

# Percepción de los médicos sobre el efecto de los servicios diferenciales en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay 2024

## Perception of Physicians on the Effect of Differential Services in the Integrated National Health System in Uruguay 2024

## Percepção dos médicos sobre o efeito dos serviços diferenciais no Sistema Nacional Integrado de Saúde no Uruguai 2024

REGINA GUZMÁN<sup>(1)</sup>, FIORELLA CAVALLERI<sup>(1)</sup>

(1) Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correos electrónicos:  
rguzman@higiene.edu.uy,  
fcavalleri@higiene.edu.uy

ORCID: 0009-0005-9544-0301  
ORCID: 0000-0002-0028-3544

### RESUMEN

**Introducción:** El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay ha sido clave para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para toda la población. En los últimos años, han surgido servicios diferenciales, conocidos como servicios VIP, que ofrecen atención personalizada casi inmediata a quienes pueden costearlos. Esta diferenciación ha generado un debate sobre su impacto en la equidad y la calidad del sistema de salud.

**Objetivo:** Conocer la percepción de los médicos respecto al impacto de los servicios VIP en los principios rectores del SNIS en Uruguay, 2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional de corte transversal realizado en 2024 con médicos en Uruguay, tanto del sector público como privado. Se utilizó una encuesta online con preguntas de opción múltiple.

**Resultados:** 502 médicos respondieron la encuesta, de los cuales el 71,3% eran mujeres, más del 50% tenía más de 49 años, el 79,5% trabajaba en especialidades médicas y el 61,8% ejerce en Montevideo. El 79,5% conocía los principios rectores del SNIS. En cuanto a los servicios VIP, más de la mitad (54,8%) considera que afectan negativamente la equidad en el acceso a la atención médica. La gran mayoría (82,5%) opina que deberían regularse.

**Conclusiones:** La falta de funcionamiento eficiente del sistema de salud parece haber llevado a la implementación de los servicios VIP en el SNIS. Sin embargo, estos servicios podrían profundizar la inequidad y desigualdad en el acceso a la salud. La regulación de estos servicios debe ser tema de debate, considerando también el conflicto ético que generan en la práctica médica.

**Palabras clave:** Servicios diferenciales, equidad, eficiencia, acceso, Sistema de Salud

### ABSTRACT

**Introduction:** In Uruguay, the Integrated National Health System (SNIS) has been essential in ensuring access to quality healthcare services for the entire population. In recent years, differential services, known as VIP services, have emerged, offering almost immediate personalized care to those who can afford them. This differentiation has sparked a debate about its impact on the equity and quality of the healthcare system.

**Objective:** To understand physicians' perceptions of the impact of VIP services on the guiding principles of the SNIS in Uruguay in 2024. **Materials and Methods:** A cross-sectional observational study conducted in 2024 with physicians in Uruguay, from both the public and private sectors. An online survey with multiple-choice questions was used.

**Results:** A total of 502 physicians responded to the survey, of whom 71.3% were women, more than 50% were over 49 years old, 79.5% worked in medical specialties, and 61.8% practiced in Montevideo. 79.5% of physicians were familiar with the guiding principles of the SNIS. Regarding VIP services, more than half (54.8%) believe they negatively affect equity in access to medical care. The vast majority (82.5%) think these services should be regulated.

**Conclusions:** The inefficiency of the healthcare system appears to have led to the implementation of VIP services within the SNIS. However, these services could further deepen inequity and inequality in healthcare access. The regulation of these services should be a topic of debate, also considering the ethical conflict they create in medical practice.

**Key words:** Differential services, equity, efficiency, access, healthcare system

### RESUMO

**Introdução:** O Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) no Uruguai tem sido fundamental para garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade para toda a população. Nos últimos anos, surgiram serviços diferenciais, conhecidos como serviços VIP, que oferecem atendimento personalizado quase imediato àqueles que podem suportar os custos. Essa diferenciação gerou um debate sobre seu impacto na equidade e na qualidade do sistema de saúde.

**Objetivo:** Conhecer a percepção dos médicos sobre o impacto dos serviços VIP nos princípios orientadores do SNIS no Uruguai, 2024. **Materiais e métodos:** Estudo observacional de corte transversal realizado em 2024 com médicos no Uruguai, tanto do setor público quanto privado. Foi utilizada uma pesquisa online com perguntas de múltipla escolha.

**Resultados:** 502 médicos responderam à pesquisa, dos quais 71,3% eram mulheres, mais de 50% tinham mais de 49 anos, 79,5% trabalhavam em especialidades médicas e 61,8% exerciam a profissão em Montevideu. 79,5% conheciam os princípios orientadores do SNIS. Quanto aos serviços VIP, mais da metade (54,8%) considera que eles afetam negativamente a equidade no acesso à atenção médica. A grande maioria (82,5%) opina que deveriam ser regulados.

**Conclusões:** A falta de funcionamento eficiente do sistema de saúde parece ter levado à implementação dos serviços VIP no SNIS. No entanto, esses serviços podem aprofundar a iniquidade e desigualdade no acesso à saúde. A regulação desses serviços deve ser tema de debate, considerando também o conflito ético que geram na prática médica.

**Palavras-chave:** Serviços diferenciais, equidade, eficiência, acesso, Sistema de Saúde

## INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay ha sido clave para garantizar el acceso a servicios de calidad. Recientemente, se han incrementado los servicios diferenciales “VIP”, que ofrecen atención personalizada a quienes pueden pagar, generando un debate sobre su impacto en la equidad y calidad del sistema.

El término “servicios VIP” proviene del inglés “*Very Important Person*” y se refiere a personas con prestigio que exigen trato especial por su influencia<sup>(1)</sup>. No es necesario ser una figura pública para ser considerado VIP, cualquier persona con los medios económicos puede serlo, dejando al resto de la población como no VIP. En este trabajo, nos referimos a una persona VIP en el ámbito de la salud como “usuario VIP”, quien, a cambio de un pago, recibe servicios diferenciales, diferenciándose de aquellos que reciben atención estándar.

En países marcados por profundas desigualdades estructurales, la política de salud difícilmente pueda aspirar a modelos ideales de universalidad sin reconocer antes la segmentación real de las sociedades en grupos con diferentes capacidades económicas. En estos contextos, las desigualdades en el acceso a los servicios de salud resultan inevitables, especialmente cuando el Estado convive con altos niveles de pobreza y, al mismo tiempo, permite el consumo privado de bienes costosos. Tanto en sistemas segmentados como en aquellos formalmente unitarios, los grupos con mayor poder económico logran capturar beneficios institucionales —como seguros de salud subsidiados con fondos públicos o acceso preferencial a servicios—, lo que perpetúa las desigualdades estructurales.

Según el autor<sup>(2)</sup>, frente a esta realidad los gobiernos deben asumir una gestión activa del sistema de salud, orientando sus acciones a mejorar el acceso de los sectores más desfavorecidos. Esto implica: diseñar marcos regulatorios que impidan la captura institucional por parte de grupos de interés; promover la transparencia en la generación y distribución de información; y garantizar la participación de los grupos menos privilegiados en los espacios de gobernanza del sistema de salud<sup>(2)</sup>.

En China y EE.UU., los servicios VIP surgieron en un contexto similar, donde la presión económica sobre los hospitales impulsó la necesidad de generar ingresos. Estos servicios permiten a los hospitales obtener beneficios de un grupo selecto de pacientes, financiamiento que contribuye a cubrir prácticas médicas no pagadas por el resto de la población.

A pesar de esto, la práctica de los servicios VIP ha sido criticada desde perspectivas económicas y éticas. Estudios en varias provincias de China<sup>(3, 4)</sup> muestran que los hospitales que ofrecen estos servicios no solo empeoran la calidad médica, sino que también ven perjudicados sus ingresos en comparación con aquellos que no los brindan.

En EE.UU, algunos defienden los servicios VIP, argumentando

que mejoran la calidad del tiempo médico-paciente y los resultados de salud. Sin embargo, otros critican la segregación, el clasismo y el racismo que esta práctica genera<sup>(5)</sup>. Esta práctica no solo afecta a quienes buscan atención rápida, sino que perpetúa la idea de que las necesidades de los VIP son más importantes, creando dilemas éticos en los profesionales de la salud<sup>(6, 7)</sup>.

En una revisión sistemática se identificaron 22 determinantes que influyen en la decisión de pagar por un servicio médico ya cubierto, agrupados en cinco categorías: “características sociodemográficas”, “riesgo percibido”, “beneficio percibido”, “barreras percibidas” y “otra información”. Las prácticas diferenciales se ven favorecidas por la sobrecarga laboral, los bajos salarios y el “burn out” en el primer nivel de atención, lo que lleva a los médicos a buscar mejores remuneraciones. Un 47% de los entrevistados había perdido el interés por la medicina y muchos padecían de ánimo deteriorado<sup>(8, 9)</sup>.

La situación en Canadá es distinta, porque se encuentra prohibida la venta de servicios médicos ya incluidos en el “*Canada Health Act*”. De acuerdo con la legislación federal del Canadá que regula el seguro de atención de salud financiado con fondos públicos, se establecen sanciones económicas en caso de incumplimientos. Sin embargo, todo servicio o prestación de salud que quede por fuera puede ser ofrecido y pagado sin multa. Esto ha provocado un crecimiento acelerado de las clínicas boutiques a nivel urbano, desplazando y mercantilizando la salud bajo diversos rótulos que publicitan a dichas clínicas como servicios personalizados, rápidos y seguros. Se pone de manifiesto que, aún con años de inversión pública y regulación, el sistema de salud ha fallado en brindar servicios cálidos, efectivos y personalizados<sup>(10)</sup>.

En América Latina, los sistemas de salud enfrentan importantes desafíos debido a la segmentación y desigualdad inherentes en sus estructuras sociales<sup>(11)</sup>. Esta situación ha propiciado el surgimiento de servicios de salud diferenciados, donde los sectores más privilegiados de la población acceden a opciones más exclusivas, como los llamados servicios “VIP” o seguros de salud privados, mientras que la población más vulnerable depende de sistemas de salud públicos con recursos limitados<sup>(12)</sup>.

En Brasil, más de uno de cada cuatro personas cuenta con un seguro médico privado, cuya cobertura se superpone parcialmente con las prestaciones garantizadas por el Sistema Único de Salud (SUS), aunque con importantes diferencias en el alcance, la oportunidad y la calidad de la atención, así como una marcada heterogeneidad regional. En este contexto, los asegurados privados utilizan predominantemente el subsistema privado y recurren al SUS de manera complementaria, principalmente para prestaciones de alto costo, urgencias o servicios no cubiertos, representando aproximadamente el 13% de las atenciones. Esta configuración ha sido objeto de críticas, ya que la coexistencia de subsistemas con lógicas

diferenciadas tiende a reforzar desigualdades sociales y a tensionar el acceso universal y equitativo a la salud, en contradicción con el principio de universalidad que sustenta al SUS<sup>(11)</sup>.

El modelo brasileño se inscribe en una tendencia más amplia observada en América Latina, caracterizada por la segmentación de la atención de salud según la capacidad económica. En este marco, la articulación entre subsistemas públicos y privados suele traducirse en barreras de acceso y en la persistencia de gastos de bolsillo, que afectan de manera desproporcionada a los sectores más vulnerables. Esta segmentación se expresa en la coexistencia de una seguridad social relativamente mejor financiada para los trabajadores formales y un sistema público que concentra la atención de poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad<sup>(12)</sup>.

La segregación en los sistemas de salud refleja las desigualdades económicas y sociales de la región, donde el acceso a servicios de calidad es un privilegio de las clases altas. La expectativa de que el crecimiento económico impulsaría la formalización laboral y expandiría el acceso a la salud no se ha cumplido equitativamente. A pesar de mejoras en la expectativa de vida, la fragmentación de los sistemas de salud sigue siendo un obstáculo para garantizar el derecho a la salud en muchos países latinoamericanos<sup>(11, 12)</sup>.

Los estudios sobre dobles coberturas indican que las políticas restrictivas de los seguros y la limitada disponibilidad obligan a los asegurados privados a recurrir al sistema público. Aunque los seguros privados alivian parcialmente la carga pública, también agravan las inequidades al ofrecer acceso privilegiado a ciertos sectores<sup>(13)</sup>.

Las reformas de salud y la búsqueda de cobertura universal en Argentina, Chile y México han intentado superar la segmentación histórica mediante la unificación de fondos, la libre elección de proveedores y la ampliación de servicios para los más desfavorecidos. Sin embargo, los avances no han sido uniformes y persisten barreras estructurales para la equidad en salud en gran parte de la región<sup>(11, 12)</sup>.

El sistema de salud chileno combina un régimen público (FONASA) y uno privado (ISAPRES). El Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) garantiza prestaciones para enfermedades prevalentes. Un estudio de equidad evidenció que, si bien en general no hay diferencias en las consultas, existen desigualdades en la atención basadas en edad, género, etnia y, principalmente, en los ingresos. Los usuarios de mayores ingresos consultan especialistas con mayor frecuencia, mientras que en emergencias ocurre lo contrario. Además, los de menores ingresos no reciben atención adecuada debido a la falta de recursos y enfrentan dificultades para acceder a las consultas y largos tiempos de espera<sup>(14)</sup>.

Argentina tiene un sistema de salud fragmentado, dividido en tres sectores: público, seguridad social y privado. El sector público, financiado por impuestos, está descentralizado en

las provincias, limitando la influencia del Ministerio de Salud federal en la gestión sanitaria nacional. Los fondos fluyen de los presupuestos nacionales a las provincias sin condiciones, lo que dificulta mejorar la eficiencia y la rendición de cuentas. Los hospitales y centros de atención primaria pertenecen a las provincias o municipios, y todos los habitantes tienen derecho a recibir atención médica gratuita, incluidos turistas y trabajadores extranjeros. Los hospitales públicos también son utilizados por personas aseguradas para procedimientos más complejos, lo que genera un subsidio cruzado no medido entre el subsistema público y la seguridad social, debido a la falta de sistemas de información para identificar a los beneficiarios de la seguridad social<sup>(15, 16, 17)</sup>. La sobreutilización del subsector público llevó a las obras sociales a establecer pagos de bolsillo, generando inequidad y mayor gasto. Los médicos, insatisfechos con su remuneración, solicitan remuneraciones "plus" a los beneficiarios, lo que incrementa la necesidad de las personas de bajos recursos de recurrir al sector público<sup>(15)</sup>. La inequidad en la distribución de fondos genera diferencias en la atención y destaca la necesidad de reducirlas para lograr cobertura universal. El sistema de financiamiento, centrado en hospitales, limita el desarrollo de la atención primaria. Hay problemas financieros y de calidad en la atención pública, afectando especialmente a las provincias pobres. En el sector privado, los servicios varían según el precio, creando desigualdad según la capacidad de pago y ampliando las diferencias entre clases sociales<sup>(17)</sup>.

Al comparar Chile, Ecuador y Uruguay<sup>(18)</sup>, se observa la persistencia de la segmentación en los sistemas de salud de América Latina, a pesar de los múltiples esfuerzos por asegurar la cobertura y avanzar hacia la atención sanitaria universal. Esto está influido por la arquitectura de las políticas de salud, en especial por el grado de fragmentación o unificación de instrumentos como el financiamiento, los beneficios y la regulación. Mientras que en Chile y Ecuador predomina una fragmentación vinculada a la mercantilización de la salud, en Uruguay la segmentación responde más a criterios del mercado laboral, lo que ha permitido mayores avances en equidad, protección financiera y calidad del servicio. Según este estudio, las clases medias responden a dicha arquitectura institucional a través de sus prácticas de acceso y consumo de servicios de salud. Como tendencia común, el sector público ha sido identificado como históricamente débil, por lo que las clases medias tienden a buscar soluciones en el mercado privado, reforzando así la segmentación del sistema.

En Uruguay los servicios diferenciados se ofrecen dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) el cual surge en el año 2007 con la promulgación de la Ley N.º 18.211, planteando el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes. Según el artículo 3 de la citada Ley algunos de los principios rectores son la solidaridad, universalidad, accesibilidad, sustentabilidad, equidad, entre otros<sup>(19)</sup>.

El SNIS se organiza en distintos niveles de atención. El primer nivel permite resolver problemas que requieren menores recursos tecnológicos y que se presentan en alta frecuencia. En el segundo nivel se incluye la resolución de problemas menos frecuentes y que requieren más recursos y procedimientos más complejos, ubicados principalmente a nivel hospitalario. El tercer nivel es en donde se resuelven las patologías menos frecuentes, que requieren un mayor nivel de complejidad de servicios, tecnologías de mayor costo y recursos humanos especializados<sup>(20)</sup>.

El sistema está integrado por instituciones públicas y privadas que brindan prestaciones estipuladas en un plan de beneficios denominado Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). El PIAS es un listado positivo de prestaciones explícitas que los prestadores integrales deben ofrecer a los usuarios del sistema. Este listado abarca medicamentos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, dispositivos, programas y diversas modalidades de atención. El financiamiento de estos servicios se realiza mediante el Seguro Nacional de Salud (SNS), que es financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Cada beneficiario aporta un porcentaje de su salario determinado por sus ingresos y composición familiar. A su vez los prestadores integrales, reciben un pago mensual según edad y sexo de sus usuarios. Es un sistema de financiamiento solidario, ya que quienes tienen mayores ingresos cubren a los de menores ingresos y los sanos aportan por los enfermos<sup>(21)</sup>.

En el marco de este esquema de solidaridad es que aparecen los servicios diferenciales en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en el Uruguay. En los últimos años dicha oferta de servicios a generado controversias, para algunos la oferta de servicios VIP conlleva vulnerar preceptos éticos sustentados por los principios rectores del SNIS.

Los médicos son actores fundamentales en el correcto desarrollo de la atención a la salud y forman parte de los equipos de salud que dan garantías de equidad y universalidad en el acceso, entendemos como fundamental comprender cuál es la percepción del personal médico respecto a los servicios VIP. El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción de los médicos respecto a cómo los servicios VIP afectan los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay en el año 2024.

## MATERIALES Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal con recolección de datos mediante encuesta. La población de estudio fueron los profesionales médicos que se encontraban en actividad al momento de la encuesta.

Se realizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve. Se formó una red de contactos a partir de colaboradores claves iniciales, que fuesen profesionales médicos en actividad, en el ámbito público y privado, de Montevideo y del interior del país.

El cuestionario utilizado fue diseñado específicamente para este estudio, a partir de la revisión de literatura relevante y discusiones del equipo de investigación. Dado su carácter exploratorio y descriptivo, no se realizó un proceso formal de validación psicométrica ni evaluación de consistencia interna, priorizándose la adecuación conceptual de los ítems a los objetivos del estudio. Se elaboró un cuestionario de 19 preguntas que incluyó aspectos generales con el fin de caracterizar a la población (edad, sexo, entre otros), y se realizaron preguntas específicas relacionadas a la percepción de los servicios VIP. El instrumento fue revisado por el equipo investigador antes de su aplicación.

La encuesta se realizó en la plataforma *Limesurvey* para brindar mayores garantías de la seguridad y protección de la información. Previo al inicio de la encuesta se solicitó el consentimiento informado, necesario para poder ingresar. Se recabaron respuestas entre el 20 de agosto y el 20 de septiembre de 2024.

Operacionalización de variables e indicadores. Para dar cumplimiento a los objetivos del estudio, se definieron y operacionalizaron las variables de análisis según las secciones del cuestionario aplicado:

### 1. Variables sociodemográficas y laborales (Sección A)

**Sexo:** Variable cualitativa nominal con las opciones de respuesta: Masculino, Femenino y Otros (Ítem A1).

**Edad:** Variable cuantitativa continua, definida como años cumplidos al momento de la encuesta (Ítem A2).

**Especialidad que ejerce:** Variable cualitativa nominal categorizada en: Médica, Quirúrgica, Laboratorio y Otras (Ítem A3).

**Lugar de desempeño:** Variable cualitativa nominal con las opciones: Montevideo, Interior y Ambos (Ítem A4).

**Conocimiento de principios del SNIS:** Variable cualitativa nominal con las opciones: Sí, No y No sabe/No contesta (Ítem A5).

### 2. Conocimiento y oferta de servicios VIP (Sección B)

**Conocimiento de existencia y oferta:** Variables cualitativas nominales que midieron el grado de información sobre servicios diferenciales (Ítem B1: Sí, No, Parcialmente, No sabe/No contesta) y el conocimiento de la oferta específica (Ítem B2: Sí, No, No sabe/No contesta).

**Indicadores de oferta (servicios específicos):** Variable cualitativa nominal construida a partir de una lista de selección múltiple (Ítem B3). Los indicadores evaluados fueron: Habitación Privada, Menú a la Carta, Menor tiempo de espera (estudios/cirugías o especialistas), Mayor tiempo de consulta, Prioridad en emergencia e internación, Farmacia Personalizada y Otros.

**Protocolos y participación:** Variables cualitativas nominales sobre la existencia de protocolos institucionales (Ítem B4) y la participación efectiva en la atención VIP (Ítem B5), ambas con

las opciones: Sí, No y No sabe/No contesta.

### 3. Variables de percepción e impacto (Sección C)

Todas las variables de esta dimensión se definieron como cualitativas nominales e incluyeron sistemáticamente la opción "No sabe/No contesta".

**Equidad y eficiencia:** Percepción del impacto en la equidad en el acceso (Ítem C1: Positivo, Negativo, Sin impacto, No sabe/No contesta) y en los resultados del centro (Ítem C3: Sí, No, No sabe/No contesta).

**Carga de trabajo y conducta médica:** Creencia sobre cambios en la distribución de tareas (Ítem C2) y alteraciones en la práctica clínica por presión externa (Ítem C6), ambas medidas como: Sí, No y No sabe/No contesta.

**Autonomía y participación:** Mide la creencia sobre la necesidad de ser consultado previamente a participar en la atención VIP (Ítem C4) y la posibilidad de negarse a ofrecer dicho servicio (Ítem C5), ambas con opciones: Sí, No y No sabe/No contesta

**Conflicto en el SNIS:** Identifica el área de impacto del servicio VIP mediante las opciones: Atención, Gestión, Funcionamiento y No sabe/No contesta (Ítem C7).

**Regulación y políticas:** Opinión sobre la inclusión en el PIAS (Ítem C8) y la necesidad de regulación estatal (Ítem C9), con opciones: Sí, No y No sabe/No contesta.

Se realizó un análisis exploratorio de datos y control de calidad de los mismos para detectar inconsistencias, datos faltantes y realizar la depuración, luego se procedió a realizar el análisis descriptivo de los datos. Las variables se presentaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Esta investigación fue aprobada para su realización por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina.

## RESULTADOS

De un total de 576 médicos, se obtuvieron 502 respuestas válidas. El 71,3% correspondió a mujeres. Al dividir a los participantes en dos grupos según un límite arbitrario de 48 años, la distribución fue muy similar: 49,6% menores de 48 años y 50,4% de 48 años o más. Las especialidades médicas representaron el 79,5%, las quirúrgicas el 13,3%, y las de laboratorio y otras el 1,4% y 5,8% respectivamente. Ver Cuadro 1.

### Cuadro 1.

El 61,8% de los médicos ejercen en Montevideo y el 12,9% en Interior y Montevideo; el 79,5% refieren conocer los principios rectores del SNIS. Respecto a los servicios VIP, el 58,4% los conoce, el 28,5% parcialmente y el 12,3% no los conoce. Además, el 82,4% de los encuestados está al tanto de la oferta VIP en algún prestador del SNIS, siendo la habitación privada la más reconocida (81,7%), seguida del menor tiempo de espera para consultas con especialistas (74,3%) y para coordinación de estudios/cirugía (67,7%). El acceso prioritario en emergencia e internación es considerado por el 43,8%, mientras que tener mayor tiempo durante consulta es el servicio menos conocido (15,1%). Ver Cuadro 2.

Más de la mitad (51,8%) desconoce los protocolos para pacientes VIP, mientras que el 31,7% los conoce. El 41,8% ha atendido usuarios VIP. Además, el 54,8% considera que los servicios VIP afectan negativamente la equidad en el acceso a la atención médica en Uruguay, el 18,1% indica que no hay impacto y el 11,2% percibe un impacto positivo. Ver Cuadro 3.

Cuadro 1. Características de la población encuestada (n:502)

Variables	Frec. Abs. n=502	Frec. Rel. (%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	144	28.7
Femenino	358	71.3
<b>Categorías de Edad (en años)</b>		
De 26 a 48	249	49.6
De 49 a 71	253	50.4
<b>Especialidad</b>		
Médica	399	79.5
Quirúrgica	67	13.3
Laboratorio	7	1.4
Otras	29	5.8
<b>Departamento donde ejercen su profesión</b>		
Montevideo	310	61.8
Interior	127	25.3
Ambos	65	12.9
<b>Conoce los principios rectores del SNIS</b>		
Sí	399	79.5
No	65	12.9
No sabe/No contesta	38	7.6

Cuadro 2. Conocimiento de los Servicios VIP

Variables	Frec. Abs. n=502	Frec. Rel. (%)
<b>Conoce qué son los servicios VIP en el SNIS</b>		
Sí	293	58.4
No	62	12.3
Parcialmente	143	28.5
No sabe/No contesta	4	0.8
<b>Conoce la oferta de servicios VIP en algún prestador de salud del SNIS</b>		
Sí	414	82.5
No	70	13.9
No sabe/No contesta	18	3.6
<b>Servicios que considera que se ofrecen en los Servicios VIP</b>		
Habitación Privada	410	81.7
Menú a la Carta	165	32.9
Menor tiempo de espera para coordinación de estudios/cirugía	340	67.7
Menor tiempo de espera para consultas con especialistas	373	74.3
Mayor tiempo durante consulta	76	15.1
Prioridad al ingreso en Emergencia e Internación	238	47.4
Servicio de Farmacia personalizada	220	43.8
Otros	97	19.3
<b>Conocimiento de Protocolos Institucionales a seguir frente a un paciente VIP</b>		
Sí	159	31.7
No	260	51.8
No sabe/No contesta	83	16.5
<b>Participación en la atención de usuarios VIP en su lugar de Trabajo</b>		
Sí	210	41.8
No	276	55
No sabe/No contesta	16	3.2

Cuadro 3. Percepción de los Servicios VIP

Características	Frec. Abs. n=502	Frec. Rel. (%)
<b>Impacto en la equidad en el acceso a la atención médica en Uruguay</b>		
Positivo	56	11.2
Negativo	275	54.8
Sin impacto	91	18.1
No sabe/No contesta	80	15.9
<b>Diferencia en carga horaria por la implementación de los servicios VIP</b>		
Si	147	29.3
No	187	37.3
No sabe/No contesta	168	33.4
<b>Mejora en la eficiencia y/o resultados económicos de los centros de Salud</b>		
Si	164	32.7
No	211	42
No sabe/No contesta	125	24.9
Sin respuesta	2	0.4
<b>Considera que debe ser consultado previo a la participación de servicios VIP</b>		
Si	368	73.3
No	92	18.3
No sabe/No contesta	40	8
Sin respuesta	2	0.4
<b>Poder negarse a participar de un servicio VIP</b>		
Si	308	61.4
No	129	25.7
No sabe/No contesta	65	12.9
<b>Cambio en la conducta médica por presión del usuario VIP o su familia</b>		
Si	350	69.7
No	118	23.5
No sabe/No contesta	34	6.8
<b>Implementación de los Servicios VIP por un problema en el SNIS en:</b>		
Atención (Si)	281	56
(No)	221	44
Gestión (Si)	240	47.8
(No)	262	52.2
Funcionamiento (Si)	297	59.2
(No)	205	40.8
No sabe/No contesta (Si)	109	21.7
(No)	393	78.3
<b>Está de acuerdo que los Servicios VIP incluyan prestaciones ofrecidas en el PIAS</b>		
Si	212	42.2
No	178	35.5
No sabe/No contesta	110	21.9
Sin respuesta	2	0.4
<b>Oferta de Servicios VIP en el SNIS debería de ser regulada</b>		
Si	414	82.5
No	40	7.9
No sabe/No contesta	46	9.2
Sin respuesta	2	0.4

Las respuestas sobre la carga horaria se distribuyeron en tercios. El 73,3% afirma que se debe consultar a los profesionales antes de asignarles un servicio VIP y el 61,4% cree pertinente poder negarse a participar. Además, el 69,7% percibe un cambio en la conducta médica frente a usuarios VIP o sus familias, mientras que el 23,5% no observa diferencias. En cuanto a la causa de la creación de estos servicios, el 59,2% atribuye el problema al funcionamiento del SNIS. Respecto a si los servicios VIP deberían incluir prestaciones del PIAS, el 42,2% opina afirmativamente y el 35,5% en contra. Finalmente, el 82,5% considera que la oferta de servicios VIP en el SNIS debería estar regulada.

De 398 personas que afirmaron conocer los principios del SNIS, el 44,2% opina que los servicios VIP deben incluir prestaciones del PIAS y el 85,7% considera que deben estar regulados. Ver Gráficos 1 y 2.

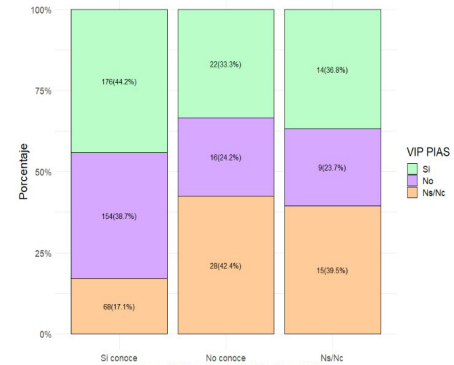


Gráfico 1. Inclusión de prestaciones PIAS en los servicios VIP según percepción del conocimiento de los principios del SNIS

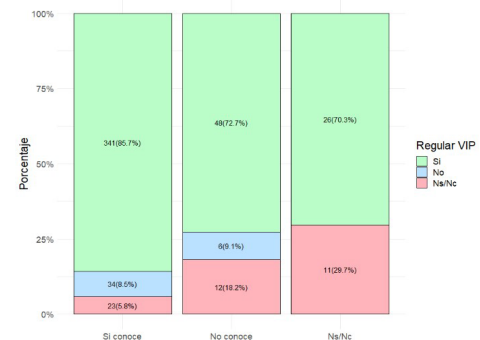


Gráfico 2. Acuerdo con la regulación de la oferta servicios VIP según percepción sobre conocimiento de los principios del SNIS

## DISCUSIÓN

Al interpretar los resultados del estudio, resulta relevante considerar el patrón de respuestas “no sabe/no contesta” observado. En una muestra de 502 participantes, la no respuesta fue baja en las variables de caracterización general (7,6%) y se mantuvo en niveles bajos a moderados en las preguntas de conocimiento sobre servicios VIP (entre 0,8% y 16,5%). Sin embargo, en las preguntas vinculadas a la percepción y valoración de estas prestaciones, los porcentajes de no respuesta fueron considerablemente más elevados, alcanzando valores de hasta 33,4%. Este gradiente sugiere que la no respuesta no responde exclusivamente a desconocimiento, sino que podría reflejar ambivalencia, dificultad para posicionarse o incomodidad frente a un tema normativamente sensible. En este sentido, estas respuestas constituyen un hallazgo interpretativo relevante, que da cuenta de la complejidad del debate en torno a la introducción de prestaciones diferenciales en el SNIS.

Los encuestados muestran una composición similar a la población médica, con predominio del sexo femenino y de las especialidades médicas sobre las quirúrgicas<sup>(23, 24, 25)</sup>.

De acuerdo con estudios previos en China<sup>(3, 4)</sup>, la implementación de servicios diferenciales tiene un impacto económico negativo en los centros de salud y afecta los principios éticos del sistema. En línea con estos estudios, un 54,8% de los encuestados considera que la oferta de servicios diferenciales afecta negativamente la equidad en el acceso a la salud.

Los resultados sobre el impacto en la equidad coinciden con

la literatura norteamericana<sup>(6,7)</sup>, que señala que estos servicios generan un desequilibrio ético en los sistemas de salud. Como sucede en Canadá<sup>(10)</sup> donde la aparición de los servicios diferenciales es producto de una falla del sistema, nuestros encuestados plantearon que la falla en el funcionamiento del SNIS puede explicar el advenimiento de los servicios diferenciales en Uruguay. Sin embargo, en Canadá la oferta de los servicios diferenciales dentro del plan financiado por el estado parece estar penada por ley, mientras que en Uruguay dichos servicios no han sido regulados hasta el momento. En este sentido es interesante observar que un 82,5% de los encuestados manifestó que los servicios diferenciales deberían de estar regulados.

En consonancia a las publicaciones citadas correspondientes a la situación brasilera<sup>(11,13)</sup>, nuestro estudio mostró que la mayoría de los encuestados piensa que la implementación de dos servicios en competencia generaría un impacto negativo en la equidad en el acceso a la salud. Esto también ocurre en Argentina, donde la segregación social en salud afecta el acceso de los sectores más pobres.

Este estudio muestra que la dificultad en el acceso a consultas y los largos tiempos de espera llevan a optar por el pago diferencial para mejorar la oportunidad de atención, como se observó en Chile<sup>(14)</sup>.

Similar a un estudio realizado en EE.UU<sup>(6)</sup>, el 69,7% de los médicos encuestados reporta un cambio actitudinal en la conducta médica debido a la presión de los usuarios VIP o sus familias. Además, el 73% preferiría ser consultado antes de atender a un paciente VIP, aunque no se profundizó si esto implicaría un cambio en su actitud o la posibilidad de negarse. El 82,5% de los encuestados considera que la oferta de los servicios diferenciados debería de estar regulada, lo cual apoya la iniciativa presentada del Ministerio de Salud Pública en el año 2021, donde se propone la regulación de dichos servicios con el fin de crear un marco jurídico que controle la oferta de los servicios diferenciales. Esta iniciativa fue desestimada por el parlamento. En noviembre de 2023 se presentó una nueva iniciativa de regulación la cual no fue aún discutida. Llama la atención que si bien un 82,5% de los encuestados entiende que los servicios VIP deberían estar regulados, hay un 42,2% que afirman que deberían incluir prestaciones que se encuentran garantizadas por el pago FONASA. Este aspecto es difícil de interpretar en términos de principios, ya que no queda claro sobre qué aspectos se regularía.

Respecto al conocimiento sobre cómo actuar con los pacientes VIP, no encontramos información en la literatura internacional sobre protocolos específicos. En nuestro estudio, solo el 31,7% de los médicos conoce los protocolos para el abordaje de estos pacientes y sus familias.

El estudio presenta limitaciones vinculadas, por un lado, al uso de un muestreo no probabilístico por bola de nieve, que puede introducir sesgo de selección, dado que la incorporación de participantes depende de redes de contacto preexistentes y de

la disposición a participar, lo que puede favorecer la inclusión de perfiles con mayor afinidad temática o posicionamientos similares, restringiendo la diversidad de perspectivas y la transferibilidad de los resultados. Por otro lado, la escasez de publicaciones indexadas en revistas nacionales sobre la temática limita la construcción de un marco contextual robusto en torno a los servicios diferenciales en el SNIS. No obstante, esta estrategia metodológica resultó adecuada para acceder a informantes con expertise específico en un campo en el que no se dispone de acceso a un marco muestral formal, y futuros estudios podrían ampliarse a otras profesiones del ámbito de la salud con el fin de obtener una perspectiva más integral sobre la percepción de este tipo de servicios.

En este contexto, los servicios VIP y los seguros privados, aunque brindan una opción alternativa para quienes pueden pagarlos, también refuerzan una dualidad en el acceso a la salud, perpetuando la desigualdad social en América Latina.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que una proporción mayoritaria de los médicos consultados percibe los servicios diferenciales o VIP como una falla del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en tanto introducen mecanismos de acceso diferenciados en un sistema basado en principios de universalidad, solidaridad y equidad. En este sentido, la persistencia y expansión de estos servicios no debería ser abordada como una solución operativa a problemas de gestión, sino como un síntoma de falencias estructurales que requieren intervenciones regulatorias y de política pública más profundas.

Desde una perspectiva propositiva, los hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer la rectoría del sistema y avanzar hacia una regulación explícita de los servicios diferenciales, que defina con precisión sus alcances, condiciones de oferta y mecanismos de financiamiento. En particular, resulta clave evitar que prestaciones garantizadas por el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) sean objeto de pagos adicionales, así como establecer criterios transparentes para la asignación de recursos y la distribución de los fondos del FONASA, de modo de prevenir la generación de inequidades en el acceso a servicios legalmente garantizados.

Asimismo, mitigar las desigualdades asociadas a los servicios VIP requiere fortalecer la capacidad resolutoria del sistema público y reducir los incentivos económicos que favorecen la segmentación de la atención. En este marco, la formación médica y de otros profesionales de la salud constituye un ámbito estratégico para problematizar los dilemas éticos asociados a la oferta de servicios diferenciales y promover prácticas alineadas con el derecho a la salud y el interés público.

El estudio presenta limitaciones derivadas de su diseño exploratorio y del uso de instrumentos específicos para captar percepciones profesionales, lo que restringe la generalización

de los resultados. Futuras investigaciones podrían profundizar en el análisis de los determinantes económicos de la oferta de servicios diferenciales, particularmente en la relación entre los honorarios médicos, los incentivos institucionales y la provisión de prestaciones VIP, así como incorporar enfoques comparados y diseños mixtos que permitan evaluar el impacto de distintas estrategias regulatorias en la equidad del sistema de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Groves JE, Dunderdale BA, Stern TA. Celebrity patients, VIPs, and potentates. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2002 Dec 1;4(6). Disponible en: <https://doi.org/10.4088/pcc.v04n0602>
- Bloom G. Equity in health in unequal societies: meeting health needs in contexts of social change. *Health Policy*. 2001;57(3):205-224. doi:10.1016/S0168-8510(01)00121-X
- Yang Y, Cheng M, Chen N, Yuan L, Wang Z. Do VIP medical services damage efficiency? New evidence of medical institutions' total factor productivity using Chinese panel data. *Front Public Health* [Internet]. 2024 Jan 24;11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1261804>
- Cong Y, Hu L, Dwyer J. The VIP floors. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2005 Jan 1;35(1):16-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1353/hcr.2005.0002>
- Shrank WH. Primary care practice transformation and the rise of consumerism. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2017 Feb 27;32(4):387-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3946-1>
- Marquez DR, Lever H. Why VIP services are ethically indefensible in health care. *AMA J Ethics* [Internet]. 2023 Jan 1;25(1):E66-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/amajethics.2023.66>
- Paul DP, Skiba M. Concierge medicine. *Health Care Manag* [Internet]. 2016 Jan 1;35(1):3-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/hcm.000000000000088>
- Steigenberger C, Flatscher-Thoeni M, Siebert U, Leiter AM. Determinants of willingness to pay for health services: a systematic review of contingent valuation studies. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2022 Feb 15;23(9):1455-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01437-x>
- Majette GR. From concierge medicine to patient-centered medical homes: international lessons & the search for a better way to deliver primary health care in the U.S. *Am J Law Med* [Internet]. 2009 Dec 1;35(4):585-619. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/009885880903500404>
- Bodner A, Spencer S, Lavergne MR, Hedden L. Exploring privatization in Canadian primary care: an environmental scan of primary care clinics accepting private payment. *Health Policy* [Internet]. 2022 Feb 22;17(3):65-80. Disponible en: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2022.26727>
- Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* [Internet]. 2014 Oct 15;385(9974):1230-47. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61646-9)
- Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaut F, Atun R, Barreto ICHC, Cetrángolo O, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet* [Internet]. 2014 Oct 15;385(9974):1248-59. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61647-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61647-0)
- Fontenelle LF, Sarti TD, De Camargo MJB, Maciel ELN, Barros AJD. Utilization of the Brazilian public health system by privately insured individuals: a literature review. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 Jan 1;35(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00004118>
- Frenz P, Delgado I, Kauffman JS, Harper S. Health Policy Plan [Internet]. 2013 [cited 2024 Sep 20];1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czt054>
- Belmartino S. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2002 Aug 1;18(4):1067-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000400012>
- Palacios A, Espinola N, Rojas-Roque C. Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 Jul 30;19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01168-6>
- Rubinstein A, Zerbino MC, Cejas C, López A. Making universal health care effective in Argentina: a blueprint for reform. *Health Syst Reform* [Internet]. 2018 Jun 26;4(3):203-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477537>
- Bernales Baksai P. Middle-classes and universal health care in Latin American welfare regimes: Chile, Ecuador and Uruguay. 2023 Jun 28. Disponible en: <https://researchportal.bath.ac.uk/en/studentTheses/middle-classes-and-universal-health-care-in-latin-american-welfare>
- Uruguay. Ley N° 18211 [Internet]. [cited 2024 May 27]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

## AGRADECIMIENTOS:

Br. Natalia de los Santos

Br. Juan Manuel Dentone

Br. Tamara Diniz

Br. Valentín Martínez

Br. Ma. Florencia Riva

Br. Florencia Rossel

Ex. Prof. Agda. Dra. Ima León

20. León I, Cavalleri F, Bittar G, Guzmán R, Pérez M, Bonapelch S. Sistemas de salud y atención a la salud [Internet]. 2021. Disponible en: <http://www.eutm.fmed.edu.uy/Ingreso/2024/Docuemtno%20Sistemas%20de%20Salud%202021.pdf>
21. Organización Panamericana de la Salud. Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay [Internet]. Disponible en: [www.paho.org/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay](http://www.paho.org/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay)
22. Prestadores Integrales de Salud del SNIS [Internet]. N° 4034 2023. Disponible en: <http://www.diputados.gub.uy/data/docs/LegActual/Repartid/R1015.pdf>
23. Zanotti R, Bizzarri G, Sisti D, et al. Factors influencing medical students' choice of specialization: A gender based systematic review. *eClinicalMedicine*. 2020;23:100395. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100395.
24. Ramírez-Reyes R, Pancorbo HF, Meneses-Pérez C, et al. Gender Associated with the Intention to Choose a Medical Specialty in Medical Students: A Cross-Sectional Study in 11 Countries in Latin America. *Hum Resour Health*. 2016;14:45. doi:10.1186/s12960-016-0151-4.
25. Sanft A, Saalwachter-Schulman A, Nyhof-Young J, et al. Influences on Medical Student Career Choice: Gender or Generation? *Arch Surg (JAMA Surg)*. 2006;141(11):1086-1094. doi:10.1001/archsurg.141.11.1086.

**Nota del editor:** El editor responsable por la publicación de este artículo es el Comité editorial en su conjunto.

**Nota de disponibilidad de datos:** El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles.

**Nota de contribución autoral:**

Regina Guzmán: Conceptualización, diseño metodológico, análisis de los datos, administrador del proyecto, validación de resultados, escritura del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Fiorella Cavalleri: Conceptualización, diseño metodológico, análisis de los datos, administrador del proyecto, validación de resultados, escritura del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

## ANEXO: ENCUESTA

LimeSurvey

**Sección A: Características de la Población**

A1. Seleccione su sexo

*Hace referencia al sexo biológico*

Masculino

Femenino

Otros

A2. ¿Qué edad tiene?

*Edad en años*

A3. ¿Cuál es la principal especialidad que ejerce?

Medica

Quirúrgica

Laboratorio

Otras

A4. ¿En dónde ejerce su profesión?

Montevideo

Interior

Ambos

A5. ¿Conoce cuáles son los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud?

Si

No

No sabe/No contesta

**Sección B: Sobre los Servicios VIP**

B1. ¿Conoce qué son los servicios diferenciales(VIP) en el SNIS?

Si

No

Parcialmente

No sabe/No contesta

LimeSurvey

**Sección C: Percepción de los Médicos sobre los Servicios VIP**

C1. ¿Cree que los servicios diferenciales (VIP) en el SNIS han tenido un impacto en la equidad en el acceso a la atención médica en Uruguay?

Positivo

Negativo

Sin Impacto

No sabe/No contesta

C2. ¿Ha notado alguna diferencia en la distribución de la carga de trabajo de los profesionales de la salud debido a la implementación de servicios VIP en el SNIS?

Si

No

No sabe/No contesta

C3. ¿Cree que estos servicios mejoran la eficiencia en la atención y/o resultados económicos del centro en el que se desarrollan?

Si

No

No sabe/No contesta

C4. ¿Usted considera que debería ser consultado previamente a la participación en este tipo de atención preferencial?

Si

No

No sabe/No contesta

C5. ¿Cree pertinente poder negarse a participar de un servicio preferencial?

Si

No

No sabe/No contesta

C6. ¿La implementación de los servicios VIP puede generar algún cambio en la conducta médica debido a la presión del usuario o su familia ?

Si

No

No sabe/No contesta

LimeSurvey

B2. ¿Conoce la oferta de servicios en la modalidad VIP en al menos algún prestador integral de Salud del SNIS?

Si

No

No sabe/No contesta

B3. Marque los servicios que considera que se ofrecen en la modalidad VIP

Servicio de Habitación Privada

Menu a la Carta

Menor tiempo de espera para coordinación de estudios/cirugías

Menor tiempo de espera para consultas con especialistas

Mayor tiempo durante consulta

Prioridad al ingreso en Emergencia y servicio de Internación

Servicio de Farmacia Personalizada

Otros

B4. ¿Está en su conocimiento si existen protocolos institucionales a seguir al momento de atender a un paciente VIP?

*Esta pregunta hace referencia a un mecanismo institucionalizado que le hayan otorgado para que siga a la hora de atender a este tipo de pacientes.*

Si

No

No sabe/No contesta

B5. ¿Usted participa de la atención de usuarios VIP en alguno de sus lugares de trabajo?

Si

No

No sabe/No contesta

LimeSurvey

C7. ¿Cree que la implementación de los servicios VIP puede ser considerada un problema del SNIS en...?

Atencion

Gestion

Funcionamiento

No sabe/No contesta

C8. ¿Está de acuerdo que los servicios VIP incluyan prestaciones ofrecidas en el PIAS?

Si

No

No sabe/No contesta

C9. ¿Considera que la oferta de servicios VIP en el SNIS debería ser regulada?

Si

No

No sabe/No contesta

Le agradecemos por brindarnos su valioso tiempo para responder la encuesta.