial

#### a. Actualización del Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS)

Se plantea profundizar el proceso de identificación de intervenciones sanitarias no contempladas en el Listado de Prestaciones. En relación con la rehabilitación, el Listado de Prestaciones actualizado en abril de 2018 incluye sólo la asistencia ambulatoria convencional y hospitalaria en fisioterapia.

Se ha identificado como prioritario lograr la incorporación al sistema de la salud mental, la salud bucal y el abordaje de las discapacidades.

El Programa del FA propone crear un Plan Nacional de Rehabilitación y Discapacidad que asegure el tratamiento de los diferentes tipos de discapacidad. Deberá planificarse la cobertura de situaciones de baja complejidad por los prestadores y es necesario avanzar en el desarrollo de centros de nivel terciario para la atención de personas con discapacidad complejas en niñas y personas adultas. En este sentido será necesaria la complementación con los dispositivos existentes y el desarrollo de Centros de Referencia.

#### Medicamentos

La actualización de PIAS debe incluir también la revisión permanente del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM). Actualmente la cobertura de medicamentos está establecida en el FTM que constituye por decreto 265/2006 una "lista positiva de medicamentos de alto valor terapéutico destinados a resolver el tratamiento farmacológico de los problemas sanitarios relevantes de acuerdo al perfil socio epidemiológico nacional. Es un listado obligatorio para prestadores públicos y privados, que se ubican en el anexo I del FTM.

Si bien no existe una definición de medicamentos de alto precio, en nuestro país se estableció que aquellos medicamentos que integran el FTM y cuyo costo directo anual supere cierta relación con el PBI per cápita sean financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) a través del anexo B.

Si bien se han hecho muchas incorporaciones en los últimos años, la actualización del FTM ha sido demasiado lenta y se ha naturalizado la vía judicial para el acceso a medicamentos de alto precio no incluidos en la cobertura.

Existe una Comisión Asesora del FTM integrada por representantes del MS, Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), ASSE, IAMC y FNR. Esta Comisión es la que asesora las incorporaciones o supresiones a cada uno de los anexos. Para las actualizaciones del FTM se dispone de un procedimiento para solicitudes de incorporación mediante un llamado anual. Dicha solicitud puede ser iniciada por cualquier interesado (médicos, instituciones, programas de salud), si bien en su mayoría son iniciadas por la industria farmacéutica.

El FNR exige un adecuado nivel de evidencia científica para la inclusión de medicamentos e indicaciones y exige que estén disponibles estudios de costo-efectividad que comparen los resultados con las distintas opciones de tratamiento.

Algunas estrategias que mejorarían el acceso y utilización de los medicamentos de beneficio-riesgo favorable:

- Cambios estructurales a la conformación de la Comisión del FTM. El FTM está regulado por un Decreto, creemos que sería necesario tener una Ley que regule este tema. Es imprescindible nutrir de recursos esta Comisión para que pueda hacer la evaluación pertinente de todas las solicitudes que se presentan.
- Otro punto es la necesidad de contar con asesores calificados para considerar la incorporación o no de medicamentos al FTM.

- Promover políticas de prescripción desde los prestadores con el objetivo de eliminar copagos de medicamentos esenciales y aumentarlo en aquellos de menor valor terapéutico. Reducir el volumen de medicamentos de acceso libre en la sociedad. La medicalización creciente de la sociedad ha provocado un aumento de los problemas relacionados con los medicamentos y de los gastos en salud.
- Posibilidad de crear Comité Nacional de medicamentos de alto precio, comisión técnica asesora con formación sólida, con absoluta independencia de la industria farmacéutica y de los prestadores. Este comité podría actuar en forma previa a la judicialización de los procesos.
- Evaluación y publicación de resultados de tratamientos financiados por vía judicial.
- Avanzar hacia la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnología independiente del MS. En este sentido existen propuestas del Sindicato Médico del Uruguay, derivadas de la Novena Convención Médica y del Instituto de Regulación de Medicamentos de la Asociación de Química y Farmacia del Uruguay. Los mecanismos de toma de decisiones deberán de ser transparentes, independientes y de elevado rigor técnico.