

Hacia un Sistema Nacional de Salud

Los cambios posibles y necesarios

ANTONIO SCURO

PABLO ALFANO

Inequidad y desigualdad. Esas fueron las dos palabras clave que acapararon todo el foro. Hay una salud para ricos y otra para pobres, los salarios y las condiciones laborales de los médicos son

Al actual sistema lo aquejan varias dolencias que afectan a usuarios y o médicos. Con este diagnóstico, los profesionales procuran corregir un conjunto de inequidades para lograr que la medicina vuelva a ser un derecho esencial y no una simple mercancía

muy distintos en el sector público y en el privado. Desigualdades que se acentúan entre Montevideo y el resto del país. Éstos y otros temas fueron analizados en el foro *Salud y atención médica: los cambios posibles* que se realizó el 24 de junio



ANALGESICO - ANTIFEBRIL
RÁPIDO Y EFECTIVO

Causalon

COMPRESORAS

Comprimidos - Jarabe - Gotas - Supositorios

en el marco de la 8ª Convención Médica Nacional^(*). Pero además del diagnóstico, nada alentador por cierto, un destacado grupo de profesionales coincidió en la necesidad de crear un seguro nacional de salud que atenúe las diversas carencias que padece el actual modelo sanitario.

El Dr. Baltasar Aguilar, uno de los coordinadores de la comisión encargada de estos temas, lanzó el puntapié inicial. Dijo que actualmente el gasto en Salud ronda el 11% del Producto Bruto Interno, pero que existe “una inequidad muy importante” porque la “inmensa mayoría de los recursos se los lleva el subsector privado, mientras que el subsector público en su conjunto, que asiste a más de la mitad de la población, cuenta con la menor dotación de recursos”.

El gasto en Salud aumentó debido a varios factores: el envejecimiento de la población, el predominio de las enfermedades crónicas, la introducción de nuevas tecnologías, y a que el modelo “es esencialmente curativo o paliativo, pero tiene escasas y muy poco coordinadas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

Para Aguilar los resultados de este sistema están a la vista. Las cifras de mortalidad infantil -que es uno de los indicadores más utilizados- actualmente son “aceptables”. Algo que contrasta con “el Uruguay de mediados del siglo pasado que se destacaba por ser el país que tenía menor mortalidad infantil en América y que hoy ha sido superado por Cuba, Costa Rica y Chile”.

El médico dijo que la idea no es cambiar este sistema predominantemente asistencialista por uno alternativo, “sino ir creando dentro de este modelo espacios para la promoción, para la prevención y para la rehabilitación, porque el paradigma debe ser una asistencia integral que hoy se proclama, pero que en los hechos no existe”.

Coincidió con sus colegas en que se deberán producir arduas negociaciones, diálogos y hasta

Decálogo para fortalecer Salud Pública

- 1) Mejorar la infraestructura de los servicios públicos transfiriendo los locales sin uso de las mutualistas cerradas a Salud Pública.
- 2) Generar una red de atención del primer nivel que integre los recursos ya existentes en un único sistema con capacidad de resolución adecuada.
- 3) Crear una red única que coordine los diversos servicios hoy dispersos (ASSE, Hospital de Clínicas, Sanidad Militar y Policial, etcétera) de manera que se vuelva autosuficiente y con capacidad de resolución.
- 4) Separar el MSP de la estructura de los servicios públicos como forma de fortalecerlo en su rol normativo y de policía sanitaria y, a la vez, permitir una mayor autonomía técnica para la gestión.
- 5) Crear un sistema que permita obtener ingresos directos (prepago) destinados a mejorar el servicio.
- 6) Generar los mecanismos necesarios para que el servicio público (con nuevos locales y redimensionado) pueda ser elegido por los afiliados a través de la seguridad social (DISSE).
- 7) Dotar al sector de una red de IMAE que permita la continuidad en la asistencia de sus pacientes y evite la innecesaria transferencia de importantes recursos públicos al sector privado.
- 8) Comenzar un sistema de trabajo en régimen de dedicación completa, basado en residentes y ex residentes adecuadamente formados para el trabajo hospitalario.
- 9) Fortalecer la experiencia de UCAMAE (Unidad Central de Compras del Estado) ampliándola a la negociación y compra de otros insumos e integrando progresivamente al sector privado. Acordar políticas regionales que incluyan la negociación en el exterior y la importación directa.
- 10) Crear una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias cuya aprobación sea requerida para la incorporación de cualquier dispositivo, medicamento o procedimiento, que deberá actuar con autonomía técnica.

ESTA PROPUESTA FUE PRESENTADA POR EL DR. HOMERO BAGNULO, PERO ES EL FRUTO DE UN TRABAJO QUE REALIZÓ CON VARIOS COLEGAS.

discusiones, pero sin perder el objetivo: cambiar el modelo.

“El cuerpo médico nacional le dice a quienes, por una correlación de fuerzas favorable más que por una política de Estado, lucran con la medicina, que la salud es un derecho humano esencial que no admite el lucro, y quienes quieran lucrar van a tener que poner la plata en bosques o en hoteles, pero no acá”, afirmó.

Para el director de los Servicios de Salud de la Intendencia de Montevideo, el Dr. Miguel Fernández Galeano, las desigualdades se acentuaron con una “cri-

sis permanente que, por lo tanto, deja de encuadrarse en la definición de crisis”, por lo que

“... La salud es un derecho humano esencial que no admite el lucro, y quienes quieran lucrar van a tener que poner la plata en bosques o en hoteles, pero no acá”.

“los cambios aparecen como impostergables”. La reforma “tiene que ser radical” aunque “no

podemos quedarnos en la idea de pensar un sistema como si estuviera la página en blanco: todo público o todo privado”.

En su opinión, “tenemos que construir una alternativa a la crisis, al colapso y a la emergencia sanitaria que parta de la base de lo que está para transformarlo, para reorientarlo. Pero que tome en cuenta los recursos que hoy están en el sector”. Una tarea nada sencilla “porque no hay reforma sin tocar intereses, pero partiendo de la realidad que tenemos”.

Al igual que sus colegas hizo hincapié en las desigualdades, pero lo graficó con cifras demoledoras: la salud privada gasta 450 dólares anuales por persona, mientras que el sector público destina solo 150 dólares. Una relación de tres a uno.

La inequidad también se puede constatar en la cuota mutual. “Una persona que gana 20 mil pesos paga el 4% de sus ingresos y una que gana 5 mil pesos paga el 20% de sus ingresos”, ilustró Fernández Galeano. Esto sumado al costo de órdenes y tickets, “que se han convertido en un impuesto a la enfermedad”, llevó a muchos uruguayos a tener una “cobertura formal” que en realidad no utilizan por no estar al alcance de sus bolsillos.

“El último informe de 2004 de la Organización Mundial de la Salud plantea que no hay desarrollo económico si no hay salud. Y esto, que es muy obvio y muy viejo, tiene que ser la clave de cómo enfocar los temas y tomar decisiones”, afirmó Fernández Galeano.

LA TECNOLOGÍA EN LA MIRA

Por su parte, el presidente del Fondo Nacional de Recursos, el Dr. Homero Bagnulo, dijo que la “medicina sustentable” debe apuntar a la prevención y a la promoción de la salud, lo que choca con los intereses de lo que llamó la “medicina tecnológica”.

Bagnulo sostuvo que “la unión de una medicina tecnológica y el mercado ha intensificado la creencia de que la medicina res-

SIGUE EN PÁGINA 10

VIENE DE PÁGINA 10

catará al paciente de todas sus debilidades”, y puntualizó que “el mercado no solo vende tecnología; el mercado vende también sueños y esperanzas”.

Por eso llamó a poner en práctica una “medicina sustentable que reduzca la dependencia tecnológica” que “solo busca mejorar las ganancias de las industrias y del complejo médico-industrial”. Para lograrlo esbozó algunos caminos: la tecnología tiene que estar al servicio de la salud pública y no de la individual, sin perder de vista las enfermedades más comunes. Además, este nuevo sistema debe privilegiar a niños y ancianos, evitar muertes prematuras, apostar a tecnologías de bajo costo y dar menos prioridad a aquello que beneficia a unos pocos.

A su vez, la directora del Hospital de Clínicas, la Dra. Graciela Ubach, se mostró partidaria de “mejorar lo público para sacarlo de la inequidad, no por un elemento de competencia con lo



ANTONIO SCURO

privado, sino porque tiene que ver con el derecho de la mitad de la población uruguaya a tener en el sistema público la misma calidad y la misma atención”. Ubach manifestó que “la incorporación tecnológica es un fantástico avance de la sociedad que hay que festejar, pero cuando se desvía, cuando se hace

sobre la base de la mercantilización y del lucro, se convierte en un elemento perverso, y es eso lo que hay que evitar. ¿Y cómo se evita? Con políticas públicas de planificación y de la incorporación tecnológica pertinente desde el punto de vista técnico y científico adecuada a nuestro país”.

“Mejorar lo público para sacarlo de la inequidad, no por un elemento de competencia con lo privado”

La directora del Hospital Universitario también propuso crear una política nacional del medicamento “que brinde la posibilidad de una adecuada producción, un adecuado precio y, por tanto, un adecuado acceso de las personas a este elemento tecnológico de primer orden”. Claro que sobre este punto los médicos deberán enfrentar una dura batalla con la industria farmacéutica, dijo Ubach, aunque aseguró que existen empresas dispuestas a discutir este aspecto.

También planteó la necesidad de “erradicar totalmente la propaganda de la automedicación, porque esa propaganda la pagamos nosotros, los que consumimos los medicamentos, y además se fomenta que la persona

se automedique sin las debidas precauciones. Ustedes lo han visto: cómprese un Farmanuario y hágalo usted mismo, como si fuera la revista Mecánica Popular”.

Ubach consideró insoslayable evitar la superposición de servicios que lleva a que “en un mismo barrio estén funcionando cinco policlínicas, cuando con el mismo personal, turnándolo, se podría cubrir una y brindar una mejor calidad de atención”. Por su parte, el dirigente de la Federación Médica del Interior, el Dr. Álvaro Vero, explicó que “no es lo mismo enfermarse en Montevideo que en el interior”, y enfatizó en la desigualdad existente en el reparto de los recursos que se destinan fuera de la capital. También destacó la gran brecha salarial que impera entre los profesionales de Montevideo y los del interior.

Vero repasó brevemente la cantidad de proyectos de sistemas y seguros que se generaron en el país: en 1939, 1941, 1947, 1952, 1957, 1959, 1967, 1968, 1970 y, el último, en 1986, que duerme en un cajón del Senado.

“¿Es un problema de médicos? ¿Es un problema de recursos? Yo creo que no. Creo que es un tema definitivamente político en el que nosotros debemos buscar los mecanismos para llegar a compenetrar al poder político de la necesidad de una política de Estado que tenga una direccionalidad compartida y que tenga una continuidad en cuanto a los gobiernos de turno”.

Aunque con matices, todos los profesionales estuvieron de acuerdo en que se debe crear un Seguro Nacional de Salud que complemente los servicios públicos y privados en pos de una mejor calidad de vida para toda la población. Lo que sin duda suavizará las actuales desigualdades. ■

(*)Este foro fue televisado por TV Ciudad -el canal cable municipal- y el texto completo del debate está disponible en www.convencion-medica.org.uy

