

Dr. Leonel Briozzo,
Dra. Jacqueline Ponzo

INTRODUCCIÓN

Aparentemente todos estamos de acuerdo en las características y los principios del sistema. Ya en Solís I se decía:

“...debe abarcar en su cobertura el universo de la población del Uruguay.

...debe tener el carácter de ser único, universal, equitativo, accesible, solidario, con calidad comprobada, que tienda a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud, de acuerdo con la realidad epidemiológica.

...aspira al desarrollo de un primer nivel de asistencia como hecho decisivo”.

Sin embargo, hay puntos que no es conveniente dar por obvios. Entre ellos se incluyen:

1) Separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios

¿Quién lo regula: un órgano regulador (por ejemplo: persona pública no estatal) o la autoridad sanitaria (MSP)?

¿Quién provee los servicios? ¿Todo público, todo privado-mutual, o algo mixto?

2) Modalidades de financiación de servicios

¿Qué masa de financiación se requiere? ¿Cómo se plantea un sistema de aporte sobre la base de la justicia impositiva?

3) Adjudicación de fondos para la asistencia

¿Cuáles serán las prioridades asistenciales? ¿Qué requisitos de modelo se exigirán para la adjudicación de los fondos? ¿Cómo se controlarán?

Hay por lo menos cuatro niveles en los que se puede analizar la estructuración de un Sistema Nacional de Salud (SNS):

El sistema nacional de salud

¿Dónde están los acuerdos y dónde los desacuerdos?

- 1- Los organismos efectores.
- 2- La dirección sanitaria.
- 3- La regulación del sistema.
- 4- La participación de la comunidad.

1. Organismos efectores

Los organismos efectores son las unidades asistenciales del sistema de salud.

Aspectos a tener en cuenta para su diseño-definición:

- idiosincrasia de la población uruguaya,
- historia de la organización sanitaria en el país (importancia de los hospitales, importancia del mutualismo).
- necesidad de una coordinación fluida entre los niveles de atención que asegure continuidad en la atención,
- necesidad de identificar claramente un responsable de los resultados de salud a la hora de evaluar.

Se puede incursionar en imaginar una nueva organización de los efectores sobre la base de: unidades gestionadas por equipo de salud (“autogestionadas”) en relación con la comunidad asistida (población de referencia) en cada situación particular (independencia operativa), pero con una necesaria planificación estructurada de manera común, general, (centralización administrativa).

INDEPENDENCIA OPERATIVA

Unidades autogestionadas de atención sanitaria en cada nivel de atención y/o desde cada subsector de atención. (Para su caracterización es

clave la definición de las necesidades asistenciales y demanda de los usuarios).

¿Quiénes pueden aspirar a ser unidades? Hospitales, IAMC, clínicas privadas, grupos de nuevo tipo (propuesta de Marcos de los 1.000 equipos), etcétera.

Centralización - planificación

Debe abarcar asuntos clave como:

El trabajo de los médicos: nuevas formas

- Dedicación institucional - compromiso asistencial.

- Reglas de juego: ingreso - carrera funcional - movilidad.

- Laudo: “piso” de jornada laboral mínima que tienda a centralizar la dedicación de los profesionales en una única unidad asistencial.

Otros:

- Los medicamentos y la tecnología (cómo se adquiere y cómo se ofrece).

- La necesidad de guías de práctica asistencial y preventivas.

- Etcétera.

Puntos críticos en los que sería necesario tomar decisiones

- Acreditar instituciones que ofrezcan atención en los tres niveles o acreditar instituciones que ofrezcan atención en un solo nivel o en dos de ellos.

- Definir la figura responsable en cada institución, aquella a la que se le entregará el dinero y a la cual se le hará responsable por los resultados (comisión directiva similar, integración de la misma, re-

presentación de los niveles de atención en estos organismos, etcétera).

- Definir forma de vínculo entre los distintos niveles si se admite acreditación de instituciones que no tengan los tres niveles.

Algunas opciones: sus ventajas y desventajas

Opción 1: acreditar sólo instituciones con los tres niveles, por ejemplo mutualistas. En este caso, los hospitales sin primer nivel de atención ¿cómo harían para acreditarse?

Deberían coordinar la atención con un primer nivel integrado, que dependiera de una misma dirección, como forma de evitar las lamentables fallas de coordinación de hoy entre policlínicas del subsector público (municipales, SSAE, UNAMEFA, otras) y los niveles de referencia.

Ventajas

- la atención está integrada en un único efector para cada grupo de población,

- es bien identificable el responsable de la atención, a quién se le pedirán los resultados y a quién se entregará el dinero,

- ofrecería menos resistencias a la implementación dado que no modifica mucho el esquema actual.

Desventajas

- no asegura grandes cambios con relación al modelo actual en el cual el primer nivel tiene escaso desarrollo y escaso peso en las decisiones,

- no cambia mucho. Eso es peligroso, en la medida que tal vez esta es la oportunidad de incorporar cambios en la salud.

(Un requisito para este modelo debería ser la definición a priori del *organismo director de cada institución que tuviera representación de los equipos asistenciales de cada uno de los niveles*, y que a la interna de cada institución fuera explícita la distribución de dineros hacia cada nivel y que cada nivel hiciera una rendición al resto anualmente).

Opción 2: acreditar por niveles

Acreditar hospitales y centros centrales de mutualistas para segundo y tercer nivel, y acreditar instituciones que ofrezcan un primer nivel de atención por otro lado.

Estas últimas podrían surgir de articulaciones entre los recursos existentes hoy día en el primer nivel a los que se deberán incorporar otros que faciliten el acceso a laboratorio, farmacia y otras tecnologías correspondientes que actualmente funcionan centralizadas.

Ventajas

- se asignan recursos desde el organismo regulador con una distribución por niveles desde allí: aumenta la capacidad de planificación centralizada del sistema,

- jerarquiza el primer nivel al ponerlo a la par de los otros como receptor de finanzas y como efector y dotarlo de mayor autonomía.

Desventajas

- no hay un prestador único al cual exigir resultados. Esto es discutible. Podrían definirse indicadores para cada uno de los niveles y, en este caso, en realidad lo que se lograría sería un control aun mayor.

- dispersa (por diversificarlo) el vínculo entre los equipos de profesionales de los distintos niveles. Esto es relativo. La regionalización se va a dar por la lógica de que la gente prefiere la cercanía. En este sentido, un equipo de primer nivel podrá interactuar con dos o tres equipos de cirugía, tal vez, de dos o tres instituciones de segundo y tercer nivel en las que se asistirán sus pacientes, pero no muchos más.

Lo novedoso de esta opción: cambia. Da margen para que gente con ganas de hacer, haga, imagine, trabaje con entusiasmo, aun modestamente, y si eso funciona, luego contagia.

¿Otras opciones...?

2. Organismo dirección sanitaria

La dirección del sistema está en el MSP.

¿Cuáles son los roles del MSP en esta materia? Algunos sobre los que hay acuerdo y otros sobre los que no.

- Normatizar la atención sanitaria.

- Habilitar y acreditar los servicios asistenciales.

- La función asistencial o prestadora del MSP: se necesitan alternativas para un cambio: autogestión, contratación, otras...

3. Un órgano regulador

Por lo menos tres alternativas se han mencionado para esta función de regulación que incluye eventualmente la asignación de los recursos.

- El MSP es la autoridad natural.

- Combinación MSP-sectores asistenciales actuales: ¿cómo hacerlo?

- Una nueva figura: persona pública no estatal: "la superintendencia".

Fundamentos a favor de instituir una figura reguladora separada del MSP

- Separación de funciones de financiamiento y gasto que contribuya al tránsito necesario desde la crisis actual de inequidad a la racionalización de servicios según necesidades, con independencia de la capacidad de aporte al sistema.

- Los que aportan el 75% (los usuarios) deben controlar el funcionamiento.

- No se pueden procesar las decisiones estratégicas mientras se gestionan los problemas técnicos: el organismo director quedaría liberado para el desarrollo de la política sanitaria y el organismo regulador se ocuparía de la gestión de la misma en lo referido a los servicios de atención a la salud.

Fundamentos en contra de instituir esta figura

- ¿Quién controla a este organismo?

- ¿No se le está dando demasiado poder a este organismo?

- ¿Qué pasa si las personas al frente no son idóneas?

Funciones que tendría

- Recaudación

Se pueden pensar al menos en dos escenarios posibles:

Escenario con impuesto a la renta. Cálculo de porcentaje para el fondo de financiación del sistema.

Escenario actual. DISSE y cuotas en un fondo único a administrar.

Es necesario establecer la masa de financiación que se requiere.

- Distribución de recursos Siguiendo algunas pautas "novedosas" (nuevas en nuestro país) en la asignación de los recursos:

- Modelo asistencial predefi-

nido como requisito básico para la adjudicación de fondos.

- Según canasta de prestaciones que se brindan.

- Según perfil de riesgo de la población asistida.

- Control de calidad

Indicadores sanitarios.

Control desde las corporaciones.

Satisfacción de usuarios.

- Difusión de estándares asistenciales a la población

Qué pasa en cada institución: resultados y crecimientos relativos (de dónde se parte y adónde se llega), indicadores sanitarios y de calidad de las instituciones.

4- La participación comunitaria y la salud

Se ha convenido en su importancia y en su trascendencia y se manejan diferentes posibilidades de participación en la organización del SNS desde distintos niveles:

- las unidades asistenciales,

- el Ministerio,

- el organismo regulador.

Se ha pensado en la forma de concejos municipales de salud o similares con una representatividad de alcance nacional.

Actuarían como instituciones activas en la proposición de acciones de promoción de salud, como interlocutores de los organismos efectores, reguladores y de dirección en los temas de atención a la salud, entre otros.

Es un tema para profundizar. Experiencia en el país existe. Se trata de sistematizarla y organizarla de modo de incorporarla formalmente a la estructura del sistema de salud, con un rol bien definido. ■