

## La salud en *estado de mal*: análisis crítico - propositivo del sistema de atención de la salud en el Uruguay

< sistemas de salud / uruguay > < modelo de atención en salud >

Hugo Dibarboure Icasuriaga  
[dibarsan@adinet.com.uy](mailto:dibarsan@adinet.com.uy)

Montevideo, 2003

---

### INTRODUCCIÓN

- **Breve información sobre el sistema de atención de la salud en el Uruguay**

Como muchos países, el Uruguay tiene un sistema de atención de la salud dual: el *subsistema público*, que incluye a varias instituciones de las cuales la más importante es el Ministerio de Salud Pública (MSP); y el *subsistema privado*, que incluye la seguridad social - cuya institución más importante es el Banco de Previsión Social (BPS)- y otros servicios de medicina prepaga *con y sin fines de lucro*.

El *Fondo Nacional de Recursos* (FNR) es un seguro de carácter nacional y obligatorio para la cobertura de algunas prestaciones de alta tecnología y alto costo. Los centros (predominantemente privados) que venden servicios al FNR se conocen como *Institutos de Medicina Altamente Especializada* (IMAE).

- El **sector público**, aunque teóricamente destinado a brindar atención gratuita a la *población indigente*, cubre actualmente al 53% de la población total del país.
- La demanda de atención de salud de los **trabajadores activos del sector privado** está prevista por la legislación uruguaya a través del *Banco de*

*Previsión Social* (BPS), mediante la afiliación compulsiva a las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC), organizaciones privadas de medicina prepaga *sin fines de lucro*.

- Para obtener la atención requerida, el afiliado de las IAMC debe pagar aportes denominados "*Tiques de Copago*" de costo variable según el tipo de atención (programada o urgente) y el consumo de técnicas de diagnóstico, de tratamiento y de medicamentos.
- Este subsidio del BPS no cubre a las familias de los trabajadores, y el beneficio cesa una vez que el trabajador se jubila. El resto de la población (trabajadores por fuera del sector formal, trabajadores del sector público, desempleados, niños, ancianos) deben cubrir sus gastos en salud por sus propios medios.
- Existen además *seguros parciales* que se pagan individualmente y *servicios de diagnóstico y tratamiento* con fines de lucro, que venden servicios a individuos e instituciones del sector público y del sector privado sin fines de lucro.

En los últimos años, aproximadamente 100.000 personas abandonaron el subsistema privado por motivos económicos. El sector público vio acrecentada su demanda por una población creciente sin acceso a los servicios apoyados por la Seguridad Social o sin dinero para pagar por su cuenta la atención de su salud. En ese contexto de ingresos familiares decrecientes, los niños y los ancianos se vuelven especialmente vulnerables.

- **La crisis como estado permanente**

Como en muchos otros países de América Latina, en Uruguay se dice reiteradamente que *el sector salud está en crisis*: a lo largo de los últimos treinta años, la presencia de este enunciado es notoria, tanto en observaciones basadas en datos empíricos como en trabajos críticos e investigaciones en el campo de la

salud pública. Para comenzar a reflexionar sobre bases sólidas, conviene entonces preguntarse qué significa en ese contexto la palabra "crisis".

De acuerdo con las definiciones léxicas más autorizadas - en ambos casos, los subrayados son míos -, *crisis* es "una dificultad, una situación momentáneamente mala de una persona, una empresa, un asunto" (cfr. María Moliner, *Diccionario de uso del español*); "una mutación grave que sobreviene en una enfermedad para mejoría o empeoramiento", "un momento decisivo en un asunto de importancia" (cfr. Joan Corominas, *Diccionario etimológico de la lengua castellana*).

Se trata entonces de algo *momentáneo, decisivo, acotado en el tiempo*; de un *proceso* que desemboca en una *resolución*. Esta *crisis nuestra*, por el contrario, es de tal manera reiterativa, continuada, constante, obstinadamente instalada en la irresolución y en la permanencia, que para referirse con propiedad al estado actual de la salud uruguaya, **propongo reemplazar la noción de crisis por la noción de estado de mal, a la que podría definirse como una crisis que se ha hecho permanente.**

Si se abordara este *estado de mal* del sector salud del Uruguay como un "problema clínico", se debería proceder a realizar la historia, intentar los diagnósticos que correspondan, emitir un pronóstico y proponer un tratamiento. En esa línea, en los próximos apartados trataré sucesivamente de:

- **definir la falla estructural sistémica;**
- **analizar críticamente las causas que generan y sostienen esa falla estructural** (la hegemonía del modelo nosocomial y la preponderancia de la corporación médica); y de
- **proponer una alternativa** que contemple el modelo de atención, los aspectos económicos y financieros y la formación de recursos humanos.

## I. LA FALLA ESTRUCTURAL SISTÉMICA

La "historia clínica" de este *estado de mal* se expresa mediante síntomas y signos que enumeraré a continuación sin pretender que sean exhaustivos, aunque considero que el espectro que abarcan es lo suficientemente amplio como para configurar un "diagnóstico sindromático" de nuestro sector salud:

- La disconformidad de todos los sectores sociales involucrados.
- La discriminación de los uruguayos según los subsistemas de atención público y privado.
- El incumplimiento de funciones esenciales de salud pública.
- El crecimiento *tumoral* del gasto y su distribución *patológica*.
- Los recursos humanos del sector (la irracionalidad académica).
- Los resultados (la pendiente hacia el desastre)

### **1.1. La disconformidad de todos los sectores sociales involucrados**

Desde larga data y con manifestaciones periódicas, se producen reiterados episodios en que se expresa claramente esa disconformidad:

a) Los funcionarios están disconformes por su salario y la inseguridad laboral.

b) Los médicos (según los grupos) están disconformes por no acceder al mercado laboral, por acceder a él en condiciones alienantes, por realizar un trabajo no gratificante ni humana ni profesionalmente, o por temor a perder situaciones de privilegio en el caso de quienes las detentan.

c) Los usuarios del sector público están disconformes porque deben sufrir un maltrato que llega con harta frecuencia a la omisión de asistencia.

d) Los integrantes de las IAMC del subsistema privado están disconformes porque sufren dificultades de acceso a los servicios, peregrinaciones penosas, desatención o postergación iatrógena de la atención, limitaciones económicas para el pago de *Tiques de Copago*, etc.

### **1. 2. La discriminación de los uruguayos según el subsistema**

### de atención

Es conocido por todos la vergonzante situación según la cual la salud de la mitad de los uruguayos se trata de una manera, y la de la otra mitad de otra.

En el subsistema privado de las IAMC se gasta 4 veces más *per cápita* que en el subsistema público, aunque ambos subsistemas tienen a cargo poblaciones numéricamente similares, con tendencia últimamente, y en razón de la situación económica, a cierto predominio de la población que se atiende en el subsector público: trabajos recientes sitúan la cobertura del sector público en 53% y la del privado en 47% (López 2002).

Según mostraré más adelante, en 1998 el gasto por prestador fue el 20% del gasto total en el sector público y el 80 % en el privado (MSP, 2001), siendo que hay razones fundadas para pensar que es justamente la población dependiente del Ministerio de Salud Pública la que presenta mayores factores de riesgo.

Es decir que el sistema de salud discrimina a la población en situación de pobreza. Y, en mi concepto, **la discriminación además de económica es cultural**. No encuentro otra explicación para las cifras que se exponen en el Cuadro 1, dado que para el Fondo Nacional de Recursos (FNR) no existen dos poblaciones: *paga los actos que se realizan* tanto en el subsector público como en el privado; por lo tanto, no es el factor económico el que tiene incidencia real en sus actividades, o la tiene de manera tangencial.

Cuadro 1. Fondo Nacional de Recursos (FNR). Actos realizados en 1999 según sector. (Fuente: [www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy))

MSP: Ministerio de Salud Pública

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

Tipo de acto	Subsistema de atención (público /privado)	Número de actos	Porcentaje sobre el gasto total del FNR
--------------	---	-----------------	---

Cirugía cardíaca (C.C.)	MSP	739	29,3%
	IAMC	1779	70,7%
Diálisis renal (D.R.)	MSP	971	39,5%
	IAMC	1486	60,5%
Prótesis de cadera (P.C.)	MSP	556	23,6 %
	IAMC	1801	76,4%
Litotricia (Lit.)	MSP	311	17,1
	IAMC	1507	82,9

### 1.3. El incumplimiento de funciones esenciales de salud pública

Las Funciones de Salud Pública definidas como esenciales (FESP) son las siguientes:

FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños.

FESP 3: Promoción de salud.

FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud.

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación.

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización.

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

FESP 8: Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública.

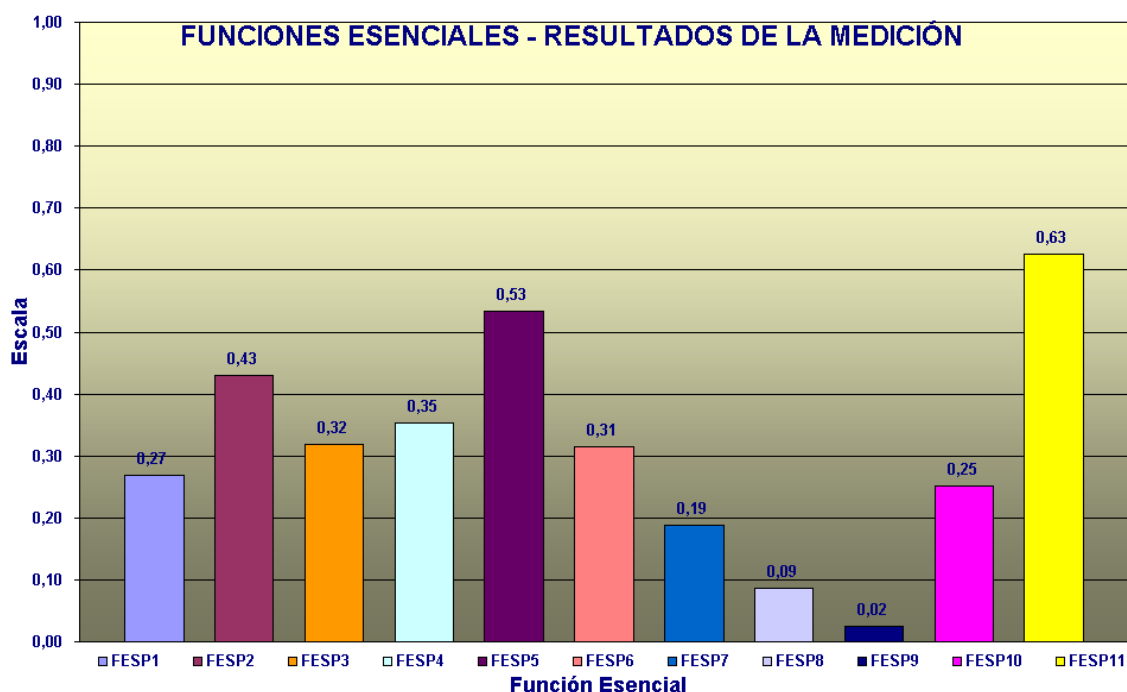
FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.

FESP 10: Investigación en salud pública.

FESP 11: Reducción de impacto de emergencias y desastres en salud.

La evaluación de estas once Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) muestra cifras bajas y muy bajas en la escala de referencia, según se puede apreciar en la Figura 1 (cfr. López 2002).

Figura 1. Resultado de la medición de FESP en Uruguay por función.



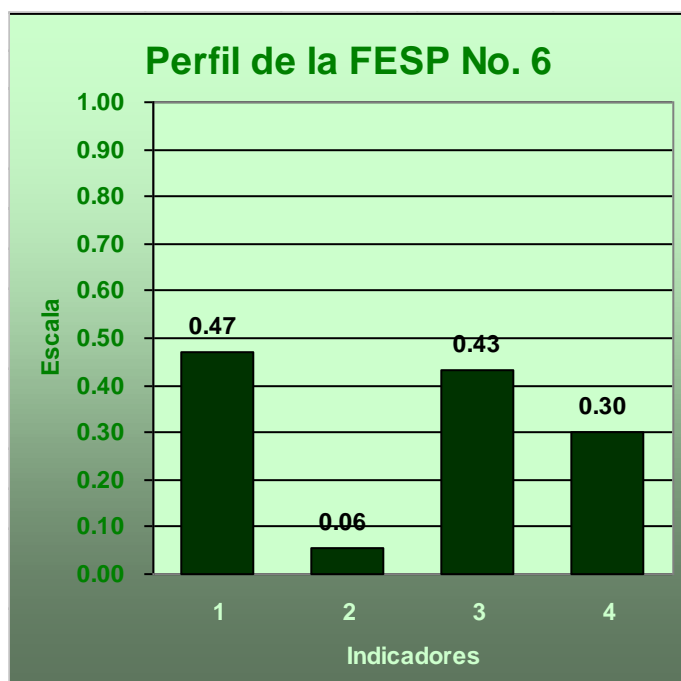
Como ejemplo ilustrativo, nos detendremos en el análisis de tres de las FESP: la 6 (Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización), la 7 (Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud

necesarios) y la 9 (Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos).

Como se observa también en la Figura 1, el índice que corresponde a la Función 7 ("acceso equitativo") es bajo; y el que corresponde a la Función 9 ("garantía y mejoramiento de la calidad"), muy bajo.

En la Figura 2 se exponen los indicadores de la Función Esencial 6. Se considera que el MSP es incapaz de hacer cumplir la normativa vigente. Esta acefalía política del sector, me parece de una gravedad extrema. En ese sentido, hace algunos años un informe del Banco Mundial había señalado algo parecido.

Figura 2. Función Esencial 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.



Indicadores: 1: Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio; 2: Hacer cumplir la normativa en salud; 3: Conocimientos,



habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio; 4: Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos.

#### **1. 4. El crecimiento *tumoral* del gasto**

En cifras totales el gasto en salud ha tenido la siguiente evolución en el período 1994-1998:

- En valores absolutos: de 1590 millones de U\$S a 2292.
- En costo per cápita: de 498 U\$S a 697 para toda la población.
- En porcentaje del PBI: de 9,08% a 10,26 % (Informes actuales del Ministerio de Salud Pública sitúan esta cifra en 11%; cfr. MSP 2001 y López 2002).

El carácter particular de la biología de los tumores es que su crecimiento no tiene una finalidad biológica útil para la vida. Corresponde entonces aplicar el vocablo, por analogía, a la evolución de los costos en salud. En este caso, el aumento mencionado no se expresa en mejor atención, sino que esta mantiene o acentúa todos sus vicios en el subsector privado de las IAMC y todas sus omisiones en el subsector público.

En síntesis: el gasto ha crecido sin una finalidad socialmente útil.

#### **1. 5. La distribución *patológica* del gasto**

En el gasto interesan dos magnitudes: quién y cuánto paga y quién y cuánto gasta. Entonces nos encontramos con que el sector público paga el 46,4% del gasto en salud (gasto por agentes) pero gasta en sus servicios (gasto por prestador) 20% del gasto total del sector. Como contrapartida, el sector privado paga 53,6% del gasto (gasto por agentes) pero gasta en sus servicios (gasto por prestador) 80% de aquel total (cfr. MSP 2001).

El Cuadro 2 ("Distribución del Gasto en salud") objetiva esta situación: el 26,4 % del gasto por agentes públicos permite la financiación de

igual porcentaje de gastos en los servicios (gasto por prestador) del sector privado.

En otras palabras, todos los uruguayos, incluidos los que se atienden en el omiso sector público, financiamos algo más de la cuarta parte (26,4 %) del gasto en salud, de casi una mitad de la población (47%).

No es la única aberración. En la afiliación por la seguridad social aportan, además del Estado, patronos y obreros. Se trata de una afiliación compulsiva y en los hechos funciona como un subsidio a la afiliación individual. En esta modalidad, los grupos de menores ingresos rehuyen la consulta y la atención excepto cuando no tienen otra salida: si se enferman cobran menos del 80% del salario, deben pagar los *copagos* que surjan de la atención, y su condición de afiliados al sistema IAMC les impide, además, consultar en el sector público.

La *tesaurismosis* (del latín: "thesaurus", tesoro).

En el Uruguay hay empresas que venden servicios de diagnóstico y tratamiento. Se sabe que existen, cuáles son, qué servicios prestan; se sabe que les venden servicios a todas las instituciones del sector, públicas y privadas, pero **se ignora cuánto ganan y quiénes son sus propietarios**: una especie de *secreto sanitario*.

Un pudoroso velo oculta esta información, al punto de que ni el mismo MSP dispone de ella. Todo parece indicar que en estas empresas predominan médicos que además trabajan en el subsistema privado de las IAMC y en el subsistema público e inciden en los organismos de decisión, sin que para esos casos se hayan establecido normas administrativas elementales que contemplen la necesaria incompatibilidad de los actuantes.

Se trataría, por lo tanto, de un tipo de *multiempleo* que habilita a algunos emprendedores de la profesión ganancias superiores a... ¿cuántos miles de dólares mensuales?

Con los resultados a la vista, se podría decir irónicamente que esta *tesaurismosis* afecta el Sistema Nervioso Central de los que la ejercitan: producen un cuadro de incoherencia mayor cuya manifestación más evidente es un *discurso solidario* con propuestas promotoras del *statu quo*.

### 1. 6. Los recursos humanos del sector

Existen en el país 13.000 médicos. Uno cada 240 habitantes. La relación médico / enfermero es de 5 enfermeros/as por médico/a (cfr. López 2002).

De los 13.000 médicos, el 94% (12.220) son especialistas. Si en vez de reducirnos a la categoría "médico" la ampliamos a la categoría "médicos especialistas", en el Uruguay tenemos por lo menos 19.370. En el Cuadro 3 se expone la situación en ese aspecto.

---

Cuadro 3: Distribución de médicos según especialidades.

	<b>Cantidad Médicos</b>	<b>% del total</b>	<b>Cantidad Especialistas</b>
Médicos generales	800	6	
Especialistas con 1 especialidad	6.500	50	6.500
Especialistas con 2 especialidades	4.290	33	8.580
Especialistas con 3 especialidades	1.430	11	4.290
<b>TOTALES</b>	<b>13.000</b>	<b>100 %</b>	<b>19.370</b>

Fuente: "El sistema en salud de Uruguay", Dra. Ofelia López, Directora General de la Salud, MSP (cfr. Seminario internacional, Montevideo, Junio 2002).

---

Está demostrado que el exceso de médicos en un medio de ejercicio liberal de la profesión - al que hemos vuelto en el Uruguay desde el *pago por acto*- es iatrógeno (Tudor Hart 1984). B. Starfield (1991) señala que se considera conveniente y adecuado que los países que desarrollan políticas de salud basadas en la APS dispongan de aproximadamente un 50% de médicos de familia y un 50% de especialistas. Nosotros tenemos, como ya se ha visto, 94% de especialistas. Por otra parte, está demostrado que la mayor proporción de médicos de APS se asocia con mejores resultados en salud (Leiyu Shi 1994), y es menos cara (Schroeder y Sandy 1993; Pete Welch *et al* 1993).

La relación de 5 médicos por cada enfermero es inconcebible. La del Reino Unido y Canadá son exactamente inversas: 5 enfermeros por médico.

En el cuadro siguiente se compara la situación del Uruguay con la de otros países de América.

Países	Médicos por mil habitantes	Especialistas por mil médicos	Enfermeros por mil habitantes	Relación mil médico/enfermeros
Costa Rica	1,27	--	0,96	1,32
Chile	0,54	61,6	0,22	2,45
Cuba	5,35	--	--	--
Canadá	1,86	--	7,87	0,23
Uruguay	4,16	94	0.8	5,2

Fuente: [www.paho.org](http://www.paho.org). OMS, *Sistema regional de datos básicos en salud*.

Como se observa en el cuadro anterior, solamente Cuba nos gana en cantidad de médicos por habitante; pero seguramente será por poco tiempo: la plétora de

médicos en Uruguay se acrecienta anualmente, ya que ingresan más de 1500 (1700, 1800) estudiantes por año y se reciben alrededor de 500.

Es interesante traer aquí algunos datos del último censo: mientras que el crecimiento poblacional uruguayo para el período intercensal se sitúa en ~~6%~~ 6%0 anual –eso, sin tener en cuenta el recrudescimiento actual de la emigración-, el número de médicos crecerá en algo más del 4% en el mismo período.

### **1. 7. Los resultados del modelo**

Hablaré sólo de dos indicadores: la *mortalidad infantil* y la *mortalidad evitable*.

En el año 2001, se registró en el Uruguay un índice de *mortalidad infantil* de 14 por mil (López, 2002). La cifra muestra un moderado descenso de la tasa en los últimos años pero esconde grandes diferencias según sectores y no resiste la comparación internacional. Existen zonas de Montevideo con tasas de MI de 30 por mil y otras con tasas de 4 por mil. También existen diferencias importantes según subsector de atención.

La comparación internacional en la región muestra que mientras a mediados del siglo XX los índices de la MI en Uruguay eran los mejores, hoy existen tres países que han realizado avances notoriamente mayores en ese campo: Cuba, Costa Rica y Chile.

Con respecto a la *mortalidad evitable*, hasta comienzos de la década de los 70, Uruguay presentaba una brecha de mortalidad del 0% con su grupo de referencia. En 1995, esa misma brecha de mortalidad se estimó en el 26%. Es decir que anualmente se produjeron alrededor de 300 muertes de menores de 1 año que se pudieron evitar.

**En conclusión.** Lo que he llamado *falla estructural sistémica* del sistema de salud del Uruguay puede resumirse en lo siguiente.

Se trata de un sistema de atención:

- inequitativo al extremo;

- en el que todos los sectores sociales involucrados están disconformes;
- que no cumple adecuadamente funciones esenciales de salud pública;
- con importante crecimiento del gasto distribuido con injusticia e inequidad;
- con recursos humanos inadecuados para el servicio;
- que produce malos resultados tanto en la prevención y la atención como en el cuidado y la promoción de la salud.

En el próximo apartado trataré de mostrar las causas principales que, a mi criterio, generan y sostienen esta falla estructural sistémica.

## **II. HEGEMONÍA DEL MODELO NOSOCOMIAL Y PREPONDERANCIA DE LA CORPORACIÓN MÉDICA**

A principios del siglo XX, Abraham Flexner (1910) elaboró un informe sobre pedagogía médica para la Carnegie Foundation. La aplicación de sus propuestas introdujeron entonces sustanciales modificaciones en la formación y práctica médicas de las principales Universidades de Estados Unidos y Canadá, que luego se difundieron en todo el mundo y que aún se mantienen sólidamente. Esta continuidad de su influencia se apoya en la formación académica y en las condiciones laborales que esta formación determina, resultando decisiva para sostener un modelo de atención de la salud llamado *flexneriano*, al que prefiero denominar *nosocomial* (del griego *nosos*, enfermedad, *komeo*, cuidado).

Es indispensable aclarar desde ya, que si bien este modelo cumplió una función trascendente para el desarrollo de la medicina, se aplicaba a realidades sociales y sanitarias muy diferentes de las actuales. Por otra parte deben distinguirse las propuestas pedagógicas del informe con la evolución del modelo de atención que ellas contribuyeron a crear.

## 2.1. Características

El *modelo nosocomial* tiene como objetivo el diagnóstico y tratamiento *del episodio de enfermedad*. Sus recursos para lograr este objetivo son la *especialización y sobreespecialización y el desarrollo de la infraestructura hospitalaria*.

Este modelo debe su autoperpetuación a la acción de diversos mecanismos:

- ❖ La *transmisión docente* de su *modus operandi*, dado el predominio en la enseñanza académica de especialistas y servicios especializados.
- ❖ La *perpetuación de la relación maestro-alumno* (Balint 1961): seguramente todos sentimos afecto y agradecimiento hacia aquellos que nos enseñaron el oficio y no siempre es fácil desligarse de esa experiencia al pensar sobre el modelo.
- ❖ La *ignorancia de referentes alternativos* que no se consideran ni se divulgan, acallados por el predominio del *especialismo*.
- ❖ El predominio de especialistas también *en los organismos de decisión del sector salud*, que no pueden desligarse fácilmente de las características del sistema en el que se formaron, en el que viven y trabajan, en el que han modelado su pensamiento y han logrado su status económico, social y académico.
- ❖ La generación de *una razón económica* para la autoperpetuación del modelo nosocomial.

En este último aspecto, el predominio social de una visión fundamentalista de la economía de mercado tiene como consecuencia una cultura cuyos principales objetivos son el enriquecimiento y el consumo. Si bien esto se expresa diversamente en la profesión médica, el paradigma lo constituyen los servicios privados *con fines de lucro*. En la medida en que la corporación médica participe de esta visión y de esta cultura, se convierte en una estructura de poder cuyo

principal objetivo es ganar dinero. Esta contradicción entre la *naturaleza del servicio* y la de sus principales prestadores es la principal del sistema.

Los siguientes documentos de origen variado, que transcribo parcialmente, ofrecen perspectivas interesantes sobre la problemática.

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay, dice (FEPAFEM, 1993):

*(De este modo se produce) “una colisión entre el enfoque económico que busca la reproducción ampliada de las inversiones de capital y los principios básicos de lo que se ha propiciado bajo la orientación de la Atención Primaria de Salud (APS). El primero de estos principios es el modelo de medicina o práctica general, integral, rural o familiar. Cualquiera sea el nombre, se trata de una propuesta que en sus bases económicas contraría los principios de segmentación de mercado y de diversificación de producto que asociados con los mecanismos de especialización y subespecialización resultan mucho más funcionales al mercado. Un segundo principio es que más vale prevenir que curar. La alta rentabilidad de los servicios de demanda inelástica, es decir insensibles al precio, hace que para la teoría económica se invierta esta concepción, teniendo en cuenta que es ahí donde el paciente no tiene opción y el producto incorpora mayor valor agregado. Esto condiciona que la salud se organice cada vez más bajo los mismos paradigmas que cualquier empresa con fines de lucro. Para la rentabilidad del capital invertido se estimula el aumento del consumo a través de la expansiva diversificación de productos y de la concentración en servicios curativos de alta complejidad. En este contexto, la APS representa en realidad una contrapropuesta”.*

Aunque en el marco de otro sistema de salud, Bárbara Starfield (1992) se plantea un interrogante que nos alcanza:



*“¿Cuánta más racionalidad podrá introducirse en el sistema americano de atención de la salud para aumentar el acceso a la AP y mejorar su organización y financiación? La respuesta depende de si es posible o no que el énfasis prevalente en las competencias de mercado pueda atenuarse mediante la concertación de esfuerzos tendientes a reducir las desventajas del sistema actual y a maximizar las potencialidades de nuevas formas de organización que aumenten y no disminuyan el acceso a servicios de alta calidad.”*

En lo que se refiere al papel de las empresas industriales vinculadas al sector salud –sin duda de peso y muchas veces determinantes de la situación que describimos -, en el documento de Alma Ata (WHO 1978) se dice expresamente: *“se podrá modificar la oposición de las industrias médicas en un sentido positivo, interesándolas en la producción de materiales para una tecnología apropiada a la APS. La falta de ganancia resultante de la venta de cantidades reducidas de bienes de salud costosos, se podría más que compensar con la venta en vastos mercados aún inexplorados, de grandes cantidades de materiales y abastecimientos menos costosos destinados a la APS.*

Si bien la perpetuación del modelo nosocomial en el sistema de atención es evidente, lo básicamente nocivo para la salud y la economía es su carácter hegemónico y la preponderancia del poder médico corporativo: quienes deciden sobre la salud son los médicos; controlan la mayoría de las IAMC de forma monopólica en el interior del país; integran mayoritariamente los organismos públicos de decisión del sector cuando estos son colectivos; tienen fuertes intereses en las instituciones de diagnóstico y tratamiento que venden sus servicios a todo el sector público y al privado de las IAMC; cuando interviene la política, logran con frecuencia acuerdos suprapartidarios.

Considero que de la combinación de estos elementos se desprende una situación que convierte en altamente insatisfactorio el producto del modelo nosocomial.

## **2.2. El producto**

La atención de la salud que produce el modelo nosocomial se caracteriza por ser fragmentada, dar mal servicio y ser muy cara.

### a) La fragmentación de la atención

Se produce en diversos planos:

- ❖ En la **atención individual** el modelo se ocupa, como ya se ha dicho, de la recuperación de la salud en el contexto de un episodio de enfermedad. Generalmente no incorpora al acto de atención otros componentes como la promoción, la prevención y la rehabilitación. Discrimina según edad, sexo y patología con preferente atención a lo biológico y es pasivo en tanto se limita a esperar la demanda.
- ❖ En la **salud pública** el modelo también fragmenta programas, por lo que podría darse el caso de que a un grupo familiar ampliado, le correspondieran simultáneamente –si estos se cumplieran- tantos programas de atención que los trabajadores de la salud podrían no caber en la vivienda visitada (programa del adulto mayor, de prevención del cáncer en la mujer, de la hidatidosis, de las enfermedades cardiovasculares, de control del recién nacido, de lucha contra la drogadicción, contra el tabaquismo y el alcoholismo, de salud mental, de vacunaciones, de enfermedades de transmisión sexual, etc.).
- ❖ En la **atención extrahospitalaria** el modelo replica la estructura propia del hospital, determinando menor accesibilidad al servicio. Imaginemos a una señora que deja de trabajar un día para hacerse un Papanicolaou y consultar por una dispepsia biliar, que aprovecha para controlar al hijo más chico que está flaquito y tose y a su madre a quien le duelen mucho las rodillas, está gorda y tiene que controlarse la presión. Con paciencia y perseverancia

puede ser que si no actúan otras causas, en tres meses vaya orientando los problemas, siempre y cuando le permitan faltar al trabajo tantas veces (o la echen).

#### b) Mal servicio

El modelo nosocomial ya no se adecua a las características demográficas y nosológicas de la sociedad, ni permite el uso de tecnologías desarrolladas para el primer nivel, o posibles de ser desarrolladas en él. A eso se debe principalmente el mal servicio que brinda.

A comienzos del siglo XX, el Uruguay tenía una población joven, un franco predominio de enfermedades infecciosas, menor expectativa de vida. Lo pertinente fue la atención del *episodio de enfermedad*. Un siglo después, se actúa en una población que completó su transición demográfica con su correlato en la transición epidemiológica (esto, sin olvidar los sectores pobres y marginales que aún pueden expresarse epidemiológicamente como antes el conjunto social).

Ya no se trata exclusivamente de episodios de enfermedad, sino de *procesos en la relación salud-enfermedad*. Ahora el objetivo es actuar sobre esos procesos para promover la salud, prevenir la enfermedad, realizar el diagnóstico precoz de las enfermedades, actuar precozmente en la recuperación.

En esa línea actual de trabajo, el modelo nosocomial, que geográfica y mentalmente *espera la demanda en el hospital*, resulta ineficaz para promover hábitos saludables, lograr la adhesión a tratamientos prolongados, atender factores de riesgo, percibir las primeras etapas de la historia natural de la enfermedad, y lograr el seguimiento adecuado cuando corresponda.

Por otra parte, está demostrado que **servicios organizados según la estrategia de la APS, tienen resultados notoriamente mejores que los organizados según el modelo nosocomial** (Leiyu Shi, 1994; Shea, 1992; Keeler *et al*, 1985; Farmer *et al*, 1991).

Leiyu Shi (1994) realizó su trabajo sobre la base de información recogida en los 50 estados de Estados Unidos y en el Distrito de Columbia. Las *variables dependientes* utilizadas fueron: mortalidad general, mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por cáncer, expectativa de vida al nacer, mortalidad neonatal, tasa de bajo peso al nacer. Las *variables independientes* fueron seleccionadas de distintos modelos de salud e incluyen aspectos socio-económicos, de estilo de vida, demográficos y de atención médica. Las cifras se analizan en su globalidad y estado por estado. Dado su interés, transcribo textualmente el *abstract* del artículo "Primary Care, Specialty Care and Life Chances":

*“Entre las variables de atención médica, la atención primaria es por lejos la variable más significativa relativa al mejor estado de salud, correlacionándose con menor mortalidad general, menores tasas de mortalidad por cardiopatías y cáncer, mayor expectativa de vida, menor tasa de mortalidad neonatal y menor tasa de bajo peso al nacer. En contraste, el número de médicos especialistas está positiva y significativamente relacionado con la mortalidad general, la mortalidad por cardiopatías y cáncer, menor expectativa de vida, mayor mortalidad neonatal y mayor tasa de bajo peso al nacer. Desde una perspectiva política esto implica la reorientación de la profesión médica desde su práctica habitualmente cara, exclusivamente basada en la clínica, enfocada al tratamiento del episodio, hacia un sistema de atención primaria orientado a la prevención, más costo-efectivo.”*

#### c) El modelo nosocomial es caro.

Dos artículos -publicados ambos hace ya 10 años- abordan el problema de los costos médicos en el sistema de salud de los Estados Unidos, aportando datos interesantes para contrastar, entre otras cosas, los resultados de la hiperespecialización y de la APS.

W. Pete Welch y col. (1993) analizaron los costos de atención médica por áreas geográficas, sobre la base de las 317 Areas Estadísticas Metropolitanas

(MSAs) en que se dividen los Estados Unidos. Los resultados mostraron grandes variaciones entre las MSAs, con diferencias mayores al 100% entre las que registraron menores y mayores costos.

El gasto total por usuario fue de U\$ 872 en San Francisco y U\$ 1874 en Miami. Las variaciones en los gastos se atribuyeron a grandes diferencias en los estilos de las prácticas. Después de realizado el ajuste por sexo y edad, se encontró que los usuarios de Miami fueron internados en Hospitales 1,15 veces más que los de San Francisco, y que una vez internados recibieron servicios médicos 1,7 veces más costosos. Los gastos por atención ambulatoria y usuario fueron 2,2 veces mayores en Miami. La mayor proporción de médicos de APS en una MSAs determinada, se asoció con una práctica médica menos cara. La relación entre gastos y resultados se estableció con el único resultado disponible para estudios de población, la mortalidad. No se encontró correlación directamente proporcional entre ambos parámetros.

Por su parte, Schroeder y Sandy (1993) afirman en su artículo que *“el pago por servicio empuja a los médicos al uso de tecnología.”* *“Nunca como antes tantos americanos están atentos ante los dos defectos notorios del sistema de atención: su incapacidad para restringir los gastos médicos disparados y la insuficiencia para suministrar atención básica de salud a todos los ciudadanos. Extrañamente no consideradas en los debates sobre la reforma, se omiten referencias a la causa mayor de ambos problemas que es únicamente el sesgo en la distribución de médicos entre las especialidades. Los médicos contribuyen a los mecanismos disparadores de costos con sus decisiones en la atención del paciente y su formación en la especialidad afecta marcadamente estas decisiones. La atención mediante especialidades resume la fortaleza del sistema americano de atención de la salud, con su uso dispendioso de las últimas técnicas de diagnóstico y tratamiento. El problema es esforzarse por corregir los poderosos desincentivos de la práctica general, la amplia y creciente disparidad*

*de ingresos entre los generalistas y los especialistas y el medio fuertemente pro especialistas de nuestra escuelas médicas”.*

**En suma:** a mi entender, la *falla estructural sistémica* que define el sistema de salud del Uruguay está básicamente determinada por la *hegemonía del modelo nosocomial de atención*, la *preponderancia de la corporación médica*, un *estilo dispendioso de práctica* y el predominio de los *fines de lucro en el sector*, originados tanto en características generales del modelo como en características propias de nuestra sociedad.

En el marco de estas consideraciones, en el próximo apartado presentaré someramente los lineamientos generales de una propuesta de transformación del sistema de salud del Uruguay, que creo viable.

### III. LA ALTERNATIVA

Abordaré tres aspectos claves de todo modelo: la atención, el financiamiento y los recursos humanos.

#### 3.1. Sobre el modelo de atención

Es ya un lugar común en el discurso sobre la salud decir que las modificaciones estructurales del sistema deben basarse en la estrategia de la APS; sin embargo - por los factores ya mencionados que contribuyen al *statu quo*- en el Uruguay este discurso aún no se ha traducido en formulaciones concretas relativas a los servicios.

La institucionalización de la APS en el sistema de atención es sin duda una **operación compleja** que supone una **modificación cualitativa de todos los estamentos** (*“Para satisfacer las necesidades de la gente deben ocurrir cambios*

*fundamentales en el sistema de servicios de salud, en la profesión médica y en las escuelas de medicina y otras instituciones educativas”* (OMS-WOMCA, 1994). Y requiere una **voluntad política** firme de hacerlo que exprese el deseo y concite la adhesión de importantes sectores sociales, dado que se trata de cambios que necesariamente afectarían fuertes intereses económicos que prevalecen en el sector.

Cabe señalar que si bien en forma reciente se están planteando con énfasis modificaciones en el sistema de salud, estas se refieren exclusivamente al financiamiento y a aspectos superestructurales de la administración de los servicios. Sin perjuicio de la importancia de estos puntos - a los que me referiré más adelante-, debe advertirse que no apuntan a lo esencial del problema, es decir, **a construir una propuesta integral alternativa al sistema actual de atención**. Sin duda está muy bien lograr una gestión cristalina y una financiación justa, pero es indispensable determinar *qué servicios se van a administrar y a financiar, y cómo serán esos servicios* en función de los *objetivos centrales* del nuevo programa de atención.

Lo primero que salta a la vista para producir cualquier cambio estructural es que no podemos persistir en mantener dos sectores de atención de la salud diferentes, que discriminan económica y culturalmente a la población más desprotegida y de menos recursos.

Es necesario, por lo tanto, que seamos capaces de lograr **un único sistema de atención que satisfaga las necesidades en salud de toda la población del país, y tenga al usuario como principal hilo conductor de la estrategia**; de esa manera, todos los demás componentes aportarán al objetivo central de *brindar mejor atención al usuario*, sin que este objetivo esté supeditado - como ocurre actualmente- a las necesidades de otros actores del sistema, no relacionadas con el bienestar y la salud de la comunidad.

Conviene alertar sobre algunas cuestiones vinculadas a la implantación del sistema de APS: se entiende que estos servicios *deben ser el eje de todo el*

*sistema de atención*, y no una suerte de "paquete restringido de servicios" en tanto subsistema para la población pobre que no puede acceder a todos los servicios con equidad.

**Se trata entonces de que la población del Uruguay disponga de una cobertura universal mediante una modificación del modelo de atención.**

### 3.1.1. El desarrollo de la APS

Como es sabido, los objetivos de la APS definidos internacionalmente, plantean brindar cuidados de salud de primer contacto (usuario - sistema de atención), continuos en el tiempo (atención longitudinal), integrales y coordinados, prestados a la población sin diferenciación de edad, género, patología, órgano o sistema.

En ese marco, la **Medicina Familiar** es la disciplina médica efectora de la APS, con un amplio espectro de posibilidades y de acción:

- ❖ Atiende problemas de salud prevalentes en la comunidad, poco diferenciados, con alto nivel de incertidumbre, y necesidad de comprensión del contexto individual, familiar y comunitario en el que se presta la atención.
- ❖ Enfrenta tanto problemas poco frecuentes como problemas urgentes (la intubación traqueal en los traumatismos de cráneo, por ejemplo), en los que las acciones iniciales y la adecuada orientación pueden ser decisivas para la evolución del paciente, cuyo tratamiento debe continuar en otro nivel de atención, volviendo muchas veces al nivel de la APS.
- ❖ Aborda el proceso salud-enfermedad en el amplio abanico de la educación, la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud.



- ❖ Su cuerpo de conocimientos incluye aspectos clínicos y de exámenes complementarios, aspectos relacionados con las ciencias de la conducta, epidemiológicos, demográficos, etc.

Así pues, como antítesis del *nosocomial*, a este modelo basado en la estrategia de la APS propongo llamarlo *modelo sincomial* (del griego *syn*: unión, conjunto - como en sindicato, síndrome, sinfonía-, y *komeo*, cuidado) porque, a través de la atención universal, continua, integral, integrada, oportuna, tiende a abarcar globalmente la intrínseca complejidad del hombre en su hábitat y en su medio, es decir en su familia y en su comunidad.

¿Cómo promover la orientación del sector hacia este nuevo modelo?

- ❖ **En el corto plazo**, incentivando la reformulación de los servicios hacia otros basados en la estrategia de la APS. Para ello, en las diversas instituciones pueden establecerse programas comunes, tanto en lo relativo a la reorganización de los servicios, como a la adaptación de Pediatras e Internistas a la Medicina Familiar. Existe experiencia internacional al respecto.
- ❖ **En el mediano plazo**, desarrollando una propuesta que vengo planteando desde hace años: crear un *modelo experimental orientado al desarrollo de la APS* que afecte a un porcentaje determinado de la población, en el que el principal objeto de estudio sea el propio modelo (Dibarboure 1996 y 1998). Existen recomendaciones de organismos internacionales que avalan esta propuesta (cfr. OMS- WOMCA, 1994): *“Deben realizarse pruebas de campo de proyectos que experimenten con diferentes modelos de servicios de salud integrando las funciones de atención individual y salud pública. Los modelos evaluados deben respaldar patrones de práctica que mejoren la calidad, que provean atención de forma personal, integral, coordinada y longitudinal, que tengan en cuenta las necesidades de salud de los individuos y de las comunidades y que integren esta atención con la provista por otros*

*profesionales. La práctica médica debe ser modelada teniendo en cuenta los resultados después de un cuidadoso análisis de los componentes esenciales de los proyectos exitosos”.*

**En síntesis:**

- ❖ **si lo que se requiere es un modelo de atención alternativo** que institucionalice la APS y habilite el desarrollo de todas sus potencialidades;
- ❖ **si existen importantes factores facilitadores para el cambio** (el *estado de mal* que afecta al sector, el progresivo aumento del gasto en el subsector privado, la situación actual cercana a la cesación de pagos, el grado de vergonzosa inequidad de los servicios, el reclamo internacional de implantación de políticas de APS, la posible existencia de una masa crítica de opinión favorable a intentar una alternativa de este tipo que espera una oportunidad y un lugar donde expresarse);
- ❖ **si es desconocido en el país un ejemplo de modelo diferente** que pueda ser observado y evaluado como para promover su extensión en caso de que resulte satisfactorio (de mejor calidad, para todos, más barato);

**la propuesta es crear un modelo experimental que involucre a todos los actores del sistema:** autoridad sanitaria, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Universidad de la República, asociaciones de usuarios, corporaciones diversas, gremiales médicas, de funcionarios y de otros trabajadores de la salud.

3.1.2. Características de la APS en el modelo experimental

Starfield (1991) estableció las siguientes características de la Atención Primaria, en función del sistema de atención y de la práctica de atención, y las constituyó en elementos para su evaluación. El modelo experimental que proponemos sigue de cerca esta clasificación.

a) *Características dependientes del sistema de atención.*

**1- Tipo de sistema.** Regulado (en la evaluación se le otorga el máximo valor). La regulación de la APS implica que las políticas nacionales influyen sobre la ubicación de los servicios de forma que se encuentren distribuidos a través de toda la población.

**2- Tipos de médicos de APS.** El médico de familia (*general practitioner*) es el prototipo de médico para la APS porque su capacitación se orienta hacia esa práctica. En la evaluación, se considera que los internistas generales y pediatras generales tienen un valor intermedio de puntaje porque su entrenamiento tiene mayor énfasis en la especialidad. Otros especialistas no se consideran médicos de APS.

**3- Acceso financiero al servicio.** Un seguro nacional de salud, de cobertura universal y organización gubernamental es lo que mejor conduce al establecimiento de servicios de APS. En la evaluación, un seguro nacional organizado por organismos no gubernamentales tiene un valor intermedio por la ausencia de beneficios uniformes. Se considera que sin seguro nacional el acceso a la APS no está garantizado.

**4- Porcentaje de médicos activos que son especialistas.** Menos de 50% de especialistas en el sistema es índice de orientación hacia la APS. Valores de 50 a 75% son intermedios en esa valoración y por encima de 75% indican un sistema orientado al especialismo.

**5- Salario del médico de APS en relación con el del especialista.** Una relación salarial alta (0,9 a 1 o más del médico de APS) incentiva la práctica en ese nivel. Si la relación es baja (0,8 a 1 o menos) incentiva la orientación a las especialidades.

*b) Características dependientes de la práctica de la APS*

**6- Primer contacto usuario-servicio.** El requerimiento de que la consulta con un especialista se haga mediante referencia desde un servicio de APS es un apoyo importante al sistema. Inversamente, si el paciente puede concurrir al especialista por su propia decisión, se refuerza sustancialmente el sistema basado en las especialidades.

**7- Atención longitudinal.** Implica la extensión de la relación con un médico o servicio a lo largo del tiempo, que no se basa en la presencia de problemas específicos de diagnóstico o de salud. En la evaluación, los mayores puntajes se dan cuando la relación se basa en el registro del usuario en un servicio de APS con la intención de que toda la atención no referida o delegada, sea brindada por ese servicio. Se adjudican puntajes más bajos cuando no hay una relación explícita o implícita a lo largo del tiempo y un puntaje intermedio cuando esta relación existe pero no es necesaria.

**8- Integralidad.** Se trata del grado en que se suministran todos los servicios en salud, ya sean los directamente suministrados por el servicio de APS o los específicamente acordados por este con los otros niveles de atención. El mayor puntaje corresponde al caso en que los servicios son universales en cuanto a la cobertura poblacional y a la naturaleza de los problemas, incluyendo las acciones preventivas. Corresponden puntajes menores en caso de que los servicios ofrecidos sean parciales o no exista una política respecto a un conjunto uniforme, mínimo de servicios.

**9- Coordinación.** La atención se considera coordinada cuando existen guías formales para la transferencia de información entre el primer nivel de atención y el de los especialistas. Se otorga un puntaje intermedio cuando la coordinación existe sólo para algunos aspectos de la atención. Los valores más bajos corresponden a la ausencia de transferencia de información entre los niveles.

**10- Atención centrada en la familia.** Se considera que el servicio es de mayor calidad cuando asume explícitamente la responsabilidad de atención centrada en la familia.

**11- Orientación comunitaria.** Se otorgan los mayores puntajes cuando el servicio usa información de la comunidad para la identificación de problemas y para el planeamiento del propio servicio.

### 3.1.3. La descentralización

Oslak et al (1990), habla de *descentralización* en “*el sentido de transferencia a los niveles operativos locales de un mayor número de responsabilidades y funciones implicadas en diversas formas de interdependencia con el nivel central*”, tratándose por lo tanto, de una “*reestructuración del poder*”. Queda claro la índole de las dificultades. Existen además otras cuestiones que me interesa destacar.

Supuestas modificaciones estructurales a veces no son reales -varían algunos aspectos sin que se varíe lo esencial-, si determinados poderes institucionales y fácticos (léase corporación médica e industrias de la salud) coexisten y siguen vigentes en individuos y organismos.

Como ya se ha dicho, limitar el proceso descentralizador a algunos de sus aspectos (descentralización financiera, presupuestaria, funcional, normativa, ejecutiva, de las estructuras, etc.) puede desvirtuarlo. Para que la descentralización sea efectiva, es necesario tener “*la intención auténtica de descentralizar la totalidad de los elementos: los recursos, las decisiones, los programas, las normas*”, a los efectos de devolver a los usuarios “*la capacidad de decidir enajenada, pasando así de ser objetos a sujetos de la preservación de su salud*” (Oslak et al, 1990).

Para lograrlo, se requerirá:

- ❖ mostrar otro sistema viable que pueda ser satisfactorio tanto para los usuarios y la comunidad como para los profesionales de la salud;
- ❖ manejar de manera prudente y flexible las contradicciones del sistema actualmente hegemónico y la interrelación continua entre centralización / descentralización.

#### **3.1.4. La regionalización de los servicios de APS**

El modelo experimental que proponemos se plantea, **en el mediano plazo**, la integración regional de servicios de APS y del nivel secundario de atención, estructurados en red. Nada nuevo: ya lo proponía en las primeras décadas del siglo XX Lord Dawson (1920) y, enfáticamente, lo ha reiterado en la última la OPS/OMS (1990).

De esta manera, múltiples unidades de APS relacionadas en el espacio regional, se vincularían con un hospital de segundo nivel de atención, con el objetivo de asegurar la calidad con el mejor precio. Ambos niveles desarrollarían un programa común en el que se adaptarían recíprocamente las tareas a las funciones de cada uno. **Se integrarían en un microsistema de salud.**

Los servicios relativos a episodios de enfermedad y acciones en salud que requirieran atención fuera del microsistema, deberán comprarse. Se deberá negociar en el mercado a efectos de lograr la cobertura completa de atención. Podrá optarse por servicios del sector público, privado o de ambos.

La financiación del microsistema se determinará según el PBI en salud per cápita por la totalidad de usuarios potenciales del servicio.

Finalmente, en función de la experiencia recogida del modelo experimental y de su evaluación, impulsar **en el largo plazo**, el emprendimiento de modificaciones estructurales que alcancen al resto de la población.

### **3. 2. Sobre aspectos económicos**

En el subsector público, las carencias llegan a la omisión de asistencia. En el subsector privado de las IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva), se está al borde de la cesación de pagos y consecuentemente de los servicios.

En mi opinión, ante una situación de esta gravedad se debe tener como primer y excluyente objetivo buscar soluciones urgentes y viables para la atención de la salud de todos los uruguayos. En ese marco, la cuestión de los modos de financiamiento se vuelve crucial. Daré algunos indicadores y cursos de acción eventuales.

a) El PBI del país se estima en U\$ 13.000 millones. Dados sus vicios estructurales y la situación del país, considero que es imposible aumentar la dotación del sector en forma permanente. Habrá que lograr, por lo tanto, que U\$ 1400 millones para la totalidad del sistema de atención de la salud sean suficientes. Considero que se puede.

b) Es necesario que el presupuesto macro del subsistema IAMC tome estado público. De acuerdo con la información disponible, aproximadamente el 65% o más de los gastos corresponden a salarios de profesionales mayoritariamente médicos (poco más de la mitad) y de funcionarios no médicos (un porcentaje menor). Con un gasto fijo de 65% sólo en salarios (además de los gastos de funcionamiento y otros gastos fijos), no queda margen para los planteos de mejorar la gestión. En realidad la apelación a mejorar la gestión es un eufemismo de la apelación a la necesidad de la honradez en los procedimientos.

c) Para salir de la situación, la corporación médica propietaria de las IAMC pretende sacar más dinero del Estado y de particulares mediante la afiliación de nuevos sectores sociales a través de la seguridad social. Es lo que ha hecho siempre. Considero inconveniente la medida porque:

- esa afiliación la pagamos todos los uruguayos, para que se atienda en el subsistema IAMC a menos de la mitad de la población;
- en buena medida se trata de un subsidio a la afiliación individual porque el trabajador de medianos recursos no puede usar el servicio porque no puede pagar los *Tiques de Copago*;
- sin modificaciones estructurales profundas del subsistema, los nuevos aportes se distribuirán igual que ahora, confirmarán las actuales estructuras que son la causa del *estado de mal* de la Salud uruguaya, y como ha pasado ya muchas veces, su utilidad financiera compensatoria será parcial y breve. En mi opinión, con esta solución de apariencia tan simple por su facilidad de instrumentación e inmediatez del resultado, en un lapso breve el subsistema IAMC volverá a estar desfinanciado.

### **¿Qué hacer entonces en esta situación de emergencia?**

- Reorganizar el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Solucionar problemas económico-financieros urgentes en el sector público y en el sector privado.

#### **3.2.1. Reorganización administrativa del MSP**

- Enunciar en forma expresa que el compromiso del MSP es con el acceso equitativo a servicios de atención de calidad, para toda la población.
- Recomponer la estructura administrativa y la carrera funcional del MSP. creando el equipo adecuado para la ejecución de las decisiones políticas y de las normas que surjan de ellas. El actual vacío de poder, la incapacidad de hacer cumplir normativas vigentes, esta suerte de *laissez faire* imperante es grave y deberá corregirse.



- Cubrir por concurso los cargos jerárquicos de divisiones y departamentos, ofreciendo trabajo a tiempo completo con salario adecuado y definiendo con claridad las incompatibilidades.
- Prescindir de la *política de proyectos* (Ej: FASS, FISS, PROMOS) en la medida que crea una estructura paralela, necesariamente provisoria, incapaz de proveer a la estructura orgánica de la memoria de sus actos, que se ha mostrado reiteradamente ineficaz y dispendiosa.
- Asignar la totalidad de los fondos extrapresupuestales a las divisiones y departamentos.
- Utilizar indicadores de calidad (de resultados) para mantener la habilitación de los servicios de salud. Los servicios deben existir y se justifican sólo si sirven a necesidades de la población.

### 3.2.2. Solución de problemas económicos y financieros

Como medida inmediata *conseguir fondos*.

- Para el **subsector público**, dada la situación económica y financiera del Estado, creo que hay que obtener fondos del propio sector Salud.
- Para el **subsistema IAMC** (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) podrían utilizarse fondos -ya comprometidos- del Banco Interamericano de Desarrollo para reconvertir el subsistema en APS.
- En el **subsistema IMAE** (Institutos de Medicina Altamente Especializada), dada la situación global del sector salud y las complejas relaciones entre la medicina *sin* fines de lucro y *con* fines de lucro, opino que se debe propiciar la estatización de los IMAE, con la pretensión de que importantes recursos del sector se destinen a potenciar servicios públicos y no a enriquecer personas. De esa manera el subsistema muy posiblemente podría ser autosustentable: utilizaría los dineros públicos aportados por cada uno de los uruguayos en su propia atención; y tendría disponibilidades económicas para encarar las

modificaciones estructurales indispensables en hospitales docentes, con servicios universitarios, de acuerdo a modelos vigentes en todo el mundo.

Apunto brevemente otros aspectos a considerar en relación con el financiamiento de la salud:

- ❖ Lograr nuevas formas de aportación del usuario, más justas, porcentuales al ingreso de cada uno, en el marco de una reforma de la estructura tributaria basada actualmente en el gravamen al consumo. Libertad de elección de los afiliados por el sector público o privado y posibilidad de cambio de institución pública o privada cada 6 meses, creando mecanismos adecuados para evitar “la compra de socios”.
- ❖ Eliminar el pago por acto médico, como factor estructural distorsionante del sistema de atención, agente causal de injusticias remunerativas, de irregularidades en la propia atención, contradictorio con un sistema solidario de atención.
- ❖ Reestructurar la masa total de ingresos de los recursos humanos dentro de todo el sistema de atención de la salud: subsistema público, subsistema IAMC, subsistema de seguros parciales, instituciones privadas que venden servicios de diagnóstico y tratamiento. Sería altamente conveniente que los 13.000 médicos que ejercen en el Uruguay y los funcionarios del sector Salud figurasen en un registro de ingresos discriminados por institución y rubro, y la declaración jurada de otros ingresos procedentes del sector. Este registro permitiría redistribuir la masa salarial total atenuando las notorias diferencias remunerativas actuales (ingresos miserables y varios miles de dólares al mes); desestimular el multiempleo determinando el número de cargos posible por trabajador de la salud y las condiciones laborales; disminuir el gasto total en salarios mejorando la distribución porcentual de los grandes rubros, disponiendo entonces de algunos recursos más para facilitar el funcionamiento.

En otro orden de cosas, el Uruguay deberá tratar de establecer **políticas de estado en el marco del MERCOSUR, para disminuir el costo de insumos adquiridos a las industrias médicas**, que nos esquilman por ser un país pequeño, pero son más considerados con nuestros grandes vecinos, especialmente con el Brasil.

### 3. 3. Sobre los recursos humanos

Como ya se ha dicho al hablar de los factores de perpetuación del *modelo nosocomial*, la Facultad de Medicina, por el número y el tipo de médicos que produce, contribuye a mantener el actual sistema de atención de la salud. Enseña sin necesidad de palabras: que los principales integrantes del personal docente de un hospital universitario trabajan no más de 4 horas diarias 5 días a la semana; que no existen cargos de dedicación exclusiva; que la producción científica original es mínima.

La problemática es sin duda compleja y sería inadecuado culpar a la Universidad de una situación que también padece y que viene desde tiempo atrás: el predominio de fuertes intereses económicos que actúan en desmedro del sector público.

Sin embargo, sin desconocer este abanico de dificultades y teniéndolo como marco, resulta indispensable que los uruguayos encararemos la transformación del sistema de formación de recursos humanos para la Salud, con voluntad política para instalar seriamente el debate y lograr el consenso social para llevarla a cabo.

Para ello, algunas de las cuestiones más sensibles -y urticantes- que habría que abordar, sin dogmatismos ni prejuicios, son las siguientes:

- Cómo encarar la cuestión de la matrícula universitaria en las carreras tradicionales. Si bien es totalmente deseable que en la educación superior haya cada vez mayor población estudiantil, eso no significa que sea deseable

que esa población se siga inscribiendo mayoritariamente y sin interrupción en las mismas carreras tradicionales en que se inscribía hace un siglo, con el auge de la actividad profesional privada. Dada la masa médica existente en el Uruguay, debería discutirse ampliamente el tema de la limitación de la matrícula en Medicina y la formación de postgrado, sin aceptar la situación actual como un dogma, como si las condiciones del país y las necesidades de la sociedad fueran iguales a las de hace 50 o 100 años.

- Cómo dar respuesta a una demanda alternativa de formación en Ciencias de la Salud que no encuentra cauces adecuados y que la Facultad de Medicina y la Universidad se han mostrado hasta el momento incapaces de resolver: la creación de un ámbito transversal, con diversidad de carreras o especializaciones interrelacionadas, interdisciplinarias, vinculadas horizontalmente.
- Cómo resolver, en síntesis, la contradicción entre la actual política universitaria de formación de recursos humanos en profesiones de la salud en general y de médicos en particular, y el bien social que a veces se invoca para justificarla.

## **Conclusiones**

Estas son algunas de las reflexiones que como persona, como usuario y como médico, me ha generado el *estado de mal* del sistema de salud del Uruguay, en (y sobre) el que trabajo desde hace muchos años. Mi intención es compartir esas reflexiones *desde el compromiso y la polémica*; posturas indispensables, a mi entender, para lograr el *consenso en el disenso* de los actores involucrados, que toda acción transformadora requiere para ser razonablemente exitosa.

Personalmente he buscado la comprensión conceptual globalizadora, impelido por la necesidad de comprender lo cotidiano del trabajo con la gente. Soy médico de pueblo. Ello dota a mi discurso de una contenida vehemencia, lo sé. Por eso no puedo producir un lenguaje académicamente objetivo y

neutro, aunque en el mío he perseguido el mayor rigor en el arrebató, la mayor objetividad en la información. Se trata del acceso al bien SALUD con equidad para todos los uruguayos.

Espero con gran interés las reacciones y comentarios de mis pares uruguayos y de la región, para debatir en conjunto posicionamientos y propuestas, semejanzas y diferencias.

### Referencias bibliográficas

- ❖ Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires, Libros básicos.
- ❖ Dawson of Penn, Lord (1920). "Interim Report on the future Provisions of Medical and Allied Services". London, Her Majesty's Stationery Offices.
- ❖ Dibarboure Icasuriaga, H. (1996). "Sobre un modelo alternativo de atención de la salud". In: *Historias*. Oficina del Libro. Montevideo.
- ❖ (1998). "Sobre la atención primaria de la salud en Uruguay". In: *Introducción a la Medicina Familiar*. Universidad de la República. Dpto. de Publicaciones. Montevideo.
- ❖ Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades – Escuelas de Medicina / FEPAFEM (1993). "Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica". Conferencia Internacional sobre Educación Médica. Edimburgo, Escocia.
- ❖ Farmer F. *et al.* (1991). "Poverty, primary care and age specific mortality". *Journal Rural Health*; 7:153-69. Citado en Starfield, B. 1994.
- ❖ Flexner, Abraham. (1910). "Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching". *Bulletin 4*, New York.

- ❖ Hart, Tudor J. (1984). "Necesitamos un nuevo médico de cabecera". *Atención Primaria*; 1:109-115.
- ❖ Keeler E.B. *et al.* (1985). "How free care reduced hipertensión in the health insurance experiment". *JAMA*; 254:1926-31.
- ❖ López, Ofelia (2002). "El sistema en salud de Uruguay". En: Seminario internacional sobre "Sistemas de Salud", Montevideo (junio).
- ❖ Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2001). *La salud de Uruguay en cifras*, Montevideo, Dirección General de la Salud.
- ❖ OMS-WONCA (1994). "Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia". Conferencia conjunta, London - Ontario.
- ❖ OPS-OMS (1990). *Los sistemas locales de salud*. Washington. Publicación científica Nº 519. Ver especialmente: Oszlak O., Boneo H., García-Fanelli A., Llovet J.J. "Descentralización de los sistemas de salud".
- ❖ Schroeder S.A., Sandy L.G. (1993). "Specialty distribution of US physicians. The invisible driver of health care costs". *N.Engl.J.Med.*; 328:961-963
- ❖ Shea S. *et al.* (1992). "Predisposing factors for severe, uncontrolled hipertensión in a inner city minority population. *N.Engl.J.Med*; 327:776-81.
- ❖ Shi, Leiyu (1994). "Primary care, specialty care and life chances". *Int. J. Health Serv.*; 24:431-458.
- ❖ Starfield, Barbara. (1991). "Primary Care and Health. A cross-national comparison". *JAMA*, October 23/30.
- ❖ (1992) *Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy*. Oxford University Press. New York Oxford.
- ❖ (1994). "Is primary care essential?" *Lancet*; 344:1129-1133.
- ❖ Welch, Pete W *et al.* (1993). "Geographic variations in expenditures for physicians' services in US". *N.Engl.J.Med*; 328:621-7.
- ❖ WHO (1978). "International Conference on Primary Care", Alma Ata. Geneve.

