

Documento elaborado por el Sindicato Médico Del Uruguay tras el encuentro

Declaración de Solís II

Tras un largo período de discusión y estudio el gremio médico reunido en la Colonia de Vacaciones del SMU en Solís elaboró la presente declaración, la cual ha sido difundida por distintos medios. Por considerar de sumo interés la resolución la publicamos íntegra en este número de Noticias.

LA EMERGENCIA FINANCIERA ACTUAL

Toda esperanza de un futuro mejor para la Salud en Uruguay confronta primero e inmediatamente la impostergable reanimación de las instituciones de asistencia médica colectiva y del subsector público, desasistidos de adecuado auxilio estatal y codiciados por las agencias del capital financiero internacional –las aseguradoras de riesgo multinacionales– cuya presa es el importante gasto que la sociedad uruguaya destina al sector: más de 2.000 millones de dólares anuales.

Debido a ello exigimos la inmediata implementación de un conjunto de medidas para superar la emergencia financiera del mutualismo, incluyendo créditos puente de fuente estatal hasta la percepción del préstamo del BID, compensación de deudas en las situaciones en que el Estado es a la vez acreedor y deudor, devolución parcial del Impuesto Específico a la Salud, gestiones ante los proveedores de medicamentos y la inmediata adopción de una parámetro de ajuste de la cuota mutual basada en los verdaderos componentes de su costo. Debe racionalizarse el sistema regulatorio del mutualismo, hipertrofiado y errático en materia de ingresos, pero permisivo en el rubro egresos –abonando el abuso por parte de proveedores que cuentan con un alto poder para determinar al mercado.

Transcurre una etapa inéditamente vulnerable del Sector Salud que en gran medida depende –y se inscribe– en la crisis general de la economía nacional y regional, la cual por arrastre ha llevado al cuestionamiento de los esquemas ideológicos, valores y prototipos del ilusorio libre mercado pregonado en la última década, y que nos ha conducido a una también inédita polarización social, potencialmente explosiva, ante la que se impone un golpe de timón salvador del destino nacional. Nuestra responsabilidad actual se inserta en el contexto diagnosticado y se canalizará en proyectos concretos para el Sector Salud. La lucidez respecto al contexto y



Un aspecto de la sesión plenaria en la que se debatieron temas de gran importancia para el gremio médico

la factibilidad respecto al Sector mensurarán la calidad de nuestra participación en esta instancia, verdaderamente histórica, de la vida del país.

LA DECISIVA INFLUENCIA DEL MODELO ASISTENCIAL

Nuestro actual modelo es definidamente curativo –gastando más que los preventivos– y superespecializado –destinando al pago de acciones diversificadas e inconexas montos muy superiores a los que demandan las acciones de atención integral– sin lograr por ello mayor satisfacción de los usuarios sino todo lo contrario; aparece como resultante de determinantes de mercado, en desmedro de las prioridades de atención de la Salud.

Esta realidad y la concepción ideológica que la sustenta han completado su crisis, desnudando que más allá de ineficiencias de gestión –que

son innegables– ha caducado el régimen individualista y mercantilista de la Salud.

Llegados al extremo actual comprobamos el estancamiento de los principales indicadores sanitarios y el desajuste de ese modelo respecto al perfil demográfico y epidemiológico del país. Esto nos alarma, dado su dramático contraste con el importante esfuerzo que la población realiza para financiar al Sector, y nos conduce a priorizar, en el vértice de nuestras propuestas, el cambio de modelo.

Esto debe traducirse en proyectos de factibilidad inmediata, en consonancia con lo perentorio de los problemas; pero conduce, coherentemente, a enfocar hacia el mediano plazo la formación de los recursos humanos médicos –desde la etapa del pregrado hasta la de educación médica continua– acordes a las necesidades del nuevo modelo, que son las de la sociedad.

Debe plasmarse, desde el corto al largo plazo, la concepción de la Salud como un fenómeno



El presidente del SMU, Dr. Barrett Díaz, y el secretario, Dr. Ignacio Lezama, presidiendo la reunión plenaria en la Colonia de Vacaciones de Solís

dinámico, integrador de varios procesos sociales –productivos, de servicios y culturales: empleo, alimentación, vivienda, saneamiento, cobertura de Seguridad Social, entre otros– además de la estructura de servicios médicos.

QUÉ Y CÓMO CAMBIAR

Una adecuada ponderación del momento, signado por urgencias ya reseñadas y merecedoras de respuestas inmediatas, así como por la necesidad de marcar un Norte estratégico hacia el cual enfilar una gran diversidad de acciones, nos lleva a definir la actual entrada a una etapa de aprobación de políticas y proyectos concretos de modificación del modelo asistencial –incluyendo sus prioridades sanitarias, organizacionales y de recursos humanos, así como sus modalidades de financiamiento. Somos sensibles y cautelosos en cuanto a no formular planes acabados y detallados sin haber aún tomado contacto y consultado a otros actores, del Sector y de la Sociedad toda, sobre una serie de aspectos que los involucran y afectan tanto como a nosotros. Con esto va dicho que tales contactos y consultas son en sí mismos también prioridades.

Como definió el Encuentro de Solís I, apuntamos a un modelo de prestaciones integrales, de orientación preventiva, con énfasis en el primer nivel de atención, sin fines de lucro, que gradualmente elevará y emparejará la calidad de todas sus unidades prestadoras, dando cobertura a la totalidad de la población del país, constituyendo un **SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD**. Debe

representar la institucionalización de un derecho constitucional, la Salud, que deberá sin dilaciones estamparse explícitamente en la Carta Magna.

Asimismo –comprobando la inconveniencia e ineficacia del sistema actual, segmentado en áreas pública y privada, y multifragmentado dentro de cada una, con superposiciones e incoordinaciones, pero sin impedir la existencia de población carente de cobertura– apuntamos a un sistema más sencillo, ordenado y eficiente, que integre y articule coordinadamente a todos los efectores, públicos y privados, con extensión nacional. De esto se deriva nuestro empeño en preservar toda la infraestructura actualmente instalada para coordinarla, enfatizando las funciones más eficientes en cada área, destacándose la experiencia y facilidades de las estructuras públicas para el desarrollo de los planes de salud globales –de alto impacto en la población general– en tanto el subsector de las IAMC se ajustaría mejor a las acciones y proyectos de atención individual (introduciéndole previamente reconversiones que mejoren su gestión con especial énfasis en el primer nivel de atención y los mecanismos de referencia y contra referencia).

Por lo demás el nuevo modelo ha de conservar y perfeccionar valores y principios básicos, históricos, de la mejor tradición nacional: sistema sin fines de lucro, de atención integral, cobertura universal, y financiación solidaria. El perfeccionamiento lo concebimos relativo al tránsito hacia situaciones de creciente equidad, llegando a que todas las familias aporten a la salud proporcionalmente a sus ingresos.

EL SEGURO NACIONAL DE SALUD

El total recaudado a escala nacional con este seguro obligatorio conformará un Fondo Común, que reembolsará a las diversas unidades asistenciales en función del riesgo de la población que atiendan; este se justipreciará por edad, sexo y, en la medida que los sistemas de información lo vayan haciendo posible, morbilidad asistida.

Esta forma de reembolso facilitará el equilibrio económico financiero neutralizando los riesgos de mantener la integralidad de las prestaciones a poblaciones muy diversas, sin incurrir en las discriminaciones e inequidades que caracterizan a los mercados de seguros comerciales.

Este Fondo tendrá funciones regulatorias en los diversos procesos económicos: mercado de tecnologías, precios de medicamentos, remuneraciones (en este caso, interactuando con los Ministerios de Trabajo y Economía), etc. Así velará por la puesta en práctica de las políticas y programas de Ministerio de Salud, evitando ineficiencias y distorsiones –como la vigencia de fines de lucro que a veces ocurre mediante las formas actuales de incorporación de tecnología.

Debe preverse e institucionalizarse la participación y contralor social garantizando la cristalinidad de la gestión, auditada.

Somos conscientes de que esta propuesta es embrionaria y numerosos desarrollos, acotamientos y garantías deben ser incorporados, para evitar riesgos y asegurar las metas.

EL PAPEL REGULADOR DEL MSP

En materia de regulación y de interacciones dentro del sistema el MSP deberá ejercer todas sus potestades como autoridad sanitaria. Su misión incluye velar por el adecuado nivel de calidad de las prestaciones, a través de los procesos de habilitación y acreditación, los programas de alto impacto en la población general, la evaluación de tecnologías, el control de calidad de medicamentos, el mejoramiento y manejo de las informaciones de todo tipo correspondientes a las diversas áreas del Sector. Una función destacada pasará a ser la información a la población respecto a dicha calidad de prestaciones de los diversos efectores, base de la libre elección de los unos por la otra.

En fin, como innovación, deberán darse señales y garantías de la perdurabilidad de las normas reguladoras, que han de ser claras y explícitas.

LA INTEGRACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN DE EFECTORES

Gradualmente, dentro de cada subsector y entre ellos, se irá procesando la integración. Queda

planteado un rubro cuyo análisis aún no habilita a adoptar decisiones definitivas y para el cual creemos preferible presentar el abanico de posibilidades que permita ulteriormente optar por la mejor alternativa o por una secuencia de ellas: las unidades asistenciales del subsistema público. Al respecto se pueden manejar varias opciones: la más conservadora sería restringirse al imperativo legal de asistir, en forma adecuada, a los indigentes; en segundo lugar puede evaluarse la descentralización, compitiendo con los demás efectores del sistema y responsabilizándose de su gestión económica; en tercer lugar se plantea la licitación de los servicios, reservándose el Estado la propiedad de la infraestructura. Es un aspecto que requiere el libre aporte de análisis e iniciativas provenientes de todas las fuentes.

En toda opción se supone el incremento de la calidad asistencial y la mejora de las condiciones laborales y remunerativas del subsector público, incluyendo –como componente de la calidad– el cumplimiento de la ley en relación al ingreso por concurso a la función pública, junto al reconocimiento de los derechos adquiridos de los actuales funcionarios.

En un sistema cuya escala aumenta devie-

nen más relevantes las mejoras de gestión sustentadas en procesos de normatización: protocolización, supervisión y evaluación, consensuadas entre todos los actores –desde el nivel de Dirección hasta el de cada médico en su consultorio.

EL LAUDO ÚNICO DEL SECTOR SALUD

Por provenir las propuestas de un gremio; por ser ampliamente conocedores todos sus integrantes de las inequidades múltiples incluidas en la segmentación sectorial; por el problema bioético implícito en la admisión de un subsistema de inferior calidad asistencial y nivel remunerativo (que conlleva aceptar una Salud, un médico y un funcionario de segunda categoría), es corolario inexcusable de este Encuentro la exigencia de una unificación de laudos para todos los componentes del Sector Salud.

Este marco regulatorio común contemplará la humanización de la jornada laboral y la ambientación de una buena relación médico-paciente, entendiendo que la calidad de atención tiene, además de una faceta técnica, otra

afectiva y una más, ética. Adicionalmente hará lugar a la educación médica continua y a la coparticipación en el proceso formativo de los recursos humanos.

La incorporación de los médicos jóvenes al mercado de trabajo se conecta directamente con el retiro de quienes han completado su etapa activa y tienen merecido derecho a una jubilación digna –complementada con formas de aprovechamiento de su extensa experiencia. Deben idearse mecanismos que en base a esta interconexión dinamicen la totalidad del espectro laboral; al respecto se han esbozado propuestas y proyectos que deben llevarse adelante en consulta con todos los interesados.

El nuevo Sistema de Salud y el Laudo Único del Sector deben incluir los beneficios de la Seguridad Social e incorporar adecuadas normas de Salud Ocupacional para médicos y funcionarios.

Solo así construiremos un sistema sanamente cimentado.

Sindicato Médico del Uruguay,
mayo-junio de 2002

Ilustre visita al Sindicato Médico del Uruguay

El pasado viernes 13 de setiembre el Director General de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. George Alleyne, visitó la sede de nuestra institución. Fue recibido por los doctores Ariel Montalbán, integrante del Comité Ejecutivo, Antonio Turnes, Administrador General, y Aron Nowinski, entre otras autoridades del SMU. El distinguido visitante estuvo acompañado por el Dr. José Fiusa Lima, representante en Uruguay de OPS/OMS.

