

La salud que queremos
para los uruguayos

INDICE

Autoridades de FEMI	5
Prólogo	7
Alcance y Objetivos del Documento	9
Nuestra Visión de la Salud en Uruguay	
1. Un problema mundial	
2. Tiempo de transformación para la salud en Uruguay	
3. Los cambios necesarios en el sector	
4. Principales líneas políticas y estratégicas	
Rol del Ministerio de Salud Pública	
Integración de servicios	
Estructura de servicios	
Descentralización	
El modelo de atención	
Adecuada gestión de los recursos	
Equidad	
Financiamiento	
La negociación y los acuerdos necesarios	
La transición del cambio	13

AUTORIDADES

COMITE EJECUTIVO DE FEMI

Presidente:

Dr. Yamandú Fernández (Durazno)

Secretario:

Dr. Gerardo Contreras (Fray Bentos)

Tesorero:

Dr. Alvaro Vero (Salto)

Vocales:

Dr. Luis Noya (San José)

Dr. Heber Machado (Minas)

PROLOGO

En el presente Documento la Federación Médica del Interior pone a consideración en forma pública un primer “avance” de opinión sobre un tema que será motivo de otra publicación en las próximas semanas: “La salud que queremos para los uruguayos”.

Sobre la base de un análisis objetivo y actualizado de la situación del sector salud en el país, se establecen las principales líneas políticas y estratégicas que a nuestro juicio deben orientar los cambios organizativos y funcionales básicos a introducir en la actual estructura sanitaria nacional.

Se definen líneas programáticas generales y fundamentalmente se plantea una visión estratégica sobre cómo alcanzar los objetivos planteados. Intentamos de esta manera trazar un rumbo, un camino posible de transitar hacia los “cambios” y transformaciones que todos estamos reclamando para la atención médica de los uruguayos.

Dicha propuesta ha sido elaborada atendiendo a la existencia de una realidad diferente en muchos aspectos entre la capital y el interior, y es también una respuesta a las necesidades y legítimos intereses de la FEMI como organización médica federal nacional gremial y asistencial.

El Documento pretende ser un aporte y una contribución más en la búsqueda de una solución para el sector salud, en momentos en que desde diferentes ámbitos sociales, gremiales y políticos se reclaman transformaciones profundas a la actual estructura organizativa existente.

La Federación Médica del Interior en su carácter de organización gremial y asistencial ha realizado en el correr de los últimos años diferentes pro-

*puestas tendientes a lograr “modificaciones” o “transformaciones” en el sector salud. En todos los casos las propuestas fueron formuladas en la absoluta convicción de la necesidad imperiosa de introducir cambios a la actual estructura organizativa de los servicios de salud. Cambios que tienen como propósito final lograr un **Sistema Nacional de Atención Médica** de cobertura universal y atención integral para todos los habitantes del país.*

Este Sistema debe ser una respuesta ética y socialmente válida, construida sobre la base fundamental de la solidaridad y articulada en los principios de justicia y equidad, tanto en la financiación como en el acceso a los servicios y a las prestaciones que recibe la población.

Como todo proceso de cambio consideramos que el mismo debe ser progresivo, gradual, y desarrollado en etapas, la urgencia en la obtención de resultados lleva muchas veces a cometer errores que provocan como consecuencia mayor desconcierto aún.

*En ese mismo sentido consideramos trascendente destacar un concepto que hasta ahora ha sido olvidado al plantear un Sistema Nacional de Salud, nos referimos a la necesidad de diseñar lo que hemos denominado “**la transición del cambio**”.*

La historia recoge múltiples antecedentes de propuestas de Sistema Nacional de Salud que fueron al fracaso, que de acuerdo a nuestra interpretación tuvo su causa primordial justamente en la ausencia de un proceso transicional, muy necesario cuando se quiere implementar un cambio tan profundo desde todo punto de vista.

Construir un “modelo de transición” a partir de la actual estructura organizativa de los servicios de salud existente en el país es, a nuestro entender, la mejor forma de asegurarle viabilidad al cambio.

*La Federación Médica del Interior se siente profundamente involucrada en este proceso de cambio y en alcanzar como meta un **Sistema Nacional de Atención Médica** construido sobre las bases y principios éticos que reafirmamos en este Documento.*

Es nuestro deseo que la experiencia de la FEMI, de casi cuarenta años de servicio y compromiso con la población del interior del país, signifique un aporte más para el logro de este objetivo.

Dr. Yamandú Fernández
Julio de 2004

ALCANCE Y OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

La FEMI organización gremial y asistencial de los médicos del interior del país, a lo largo de su corta pero rica historia ha dedicado todos sus esfuerzos a la dignificación de la profesión médica. Dignificar el trabajo médico es por un lado mejorar las condiciones profesionales y laborales de los colegas, pero fundamentalmente es lograr mejorar la calidad de vida de la población asistida.

En estos casi cuarenta años de vida la Federación ha ido cumpliendo metas y objetivos, pero los desafíos y las dificultades son de renovación constante, por ello esta es una tarea permanente y que requiere el esfuerzo de todos los integrantes de la organización.

Este período tal vez haya sido para la Federación Médica del Interior el más difícil, el que exigió el mayor esfuerzo de todos y cada uno de sus integrantes. Este momento de la historia tan cargado de inconvenientes, ha permitido reforzar los valores éticos y los principios básicos de la organización porque los mismos fueron el sustento permanente y sólido para contener los embates externos y la situación crítica vivida en estos últimos años.

La Federación Médica del Interior ha comenzado a transitar un proceso de cambios internos que están orientados hacia la consolidación de un **Sistema único gremial y asistencial de alcance nacional.**

Un aporte para la discusión

De ninguna manera debe considerarse a este Documento como un proyecto estructurado para su aplicación a nivel nacional y dar una respuesta integral a la crisis del sector salud, no es responsabilidad de nuestra organización dicha tarea. El objetivo ha sido aportar a la discusión y a la búsqueda de soluciones algunas propuestas fundamentadas en aspectos técnicos, conceptuales y de la realidad, consideradas esenciales para lograr superar la actual situación de continuas dificultades.

Tiempo de transformación para la salud en Uruguay

En Uruguay ya nadie duda y es aceptado por todos que llegó el momento de las transformaciones, de los cambios profundos, de la modernización en el sector salud en general y en las instituciones en particular.

Para poder mantener el nivel actual de calidad de las prestaciones y de los servicios ofrecidos y lograr mejorar los mismos en función de las necesidades de los usuarios y de los progresos científicos y tecnológicos, es necesario ajustar la estructura y los procedimientos de acuerdo a la realidad de nuestro país y de la región.

Es necesario comenzar un proceso que tenga como finalidad la reorganización sistémica de todos los servicios de salud del país de manera tal que sea posible asegurar una atención médica integral a toda la población. Para ello consideramos necesario establecer como objetivo principal la conformación de un **Sistema Nacional de Atención Médica Integral**.

Principales líneas políticas y estratégicas

Conformar un Sistema Nacional de Atención Médica Integral, requiere transitar un proceso de cambios a partir de la realidad actual de los dos componentes operativos fundamentales del sistema: el subsector público y el subsector privado de la salud.

Una reforma del sector salud requiere como etapa previa insoslayable, la definición de una **Política Nacional de Salud**; una política de estado proyectada a largo plazo que asegure estabilidad y sustentabilidad al

proceso de transformaciones propuesto y que trascienda los naturales cambios de autoridades o de gobierno; como resultado de los acuerdos entre los diferentes actores sociales involucrados.

Las principales líneas políticas y estratégicas, que en la visión de la Federación Médica del Interior constituyen el marco referencial conceptual para la reforma del sector salud del país, desarrolladas en este documento son las siguientes:

- **Rol de Ministerio de Salud Pública**
- **Integración de servicios**
- **Estructura de servicios.**
- **Descentralización.**
- **El modelo de atención.**
- **Adecuada gestión de los recursos.**
- **Equidad**
- **Financiamiento.**
- **La negociación y los acuerdos necesarios**
- **La transición del cambio**

El futuro es imprevisible, pero FEMI pondrá todo su esfuerzo y capacidad en la búsqueda de soluciones que logren una mejor atención médica para todos los habitantes del país, manteniendo firmes sus valores y principios esenciales que la han sustentado desde su fundación en el cumplimiento de su misión.

Comité Ejecutivo
Julio 2004

NUESTRA VISIÓN DE LA SALUD EN URUGUAY:

Principales líneas políticas y estratégicas

1. Un problema mundial
2. Tiempo de transformación para la salud en Uruguay
3. Los cambios necesarios en el sector
4. Principales líneas políticas y estratégicas
 - Rol del Ministerio de Salud Pública
 - Integración de servicios
 - Estructura de servicios
 - Descentralización
 - El modelo de atención
 - Adecuada gestión de los recursos
 - Equidad
 - Financiamiento
 - La negociación y los acuerdos necesarios
 - La transición del cambio

El inicio del nuevo siglo resultaba para el sector salud un momento especial, de cambio, de reforma, de decisiones, de organizar y repensar una estructura sanitaria que desde hacía muchos años estaba dando señales de estar pasando dificultades serias y requería modificaciones, tanto estructurales como funcionales en forma urgente.

Lamentablemente la esperanza de comenzar a transitar por un camino de cambio se fue perdiendo. Con tristeza y con impotencia fuimos testigos de un deterioro cada vez mayor del sector, con cierre de instituciones del subsector privado y con hospitales públicos en donde la atención tuvo y tiene carencias importantes. Las tibias soluciones planteadas no fueron suficientes para detener la crisis y los problemas siguieron aumentando.

En un hecho que seguramente quedará marcado en la historia del sector y del país, entre el año 1999 y el 2004 se sucedieron cinco ministros de salud, lo cual indica las dificultades existentes al momento de definir el rumbo. Este hecho, que muchas veces es recordado teniendo en cuenta solamente el aspecto inusual de la situación vivida, resultó sumamente perjudicial para el sector salud en general y para las instituciones en particular, ya que le quitó estabilidad a las medidas surgidas de la autoridad ministerial y dejó en claro la falta de un liderazgo fuerte y seguro, lo cual resulta imprescindible en un momento de cambio y transformación.

A los problemas propios del sector es importante destacar y también tener en cuenta al momento de analizar los hechos recientes, las dificultades económicas padecidas por Uruguay en los últimos años que llevaron al país a la situación más crítica de toda su historia y constituyeron un factor más de agravamiento. La crisis económica, que provocó una recesión que tuvo su punto más elevado en el año 2002, momento en el cual hizo eclosión la "crisis" bancaria y el gobierno tomó la decisión de abandonar el régimen cambiario que se venía aplicando en el país desde febrero de 1992, para pasar directamente al sistema de libre flotación de la moneda.

Dos variables que describen con elocuencia la situación económica, como la inflación y el desempleo, mostraron, durante este período, alarmantes niveles históricos. Las dificultades del Estado para pagar a sus proveedores constituyó otro factor que afectó en forma muy importante

a todas las instituciones del sector salud, por un lado a los hospitales públicos que se vieron desabastecidos y por otro a las instituciones privadas proveedoras de servicios al Estado que sufrieron graves perjuicios financieros.

1. Un problema mundial

La situación crítica de la salud en el Uruguay no es una excepción sino que es prácticamente la regla en los países en desarrollo y también en muchos países considerados desarrollados. La salud es hoy día motivo de discusión mundial y un problema muy serio para los dirigentes y gobernantes.

Prácticamente en todo el mundo se han producido numerosos esfuerzos dirigidos a introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, así como en el ordenamiento institucional propio del sector.

Estos cambios conocidos como reformas del sector de la salud, han sido sumamente diversos y, por lo general, forman parte de procesos más amplios de transformación de la vida económica, social y política de los países y de la llamada "modernización" del estado.

En los últimos veinte años varios países latinoamericanos han experimentado cambios estructurales o reformas en sus sistemas de salud. Los resultados logrados no son homogéneos. Han sido distintos en cada país, según la naturaleza de la reforma, sus objetivos, su diseño, los instrumentos utilizados, la situación de salud anteriormente existente y los recursos disponibles para alcanzar las metas propuestas. Si bien todos estos elementos son importantes para evaluar los eventuales éxitos o fracasos en los procesos de reforma, la naturaleza de la conducción política en el proceso y su negociación entre los actores involucrados han desempeñado un papel clave en los resultados logrados, sean ellos positivos o negativos.

No se pretende reformar por reformar, sino reformar con un sentido y una dirección que supongan ofrecer oportunidades a los excluidos, cubrir a los más necesitados y corregir las fallas de equidad que hoy existen en materia de situación de salud, de acceso a los servicios y de financiamiento del sector. **Las reformas de salud no pueden ser vistas**

como momentos aislados en el tiempo, sino como procesos de largo plazo donde a cada problema que se resuelve se superponen nuevas dificultades.

Los constantes avances científico-tecnológicos que se producen en el campo de la salud provocan un incremento desmesurado de los costos asistenciales, muy difíciles de absorber por las instituciones, lo cual provoca una brecha cada vez mayor en la accesibilidad de diferentes grupos poblacionales a una atención de máxima calidad acorde con su patología. Esta es hoy día una de las razones de mayor importancia para emprender el camino del cambio en los sistemas de salud.

El conocimiento de la situación de la salud a nivel internacional deja en claro que no existen paradigmas ni modelos únicos en relación a reformas y sistemas de salud y, si bien toda la información y los antecedentes son útiles, la realidad indica que cada país debe construir su sistema teniendo en cuenta las necesidades reales de la población, los recursos con que cuenta, la voluntad política de los gobernantes y su propia estructura sanitaria.

2. Tiempo de transformación para la salud en Uruguay

En Uruguay llegó el momento de las transformaciones, de los cambios profundos, de la modernización en el sector salud en general y en las instituciones en particular.

Es importante, al iniciar una instancia de cambio y transformación, reconocer y analizar en profundidad los resultados obtenidos en el pasado como forma de rescatar los elementos positivos del sistema actual y actuar específicamente modificando los sectores identificados como problema real. Hay que conocer la esencia del problema y no solamente la superficie del mismo, debemos determinar las causas, reconocer las consecuencias e identificar a todos los actores intervinientes.

Para poder ofrecer un nivel adecuado de calidad en las prestaciones y lograr mejorar los resultados en función de las necesidades de los usuarios y de los progresos científicos y tecnológicos, es necesario ajustar la estructura y los procedimientos de acuerdo a la realidad de nuestro país y de la región.

Debemos tener presente que los recursos son escasos y finitos lo cual hace necesario estimular los mecanismos de complementación de servicios, de integración, de coordinación y de focalización de las acciones de acuerdo a la vulnerabilidad de las personas, a fin de obtener los mejores resultados posibles en el menor plazo y con la mayor racionalización en la utilización de los recursos.

Uruguay debe en forma urgente emprender el camino de la reforma de las estructuras sanitarias y si bien el Ministerio de Salud Pública debe conducir dicho proceso, el mismo debe lograr la total participación de las organizaciones e instituciones que actúan en el sector.

La Federación Médica del Interior, tanto del punto de vista gremial como asistencial, ha tenido históricamente propuesta y respuesta frente a la permanente problemática que ofrece el sector.

Con el mismo espíritu de colaboración permanente en la búsqueda de soluciones, la Federación Médica del Interior a través del presente Documento brinda su aporte y su opinión en relación a los cambios que el sector salud requiere para por un lado sobrellevar la situación crítica actual y por otro proyectarse en el mediano y largo plazo. Como ya fue dicho anteriormente no se trata de un proyecto estructurado porque esa no es la función de la FEMI. Pero sí hemos creído importante en este momento establecer en forma explícita cual sería el marco conceptual más adecuado para reestructurar el sector salud y también avanzar en la definición de que es necesario modificar a fin de lograr un correcto funcionamiento de la estructura sanitaria nacional.

3. Los cambios necesarios en el sector

La Federación Médica del Interior deberá participar activamente en todas las etapas de cambio de la actual estructura de la organización sanitaria del país.

La participación de la FEMI en el proceso de cambio del sector salud debe incluir planteos que apunten a la conformación de un nuevo sistema de atención médica nacional que debe articularse en función de las necesidades de la población y de los recursos disponibles.

En la coyuntura actual se debe trabajar para lograr el propósito de conse-

guir en forma simultánea dos grandes objetivos, que están separados en el tiempo pero vinculados entre sí:

- a) Un objetivo inmediato de supervivencia institucional, tanto del subsector público como del privado, representado este último en forma mayoritaria por la asistencia médica colectiva del país.,
- b) Un objetivo de mediano a largo plazo, en el marco de una **Política de estado** orientada hacia la salud de la población, donde se defina y estructure un **Plan nacional de atención médica**. Este Plan deberá tener como finalidad asegurar atención médica integral, igualitaria, universal y accesible, a través de un sistema basado en la solidaridad y que guarde la mayor equidad en su financiación.

La realidad actual muestra al sistema “mutual” tradicional uruguayo agotado, en un país con nuevas variables económicas y financieras, y con una disponibilidad de recursos para el gasto en salud francamente menores a los más de dos mil millones de dólares que Uruguay destinaba en el 2002.

Esta realidad, este presente, está marcando en forma inexorable el inicio de un proceso de cambio hacia un nuevo sistema de salud, teniendo en cuenta que en esta materia no existen paradigmas ni sistemas ideales para copiar.

Desde diferentes sectores políticos y gremiales surge una propuesta de Seguro Nacional de Salud para resolver un Sistema Nacional de Salud sustentado en su diseño teórico por un conjunto de valores y principios que son de aceptación universal.

Coincidimos y compartimos con este objetivo al que concebimos en el marco de una política de estado orientada hacia la salud de sus habitantes. No es posible desarrollar un Sistema Nacional de Salud sustentable si previamente no se define una Política de estado en salud.

Una vez llegados a este punto es conveniente formularnos la siguiente pregunta: ¿cómo va a procesar esta instancia el gremio médico y las instituciones de asistencia médica del interior?

En primer lugar debemos tener muy claro los principios, valores e intereses que la Federación Médica del Interior en su doble carácter de organización gremial y asistencial, debe defender y promover; para lo cual hay un primer aspecto que, aunque parezca obvio es necesario destacar: el interior del país tiene una realidad económica, social y sanitaria diferente a la capitalina.

En materia de salud el interior tiene dos subsectores claramente identificados (público y privado) y un mismo equipo de salud responsable de la asistencia médica que se brinda en ambos lugares. Los médicos del interior, de una manera u otra, tienen bajo su responsabilidad la atención médica de todos los habitantes de la localidad. Por otra parte la FEMI en tanto organismo gremial y asistencial, es responsable de la defensa de los puestos de trabajo de los médicos que la integran, en los dos subsectores.

Debemos también tener presente que en los últimos años la Federación Médica del Interior se ha convertido en soporte fundamental para la atención médica de todos los habitantes del interior del país y podemos afirmar que de la vigencia y desarrollo del sistema federal de atención nacional, dependen en forma directa o indirecta un millón y medio de personas.

El valor estratégico de la FEMI de estar presente en todo el territorio nacional y ser representada por una misma organización federada, la convierte en un actor fundamental e insoslayable en cualquier ámbito de análisis y discusión de propuestas de cambio en la estructura sanitaria nacional.

Otro aspecto a tener en consideración y que tiene mucho valor es la historia y el importante desarrollo logrado por la Federación Médica del Interior en los últimos veinte años. En tal sentido es importante resaltar dos principios muy caros e irrenunciables para la organización como lo son: la descentralización y la propiedad institucional sobre los medios de producción sanitaria. Estos han sido pilares fundamentales sobre los cuales se construyó un sistema asistencial que redundó en una mejora muy importante de la atención médica y de la calidad de vida para todos los habitantes del interior del país.

La FEMI entiende que es imprescindible y muy necesario implementar

una nueva forma de financiación del sistema sanitario nacional que lo haga más equitativo. Pero este mecanismo de financiación, cualquiera que sea, no debe significar volver a un centralismo económico que implicaría retrotraernos a un pasado que mucho esfuerzo costó revertir.

Tanto los médicos como las instituciones del interior han demostrado con su trayectoria y los resultados obtenidos, que tienen capacidad para manejar con responsabilidad, eficiencia y honestidad los recursos destinados a la cobertura de salud de los habitantes del interior.

Una vez establecidos los grandes objetivos del cambio de la estructura sanitaria nacional, es necesario realizar algunas consideraciones estratégicas formuladas desde la óptica y la perspectiva federal:

- Estamos asistiendo a una crisis nacional que hizo caer precipitadamente al sistema de atención privado de Montevideo e hizo que la viabilidad de todo el sector se pusiera en duda, incluido el de nuestra federación en la medida que nuestro principal socio –el estado- entró en cesación de pagos.

Como consecuencia resurgió la figura del Sistema Nacional de Salud como una solución casi milagrosa a las penurias sanitarias del país.

Las propuestas más concretas a las que hemos tenido acceso están sustentadas en principios absolutamente compartibles: aporte equitativo de acuerdo a ingresos, integralidad del producto, universalidad, igualdad, valoración del riesgo, atenuación de las asimetrías, etc. A partir de esas premisas, se crearía una especie de superestructura que sería la gran recaudadora, administradora y controladora del sistema. La FEMI está de acuerdo en el cambio y apoya la definición de un Sistema Nacional de Salud, tal como lo aprobó en el Congreso realizado en Maldonado en 1988.

Nos permitimos no obstante, marcar algunas posiciones que son importantes para el interior.

En primer lugar debemos saber que ninguna solución va a yugular los problemas en un contexto de crisis, en la medida que los recursos económicos que la sociedad dispondrá para la atención médica son muchísimo menores que hace un

año atrás. Aún manteniendo un 10% del PBI destinado a la salud, este monto en valores constantes se redujo brutalmente y no parece posible que ese porcentaje se incremente a corto o mediano plazo. Una mejora en la equidad del aporte de acuerdo a los ingresos, si bien es un objetivo largamente deseado, no es un camino fácil políticamente hablando y no asegura mayor disponibilidad de dinero en lo inmediato.

En la dura realidad uruguaya tendremos que afrontar una creciente demanda de servicios y un encarecimiento de los mismos con menos recursos de los que teníamos antes de la caída del sistema financiero.

En ese sentido, el llamado seguro nacional de salud que se propone no puede percibirse como una solución mágica, ya que va a tener menos posibilidades económicas y financieras que el que tuvimos hasta ahora.

En conclusión, el servicio de atención de la salud que tendremos en el corto y mediano plazo (cualquiera sea la estructura recaudatoria que se le otorgue) va a ser mucho más pobre que el que disfrutamos en el Uruguay que acaba de caer.

- Como integrantes del interior le damos mucho valor al hecho deletéreo que el centralismo nos infringió (y aún hoy nos infringe) y debemos estar vigilantes a los efectos de que el seguro nacional –tal como lo hemos visto descrito- no sea un retorno al mismo.

La estructura actual del sector hizo posible que en los últimos 20 años se lograra una descentralización técnica, administrativa y económica que le dio a la población radicada más allá de la capital, una calidad asistencial que hoy no está dispuesta a perder.

Este desarrollo basado en la correcta administración y en la descentralización transfirió sus aportes al sector público que se nutrió, y lo sigue haciendo, de los técnicos, especialistas, desarrollo tecnológico de todo tipo e infraestructura que implantó el sector cooperativo.

La creación de una nueva estructura en la salud

(“superintendencia”), que actúe como un elemento centralizador, podría significar un retroceso de consecuencias impredecibles en la organización cooperativa del interior. La presencia de un órgano burocrático va a ser un nuevo costo a imponer al sector y un centro de poder que (si se considera necesario) habrá que definir con precisión tanto en sus funciones como en su jurisdicción para que no sea solamente un instrumento más de la cúpula, o un competidor de los actuales controladores.

Por tanto y por respeto a esa trayectoria, la organización gremial y asistencial del interior deberá participar como tal en cualquier estructura que tenga como objetivo la prestación, administración y financiación de la atención sanitaria del país.

- En nuestro interior, el acento en cualquier reforma lo ponemos en la mejor distribución de los recursos en salud.

La desigual implantación de recursos humanos y recursos médicos en el sector, entre la capital del país y su interior, se superpone a la brutal acumulación de los recursos financieros en Montevideo. Debemos terminar con un servicio de salud privilegiado en Montevideo con respecto al resto del territorio nacional.

En ese nuevo escenario en que se va a desarrollar el drama de la asistencia a la enfermedad, nuestro país va a tener que ser muy cauteloso y racional en el gasto. En consecuencia no pretendemos desconocer que habrá que pautar con ponderación la inversión del sector y en ese sentido la capital por muchas razones deberá seguir siendo un referente y es bueno que así sea. Pero esa referencia deberá obedecer a parámetros técnicos y asistenciales desvinculados de intereses corporativos. Deberá ser una referencia que apunte a la igualdad de oportunidades y de respuestas.

En consecuencia se debe mejorar la distribución de los recursos y equilibrar en el plazo más breve posible la brecha a favor de la capital del país con respecto al interior, en lo atinente a inversión y “gasto” en salud.

- Consideramos indispensable la consolidación del sistema solidario de asistencia que le ha dado al Uruguay estándares envidiables de salud en relación a su capacidad productiva.

Esa solidaridad con respecto a la forma de aporte debe extenderse a todos los componentes inclusive el prestador. Esto que reclamamos para el sistema, es hoy doctrina en la FEMI a partir de la decisión gremial de remunerar en función de un salario y no del "acto médico", fortaleciendo a los trabajadores médicos en su conjunto, como factor sustancial en la prestación de los servicios e indispensable para el cambio de modelo de atención.

Cualquiera sea el mecanismo de retribución que apliquemos siempre va a haber injusticias, pero los médicos del interior por amplia mayoría nos dimos el que rige a partir del año 1993, basado en el sueldo básico como unidad.

El panorama general apunta a buscar respuestas en la rebaja salarial de los trabajadores del sistema, en la fragmentación de la oferta y en la redefinición de la canasta de servicio, elementos que conspiran contra lo que ha sido el corazón del sistema uruguayo de atención médica, y que no compartimos como solución definitiva.

- En los tiempos que vienen deberemos redefinir con criterio político las funciones del estado en todos los terrenos y entre ellos en el de la asistencia médica. Cual será en ese sentido el rol del Ministerio de Salud Pública en la atención, en la prevención y la recuperación del enfermo y por otro lado como fortalecer sus tareas fundamentales de supervisor, controlador, normatizador y regulador del sector en su conjunto. El estado deberá ser un garante de la calidad y eficiencia con que se presta el servicio como una forma de devolver la confiabilidad al sistema.

Es necesario que la función fiscalizadora del Ministerio se cumpla eficazmente –e inclusive prevalezca sobre la prestadora- en la medida que es inherente e intransferible como estado. Hoy por hoy se hace absolutamente necesario devolverle al mismo la credibilidad popular en tanto garante de la salud.

4. Principales líneas políticas y estratégicas

Conformar un Sistema Nacional de Atención Médica Integral, requiere transitar un proceso de cambios a partir de la realidad actual de los dos componentes operativos fundamentales del sistema: el subsector público y el subsector privado de la salud.

Se desarrollará a continuación las principales líneas políticas y estratégicas, que en la visión de la Federación Médica del Interior constituyen el marco referencial conceptual para la reforma del sector salud del país.

Una reforma del sector salud requiere como etapa previa insoslayable, la definición de una **Política Nacional de Salud**; una política de estado proyectada a largo plazo que asegure estabilidad y sustentabilidad al proceso de transformaciones propuesto y que trascienda los naturales cambios de autoridades o de gobierno; como resultado de los acuerdos entre los diferentes actores sociales involucrados.

Rol del Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública debe ser el responsable de la ejecución de las políticas de salud, y de controlar el funcionamiento total del sector salud. Esta función, que incluye la normatización, el control y la fiscalización, es propia y exclusiva del Ministerio y no puede ser delegada.

La definición del **marco normativo** del sector es una función excluyente del Ministerio de Salud Pública y debe ser considerada una actividad central del mismo en virtud de las consecuencias que tiene sobre la totalidad de los prestadores y de la atención que reciben los usuarios.

En un nuevo marco sanitario sería adecuado que el Ministerio de Salud Pública no actuara en el mercado sanitario como prestador de servicios, evitando ser "juez y parte"; concentrando todos sus recursos en el cumplimiento de las funciones consideradas esenciales e intransferibles.

De acuerdo a la política de salud definida y al modelo asistencial adoptado el Ministerio definirá la estructura de servicios de atención que se requiere, tanto en cantidad como en el nivel de atención que deben prestar. Resulta esencial en esta tarea la optimización de los recursos existentes para evitar superposiciones. Es fundamental en tal sentido el

fortalecimiento de las instituciones de asistencia médica colectiva a través de la incorporación de nuevos sectores de la sociedad a las mismas; se debe considerar para ello la posibilidad de universalizar la afiliación de los trabajadores públicos (tal como sucede con los privados) en el marco de la Seguridad Social.

Otra función de gran importancia y propia del Ministerio de Salud Pública es el diseño de **Programas de salud** de extensión nacional que sean implementados por todas las instituciones del sector. Los mismos deben ser la respuesta a la realidad epidemiológica y demográfica del país y estar sustentados por el criterio de riesgo, es decir variables de acuerdo a la vulnerabilidad de las poblaciones. Los programas de salud deben tener un importante grado de difusión a la población en general y a todas las instituciones del sector a los efectos de su implementación. Es función del Ministerio controlar el cumplimiento de dichos programas y sobre todo su aplicación en aquellas áreas o poblaciones con mayor riesgo.

Integración de servicios

En el marco de una Política Nacional de Salud, la integración de los servicios de salud públicos y privados constituye para la Federación Médica del Interior el punto de partida para lograr una racionalización de los recursos existentes y avanzar en forma paulatina y segura hacia la conformación e implantación del Sistema Nacional de Atención Médica Integral.

Esta integración debe establecerse entre instituciones que brinden asistencia médica integral y sin fines de lucro, que en el caso del subsector privado están representadas por las **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)**.

Integración y complementación de servicios a través de prestaciones comunes y la visualización de toda la población objetivo en su conjunto y no de acuerdo a sectores o subsectores, es la modalidad asistencial que permitirá mejorar la calidad de la atención sanitaria y también la satisfacción de todos los usuarios.

La integración debe ser la meta a fin de evitar las superposiciones y duplicaciones tan frecuentes en la actualidad y que son la más clara

demostración del “derroche” y la irracionalidad de la estructura sanitaria.

Muchos pretenden justificar la actual superposición de servicios con el argumento de que es a través de la “competencia” que se logra mejorar las prestaciones, su calidad, su costo y la accesibilidad de los pacientes y usuarios. Nada más alejado de la realidad si tenemos en cuenta los elevados costos que hoy tiene el sistema y las dificultades cada vez mayores para acceder a los servicios de salud. **El camino de la competencia conduce inexorablemente a la duplicación de servicios y a un aumento ineficiente de los costos.** En cuanto a las prestaciones, no existe demostración que permita afirmar que “la competencia es garantía de calidad”. Eliminar la competencia no implica en ningún caso suprimir los criterios de calidad de la atención médica y el estricto control que debe ejercer la autoridad sanitaria sobre las instituciones para que las mismas cumplan con los estándares requeridos en las normas.

El término “competencia” debe ser utilizado con extremo cuidado cuando el producto que se ofrece esta vinculado al proceso salud-enfermedad. Las particularidades que ofrece el mercado de la salud, que lo hacen un mercado imperfecto, determina que las instituciones que participen del mismo deben tener en cuenta que las prácticas comerciales habituales no siempre pueden ser aplicadas.

En la estructura de servicios propuesta por la Federación Médica del Interior, la integración, la complementación y la coordinación de servicios son el eje fundamental, en sustitución de la “competencia” y la compra-venta de servicios. **La integración constituye el paso final y el objetivo último del proceso que en primera instancia coordina y complementa servicios y que culmina con la integración, tanto de los prestadores como de los usuarios en un sistema único de atención.**

La integración real de los servicios públicos y privados, implica tanto la planificación conjunta de la atención sanitaria, como la concreción de acuerdos interinstitucionales de ejecución de largo plazo. Esto permite actuar dentro de un marco seguro con independencia de los cambios que se produzcan en las autoridades de las organizaciones intervinientes.

La planificación conjunta de la atención sanitaria de una localidad (por ejemplo un departamento) es una actividad esencial y que está en la base tanto de la integración como de la efectiva complementación de

servicios. La planificación exige contar con información precisa y actualizada en relación a la situación epidemiológica, demográfica y de todos los recursos de salud existentes en la localidad.

La sobredemanda existente en la actualidad en el subsector público, lo cual genera a los usuarios múltiples inconvenientes asistenciales, es uno de los problemas que es posible resolver a través de la integración local de los servicios de salud. En el interior el 70% de la población es usuaria de los servicios públicos provocando en muchos lugares serias dificultades asistenciales porque la demanda desborda la oferta existente en el sector. Dicha situación seguramente mejoraría si parte de esas personas pudieran ser asistidas a través de las instituciones de asistencia médica colectiva, mejorando por un lado su calidad asistencial y por otro vigorizando el sistema de atención colectivo y solidario. De esta manera se establecería una relación real de complementación asistencial interinstitucional y una optimización en la utilización de los recursos.

El Sistema FEMI tiene actualmente una capacidad instalada, con recursos humanos y tecnológicos en calidad y cantidad suficiente como para asumir el desafío de la atención médica de otros sectores sociales de la población del interior, que en la actualidad por limitantes socio-económicas se encuentran vinculados, formal e informalmente, al subsector público.

La incorporación de usuarios del subsector público a la atención médica colectiva supone un cambio positivo en la relación del sector público con el privado, en el sentido de modificar el procedimiento de la compra de servicios por parte del estado, lo que ha sido siempre motivo de conflicto de intereses y dificultades financieras, por un mecanismo de complementación, coordinación e integración, mucho más compatible con la transparencia y la claridad que todos los sectores reclaman.

En forma progresiva debe producirse la desaparición del criterio de "pertenencia" a un subsistema asistencial público o privado; los pacientes deben tener acceso a un sistema local de atención único en el cual no exista competencia por una porción del mercado sino la búsqueda de una solución integral que permita la atención de toda la población, con independencia de su capacidad económica.

Estructura de servicios

Es necesario racionalizar y consolidar la estructura de servicios de salud, adecuándola tanto a las necesidades de la población como a la realidad actual del país, de forma tal que se pueda conformar un **Sistema Nacional de Atención Médica Integral**, en el cual todos sus componentes (públicos y privados) actúen coordinada y complementariamente teniendo como meta final la integración funcional.

Es imprescindible rescatar los valores esenciales de la asistencia médica colectiva y también de la cultura de la atención hospitalaria pública, potenciar los mismos y reorganizar a cada una de las instituciones que componen el sector, llevando al afiliado, al usuario al centro del problema, reorientando las soluciones de acuerdo a sus reales necesidades y ajustando el funcionamiento del sistema todo a sus requerimientos.

La nueva estructura organizativa debe estar sustentada por un marco normativo dinámico, que se adapte con rapidez a los cambios culturales, económicos, tecnológicos y de las diferentes modalidades de atención que se apliquen.

La estructura sanitaria debe basarse en los principios de equidad y solidaridad, debe tener un funcionamiento completamente descentralizado en la ejecución de las acciones y prestaciones del sistema, debe estar sustentada por los criterios de eficacia y eficiencia, debe considerar al individuo como el centro de la misma por encima de otros intereses y asegurarle atención médica integral.

Atención médica integral. El hecho que los servicios de salud, tanto públicos como privados, brinden una atención integral debe ser un concepto prioritario en la nueva estructura sanitaria. **La atención médica integral incluye acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles de atención, con un enfoque somático, psicológico y social.** La integralidad de las prestaciones debemos relacionarla con el criterio de "suficiencia" de las mismas frente a determinado proceso patológico, lo cual siempre debe estar sustentado científicamente.

Descentralización

Muchos han sido y son, los motivos que han llevado a una postergación de los intereses del interior frente a la capital. Sin lugar a dudas que la expresión máxima de esta situación, la encontramos en la permanente transferencia de recursos hacia Montevideo, en lo que ha sido históricamente el ejercicio constante de una práctica centralista.

Esta es la razón por la cual la descentralización es un concepto y un principio fundamental para la Federación Médica del Interior, que debe ser considerada además, como una de las estrategias principales para lograr un funcionamiento adecuado de todas las estructuras del sector salud en el país.

La descentralización, en el contexto de un Sistema de Salud no implica un fraccionamiento de los componentes del mismo, sino que por el contrario tiene como propósito la sumatoria de las potencialidades de cada una de las unidades que lo conforman.

Centralización y descentralización no son conceptos antagónicos, lograr el justo equilibrio entre ambos brindará al sistema los resultados más favorables. Contar con una estructura ejecutiva descentralizada, eficiente y de calidad debe ser la meta. Pero dicha estructura debe estar sustentada, contenida, por una estructura de principios común (centralización normativa) en el contexto de una dirección estratégica única. Es necesario contar con un marco normativo común, amplio, flexible, que permita a los actores locales su aplicación de la forma más adecuada, promoviendo la integración, la coordinación y la racionalización de los recursos humanos, materiales y económicos.

Para ser efectiva la descentralización no puede limitarse solamente a los reglamentos y normas sino a la realidad operativa, con el traspaso de las decisiones, la gestión, la disponibilidad de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.

Descentralización es un concepto que debemos vincular fuertemente con el criterio de accesibilidad a las diferentes prestaciones de la atención médica. El hecho de descentralizar no siempre está vinculado a la presencia física del técnico, del profesional o del equipamiento, sino

que el concepto esencial debe ser el de lograr el acceso igualitario a determinada prestación médica.

Lograr una efectiva descentralización ejecutiva y una centralización normativa constituye uno de los desafíos más importantes de la nueva estructura sanitaria y un factor básico en la necesaria racionalización y aplicación equitativa de los recursos del sector salud.

El modelo de atención

Uno de los elementos más importantes en el nuevo Sistema Nacional de Atención Médica Integral es promover un modelo de atención orientado a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, encarando el proceso de atención como una acción integral y fortalecido por una adecuada gestión de los recursos por parte de los profesionales intervinientes.

Toda la estructura sanitaria debe desarrollar en forma prioritaria acciones orientadas al mantenimiento de la salud, la promoción de un estilo de vida saludable y la prevención de la enfermedad, actuando para ello fundamentalmente a nivel de la comunidad.

La definición del modelo de atención resulta un factor sumamente importante en la formación del recurso humano que actuará en el sector salud, la adaptación de los programas al mismo y la asignación de recursos de acuerdo a las reales necesidades asistenciales permiten obtener un personal que se ajusta al sistema de atención, tanto en calidad como en cantidad.

Es necesario desarrollar el concepto del autocuidado sobre la base de que el mismo es una responsabilidad individual intransferible. Por ello es muy importante la promoción de un estilo de vida saludable, combatiendo conductas autoagresivas y factores de riesgo que provocan daño a quien las practica, pero que también resultan una carga adicional para el resto de la sociedad.

La revalorización de la relación médico-paciente es otro elemento que debe ser especialmente considerado en el marco del nuevo modelo de atención. En tal sentido es necesario lograr una mayor coordinación intra e interinstitucional que asegure una continuidad en la atención. El médi-

co debe tener una visión integral de la persona, incluso un conocimiento de su entorno ambiental y familiar, lo cual se logra con un mayor contacto y relacionamiento.

El paciente y su familia deben pasar a desempeñar un rol central en el proceso de salud-enfermedad. Los médicos integrarse en un equipo con el resto del personal de la salud para realizar una medicina basada en la evidencia clínica, teniendo a los especialistas como aliados para resolver aquellas situaciones que exceden sus posibilidades.

El fortalecimiento del primer nivel de atención debe ser implementado y priorizado en el nuevo sistema nacional de atención médica y esta es una forma de contribuir con la implantación del nuevo modelo de atención, pues en dicho nivel es donde el contacto con los usuarios es cuantitativamente mayor y las acciones preventivo promocionales logran un mayor impacto.

La gestión responsable de todos los recursos que tiene a su disposición el médico para realizar su actividad forma parte del nuevo modelo de atención a implementar, y debe ser considerado como un factor esencial para racionalizar y aplicar los mismos en una forma más equitativa.

El médico tiene el deber en primer lugar de brindar al paciente una atención de primer nivel, pero también es responsable de aplicar en forma correcta las medidas diagnósticas y terapéuticas requeridas. Lograr eficacia y efectividad en las decisiones clínicas adoptadas por los médicos y una relación costo-beneficio de las mismas sustentada en criterios científicos, es el objetivo.

Es necesario que el modelo de atención logre un equilibrio que permita desarrollar la actividad médica de acuerdo a los conocimientos y formación académica, pero a su vez se considera esencial proporcionar los instrumentos que brinden a las decisiones clínicas una mayor efectividad y eficiencia. Así mismo el Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) debe ser priorizado teniendo en cuenta el dinamismo de los cambios y la necesaria actualización del profesional de la salud.

Consolidar al médico de familia o médico de cabecera o médico "generalista" como base y cimiento del sistema nacional de atención médica y a su vez como puerta de entrada al mismo se considera esen-

cial. El médico de familia constituye hoy una herramienta muy importante para implementar un nuevo modelo de atención basado en la prevención y en la promoción, permite además racionalizar el uso de los recursos focalizando los mismos donde más se requieren y cuenta con gran aceptación a nivel de toda la sociedad. En una modalidad asistencial de características muy similares a las del médico de familia, el médico rural constituye un muy buen ejemplo de la integralidad asistencial y aplicación racional de los recursos. Por lo cual se considera que dicha función y la actividad que desempeñan deben ser revitalizadas y revalorizadas.

Adecuada gestión de los recursos

La correcta gestión de los recursos asignados al sector salud constituye un factor esencial para alcanzar las metas de salud previamente definidas y de esta forma impactar en las poblaciones más necesitadas.

La gestión debe ser una preocupación permanente para todos los actores del sector a los efectos de mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los procesos de la atención médica y administrativos.

La diferencia entre las necesidades y los recursos disponibles es prácticamente una constante, lo cual exige que los mismos sean utilizados racionalmente. La forzosa limitación de los recursos y el progresivo desarrollo de las técnicas diagnóstico-terapéuticas hacen necesario considerar a la gestión como una actividad prioritaria en los servicios de salud.

Equidad

Los cambios que se produzcan en la actual estructura sanitaria nacional deben ser la respuesta a una necesidad que desde hace mucho tiempo no está siendo bien resuelta, pero debe ser además y en forma primordial una respuesta ética y socialmente válida, con base en los principios de justicia y equidad.

La justicia como la equidad del sistema deben ser considerados valores esenciales y respetarse tanto en el acceso a los servicios como en las prestaciones y en la financiación del mismo. El Sistema Nacional de

Atención Médica debe ser equitativo en su financiamiento, lo cual quiere decir que el aporte que realizan al mismo quienes lo integran en calidad de usuarios, debe ser en función de su capacidad contributiva. Además debe ser equitativo en la aplicación y en la utilización de los recursos económicos de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Financiamiento

La determinación de los recursos financieros para resolver un Sistema Nacional de Atención Médica debe realizarse en función de las necesidades de la población a asistir. No obstante lo cual, la asignación y la disponibilidad real de los mismos depende de definiciones políticas de gobierno. Si la meta es simplemente adecuar las prestaciones de salud al presupuesto disponible eso es solamente un "ajuste" pero no una reforma o un cambio del sistema.

Una vez conocida esta definición y resuelto un acuerdo social, que incluya a todas las fuerzas, entonces sí será posible definir el modelo de atención, la estructura de servicios asistenciales, la formación de los recursos humanos y por último los costos y el financiamiento de todo el sistema.

La Federación Médica del Interior reafirma los principios de justicia y equidad en la financiación del sistema y sostiene enfáticamente que el mecanismo de aporte al nuevo sistema de salud, cualquiera sea su organización, debe estar en función de la capacidad contributiva del individuo o del grupo familiar.

Es fundamental dejar bien claro que se parte de la concepción de que, si se busca la equidad de las prestaciones de salud, los servicios a que tengan acceso las personas y las cargas financieras que los sustentan, deben basarse en el principio de justicia redistributiva. Es decir, aquel en el cual la persona aporta de acuerdo con sus posibilidades y recibe las prestaciones de acuerdo con sus necesidades, independientemente de la forma de afiliación y de contribución.

A partir de esta definición conceptual cabe realizar las siguientes preguntas:

- 1. ¿la Seguridad Social puede ser un mecanismo de financiación adecuado para cumplir con este propósito?,**

2. ¿debe participar el estado en la financiación del sistema?

1. La financiación del sistema no constituye un fin en sí mismo, debe ser una función subordinada al mejor cumplimiento de los objetivos de equidad y justicia social, así como a una correcta asignación de los recursos financieros a las instituciones prestatarias de los servicios.

A la hora de definir el o los mecanismos de financiación, es necesario tener en cuenta lo que significa la experiencia de la Seguridad Social en nuestro país.

El BPS y más concretamente DISSE, constituyen un pilar fundamental para todo el sistema de la Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay. Este es prácticamente el único ejemplo de financiación de los servicios de atención médica que guarda equidad en el aporte, dado que la contribución al sistema se hace a través de un porcentaje del salario del trabajador.

Entendemos que tenemos en la Seguridad Social una experiencia importante y valiosa que debe ser tenida en cuenta como un camino posible para la financiación del Sistema Nacional de Salud.

La ampliación de la cobertura del beneficio a otros sectores de la población tales como los trabajadores públicos, la familia de los trabajadores privados y el resto de los jubilados; podría perfectamente ser la forma para llegar a la cobertura universal, guardando la equidad que le exigimos al sistema.

Por lo tanto **la Federación Médica del Interior propone profundizar y extender la experiencia lograda por la Seguridad Social en el Uruguay.**

2. La participación del estado en la financiación del sistema a través de aportes presupuestales, es necesaria para hacerse cargo de aquellos sectores de la población sin capacidad contributiva.

Otro aspecto a resolver dentro del concepto de la financiación, es la

forma en que las instituciones prestatarias de la atención médica integral recibirán los recursos que les permita recuperar los costos operativos y mantener el necesario equilibrio económico.

Finalmente debemos establecer que cualquier mecanismo con las características de “Seguro de Salud”, debe apuntar desde el inicio a tener carácter **universal y obligatorio**.

No parece adecuada la idea de comenzar creando un “seguro único del subsector privado”, para posteriormente incorporar al subsector público. Planteamientos de este tipo no resuelven el problema de fondo y desvirtúan el gran objetivo de crear un Sistema de carácter nacional.

La negociación y los Acuerdos necesarios

Los cambios que es necesario aplicar al “sistema” actual de salud deben surgir y además contar con el acuerdo de todos los actores que intervienen en el sector.

Lograr que los diferentes intereses de todas las organizaciones involucradas se vean contemplados no es una tarea sencilla, pero resulta esencial tanto para la implementación de los cambios requeridos como para el mantenimiento de los mismos en el tiempo.

Las transformaciones no deben ser una creación teórica apartada de la realidad ni tampoco una copia trasladada de otro país, por lo cual resulta fundamental el aporte de todos quienes de una forma u otra intervienen en el sector salud. La suma de diferentes opiniones y la amplia participación serán un factor de éxito y respaldo a los cambios que deben implementarse. Si bien es necesario contar con la mayor información posible de lo que ocurre a nivel mundial, debemos adaptar las propuestas a la realidad nacional y tener en cuenta las características del país y de sus habitantes.

También resulta esencial el conocimiento de lo que quiere la gente, es decir cuales son las expectativas que se tienen con respecto a la salud y la enfermedad y qué es lo que espera el usuario como resultado final de una transformación del sistema de salud. Esta información debe ser un insumo que los diferentes actores deben conocer a los efectos de que las propuestas estén siempre orientadas a resolver problemas reales y dar

respuesta a necesidades manifestadas por los usuarios y la población en general.

Resulta imprescindible también, en el marco de los cambios que es necesario realizar, contar con el acuerdo más amplio posible entre todas las fuerzas políticas. Este acuerdo interpartidario brindará al proceso de transformaciones del sector salud una mayor sustentabilidad en el tiempo, así como independencia de los cambios político partidarios que puedan ocurrir en el dinamismo propio de un régimen democrático.

La consecución de estos acuerdos requiere un fuerte liderazgo ya que será necesario sobrepasar barreras ideológicas, económicas, culturales, así como intereses individuales y corporativos.

La transición del cambio

El proceso de transformación de la estructura sanitaria nacional debe ser progresivo y desarrollado en etapas, de forma tal que las partes que componen el “sistema” puedan adaptarse a los cambios tanto en su funcionamiento como en su organización interna.

La urgencia en la obtención de resultados lleva muchas veces a cometer errores que provocan como consecuencia un desconcierto general y desconfianza en la nueva propuesta.

En tal sentido se considera trascendente destacar un concepto que no ha sido suficientemente desarrollado como es el de la **“transición del cambio”**.

Construir un “modelo de transición” a partir de la actual estructura organizativa de los servicios de salud existente en el país es una etapa básica, fundamental e insoslayable para asegurar la viabilidad del cambio.

A los efectos del diseño de dicho “modelo” FEMI esboza un primer planteo conceptual y de acciones concretas, a partir de las cuales comenzar a construir el camino de la transición:

1. Desde el comienzo es necesario encarar el problema del sector salud en forma global, es decir con acciones dirigidas tanto al sector público como al privado. Intentar resolver las situaciones problema de un subsector (por ejemplo

el privado) para luego incorporar al resto, no consideramos que sea un camino adecuado.

2. Es fundamental realizar al inicio un correcto relevamiento e identificación de todos los recursos disponibles en el sector. De esta manera es posible conocer la actual capacidad de respuesta del mismo.
3. En relación al financiamiento, en esta primer etapa del proceso de transición, la Seguridad Social debe tener un rol principal. En forma progresiva deben incorporarse nuevos sectores de la población (trabajadores públicos, familiares, pasivos no incluidos en la actualidad) a la cobertura actual de los trabajadores formales de la actividad privada (ex DISSE).

Se debe mantener el concepto del aporte compartido entre el trabajador y el empleador, así como la proporcionalidad del mismo (mecanismo equitativo ya que quien más gana más aporta).

Por otra parte, esta medida redundará en una degravitación a la actual sobredemanda que tiene el subsector público y por tanto en un mejor aprovechamiento de los recursos públicos asignados a la salud.

4. Relación entre los prestadores público y privados. Se debe comenzar con un proceso de complementación, coordinación e integración local de servicios públicos y privados. Este proceso está orientado a lograr un mejor y más amplio beneficio de todos los usuarios y un adecuado aprovechamiento de los escasos recursos disponibles. La integración de servicios se encuentra ampliamente justificada en la mayor eficiencia que le asegura al sistema, en oposición a la competencia como estrategia, lo cual implica necesariamente una duplicación de servicios y un incremento de los costos.
5. Es necesario desde el inicio profundizar el concepto de cambio del modelo de atención y de gestión. Cambio de modelo en los términos ya explicitados y que es posible comen-

zar a aplicar en forma inmediata, una vez que el mismo sea pautado y normatizado correctamente.

6. Control y regulación de costos. Los sobrecostos y los costos inducidos al sistema como consecuencia del lucro desproporcionado perseguido por algunos sectores de la industria y por diferentes grupos empresariales médicos y no médicos, es un fenómeno que rápidamente necesita ser abatido y que tendría un efecto beneficioso e inmediato sobre la operativa de las instituciones públicas y privadas. A modo de ejemplo se menciona la posibilidad de instrumentar un mecanismo de compra centralizada de insumos para todo el sistema.
7. Instalación de un ámbito de trabajo y concertación programática con representación amplia del sector, que tendrá como propósito concretar los acuerdos necesarios para la instrumentación de las transformaciones.

.....

