



REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
CÁMARA DE SENADORES
SECRETARÍA

Carpeta N° 755 de 2017

Repartido N° 521
Anexo II
Octubre de 2017

“CENTROS O SERVICIOS DE REFERENCIA EN SALUD”

Se declara de interés general su designación

- Informe de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores



*Cámara de Senadores
Particular*

**CENTROS O SERVICIOS DE REFERENCIA EN SALUD
INFORME**

Los principios rectores que rigen el Sistema Nacional Integrado de Salud implementado por la ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2007 son, entre otros, universalidad, accesibilidad, equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones de salud.

Para la consecución de esos principios es necesario organizar los servicios según niveles de complejidad en el territorio y lograr una adecuada distribución de los equipos de salud, recursos materiales, financieros y capacidad sanitaria instalada.

La reforma de la salud emprendida en nuestro país es un proceso que supone avanzar superando la fragmentación, la superposición de recursos, así como seguir profundizando el cambio del modelo de atención, centrado en los usuarios.

La calidad asistencial y la accesibilidad a los servicios sanitarios en forma universal, son derechos humanos que deben ser garantizados y constituyen elementos comunes de las organizaciones de salud del mundo.

El continuado avance y transformación de la medicina atraviesa a todas las especialidades y fases del proceso asistencial con elevado nivel de especialización, tanto en recursos humanos como materiales.

Las complejidades que tienen las especialidades deben ser abordadas con el mejor espíritu de su resolución en alianza con el desarrollo de las tecnologías.

La salud no puede considerarse como un mero derecho a acceder a un efector, sino a la generación de condiciones que aseguren el acceso de todos los ciudadanos a la atención comprobada y a prestaciones con evidencia de los mejores resultados.

La respuesta a los desafíos que plantea la medicina especializada en esta época dejó de ser individual pasando a lo organizacional, debiendo abordarse en sistemas y organizaciones eficientes.

Desde hace más de 30 años existe evidencia en el mundo, que la calidad se logra a través de una combinación de estructuras, procesos y medición de resultados. Ello conduce a la necesidad de desarrollar la actividad en pocos centros altamente especializados que concentren por su volumen la calificación para mejorar la calidad y ser altamente competitivos, así como la de concentrar la tecnología costosa que permita una utilización racional, efectiva y más económica para el país.

Por tanto, es imprescindible implementar sistemas sustentados por estructuras organizativas que armonicen a los profesionales más idóneos, las instalaciones y los equipamientos más avanzados que permitan soportar estos procesos y desarrollar programas que optimicen los resultados.

En nuestro país, existe una dispersión contraria a la filosofía del Sistema Nacional Integrado de Salud que restringe oportunidades a muchos ciudadanos. En Montevideo, en poco menos de 10 kilómetros cuadrados existen más de 40 efectores de salud dispersos. Sucede que cada prestador tiene estructuras propias para atender pocos casos, pero debe hacerlo por imperio normativo. Por tanto es racional y necesario avanzar a nuevos modelos organizacionales.

En ese proceso, el abordaje de determinadas patologías complejas y de baja prevalencia, que suponen por sus particularidades una alta experticia del equipo de salud para su mejor y más eficiente resolución, impone la necesidad de consolidar estructuras que oficien como centros de referencia nacional para su mejor atención y garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de las mismas.

Estos centros de referencia de patologías complejas, integrados a la red asistencial, permitirían mejorar la accesibilidad de los usuarios alcanzando mejores niveles de resultados, en la medida que concentran el necesario volumen de pacientes que se requiere para alcanzar los mejores estándares de calidad.

La necesidad antedicha se reflejó asimismo en la declaración final de la 9ª Convención Médica Nacional, en cuyo ítem “Mejora del modelo de práctica en la atención médica” se expresa: “... *la creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías; y el desarrollo de intervenciones que mejoren la participación, transparencia y pro actividad de los profesionales en pos de una mayor seguridad mejorando la cultura organizacional, surgen como recomendaciones centrales para mejorar la práctica médica*”.

En la mayor parte de los países desarrollados se han creado los llamados Centros de Excelencia o Centros de Referencia, constatándose a partir de ello la mejora de la calidad de resultados en la atención de

diversas enfermedades. Este sistema comenzó en España en 2006, que hoy posee alrededor de 66 Centros de Referencia. Al comienzo las patologías que trataban estos centros eran fundamentalmente de resolución quirúrgica; luego sumaron otras no quirúrgicas, que mostraban que en hospitales de mayor volumen donde se realizaban técnicas complejas, los índices de calidad eran mayores, tanto en la resolución de los problemas como en la disminución en las complicaciones, en comparación con los procedimientos realizados por múltiples prestadores con escasos recursos y experiencia.

Por otra parte, también se ha demostrado que cuando los equipos profesionales tratan un volumen cuantitativamente importante de personas con la misma patología, los resultados son mejores y los costos menores.

A su vez, en Europa, comenzaron a constituirse Centros de Referencia Europeos debido a la existencia de enfermedades de tan baja prevalencia para todo el continente que racionalmente justifica el establecimiento de un único centro, por ejemplo en Francia u Holanda, para la atención de toda la comunidad europea que padece esa enfermedad.

La escasa población de nuestro país justifica la creación de Centros de Referencia. En este sentido, existe experiencia que demuestra que la concentración es posible, tanto en el ámbito público como en el privado. En nuestro país de hecho ya existen. Por ejemplo algunas instituciones que tenían servicios para el tratamiento de quemados han dejado de tratarlos y se derivan al Centro Nacional de Quemados (CENAQUE).

Además existen otros centros de referencia “de hecho”, tales como: la Unidad bi Institucional de Enfermedades Hepáticas y Transplante Hepático del Hospital de Clínicas y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas; el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del Banco de Previsión Social; el Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional de Tacuarembó; la Unidad de Ataque Cerebro Vascular del Hospital de Clínicas; el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Maciel; el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Maciel.

Es necesario dotar al Sistema Nacional Integrado de Salud de un marco regulatorio para el fortalecimiento del desarrollo de dichos servicios y su conformación institucional formal y con respaldo legal.

Es de suma importancia y necesario para el sistema sanitario avanzar en este proyecto. En la actualidad existen exclusivamente los IMAES (Institutos de Medicina Altamente Especializada), que cubren sobre todo patologías que requieren altos costos en materia de tecnología o una experticia especial de los profesionales. Esta nueva figura es una herramienta complementaria.

Teniendo en cuenta que la realidad muestra la existencia de diversos prestadores de servicios en materia de atención a las patologías que pretenden reservarse a los centros o servicios de referencia, se prevé una etapa de transición para la derivación de los recursos afectados.

En cuanto a la viabilidad económica de las nuevas figuras o estructuras proyectadas, se debe señalar que en realidad su financiamiento ya existe porque el tratamiento de muchas de estas patologías está incorporado a las obligaciones de los prestadores, por lo que de alguna manera dichas erogaciones estarían previstas.

En la primera etapa no se crearían nuevas estructuras o Centros de Referencia, sino que se seleccionaría a las que reúnen mejores condiciones para transformarse en un centro de este tipo. En definitiva se propicia el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de los que hoy se dispone, en aras de la mejora del gasto y de los resultados.

El proyecto de ley se divide en seis Capítulos.

En el **Capítulo I, “Disposiciones Generales”**, se determina el objetivo de la norma, se establece el concepto de Centro o Servicio de Referencia y su alcance o cobertura geográfica. También se prevén situaciones de derivación obligatorias por parte de los prestadores integrales de salud, alcance de dichas intervenciones, como asimismo procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios.

El artículo 1 declara de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud, para garantizar el acceso a la atención de calidad de patologías que por requerir el uso de técnicas, procedimientos y tecnologías con un alto nivel de especialización, resulte conveniente su concentración en un número reducido de entidades.

En el artículo 2 se define el concepto de Centro o Servicio de Referencia como la entidad o parte de la misma que se aboque exclusivamente a la atención de patologías que reúnan las características que indica, a saber:

- Ser generalmente complejas y de baja prevalencia;
- Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de elevado nivel de especialización, en materia de recursos materiales, humanos, así como de experiencia acumulada;
- Demandar recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo efectividad, precise de la concentración de un mínimo de casos.

Además se indica que el Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica a la Comisión Honoraria Asesora de Centros y Servicios de

Referencia que se crea en el proyecto, determinará las patologías que reúnan las características supra indicadas.

El artículo 3 establece la cobertura geográfica de los centros y las condiciones de acceso a sus servicios en carácter de igualdad.

El artículo 4 refiere a casos de derivación obligatoria por parte de los prestadores integrales.

En el artículo 5 se prevé el alcance de la intervención del Centro de Referencia y responsabilidades del prestador de servicios integrales de salud.

El artículo 6 determina procedimientos de referencia y contra referencia de los usuarios que deben ser aprobados por el Ministerio de Salud en base a propuesta de la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia.

En el articulado del **Capítulo II**, se regulan los criterios y mecanismos de selección y designación de los Centros. Además se establecen mecanismos que garanticen la prestación del servicio en caso de imposibilidad de cumplimiento de parte de la entidad obligada. También se prevé una etapa de transición para entidades que no obtengan la calidad de Centro o Servicio de Referencia y que incluyen entre sus prestaciones regulares la atención de las patologías de derivación obligatoria. A su vez, se crea un Registro de Información de Centros y Servicios de Referencia.

En el artículo 7 se establece que la designación de Centro o Servicio de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública conforme normativa de habilitación aplicable y se indican los aspectos mínimos para la consideración de las designaciones. Entre ellos, acreditar conocimiento y experiencia suficiente en el manejo de la patología de que se trate; contar con equipamiento, recursos humanos y materiales disponibles, suficientes y actualizados; haber tenido o prever volumen de actividad suficiente en la atención de la patología que garantice un nivel adecuado de calidad y seguridad a las personas usuarias.

El artículo 8 refiere a la situación de imposibilidad de prestación del servicio por parte del Centro. En tal caso, se prevé que el Ministerio de Salud Pública establecerá los mecanismos necesarios para garantizar las prestaciones del mismo.

Los artículos 9 y 10 refieren a los mecanismos de selección y de designación. En tal sentido, en el primero se aborda el procedimiento general, estableciendo que la designación de un Centro o Servicio de Referencia será precedida de un llamado público a interesados, a efectos de garantizar igualdad de oportunidades y que podrán presentarse entidades públicas y privadas. Por su parte, en el artículo 10, a vía de excepción se prevé la posibilidad de designar directamente un Centro o

Servicio de Referencia cuando existan entidades que tengan en exclusividad la atención de una patología y razones de buena administración lo justifiquen.

Los artículos 11 y 12 prevén aspectos vinculados a la autonomía técnica, administrativa y dependencia jerárquica de las entidades, así como la obligación de contar con habilitación correspondiente del Ministerio de Salud Pública conforme normativa sanitaria aplicable.

A través del artículo 13 se crea en el ámbito del Ministerio de Salud Pública un Registro de Información de Registros de Centros y Servicios de Referencia, al que estas entidades deberán remitir datos conforme lo determine la reglamentación de la ley.

El artículo 14 prevé una etapa de transición. Aborda la situación de entidades que a la fecha de entrada en vigencia de la ley, incluyen entre sus prestaciones las identificadas como de derivación obligatoria a Centros o Servicios de Referencia y no obtengan tal designación. Para dichos casos se establecen plazos máximos y mínimos de cese a determinar por el Ministerio de Salud Pública.

En el **Capítulo III** se crea la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia, se establecen sus cometidos y se prevé la facultad de solicitar opinión externa.

El artículo 15 crea la Comisión Honoraria, disponiendo que funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y que se integrará con dos representantes de dicha cartera, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y un representante del Fondo Nacional de Recursos.

El artículo 16 prevé los cometidos de la Comisión. Entre ellos, cabe destacar: estudiar y evaluar las necesidades del Sistema Nacional Integrado de Salud y proponer las patologías para las cuales sea necesario crear o designar un Centro o Servicio de Referencia, el número de los mismos en su caso y su ubicación territorial; proponer criterios específicos para su selección y designación y evaluar las propuestas presentadas por los interesados a llamados y elevar informe fundado al Ministro de Salud Pública a los efectos correspondientes.

El artículo 17 consagra la facultad de la Comisión de incorporar a sus deliberaciones opinión externa de expertos en razón de la materia de que se trate, con voz pero sin voto.

En el **Capítulo IV** que consta de un solo artículo, detalla los aspectos o formas de financiamiento.

En este sentido, el artículo 18 contiene las modalidades o formas de solventar el financiamiento de la atención de las patologías que se brinden

en los Centros y Servicios de Referencias, designados conforme a la ley, previéndose las siguientes:

- Prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la ley se encuentran cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, seguirán siendo financiadas por éste;
- Prestaciones que estando incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública a la fecha de entrada en vigencia de la ley no estén cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, serán financiados por éste, en las condiciones que disponga la reglamentación; y
- Prestaciones que a la fecha de entrada en vigencia de la ley no estén incluidas en los programas integrales de atención en salud aprobado por el Ministerio de Salud Pública quedará sujeto a informe de evaluación económica y de impacto presupuestal realizado por el Fondo Nacional de Recursos y avalado por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Se agrega además que la financiación a cargo del Fondo Nacional de Recursos implicará deducir de las cápitas que les corresponda percibir a los prestadores de servicios integrales de salud incorporados al Seguro Nacional de Salud, el costo equivalente asociado a dichas prestaciones que determine el Poder Ejecutivo.

Por último, establece para la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales del Ministerio del Interior así como para los usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado, opción por prepago al Fondo Nacional de Recursos calculado en base al número total de sus respectivos usuarios o en su defecto por el pago del costo de los actos médicos efectivamente realizados.

El **Capítulo V** refiere a la formación de Recursos Humanos.

El artículo 19 determina obligación de los Centros de contar con políticas y desarrollar actividades formativas relativas a sus especialidades. En ese marco, se prevé la posibilidad de celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas con supervisión Ministerial.

El **Capítulo VI** refiere a aspectos punitivos.

Los artículos 20 y 21 abordan aspectos de sanciones por incumplimientos de los Centros o Servicios de Referencia. En el primero se prevén sanciones económicas que aplicará el Ministerio de Salud Pública conforme legislación aplicable. En el artículo 21 se regula específicamente la situación de incumplimiento de la entidad por motivos o hechos que le

son imputables y la prerrogativa del Ministerio de Salud Pública de disponer sanción de revocación de designación como Centro o Servicio de Referencia, sin perjuicio de las acciones judiciales correspondientes.

Mónica Xavier
Senadora