

LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA Y EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Dr. Felipe Schelotto*

Fundamentos y antecedentes

1- La UDELAR y la atención de Salud de la población

Corresponde a la Universidad de la República (UDELAR), según su Ley Orgánica, la responsabilidad de contribuir al estudio y la comprensión de los asuntos vinculados al interés y el bienestar general de la población.

La Universidad, a través de diversos Servicios, se encuentra involucrada en la formación de técnicos y profesionales aptos para la atención de Salud. Desarrolla estas actividades en estrecha relación con la producción de conocimientos aplicables a las mis-

mas, tarea de investigación que constituye especial fortaleza universitaria, y también con la extensión y con las funciones de atención de Salud y asistencia, que contribuyen directamente al bienestar social y fundamentan la excelencia de la práctica formativa de estudiantes y posgrados.

La Universidad sostiene desde siempre una estrecha vinculación con el sector público de atención de Salud (sin dejar de aspirar a una combinación más estrecha con el ámbito privado o de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, (IAMC). La UDELAR aporta al sistema de Salud la extensa y calificada actividad del Hospital de Clínicas, los recursos docente-asistenciales integrados en

los hospitales Maciel, Pereira Rossell, Pasteur, Vilardebó, Saint Bois y otros en Montevideo y en el interior, los practicantes internos de diversos perfiles profesionales y los residentes en todo el país, los recursos humanos combinados con la Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y con servicios municipales en el primer nivel de atención, los servicios especializados de Odontología, Psicología, Enfermería, Medicina y otras contribuciones.

En términos económicos, la participación de la Universidad en el gasto nacional en Salud se aproxima a un 15% de lo que gasta ASSE, según cifras Cinve 2004, pero esta medida no incorpora el valor de los resultados de investigación ni de la tarea de enseñanza combinada con ese gasto en los distintos niveles de formación.

La población asistida en el Hospital de Clínicas solamente representa cerca de un 10% de la atendida por el sector público de Salud.

La Universidad de la República formalizó en 1998 su vinculación general con el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de un convenio marco interinstitucional de tono francamente positivo, que tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención de Salud en el país, la calidad de formación del personal de la Salud y la gestión de los servicios en general, promoviendo también el desarrollo de la investigación en Salud.

El convenio expresa los objetivos de:

-Consolidar la relación asistencial, docente y de investigación entre el MSP-ASSE y la UDELAR a través de la inserción de servicios docentes de ésta en las unidades ejecutoras de ASSE, en todos los niveles institucionales para optimizar su gestión.

-Instrumentar esta integración en el equipo gerencial de cada unidad ejecutora y promover la integración progresiva de los servicios docentes en otras unidades ejecutoras del MSP-ASSE. Instrumentar además la evaluación conjunta para el reconocimiento formal por la UDELAR de la función docente honoraria de los profesionales calificados de ASSE.

Además de este convenio general, existen múltiples convenios parciales referidos a los internados o prácticas preprofesionales, a las residencias médicas, a pasantías remuneradas, a servicios combinados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y otros centros de atención.

La UDELAR y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

En función de esta estrecha vinculación y combinación de tareas, la Universidad toma posición sobre el SNIS no como un actor externo, sino también considerando y aportando sobre su propia ubicación y su forma de trabajo en el sistema.

Los aportes que ha realizado y realiza la Universidad de la República al desarrollo del Sistema de Salud van más allá de lo ya mencionado.

A partir de sus centros especializados, sus técnicos calificados y sus organismos de cogobierno, ha contribuido a la formulación de múltiples propuestas de transformación y progreso del sistema, liderando junto a los gremios y los órdenes las iniciativas de construcción de un Sistema Nacional Único de Salud, un Seguro Nacional de Salud, un Servicio Nacional de Salud, iniciativas hoy recogidas por el sistema político en forma de proyectos de ley.

La Universidad como institución, los órdenes que la integran (estudiantes, egresados, docentes) y también sus trabajadores tienen una historia de décadas de elaboración y formulación de propuestas en pro de un Servicio o Sistema Nacional de Salud.

La Universidad y el Hospital de Clínicas han sido la cuna y sede del desarrollo de los mejores servicios especializados de atención de Salud con que cuenta el país (CTI, trasplantes, diálisis, cirugía cardíaca, neurocirugía, quemados, etc.).

Es también patrimonio cultural de nuestros servicios la defensa y el estímulo de la estrategia de Atención Primaria de Salud y del primer nivel de atención como la base de la construcción de un sistema de Salud de acceso sencillo y universal para las

personas, las familias y los grupos sociales, de costo racional y de plena efectividad en su función de protección, promoción y conservación de la salud individual y colectiva, con un enfoque preventivo de la enfermedad.

Opinión y posición general sobre la construcción del SNIS

En razón de estos antecedentes, la posición general universitaria es de franco apoyo a la construcción del SNIS.

En la interna del organismo y en sus órdenes hay matices de opinión en cuanto al carácter predominantemente público o al carácter combinado e integrado público-privado que debe tener el sistema. Pero estos puntos de vista diversos no invalidan la posición general favorable ya señalada, que fue primero expresada formalmente por el Consejo de Medicina a comienzos de 2007.

La ley de SNIS reafirma el derecho de todos los habitantes del país al cuidado y promoción de su salud en forma igualitaria, e instrumenta el modo de satisfacer esa necesidad.

Entendemos apropiada la norma en sus tres componentes principales:

1. El cambio en el modelo de atención, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud y desarrollo especial del primer nivel de atención. En tal sentido, estamos dis-

puestos a acordar con el MSP y el Sistema de Salud el proyecto de Instituto de Atención Primaria de Salud que apoyará la formación de pregrado de diversos profesionales de la Salud con acento en las competencias de trabajo en el primer nivel, la formación de posgrado en Salud Familiar y Comunitaria, y el desarrollo integrado del primer nivel de atención del sistema.

2. La financiación del sistema a través de un mecanismo de Seguro Nacional de Salud y la creación de un fondo unificado que recoge los diversos aportes.

3. La racionalización organizativa, de contenidos y programas, estableciendo prestaciones uniformes y apropiadas, optimización de recursos sin duplicaciones y coordinación apropiada de los distintos niveles de atención.

Observaciones concretas sobre la ley de creación del SNIS

(El texto de la ley está disponible en la página web del MSP, <http://www.msp.gub.uy> y las opiniones y propuestas de la Facultad de Medicina pueden ser consultadas en su sitio <http://www.fmed.edu.uy>)

Entendemos que la ley considera y organiza especialmente la función asistencial del sistema, pero no contempla debidamente las actividades de investigación y la necesaria con-

tribución a la formación de recursos humanos en Salud. No es función del sistema conducir esta formación, que es competencia académica de la Universidad, pero sí debe prever el apoyo y el sostén a esta tarea. La incorporación de la enseñanza-aprendizaje en los servicios de Salud produce siempre, además, un efecto positivo sobre el nivel y la calidad de atención.

En el artículo 4º (Objetivos) del proyecto de ley de Servicio Nacional Integrado de Salud y en el artículo 5º (competencias del MSP) propusimos al Poder Ejecutivo y al Parlamento incluir como inciso adicional el objetivo de **“Contribuir a la formación y a la actualización de Recursos Humanos en Salud”** (o redacción equivalente). La propuesta no fue contemplada, probablemente porque buena parte del proceso de elaboración sobre la ley se concentró en temas económicos.

De modo más amplio, entendemos que falta en la ley una alusión explícita a los técnicos y funcionarios que integran el sistema. En consecuencia, propusimos incluir en el lugar apropiado (artículo 3º, 4º o 5º) la disposición de:

- El ingreso por concurso de los técnicos y funcionarios, y la racionalización de sus condiciones de trabajo.
- La contribución a la formación de técnicos y profesionales en Salud y a la capacitación continua de los mismos y de todos los funcionarios.

- El respeto a la independencia técnica de los profesionales, y la protección institucional a su labor en tanto responda a las normas de trabajo establecidas.

Considerando las disposiciones del artículo 5º relativas a las potestades del MSP para registro, control y validación de servicios y prestaciones, entendemos que pueden ser compatibles con la participación plena del componente universitario del sistema (Hospital de Clínicas, docentes en ASSE, facultades y servicios), si se acuerda el natural respeto a la autonomía universitaria y el reconocimiento en contraparte de la autoridad sanitaria.

A propósito del artículo 6º, se debe tener en cuenta el especial aporte que puede realizar la Universidad a la evaluación y validación de tecnología incorporable.

En el artículo 11º consideramos que se incluye al Hospital de Clínicas, los docentes que desempeñan trabajos combinados de docencia, asistencia, investigación y extensión en ASSE, y los servicios de la UDELAR en general como parte del prestador integral público incorporable al sistema.

En los servicios combinados de ASSE propendemos de modo definido a instrumentar la combinación de las funciones docente-asistenciales en equipos de recursos humanos de

extensa dedicación con contratos de alta calidad, complementación de funciones y remuneración adicional por actividad asistencial.

Como parte del prestador integral público de Salud, el hospital continuará aportando su actividad en el segundo nivel de atención como hospital general, en policlínica, en emergencia, y desarrollando en particular sus servicios especializados de tercer nivel. Corresponde que tenga una población asignada y un ingreso económico concordante a partir del sistema de Salud, con ponderación para su adjudicación del nivel de excelencia y especialización de su aporte. Mantener este rol permitiría al Hospital de Clínicas (HC) sostener integralmente su carácter de Hospital Universitario, con sus servicios de medicina, de cirugía general, de diversas especialidades como psiquiatría, neurología, cardiología, dermatología, nefrología, endocrinología, fisiatría, etc., sus actividades de enseñanza-aprendizaje de pregrado y posgrado y sus acciones combinadas de investigación y extensión de modo pleno.

El primer nivel de atención no es competencia del HC, pero sí de la Universidad, que contribuye a su desarrollo y su trabajo desde Odontología, Medicina, Enfermería, Psicología y otros servicios en combinación con ASSE, intendencias y otros organismos públicos y privados, formando

en parte allí sus profesionales y técnicos. Desde este nivel serán referidos al HC los pacientes que lo requieran.

Sería del mismo modo deseable que el artículo 8° de la ley del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) sea interpretado en el sentido de destinar el excedente potencial que menciona a la financiación de **ASSE y servicios coordinados como el HC**, para complementar los ingresos acordados por presupuesto universitario, por población a cargo y por servicios de alta tecnología.

Según el artículo 12°, entendemos que es posible incorporar en los servicios universitarios de Salud organismos representativos de trabajadores y usuarios.

Estamos en situación de organizar los convenios y acuerdos de gestión a suscribir por la Universidad en vinculación con el sistema, los cuales deberán hacerse con ASSE, con la Junta Nacional del sistema, o con ambos. Ellos deben referirse a los aportes específicos múltiples de la Universidad en la producción de conocimientos, la asistencia y la formación de profesionales y técnicos; al rol del Hospital Universitario y de los servicios combinados en el sector público y las IAMC, y a otros aspectos de interés común.

Artículo 25°. Es conveniente la participación de la Universidad en la organización y la dirección del sistema. Uno o más de los integrantes de

la Junta deben ser profesionales de la Salud con formación específica de nivel superior; todo esto puede organizarse pese a que la norma no ha recogido nuestras sugerencias.

Artículo 55° y siguientes: financiación.

Es punto crucial de la construcción del sistema y ha sido punto de especial elaboración en el proceso de discusión de la norma. Entendemos, según examen comparativo con la ley de Fonasa, que es componente fundamental de la ley de SNIS y su reglamentación la definición del aporte que corresponderá efectivamente a cada trabajador público, privado o beneficiario no asalariado del sistema, de los grupos sociales a los que alcanza el sistema, del cambio de condiciones de inclusión de otros sectores como los propios universitarios, de los tiempos de incorporación de todos, y de los derechos de cobertura familiar y prestaciones que derivan de tal incorporación.

Artículo adicional. En vinculación con los aspectos de financiación de actividades y prestaciones, el Consejo Directivo Central universitario, a iniciativa de la Mesa del área Salud, propuso sin éxito agregar el siguiente artículo:

“De acuerdo a lo aconsejado por la Organización Mundial de la Salud, el SNIS destinará un porcentaje del Fonasa a la financiación de la investigación científica en Salud”.

Se entiende que el desarrollo de la investigación es necesario para enriquecer la construcción y la actividad calificada del sistema.

Artículo 73º. No nos oponemos a la formulación que contiene este artículo, pero señalamos que existen opiniones diversas acerca de la pertinencia o alcances de la autonomía administrativa que se sostiene para el Fondo Nacional de Recursos (FNR).

En el período de transición y construcción del SNIS es fundamental sostener y proteger las instituciones prestadoras de Salud con dificultades económicas, y en particular las de carácter público que no cuentan con financiación propia. Se reconocen los avances producidos en este sentido, pero expresamos la necesidad de sostenerlos y de evitar la consolidación de una redistribución desigual de la población a asistir en función del distinto nivel de desarrollo o actualización de las instituciones.

En suma:

Celebramos la iniciativa de construcción de un SNIS basado en el reconocimiento de la Salud como un derecho humano esencial e imprescindible para el ejercicio de otros derechos.

Como institución formadora de recursos humanos de nivel terciario, reconocemos en todos los servicios del SNIS un ámbito natural de desarrollo del proceso enseñanza - apren-

dizaje, que acerca al futuro profesional a nuestra realidad social. Estas aulas potenciales, que son también campo útil de producción de conocimientos, requieren de una especial integración y reconocimiento de los servicios docentes de la UDELAR en el SNIS, con el subsiguiente beneficio para los profesionales y técnicos de los efectores de Salud y de la UDELAR, pero principalmente de la población en general.

Los pasos cumplidos por la Facultad de Medicina en el camino del SNIS

Las posiciones que ha tomado y los cambios que ha emprendido la Facultad en los últimos años tienen su origen en decisiones racionales, soberanas y autónomas de sus organismos de cogobierno, y no responden a presiones de ningún tipo, a concordancias acrílicas, o a discordancias superficiales sin fundamento con los responsables del sistema de Salud.

El compromiso asumido con la sociedad supone la formación de todos los profesionales y técnicos que la población requiere con el nivel, la orientación y la calidad que sus necesidades imponen.

Hemos mantenido el ingreso abierto a la carrera de Medicina, buscando sostener una formación de numerosos profesionales, para compensar la sangría sin hemostasis de la nu-

merosa emigración originada en las pésimas condiciones de trabajo imperantes hasta hoy en el medio. Más aún, ha sido nuestro objetivo que el rendimiento formativo progrese por reducción de la duración artificial de la carrera y del abandono sin graduación cumplida. La articulación con otros perfiles formativos dentro de la Facultad (Tecnología, Parteras, Nutrición) y fuera de ella, permitirá la reorientación de los grupos estudiantiles de acuerdo a sus afinidades consientes y a las necesidades sociales.

La meta trazada por el Consejo de Facultad consiste en extender el ingreso abierto, de modo progresivo, a la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, que conduce 18 perfiles formativos en Montevideo y Paysandú, sostenerlo en Nutrición y en Obstetricia (Montevideo y Paysandú) y ampliarlo en la formación de especialistas extendiendo el régimen de residencias. En este último renglón el objetivo es brindar, en combinación con el sistema de Salud, posiciones formativas en régimen de residencias a todos los egresados, produciendo en 2008 un incremento mínimo de 50%: de 220 a 330 plazas de concurso.

Un paso adelante de importancia en la vía de optimizar la formación médica fue la implementación del **plan de mejoras** comprometido con el mecanismo experimental de **acreditación Mercosur** de carreras de Medicina (MEXA). Su puesta en

práctica, que requiere aún esfuerzos renovados y sostenidos, permitió en mayo de 2007 acceder a la acreditación regional de la carrera. La acreditación es renovable por quinquenios y supone evaluación permanente.

El plan de mejoras en práctica consiste en la definición precisa del perfil del egresado en términos de competencias, el énfasis de formación en el primer nivel de atención y en la comunidad, la incorporación precoz de herramientas de lenguaje, informática, metodología de la investigación, bioética, apropiada relación con el paciente y comunicación interpersonal en general.

Supone también la mejora de la capacidad docente de la Facultad en relación con la carrera de Medicina mediante ampliación de la dedicación docente, desarrollo de las actividades prácticas, extensión de los campos de aprendizaje a nuevos ámbitos del sistema de Salud, con particular interés en el interior, integración de actividades básicas y clínicas, jerarquización de las actividades grupales y de autoaprendizaje, implementación de laboratorios de habilidades clínicas para contribuir a esos objetivos y a la optimización de la relación docente-estudiante y estudiante-paciente en los ciclos avanzados.

Requiere la vigilancia y el apoyo a la prosecución académica de cada estudiante, la evaluación de todas las actividades de enseñanza-aprendizaje

a partir de la definición detallada de objetivos de aprendizaje en cada curso y ciclo, la oferta de caminos alternativos, títulos intermedios, cursos electivos y actividades de extensión; la sistemática evaluación de los docentes y la formación concordante de los mismos, la aplicación organizada de la evaluación continua estudiantil, con revisión y optimización de los exámenes de evaluación sumativa.

La actualización planteada conlleva imprescindibles avances en el acceso a la información y la bibliografía (Internet, Biblioteca, Oficina del Libro), el progreso en informática, comunicación, administración de la enseñanza y gestión administrativa en general, la mejora de la planta física, **la incorporación de recursos económicos importantes** (que ha contado con la comprensión y el apoyo universitario posibles) y el cambio del plan de estudios.

El nuevo plan de estudios 2008 ha sido votado por el Claustro de Facultad y debe ser aprobado por el Consejo de Facultad y de la Universidad para habilitar su aplicación temprana. Incorpora los principios y objetivos recogidos en el plan de mejoras. Organiza un currículum de siete años en tres etapas (Bases de la Medicina Comunitaria; Medicina General Integral; Internado) con un título intermedio de Técnico en promoción de salud y prevención de enfermedades, y un abordaje precoz de

las personas, las familias y los grupos sociales involucrados en el proceso salud-enfermedad, con interacción básico-clínica.

En el camino de implementación del plan de mejoras y del nuevo plan de estudios, la Facultad ha incorporado la práctica comunitaria en todos los cursos, ha consolidado el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y ha encaminado la construcción del propuesto Instituto de Atención Primaria de Salud, que requiere el esfuerzo universitario colectivo y la interacción eficaz con organismos efectores de atención de Salud.

La consolidación del aporte de la Facultad al nuevo SNIS requiere la incorporación plena del Hospital de Clínicas y de los servicios universitarios vinculados con ASSE y otros organismos. La propuesta que estamos presentando consiste en producirla mediante la jerarquización de núcleos docentes de extensa dedicación a todas sus funciones, con **contratos de alta calidad** docente y asistencial, en especial para los más jóvenes de nivel 2 y 3, con complementación salarial a cargo del sistema por actividad asistencial para equiparar los sumergidos salarios docentes, y con dedicación exclusiva de los encargados de servicios especializados que el sistema prioriza para su radicación en el área pública.

Los desafíos de la transformación son de enorme magnitud a nivel universitario, en concordancia con la relevancia de los cambios que se operan a nivel social y del sistema de Salud. La participación consciente y constructiva de todos los órdenes que

constituyen el demos de la Facultad (estudiantes, egresados, docentes, y también de los funcionarios) es fundamental para su éxito.

***Decano de la Facultad de Medicina**