

FEDERICO LEICHT

*“Un proyecto utópico”*; *“Un plan estatizador”*; *“Voluntarismo de izquierda”*. *“La salvación del sector salud”*. Estas y otras definiciones han surgido desde distintos sectores de la sociedad uruguaya, poco acostumbrada - y sobre todo desconfiada- de los cambios sistémicos, para definir al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

¿Qué hay de cierto en estas interpretaciones? Cuando el tema parece ingresar con fuerza en la agenda gubernamental, es buen momento para recordar el papel del SMU en el proceso de gestación del SNIS -desde las postrimerías de la dictadura al presente- y de analizar el eje sobre el que giran las palabras que lo definen: universalidad, prevención, equidad, participación, que aparecen sistemáticamente en boca de quienes lo propugnan como respuesta a los problemas que sufre el país en el área de la salud.

#### EL PROTAGONISMO DEL SMU

Durante el semestre previo a la salida de la dictadura -entre octubre de 1984 y marzo de 1985- el SMU formó parte de una experiencia única y sin precedentes, la Concertación Nacional Programática (CONAPRO). En aquellas acaloradas reuniones tendientes a elaborar políticas de Estado para luego del retorno institucional, el SMU integró la Mesa de Trabajo del sector Salud donde se debatió una propuesta de Sis-

Sistema Nacional Integrado de Salud

# La utopía de la democracia sanitaria

Ante la inminente discusión a fondo de un Sistema Nacional Integrado de Salud, históricamente respaldado por buena parte del SMU, vale reseñar los principales aspectos de esta reforma, la problemática de su implementación y el rol que ha tenido el Sindicato al respecto en las últimas dos décadas

ANALGESICO - ANTIFEBRIL  
RÁPIDO Y EFECTIVO

**Causalon**  
Esteroides

Comprimidos - Jarabe - Gotas - Supositorios

tema Nacional de Salud.

El acuerdo fue unánime sobre la base de tres puntos: El gobierno democrático (que ya se sabía, sería colorado y estaría encabezado por Julio María Sanguinetti) debería instrumentar un sistema que asegurara “la cobertura universal, la equidad en las prestaciones y en la financiación de las mismas”, así como “una atención integral a la salud”.

En junio de 1986 dichos acuerdos fueron recogidos -en parte por el Partido Nacional, a través de un Proyecto de Institucionalización del Sistema Nacional de Salud presentado por los senadores de esa fuerza política. El proyecto, ampliamente discutido en el seno del SMU, terminó siendo desestimado por los sectores de izquierda en función de que proponía un modelo de carácter mixto (como el que actualmente propone la izquierda institucional desde el gobierno) y que según recuerda el presidente del SMU, Dr. Jorge Lorenzo, “solamente

mente atendía los aspectos de financiamiento y decía poca cosa en relación con el sistema de salud en sí mismo. Sin embargo, hay que reconocer que era un proyecto interesante teniendo en cuenta lo que había para la época. Fuimos demasiado duros con él”.

Esto remite a uno de las disyuntivas históricas, largamente debatida en estos últimos 20 años: ¿El sistema a implementarse debía ser “nacional” o “integrado”? Es decir: ¿Debía integrar a todas las instituciones -públicas y privadas- que brindaran servicios de salud integrales? Para la mayor parte de la izquierda esto era inaceptable hace dos décadas. Se pugnaba por un Sistema Nacional de Salud que dejara fuera de la red a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). El actual proyecto incluye a todas las instituciones (aun a las privadas con fines de lucro existentes hasta el 1° de marzo de 2005), que aportarían a un fondo

ARCHIVO



único, alimentado además con aportes estatales y de las familias a través de una alícuota del impuesto a la renta.

Noviembre de 1987 es señalado como un parte aguas en lo que refiere a Salud Pública. En el marco de políticas que apuntaban a la descentralización estatal se creó entonces la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con el fin de ejercer “la administración de los establecimientos de atención médica del MSP”, separando la función normativa de la asistencial del Ministerio. Se creó así el marco normativo que otorgaba potestades al MSP para transferir sus servicios a las municipalidades a través de convenios con las instituciones privadas, e incluso para gestionar ciertas cantidades de los presupuestos de los establecimientos por los denominados Grupos de Apoyo. Ese fue el inicio de una incipiente reforma del sector público, nunca profundizada y desvirtuada en buena medida durante la década posterior. La opinión del Dr. Lorenzo en cuanto al papel del SMU en la reforma del sector desde aquellos años a la fecha es contundente: “La reforma siempre tuvo por protagonista central al SMU, tal vez no a los ocho mil

afiliados pero sí a las estructuras, a la cúpula, a la parte más activa del Sindicato, y muy particularmente a algunas de las agrupaciones de izquierda. En los últimos 20 años el grupo impulsor de la reforma de la salud fue el núcleo de las fuerzas progresistas, lo cual no quiere decir que otros sectores no hayan participado en mayor o menor medida. Lo que clásicamente se llama derecha sindical o centro sindical, si bien nunca se opuso al pensamiento que gira entorno a la reforma de la salud, creo que hizo un aporte menos significativo”.

Esto tiene su importancia porque a la hora de plasmar en hechos la reforma -que es el momento actual- puede resultar exagerado decir que todo el Sindicato impulsó estas medidas.

#### LA DÉCADA PERDIDA

La intensificación de las políticas de libre mercado (reforma neoliberal) llevadas adelante desde finales de la década de 1980 desvirtuaron el objetivo inicial de la reforma, generando una paulatina y creciente mercantilización de los servicios de salud. En tan solo cinco años (período de gobierno del Partido Nacional) la sociedad uruguaya fue testigo de



la proliferación de las aseguradoras privadas de cobertura parcial, de las emergencias móviles, las

empresas prestadoras de servicios tecnológicos, así como de toda una batería de otros servicios complementarios que se fueron imponiendo en desmedro de las IAMC y la Salud Pública.

En la década de 1990 hizo su aparición el acto médico, que surgió como una posibilidad de aumentar los ingresos de los médicos mutuales. El gobierno de Luis Alberto Lacalle decidió solventar el acto médico con la liberación del tique mutual, lo que trajo como consecuencia el encarecimiento de la salud, volcando a un vasto sector de la población de escasos recursos -que a través de convenios y demás se atendía en el sector mutual- al sector público y provocando el cierre de mutualistas. *“En la década de 1990 -sostiene Lorenzo- el SMU comienza a defender fuertemente el sector mutual, que es un primer fenómeno político. En ese período se utilizan expresiones muy impactan-*

*tes en cuanto al rol del sistema mutual; llegamos a decir que el sistema mutual era el espinazo del sistema sanitario”.*

Paralelamente, durante esa década, el SMU va tomando conciencia de que es el dueño de una de las mayores instituciones mutuales del país y que esa institución mutual es una empresa que debe ser gestionada como tal. *“Sin dudas que estos factores inclinaron mucho la balanza hacia el lado del trabajo médico y hacia el mutualismo, postergando, si se quiere, por una década el tema de la reforma del sistema de salud”*, reconoce Lorenzo. Las consecuencias: el MSP desaparece del mapa como ente normativo de la salud y se transforma en algo parecido a un club político donde el caos administrativo y asistencial, la caída salarial, la creciente superposición de cargos y el fraccionamiento de éstos fue la tónica. Síntomas que llevaron a decir al ex asesor de la

FUS y actual director general del MSP, Daniel Olesker que *“en los últimos 20 años se cayó el sistema de salud y las gremiales no hicieron nada”.*

#### SOLÍS Y DESPUÉS

El encuentro del SMU que se llevó a cabo en el balneario Solís en agosto de 1999 desempolvó los postergados anhelos de reforma. De dicho encuentro surge claramente la necesidad de implementar un SNIS -tal y como se lo concibe actualmente- con carácter *“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”.* Un sistema de salud en el que el MSP *“debe cumplir cabalmente sus funciones como autoridad sanitaria”.* Según el documento que reúne las conclusiones generales del encuentro, el modelo reposa so-

**NUEVA LÍNEA de DULCES y MERMEJADAS**

**Los nietitos**

**Con Fibra**

**Ingredientes:**

- Glucosa
- Fructosa

**Valores Nutricionales:**

- Porción: 100g
- Energía: 1000 kcal
- Carbohidratos: 100g
- Proteínas: 0g
- Grasas: 0g
- Fibra: 10g
- Sodio: 0mg
- Ácido Fólico: 0mcg
- Ácido Ascórbico: 0mg
- Ácido Panotóico: 0mcg
- Ácido Salicílico: 0mg
- Ácido Benzoico: 0mg
- Ácido Salicílico: 0mg
- Ácido Benzoico: 0mg

bre el principio de que “exista un nivel mínimo de calidad del sistema público y privado”. La base estratégica de su implementación era la creación de un “organismo específico y descentralizado” (con representación de los usuarios e instituciones) para “ejercer la superintendencia del sistema y reorientar el gasto en la salud del país”.

Pero los documentos debieron guardarse en los cajones por cinco años más. El Partido Colorado -en alianza con el Partido Nacional- ganó las elecciones y para setiembre de 2000 las nuevas autoridades del MSP ya habían elaborado un documento de circulación restringida que resumía la estrategia del gobierno de Jorge Batlle en la materia: “(...) fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública, reorganización interna de la Dirección General de la Salud, (...) desarrollo de un programa de garantía de calidad y acreditación de servicios de salud, (...) la racionalización del uso de la medicina altamente especializada, (...) fortalecer los servicios de salud del Ministerio y los de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva”. Para la mayoría del gremio eso fue simplemente más de lo mismo, con los mismos previsibles resultados: cierre de mutualistas, pauperización salarial, crisis asistencial de Salud Pública, y una costósima “resaca” conformada por decenas de comisiones de apoyo, de comisiones locales, de instituciones que en forma paralela al MSP y ASSE seguían contratando personal bajo la categoría de empresas unipersonales y adjudicando sobresueldos a más de un tercio de los funcionarios que trabajaban en la órbita del sector público.

Se puede decir que en todo este período la izquierda comienza a pugnar con fuerza por un cambio de modelo asistencial basado en el SNIS, aunque los documentos surgidos desde el ámbito sindical eran todavía bastante genéricos y guardaban una cierta dosis de voluntarismo implícito. Existen sin embargo una serie de

trabajos personales que abordan el tema con mayor amplitud, tal es el caso del libro del Dr. Hugo Villar, *La Salud, una política de Estado*. Recién durante la 8ª Convención Médica Nacional, en agosto de 2004, se elaboran documentos que se refieren específicamente a la forma de organizar y financiar un SNIS.

#### EL QUÉ Y EL CÓMO

En el capítulo 3 del documento elaborado por la comisión de políticas de salud en el marco de la 8ª Convención Médica Nacional se propone el SNIS a través de la definición de Villar: “El conjunto de servicios de salud públicos y privados de una nación, inte-

grados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define políticas y normas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados, con niveles de administración intermedios y locales descentralizados y que tiene como propósitos esenciales: asegurar la cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, eficacia y eficiencia económica y social y una atención integral de la salud”. En el mismo se define al sistema como “el conjunto de servicios de salud públicos y privados de una nación integrados en una estructura única de organiza-

ción”. Las unidades asistenciales (también denominadas “efectores”) tanto públicas como privadas (ASSE y las IAMC principalmente) son las que participan en él, sin embargo el documento señala que “quedan excluidas del Sistema las empresas con fines de lucro” dado que “la no prestación de asistencia por parte de estas empresas y la financiación del sistema con fondos públicos”, como se propone luego en el documento, “(...) hacen imposible (...) su inclusión”. Este es uno de los puntos a resolver con el sistema que estaría proponiendo actualmente el Poder Ejecutivo, que estaría sumando al SNIS a los seguros parcia-



SANTIAGO ISRAEL

les, las emergencias móviles y las empresas prestadoras de servicios, entre otras, las que lucran con un modelo asistencial que desestima la prevención y la promoción de la salud y que han cooptado a los sectores con mayores recursos y menor riesgo, provocando un grave desequilibrio en el sector mutual y soterrado cualquier estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención. Como en reiteradas oportunidades el SMU lo ha manifestado, las empresas que exclusivamente persiguen fines de lucros, son empresas que llevan a la precarización de los derechos laborales y a la pauperización salarial. En ese sentido, intentando revertir una situación lamentable de todo un sector de trabajadores, el SMU ha creado, por ejemplo, el núcleo de base de la UCM. Al ser este un tema candente y preocupante, muchos se están preguntando a dónde conducen las medidas previstas.

Asimismo, el documento principal de la 8ª Convención establece otro pilar básico: la equidad entre el sector público y el privado. La equidad -se sostiene- “no debe lograrse solo en cuanto al acceso de procedimientos de diagnóstico y tratamiento, sino en todo lo que hace a la dignidad de la atención médica y a la infraestructura”. Para eso “será necesario, por medios directos -asignación de los recursos necesarios- fortalecer el sector público, que es donde se verifican las mayores y las más de las veces, irritantes carencias”. Sin embargo, nada de esto se ha visto reflejado en el presupuesto quinquenal. El Dr. San Vicente ha sido muy duro en los cuestionamientos al gobierno: “En toda idea siempre hay un bosquejo teórico y uno de operativa, entonces pienso que el Sistema Integrado es hoy por hoy una buena idea que necesita pasos intermedios para su aplicación. Para empezar, tenemos que hablar de una equiparación público-privada, pero sorprendentemente no vamos hacia allí. Supuestamente, se hablaba que tenía que haber una inversión de



50 millones de dólares, de que tenía que haber una equiparación entre los funcionarios del sector público y el privado, y vemos con tristeza que las señales del gobierno van por el lado contrario. Entonces, en esta lamentable coyuntura cabe preguntarse ¿qué grado de operatividad tiene el SNIS?”.

#### LA PAJA DEL TRIGO

“Utopía”, así definió el presidente de la República, Tabaré Vázquez, al SNIS cuando a pocos días de asumir expuso sobre el tema en un auditorio integrado por empresarios, alumnos y ex alumnos de la Universidad de Montevideo. Finalmente, el gobierno progresista -a través de dos artículos del presupuesto quinquenal- se propuso implementar el SNIS, dándole vida a este proyecto históricamente reivindicado desde sus filas por José Pedro Cardoso, Juan José Crottogini, Hugo Villar y Daniel Olesker, por mencionar a algunos, y postergado durante décadas. Pero de la práctica discursiva de oposición a las acciones de gobierno hay un “agujero negro”

que determina que las medidas presupuestales para el sector que acompañan la creación de dicho sistema puedan verse como contradictorias y hasta desconcertantes en relación con las condiciones pautadas para iniciar la reforma.

Así, por ejemplo, en el libro *La Salud, una política de Estado* hay una Propuesta de un Seguro Nacional de Salud del economista Olesker en la que sostiene que una de las condiciones básicas para su implementación es la eliminación de la disparidad de la inversión y el gasto entre el sector público y el privado: “Resulta necesario (...) realizar inversiones en el sector público (...) por ello proponemos, con esa finalidad, un plan de financiamiento en inversiones y gastos de funcionamiento, de tipo extrapresupuestal (...) del orden de 50 millones de dólares anuales”. También se refiere a la equiparación salarial entre el sector público y el privado como un elemento para su puesta en funcionamiento: “(...) es necesario un laudo salarial único para todo el sistema, independientemente

de cuál sea el lugar de trabajo, lo que implica repensar todo el sistema de remuneraciones”.

Ambos elementos están ausentes en el presupuesto actual. Mientras tanto, las críticas sobre el sistema en ciernes llueven desde las filas de la oposición. El semanario *Búsqueda* publicó el 22 de setiembre la opinión de los ex presidentes Julio María Sanguinetti y Jorge Batlle al respecto. El primero manifestó que el proyecto es “estatizador, centralizador, coactivo y colectivista, porque desaparece la contratación individual salvo para los más ricos, que pagarán el impuesto que les toque y luego se asistirán donde les resulte mejor”, refiriéndose claramente al sistema de cápitas ajustadas por riesgo que las instituciones cobrarán al Estado por brindar el servicio.

Batlle, por su parte, se refirió al tema con su estilo propio: “Vamos a tener un seguro, y cuando no se cumpla tendremos que ir a pedirle al Estado que lo haga cumplir. Ya no le va a pedir más a Magurno que le cumpla porque usted no es más socio de la Española. Paga una contribución al Estado. La gente no se ha dado cuenta de eso”.

Para Alfredo Toledo, vicepresidente del SMU, “lo que está faltando es definir cuáles son las metas y los objetivos. El gobierno definió su voluntad de sistematizar integradamente, lo que quiere decir que integra tanto lo público como lo privado. Lamentablemente esto no se arregla sacando del área asistencial, acá hay que inyectar dinero.

¿Y cuáles son los recursos con los que contamos? ¿Existe un análisis preciso, lugar por lugar, de la situación demográfica y epidemiológica del país? ¿Cómo distribuir los recursos igualitariamente? ¿Cuál es el sustento académico para hacer una redistribución? Esas son las preguntas claves para la conformación de un Sistema Integrado de Salud, fundamentales para seguir conversando sobre este tema”. n