

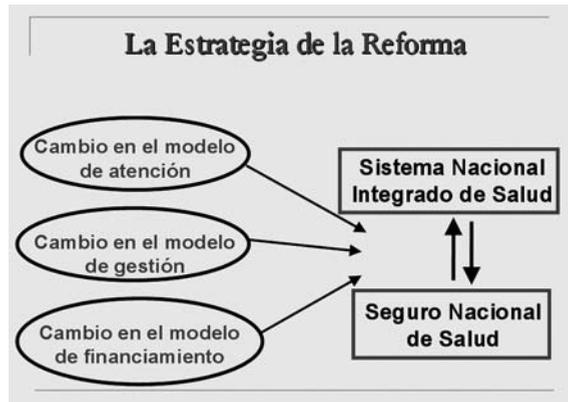
EL SNIS VISTO DESDE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Jorge Basso*

En Uruguay se está procesando una reforma sanitaria, resultado de la acumulación histórica de propuestas de un conjunto de organizaciones gremiales, sociales y políticas y personalidades de nuestro país, que se plasma en un proyecto concreto, votado y aprobado por el Parlamento Nacional y que se viene ejecutando

desde el gobierno. Esta reforma, que como toda reforma se construye progresivamente, por etapas, se llama Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este SNIS se financia a través de la creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS) y está conducida por el Ministerio de Salud como autoridad sanitaria.





El diseño de la reforma implica que los múltiples prestadores integrales públicos y privados (49 en total si todo el subsector público constituye uno de ellos) comienzan un proceso de complementación, coordinación e integración asistencial en todo el territorio nacional, que supere la visión fragmentada, ineficiente y asistemática de ese cúmulo de instituciones. Estas venían funcionando, en el caso del subsector privado, con una lógica exclusiva de competencia por captar usuarios, y, en el caso del subsector público, también con múltiples instituciones con fuertes inequidades entre las mismas. Esa realidad tenía como resultados (resulta) indicadores sanitarios insuficientes, altos costos para los habitantes, brechas e inequidades en términos de prestaciones, calidad de atención, costos para los usuarios, condiciones de trabajo y

remuneraciones de los equipos de salud, generando insatisfacciones crecientes para un importante sector de la población.

Ese proceso de integración asistencial, además, debe basarse en una gestión clínica distinta, que articule el modelo asistencial con la realidad epidemiológica del país, la cual, por presentar una alta carga de enfermedades crónicas con base a factores de riesgo, vinculadas a comportamientos no saludables a modificar, requiere una apuesta al cambio del modelo de atención. El mismo supone el concepto de atención integral (promoción, protección, asistencia y rehabilitación) con fuerte énfasis en actividades de educación y promoción de salud en el marco de un fuerte desarrollo del primer nivel de atención. En el mismo, se plantea el trabajo con los clásicos Programas de Atención que permiten continuidad y segui-

miento a lo largo del tiempo con la población identificada en cada uno de ellos, con un equipo básico de salud responsable de modo que cada habitante y/o familia pueda identificar cuál es su médico generalista o de familia tratante.

Para que lo anterior no quede solamente en buenas intenciones, el diseño de la reforma supone un conjunto de normas a las cuales las instituciones de salud deban referirse (nueva normativa en materia de habilitaciones publicada en la página web del MSP (www.msp.gub.uy), un sistema potente de inspecciones para controlar su cumplimiento y un financiamiento funcional a los objetivos sanitarios del SNIS.

En ese sentido, la Junta Nacional de Salud (JUNASA), administradora del SNIS, encomienda al Banco de Previsión Social, administrador del Fondo Nacional de Salud, que pague a cada una de las instituciones de atención integral que componen el SNIS, una cuota salud por cada usuario en función de la edad y sexo de los mismos (pago por riesgo) y un plus de dinero vinculado al cumplimiento de metas asistenciales (pago por performance). Este pago por performance, que actualmente conforma un 6% del valor total de la cuota salud y que irá incrementándose hasta el 10% de la misma,

determina que las instituciones deban demostrar a través de información, que trimestralmente deben remitir al MSP y que éste verifica en terreno, su desempeño en el desarrollo de programas y actividades que conforman objetivos sanitarios. En el momento actual los indicadores, que están siendo monitoreados desde la JUNASA y que conforman las metas asistenciales, se vinculan a los Programas de Atención al Niño y a la Mujer y Género.

A partir del próximo año, se incorporará a las metas asistenciales la capacitación continua a todo el personal de salud, médico y no médico, jerarquizando al personal que trabaja en el primer nivel de atención.

Se plantea que todos los prestadores de atención integral, y por tanto componentes del SNIS financiados por el SNS, deban diseñar guías y protocolos de atención institucionales vinculados a las patologías prevalentes, capacitando al equipo de salud en su conocimiento y aplicabilidad, y lo que constituye la mayor dificultad en trabajar con este esquema, controlar su cumplimiento y actuar en consecuencia. Las instituciones deben capacitar a todo el equipo de salud en temas identificados por la autoridad sanitaria como sustantivos a los objetivos sanitarios de la reforma: guías

y protocolos de atención integral de patologías prevalentes, relación equipo de salud-paciente, calidad en los registros médicos, bioética y calidad de atención. Todos temas identificados desde siempre como trascendentes.

Asimismo, ya se ha informado en el Consejo Consultivo para los Cambios (ámbito que convoca periódicamente la ministra de Salud Pública a prestadores, a instituciones formadoras y a gremios médicos y no médicos), que se incorporarán metas territoriales además de las institucionales, de modo tal que todas las instituciones ganen o todas pierdan si en ese territorio, donde comparten responsabilidades de atención, los indicadores de salud alcanzan o no las metas acordadas. Esto implica que las instituciones no solo piensen en su propio desempeño para con sus usuarios, sino que en algunos temas sustantivos también les interese cuál es el desempeño de las demás, de forma que su mirada abarque una mirada integradora desde el punto de vista asistencial. Hay estímulos en ese sentido.

Política de RRHH en salud. En la construcción de un verdadero Ministerio de Salud, como parte de sus funciones esenciales, se ha venido construyendo un Observatorio de Recursos Humanos.

Para ello comenzó un proceso de informatización del registro de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud —el mismo ha venido generando un sistema informatizado del registro de los mismos— y se está a pocas semanas de comenzar el Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud.

Lo anterior viene a dar respuesta a una situación irregular que tiene que ver con la falta de registros actualizados e informatizados del principal capital que tiene el país en materia de salud: los trabajadores del sector que conforman el 4% de la PEA según la Encuesta Continua de Hogares (2006). Contar con información actualizada permitirá adoptar acciones que orienten al sector tanto en el proceso de formación como en el de capacitación en servicio en el sentido de la reforma.

Es por ello responsabilidad de la autoridad sanitaria, en cuanto a recursos humanos, definir con precisión qué tipo, qué cantidad y para qué lugares geográficos se deben formar recursos en salud. **Lo anterior no sustituye los esfuerzos y avances que desde las instituciones formadoras, particularmente desde la Universidad de la República, donde desde las distintas Facultades y sus Escuelas de postgrados vienen procesando en término de nuevos planes de**

estudio, reforma de los planes anteriores, creación institucional de ámbitos de discusión y propuesta, actividades de reperfilamiento y desarrollo profesional continuo.

Superar la mera función de Registro de Profesionales que intentaba hacer el viejo Ministerio, que además lo hacía en forma parcial e incompleta, incorporando definiciones de políticas en materia de RRHH en salud, con información calificada para evaluar en forma dinámica las denominadas migraciones internas y externas de los mismos, como parte de una apuesta a que los objetivos del sistema tenga como soporte recursos que le den viabilidad y sostenibilidad.

Identificar las necesidades en materia de RRHH en salud y conocer los componentes de su formación y capacitación continua son responsabilidades inexcusables del Ministerio, en el marco del propósito general de garantizar a la ciudadanía cambios que se concreten en términos de mejor calidad de atención a la salud.

En este momento el MSP está abocado a promover la capacitación continua de aproximadamente 3.000 médicos del sector. Médicos que fundamentalmente trabajan en el primer nivel de atención, y que solo algunos de ellos están o han estado vinculados a activida-

des de capacitación continua desde las instituciones de salud donde trabajan.

Esta actividad, que se suma a otras que con el mismo objetivo se han venido desarrollando, apunta a comenzar a generar pasos concretos desde el SNIS en un objetivo sistemático de garantizar una oferta universal y accesible, con el sustento académico imprescindible y que permita estimular, facilitar, orientar, coordinar, evaluar y acreditar las actividades de capacitación para su desarrollo profesional continuo.

Conocemos los importantes trabajos que desde la Escuela de Graduados, desde el propio SMU, y desde un conjunto de prestadores, se han venido construyendo, y parece fundamental incorporar y sistematizar esta preocupación. Este proceso debe ser amigable a los profesionales, pero a la vez debe dar señales muy claras en torno a que es imposible soslayarlo. Es impensable construir una reforma sanitaria que excluya este tema, que no se ocupe y preocupe de la formación de los profesionales en la misma dirección y orientación que pautan los objetivos sanitarios del SNIS.

La preocupación en la formación de los RRHH en salud debe incorporar a los demás integrantes del equipo de salud, por ejemplo en

lo que se refiere a las especialidades médicas. En este tema estamos involucrados, junto a la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, en un proceso de ampliación de la formación de todas las especialidades médicas a través del sistema de Residencias, incorporando al conjunto de las especialidades y no de algunas, lo cual supone dar como válido, idóneo y ajustado a la evidencia internacional de un espacio de práctica en la formación desde los servicios del conjunto de los profesionales médicos. Esto supone más recursos, más cargos y más instituciones de salud vinculadas a integrar a los residentes en medicina que cursan postgrados en la Escuela de Graduados.

Esto supone también comenzar a hacer coincidir el número de graduados a formar con las necesidades del SNIS pensando en todo el territorio nacional.

El MSP, entonces, debe involucrarse más en estos temas, no puede prescindir de tomar definiciones, las cuales por supuesto son impensables fuera de un escenario de discusión y vinculación con todos los actores del sistema. Y como en todos los temas, los actores están conformados por toda los habitantes del país, apostando a que la población se involucre en esta temática porque, en definitiva, sus necesidades son las que deben sa-

tisfacerse y por las cuales sostiene como sociedad a las instituciones públicas que deben dar cuenta y rendir cuenta, en el concepto más amplio del término.

Para que esto tampoco quede en un planteo genérico, inabarcable y por tanto sin identificar responsabilidades, el SNIS se construye desde el involucramiento y la participación de todos los actores y no sólo de algunos. Estamos en tiempos de cambio, los mismos generan debates, conflictos y opinión pública que se expresa, con todas las implicancias que esto supone. Es fundamental ampliar y mejorar la información con que cuenta la población, la sociedad y las corporaciones más comprometidas con estos temas, para que el debate y la discusión, que es impensable que no se dé, tenga como respaldo toda la realidad y no solamente una parte de ella. Es parte de la responsabilidad de todos estar a la altura de las circunstancias, para que este proceso se concrete con el mayor consenso posible, con el objetivo último de que la salud sea un derecho garantizado por el Estado a través de un SNIS eficiente.

***Médico. Director General de la Salud del Ministerio de Salud Pública**