

Algunas reflexiones sobre la Salud en el Uruguay, diez años después

José Portillo - Judith Brites¹.

El impulso crítico viene indefectiblemente unido a la resistencia contra toda rígida conformidad respecto a la opinión dominante.

Theodor Adorno

Introducción

En el esfuerzo por analizar el estado actual de los Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales - (DESC)², realizamos algunos aportes en relación a la situación de la Salud, entendida ésta como un derecho fundamental en la sociedad contemporánea. Se intenta así, contribuir al debate sobre los procesos de implementación de la Reforma de Salud en nuestro país puntualizando que no se trata de un análisis sistemático, el que desbordaría los alcances de este informe.

El estado de situación de la Salud en el Uruguay merece dicho estudio tanto desde el punto de vista epidemiológico como sociológico; sobre todo cuando partimos de una concepción de la Salud pensada como Derecho y desde la mirada de los determinantes Sociales de la Salud. Éstos “(...) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”³.

El interés por el cambio de modelo en la Salud se inició en 2005 con el gobierno de izquierda. Una serie de medidas que se fueron implementando en forma gradual; la Reforma de la Salud, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se concretan en 2007 a través de la ley N° 18.211⁴.

Dicha reforma de Salud, “se basa en la universalización de la atención en Salud a toda la población, en diferentes niveles de accesibilidad y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en Salud representa para cada ciudadano. Sus lineamientos surgen a partir de las definiciones programáticas del gobierno, consensuadas con los actores involucrados nucleados en el Consejo Consultivo para el cambio en salud. (...) los datos surgidos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, realizada en el año 2008 por la División Epidemiología del MSP, y su impacto en la morbilidad del Uruguay, se definen como ejes estratégicos para la promoción de la salud los cambios hacia estilos de vida saludables: la promoción de la actividad física y recreativa, la alimentación saludable, la participación ciudadana, los entornos saludables (...) y los ambientes libres de humo de tabaco. Los principales desafíos de la presente Estrategia son: La necesidad de un proceso comprensivo que influya positivamente en el impacto sanitario, ya sea en forma directa o indirecta. Conformación de un Consejo Nacional de Promoción de Salud que permita la implementación y seguimiento de la Estrategia. El continuo desarrollo e implementación de investigación en promoción de la salud. El desarrollo de la política de promoción de la salud a nivel departamental y local a través de la planificación

¹ José Portillo es Médico pediatra con estudios de postgrado en Filosofía. Judith Brites es Licenciada en Psicología.

² <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/cescr/>

³ http://www.who.int/social_determinants/es/

⁴ <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

departamental y la gestión intersectorial local. El desarrollo integrado de programas que contemplen la ejecución de políticas de promoción de la salud. Desarrollar un sistema de evaluación de las estrategias de promoción de la salud. Determinar las necesidades de inversión en promoción de la salud”⁵.

Corresponde destacar que es la primera vez que un gobierno -y en particular las autoridades de la salud- integran a la praxis conceptos como *equidad, accesibilidad* con *servicios de calidad* para todos/as los/as habitantes del país y pretenden la integración de todos los prestadores en un único sistema. Esto debe resaltarse como un mérito muy significativo y uno de los logros más importantes desde la instalación del gobierno progresista.

Sin duda pensar y comenzar la implementación de la Reforma fue un paso muy importante; pero existen problemas, algunos que fueron tomados en cuenta y otros que no fueron pensados en relación a la complejidad de la Reforma. El Presidente de la República José Mujica, señalaba en su audición radial del 20 de octubre de 2011, la importancia del Sistema Nacional Integrado de Salud; reconoció que pese a que “se invirtieron en salud casi 40 mil millones de pesos, casi 5 puntos del PBI”, sólo en el subsector público, “está muy lejos de estar terminado”. Una de las características históricas más destacadas del Uruguay ha sido gastar mucho en salud (10% del PBI en conjunto) con pocos resultados (comparativamente) en materia de indicadores. ¿Se estará empezando a mejorar?

Para el sector socialmente más vulnerable se visualizan logros innegables (como acceder a una Institución de Asistencia Médica Colectiva quizás por primera vez) con una atención médica y servicios de hotelería dignos.

II

Los problemas de salud requieren miradas y soluciones integrales. Los Recursos humanos son una parte importante y compleja, por tanto requiere trabajo y acuerdos colectivos. Debemos cuestionarnos permanentemente para lograr mejoras en la calidad de la atención, en la accesibilidad, en la gestión, entre otras, para construir prácticas más democráticas, equitativas, participativas y para redefinir y redimensionar el rol del estado a través de cambios estructurales y funcionales que mejoren sus vínculos a nivel institucional y comunitario.

Los Recursos humanos adecuados son un tema central; sin embargo, existe una fragmentación entre el discurso y las prácticas. Cualquier nuevo modelo de atención a la salud -y en especial si considera la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud que jerarquiza el nivel menos complejo de la atención-, debe estar centrado en un médico que sea un clínico de excelencia.

Este médico general se transforma en “la llave de entrada al sistema” y necesita una capacidad basada en habilidades, conocimientos y actitudes que le permitan hacer diagnóstico clínico presuntivo, evitando tanto el sub diagnóstico como el sobre diagnóstico; el uso irracional de tecnología, costoso y eventualmente riesgoso así como la derivación innecesaria a niveles de atención de mayor complejidad. Además de una relación con sus pacientes respetuosa y ética. Sin embargo la realidad camina en sentido contrario.

Un Informe de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay⁶ señalaba entre otras cosas, que la fuerza de trabajo es el aspecto central en la atención a la salud. No obstante, los recursos humanos “*permanecieron al margen de la consideración en la mayoría de las reformas de los sistemas llevadas a cabo en las últimas décadas en América Latina*”. Se puede decir que Uruguay no está al margen

⁵ www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4726,20032

⁶ OPS-Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay_Montevideo, 2007.
<http://www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf>

de esta consideración y esto podría contribuir, como señala el mismo informe, a ser *“causante de los escasos resultados obtenidos en nuestros países”*.

Uruguay sigue sin planificar sus necesidades reales en cantidad y calidad de la formación de los recursos médicos y del resto del equipo de salud.

La evolución de la tasa de ingresos a la Facultad de Medicina presenta una tendencia creciente a largo plazo, con una tasa promedio de 2,4 % anual entre 1995 y 2005. Para 2012 se efectúa una proyección de un ingreso 18% superior al de 2005. El número de médicos se ha incrementado de forma permanente a una tasa francamente superior a la tasa de crecimiento de la población general. Como contrapartida existe una notable concentración de médicos en Montevideo, 73.5 cada 10 mil habitantes (una tasa superior a cualquier país del mundo) contra 19.6 cada 10 mil habitantes el resto, del país (la otra mitad de la población).

Contrariamente a lo señalado y a las necesidades de un nuevo modelo de atención, la tendencia a la especialización de los médicos es creciente (de 56% con especialidad en 1998 se pasa al 73% en 2006). A su vez las remuneraciones son muy diferentes entre los generalistas y los especialistas, a favor de estos últimos y muy especialmente si son anestésicos-quirúrgicos (aproximadamente 50% superior).

Pero a su vez existen diferencias salariales marcadas entre los subsectores, siendo notoriamente superior el salario de los privados con respecto a los cargos públicos.

También la distribución de los recursos asistenciales es muy diferente en número entre el subsector privado y el público: en el primero tenemos 13.3 médicos, 6.2 enfermeros y 11.2 de otras profesiones cada mil usuarios; mientras en el segundo hay 3.9; 4.8 y 8.5 respectivamente. Como se ve, una enorme desigualdad a favor del privado, pero especialmente marcada entre los médicos.

El Informe en consideración señalaba en 2007 y puede decirse que mantiene plena vigencia, en casi todos los datos, que *“la inexistencia de todo tipo de planificación en la formación de recursos humanos, sumada a la existencia de especificidades de funcionamiento del mercado de trabajo del sector salud, como por ejemplo la llamada inducción de demanda, explican la tendencia secular al crecimiento”*.

También se señala muy claramente que esta tendencia a la masificación, no acompañada de otras medidas (por ejemplo extensión de los servicios educativos) afecta de manera significativa la calidad de la educación médica.

En términos comparativos, Uruguay presenta la tasa de médicos por habitante más alta de la región, la segunda de toda América y más alta que la mayoría de los países de la OCDE⁷. Señala el informe que *“una hipótesis plausible es la existencia de exceso de oferta médica”*. Si a estos elementos se agrega la llamada judicialización de la medicina que ha generado una práctica “a la defensiva” (uso innecesario y potencialmente riesgoso de la tecnología “por si acaso”), nos encontramos recorriendo un camino inverso al presupuesto en los objetivos de la reforma: demasiados médicos, demasiado especializados, con una formación clínica poco adecuada, con un sistema de distribución en el país absolutamente desequilibrado y con un conjunto de remuneraciones profundamente inequitativo, que mantiene una práctica muy diferente a la estrategia de la APS. Lo más preocupante es la falta de medidas en el mediano y largo plazo para revertir esta situación.

Nos preguntamos si será una utopía pensar en un sistema de salud conjugando los aspectos de recursos humanos adecuados, gestión, administración y acceso. La Reforma y la Estrategia APS es una utopía en Uruguay, sin embargo en otros países hace 20 años que se desarrolla. Existe mucho material en torno al tema.

⁷ OCDE - Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

En nuestro país podríamos decir que en parte se logró visibilizar, pero debe quedar claro que quizás no fueron las mejores formas para implementarla.

Los procesos deben ensamblar las metas propuestas por las políticas públicas con las realidades y necesidades de los diferentes actores que están implicados en el sector de la salud incluyendo el/la “usuario/a”.

Si bien la concepción y mirada de los derechos económicos sociales y culturales es tenida en cuenta a la hora de los discursos y en algunas políticas públicas, esto es un inicio.

Las relaciones de poder son parte del cotidiano pero quizás podríamos asegurar que en el ámbito de las políticas públicas se complejizan, obstaculizando muchas veces las propuestas de cambio.

III

Si consideramos las inequidades al interior del sector, entre los subsectores público (representado mayoritariamente por ASSE) y privado (representado mayoritariamente por las IAMC⁸) las diferencias siguen siendo muy grandes y no sólo en materia de hotelería (extraordinariamente significativas). También siguen existiendo notorias diferencias en recursos humanos y materiales y sobre todo en los resultados.

Coincidiendo con el espíritu de la Reforma, el Ministerio de Salud ha implementado una serie de Normas en materia de prevención y promoción de salud. La más extraordinaria ha sido sin embargo proveniente de la propia Presidencia y tiene que ver con todas las medidas exitosas que han contribuido al combate al tabaquismo y que han generado logros reconocidos internacionalmente. También se han producido una serie de normas obligatorias a los Servicios en materia de prevención, sobre todo para el área materno-infantil.

Estas medidas en conjunto, sumadas a las mejoras socioeconómicas como la disminución de la pobreza y de la indigencia (aunque no ha disminuido la inequidad han logrado un avance de los indicadores clásicos. Se destaca especialmente la mortalidad infantil, logrando una cifra histórica en 2010, de 7.71 por mil nacidos vivos, pese a que entre 2005 y 2008 solo había variado entre 12.63 y 10.74.⁹

A pesar de ello Uruguay sigue siendo aventajado por Cuba, Chile y Costa Rica en América Latina, (cuando en 1950 Uruguay era el primero de toda América exceptuando EEUU y Canadá).

En enero de 2011, Uruguay se coloca en el ranking, debajo de 70 países de una lista de 220¹⁰. Históricamente además, la mortalidad infantil del subsector privado es notoriamente más baja que el público¹¹, tendencia que se ha corregido pero que está lejos de desaparecer.

A pesar de todas las pautas en materia de prevención en 2010, el 12% de los partos del Hospital Pereira Rossell, la mayor maternidad del país, fueron prematuros; y el 61% de los nacimientos fueron de embarazos mal controlados¹². En coincidencia, el Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, Dr. Leonel Briozzo, señalaba entre otras cosas: *“en 2010 las instituciones del subsector privado cumplieron en más del 90% los doce controles que deben realizar los niños y las mujeres, mientras que ASSE logró el 90% sólo en dos controles (...) en otro conjunto de controles pediátricos, mientras el subsector privado cumplía las pautas en un 88%, ASSE lo lograba sólo en un 57% (...)”*

⁸ IAMC - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

⁹ MSP-Informe especial- La reducción de la tasa de mortalidad infantil en Uruguay 2010.

¹⁰: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=uy&v=29&l=es>

¹¹ MSP-Salud de la Población-Departamento de Estadística-Indicadores y políticas de Salud de la Infancia y la Adolescencia-Montevideo-2002.

¹² *El Observador*. Informe de la Fundación Álvarez - Caldeyro Barcia; 9 setiembre de 2011.

estas situaciones tuvieron entre otras consecuencias que ASSE dejara de cobrar un 77% de lo que podía haber cobrado en función del cumplimiento de las metas asistenciales exigidas por el Ministerio¹³.

El subsector público además de tener las peores remuneraciones, adolece de problemas crónicos de gestión y personal. Esto obligó a la reciente remoción de las máximas autoridades de ASSE, debido a que pese al incremento presupuestal muy marcado, no lograron mejorar sus resultados.

Entre los muy numerosos problemas, el ausentismo del personal es quizás uno de los más marcados (y más antiguo). En recientes declaraciones, el Director del MSP, Dr. Yamandú Bermúdez señalaba que *“la falta del personal de la salud (en el subsector público) alcanza diariamente el 25%¹⁴ (...) en esas condiciones la atención se hace compleja o imposible”*.

A pesar de lo señalado y en coincidencia con las palabras del Presidente de la República que presentamos al inicio de este informe, se presenta el gasto de ASSE antes y después de la reforma¹⁵

	Año 2004	Año 2008
Gasto	\$6.150.467.657	\$9.500.164.395
Usuarios	1.554.488	1.210.592
Gasto per cápita	\$ 312	\$ 654

Se puede decir sin dudas que se suman y potencian, la inequidad y la ineficiencia y en palabras del Sr. Senador y ex Ministro de Salud Pública Dr. Alfredo Solari: *“las cosas en ASSE marchan muy mal”¹⁶*.

Se puede pensar que de acuerdo al espíritu de la Reforma y a numerosas medidas implementadas, se debería tender a lograr que el subsector privado, a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, con un sistema de financiamiento mixto (similar a los sistemas de Seguridad Social europeos) lograra asumir la asistencia de toda la población. Históricamente se puede decir *grosso modo* que la mitad de la población era atendida por este subsector. De acuerdo a cifras recientes en 2009 las IAMC asistían al 52,5% y en 2010, 55,1%¹⁷.

Uno de los problemas más significativos es que ASSE sigue financiando la oferta de servicios sin conocer con precisión la demanda, es decir en régimen de capitación cómo funcionan las IAMC en el subsector privado, lo cual permite una racionalización del gasto.

Pero sin duda una de las asimetrías más marcadas en prestaciones de salud, debe ser entre las áreas urbanas y las áreas rurales. *“La centralidad de la capital departamental y de las ciudades medianas genera diferencias con los pueblos y comunidades rurales. En la mayoría de las zonas rurales no hay profesionales de la salud radicados, contándose solamente con auxiliar de enfermería o promotora rural y una ronda médica que visita la localidad con una frecuencia que va de 15 días a tres meses”¹⁸*. Corresponde recordar que Montevideo cuenta con una tasa médico-habitante de las más altas del mundo.

Reflexiones finales

¹³ *El Observador*, 19 de octubre de 2011.

¹⁴ *El País*; 27 de octubre de 2011.

¹⁵ *El Observador*; 2 de octubre de 2011.

¹⁶ Op.cit

¹⁷ Uruguay en cifras-Salud- 2009 y 2010.

¹⁸ Informe Alternativo al Comité DESC-ONU. Capítulo Uruguay-PIDHDD-Montevideo-2011.

Hace diez años señalábamos en un trabajo presentado en el XXIII Congreso Uruguayo de Pediatría, lo que entendíamos eran las diez patologías más relevantes de los servicios de salud en el Uruguay¹⁹. A diez años de ese Congreso, a seis años de gobierno progresista y a cuatro años de implementado el Sistema Integrado de Salud, podemos comparar lo allí señalado con el contexto actual:

1) Se gasta mucho en reparación de la salud perdida y muy poco en prevenir la enfermedad. Por el momento sigue plenamente vigente. Sin desconocer los esfuerzos innovadores con políticas y pautas de prevención y promoción, la distribución de los presupuestos, y sobre todo el perfil del cuerpo médico, no permiten avizorar cambios significativos en el corto plazo.

2) Hay exceso de efectores asistenciales carentes de inserción social. Sigue teniendo vigencia, en especial por la asimetría en la distribución de los recursos materiales y humanos, tanto entre los subsectores como en la superficie geográfica.

3) La capacidad instalada no se corresponde con la demanda real. Dado que no ha existido ninguna planificación, la distribución ha quedado librada a las circunstancias del mercado, lo cual explica las asimetrías marcadas.

4) No se utilizan en magnitud suficiente las mejores y más probadas técnicas de salud pública.

No cabe duda. Este es de los pocos países del continente en el cual la Salud Pública no ha tenido un papel destacado en el ámbito universitario. Si bien las cosas tienden a cambiar, es probable que haya un déficit de recursos humanos en este rubro comparando con otros países de la Región.

5) Existe una plétora perjudicial de medicamentos. No se puede afirmar, pero es posible que sea correcto, ya que la provisión queda a cargo de los intereses comerciales de las empresas.

6) Hay un exceso de intermediación en el sector salud. Si bien existe la intermediación, no es el principal problema de este país.

7) Existen instituciones estructuralmente inadecuadas para atender requerimientos sanitarios. Esta cuestión es totalmente válida con el agravante que la mayoría de ellas pertenecen al propio Estado.

8) Hay sobreutilización de recursos diagnósticos y excesos terapéuticos.

9) Es creciente el “mal uso” de la mala praxis.

Estos dos últimos ítems pueden ser considerados en conjunto y se puede decir que no sólo siguen vigentes, sino que tienen una tendencia progresivamente creciente. Es un problema complejo que no sólo afecta a este país y se puede explicar por un conjunto de factores, entre otros: educación médica basada en modelos ya superados y masificación de dicha educación que contribuyen en conjunto a una formación clínica limitada; gran presión social en función de la mayor información disponible y de la influencia de los medios masivos de comunicación; judicialización de la medicina que lleva a una práctica distorsionada (medicina a la defensiva); escasa disponibilidad del tiempo necesario para una atención adecuada en función del multiempleo y los sistemas perversos de remuneración.

10) Existe una perniciosa propaganda que orienta a la sociedad a consumos inadecuados o tendenciosos. Sigue totalmente vigente y es parte de la explicación de los ítems anteriores.

“Muchos otros estudios realizados al interior de los países demuestran que las regiones con mejor atención primaria tienen mejores resultados en salud, tanto en tasas globales de mortalidad, enfermedades cardíacas, tasas de mortalidad y mortalidad infantil, como en detección más precoz de formas de cáncer como cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer uterino/cervical, y melanoma. El caso contrario se

¹⁹ Portillo, José; *Entre la APS y el primer nivel de atención, el lugar de la diferencia*; Medicina y Sociedad, Año 26, Nº1, marzo 2006.

da cuando existe mayor número de especialistas, el cual se asocia con peores resultados”, señala Barbara Starfield²⁰.

“Si bien no hay duda que los factores socioeconómicos influyen en la salud, los servicios de salud constituyen una influencia muy importante porque su efecto es más claro y más rápido, sobre todo en la prevención del avance de enfermedades y los efectos de daños, y especialmente cuando la edad es menor”²¹

El gran desafío sigue siendo articular los discursos y las prácticas, las disciplinas y los sectores, contrarrestando los poderes mercantiles y corporativos, con recursos humanos adecuados, para pensar y llevar a cabo los grandes cambios que aún se necesitan para lograr una salud con equidad y justicia social, en el sentido de la Declaración de Alma Ata y de la Carta de Ottawa.

²⁰ Starfield B; ver: www.pitt.edu/~super1/lecture/lec8841/index.htm

²¹ van Doorslaer et al; Health Econ 2004; 13:629-47.