

**P R O P U E S T A**

Gobierno Progresista  
Hacia la construcción  
de una Política  
de Estado en Salud

**C A D E S Y C**

Centro Artiguista por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales



# PROPUESTA

## Gobierno Progresista

## Hacia la construcción de una Política de Estado en Salud

*... "un hombre de estado debe  
ser sabio; tan sabio como para  
saber que no sabe nada"...*

SÓCRATES

Se terminó de imprimir en  
Caligráficos S.A.  
Luis Surraco 2581  
Telefax: 480 3095 - 486 0070  
Montevideo - Uruguay  
E-mail: caligraf@adinet.com.uy

Depósito Legal: N°



---

***Estimados amigos:***

*Este trabajo es un documento de análisis y reflexión elaborado por los mas de 30 integrantes del grupo “Salud” del CADESYC. Este grupo está constituido por muy diversos actores de la salud: funcionarios y trabajadores tanto del subsector público como privado, médicos de distintas especialidades y con diferentes realidades laborales, odontólogos, psicólogos, parteras, trabajadores sociales, enfermeros y profesionales de otras disciplinas (contadores, abogados y escribanos) con responsabilidades en la administración de salud. Además de estos compañeros que han trabajado en forma sistemática desde hace ya varios meses, se contó con el aporte de diferentes profesionales que puntualmente contribuyeron a la discusión y elaboración de las distintas propuestas. Una importante presencia de compañeros del interior del país y algunos comentarios y críticas llegados del exterior ayudaron a conocer y comprender las diferentes realidades, constituyéndose en un muy valioso aporte a una visión integradora de esta problemática.*

*Muchos documentos referentes a políticas sanitarias, publicaciones técnicas y científicas, informes de organismos nacionales e internacionales, distintos trabajos de asociaciones gremiales y profesionales y los programas de Políticas De Salud de los diferentes partidos políticos, fueron considerados y discutidos en profundidad por los integrantes de este equipo.*

*Es este entonces un documento para la discusión, en el que pretendemos volcar responsablemente nuestras opiniones. Fue premeditadamente elaborado como un trabajo de difusión, evitando la utilización de un lenguaje excesivamente técnico en el entendido de que debe ser un insumo para la reflexión de todos aquellos que pensamos que para cualquier sistema de salud lo principal es preservarla.*

---

---

# Hacia la construcción de una Política de Estado en Salud

---

## Contenido

<b>1. LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD EN URUGUAY</b> .....	<b>5</b>
• Contexto administrativo, político y social de los servicios de salud del subsector público .....	5
• Algunas consideraciones sobre la estructura y la gestión del subsector público .....	7
• Contexto administrativo, político y social de los servicios de salud del subsector privado .....	9
• Algunas consideraciones sobre la estructura y la gestión del subsector privado .....	10
• Otras consideraciones a abordar a fin de elaborar una Política de Salud .....	10
<b>2. NUESTRA PROPUESTA: SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)</b> .....	<b>13</b>
• Aportes para la elaboración de una normativa articuladora del SNIS .....	14
• Forma de financiación del SNIS .....	16
<b>3. COMO LLEGAR AL SNIS. MEDIDAS INMEDIATAS Y A MEDIANO PLAZO</b> .....	<b>17</b>
A. Reorganización de aspectos administrativos, asistenciales y de gestión del MSP .....	18
B. Hacia el cambio de modelo asistencial: pre-proyecto para el Plan Nacional de Atención Primaria en Salud .....	22
C. Apuntes para la instrumentación de una Política Nacional de Medicamentos .....	27
<b>4. PROGRAMAS ESPECÍFICOS: DE COMO INSTRUMENTAR ALGUNAS ACCIONES EN SALUD DENTRO DE LAS POLÍTICAS DE ESTADO</b> .....	<b>31</b>
A. Consumo problemático de drogas legales e ilegales .....	31
B. Salud Bucal .....	37



# 1

## La problemática de la salud en el Uruguay

**Análisis crítico, sus posibles interpretaciones y algunas propuestas de discusión para la formulación de una Política de Estado en Salud**

La preocupación fundamental del Grupo de Salud del CADESYC se ha centrado en elaborar un análisis crítico de algunos aspectos esenciales del funcionamiento del sistema de salud de nuestro país que permita encarar sobre bases sólidas la construcción de una **Política de Estado en Salud**.

El concepto fundamental de este análisis y de las diferentes estrategias futuras de trabajo así como de las soluciones propuestas, está firmemente basado en que, tal como lo expresa la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se define **no sólo como la falta de enfermedad sino como el estado de bienestar de los individuos que componen la sociedad**.

**La salud es por lo tanto un derecho humano fundamental y un asunto social, económico y político.** Una vida saludable implica trabajo, vivienda digna, alimentación, educación, etc. y hasta tanto no se consigan disminuir o eliminar la desigualdad, la pobreza, el desempleo y otras muchas inequidades existentes en nuestro país, no podremos

tener los niveles adecuados de normalidad biológica, psicológica y social, compatibles con una buena salud de nuestros ciudadanos.

### **CONTEXTO ADMINISTRATIVO, POLÍTICO Y SOCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SUBSECTOR PÚBLICO)**

Las políticas nacionales de salud se planifican en cada gobierno como parte del Plan de Gobierno, adjudicándole una proporción del Presupuesto Nacional que ha oscilado en los últimos años en nuestro país entre el 10% y el 11% del Producto Bruto Interno (PBI). Esto coloca a Uruguay entre los primeros países en el mundo en porcentaje de PBI destinado a financiar la salud y sin embargo ocupa la posición 65 cuando se evalúa la calidad de la salud que se brinda.

Este hecho es sin duda preocupante y puede ser explicado por múltiples factores pero entendemos que hay uno principal: la absoluta falta de una Política de Estado en Salud por parte de los gobiernos que hemos tenido en los últi-



mos 40 o 50 años, lo que ha llevado a una pésima administración de los recursos humanos, económicos y técnicos y al consiguiente deterioro de las condiciones sanitarias de la población.

Veamos algunos ejemplos. Mientras que las condiciones demográficas, epidemiológicas y sociales de nuestro país han cambiado radicalmente en los últimos 50 años las estructuras asistenciales se mantienen casi intactas. Actualmente existe una población envejecida (12.8% tiene más de 65 años de edad) con una baja Tasa Bruta de Natalidad, en donde las tres principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y los accidentes. La población que vive bajo el nivel de pobreza ronda el millón de personas (1/3 de la población del país). Problemas como la desnutrición infantil, la infantilización de la pobreza, un consumo cada vez más importante de drogas de abuso tanto legales como ilegales, eran casi impensables a mediados del siglo pasado. Sin embargo, el Uruguay sigue teniendo la misma estructura asistencial de 1950, pero peor aún, deteriorada, mal remunerada para la inmensa mayoría de sus trabajadores, mercantilizada y con una muy reducida actividad en sectores como la educación y la prevención de la enfermedad.

La organización de los servicios de salud en el Uruguay está dividida en un subsector público y un subsector privado. El subsector público incluye: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Banco de Previsión Social (BPS), la Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas y el Instituto de Higiene, los Ministerios de Defensa e Interior con los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial respectivamente, el Banco de Seguros del Estado, las Intendencias Municipales y los servicios de salud de otras entidades públicas como los entes autónomos y servicios descentralizados.

El Ministerio de Salud Pública es el responsable de la normatización, la gestión, el financiamiento y la prestación de

la salud y cuenta con unos 16.000 funcionarios. En 1987 se creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) a fin de ejercer "la administración de los establecimientos de atención médica del MSP", con un principio descentralizador que permitiera separar la función normativa de la asistencial y mejorar el gerenciamiento de esos centros asistenciales. Sin embargo 17 años después las experiencias descentralizadoras prácticamente no han funcionado y hoy sigue existiendo una fuerte centralización. Mas aún ASSE pasó a manejar centralizadamente cerca del 90% del presupuesto ministerial (unos U\$ 430.000.000 anuales), lo que representa aproximadamente el 20% del gasto total en salud.. ASSE posee 65 establecimientos de salud de diferente complejidad con un total de 6200 camas de agudos y 2300 camas de crónicos. Vale la pena enfatizar que el financiamiento del MSP proviene en un 90% de impuestos directos.

Es importante destacar como un problema que nunca se pudo solucionar en nuestro país el hecho de que no existe un mecanismo formal de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, ni en el ámbito institucional del MSP ni con otros efectores del subsector público. Por esta razón sigue existiendo una importante superposición de servicios y simultáneamente una subutilización de los recursos técnicos y humanos. Tampoco ha cumplido ASSE con organizar la Atención Primaria en Salud, responsabilidad que estaba entre los objetivos que llevaron a su creación.

Hay un hecho que merece destacarse y es que la ley de creación faculta a ASSE a transferir la administración o el uso total o parcial de los establecimientos asistenciales propios a las intendencias y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs).

Por otra parte **la ley de creación de ASSE permite que las prestaciones de mayor complejidad puedan ser compradas a prestadores privados. Muchas**



veces las autoridades y jerarcas de las instituciones asistenciales del MSP o los cargos de dirección centrales (en su inmensa mayoría médicos), tienen también relaciones laborales o societarias con empresas privadas prestadoras de diferentes servicios de salud o con otras como las Instituciones de Medicina Altamente Especializada (IMAEs) privadas, hecho que debería ser incompatible con el ejercicio de la función pública en cargos de decisión.

Siguiendo con el análisis del subsector público, el BPS coordina los servicios estatales de previsión social y organiza la Seguridad Social (a partir de la Constitución de 1968). Posee un hospital propio y 6 centros materno-infantiles en Montevideo, mientras que en el interior contrata los servicios del MSP o de las IAMC. Su principal fuente de financiamiento (90%) es la retención de las contribuciones de empleados y empleadores, mientras que el 10% restante son fondos del presupuesto nacional.

El Banco de Seguros del Estado (BSE) cubre las enfermedades y accidentes laborales con un hospital de 160 camas en Montevideo y contratando servicios en el interior.

El Hospital de Clínicas, es un centro de referencia en todas las especialidades, que posee 500 camas y cuyo financiamiento depende del presupuesto quinquenal que el gobierno adjudica a la Universidad. Una crónica falta de presupuesto adecuado y otras razones, a las cuales no son ajenas las propias autoridades universitarias, han llevado a que el hospital universitario sufra hoy una profunda crisis que repercute fuertemente no sólo en la atención sino también en la formación de los futuros profesionales médicos y técnicos del sector.

El Hospital Militar y el Policial totalizan unas 500 camas brindando servicios a los funcionarios y familiares de los Ministerios de Defensa e Interior, cubriendo a una población estimada en 300.000 personas.

Los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados así como algunas de

las Intendencias Departamentales brindan también atención ambulatoria y de primer nivel de complejidad, a través de policlínicas, consultorios y distintos programas de salud.

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ESTRUCTURA Y LA GESTIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO

Como primera reflexión que surge al ver la estructuración del subsector público, es la falta prácticamente absoluta de coordinación entre todos estos servicios y recursos. No existe en la práctica (mas allá de algunas resoluciones en papeles y unos pocos intentos aislados y puntuales), ningún organismo que coordine todas estas instituciones, ni que las integre a las políticas de salud que eventualmente se elaboran en el ámbito de gobierno. Esto hace que sea enormemente difícil un uso racional de los dineros y recursos del propio Estado (en definitiva de los contribuyentes).

Debemos también destacar que en los últimos años y debido al empobrecimiento general de la población, ha habido un aumento de la demanda hacia la asistencia pública, que según estimaciones optimistas rondaría las 200.000 a 300.000 personas. Entre los últimos datos obtenidos, **en el año 2002 un 53% de la población tenía cobertura pública y sin embargo sólo el 20% del gasto en salud se efectiviza en este sector. El subsector público gasta por usuario una tercera parte de lo que gasta el subsector privado (US\$ 250/año y US\$ 600/año respectivamente).** A esto debemos sumar que una buena parte del dinero que se destina al sector público, se utiliza en realidad para pagar la tercerización de servicios a empresas médicas y no médicas que atienden necesidades que antes atendía la propia estructura estatal.

Otro punto que merece especial atención y que está vinculado al funcionamiento del MSP es el decreto 189/90 que crea las Comisiones de Apoyo a las Unidades Ejecutoras del MSP. Estos son



grupos de vecinos que colaboran en la gestión hospitalaria utilizando fondos que les transfiere el propio Ministerio. A pesar de que resulte en esencia una instancia de participación ciudadana en la gestión de la salud, las mismas se han transformado en una forma discrecional de otorgar beneficios salariales, contratos, etc., a determinados funcionarios que pueden ser o no funcionarios del propio MSP. A pesar de que resulta difícil acceder a una información veraz debido a que se maneja en forma reservada o por vías paralelas a las contadurías, se pueden estimar en unas 3800 personas las que reciben compensaciones o salarios por este mecanismo. En las condiciones actuales es prácticamente imposible saber quienes cumplen además efectivamente con la tarea, pero sí se sabe que las compensaciones oscilan entre \$2500 hasta más de \$40000 mensuales. Esta discrecionalidad en la forma de administrar estos dineros, supone unos 40 millones de dólares anuales, que se cargan al rubro “gastos” del MSP.

Una situación similar se estaría dando dentro del Patronato del Psicópata (Institución de Derecho Público no Estatal) que muestra también graves deficiencias en su gestión administrativa. Creado en 1948, tiene entre sus cometidos el de proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia y convalecencia, velar y asesorar a las familias de estos pacientes y administrar un Hogar-Taller para aquellos enfermos sin amparo familiar. Funciona en todo el país y está organizado en 4 niveles de atención, teniendo como centro de referencia el Hospital Vilardebó. Lamentablemente y debido a que los incentivos pagados a muchos de sus más de 2000 funcionarios tienen un escaso o nulo control administrativo, no existe reglamento de personal, hay falta de procedimientos administrativos escritos y un manejo muchas veces arbitrario de las partidas presupuestales, los logros en su gestión están muy lejos de ser satisfactorios.

**Independientemente de que este tipo de instituciones u organismos puedan tener en su origen el objetivo de mejorar la gestión de la salud y brindar determinados incentivos a los funcionarios para mejorar sus condiciones laborales y la eficiencia de las tareas, se han transformado en muchos casos en una más de las tantas formas de clientelismo político, pago de favores, etc.. También atenta contra algunos de los derechos básicos del funcionario público, como es el de “a igual función, igual remuneración”.**

Otro punto importante a la hora de analizar cómo se administran los recursos estatales dentro de la salud es el hecho de la tercerización de servicios con empresas, asociaciones como la Federación Médica del Interior (FEMI), o las Instituciones de Medicina Altamente Especializada (IMAEs), que funcionan en el subsector privado. Escapa a los objetivos concretos de este primer documento el análisis profundo de esta problemática (que será motivo de un informe especial y exclusivo sobre esta realidad) pero existen intereses económicos muy fuertes que hacen que muchas veces se favorezcan a determinadas empresas o personas a la hora de contratar estos servicios. En el caso de los IMAEs, buena parte de sus prestaciones se pagan a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR), seguro de carácter nacional y obligatorio que cubre algunas prestaciones de alta tecnología o altos costos (prótesis de cadera, cirugías cardíacas, grandes quemados, etc.). La mayor parte de estos IMAEs son privados y concentran un gran número de intervenciones. Una fuerte actitud corporativa de grupos de poder médico quizás permita explicar datos como los que aparecen en los años 98 y 99 mostrando que mientras el Hospital de Clínicas en su IMAE cardiológico realizaba unas pocas decenas de intervenciones anuales, uno solo de los IMAEs privados, rondaba las 1000 intervenciones en el mismo período. Más aún, de acuerdo con los datos presenta-



dos por el propio FNR, del total de actos realizados en 1999, un 72% fueron en pacientes provenientes de las IAMCs mientras que sólo el 28% restante se realizaron en pacientes del MSP.

Por último; dos puntos fundamentales. El MSP tiene un número muy bajo de cargos ocupados por concurso en los distintos escalafones. Esto significa en los hechos que más allá de los cargos de confianza (o cargos políticos) establecidos constitucionalmente, exista una discrecionalidad a la hora de nombrar no sólo a las jerarquías ministeriales sino también a funcionarios de jerarquías medias como Directores de División, Directores de Hospitales etc.. No se debe olvidar que cada uno de estos nombramientos implica además que el funcionario designado, muchas veces designa a su vez una serie de asesores, secretarios, adjuntos, etc., lo que hace aún más ineficiente, injusto y discrecional el funcionamiento de instituciones que todos pagamos.

El segundo aspecto es el hecho de que ha existido en los últimos gobiernos una rotación de Ministros de Salud Pública que da prácticamente uno nuevo cada año y medio. Esto ha supuesto (al carecer nuestro país de una real Política de Estado en Salud) un cambio permanente en los planes, prioridades, estrategias y personas, que gestionan, planifican y son efectores finales de todas las acciones nacionales en salud.

### **CONTEXTO ADMINISTRATIVO, POLÍTICO Y SOCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SUBSECTOR PRIVADO)**

El subsector privado está integrado por: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs); Cooperativas Médicas, Instituciones de Asistencia Médica Particular o Seguros Parciales de Salud (emergencias médicas, cooperativas o empresas odontológicas, etc.); IMAEs (instituciones privadas que financian sus procedimientos a través del Fondo Nacional de Recursos) y sanatorios, clínicas y residencias de ancianos privadas.

Hasta el 2000 los afiliados a las IAMCs representaban aproximadamente el 50% de la población del país, (64% en Montevideo y sólo 37% en el interior), cifra que, como veíamos antes, ha caído en los últimos años. Dentro de las IAMCs se incluyen: 1) las asociaciones asistenciales inspiradas en los principios de solidaridad (conocidas como “mutualistas”), y 2) las “Cooperativas de Profesionales” (en donde el capital es aportado por los profesionales que integran dichas cooperativas). Existe además un número menor de empresas creadas por capitales privados o economía mixta. Todas estas entidades son (en teoría), “sin fines de lucro”.

De las aproximadamente 50 IAMCs que existen en el país, 34 están en el interior y 16 en Montevideo. Solamente 7 son mutualistas. La mayoría están agrupadas en asociaciones de segundo orden como la Federación Médica del Interior (FEMI) o el Plenario de las IAMCs.

Su principal fuente de financiamiento proviene de las cuotas (aproximadamente un 75%), sean ellas individuales, o por organismos públicos que suscriben convenios (DISSE). Según cifras del año 2000, las órdenes representan un 3,4%, los tiques un 8,0% y la ventas de servicios un 10,6% de sus ingresos.

A pesar de que cubren menos de la mitad de la población, sus gastos son muy superiores al del sector público como veíamos más arriba. Esto lleva a una inequidad en el gasto en salud (80% en el sector privado y 20% en el público).

Desde el punto de vista regulatorio las IAMCs son instituciones que se mueven con un muy amplio margen si se las compara con otras instituciones de nuestro país. La información técnica, económica y financiera es (a pesar de estar regulada por el MSP y obligada por ley) de muy difícil acceso. Una de las razones de esta situación es la pasividad o ineficiencia del propio MSP, que como se ha sabido en reiteradas oportunidades, se ha “enterado” de las dificultades económicas o financieras de una institución privada de salud, cuando ésta estaba al



borde de la quiebra.

A pesar de que son seguros prepagos integrales, para beneficiarse de la mayoría de los servicios (excepto la internación), los socios deben abonar órdenes de asistencia centralizada y domiciliaria, estudios paraclínicos y medicamentos. Esto limita en mucho la utilización de los supuestos beneficios prepagos, ya que como vimos antes estos tiques y órdenes representan en realidad, más del 10% de los ingresos de estas instituciones.

### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ESTRUCTURA Y LA GESTIÓN DEL SUBSECTOR PRIVADO

En lo que se refiere a la mal llamada "crisis del mutualismo" (ya vimos que sólo unas pocas de las entidades del subsector privado son estatutariamente mutualistas), la misma está fuertemente marcada por una muy mala administración y gerenciamiento de sus recursos. Paradójicamente sin embargo, el subsector privado ha concentrado en los últimos 30 años, los recursos económicos, técnicos y de conocimiento del sector salud. Esto se ha dado principalmente por una total falta de control real del Estado y a la creación de algunos grupos de poder dentro de los médicos, que a pesar de la crisis mencionada anteriormente, se han enriquecido mientras el sistema se desmoronaba.

El subsector privado comparte además algunos de los problemas del subsector público, como lo es el multiempleo (2,6 cargos por médico según cifras de 1998) y la falta de concursos entre su personal. A esto se debe sumar el hecho de que las políticas de gestión o inversión en este sector tampoco se han caracterizado en general por planes a largo plazo, elaborados profesionalmente y con criterios técnicos adecuados. Se dio en los últimos años una continua incorporación de nuevas tecnologías, de alto costo, complejo mantenimiento y que muchas veces no está bien dimensionada a las demandas reales de la población. Estas políticas institucionales res-

**ponden casi exclusivamente a intereses mercantilistas, superponiendo servicios para competir por las afiliaciones, reduciendo costos en la compra de medicamentos y principalmente reduciendo los salarios de los trabajadores.** No se puede dejar de considerar tampoco que en los últimos años y especialmente a partir de la crisis del 2002, aumentó el porcentaje de afiliados de la tercera edad, que son justamente los que generan mayores gastos al sistema.

El hecho de que muchas de las instituciones hayan desaparecido, cientos de trabajadores del sector perdieran sus fuentes de ingreso, los usuarios fueran en general rehenes de esta situación, etc., etc., no ha sido impedimento para que los sucesivos gobiernos trataran siempre de ir al salvataje de un sistema que ya en los años 70 era considerado estructuralmente inviable.

### OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE ASPECTOS DE LA SALUD EN URUGUAY QUE SE DEBEN ABORDAR A FIN DE ELABORAR UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD.

Nos parece importante destacar que cualquier política sanitaria que se intente en nuestro país debe considerar que es no sólo el gobierno sino la sociedad en su conjunto quien consolida una verdadera Política de Estado en Salud. **Somos todos, como usuarios, quienes debemos conocer la realidad del sistema de salud para poder luego participar en su reformulación.**

El Uruguay tiene por ejemplo, una de las proporciones de médico por habitante más alta del mundo. **Con 39 médicos cada 10.000 habitantes, Uruguay está muy por encima de muchos países como EEUU, Inglaterra o Canadá** y todas las estimaciones muestran que el crecimiento de este índice es geométrico. Sin embargo y tal como lo expresábamos antes, el multiempleo es la regla dentro de la práctica médica. ¿Cómo se entiende entonces esta contradictoria realidad? Posiblemente no existe una



única respuesta, pero es un hecho que: a) muchos profesionales deben acumular varios cargos para conseguir obtener un salario digno; b) algunos (pocos) “acaparan” cargos estratégicos en un sistema que no controla una leal competencia profesional en las funciones; c) se estimula ya desde la formación universitaria la “cultura” de la sobreespecialización que permita “vender” una técnica, procedimiento o intervención médica de cualquier tipo, al mayor número posible de empresas o instituciones.

Mucho se deberá trabajar para modificar esta realidad, pero es un imperativo de las políticas a implementar el lograr tener realmente “profesionales de la salud” (porque realmente la profesen) y no únicamente “técnicos sanitarios”.

**Al mismo tiempo sólo existen 7 enfermeras cada 10.000 habitantes, lo que nos da 1 enfermera cada 5 médicos, una relación prácticamente inversa a la que debería existir para el tipo de sistema de salud que aplicamos en Uruguay.**

De los más de 13.000 médicos que existen en Uruguay las tres cuartas partes están en Montevideo, habiendo cinco médicos en la capital por cada médico radicado en el interior del país.

Un problema importante es además el hecho de que un 90% de los médicos tiene por lo menos una especialidad y muchos de ellos más de una.

**Toda esta oferta laboral es absolutamente insostenible para la demanda de trabajo que existe en la actualidad y debe ser estudiada en profundidad no sólo desde el punto de vista técnico sino también político, tratando de elaborar planes en donde esa fuerza laboral que tanto costó al país pueda ser aprovechada en el mejoramiento de la mala salud que tenemos hoy en Uruguay.** Serán actores importantes de estas discusiones las autoridades de la Universidad de la República, como responsables de la formación de los técnicos y profesionales adecuados para un nuevo Sistema Nacional de Salud.

Cualquiera sea la discusión, propuestas y soluciones que se pretendan elaborar sobre aspectos de Políticas de Estado en Salud no se debe desconocer además la importancia de sectores como la industria farmacéutica y la tecnología médica, íntimamente vinculados a los aspectos asistenciales.

El problema del medicamento, por ejemplo, no parece ubicarse en la falta de los mismos, sino en la imposibilidad de acceder a ellos en vastos sectores de nuestra población. Los usuarios más desprotegidos como los del sector público muchas veces no acceden a medicación ambulatoria por no tener medios económicos para trasladarse a obtener la medicación indicada. Es más que conocida por la población toda, la falta de insumos y medicamentos hospitalarios, a pesar de que el Estado invierte mucho dinero en ello. Sin embargo, la falta de políticas centralizadas, la mala gestión administrativa, la falta de protocolización de tratamientos, etc., hace de los pacientes rehenes de una situación que nada tiene que ver con una “real” falta de recursos. En el subsector privado la existencia de los tiques que de “reguladores” pasaron a ser “recaudadores”, no permiten tampoco que los usuarios ejerzan su derecho de tener una asistencia integral como lo determina el hecho de ser un servicio prepago. Mas aún, **el medicamento en Uruguay no es considerado como un bien social, sino que está sometido exclusivamente a las leyes del mercado y no existen políticas activas de regulación de precios, recetario por genéricos, vademécum único nacional, etc..**

Al igual que otros campos de la tecnología, la vinculada a la salud y la enfermedad, incrementó brutalmente sus capacidades, recursos y equipamientos, principalmente en la segunda mitad del siglo XX. Nuestro país no fue ajeno a esa realidad y acompañó estos cambios, formando profesionales actualizados e incorporando los nuevos conocimientos y equipos en el área asistencial. Sin em-



bargo, y una vez más, esta incorporación de nuevas posibilidades y recursos no fueron producto de una planificación surgida del estudio de las demandas reales del país y de sus necesidades. Hoy contamos entonces con una inusitada concentración de alta tecnología médica en 6 o 7 manzanas alrededor del Obelisco de Montevideo, como quizás el ejemplo más perverso de la incapacidad de decenas y decenas de jerarcas de instituciones públicas y privadas que, en los sucesivos gobiernos, no cumplieron con las obligaciones de su

función. Equipamientos obsoletos, sobredimensionados para la demanda, inadecuados para los fines con los que se decidieron sus compras, adquiridos por razones económicas (como “negocio”) y no sanitarias, se acumulan en un sistema que paradójicamente está en una profunda crisis. El relevar, redistribuir y adecuar todos estos recursos y todos aquellos que fuera necesario adquirir, a las necesidades de una nueva política sanitaria, es parte imprescindible de la construcción de una nueva Política de Estado en Salud.



# 2

## Nuestra propuesta: Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Nuestra propuesta concreta en el área de la salud está basada en tener como objetivo el *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)* el que será fruto de un proceso que se dará a partir de la estructura que existe actualmente y que deberá ser profundamente modificada. Este SNIS, será financiado a través de un *Seguro Nacional de Salud (SNS)*, cuyo monto, distribución y aportes se establecerán a partir de las necesidades que surjan de la instrumentación del propio Sistema.

Debemos ser sin embargo claros y realistas y plantear que tanto el Sistema como el Seguro se efectivizarán a largo plazo, luego de elaboradas, discutidas, sancionadas e instrumentadas las correspondientes leyes que los hagan posibles.

Por estas razones y mas allá de que entendemos absolutamente necesario trabajar sobre dichos aspectos y de hecho así lo estamos haciendo en esta propuesta, también estamos convencidos de que se deben instrumentar y ejecutar en forma inmediata una serie de medidas que permitan revertir rápidamente, situaciones de emergencia social presentes en nuestra sociedad.

Con ese encare y sin pretender abarcar todos los complejos problemas que presenta el sector salud, abordaremos algunos de ellos jerarquizados según los siguientes criterios:

- Intervenir en situaciones que puedan tener una traducción inmediata a nivel de la sociedad.
- Priorizar aspectos que no necesiten de creación de nuevas leyes o cambios en la Constitución, en razón de los tiempos que ello implica.
- Focalizar el trabajo sobre el MSP en primer lugar y luego en las demás instituciones públicas, en el entendido en que son en ellas en donde se puede ejercer el poder político y además son la base del SNIS.
- Pensar que cualquier medida o acción que se instrumente en el corto plazo debe necesariamente ser coherente con las políticas a largo plazo.
- Jerarquizar La participación de todos los sectores involucrados, usuarios, técnicos, asociaciones gremiales, etc., entendiendo que la salud va dirigida a la sociedad (así como lo asistencial va enfocado primordialmente al paciente).



## APORTES PARA LA ELABORACIÓN DE UNA NORMATIVA ARTICULADORA DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Los principios rectores del futuro SNIS pueden resumirse muy brevemente en dos conceptos fundamentales:

- a) La salud es un derecho inalienable de la persona humana
- b) El estado sanitario de la población es responsabilidad inexcusable del Estado

Basados en estas premisas una de las primeras acciones a instrumentar es un cambio del texto constitucional (art. 44), el que deberá establecer que: **... el Estado tiene el deber y la responsabilidad de velar por los cuidados de la salud de sus habitantes, así como el de asistirlos en caso de enfermedad.**

Uno de los instrumentos para cumplir con este mandato constitucional será el SNIS, que funcionará como un organismo descentralizado, en la órbita del Ministerio de Salud, gozará de personería jurídica y constituirá domicilio legal en la ciudad de Montevideo. Este SNIS sucederá a la actual estructura sanitaria del país, integrándola, desarrollándola y superándola.

**Su finalidad será brindar una atención médica, odontológica, e higiénico-sanitaria de cobertura universal y accesible a todos los habitantes del país, de calidad adecuada y carácter integral, de prestación igualitaria oportuna y continua, de orientación preventiva y profundamente humanista.**

El SNIS tendrá los siguientes cometidos:

- a) Alcanzar el más elevado nivel sanitario de la población y promover la activa participación de la comunidad en todo lo relativo al derecho y el deber de las personas a participar individual y colectivamente en el desarrollo de su salud.
- b) Establecer una política y un plan nacionales de salud, a cuyo cumplimiento inmediato y obligatorio que-

dan sujetas todas las personas físicas y jurídicas comprendidas dentro del SNIS.

- c) Coordinar las Instituciones y Organismos competentes mediante planes y programas intersectoriales y multidisciplinarios, todas las acciones que tiendan a mejorar las condiciones de vida y bienestar del Hombre en la comunidad, la preservación ecológica y del medio ambiente
- d) Garantizar la plena eficacia y la utilización racional de los recursos y capacidad sanitaria instalada
- e) Disponer la organización sanitaria nacional según criterios de regionalización geográfica y estructuración por niveles de complejidad de los servicios
- f) Desarrollar actividades docentes dirigidas a colaborar en la formación y el perfeccionamiento de profesionales técnicos y no técnicos de la salud y promover la educación higiénico-sanitaria de la población
- g) Apoyar y promover la investigación básica y aplicada en materia de salud, velando por la actualización permanente en materia de avances científico-técnicos
- h) Elaborar una política de fomento de las distintas etapas de la producción de sustancias y principios activos de origen nacional para la fabricación de medicamentos y productos de acción terapéutica y diagnóstica. Se priorizará la producción de medicamentos y otros insumos químicos por parte del Estado, haciendo una fuerte inversión técnica y económica en el Laboratorio Dorrego, apuntando a jerarquizarlo como regulador del mercado.
- i) Efectivizar el derecho de toda la población al acceso básico de medicamentos, tecnología y otros insumos de la actividad sanitaria, en condiciones de calidad adecuada, definiendo modalidades políticas y normas en relación a la comercialización y abastecimiento de los mismos.



- j) Asegurar condiciones adecuadas de trabajo, salario y estabilidad para todos los trabajadores de la salud y promover la sanción y efectiva aplicación de su Estatuto. Asimismo propender al mejoramiento y homologación de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, propiciando el pleno empleo y la retribución justa, como también contribuir a su formación, perfeccionamiento y actualización permanente.
- k) Incorporar la participación popular organizada en las etapas de planificación, organización, dirección y evaluación de los servicios de salud, para garantizar el logro de la finalidad del SNIS y la democracia en la gestión de la salud
- l) El SNIS planificará, organizará y ejecutará las acciones de su competencia en base a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS)
- m) El SNIS no tendrá fines de lucro, ni integrará al sistema instituciones y organizaciones con fines de lucro.

Dentro de esta normativa (que debería constituir un Proyecto de Ley), se jerarquizarán tres aspectos fundamentales:

- Será priorizado un sistema de asistencia médica dirigido a los sectores de población más débil y de mayor riesgo sanitario: niños, mujeres embarazadas, tercera edad, pacientes en atención psiquiátrica, discapacitados.
- Atención Primaria en Salud (APS): será el primer nivel asistencial y contendrá acciones asistenciales, de promoción y de prevención, sea a nivel barrial o de núcleos urbanos pequeños, o rural.
- Recursos Humanos: los objetivos son los de recuperar puestos de trabajo, estabilidad laboral y salarios en el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Todo lo anteriormente expuesto, deberá considerar algunos puntos que, aunque serán desarrollados más en profundidad en los siguientes capítulos de este documento, podrían sintetizarse en:

- Establecimiento de un tope salarial
- Tope de carga de trabajo por semana
- Adecuación de número de pacientes por consulta
- Ingreso y ascensos por concurso para el personal técnico y administrativo
- Revisión profunda del sistema de tercerizaciones, contratación, etc., de modo de asegurar la estabilidad laboral
- Prohibición del trabajo en negro
- Eliminar y prohibir el régimen de “orientación” exigido en el sector público y privado al personal de enfermería como forma de crearle expectativa de acceso al trabajo
- Estatuto del trabajador de la salud que determine: salario, beneficio, condiciones de trabajo, régimen de trabajo, derechos y deberes, elaborados con las diferentes asociaciones de los trabajadores
- Cumplir con las normas del número de pacientes para cada unidad de enfermería
- Cumplir con la ley que obliga a tener parteras de guardia interna a toda institución que atienda pacientes obstétricas
- Llenar los cargos de nurses
- Incompatibilidad de cargos jerárquicos de decisión en el Ministerio de Salud con cargos en empresas médicas, de la industria del medicamento o de la tecnología médica
- Evaluación de costos y beneficios, racionalizando la utilización e introducción de nuevas tecnologías



## FORMA DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Como forma de financiamiento se propone la creación de un **Seguro Nacional de Salud**.

Dicho Seguro deberá instrumentarse según los siguientes criterios:

- a) El monto a asignar al sector salud y su distribución, se establecerá a partir de las necesidades asistenciales de la población.
- b) Las personas físicas deben aportar al sistema en función de su ingreso familiar con un mínimo no imponible y ello le dará derecho a la cobertura integral de los servicios de salud. Las tasas serán progresivas según ingreso y tamaño de las familias. Para esto es imprescindible establecer un sistema de Declaraciones Juradas de la Renta, lo que se facilitaría si existe una reforma impositiva en ese sentido, pero que habría que instrumentar si esto no ocurriese.
- c) Las empresas públicas y privadas deben aportar al fondo un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados.
- d) El Estado complementará dichos ingresos con un aporte presupuestal para llegar a la cifra requerida.
- e) Se realizará en una primera etapa una fuerte inversión en los centros de salud, policlínicas y hospitales públicos, para que puedan prestar una atención de calidad, tal como se requiere del subsector privado.
- f) Las instituciones del subsector privado que se integren al Sistema, deben aceptar e instrumentar las pautas, normas y controles que el Sistema Nacional Integrado de Salud resuelva, como condición ineludible para ser financiada por el seguro.
- g) Las instituciones privadas que se integren deben modificar sus estatutos de manera de integrar a sus órganos de dirección a los trabajadores no médicos, usuarios y representantes del SNIS.
- h) El SNIS fijará topes salariales y aranceles (impidiendo el lucro) y promoverá un progresivo ajuste de las remuneraciones, retomando el concepto de “a igual función igual remuneración”, tendiendo en el corto plazo a la equiparación salarial de todos los trabajadores de la salud (médicos y no médicos) dependientes de las empresas financiadas por el Seguro.
- i) El Seguro será administrado por una Superintendencia de Salud dependiente del Ministerio de Salud. El tema del control financiero pero sobre todo de la calidad de los servicios, es una clave de esta propuesta.
- j) Estos controles financieros se realizarán periódicamente por parte de la Superintendencia, en todas las instituciones financiadas por el Seguro.



# 3

## **Cómo llegar al Sistema Nacional Integrado de Salud**

**Algunas medidas inmediatas y a mediano plazo que permitan concretar estas propuestas.**

A fin de poder mantener una estructura sanitaria nacional que comience actuando en el marco de las instituciones, organismos y presupuestos actuales pero que se enfoque claramente al desarrollo de un SNIS, el grupo de trabajo del CADESYC ha elaborado una serie de propuestas basadas en el planteo programático expuesto más arriba.

Entendemos que existen una variedad de medidas y acciones que deben ser instrumentadas en forma inmediata. Las mismas deben tender a:

- corregir algunas de las graves deficiencias detectadas
- constituir una señal clara de cuáles son los criterios con los que se manejará un gobierno progresista
- Ser coherentes con, y facilitadoras de las acciones a largo plazo
- Tener repercusión visible para el usuario

Las medidas propuestas se agrupan en tres capítulos fundamentales:

- A) Reorganización de aspectos administrativos, asistenciales y de gestión del MSP
- B) Pre-proyecto para un Plan Nacional de Atención Primaria en Salud
- C) Política de Medicamentos y Tecnología Médica



# A/

## Reorganización de aspectos administrativos, asistenciales y de gestión del MSP

Tal como surge del análisis realizado al comienzo de este documento, las principales causas que explican buena parte de la incapacidad en la administración, gestión y prestación de los servicios de salud dependientes del MSP, podrían resumirse en el siguiente punteo:

- Carencia de una Política Nacional de Salud.
- Clientelismo político.
- Corporativismo.
- Continuos cambios del personal jerárquico.
- Con retribuciones mínimas para la mayoría de sus funcionarios.

Estas “cinco C” como nosotros las llamamos, tienen consecuencias y repercusiones en muy diferentes ámbitos de las responsabilidades y funciones del Ministerio:

### En cuanto a las políticas de salud:

- No existe una separación real entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Ministerio, lo que conlleva a una confusión de roles, así como a problemas diarios de orden práctico que hacen al incremento de la ineficiencia tanto del punto de vista administrativo como de los servicios a brindar a la población.
- No cumplimiento de aspectos normativos. Existen infinidad de normas que no son cumplidas o cumplidas a medias, de acuerdo a conveniencias personales y/o corporativas o porque simplemente no se aplican desde hace varios años, y si se aplican son vetustas. Nos referimos no

solamente a leyes, sino a ordenanzas, decretos ministeriales, o del propio Poder Ejecutivo.

### En cuanto al personal:

- Utilización de entidades afines (principalmente Comisiones de Apoyo y Patronato del Psicópata) cuyos objetivos son muy loables, pero han sido utilizadas para resolver bajas retribuciones, clientelismo político, etc., desvirtuando sus objetivos iniciales.
- Altas, bajas y modificaciones de la relación laboral a criterio de los jefes de turno.
- Personal que cobra sin trabajar, y aquellos que asisten a trabajar sin cumplir cabalmente sus tareas.
- Personal que trabaja SIN cobrar.
- Un alto número de Juicios contra el Estado, producto de la mala administración y gestión.
- Inexistencia de la carrera funcional.
- Distorsión del principio de “a igual tarea igual remuneración”.
- Personal que trabaja SIN cobrar.

### En cuanto a los recursos económicos:

- Se malgastan recursos financieros en contrataciones y tercerizaciones otorgadas sin criterios técnicos o económicos en rubros tales como: alimentación, medicamentos, servicios, etc.
- Muchos de estos hechos corresponden a verdaderos casos de corrupción, los que se “maquillan” a través de convenios institucionales, adjudicación de licitaciones, compras directas o contratación de servicios



- varios de mayor y menor cuantía.
- Esta falta de cristalinidad ha llevado incluso a que existan problemas con el propio Ministerio de Economía y Finanzas, no existiendo entonces la relación más adecuada para que el MSP reciba los recursos necesarios para su gestión.
- Decenas de bienes inmuebles en todo el territorio de la República ( cuyo monto se estima en U\$S 2.000.000.), los cuales no están siendo utilizados por el propio Ministerio.
- También en estos aspectos existe un número importante de Juicios contra el Estado por mala praxis, omisión de asistencia, incumplimiento de contratos con proveedores etc..

**En cuanto a los recursos materiales:**

- Utilización inadecuada de dichos recursos por superposición de servicios.
- Desigual distribución de los recursos entre las distintas unidades ejecutoras sin atender las necesidades específicas de cada una.
- Ausencia de controles en la gestión de compras y en la administración de stock ( medicamentos, insumos médicos, etc.).

**SOLUCIONES PROPUESTAS**

**Las medidas propuestas por este grupo de trabajo deben ser encaradas por las autoridades ministeriales inmediatamente después de asumir sus funciones. Más aún, muchas de ellas deberían ser programadas y coordinadas antes de tomar posesión de los cargos, buscando que las mismas se instrumenten con la más amplia participación de todos los sectores involucrados: representantes políticos, técnicos, gremiales y de usuarios, procurando bases sólidas para su ejecución.**

**En cuanto a las políticas de salud:**

- Separación real entre ASSE y el Mi-

nisterio de Salud Pública (incluso física), definiendo previamente los objetivos de cada uno, esto es, diferenciando los aspectos normatizadores, de control y de políticas de salud por parte del Ministerio y lo estrictamente asistencial por parte de ASSE. En la medida en que se vaya gestando el Proyecto de Ley sobre SNIS, se adecuarán las condiciones de esta separación a la implementación del Sistema.

- Establecimiento de procedimientos de control por parte del MSP, lo cual implica:
  - Una adecuada dinámica de procesamiento de la información que permita el control anticipando a los posibles problemas, en especial con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs).
  - Análisis de la normativa, adecuación o actualización de la misma (en caso de que sea necesario) a fin de efectivizar los mecanismos de control y vigilancia por parte del Ministerio. Para ello se priorizarán las acciones en control de medicamentos, farmacovigilancia, vigilancia epidemiológica, etc., garantizando al usuario la calidad de los servicios otorgados.
- Establecimiento de una oficina en la cual se concentre toda la normativa existente a efectos de su análisis y sistematización, de esta manera se podrá determinar aquellas normas vigentes pero que no se cumplen por no estar actualizadas, aquellas otras creadas para solucionar un problema particular que han quedado como normas de carácter general, etc.

**En cuanto al personal:**

- Sustitución de los cargos jerárquicos y encargaturas (Directores de Hospitales, Jefaturas de Servicios, Directores de: División, Departamento, Areas y asesores) asimilados actualmente a cargos de particular con-



fianza. A fin de poder adecuar las necesidades de personal a las nuevas políticas de salud propuestas (SNIS, APS), será importante redefinir algunos de los perfiles de dichos cargos, de acuerdo a las necesidades futuras.

- Instrumentar en forma inmediata los mecanismos de llamado a concurso para estos y todos los cargos técnicos y administrativos (comenzando por las jerarquías superiores). En una primera etapa, se deberán instrumentar llamados a concurso interno, excluyendo de los mismos a todos aquellos que habiendo ocupado un cargo jerárquico en las estructuras ministeriales, hubieran desempeñado simultáneamente funciones de decisión en instituciones o empresas privadas con vinculaciones contractuales con el Ministerio, de la que se pudiera establecer conjunción de intereses. Si cumplidas estas etapas no se cubrieran las vacantes necesarias, se realizará un llamado a concurso abierto, dando prioridad a trabajadores desocupados del sector de la salud.
- Análisis caso a caso de los contratos de personal de las comisiones de apoyo y Patronato.
- Establecimiento de un reglamento de personal para las Comisiones de Apoyo y Patronato contemplando aspectos privados y públicos.
- Establecimiento de procedimientos escritos para Alta, Baja y Modificaciones del Contrato Laboral para las referidas comisiones.
- Análisis exhaustivo de los Recursos Humanos, por centro de salud, para determinar sus necesidades y con lo que se cuenta a efectos de la redistribución adecuada, en un todo de acuerdo con los compromisos de gestión.
- Establecimiento de auditorías de gestión que permitan apoyar las actividades de los distintos centros y controlar el cumplimiento de los compromisos de gestión y demás as-

pectos administrativos (cumplimiento de horarios, etc.).

- Análisis de la actual plantilla de personal a efectos de determinar la existencia de personal que no cumple adecuadamente sus tareas y de todos aquellos que reciben retribuciones fuera de la realidad sectorial, tendiendo a la eliminación de privilegios.
- Comenzar con la definición de cargos y descripción de tareas de cada uno de ellos con el objetivo de armonizar las retribuciones con el principio de igual tarea igual retribución en cualquier punto del país.

#### **En cuanto a los recursos económicos:**

- **Estudio inmediato** de todos aquellos contratos con proveedores o empresas de servicios que supongan erogaciones superiores a los US 60.000 anuales a fin de conocer las características de los mismos, detectar posibles irregularidades y eventualmente proponer la rescisión debidamente fundada.
- Revisar simultáneamente todo otro contrato, comodatos y compromisos asumidos estableciendo un cronograma de vencimientos para estudiarlos caso a caso y poder decidir la oportunidad o no de su renovación. Especial atención debe merecer la revisión de la venta de servicios que realizan empresas médicas del subsector privado al MSP. Dicha revisión deberá considerarse en conjunto con los aspectos del funcionamiento del Fondo Nacional de Recursos y las Instituciones de Medicina Altamente Especializada.
- Estudio de viabilidad de los diferentes Programas que actualmente se desarrollan.
- Realizar un estudio del patrimonio inmobiliario del Ministerio, que permita elaborar un inventario y evaluar las posibilidades de aquellos inmuebles de ser vendidos o usufructuados para el desarrollo de programas de atención de salud que se



consideren convenientes y de acuerdo al modo o destino impuesto, considerando especialmente las necesidades del futuro SNIS.

- Análisis de las hospitalidades que forman parte legal de financiamiento del Patronato.
- Establecimiento de auditorías de gestión que permitan apoyar las actividades de los distintos centros y controlar el cumplimiento de los compromisos de gestión desde este punto de vista.

**En cuanto a los recursos materiales:**

- Como criterio general se propone la utilización de los recursos materiales del Ministerio en lo que refiere a la asistencia organizándolos por niveles de complejidad. Centros Auxiliares, Hospitales Departamentales, Regionales, etc., deberán adecuarse a esas funciones, ser dotados de las tecnologías necesarias (si no las tuvieran) y planificar su papel en el SNIS y el cambio de modelo asistencial.
- Resulta imprescindible realizar una revisión y calificación de los equipamientos y recursos técnicos existentes, los cuales están fuertemente concentrados en Montevideo. Una descentralización adecuada de los mismos supondrá: su mejor utiliza-

ción, la desconcentración de las estructuras sanitarias de la capital, evitará el traslado innecesario de pacientes en estudio, lográndose en definitiva una mejor atención con costos menores.

- Se debe eliminar la superposición de servicios, primero entre los propios organismos o dependencias ministeriales y luego con los de otras instituciones del subsector público.
- Adecuada asignación de los recursos de acuerdo a criterios técnico – médico – económico.
- Establecer un medio eficaz de control de adquisición, uso y administración de stock de todos los recursos materiales.

**Queremos reafirmar aquí un concepto que consideramos importante. Todas las medidas enunciadas en este capítulo pueden ser realizadas sin necesidad de modificar leyes o artículos constitucionales. Mas aún, en general son medidas que surgen de la aplicación de normas, decretos y legislación vigente. A cumplir con las mismas están obligados aquellos funcionarios que asuman tareas de responsabilidad en la conducción de un Ministerio que vele por el mantenimiento de la salud y mejores condiciones de vida de nuestros ciudadanos.**



## B/

# Hacia el cambio de modelo asistencial: Pre-proyecto para el Plan Nacional de Atención Primaria en Salud

### FUNDAMENTACIÓN

El presente documento pretende expresar por un lado las bases teóricas de las líneas de acción en salud en el Primer Nivel de Atención; y por otro lado, implementar la creación de Estructuras Sanitarias Territoriales (EST) o Sistemas Locales de Salud (SILOS).

En tal sentido el diseño y ejecución de estas EST, tienen su base conceptual en diferentes definiciones nacionales e internacionales con respecto a la salud y los diferentes modelos sanitarios que cada país, departamento, barrio, familia, individuo adopta e integra a su forma de vida.

Desde la declaración de Alma - Atá en 1978, se generan diferentes concepciones en salud y modelos de atención sanitaria. La salud ya no es concebida como la ausencia de enfermedad sino como un proceso dinámico - aunque primeramente fue concebida como un estado- que integra los tres aspectos que conforman a un ser humano: el biológico, el psicológico y el social. El equilibrio o el desarrollo adecuado de estos tres aspectos permitirá que este individuo, la familia, y la comunidad, logren satisfacer sus necesidades y desarrollar el máximo de bienestar.

Se insta a los gobiernos a diseñar y ejecutar -de acuerdo a las realidades socio-culturales, sanitarias, políticas y económicas de cada país-, la Atención Primaria en Salud (APS), entendiendo que ésta es la clave para alcanzar el desarrollo y la justicia social

Estas concepciones fueron aprobadas por nuestro país, y ratificadas en la

Carta de Ottawa en 1996 - y en otros encuentros internacionales - donde el Uruguay no solamente participó, sino que acordó su ejecución.

Existen pre requisitos para alcanzar el máximo de salud potencial de un individuo, o de un pueblo. Ellos son: **alimentación, educación, vivienda, salario, y trabajo digno**, y son indispensables para el diseño y ejecución de una APS eficaz y eficiente, basada en los principios de **justicia social y equidad**.

La multicausalidad de los problemas de salud de la población (en nuestro país y en otros muchos de características socio-económicas similares) pueden resumirse en:

- Cambios demográficos (movilidad interna y externa)
- Modificación de estructuras familiares (hogares monoparentales por ej.)
- Infantilización de la pobreza
- Problemas habitacionales (precariedad, hacinamiento, falta de saneamiento)
- Desigualdad en el acceso a la tecnología
- Fenómenos que conforman Situaciones de Riesgo (aumento del embarazo adolescente, desnutrición, desocupación, precariedad de redes familiares y sociales, etc.)

Ante esta realidad será necesario instrumentar por parte del futuro gobierno una serie de medidas que contemplen:

- Utilización de Recursos Humanos para APS con una formación y carga horaria laboral adecuada



- Priorizar la formación permanente de los mismos
- Jerarquizar el trabajo multi e interdisciplinario
- Adecuar los recursos locativos a este modelo de atención
- Reorientar recursos financieros
- Educar a técnicos y usuarios en una correcta utilización de las conductas preventivas, tecnologías y medicación adecuadas a este sistema de atención
- Fomentar como elemento clave la participación comunitaria a través de la legitimación de la figura de los Promotores de Salud
- Reconocer la existencia de espacios intersectoriales e interinstitucionales dando participación a organizaciones gubernamentales, sociales, privadas, etc., de modo que la APS pueda ser comprendida y diseñada por los directamente involucrados y por la población en general
- Enfatizar la salud demográfica a fin de poder establecer programas barriales, regionales y nacionales de educación, prevención y promoción de aspectos sanitarios y epidemiológicos.

**Todas las acciones anteriormente expuestas permitirán desarrollar en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud una Atención Primaria en Salud que a través de las Estructuras Sanitarias Territoriales, procure la descentralización operativa, conjuntamente con el establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia que evite la superposición de servicios y optimice la utilización de los recursos técnicos y humanos.**

#### **FINALIDAD**

Lograr que la APS integrada al SNIS, desarrolle sus principios de universalidad, equidad, accesibilidad, solidaridad y excelencia en calidad.

#### **Objetivos generales:**

- Lograr el desarrollo integral de la

APS, cumpliendo con las acciones de: promoción, prevención asistencial y rehabilitación de la salud.

- Lograr el diseño y ejecución de la salud demográfica.
- Lograr la participación efectiva y concreta de la comunidad en la planificación y diseño de la organización del servicio con respecto a la jerarquización de prioridades.

#### **Objetivos específicos:**

- Crear las EST o SILOS, teniendo en cuenta una estrategia de regionalización en la estructura sanitaria nacional.
- Mejorar los recursos humanos, técnicos y tecnológicos existentes en cada zona, optimizando su utilización.
- Identificar la realidad socio-cultural, demográfica y epidemiológica de cada zona.
- Legitimar la figura de Promotores de Salud para la elaboración de estrategias y planificación de acciones tendientes a alcanzar un mejor nivel de salud

#### *EST o SILOS*

##### Definición:

Son Unidades Administrativas Básicas, donde se coordinan los recursos de los distintos sectores y se conduce el desarrollo de la salud de la población de una determinada región (OPS, 1993)

Para efectivizar la equidad y accesibilidad a los servicios se establecen equipos comunitarios, y policlínicos, que complementarán la atención en APS considerando la integralidad de la misma.

##### Funciones

Cada EST o SILOS es la Unidad de Gestión que coordinará, evaluará y monitoreará:

- el desarrollo de la planificación y ejecución de actividades, que los equipos de salud elaboren y desarrollen.
- el desempeño profesional y administrativo de los técnicos en sus funciones



- la utilización eficiente de recursos
- la determinación de los programas que respondan a las necesidades de salud de la población atendida de acuerdo a lo evidenciado por los equipos comunitarios

Las EST o SILOS como Unidad de Gestión territorial, deben poseer una integración jerárquica - administrativa interdisciplinaria, lo cual posibilita el desarrollo de sus funciones de integración, supervisión, evaluación y monitoreo, conformándose un equipo de gestión.

Se identifican tres componentes fundamentales de la administración de un SILOS:

- Función de conducción con un enfoque estratégico de tipo integrador
- Función de programación
- Función de gerenciamiento

#### Ubicación

En Montevideo, se utilizará la configuración geográfica municipal. El reconocimiento de la delimitación de las zonas geográficas de los Centros Comunales Zonales (CCZ) de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) evitará por un lado la superposición de efectores de salud, y a su vez evitará dilatar el tiempo de la puesta en marcha de los SILOS.

En el Interior se deberá trabajar en conjunto con los centros de salud locales y otras instituciones y organizaciones sociales, a fin de establecer la mejor delimitación geográfica, lo que permitirá la puesta en práctica de los SILOS y sus respectivos equipos comunitarios y policlínicos zonales.

#### Funcionamiento y Organización

##### a) Cobertura y Dependencias Jerárquicas

Los SILOS que se configuren en Montevideo tendrán una dependencia directa con la estructura que corresponde en el actual MSP al Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE).

En los demás departamentos cada SILOS dependerá del Centro Regional Departamental, quien a su vez tendrá

dependencia directa con el Ministerio de Salud.

Será responsabilidad de los SILOS la cobertura sanitaria de una zona determinada, a través de equipos comunitarios, policlínicos zonales de especialidades de adulto - pediátrico, como efectores que se encuentran bajo su dependencia directa. El número, integración y carga horaria de cada equipo dependerá de datos demográficos y realidad epidemiológica diagnosticada en la zona respectiva.

##### b) Características Operativas

###### *Equipo de salud comunitario*

- Serán la puerta única de entrada a los distintos servicios de salud y sociales del SNIS.
- Integración: Médico, Pediatra, Psicólogo, Partera, Enfermera, Trabajador Social, Administrativo y Promotores de Salud. Deberá además disponer de un Fisioterapeuta itinerante.
- Funcionará en el horario de 8 a 22 hs.
- La población asistida podrá variar entre 1500 y 3000 habitantes según las características de dicha población y del equipo de salud comunitario.
- Tendrán fundamental incidencia en la puesta en práctica de los programas de prevención y promoción que se ajusten a las características socio-demográficas de la población cubierta.
- Confeccionarán la Historia Clínica Única por paciente para, en una etapa posterior, agruparla en la llamada Carpeta Familiar o Habitacional. Las mismas contarán con las respectivas fichas e informes disciplinarios, con sistema de referencia y contrarreferencia.

###### *Policlínicos zonales de pediatría y adultos*

El personal integrado en dichos policlínicos incluirá vacunador, odontólogo, higienista dental, asistente social, psicólogo



gos, nutricionista, nurses, enfermeras universitarias y personal administrativo. Todas las especialidades médicas y quirúrgicas deberán desarrollar su atención en estos policlínicos, con presencia permanente o itinerante según las características de la población cubierta.

La conformación de equipos multi e interdisciplinarios, según las características de la población correspondiente, debe ser una actividad permanente de estos policlínicos. Así se deberán constituir equipos para la prevención de enfermedades de alta prevalencia en la zona.

Las distintas especialidades deberán desarrollar su atención en forma itinerante en los SILOS vecinos incorporándose paulatinamente de acuerdo a la demanda.

Se considera conveniente utilizar la infraestructura instalada en los actuales Centros de salud y policlínicas comunitarias de la IMM.

Los policlínicos atenderán de 8 a 20 hs.

La pediatría debería extender su acción hasta los 18 años inclusive, a los efectos de atender a los adolescentes por un médico de cabecera especializado en edades de crecimiento.

#### *Equipo de salud mental comunitario*

Adultos: Psiquiatra, enfermero, administrativo, psicólogo, trabajador social, neurólogo.

Pediátrico: Psiquiatría pediátrica; neuropediatría, psicólogo, foniatra, psicopedagogo, maestra especializada, trabajador social, psicomotricista.

#### *Unidad de Emergencia*

La Unidad de Emergencia, constituye un Centro de 2do. Nivel, interconectado con las estructuras anteriormente descritas. Contará con personal médico, técnico y administrativo especializado en la atención de emergencia, funcionará en régimen de 24 hs. y deberá tener unidad o unidades móviles de traslado (según las necesidades), equipadas con todos los elementos necesarios. Los profesionales y técnicos cumplirán tareas en régimen de guardias o retén.

Dentro de la Unidad de Emergencia funcionará una farmacia de APS, con los insumos y el personal necesarios para cubrir la demanda

#### *Promoción y Educación en Salud*

Implementación de Acciones de Promoción y Educación en Salud, debidamente planificadas, coordinadas intersectorialmente, a nivel nacional, departamental y barrial.

Prevención de enfermedades y promoción de salud en base a Programas Prioritarios a nivel nacional como accidentes en el hogar, accidentes en el tránsito, violencia doméstica, salud sexual y reproductiva, accidentes laborales, salud ocupacional, toxicomanías, cambio de hábitos y estilo de vida. Para ello se requerirá la participación de los medios de comunicación y se coordinará con diferentes actores institucionales del sistema de salud y fuera de él (Sistema Educativo, municipios, deportes, cultura, BPS, Entes), así como con un amplio espectro de actores sociales. La democratización del conocimiento forma parte de la construcción de una ciudadanía activa, promoviendo el autocuidado, el mutuo cuidado y el involucramiento en las decisiones sobre salud con una perspectiva integral.

A medida que se instrumente el SNIS se plantea la creación del departamento de Promoción en Salud dependiente del futuro Ministerio de Salud que deberá:

- Unificar y coordinar todos los planes de promoción ya existentes y preparar planes de promoción y prevención

Dichos planes se elaboraran considerando:

- la interrelación de políticas del ministerio, elaboradas en base a datos estadísticos que marcan los temas emergentes
- la planificación de temas de patologías con alta incidencia y prevalencia
- la participación ciudadana (organizaciones de usuarios, liga de consu-



midores, organizaciones ambientalistas, organizaciones zonales)

- la interrelación con la Universidad de la República

Elaborados dichos planes se efectivizan en:

- Medios de comunicación
- Programas de enseñanza (primaria, secundaria), sustituyendo la información por impulso personal de los maestros y profesores por una planificación temática.

La metodología será participativa en el diseño, planificación y ejecución.

Al igual que en otros capítulos de este documento, debemos aclarar que la estructura aquí esbozada necesitará ir paulatinamente modificándose ya que no debemos olvidar que partimos de que más de la mitad de los niños/as y adolescentes uruguayos, se encuentran por debajo de la línea de pobreza.

Habrá entonces que intensificar en lo inmediato la intervención sanitaria en determinadas áreas a fin de lograr una política de impacto a corto y mediano plazo. Esa política deberá estar en plena concordancia con el objetivo perseguido de desarrollar un programa nacional de APS con las características enunciadas al comienzo.

#### ALGUNAS MEDIDAS DE INSTRUMENTACIÓN INMEDIATA

Creemos imprescindible comenzar a trabajar en forma inmediata en la preparación de los programas descritos.

Para ello proponemos concretamente:

- Comenzar a relevar todas las instituciones públicas y privadas que realizan tareas vinculadas a aquellos aspectos que están en la base de la filosofía de los programas de APS, incluyendo las organizaciones sociales y comunitarias.
- Por considerarlos motores de estas actividades, se deben comenzar a identificar los Promotores de Salud,

definidos como aquellas personas pertenecientes a la comunidad, que posean aptitudes y actitudes para organizar y promover espacios saludables a nivel barrial. Serán designados por sus vecinos y capacitados por los equipos comunitarios. Sus funciones se enmarcan en el proyecto de trabajo de cada equipo, y serán considerados como un referente vecinal de la zona, que actuará de intermediario entre los equipos y la comunidad en actividades pre-fijadas y acordadas por todas las partes.

- Comenzar a elaborar los perfiles de los profesionales médicos y no médicos que integrarán los equipos comunitarios y las características que tendrán estos equipos. Pensamos que más allá de la formación curricular, la particularidad de las actividades a desarrollar y el gran número de Recursos Humanos necesarios, implicará la elaboración de políticas formativas en estrecha colaboración con las autoridades universitarias. Esta tarea llevará tiempo y esfuerzo y no puede ni debe ser demorada.
- Instrumentar un sistema de llamados a concurso para todo el personal que trabajará en APS, privilegiando en una primera instancia a funcionarios del propio Ministerio.

**Sabemos que el encare dado a este capítulo sólo toca algunos de los temas inherentes a la elaboración de un Sistema de Salud que priorice la Atención Primaria. Más allá de eso, creemos que el Primer Nivel de Atención es quizás el más complejo y donde será necesario trabajar arduamente para instrumentarlo.**

**Es sin embargo uno de los aspectos más importantes en cuanto a cambiar radicalmente, no sólo algunos indicadores de salud, sino también en lo que tiene que ver con qué tipo de profesionales queremos formar para el Uruguay que tenemos por delante.**



C/

## Apuntes para la instrumentación de una Política Nacional de Medicamentos

Una disponibilidad y utilización adecuada de medicamentos debe estar entre los pilares de la práctica médica moderna y ser considerada como uno de los aspectos fundamentales dentro de las Políticas de Estado en Salud.

Considerado desde este punto de vista el medicamento es esencialmente un bien social y no un producto regulado exclusivamente por las leyes del mercado.

Por lo tanto en un contexto socioeconómico y sanitario determinado la canasta básica de medicamentos para dar respuesta a las necesidades de salud de la mayoría de la población debe ser una combinación de calidad, accesibilidad, eficacia, inocuidad y costos.

Considerando estos principios fundamentales toda Política de Salud debe garantizar el acceso de la población a los medicamentos esenciales para la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades prevalentes y debe incluir entonces una activa Política Nacional de Medicamentos, como parte de una Política de Estado.

**Será objetivo principal de la Política Nacional de Medicamentos mejorar el acceso al medicamento a aquellos sectores de la población mas desprotegidos y por lo tanto mas vulnerables frente a la enfermedad.**

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un tercio de la población mundial no tiene acceso a medicamentos esenciales. Obviamente la inmensa mayoría de estas personas se concentran en los países del tercer mundo, que no sólo son los que menos tie-

nen, sino los que más se enferman y más gravemente lo hacen. Sin embargo, el 77% de los medicamentos a nivel mundial se consumen en los países “centrales”.

Algunos de los aspectos considerados más arriba son los que llevan a la OMS a señalar que los dos aspectos esenciales que deben conducir la política de medicamentos son:

- La promoción de los medicamentos esenciales
- La utilización de genéricos (definidos más abajo) como medicamentos de precios accesibles.

En el Uruguay existen alrededor de cien empresas dedicadas a la fabricación o importación de medicamentos, nucleadas en dos cámaras: una de laboratorios nacionales o regionales y otra de las multinacionales. El mercado nacional de medicamentos es de aproximadamente unos 250 millones de dólares.

A nivel público, el Laboratorio Dorrigo es una Unidad Productora Estatal de Medicamentos para uso humano, el cual fabrica y distribuye sus productos a los centros dependientes del MSP y ASSE. Al igual que tantas otras dependencias estatales, ha sufrido un deterioro continuo en los últimos años. Pocos funcionarios (no llegan a 50), mal remunerados si se los compara con sus pares de la industria privada, créditos insuficientes y que en general se entregan con atraso para la compra de materia prima y materiales, son algunas de las razones de su pérdida de valor como referente y Ente Testigo en el mercado de los medi-



camentos a nivel nacional.

Las plantas farmacéuticas que existen en el país (exceptuando al Dorrego), pertenecen a empresas nacionales o regionales ya que las multinacionales del medicamento cerraron sus fábricas en el Uruguay en los años 90. Esa industria farmacéutica nacional constituye aproximadamente el 3.0% del sector industrial del Uruguay, cifra significativa si consideramos por ejemplo que la industria láctea es el 4.0%. Con más de 2000 puestos de trabajo directo y más de 1000 indirectos, emplea un alto porcentaje de personal técnico de alta capacitación.

Nos interesa destacar además algunos otros datos que consideramos importantes. **El precio promedio que pagó el MSP por los medicamentos nacionales en el año 2003 fue de U\$S 1,90 (poco menos de sesenta pesos). En el mismo período las compañías multinacionales cobraron al MSP un promedio de U\$S 11,00 la unidad (aproximadamente 330 pesos uruguayos).** Sin dejar de reconocer que son las multinacionales las que realizan grandes inversiones en investigación y desarrollo de nuevos fármacos, creemos que es este un elemento a considerar a la hora de discutir las políticas de medicamentos que se apliquen en el futuro.

Los precios de los medicamentos están regulados por el mercado y las multinacionales farmacéuticas lo fijan libremente, principalmente para los principios activos originales (los cuales en general son únicos y protegidos por patente). En el caso de los medicamentos genéricos (entendiendo como tal especialidades farmacéuticas con las mismas características cinéticas, dinámicas y técnicas que un medicamento cuya patente ha caducado), la competencia entre las distintas marcas puede actuar como regulador de los precios, pero en ningún caso hay una política estatal de regulación de los mismos.

A pesar de que en nuestro país hay más de 2000 medicamentos registrados, existen múltiples razones que contribuyen a que mucha gente no tenga acceso

a la medicación necesaria y una de las más importantes es la económica. Una gran parte de la población que recibe asistencia en el subsector público se encuentra por debajo de los niveles de pobreza por lo que (y al igual que con otros indicadores de salud) su acceso al medicamento se ve limitado. Este problema también se observa en el subsector privado en donde los tiques pasaron de reguladores a recaudadores, constituyéndose en una parte importante del co-pago que los pacientes deben realizar para acceder a la asistencia.

En cuanto al rol del MSP, éste tiene entre sus cometidos regular el registro de productos y empresas del sector farmacéutico, realizar el control de calidad de los medicamentos, controlar su prescripción, establecer listados de medicamentos esenciales, sistemas de farmacovigilancia, etc.

Al igual que en otras áreas de actividad del MSP, éste es a la vez quien fija la normativa, la regula, actúa como fiscalizador, financia y es efector o prestador de servicios. Este tipo de marco jurídico y legal del papel del Ministerio, es por lo menos discutible y merecería ser analizado en profundidad. Experiencias en otros países, creando agencias oficiales o administraciones que (bajo la órbita del Ministerio de Salud), regule aspectos de políticas de medicamentos y tecnología médica podrían ser alternativas a estudiar para solucionar algunas de las problemáticas esbozadas más arriba.

Hay un último aspecto al que no podemos dejar de hacer referencia. Según un estudio publicado recientemente en la Revista Médica del Uruguay (2003), un alto porcentaje de los médicos egresados recientemente de la Facultad de Medicina, no posee los conocimientos suficientes sobre distintos aspectos de la farmacología y la terapéutica. Será muy difícil para las autoridades sanitarias el encarar cualquier tarea de instrumentación de una Política Nacional de Medicamentos, sin contar con una adecuada retroalimentación del cuerpo médico nacional. Protocolización de tratamientos,



identificación de efectos secundarios, conocimientos básicos de farmacocinética y farmacodinamia, posología, etc., son absolutamente necesarios en la práctica médica diaria, a fin de detectar rápidamente cualquier problema de los tratamientos medicamentosos.

#### **MEDIDAS A TOMAR APUNTANDO A UNA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.**

- a) Convocar a un grupo de trabajo que comience en forma inmediata a estudiar todas las acciones necesarias que permitan dotar al Laboratorio Dorrego de la tecnología, personal técnico y condiciones de trabajo adecuadas para la fabricación y distribución de aquellos medicamentos considerados esenciales para su distribución en las actuales instituciones asistenciales del MSP (y en el futuro al Sistema Nacional Integrado de Salud.).
- b) Adjudicarle al Laboratorio Dorrego la responsabilidad de actuar como Ente Testigo del sector y comenzar a instrumentar una política nacional de control de precios.
- c) Crear un vademécum único nacional de uso obligatorio para todas las instituciones médicas del país.
- d) Efectivizar la obligación (ya existente pero no fiscalizada) de receta por genérico y no por marca comercial.
- e) Instituir la creación del recetario único para todos los profesionales médicos, haciendo además cumplir con la obligación de indicar con receta.
- f) Exigir a los profesionales médicos la protocolización con aplicación nacional, de todos los tratamientos medicamentosos de enfermedades de alta incidencia, incluyendo estos aspectos en la formación curricular de la Facultad de Medicina.
- g) Instrumentar el ticket regulador como una forma de control y racionalización del uso del medicamento.
- h) Hacer cumplir las normas existentes sobre el funcionamiento de las farmacias comunitarias e institucionales, exigiendo por ejemplo la revalorización de los químicos farmacéuticos en el control de las mismas, el despacho de medicamentos por idóneos, etc.
- i) Eliminar el despacho de medicamentos para pacientes ambulatorios dentro de las instituciones de salud y trasladarlo a las farmacias comunitarias, tomándolas como centros neurálgicos de la distribución del medicamento. Para ello deberá haber una evolución de las mismas hacia un verdadero servicio de salud, en contraste con los comercios actuales. Esta medida permitirá realizar un control eficiente de cómo se medica y cuánto se medica, abaratando los gastos totales de medicamento y los costos al usuario.
- j) Promover el desarrollo de una industria farmacéutica nacional capaz de producir de manera competitiva para el país y la región y con todas las garantías de calidad, seguridad y eficacia de sus productos.

Más allá de estas medidas concretas y que se pueden escalar en el tiempo, se debería comenzar a estudiar la creación de una Agencia Nacional de Medicamentos (que podría también englobar la Tecnología Médica y los Alimentos) que funcionara en la órbita estatal y que entendiera en todos los aspectos de gestión de las Políticas Nacionales en estos sectores. Un organismo de estas características permitiría aumentar en mucho la eficiencia en la regulación, control de calidad, necesidades y gastos del sector, utilizando la infraestructura actual que está enormemente atomizada y burocratizada.





# 4

## Programas específicos:

### De cómo instrumentar algunas acciones en salud dentro de las políticas de estado.

No queríamos finalizar este documento sin incluir algunos ejemplos de cómo será posible encarar en el marco de un SNIS con énfasis en la APS, programas específicos sobre aspectos particulares de nuestra realidad sanitaria y los cambios necesarios para modificarla.

Los dos trabajos presentados en este capítulo fueron realizados con la misma filosofía a la que hacíamos referencia al comienzo. Cada uno de los muy diferentes

problemas que afligen a la salud, merecen una aproximación propia y técnicamente específica, pero realizada desde una perspectiva global y unificadora que haga viable su instrumentación en la nueva política de estado que pregonamos.

Estas dos aproximaciones son sólo las primeras de una serie de propuestas que se están elaborando en el marco del grupo de trabajo de “Salud” del CADESYC.

## A/

### Consumo problemático de drogas legales e ilegales

Consideraciones necesarias para un adecuado enfoque.

#### El consumo y el sistema

Para hablar de un tema tan complejo como el del consumo y la dependencia a las distintas sustancias denominadas drogas, es necesario comenzar por una caracterización más global que parta del análisis de la sociedad y del sistema en el que vivimos.

Como sabemos, el sistema capitalis-

ta ubica en el centro de sus preocupaciones a la reproducción del capital mediante la llamada “ley de oferta y demanda”. En esta visión la sociedad es un gran mercado donde los seres humanos pasan a un segundo plano. Una de las consecuencias que ello genera es que las personas creen valer más por lo que tienen que por lo que son. Ser es tener, y



cuanto más bienes materiales se posean más cerca se estará de la felicidad. Esta es la gran utopía que se vende, la que choca de frente con la realidad económica de las grandes mayorías, privadas de la posibilidad de consumo. Por un lado se incentiva el consumismo y por otro no existen las posibilidades reales de concretarlo, generando enormes frustraciones.

Lo que queremos reafirmar con estos conceptos iniciales, quizás ya sabidos, es el hecho de que las principales relaciones que existen en la sociedad actual son relaciones de consumo.

Esta sociedad alienta a generar necesidades artificiales, y a que el ser humano viva corriendo detrás de metas impuestas sin la capacidad de detenerse y reflexionar acerca de sus necesidades reales, tanto materiales como afectivas.

Diversas circunstancias coinciden en reforzar un tipo concreto de vínculo entre el ser humano y lo que lo rodea, siendo cada vez más frecuentes los vínculos de dependencia.

**Deberíamos restarle protagonismo al objeto del que se depende sea cual sea; y enfocarnos en el problema real que trasciende a ese objeto concreto.**

**La preocupación central por lo tanto hay que ubicarla en la relación de dependencia que la persona establece con algo o con alguien y no en ese algo.**

Hechas estas consideraciones y partiendo de esas bases podemos comenzar a hablar del tema de la dependencia a las drogas.

**Estigmas y generalizaciones erróneas.** Existen en el imaginario social ideas que son en la mayoría de los casos erróneas y estigmatizantes. Están presentes en todas las posiciones políticas, cayendo en lugares comunes y simplificaciones grotescas.

Estas ideas son a su vez reforzadas por la visión transmitida desde los medios de comunicación no sólo de derecha sino también de izquierda.

Pongamos algunos ejemplos:

- “Fulanito cayó en la droga” o “el que cae en la droga es atrapado y no puede salir”. Aquí nos encontramos ante una demonización de la sustancia; en esta concepción el sujeto es absolutamente pasivo siendo de alguna manera “poseído” por la droga. Consideramos errónea esta visión porque hace hincapié en el objeto (la droga) y no en el sujeto (la persona). Entendemos que el énfasis debe ser puesto en la persona y en el conjunto de circunstancias que lo pueden haber llevado a adoptar una conducta adictiva. **El poder que el objeto tiene es aquel que el sujeto le da y no cualquier persona se convierte en adicto.**
- Hablar de “la droga” en singular o de forma genérica, implica colocar en la misma bolsa a sustancias tan distintas como el alcohol, la cocaína, la marihuana, la pasta base o el tabaco. Cada una de estas sustancias tiene características diferentes y provoca efectos muy disímiles. Por lo tanto es necesario referirse a “las drogas” siempre en plural y en todo caso puntualizar a qué sustancia en concreto nos estamos refiriendo cuando emitimos un juicio.
- Establecer una línea divisoria entre las drogas legales e ilegales; presuponiendo que las primeras por el solo hecho de estar legalizadas son menos nocivas que las segundas. Esto lleva a un doble discurso y a una doble moral en la sociedad. Para esta visión es por ejemplo “drogadicto” aquel que fuma marihuana en una esquina, mientras no lo es el que toma alcohol, fuma tabaco o consume medicamentos.
- Equiparación que se hace con el consumidor de drogas ilegales al que siempre se lo cataloga como adicto. Ante ello es necesario aclarar que **no todo consumidor ocasional o esporádico es un adicto, del mismo modo que no todo consumidor de alcohol es un alcohólico.**



**Tampoco es cierto que un consumidor se encuentre en un tránsito inevitable hacia la adicción.** Ello dependerá de cada ser humano y de todas las condicionantes que desarrollamos anteriormente. Es importante hacer esta aclaración porque este discurso que no diferencia entre consumidor y adicto está presente de modo intencionado en algunos tratamientos o abordajes que se dedican al tema y que lucran con él, siendo recibidos con los brazos abiertos por los medios de comunicación.

- Adjudicar sólo a los jóvenes el consumo de drogas.
- Asociar el consumo de drogas con conductas delictivas.

#### **Algunas definiciones importantes**

- Una primera definición de **drogas psicoactivas** realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos permitirá tener una idea clara de lo que llamamos droga: “Droga es toda sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida altera la fisiología del organismo”.
- Según otra definición: “Droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo”(Jaime Funes Arteaga).

Teniendo en cuenta estas definiciones, no es adecuado hablar de “la droga” como un fenómeno único y uniforme. Considerando que existen diversas sustancias, consumidas de distintas formas por diversas personas en diferentes contextos y que pueden dar lugar a variados tipos de situaciones mas o menos problemáticas, resulta entonces más apropiado referirse a “las drogas”.

Aunque las relaciones con las dro-

gas sean tantas y tan diversas como consumidores, convengamos al menos en la necesidad de establecer tres tipos básicos: uso, abuso y dependencia.

#### **Uso:**

Entendemos por uso aquel tipo de consumo de drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso no problemático.

#### **Abuso:**

Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

#### **Dependencia:**

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, podemos definir la dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes. El consumo de drogas, que puede haber comenzado como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

#### **Dependencia física**

En este caso el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad.

Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite, aparece el síndrome de abstinencia que es característico de cada droga.



### Dependencia psíquica

Esta se pone de manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o para liberarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.)

El ser humano puede hacerse dependiente de una amplia diversidad de objetos y hasta de personas. Es así que se puede hablar de dependencia al juego, a la televisión, a internet, al sexo, etc. Esto significa que el fenómeno de las adicciones excede la situación de dependencia de las drogas, y en el mismo se entrelazan factores individuales, familiares, sociales, culturales, que contribuyen al establecimiento de vínculos adictivos. Prevenir, tarea que consideramos de suma importancia, implica actuar sobre todos los factores involucrados en la problemática.

Entendemos la prevención como una acción a llevar adelante en los tres niveles que se detallarán en esta propuesta.

### ALGUNAS PROPUESTAS

Para desarrollar cualquier programa en relación al consumo de drogas en sus diferentes formas consideramos imprescindible generar condiciones materiales, técnico profesionales y sociales mínimas que hoy no están a disposición.

1. Formación Técnica.
2. Prevención, Asistencia y Tratamiento.
3. Investigación.

#### 1. Formación Técnica:

Se considera como algo de suma importancia para que exista un cambio a nivel profundo en la sociedad, que se incorpore a la currícula de las diferentes carreras y disciplinas involucradas (por ejemplo: medicina, psicología, enseñanza, trabajadores sociales, de la salud, del sistema carcelario, etc), formación que debe ser lo más amplia y objetiva posible.

Se deberá coordinar para esto con el Equipo de Educación.

#### 2. Prevención, Asistencia y Tratamiento:

El programa del FA/EP en el área salud tiene como ejes “el cambio del modelo asistencial hacia la aplicación de una estrategia de Atención Primaria en Salud”. El gobierno deberá asegurar la cobertura a toda la población, articulándola en forma de sistema nacional, superando las actuales carencias con respecto a la prevención, asistencia y tratamiento de esta problemática a nivel estatal.

Se ha constatado con frecuencia, pero no con exclusividad, la presencia de algunos factores que facilitan o sostienen la situación de uso, abuso o dependencia de drogas. Estos pueden ser de carácter individual, familiar y social.

#### Individual:

- Dificultades en los procesos de individuación.
- Dificultades en el proceso de apego primario a la madre o sustituto.
- Abandonos.
- Malformaciones físicas.
- Patologías psiquiátricas.
- Problemas de conducta y fracaso escolar.

#### Familiar:

- Maltrato.
- Abuso sexual.
- Violencia.
- Adicciones en la familia.
- Límites y autoridad en la familia.
- Alteraciones en la comunicación y la afectividad.
- Secretos familiares.

#### Social:

- Fenómenos de exclusión y marginación.
- Modelos sociales de consumo.
- Pobreza.
- Desocupación.
- Discriminación.
- Falta de oportunidades de crecimiento personal.

Dado pues, que este fenómeno es multicausal se hace imprescindible la participación de una amplia gama de disciplinas en la comprensión y aborda-



je del mismo, con la consiguiente formación de equipos de trabajo interdisciplinarios.

Cuando nos referimos a una amplia gama de disciplinas estamos incluyendo las llamadas medicinas “complementarias” (ya que no sustituyen a las ortodoxas sino que las complementan) como por ejemplo homeopatía, florales, dígito-puntura, acupuntura, fitoterapia, reflexología, masaje I'atsu y otros, respiración halotrópica, hidroterapia, zooterapia, reiki, etc.

Pensando en que se aplicará una nueva política de salud en nuestro país, todas las acciones en este campo se insertarán en los tres niveles atencionales propuestos.

#### 1er. Nivel o Prevención Primaria.

- **En este nivel se previene el uso de drogas cuando éste no existe.**

#### RECURSOS:

- Información sobre las diferentes sustancias:  
Características.  
Daños y riesgos.

Se encarará esta tarea en el marco de una estrategia de APS, utilizando las estructuras ya creadas para ésta.

#### METODOLOGÍA:

- Talleres:
  - de formación para personal docente, de salud, y agentes comunitarios en general, por zonas.
  - de información para los vecinos de la zona con un enfoque de promoción de salud que incluya instancias de difusión y discusión barrial.
- Formación de redes comunitarias con involucramiento de la mayor cantidad de ciudadanos, fomentando el concepto de “ciudadanía” y estimulando la formación de grupos de autoayuda, promoviendo el autocuidado, el mutuo cuidado y la participación en la toma de decisiones sobre salud con una perspectiva integral.
- Programa de promoción y educación

en salud con desarrollo de campañas de información masivas. Para ello se requerirá la participación de los medios de comunicación y la coordinación con los diferentes actores institucionales del sistema de salud y de fuera de él (sistema educativo, municipios, BPS, JND, MSP, MEC, Universidad de la República). Podrán tomarse como referencia para una evaluación del impacto social las campañas del Sida, Cólera, Dengue, Bacteria asesina, Accidentes de tránsito, Tabaquismo, etc.

#### 2do Nivel o Prevención Secundaria.

- **En este nivel ya está instaurado el uso de drogas pero no se ven afectadas, o por lo menos no seriamente, las áreas vitales del usuario.**

Estas son:

- Area física.
- Area laboral y/o estudios.
- Area social.
- Area familiar.
- Area legal.

**Se previene que el uso se torne problemático.** Se considera que el uso es problemático si alguna o todas las áreas vitales del usuario se ven afectadas negativamente por el mismo.

Generalmente en este nivel no hay demanda por parte del usuario pues el consumo es vivido con más beneficios (bienestar, logros, gratificaciones, desinhibición) que perjuicios.

Por lo tanto debemos valernos de las estructuras generadas y en funcionamiento para el primer nivel.

- Generar espacios adecuados para cada realidad zonal, área, etc, que posibiliten el acercamiento al usuario de los diferentes agentes de salud.
- Incluir en los centros asistenciales, educativos, etc, a los que el usuario pueda concurrir por otros motivos, un área idónea para la detección y abordaje de la problemática.
- En estos u otros ámbitos en que se contacte al usuario en este nivel, in-



tentar generar una relación de confianza que posibilite el acceso a la información y la reflexión, tendiendo a evitar que el uso se torne problemático a través de la toma de conciencia.

- Intentar que el usuario utilice las herramientas que se generan en el primer nivel (por ejemplo participación en talleres y/o en grupos de autoayuda).

### **3er. Nivel o Prevención Terciaria.**

- **Ya está instaurado el abuso o la dependencia. Se ven afectadas una o más áreas vitales.**
- **A este nivel se deben prever tres aspectos diferentes y complementarios:**

#### ***Asistencia:***

Se refiere a la acción de socorrer o asistir. En la asistencia incluiremos la multiplicidad de órdenes institucionales que tienen la finalidad de tomar a la persona necesitada de auxilio, para socorrerlo, contenerlo, dirigirlo. Así pues, en esta instancia lo puede asistir un Juez, un Policía, un Sacerdote, un Médico, un Asistente Social, un Psicólogo, otro dependiente, un exadicto, etc, esto dependerá de la estrategia para cada momento del proceso adictivo, que puede incluir a uno o a varios promotores asistenciales en el mismo momento.

#### ***Tratamiento:***

Incluye la aceptación de trabajo con el sujeto y su entorno, historia personal, familiar y social.

En esta instancia pueden ser necesarios la Clínica Hospitalaria como lugar organizacional donde se alojan o se internan pacientes y Hospitales de atención diurna de régimen ambulatorio

**El objetivo del gobierno debe ser generar los recursos que garanticen la realización de los tratamientos y debe ejercer funciones de contralor en las instituciones a cargo de los mismos.**

El tratamiento consiste en un proceso global de cambio, que como todo pro-

ceso se da dialécticamente y en forma de espiral. Proceso de cambio que va desde el momento en que alguien advierte la existencia del problema hasta el instante en que el problema deja de existir. El abordaje debe considerar el punto en que se encuentra cada individuo concreto dentro del ciclo de cambio. Por lo mismo, los tres niveles de prevención encierran en sí mismos la posibilidad de ser terapéuticos.

El proceso de cambio mediante el cual una persona pasa desde una adicción hacia la recuperación sostenida, está basado en una toma de conciencia progresiva acerca del problema, y la necesidad de cambios que influyen en la motivación.

Prochaska y DiClemente han esbozado un modelo para describir este proceso de motivación creciente para el cambio que hemos encontrado útil como aproximación al tema.

Este modelo supone distintas etapas o fases que en realidad están presentes en cualquier proceso de cambio, ya sea individual o social.

#### ***Proceso de cambio:***

- **Precontemplación.** En esta etapa la persona no se da cuenta de que existe un problema, pues no ha hecho conciencia de ello. Por esta razón no está dispuesto a buscar ayuda.
- **Contemplación.** Las evidencias del daño se hacen obvias, lo que permite desarrollar una conciencia del problema. La persona comienza a pensar en el cambio pero esto no se traduce en acciones concretas.
- **Preparación.** En esta etapa la persona siente que debe hacer algo para resolver el problema y comienza a buscar ayuda.
- **Acción.** La persona está dispuesto a comenzar a hacer los cambios necesarios. En este estadio se produce la modificación de la conducta problemática. Es acá donde no existe acuerdo entre los diferentes abordajes terapéuticos, al definir como etapa de acción al comienzo de la mo-



dificación del hábito o sólo a la suspensión del mismo, o sea la abstinencia.

- **Mantenimiento.** Realizados los cambios hay que mantenerlos lo suficiente para que se hagan permanentes. Todo proceso tiene avances y retrocesos, por eso la importancia de la prevención de recaída a conductas problemáticas superadas.

### 3. Investigación:

Consideramos que alguno de los centros creados por el Estado debe cumplir la función de asistencia, tratamiento, docencia e investigación. Pueden para esto coordinarse acciones con la Universidad y otros organismos e instituciones públicas que trabajen sobre esta problemática, para evitar la superposición de esfuerzos y el desgaste de recursos.

## B/

### Salud bucal

#### Su inserción en un programa de emergencia y en el sistema nacional de salud

En el capítulo “Antecedentes” del actual Plan de Estudios de la carrera de Doctor en Odontología se expresa:

- a) “El sistema de atención de salud odontológica del país presenta carencias tales como.
- ausencia de una estructura de coordinación del sistema, que posibilite el desarrollo de programas nacionales masivos, de promoción y educación sanitaria, basados en el diagnóstico de salud bucal de la población nacional, a partir de estudios socio-epidemiológicos rigurosos y multivariados;
  - inadecuada administración de los recursos humanos y materiales existentes, ante una reconocida alta prevalencia de patologías bucales identificadas en la población, que generan una demanda insatisfecha.
- b) “Resulta necesario revertir el enfoque curativo hacia un enfoque preventivo asistencial, destacándose:
- la vigencia de un paradigma ya superado de atención médica y odon-

tológica, en el proceso de formación y en la práctica privada, fundamentalmente centrado en la enfermedad, de carácter individual, biologicista, mecanicista, de alta densidad tecnológica y tendiente a la pseudoespecialización;

- la ausencia de contenidos de educación para la salud en el conjunto del sistema educativo que permitan una mayor socialización de principios preventivos.”

Parece claro entonces, que desde el sector académico se han detectado graves falencias en el área de la salud bucal y en el modelo asistencialista que se aplica. También queda claro que está en el espíritu de este Plan de Estudio, la preocupación de formar a los jóvenes profesionales con una visión preventiva y socializadora en lo referente a la salud odontológica.

La Facultad de Odontología es y debe ser un efector importantísimo dentro del futuro Sistema de Salud. Posee el 6% del equipamiento del país en esta disciplina y es la institución madre en la ge-



neración de conocimientos y de planteos que atiendan la situación social de la población (ambos, productos de su interrelación con la comunidad).

Por otra parte el MSP cuenta en la actualidad con 240 cargos de odontólogo y una importante infraestructura de equipamiento. Es interesante resaltar que en las diferentes instituciones estatales trabajan aproximadamente 600 odontólogos. Estos recursos humanos y técnicos están hoy mal o subutilizados y deben ser integrados tanto en el Plan de Emergencia como en el SNIS.

Para ello será responsabilidad de las autoridades ministeriales el tener como actores a todo el Equipo de Salud Bucal (higienistas, asistentes, laboratoristas, etc.) integrado al de Salud Familiar junto con la comunidad, participando activamente en la gestión del programa a desarrollar.

Es indispensable entonces que desde el Ministerio se logre establecer (en una primera instancia) una política de convenios con todas las otras instituciones del Estado en donde se ofrecen servicios odontológicos. Al mismo tiempo será responsabilidad de las autoridades ministeriales el gestar el modelo y fiscalizar su cumplimiento. Este modelo obligará tanto a instituciones públicas como privadas y para efectivizar su aplicación el Ministerio realizará convenios según las necesidades con instituciones privadas, asociaciones profesionales ya existentes, o en su defecto impulsará la formación de nuevas, acorde a las organizaciones territoriales de salud (SILOS), fomentando el trabajo multidisciplinario de atención a la población (Estructura Básica de Atención Primaria).

En base a estos considerandos (que deben desarrollarse y profundizarse) y teniendo presente la urgencia de establecer planes de emergencia en lo inmediato priorizando la salud sobre la enfermedad, con características preventivo asistenciales y con enfoque de riesgo, es que proponemos algunas medidas para su discusión y debate.

## **MEDIDAS DE EMERGENCIA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN EDUCATIVO-PREVENTIVO-ASISTENCIAL (CON ENFOQUE DE RIESGO), EN SALUD BUCAL**

### **A. Primer Nivel de Atención en Salud Bucal**

Dentro de las acciones a implementar en un Programa de Emergencia en Salud se propone:

1. Durante los 4 o 6 primeros meses se trabajará en el relevamiento y detección de los ciudadanos/as que están en situación de emergencia.
2. Al mismo tiempo se irá implementando el plan para:
  - embarazadas.
  - niños de 0 a 12 años.

(Podría ser una idea trabajar en guarderías, en las escuelas, merenderos en alta básica (control de infección) "in situ", y lo demás derivarlo al centro de salud estatal más próximo.

  - Sin edad.
    - Falta de piezas en el sector antero- superior por ser situación de exclusión social y laboral, generando pérdida de autoestima.
    - Desdentados, por lo anteriormente citado más el tema de la masticación –alimentación.
3. Primer Nivel de Atención en Salud Bucal
  - Alta Básica en dientes temporarios
  - Alta Básica Modificada en dentición mixta y permanente
  - Alta Básica Modificada y luego prótesis simplificadas de muy buena resolución
  - Controles Periódicos de Salud, éste es uno de los pilares fundamentales para mantener en salud a la población.

La emergencia toma a todos para los que la necesiten, sin exclusión de edades.



Se establece la prioridad anterior para comenzar y luego seguir en orden de jerarquía por:

- Adolescencia
- Adulto joven
- Adulto mayor

## B. Segundo Nivel de Atención en Salud Bucal

Sistema de referencia y contrarreferencia con:

- Facultad de Odontología, en general
- SIDA, Departamento de Infección contagiosas del Instituto de Higiene y para niños, Hospital Pereyra Rossell.
- Quirúrgica de 2º y 3º Nivel, Facultad de Odontología y Hospital Maciel.
- Ortodoncia y Ortopedia, Facultad de Odontología y Asociación Odontológica del Uruguay (AOU).

### Acciones para el inicio

El Ministerio de Salud organizará y fiscalizará todas las acciones.

Solicitará el apoyo de OPS dado que este plan se condice con las **metas para el milenio**, surgidas de la **Reunión Regional de Jefes de Programas de Salud Oral** realizada en La Habana, Cuba, a partir del 20 de abril de 2004.

- **Identificación de los 300 mil uruguayos que viven por debajo de la línea de pobreza.** Se llevará a cabo por equipos multidisciplinarios en donde participará el Equipo de Salud Bucal
- **Relevamiento epidemiológico con necesidad de tratamiento**, lo realizará el Equipo de Salud Bucal asignado con previa calibración según OPS y luego de la detección de las zonas de emergencia por el equipo multidisciplinario.
- **Reciclaje de los recursos humanos**, para su adecuada participación en el programa.

Estimamos poco más de 2 meses para la realización del relevamiento epidemiológico. Recién en ese entonces se podrán calcular los insumos, que serán disminuidos porque ya estará el potencial estatal reciclado para la ejecución del programa.

**Política de impacto.** En primera instancia, se propone la organización de Servicios de Urgencia para que brinden la más amplia cobertura para erradicar patologías en agudo.