

OCTUBRE DE 2002

¿Dónde estamos parados?

Vivimos casi imperceptiblemente la caída del sistema de atención médica que nosotros mismos contribuimos a crear en las décadas del 60 y 70 en el interior. Pero no cayó el concepto que lo fundó ni los principios que confluyeron para que el llamado "Mutualismo" se constituyera en el instrumento asistencial más importante de la última mitad del siglo XX en nuestro país.

La atención sanitaria uruguaya, basada en la solidaridad, no terminó con la crisis de este principio de milenio. No obstante la abrupta aparición de un país real descarnado y pobre nos coloca ante la circunstancia de reducir el sistema de salud a la escala que las posibilidades que hoy tienen los habitantes del interior del Uruguay.

Escuchamos con creciente ímpetu declaraciones de grupos partidarios, gremios y técnicos que cuando se plantean los problemas asistenciales, responden que la solución será la creación de un "sistema nacional de salud" o el establecimiento de "una política de estado" al respecto, como si el hecho de poner un título más o menos altisonante, operara como un bálsamo.

Es frecuente por otra parte que en los ámbitos federales se nos pregunte por qué la Federación no tiene un proyecto en ese sentido, olvidando que hay un Sistema FEMI que estamos desarrollando hace 30 años, más, esa es la razón por la que FEMT se fundó y creció hasta llegar a ser lo que hoy es. No otra es la causa por la que logramos rescatar recursos que antes terminaban indefectiblemente en la capital, y que nos permitieron multiplicar el número de médicos radicados, desarrollar plantas físicas, implantar tecnología, asistir el 95% de la patología en el interior, y llevar el estatus del profesional de la salud a un sitio digno.

Para ello fortalecimos un sistema descentralizado de asistencia, con cooperativas abiertas y transparentes, con presencia gremial contundente, y con una autoridad inviolada que eligen todos los médicos sin exclusiones.

Y por la misma razón en el año 93 comenzamos un camino diferente al del sector montevideano cuando logramos firmar nuestro propio laudo marcando una diferencia que incidió favorablemente en nuestro destino.

ALGUNOS DATOS A TENER EN CUENTA

En el interior vive el 60% de la población del país que se corresponde a la que tiene menor poder adquisitivo. Ese contingente está disperso en todo el territorio nacional, sin grandes urbes ni accidentes geográficos que alteren significativamente su paisaje. Sus habitantes están fuertemente urbanizados y si bien los modernos medios de transportes terrestres y las vías de tránsito han acercado Montevideo, es palpable un positivo sentimiento localista, que se incrementa en la misma medida que se incrementan los costos de traslado y sigue bajando el valor real de los salarios.

En el área de la asistencia médica esto es relevante, y explica por qué aún en medio de esta situación económica se mantienen afiliados más de 500.000 personas al sistema colectivo del interior. Adhesión sólo comparable en el campo de los servicios privados, al de la televisión por abonados. Pero si hacemos un

análisis de la estructura de esa población veremos que los afiliados estrictamente individuales (los que pagan la cuota directamente de su bolsillo) no superan la cuarta parte de la misma.

En ese interior por lo tanto, no es posible planificar otra forma de atención masiva que no sea la que se presta a las de ingresos medios, bajos y muy bajos. El futuro de cualquier sistema de asistencia generalizada que se planea deberá tener en cuenta esta realidad: si no hay adhesión de estos contingentes populares, no será posible su funcionamiento.

Para que esto sea así, es necesario bajar los costos del servicio, que es la forma de que los precios se pongan al alcance de la población a que hicimos referencia. Para ello un primer paso es el de aumentar la base de sustentación de la medicina colectivizada, llevando el número de afiliados al mismo a una duplicación del actual. Para lograr lo expresado deberá concertarse un camino que tiene dificultades para todos: para el cuerpo médico, para los funcionarios privados, para los públicos, para las empresas, para la población a atender y sobre todo para el propio Estado (entiéndase por tal el cuerpo político en tanto jerarca).

Debemos recordar en este punto que la caída del sector "mutual" arrastrará al Fondo Nacional de Recursos. En otras palabras, que la posibilidad de dar asistencia de alto costo a todos los uruguayos sin exclusiones será otra quimera nacional si no se incluye dentro de la cuota mutual integral.

La primera consecuencia resaltable de este nuevo escenario es la desaparición de los copagos (ticket y órdenes) con fines recaudatorios. A muy corto plazo las tasas moderadoras deberán volver a cumplir su función de reguladores del uso del sistema, por lo que tendrán un escaso monto acorde con ese fin.

Con respeto a la canasta de servicios, más que una limitación de la misma deberá haber un uso más adecuado de los recursos humanos y tecnológicos que existen en el interior, mediante la coordinación y la complementación de los mismos. Es evidente que el Cambio de Modelo Asistencial se va a tener que dar sin dilaciones. Prevalecerá la asistencia primaria y el primer nivel de atención. Los generalistas médicos y quirúrgicos, el médico de familia, la medicina rural, el epidemiólogo y el sanitarista, cobrarán valor en el esquema de atención y perderán espacios los superespecialistas y la alta tecnología. La atención de alto costo y que requiera grandes erogaciones va a tener que prestarse a toda la población con un ordenamiento local, regional y nacional que sea financiable para el nuevo orden.

El laudo médico y no médico tendrá que erigirse sobre conceptos más actualizados de organización, objetivos e incentivos laborales, acordes con la filosofía del nuevo sistema.



La propia Universidad y la Academia en general, deberán ponerse a la altura de las circunstancias y desde la magna posición que ostentan tendrán que focalizar doctrinariamente sus esfuerzos docentes investigativos hacia los objetivos de una asistencia masiva, popular y eficiente del más alto nivel posible.

OBJETIVOS POLÍTICOS SANITARIOS

Un cambio tan sustancial de un sector muy duro como es el de la asistencia, deberá tener un esquema organizativo que se basará en definiciones políticas que hasta la implantación de la crisis se han eludido. En esas definiciones el sustrato ideológico va a pesar y si no somos prácticos puede convertirse en un obstáculo que mantendría las incertidumbres y pospondría acciones ineluctables. Por eso más que configurar grandilocuentes discursos y pomposos mamotretos tecnocráticos, preferimos hacer una finta y proponer medidas concretas basadas en dos hechos incuestionables.

1) Una premisa para el interior es que cualquiera que sea el "sistema" que se proyecte, este deberá ser fuertemente **DESCENTRALIZADO** en el aspecto económico, técnico, político y educativo. Olvidarse de esto es despreciar la razón del crecimiento y el desarrollo de la atención médica del interior de los últimos 30 años. El centralismo es una constante en todos los proyectos de reorganización que conocemos, y por lo tanto ellos son absolutamente inviables en nuestro concepto.

2) Un segundo hecho absolutamente claro para nosotros es que los escenarios de Montevideo y del Interior, si bien tienen muchos puntos en común, tienen también otros muy **DIFERENTES** y por lo tanto las soluciones deben ser también distintas, sin que esto implique otra cosa que aprovechar la experiencia acumulada y utilizarla a favor de los cambios. Generalizar la respuesta capitalina a su crisis específica, no traería más que el debilitamiento de un servicio que aún es viable en el interior.

Sabemos que en un país donde todo se vino abajo, las propuestas de soluciones se multiplicaron. Además en un escenario político donde se prevé sustituciones de partidos en el poder estas posiciones se verán fortalecidas y ya estamos escuchando estructurados proyectos de Seguro Nacional de Salud a partir de modificaciones de orden fiscal e impositivo que recomponga el sistema solidario y equitativo - con lo que estamos de acuerdo - siempre y cuando no se violen las premisas que expusieramos más arriba y se transformen en un mecanismo centralizador de recursos que nos retrotraiga a antes de los 70 cuando éramos el patio trasero de la medicina montevideana. Cualquier sistema que se planifique deberá contar con nuestra participación en todos los niveles para que sea de recibo para la FEMI tanto gremial como asistencial.

Con esta aclaración preliminar, cobran valor otras medidas, algunas de las cuales fueron planteadas en el documento presentado al Presidente de la República:

Incorporar al sector de medicina colectiva integral, sin fines de lucro (las llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) incluidas en la ley 15181, población que hoy no pertenece a las mismas, por ejemplo: familiares de Afiliados por la Ex DISSE, y funcionarios del Estado no afiliados al sector. El ejemplo de la afiliación colectiva de los funcionarios de primaria podría ser un camino a estudiar. Pero hay otras propuestas como la que presentamos hace más de un año a las autoridades nacionales que titulamos **CONVENIO FEMT-ASSE**, por el cual se daba asistencia a la población de ASSE mediante un aporte mixto que permitiría el ingreso de gente joven al sistema, desgravaría al Estado, y mejoraría sensiblemente la calidad de atención y utilizaría y revitalizaría los recursos de Salud Pública.

En el interior por lo menos esto es posible en forma casi inmediata. Las formas de hacerlo pueden ser graduales, regionales, masivas, etc. Podría cruzarse la forma de integración con las franjas de población a

cubrir de acuerdo a criterios epidemiológicos y/o demográficos. El Estado que ha sido el mejor "cliente" que hemos tenido, se empobreció, y se va a pauperizar aún más, por lo tanto, tenemos que buscar formas de relacionamiento diferentes a la que hemos tenido hasta ahora. Pensamos que el "convenio FEMI-ASSE" que esbozamos antes puede ser una de esas formas, pero deberemos encontrar otras. En ese interior que avizoramos la coexistencia de los sectores públicos y privados tendrán una sola forma de sobrevivir y es conjugándose de la manera que proponemos u otra, pero habrá que establecer una forma de coordinación y complementación ordenada y racional, si queremos mantener un nivel de atención aceptable en el interior. En ese terreno la inversión en tecnología será un punto crucial, su adquisición su uso y su amortización va a tener que ser sumamente planificada y protocolizada. (Incluimos los medicamentos y el material de uso médico).

REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

La falta de recursos habrá imprescindible que los mismos deban provenir de un mucho mejor uso de los mismos, ya sean financieros, materiales y humanos.

Hablando en criollo vamos tener que "*hacer las morcillas con nuestra propia sangre*" La organización laboral que se plasmó en los laudos y que apuntaban a promover la patología capitalina del multiempleo, deberá ir dando paso a formas más genuinas de nuestro interior, tanto en los sectores médicos como no médicos. Mecanismos que exacerbaban el desarrollo del trabajador, normatice su carrera intrainstitucional, premie los valores que debe premiar, promueva su identificación con la organización, mejore su participación y fortalezca las conductas que optimicen su función y el servicio que presta a la comunidad a la que sirve. En el interior ya estamos poniendo en práctica una presencia médica de 6 horas por día para los generalistas, donde desarrollen actividades diversas como policlínica, sala, cirugía, APS, etc.; en un ambiente adecuado y con compromisos institucionales mas firmes. En esa línea las guardias de primera línea no deberán ser superiores a las 12 horas cuando la concentración de trabajo sea importante.

La educación médica permanente, la evaluación continua, el acceso a la información y a la difusión de la misma, deberán ser parte del cambio de cultura que el médico tendrá que aceptar y promover.

También habrá que informar a la población sobre niveles de asistencia de las propias IAMCs a las que puede acceder y dotarlo de formas de opción más ajustadas a la realidad, mediante sistemas de acreditación confiables.

Más allá de la reestructura del sector y de la implementación de un nuevo Sistema de Salud, cualquiera que este sea, los médicos agrupados en la FEMI, vamos a hacer valer esta realidad del interior, por que en ello se juega no solo el destino de la asistencia pública, sino la misma dignidad del trabajador de la salud que no pertenece al poder central. **Italo Moggi**