

El SMU tiene históricamente la iniciativa en la Reforma del Sistema de Salud.

Es también su padre intelectual. Desde sus albores elaboró materiales en este sentido, ya sea en solitario como en conjunto con el resto del cuerpo médico nacional y particularmente con la FEMI en el curso de las VII y VIII Convenciones Médicas Nacionales. El proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud y de Seguro Nacional de Salud propuesto por el gobierno recoge en lo central varias de las propuestas de los Encuentros del SMU en Solís y de las conclusiones de la VIII Convención Médica Nacional. Un Sistema que integre con niveles similares de prestación a los sectores privado y público, universal, de fácil acceso y con tres reformas centrales: modelo de atención, de gestión, y de financiamiento. La prioridad se coloca en la asistencia primaria en salud y en un financiamiento más progresivo, enlazado a la reforma tributaria, la que pondrá énfasis en el impuesto a la renta. El proyecto oficial no explicita las características que tendrá el organismo financiador; a modo de ejemplo, no establece si la Superintendencia será autónoma en relación con la Administración Central.

En cierto modo es lógico que varios aspectos del proyecto queden abiertos, permitiendo las modificaciones propias de la discusión parlamentaria y de las fuerzas sociales involucradas directamente en la producción de Salud. La voluntad de amplitud en la discusión de los detalles demostrada por las autoridades del MSP permitió que por primera vez en la historia de la presentación de proyectos presupuestales se hicieran públicos borradores previos, cifras y otras informaciones que otros gobiernos manejaron siempre con extrema privacidad. Esta actitud curiosamente revirtió en críticas acerbas (recortes, incumplimientos, etc.) por parte de algunos sectores sindicales que nunca se preocuparon antes por las leyes presupuestales y menos por el destino

La Reforma en Salud

de la Salud nacional.

En lo que respecta al MSP, está a tiempo de extremar esfuerzos dirigidos tanto a la población, para que le dé encarnadura a la Reforma como a los protagonistas de ésta, médicos y funcionarios, sin cuya participación convencida, la Reforma queda reducida a papeles.

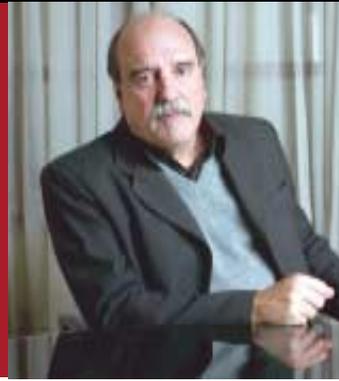
La puesta en práctica del proyecto enfrenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. Señalamos algunas.

En primer lugar, sea cual sea el costo del Sistema, no puede superar el 11% del PBI, última medición realizada previa a la crisis de 2002. Por el contrario, se supone que debería llevar a un gasto no sólo más eficiente sino probablemente menor si se considera el conjunto de los recursos que involucra.

En segundo lugar, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) ha gastado históricamente -por usuario- casi la tercera parte que el mutualismo, lo que equivale aproximadamente a 250 dólares al año por usuario, mientras que en el sistema mutual se alcanzan los 600 dólares.¹

Esta inequidad está además plagada de inequidades internas derivadas de múltiples causas, entre otras el desplazamiento de la cobertura de población mutual hacia dependencias de ASSE, derivado del empobrecimiento y el aumento de cuotas y tiques del sistema mutual. Aproximadamente 195.000 personas se desafiliaron de las IAMC entre 1999 y 2002, en tanto ASSE ha debido atender a un número creciente de usuarios con un Presupuesto que llegó a caer hasta los 150 millones de dólares anuales.

Por lo tanto, una segunda limita-



ESTUDIO DE LA CALLE SAN JUAN

ción es la imprescindible transferencia de recursos del sector privado al público.

La tercera limitante es el multiempleo médico estimulado en el Sector Privado por los Laudos y Convenios -desde 1965 a la fecha-, y en el Sector Público por los bajísimos salarios que llevan al fraccionamiento de cargos originalmente de 24 horas semanales a un promedio de 10 horas. En ambos casos el multiempleo fragmenta no solo la necesaria concentración laboral sino la propia atención del paciente.

La cuarta limitante es la plétora médica. Tenemos un cuerpo médico sobre especializado que refuerza el modelo de atención vigente.

Existen en el país 13.000 médicos. Uno cada 240 habitantes. En la Encuesta Médica Nacional realizada el año anterior, 73% de los entrevistados declaró tener título de postgrado, y 65% ser especialista. Como es frecuente que un mismo médico acumule más de una especialidad, existen alrededor de 20.000 especialistas. Los países que desarrollan políticas de salud basadas en la Atención Primaria (APS) consideran adecuado tener un porcentaje cercano al 50% de médicos de familia y 50% de especialistas.

A este problema se agrega la pésima distribución entre médicos y enfermeras (cinco médicos por enfermero, 1999). Como resultado de estos últimos problemas, Uruguay ocupa el quinto lugar en el mundo en gasto en salud y el 65 en desempeño global del sistema, según el "Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud", de la Organización Mundial de la Salud.

Resulta evidente que serán ne-

cesarios tiempo y paciencia para reformar la salud.

Sin embargo, las dificultades no son insuperables.

En primer lugar, existe una clara voluntad política, hecho inédito en el país.

En segundo lugar, si bien los recursos que se destinan a retribuciones de ASSE en el proyecto de Presupuesto enviado por el Poder Ejecutivo al Parlamento son insuficientes y menguados en relación con la propuesta emanada del MSP, las inversiones presentan cierta recuperación, y por sobre todas las cosas se han propuesto mecanismos de participación. Su uso y eficiencia dependen de nosotros; dejemos la cultura de la queja y pasemos a la cultura de la acción.

En tercer lugar, no existe en el sector médico del país ninguna opinión -incluyendo SMU, FEMI, SAQ, etc.- que se oponga a la concentración laboral.

En cuarto lugar, la Facultad de Medicina por intermedio del Claustro estudia y avanza en la creación de mecanismos que adapten la generación de médicos y especialistas a las necesidades del país.

A nadie escapa que los escollos son múltiples y poderosos.

Creemos imprescindible insistir en dos aspectos:

1. La necesidad de la construcción de un polo social que impulse la Reforma, sin éste la voluntad política queda huérfana de apoyo.

2. La necesidad de crear desde los médicos espacios de discusión a "calzón quitado" en torno a concentración laboral, condiciones de trabajo y remuneraciones, de cara al nuevo Sistema. Las IAMC están en buena parte incluidas en esta discusión ya que en el 90% de los casos pertenecen a los médicos.

Liderazgo, modestia, sinceramiento y debate parecen seguir siendo las claves de la Reforma.

Dr. Jorge Lorenzo Otero

(Endnotes)
Los datos provienen del documento *Ante el riesgo de colapso: Reconstruir el Sistema de Salud desde la gente*. H. Bagnulo; H. Dibarboure; A. Haretche; J. Lorenzo; D. Petruccielli; J. Sanza.