

FEMI, FEBRERO DE 2003

El Sistema Nacional de Salud y FEMI

Estamos asistiendo a una crisis nacional que hizo caer precipitadamente al sistema de asistencia privada de Montevideo e hizo que la viabilidad de todo al sector se pusiera en dudas, incluido el de nuestra federación en la medida que nuestro principal socio -el Estado- entró en cesación de pagos.



Dr. Italo Mogni

Como consecuencia resurgió la figura nominalista del Sistema Nacional de Salud como una solución casi milagrosa a las penurias sanitarias del país.

Las propuestas más concretas a las que hemos tenido acceso están sustentadas en principios absolutamente compartibles: aporte equitativo de acuerdo a ingresos, integridad del producto, universalidad, igualdad, valorización del riesgo, atenuación de las asimetrías, etc. A partir de esas premisas, se crearía una especie de superestructura que sería la gran recaudadora, administradora, y contratadora del sistema. La FEMI está de acuerdo en el cambio y apoya la definición de un SISTEMA NACIONAL DE SALUD, tal como lo aprobó en el Congreso de Maldonado (IMET, 1988).

Nos permitimos no obstante, marcar algunas posiciones que son importantes para el interior

En primer lugar debemos saber que ninguna solución va a yugular los problemas en un contexto de crisis, en la medida que los recursos que la sociedad dispondrá para la asistencia médica son muchísimo menores que hace un año. Aún manteniendo un 11% del PBI destinado a la salud, este monto en valores constantes se redujo brutalmente y no parece posible que ese porcentaje se incremente a corto o mediano plazo. Una mejora en la equidad del aporte de acuerdo a los ingresos, si bien es un objetivo largamente deseado, no es un camino fácil políticamente hablando y no asegura mayor disponibilidad de dinero en lo inmediato. Los proyectos presentados a la fecha prevén en principio la participación en el seguro de los actuales usuarios del sector llamado mutual, excluyendo los beneficiarios de ASSE, es decir los sectores más necesitados.

En la dura realidad uruguaya tendremos que afrontar una creciente demanda de servicios y un encarecimiento de los mismos con menos recursos de los que teníamos antes de la caída del sistema

financiero.

En ese sentido, el llamado *seguro nacional de salud* que se propone no puede percibirse como una solución mágica, ya que va tener menos posibilidades económicas financieras que el que tuvimos hasta ahora. Van a haber menos fuentes laborales y la masa salarial será sensiblemente menor. Sin embargo va a tener que prestar sus servicios con la más alta calidad e integralidad posible. El panorama general apunta a buscar respuestas en la rebaja salarial de los trabajadores del sistema y en la fragmentación de la oferta.

COROLARIO: el servicio de atención de la salud que tendremos, (cualquiera sea la estructura recaudatoria que se le otorgue) va a ser mucho más pobre que el que disfrutamos en el Uruguay que cayó.

-- La separación de los prestadores de los aseguradores implicará de por sí un riesgo en la medida que marcará la pérdida de nuestro rol recaudador y la dependencia de la superestructura a la que hacíamos referencia.

Como integrantes del interior le damos mucho valor al hecho de que el centralismo nos infringió (y nos infringe) y mucho nos tememos que el seguro nacional -tal como lo hemos visto descrito- sea un retorno al mismo. Perdido el papel de recaudación que nos otorgó el conocimiento del mercado desde la visión del prestador médico del servicio, podríamos perder un componente esencial del sistema FEMI, si no se encuentra la manera de preservar ese capital.

La estructura actual del sector hizo posible que en los últimos 20 años se lograra una descentralización técnica, administrativa y económica que le dio a la población radicada más allá de la capital, una calidad asistencial que hoy no está dispuesta a perder.

Al principio de los 80, bajo la presidencia del Dr. Gregorio Martire-

na, una comisión Técnica compuesta por los Drs. Long, Caputi, Chabot y Martínez realizaron un concienzudo y profundo relevamiento de la realidad de las instituciones que integran la FEMI, abarcando una exégesis que iba desde los recursos humanos, hasta los edificios, pasando por los tecnológicos y por la forma de propiedad de todos ellos.

De ese estudio surgió una realidad que se plasmó en una publicación que realizó la FEMI y que cuando la comparamos con la actualidad, nos damos perfecta cuenta del desarrollo que ha beneficiado la atención de los uruguayos que se asisten en el marco federal.

Este desarrollo basado en la correcta administración y en la descentralización transfirió sus aportes al sector público que se nutrió, y lo sigue haciendo, de los técnicos, especialistas, desarrollo tecnológico de todo tipo e infraestructura que implantó el sector cooperativo.

Nos debemos una actualización de ese esfuerzo que traduzca en números la vitalidad del sector FEMI, y nutra la escasa bibliografía que tiene el sistema de salud del interior en la esfera privada.

Esto no obsta para que quienes conocimos aquel escenario y participamos en el actual, no podamos aquilatar las abismales diferencias a favor del hoy.

La creación de una nueva estructura en la salud ("superintendencia" o lo que fuera), que actúe como un elemento centralizador, significará un retroceso de consecuencias impredecibles en la organización cooperativa del interior. La presencia de un órgano burocrático va a ser un nuevo costo a imponer al sector, y un centro de poder que - si se considera necesario - habrá que definir con precisión tanto en sus funciones como en su jurisdicción para que no sea solamente un instrumento más de la cúpula, o un competidor de los actuales controladores (MSP v.g.).

COROLARIO: por respeto a esa trayectoria, la organización gremial y asistencial del interior, deberá participar como tal en cualquier estructura que tenga como objetivo la prestación, administración y financiación de la atención sanitaria del país.

-- En nuestro interior, el acento en cualquier reforma lo ponemos en **la mejor distribución de los recursos en salud.**

La desigual implantación de RRHH y RRMM en el sector, entre la capital del país y su interior, se superpone a la brutal acumulación de los RRF en Montevideo.

Debemos terminar con un servicio de salud privilegiado en Montevideo con respecto al resto del territorio nacional.

Un paréntesis: en ese nuevo escenario en que se va a desarrollar el drama de la asistencia a la enfermedad, nuestro país va a tener que ser muy cauteloso y racional en el gasto. En consecuencia no pretendemos desconocer que habrá que palear con ponderación la inversión del sector, y en ese sentido la capital por muchas razones deberá seguir siendo un referente y es bueno que así sea. Pero esa referencia deberá obedecer a parámetros técnicos y asistenciales desvinculados de intereses corporativos. Deberá ser una referencia que apunte a la igualdad de oportunidades y de respuestas y no a lo opuesto.

COROLARIO: mejorar la distribución de los recursos y equilibrar en el plazo más breve posible la brecha a favor de la capital del país con respecto al interior, en lo atinente a inversión y "gasto" en salud

-- En lo que tiene que ver con la población que debería ingresar en el corto plazo al sistema solidario, deberá ser la que actualmente está a la que sume un alto porcentaje de la que hoy se asiste en ASSE - MSP.

En el interior casi el 70% de sus habitantes, sobretodo jóvenes y niños, se asiste en el sector público por variadas razones entre las que prevalece la situación socioeconómica, sin omitir el hecho de la asistencia en las IAMCS federales mediante los convenios FEMI - ASSE.

Este contingente tan numeroso debe ser incluido en la propuesta del nuevo sistema nacional, mejorando así su calidad asistencial y vigorizando el sistema solidario. Esto implica alguna definición de política de salud en el estamento partidario aún no resuelta, que a nuestro juicio debe ser previa o concomitante a las reformas fiscales y tributarias que necesita el sistema propuesto. Una definición necesaria: cuales son los roles y alcances del sector público y que posición sumará en este escenario el MSP y ASSE.

Esta inclusión poblacional supondría un cambio positivo en la relación del sector público con el privado, en el sentido de mutar el procedimiento de la compra de servicios por parte del estado, - lo que ha sido siempre motivo de conflictos de intereses y dificultades financieras -, por un mecanismo de integración, coordinación y complementación compatible con la transparencia y la equidad que todos reclaman.



COROLARIO: en el interior es necesario el inmediato ingreso de contingentes del sector público al sistema solidario, a los efectos de fortalecerlo como tal, de mejorar la calidad y de optimizar la utilización de los recursos.

-- Consideramos indispensable la consolidación del Sistema Solidario de Asistencia, que le ha dado al Uruguay standards envidiables de salud en relación a su capacidad productiva.

Esa solidaridad con respecto a la forma de aporte debe extenderse a todos los componentes inclusive el prestador.

Esto que reclamamos para el sistema, es hoy doctrina en la FEMI a partir de la decisión gremial de una salarización que fortalezca a la grey médica en su conjunto, como factor sustancial en la prestación de los servicios e indispensable para el cambio de modelo de atención.

Cualquiera sea el mecanismo de retribución que apliquemos siempre va haber injusticias, pero los médicos del interior por amplia mayoría, nos dimos el que rige a partir del 93, basado en el sueldo básico como unidad.

COROLARIO: en el marco de la crisis, la única forma por la que podrán mantenerse niveles de asistencia adecuados para toda la población es profundizando el concepto SOLIDARIO a los efectos que no sólo abarque al financiador sino también al prestador, debilitando el poder de los intereses particulares

En los tiempos que vienen deberemos redefinir con criterio político las funciones del Estado en todos los terrenos y entre ellos en el de la Asistencia Médica. Cual será en ese sentido el rol del M.S.P. en la atención, la prevención y la recuperación del enfermo y por otro lado como fortalecer sus tareas (a nuestro juicio fundamentales), de supervisor, controlador, normatizador y regulador del sector en su conjunto. El Estado deberá ser un garante de la calidad y eficiencia con que se presta el servicio como una forma de devolver la confiabilidad al sistema. **Es necesario que la función fiscalizadora del Ministerio se cumpla eficazmente, -e inclusive prevalezca sobre la prestadora-, en la medida que es ineluctable e intransferible como Estado.**

Esta página es exclusiva responsabilidad de FEMI

EL DIARIO MEDICO y EL CORREO

Su pago al Correo para la recepción de 10 ediciones

Nombres

Documento de Identidad

Profesión

Dirección Localidad

C.P Departamento

Teléfono

ALQUIER OFICINA DEL CORREO