

Instituto de Ciencia Política

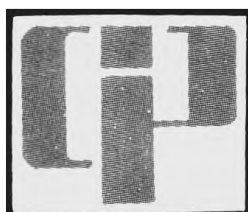
Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de la República

La dimensión centralización-descentralización y el
proceso de referencia en el sistema de salud en el
Uruguay

Diosma Piotti

Documento de Trabajo N° 6.1
1998



***La dimensión centralización-descentralización y el proceso de Referencia
en el Sistema de Salud en el Uruguay.
1985-1995***

Prof. Diosma Piotti

Este artículo se propone dos objetivos. Por un lado, analizar las tendencias de los cambios propuestos a nivel de la dimensión centralización-descentralización, en las políticas públicas de salud, a partir de la restauración democrática del año 1985. Por otro, un análisis sumario de las transformaciones que se produjeron en el sistema y las que deberían producirse en el futuro.

Para determinar el primer objetivo se indagaron las propuestas programáticas de los partidos políticos y sus representantes, la de los técnicos especialistas en el área de la salud, las de consenso presentadas en el propio reinicio democrático, así como los proyectos de ley con sus respectivas discusiones a nivel legislativo. Este estudio permitirá reconocer cuáles son las coincidencias y las discrepancias en el tema, así como los cambios que se procesaron o se intentaron procesar a nivel del sistema, en relación a esta dimensión.

El sustento del segundo objetivo se centra en la realización de once entrevistas calificadas en profundidad, a personalidades relevantes del medio, que de una u otra manera, han estado y están relacionados directamente con el tratamiento del mismo.

De las lecturas y de las entrevistas queda la sensación que todos parecen estar de acuerdo, pero que sin embargo no lo están. El Sistema Nacional de Salud ha sido una demanda colectiva, sustentada por la casi totalidad de las fuerzas políticas, aunque parece tratarse de un nombre cuyo contenido es necesario definir. Todos están de acuerdo en que la atención sea integral, igualitaria, oportuna, continua y humanitaria, mediante actividades de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación. Pero en el terreno de los hechos la implementación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los actos legislativos que ha generado más problemas. En el proyecto de Ley sobre la creación del Sistema Nacional de Salud se afirma que "desde 1939 a la fecha se cuenta con unas 16 contribuciones distintas en su extensión, detalle, modalidad y doctrina. Además se registran aportes parciales

o globales sobre el problema de la Salud en diversos trabajos científicos, eventos culturales, sindicales, políticos y sociales." (1)

En este sentido, es necesario recordar que hasta el año 1972, los planteos se relacionaron con un Seguro Nacional de Salud o de la Enfermedad, más que con la de un Sistema que sirviera de marco a la implementación de los Servicios y Seguros a nivel nacional. El cambio se produce con el proyecto presentado por el Dr. Purriel, en ese entonces Ministro de Salud Pública, que intenta implementar el Servicio Social y de Salud. A partir de 1985, se va diluyendo la propuesta de organizar un Sistema por las imposibilidades de llegar a acuerdos y la gran mayoría es partidaria de realizar transformaciones escalonadas en el tiempo, las que a largo plazo significarían la concreción global del mismo.

La dimensión centralización - descentralización

El análisis se dividió en **dos etapas**. La **primera**, entre **1985 y 1987**, presenta propuestas que no salen del tono declarativo, apuntando fuertemente a la necesidad de creación del Sistema Nacional de Salud. El quiebre se produce con la Rendición de Cuentas de 1986, presentada al Poder Legislativo en 1987, en la que se propone el Servicio Estatal de Salud. La **segunda etapa** comienza con la **implementación de ASSE**, plantea el camino que ésta recorrió y las necesidades de ajuste, para finalizar con el proyecto de descentralización presentado en la Ley de Presupuesto de 1995. En esta etapa el cambio no se da sólo por la circunstancia de la creación de ASSE, sino también porque en el propio debate las propuestas son muchas más acotadas y circunscritas a la realidad, demostrándose que las posibles soluciones pasarán por implementar reformas o cambios parciales que apunten a una futura concreción de un Sistema Nacional de Salud. En este caso, hay **dimensiones** en las que se estaría de **acuerdo**, como es el de la **centralización-descentralización**; y otras, en que se plantean **fuertes disensos**, como en el de la **financiación del sistema**.

Algunas consideraciones previas sobre la dimensión centralización-descentralización

En cuanto a la distinción entre centralización y descentralización, el Dr. Carlos Delpiazzo afirma que "En la centralización hay un centro único y permanente con primacía jerárquica sobre los demás componentes del sistema, en tanto que la descentralización se caracteriza por la aparición de dos centros permanentes (uno primario y otro secundario), verificándose una ruptura del vínculo jerárquico, que es sustituido por un control más o menos intenso, ya que la descentralización no se configura mediante tipos rígidos sino gradualmente (partiendo de una articulación reducida hasta llegar a la autonomía)."

Si en todos los casos la descentralización significa atenuar la centralización, puede apuntar a la necesidad de mejorar la eficacia de esta última. Este doble significado es el que ha guiado el proyecto de ASSE en sus dos versiones.

En el caso de la desconcentración, que es el grado mínimo de descentralización, se produce un traspaso de poderes de administración de un órgano jerarca a otro subordinado, pero con un intenso contralor. En la descentralización ese contralor se hace menor al existir una mayor redistribución del poder. Por último esta dimensión en su extremo descentralizador, puede estar asociada a la idea de mayor participación de la comunidad o a la privatización total.

El "Diagnóstico Sectorial" del PRIS (3), de 1994, partiendo de diversas fórmulas de descentralización, emite opiniones sobre el proceso más perfectible para nuestro país. Se la conceptualiza como el mecanismo apto para organizar la prestación de atención de la salud, y más acorde con el nuevo rol del Estado en su proceso de transformación y la modernización de la sociedad. La propuesta para Uruguay se debe sustentar en las características y capacidades del país, así como en las especificidades de dicho sector, las cuales actúan como condicionantes para el desarrollo del proceso descentralizador. Este proceso destinado a responder a las demandas y necesidades de la población en materia de salud, estará orientado a fortalecer la programación local, apoyar y mejorar la calidad de los servicios poniendo especial énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y a garantizar la equidad en el acceso a los mismos. Se trata pues de un hipótesis de trabajo que implica modificaciones en prácticas arraigadas, desde el punto de vista administrativo y

burocrático. Como su objeto es el de modificar las relaciones de autoridad existentes en los distintos niveles del gobierno, desde el punto de vista programático, se la considera como una forma de salvar las limitaciones institucionales permitiendo la autonomía en el manejo de los recursos y la responsabilidad última por la prestación del servicio. Por ejemplo, un mayor control local permite responder mejor a las necesidades locales y, por tanto, mejorar la calidad de los servicios. A su vez, se deben tomar decisiones sobre cuales serán las funciones que se van a descentralizar y cual será el punto máximo al que se puede llegar, para lo cual es necesario tener claro los objetivos que se persiguen y reconocer que es un proceso y no un acto que se realiza de una sola vez. **La forma y el grado de descentralización dependen en gran medida de las fuentes de financiación de los órganos locales o del método de asignación de los recursos, cuando es el Estado que proporciona los fondos.**

Las ventajas de la descentralización se explican por una mejor identificación de las demandas locales, así como por un mayor acercamiento de los niveles de decisión del gasto a las necesidades de la comunidad, lo cual significará una asignación más equitativa de los recursos. **La descentralización no implica un abandono de la salud de la población, la que continúa siendo responsabilidad del Poder Ejecutivo, a través del MSP, por lo que éste debe reformular y fortalecer su rol. Este nuevo rol, pasará por el diseño de las políticas de salud, la implementación del marco regulatorio que deberá normar la gestión de los servicios de salud y el velar por el cumplimiento de dichas regulaciones.** Como estos procesos generan incentivos para el aumento de la productividad y disminución de los costos es importante que los mismos no se logren a costa de deteriorar la calidad y equidad de las prestaciones y que no se discrimine a los grupos poblacionales menos rentables. La **flexibilidad** es importante para introducir en la marcha las correcciones y adecuaciones que se requieran. También es importante la necesidad de fortalecer los procesos de planeamiento y formulación presupuestaria así como el mecanismo de traspaso de fondos desde el nivel central. Otro elemento fundamental es el de tener un **buen sistema de información**, para la toma de decisiones y para que se pueda ejercer el control de la gestión, atendiendo a elementos como productividad del servicio, cobertura, impacto, accesibilidad, universalidad, eficiencia, eficacia, calidad de los servicios brindados.

La descentralización requerirá ajustes de todo tipo: desde la capacitación de los funcionarios, hasta las técnicas de administración y manejo de expedientes. También se

deberá revisar la priorización de problemas y delegar lo urgente en los niveles departamentales o regionales y concentrar en el nivel central las decisiones estratégicas.

La primera etapa: 1985 - 1987

Antecedentes

Por la ley 9.202, del 12 de enero de 1934, se creó el **Ministerio de Salud Pública** centralizando, a nivel nacional, todo lo referente a políticas de salud (con potestades normatizadoras, fiscalizadoras, controladoras, coordinadoras, etc.) y a la dirección de los servicios de salud que estaban, hasta ese entonces, bajo la égida de la Asistencia Pública Nacional, así como los que se crearán. En este sentido se puede afirmar que fue una respuesta integral por parte de un Estado benefactor y centralizador, que ya se había desarrollado en otros sectores. También fue consecuencia de la medicalización de la sociedad.

Su finalidad se definió en el artículo constitucional que desde 1934, se reproduce en todas las constituciones: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país ... Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes." (art. 44, de la Constitución de 1966) Como consecuencia, el art. 7 de la ley 9.202 afirma que: "Los servicios de asistencia prestados por el Estado cuando fueran solicitados por los interesados o impuestos por la autoridad sanitaria, obligarán a la compensación pecuniaria de quien reciba los beneficios o de las personas obligadas a prestarlos en razón de parentesco en proporción a su estado de fortuna, únicamente serán gratuitos en los casos de pobreza notoria. El MSP, al reglamentar la presente ley, establecerá el procedimiento a seguirse para justificar las condiciones económicas del beneficiado". En este orden, la reglamentación del MSP determinó que atendería a los carentes de recursos en forma gratuita, mientras que a los de recursos económicos insuficientes se les impondría el pago con timbres y aranceles. En la actualidad se otorgan tres tipos de camé gratuitos; el de los indigentes, el de mayores de 65 años y

discapacitados, y el materno-infantil con vigencia limitada en el tiempo. A su vez hay dos categorías de carné arancelados de acuerdo a los ingresos, por el que se paga el 30% o el 60% del arancel.

Apenas comenzada la década del 60, período en el que el país debió enfrentar una importante crisis económica y social, las propuestas de cambio relacionadas con el rol del Estado fueron numerosas. En esta línea y en relación con el sector salud, **el diagnóstico y las propuestas de cambio** impulsadas por la **Comisión de Inversiones y Desarrollo Económico (CIDE)** (4), mantienen su vigencia en muchas de ellas.

En cuanto al diagnóstico se resaltaban como insuficiencias del MSP: la falta de coordinación; la forma de distribución de los recursos económicos y humanos; los mecanismos administrativos usados; la centralización administrativa exagerada tanto geográfica como funcional; la ausencia de definición de funciones y la falta de delegación por parte de la autoridad; la falta de normas de servicio en lo técnico y administrativo; la falta de registros y estadísticas insuficientes y actuales para cuantificar la actividad y medir los servicios, por lo que se hacía difícil establecer planes y programas con metas y recursos cuantificados y realizar propuestas por programas; el 70% del presupuesto correspondía a remuneraciones personales; la ausencia de un escalafón sanitario adecuado que limitaba la disponibilidad de técnicos especializados en administración sanitaria y en salud pública integral, lo que a su vez era causa y consecuencia de las demás carencias y limitaba las posibilidades de ejercer contralor del mutualismo y otros sectores privados. Frente a la variedad de sistemas y servicios urgía: una reglamentación médico-asistencial y contable; la creación de servicios técnicos de alto nivel en el MSP para supervisar y coordinar los sistemas y establecer bases de una planificación pública-privada de los recursos sociales disponibles.

El Plan CIDE ya planteaba como objetivos, llevar los servicios de prevención y asistencia a toda la población para alcanzar los niveles biológicos de salud permitidos por el actual desarrollo técnico y que han sido obtenidos en otros países; lograr niveles de salud y de satisfacción de necesidades, comparables a las de las naciones más desarrolladas, las que serían metas alcanzables dentro de un Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social. Como la magnitud de las cifras globales y per cápita asignadas al sector en relación al PBI eran significativas, el mayor volumen físico de los servicios debería financiarse con mejora de productividad interna. Si los recursos no financieros eran adecuados o aceptables, lo que se

debería plantear era su reacomodo mediante una adecuada distribución social y geográfica y una óptima utilización para aumentar el rendimiento interno y mejorar la coordinación.

Desde esta perspectiva y a mediano plazo, el MSP podría coordinar, reglamentar e integrar al sector privado al conjunto, y esta acción concertada evolucionaría hacia un Servicio Nacional de Salud Integrado cuyo funcionamiento requeriría establecer el Seguro Nacional de Salud. Afirmaba que era primordial la reorganización del sector público porque la planificación de políticas y acciones requieren organismos ejecutores equipados para estos fines. El MSP sería el órgano legalmente responsable y principal ejecutor, por lo que debería lograr una reorganización básica. Las modificaciones en cuanto a organización general y funcionamiento administrativo interno deberían basarse en la descentralización administrativa, en la centralización normativa y en la definición de funciones, en la delegación de autoridad, en la normalización del trámite, etc. Se apuntaría a la instrumentalización y normalización de los servicios asistenciales y preventivos, para obtener un máximo de producción y a su reequipamiento para satisfacer demandas. En cuanto al financiamiento del gasto en salud, el Seguro Nacional, sería la solución, porque la finalidad social del sistema sería la afiliación universal y la proporcionalidad del aporte en relación al ingreso.

El aporte más significativo fue el del Dr. Pablo Purriel, cuando estuvo al frente de la cartera de Salud Pública, en 1972. El proyecto de ley de Creación del Servicio Social y de Salud, podría haberse implementado de no renunciar el Ministro por motivos políticos muy notorios de la época. Variaba con respecto a todos los anteriores porque planteaba la solución desde la óptica de un Sistema y porque hubiese sido el primer proyecto con capacidad de ejecución por contar con el aval presidencial y de fuerzas gremiales del campo de la salud. En el mismo, el rol del Estado se tomaba fundamental porque el Servicio Social y de Salud funcionaría en la órbita del MSP bajo su exclusiva dependencia, apuntando a la descentralización para una mejor centralización. Los beneficiarios eran todo los habitantes del país sin distinción, siendo obligatoria su afiliación. Absorbería todos los seguros parciales que se consideraran necesarios, las mutualistas y sociedades de producción médica dejarían de actuar como tales y serían incorporadas al Servicio, pero conservando su autonomía administrativa. Las privadas tenían libertad para integrarse.

Las propuestas

A nivel de los programas electorales de los partidos políticos (1984)

Esta primera etapa de propuestas, en su gran mayoría no pasa de tonos declarativos, fundamentalmente por el momento político que se vivía en el país, que hacía que la fuerza de los partidos y sus representantes recayera en la búsqueda de la salida democrática. En todas ellas se hace mención a la necesidad de crear un Sistema Nacional de Salud, pero no están desagregadas las soluciones que se integrarían al mismo, por lo que el tema de la dimensión centralización-descentralización no existe como tal. La elaboración más importante corresponde al **Partido Colorado, "Un Uruguay para Todos"**, en el que si bien se muestra la necesidad de poner en marcha progresivamente el **Sistema Nacional de Salud**, no se menciona como tal, a esta dimensión. Afirma que "el Estado será su órgano central en su función de formular e instrumentar las políticas y estructurar los planes nacionales de salud con objetivos y metas precisas que orienten el accionar de todas las organizaciones, públicas y privadas del sector, de modo de efectivizar el derecho a la salud y a mejorar la calidad de vida de la población. ... Indicará las actividades conducentes al logro de los objetivos nacionales, controlará y evaluará los organismos públicos y privados de modo de asegurar no sólo racionalidad administrativa-contable en el uso de los recursos sino, fundamentalmente, la mejor calidad de atención de la salud posible de acuerdo a los recursos que el país posee. ... Transformación de los hospitales públicos en hospitales de la comunidad. ... la comunidad participará en la administración de los hospitales y en APS, con énfasis en el autocuidado y la prevención primaria. ... Los organismos, prestadores de los servicios serán regulados, supervisados y controlados por el MSP." Si bien se percibe la centralización normatizadora, fiscalizadora y controladora del MSP; la descentralización parece ser el camino para transformar a los hospitales públicos en comunitarios, aunque no se especifica la forma orgánica y legal de ponerla en práctica.

El **Frente Amplio**, en 1986, plantea un documento de propuestas globales, en el que tampoco se menciona dicha dimensión. En materia de salud afirmaba que: "Asegurar la vigencia real y efectiva del derecho a la Salud de todos los ciudadanos, y la respuesta del Estado para hacerlo efectivo. En tal sentido deberá definirse y organizarse en un plazo no

mayor de 90 días, un **Sistema Nacional Unico de Salud**, donde se coordinarán e integrarán todos los recursos existentes en el sector público y privado, y que sea accesible a toda la población desde el punto de vista legal, geográfico y económico, con la mayor participación activa de la comunidad organizada democráticamente." (5)

El **Partido Nacional**, también apostaba al **sistema Nacional de Salud**. sugiriendo soluciones muy generales.

Los acuerdos a nivel de las fuerzas sociales: la CONAPRO

La **Concertación Nacional Programática (CONAPRO)**, que tuvo dos instancias, una preelectoral y otra posterior, organizó un grupo específico sobre Salud, en el que **tampoco se menciona la dimensión centralización-descentralización**, pero se hace referencia en forma muy general a la concreción de un **Sistema Nacional de Salud**. En las bases surgidas en junio de 1985, se decía: "la organización y puesta en marcha de un Sistema Nacional de Salud, donde se coordinarán e integrarán todos los recursos existentes en el sector público y privado, accesible a toda la población desde el punto de vista legal, geográfico y económico con la mayor participación activa de la comunidad organizada democráticamente." A corto plazo, dentro del objetivo de concretar un Sistema Nacional Unico de Salud, se apuntaba a la "democratización de las instituciones del sector con participación en el gobierno, de los trabajadores y usuarios, ... participación de la comunidad en las instituciones;... " y en cuanto a la administración de los servicios "organización del sistema nacional de información elaborar de acuerdo con los trabajadores un Estatuto de los funcionarios de la Salud..." (6)

En la segunda etapa los fundamentos programáticos de salud, se transferían al MSP, el que debería encargarse de llevar adelante este tipo de políticas. El carácter declarativo de las propuestas, de difícil aplicación en lo inmediato, hizo que no fuesen reclamadas por ninguno de los participantes en los acuerdos previos.(7)

El Acuerdo Partidario de 1986

Luego de finalizada la etapa de la CONAPRO, se intenta organizar una concertación de tipo más acotado, en este caso, a nivel de los cuatro partidos políticos. El mismo comenzó por

una ronda de análisis de una **propuesta presentada por el gobierno a los cuatro partidos**, en febrero de 1986. Dentro de las propuestas, está presente el tema de salud, en el que **tampoco se hace mención a la dimensión centralización-descentralización**, pero sí se sigue mencionando la **creación de un sistema nacional**.

En el texto de la propuesta los objetivos eran: "a) mejorar el nivel sanitario de la población, en especial los grupos marginados y de menores ingresos, mediante el fortalecimiento, la modernización, y la coordinación operativa del conjunto de instituciones médicas, de manera tal que actúen como un sistema integrado nacional. b) propender a una mayor equidad en el fin de los servicios. c) profundizar la racionalización en la administración y en el uso de los recursos humanos y materiales asignados, con el doble propósito de mejorar la calidad de los servicios ofertados, disminuyendo los costos para la comunidad." En cuanto a las estrategias, se propuso la "a) adecuación de los servicios públicos y privados a los requerimientos de la población, APS focalizada, puesta a punto de un Sistema Integrado de Servicios que proporcione la más amplia cobertura posible." (8) Cabe destacar que también aquí, las resoluciones emanadas están en el nivel meramente declarativo. Aún en **1987, y por última vez, el gobierno menciona la necesidad de establecer un Sistema Nacional de Salud.** (9)

Las propuestas surgidas en el Ministerio de Salud Pública

Las autoridades elegidas para dirigir el MSP, los **Drs. Ugarte Artola, Samuel Villalba y Carlos Miguels Barón** en su calidad de Ministro, subsecretario y director General de la Salud, elevaron en **febrero del 85, el documento " Doctrinas, políticas y estrategias"** (10), en el que sintetizaron las líneas de acción de la Secretaría de Estado, determinando los principales problemas, los programas y los objetivos tendientes a resolverlos.

A nivel de políticas se proponía: a) reordenar el sistema de servicios públicos y privados de salud, lo que sería un proceso largo y laborioso **que debería culminar con la implementación del Sistema Nacional de Salud**, b) desarrollo de las estrategias de APS, mediante un equipo multidisciplinario y actividades extramurales con enfoque preventivo, c) desarrollo de la participación de la comunidad, d) promover el desarrollo armónico del recurso humano mediante la coordinación con la Universidad y otros organismos, e) readecuar la gestión de la

secretaría procurando una dotación suficiente de recursos humanos y económicos, así como un presupuesto por programa, f) programas prioritarios focalizados y no universales como los materno- infantil, salud mental, etc.

En la exposición realizada por el **Subsecretario Dr. Samuel Villalba** en la sesión de la Convención Nacional del Partido Colorado, el 14 de marzo del 87, afirmó que **el MSP había enviado al Poder Ejecutivo, en octubre de 1985, un proyecto de Sistema Nacional de Salud**. Respecto al marco jurídico en el que funcionaría el Sistema Nacional de Salud se **crearía un servicio descentralizado**, con cierto grado de autonomía, compatible con el contralor que el PE ejercería a través del MSP. Define la dimensión centralización - descentralización, a través de las funciones que se le adjudicarían al MSP y al Sistema que actuaría como servicio descentralizado. **El problema fundamental**, que fue detonante en todos los niveles, **se relacionó con el Seguro Nacional de Salud** cuyos fondos, entre otros, provenían del aporte del 7% del ingreso del núcleo familiar. El Cdor. **Ariel Davrieux, director de la OPP**, **negó que el texto en cuestión estuviera al estudio del PE**, y afirmó que no era un proyecto gubernativo. Por su parte, el **Senador Luis Alberto Lacalle** afirmó que si no se resolvía a nivel del PE, se presentaría por el Partido Nacional en el Poder Legislativo. (11)

Este proyecto que según las autoridades del MSP se seguía discutiendo en el Poder Ejecutivo, **es el primero que ubica en forma explícita la dimensión centralización-descentralización, acordando que era necesario reforzar la centralidad del MSP en cuanto rector, descentralizando los servicios asistenciales.**

De estas discusiones, que Villalba señaló que se estaban procesando en la órbita de los ministerios de Salud Pública, Economía y Finanzas y Trabajo y Seguridad Social, **surgió en la Rendición de Cuentas, el proyecto de Servicio Estatal de Salud, el que demostraba un cambio en la estrategia. Frente a la imposibilidad de arribar a la concreción de una ley sobre un Sistema Nacional de Salud, se irían concretando los pasos tendientes al mismo de forma escalonada y gradual.** Como lo decía el propio dr. Villalba, en la Convención del Partido Colorado, "permitirá instrumentar el largo camino en el que estamos todos absolutamente involucrados, obteniendo logros en forma paulatina, planificando para obtener el ordenamiento, la coordinación e integración progresiva de cada uno y de todos los servicios de salud."

Las propuestas presentadas en el Poder Legislativo

El proyecto (12) que creaba el **Sistema Nacional de Salud**, fue presentado en julio de 1986, en la **Cámara de Senadores**, por toda la bancada del Partido Nacional.

En la exposición de Motivos se mencionan las bases conceptuales sobre las que se fundó partiendo de un exhaustivo diagnóstico de situación.

El proyecto de ley, de 55 artículos, **instauraba el Sistema Nacional de Salud**, que se lograría mediante la coordinación y la progresiva integración de los servicios de salud y demás funciones relacionadas con los mismos. Utilizaría la estrategia de APS. **Sería administrado por una persona jurídica pública, la Administración del Sistema Nacional de Salud que funcionaría como servicio descentralizado.**

En relación a los cometidos, a la Administración le correspondería organizar y coordinar los servicios de salud de las instituciones de los subsectores público y privado del Sistema. Para ello, entre otras cosas deberá llevar un registro centralizado de los beneficiarios del sistema; implantar programas de educación para la salud; diseñar el sistema con criterios de regionalización sanitaria, con niveles de atención médica y escalones de complejidad escalafonaria.

Las competencias del PE a través del MSP serían: definir la política nacional de salud, integrada a la política nacional de desarrollo económico y social; formular, ejecutar, supervisar y evaluar el Plan Nacional de Salud con la participación de las instituciones integrantes del sistema; controlar el directorio de la Administración; ejercer respecto al presupuesto de la Administración las facultades que le otorga el art. 220 de la Constitución; establecer las normas básicas relativas a actividades de salud dirigidas a las personas y al medio ambiente y ejercer la supervisión y el control del cumplimiento de las mismas; establecer las normas y ejercer los cometidos de habilitación, registro, autorización y control respecto del personal de salud y de las instituciones y establecimientos que realicen actividades en salud; dictar las normas a que deben ajustarse las instituciones prestadoras de atención médica que integren el sistema, en cuanto al número de beneficiarios afiliados, dotación de recursos humanos, físicos y procedimientos de funcionamiento; estructurar un Sistema Nacional de Información que

comprenda las actividades del sector salud; coordinar con los demás órganos del Estado y instituciones públicas y privadas el desarrollo de una Política Nacional de Salud, relacionada con educación, alimentación, vivienda, empleo y medio ambiente, así como la formación de personal para la atención de salud y su capacitación permanente.

El MSP quedaba facultado para transferir mediante convenios, la administración de sus establecimientos asistenciales, en la forma y oportunidad que determine el PE, reservándose el cumplimiento de sus cometidos específicos de normativización, evaluación, coordinación y control de los servicios.

Este proyecto muy similar al presentado por los integrantes del MSP, en 1985, difiere sobre todo en cuanto a la forma del financiamiento del fondo, porque se rebajan los aportes individuales o familiares al 4%. En ellos aparece, por primera vez, más allá del juicio de valor que se pueda emitir sobre los mismos, la definición precisa de la dimensión centralización-descentralización. El proyecto nunca fue tratado en la Cámara, los senadores blancos afirmaron que el Poder Ejecutivo trabó su discusión, por no acceder a participar en los llamados que se le hicieron. También resultaba evidente que no había consenso político para el tema, que éste no se encontraba entre las prioridades y que el escenario político nacional estaba completamente ocupado por la toma de decisiones en cuanto a la amnistía militar. A pesar de ello, el proyecto circuló entre las distintas fuerzas sociales comprometidas directamente en el tema. Prueba de ello, es el remitido enviado a través de las Juntas Departamentales del interior del país, las posiciones surgidas a nivel local, sobre todo de aquellas instituciones o grupos que dependían de seguros colectivos de enfermedad. En ninguno de los casos se ponía en tela de juicio la dimensión centralización-descentralización.

Un texto manejado por la OPS y OMS (13), planteaba dudas importantes relacionadas con el financiamiento y con el acceso sin discriminaciones en el momento que los usuarios decidieran sobre el efector que le brindaría el servicio.

El SMU remite al Senado (15), el Acta de la sesión de trabajo del Directorio, a la que se integraron especialmente invitados, 24 doctores involucrados en los temas propuestos en el proyecto. Quienes llevaron la centralidad de la discusión fueron la Dra. Obdulia Ebole y el Dr. Tabaré Caputi, y en menor escala los Drs. Long, Morón, Gary y Dicandro. Con respecto a la descentralización, el problema estaba en que descentraliza poco, afirmando ser fervientes partidarios de la misma. "... lo que se hace es crear un Fondo económico y una comisión

distribuidora más que administradora;..." la ley le otorga "importancia a que sea un servicio descentralizado pero ... del resto del articulado, no se desprende que tenga las características autónomas de un servicio descentralizado, ..." porque no sobrepasa "las potestades que tiene una dirección del MSP; la autonomía que nosotros deseamos para un servicio de salud, es decir, la máxima autonomía compatible con el carácter de servicio descentralizado. Los cometidos y facultades le restringen el carácter de servicio descentralizado; muchas de las funciones que le corresponderían están en manos del MSP." (15)

Para finalizar el Pte. del SMU, Dr. Omar Etoarena, detalla las puntualizaciones críticas que se quieren destacar: que no se aclara cómo se conservaría la identidad de las IAMC; que se prevé una mayoría muy clara del PE en las autoridades; que se consagra al PE como órgano supervisor de todo, sin dar participación real a las otras fuerzas que integran el servicio de salud; la falta total de autonomía, siendo sólo un organismo distribuidor; que la financiación del 4% sobre los ingresos sería muy difícil de aplicar a nivel de los grupos que controlan el capital nacional; que la mejor forma de financiamiento es a través de impuestos; que se estimula a los servicios privados; y que no se entiende porqué algunos servicios quedan excluidos del sistema.

La Segunda Etapa: 1987 - 1995

Esta etapa tiene características diferenciadas con la anterior porque a **nivel legal se concretó la creación de ASSE como servicio desconcentrado dentro del MSP** y porque cambió el tono de las propuestas y debates en relación a las estrategias planteadas para implementar cambios. Si bien se reconoce que en última instancia se debe tender a la implementación de un Sistema Nacional de Salud, también se reconoce que sería muy difícil llegar a acuerdos que pasaran más allá de lo enunciativo, sobre todo en algunos campos como el de la financiación. Existen coincidencias en algunos puntos, a nivel de los partidos políticos, así como en la descripción e interpretación de la realidad, a pesar de las discrepancias que surgen en el planteo de algunas soluciones. Los debates se han acotado mucho más a la realidad y ha disminuido la influencia que ejercía la ideología a la hora de los planteos de las posibles soluciones. Es dentro de este marco que han surgido estrategias que plantean que la mejor forma de llevar adelante la reforma en el área de la salud es a través de una sucesión

escalonada de pasos legales y operativos, que apunten en el largo plazo, a un cambio profundo en las estructuras del sistema.

La creación de ASSE

La Ley

En junio de 1987, el PE a través del MEF, envía al Parlamento la **ley de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal** correspondiente al ejercicio 1986. En el Mensaje se menciona la creación del **Servicio Estatal de Salud** como organismo dependiente del MSP con los cometidos de administrar los establecimientos públicos de atención médica; la organización del médico de familia como primer escalón del APS; y un conjunto de normas tendientes a una mayor fiscalización de las IAMC. (16)

La elaboración de estas disposiciones fueron discutidas entre los Ministerios de Salud Pública, Economía y Finanzas, y Trabajo y Seguridad Social. La redacción que se le dio, **significaba un primer paso en el proceso de descentralización**, pues el PE no se atrevió a plantear de lleno el mismo, prefiriendo darle la figura de organismo desconcentrado. A pesar de este tímido avance, la Comisión de Hacienda conjuntamente con la de Presupuesto, corrigieron el proyecto antes de presentarlo a las Cámaras, acotándolo aún más. Este último, con variaciones insignificantes fue el aprobado. (17)

El primer artículo del proyecto presentado por el PE creaba el Servicio Estatal de Salud (SES), como organismo desconcentrado dependiente del MSP. El nombre del organismo pasó a ser el de Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

El segundo afirmaba que el SES sería administrado (en el aprobado: "ASSE será dirigido") por un Director General y dos Sub-directores, Administrativo y Técnico, los cuales serán cargos de particular confianza.

En el tercero los cambios fueron importantes porque al SES le competía la administración de los establecimientos públicos de atención médica. En primer término se traspasaban los del MSP, luego en la oportunidad, ~~forma~~ y condiciones convenientes se transferirían los otros. Las excepciones estaban constituidas por Sanidad Militar y Policial y el Hospital de Clínicas, con los que sólo coordinaría. ~~En~~ cambio a ASSE le compete sólo la administración de los del MSP, debiendo coordinar con los otros servicios de salud del Estado, a fin de evitar la superposición con la política que imparta el MSP, sin perjuicio de la autonomía

administrativa y financiera de los mismos.

El cuarto que se mantuvo sin cambios, organiza la atención del primer nivel de sus beneficiarios en base a médicos de familia, retribuidos bajo el régimen de capitación, quedando por fuera del estatuto de los funcionarios públicos. Se habilita una partida especial a tales fines y el nuevo organismo puede establecer para los médicos un pago diferencial en base a la localización o cobertura poblacional que les sea asignada.

Entre el cuarto y el quinto, se agrega el que menciona que ASSE deberá elaborar el proyecto de su reglamentación orgánica.

El quinto difiere totalmente en ambos textos. De haberse mantenido el planteo del PE, el SES debería ajustarse en el cumplimiento de sus cometidos a las normas, planes y programas que fijaría el MSP. En su lugar se redactó la creación de un programa con su correspondiente Unidad Ejecutora (UE), denominados ASSE, a nivel del Inciso 12, Ministerio de Salud Pública. En ambos casos el Director sería ordenador primario de gastos.

El sexto, similar en ambos, faculta al PE a propuesta del MSP, para adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de adaptarlos a su nuevo ordenamiento.

El séptimo que no sufrió cambios, afirma que las prestaciones podrán realizarse mediante servicios propios o a través de su encargo a instituciones privadas a su costo, siempre que ello resulte en una satisfactoria calidad de servicio, sea más económico que prestarlos directamente y estén insertos en las normas y modalidades establecidas por el MSP.

El último faculta para transferir mediante convenio el uso y la administración de establecimientos asistenciales propios en la forma y oportunidad que determine el PE, sujeto al cumplimiento de su cometido de asegurar la correcta atención de sus beneficiarios. El recogido en la nueva versión alude específicamente a que la transferencia sería hacia los Gobiernos departamentales y que asimismo podría convenirse con las IAMC el uso parcial de sus establecimientos asistenciales.

Los Debates Parlamentarios

En la Cámara de Diputados, una primera propuesta que no se aprobó, fue la presentada por Zunini, en nombre del Movimiento de Rocha, pidiendo que se desglosara el articulado porque era inconveniente su inclusión en la Rendición de Cuentas, atento a la importancia y diversidad de temas y a la premura de los plazos para su aprobación. El Frente Amplio se

adhirió a la moción porque consideró imprescindible que el Parlamento se aboque a la discusión de las reformas de fondo de la estructura sanitaria del país y porque el mismo sufrió importantes modificaciones. La UC también se adhirió porque no se tenía claro si con esta propuesta no se estaría condicionando, limitando o impidiendo la implantación de un Seguro Nacional de Salud. No aprobado el desglose, la Cámara de Diputados discutió el tema.

Más allá de la discusión sobre si legalmente es válida la inclusión de este tipo de proyectos en leyes como la de Rendición de Cuentas o Ley de Presupuesto, es evidente que fue una estrategia del PE para promover cambios que de otra manera demorarían mucho tiempo en el caso de aprobarse.

En relación a la dimensión centralización - descentralización, los nacionalistas ratifican que el proyecto "nada tiene que ver con un sistema ni con un seguro nacional de salud... Se trata de un instrumento administrativo para organizar los servicios del MSP, y en consecuencia, no hay ninguna ocasión mejor para ello que a través de la Ley de Presupuesto o de la de Rendición..." (18) Luego afirman, opinión que es compartida por el Frente Amplio, que "No deja de ser más que el agregado de una nueva división al MSP y para ello no es necesario recurrir a este procedimiento." (19)

Un grupo importante de diputados nacionalistas, destacaron "que lo que se pide es iniciar un camino, un paso para efectivizar la posibilidad de coordinación, ordenar, racionalizar los servicios que el Estado como tal posee, tratando de impedir tanto la subutilización como la superposición o la dilapidación de los recursos, que como son escasos deben ser muy bien empleados. El MSP tiene el propósito de separar las funciones de la administración de los servicios de asistencia de las de planificación, normatización y control, que son las que más le competen." (20)

También mencionan que el SMU, está de acuerdo con separar las dos funciones, aunque plantean la duda de si esta es la mejor manera, o si se deberían redimensionar las actuales funciones separadamente dentro del MSP.

Continuando con la exposición, se dice que "Ningún gran ministro ha podido cumplir funciones rectoras en materia de salud por tener que resolver las minucias urgentes y diarias de los establecimientos, y por lo tanto ese es el sentido de creación de ASSE, al ser desconcentrado está sometido a jerarquía, al control, a la autoridad de éste, ... sus funciones serán administrar los servicios del MSP y tratar de coordinar. ... Esta es la vía porque siempre

que se presentaron proyectos nunca salieron de las comisiones a que fueron remitidos. ... estamos en un status quo, algunos pidiendo que cambie todo, para que no cambie nada, y otros prefiriendo que quede todo como está, porque ellos están bien así. Esto no tiene nada que ver con un Sistema Nacional de Salud, sólo se le otorga al MSP un instrumento que le permita manejar mejor los centros..." (21) Otros comentarios importantes que se agregan a la discusión y que reafirman lo expresado anteriormente dentro del bloque nacionalista, se sintetizan en la siguiente alocución: "es un paso para la racionalización y mejor funcionamiento de los servicios estatales y de los hospitales del Estado. No hay que ir a buscar más cosas que las que el propio proyecto trae. Entiendo que está muy bien que exista una dirección que racionalice, administre y planifique la tarea de los hospitales que están en manos del Estado, pero eso no tiene nada que ver con el Sistema Nacional de Salud. La falta de coordinación entre otras cosas trae: aumento de los costos asistenciales, duplicación o superposición de cobertura, actividades y servicios; concentración de servicios en áreas poblacionales de mayores ingresos; inversión en equipo de alto costo y subutilización como forma de competencia institucional en una política de estricto mercado; carencia de un sistema de información que abarque los subsectores, los coordine y posibilite la formación, implementación y ejecución de planes y programas de salud a nivel local, regional y nacional." (22)

El representante del Frente Amplio, que lleva la voz cantante en la discusión, decía que: "Sostenemos la necesidad de constituir un organismo descentralizado que administre y oriente el conjunto de la estructura sanitaria del país, dentro de un proyecto de Sistema Nacional de Salud, que a la brevedad presentará el FA." (23)

Votado el proyecto, pasó a estudio de la Cámara de Senadores. En las discusiones, menos prolongadas que las anteriores, se reafirman conceptos ya vertidos, tales como: "Si bien son innovaciones no significan un cambio total en el funcionamiento del MSP ni en el cumplimiento de los programas de atención, prevención y curación en materia de higiene y salud; son adelantos pero no revoluciones." (24) " ... en la Comisión de Presupuesto expresamos que sólo se trataba de una simple reforma administrativa, de una mera reorganización de escasa entidad. Pensaba que se podía hacer algo en el sentido de solucionar un problema muy importante para el país, como puede ser el Servicio Nacional de Salud... pero con esta norma esa inquietud está muy lejana. Este conjunto de normas no

mejora las actividades dentro del MSP." (25) "... quizás esta experiencia pueda servirnos, ... tendremos que ir midiendo el éxito que tengan estos órganos desconcentrados porque la experiencia demuestra que desconcentran poco." (26)

Las apreciaciones sobre el funcionamiento de ASSE desconcentrado

Aprobado el proyecto, obtuvo su vigencia como ley el 10 de octubre de 1987. Han pasado ocho años de funcionamiento, y todos coinciden sin excepciones que **las expectativas esperadas con la creación de ASSE desconcentrada, no se concretaron en el nivel de los hechos.**

En las **propuestas electorales de los partidos políticos de 1989**, no se hace mención a ASSE por ser una experiencia muy nueva que no se puede evaluar, pero se podría apreciar un cierto escepticismo con respecto a la misma, porque en todas ellas **se plantea la dimensión centralización-descentralización**, desconociendo la validez de la ley del 87. **A diferencia de las de 1984, esta dimensión aparece bien definida.**

En el "**Programa Unico del Partido Nacional**", se mencionaban como objetivos a mediano plazo: el reordenamiento de las organizaciones prestatarias del sector, con un marco normativo único y una descentralización operativa, tendientes a conformar un sistema articulado y coherente que mejore la calidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios asistenciales. En cuanto a estrategias plantea la política de descentralización por un lado, y por otro la centralización normativa, con adecuación a las condiciones locales. Esta estrategia de descentralización tenderá al fortalecimiento de los sistemas locales de salud, como estructura multisectorial de nivel local, dotada de cierto grado de autonomía técnica y administrativa.

La propuesta del **Movimiento Por la Patria**, menciona en forma muy sintética dicha dimensión, siguiendo la misma línea del programa único. En el caso de "**La Respuesta Nacional: Lacalle-Aguirre**", se menciona específicamente las funciones que deberían cumplir el MSP y ASSE. Para fortalecer las estructuras vigentes plantean redefinir el ámbito de competencia del MSP, descentralizando la prestación directa de servicios para que en forma eficiente cumpla con su tarea de planificación, coordinación y fiscalización. ASSE debería coordinar todos los servicios públicos para evitar duplicaciones; se tendería a la descentralización administrativa y financiera de las acciones de las Unidades Ejecutoras;

tendría que coordinar con las privadas las prestaciones de los servicios fundamentales, facilitando la utilización de la infraestructura pública.

El **Partido Colorado**, que a diferencia de 1984, no presenta un programa único, mantiene las pautas esbozadas en el anterior, reafirmando que el Estado será el órgano central del Sistema Nacional de Salud, el que se pondrá en marcha en forma progresiva, y sobre la base de un sistema de base regional, no mencionándose la descentralización como tal.

En el programa del **Frente Amplio** se hace referencia a la creación de un Sistema Nacional de Salud, que coordinará bajo normas comunes y obligatorias todos los servicios públicos y privados. Tendrá una organización unificada de la urgencia por zonas y regiones, llevará adelante la APS con médicos de familias y centros barriales como primer nivel de atención. Se relacionará con un segundo nivel regional, y tercer nivel nacional de máxima tecnificación. En el futuro, el Sistema tenderá a la organización de un Servicio Nacional de Salud, desconcentrado, con representación de los usuarios, trabajadores de la salud y del Estado, así como con organizaciones de dirección a nivel local, departamental y nacional.

La **Vertiente Artiguista** afirmaba que la descentralización permitirá una mayor adecuación de las acciones a cada realidad particular y también un mejor aprovechamiento de los recursos locales. Para abaratarlos es fundamental la coordinación entre las instituciones prestadoras de asistencia pública y privada, así como entre éstas y la Universidad, la cual ya ha extendido las tareas docentes a los centros de primer nivel.

En el año 1994, **las propias autoridades de ASSE en un documento del MSP "ASSE HACE"**, decían que el organigrama del MSP marcaba una imprecisión de límites en sus tres grandes programas; la superposición e imprecisión entre las líneas de mando jerárquico y funcional, todo lo cual repercutía en los dos grandes pilares de la administración, o sea en la adjudicación de los recursos financieros y humanos, debiéndose tener en cuenta que el manejo eficiente de ambos es la base de la buena gestión de ASSE. También plantean tres problemas. El de los recursos humanos, por lo que se deberían proponer soluciones para su reestructura escalafonaria, tener criterios únicos de contratación, una forma ágil y cristalina de las altas y bajas de los funcionarios de las unidades asistenciales, cambios en el estatuto común del funcionario público y buenas remuneraciones, premiando las calificaciones y la

productividad. En segundo término en cuanto a los recursos financieros, plantea que se deberían adecuar en cantidad y elasticidad en el manejo presupuestal con ajuste automático según paramétricas de costos que inciden en el sector salud; y en tercer lugar, los recursos materiales, que si bien pueden tener un manejo centralizado en cuanto a la adjudicación, la ejecución debería efectuarse en forma descentralizada. En las plantas físicas se debería tender a la gestión autónoma de las Unidades Ejecutoras. En la gestión de los recursos presupuestales se debería ser menos dogmático, sin que ello signifique inexistencia de controles y garantías.

Juan Carlos Rodríguez Nigro, subdirector técnico de ASSE (1990-95), afirmaba en 1994, (27) que "Es importante destacar que tradicionalmente los establecimientos asistenciales han actuado bajo una total dependencia del nivel central lo que ha determinado una falta total de autonomía y de capacidad resolutoria. Esta realidad retrasa notoriamente el proceso de regionalización y el intento de descentralización. Esto hace imprescindible un reordenamiento de los servicios asistenciales del MSP-ASSE, procurando la racionalización de los mismos a nivel nacional. Debemos transferir del nivel central al periférico el poder decisorio-resolutivo y los recursos necesarios para que el concepto de regionalización sea realmente efectivo. Otros de los puntos, es la descentralización e integración a través del Estado de una red de servicios propios y coordinados con instituciones del ámbito público y privado a nivel nacional y local. Un ejemplo es el convenio con el BPS en el campo de la ortopedia y traumatología infantil. Otro es el convenio con el BSE de contraprestaciones de servicios especializados de cirugía reparadora para la patología traumática de mano, oftalmológica y cráneo maxilofacial. Asimismo se desarrollan los existentes con Sanidad Militar y Policial, con las intendencias del interior y de complementación de servicios asistenciales con FEMI."

En una entrevista realizada al **Dr. Macedo Saravia, ex director de ASSE (28)** explicaba que: "La creación de ASSE en 1987, significó la creación de un instrumento idóneo para la administración eficiente de los servicios asistenciales públicos, componente básico y fundamental para la ejecución de la política de salud que el país se proponga. Instrumento perfectible y que necesariamente debe gradualmente adaptarse a los cambios propuestos e ir corrigiendo sobre la marcha, los errores e imperfecciones que se detectan en una evaluación sistemática de su gestión. Somos fervientes defensores de la descentralización operativa de los servicios de salud, con una normatización general centralizada, con las adaptaciones

estratégicas que contemplen las realidades locales.

Pero este concepto tan manido en su enunciación para que pueda ser realidad, parte para nosotros, de contemplar necesariamente de algunas imprescindibles premisas: a) la autonomía administrativa en la tarea ejecutoria de los servicios se da en la medida que se acompaña la posibilidad de manejar los recursos financieros que se dispongan con igual autonomía, y b) las direcciones de los servicios de salud deben estar ocupados por técnicos formados en administración. Sobre estas bases se puede y se debe cursar un proceso de descentralización en el sistema de salud del país, que signifiquen en la optimización de los recursos disponibles la mejora de la calidad de nuestros servicios. Los roles que debe tener ASSE y las IAMC, en un proceso descentralizador, están dadas por las ventajas de gestión que uno y otro sector tengan en cada lado, con posibilidad de mejorar la eficiencia de los mismos si se integran en su funcionamiento. Con las premisas que señalamos antes y jugando con las mismas reglas del mercado, es fundamental la integración ASSE-IAMC, en un proceso de descentralización operativa de los servicios de salud.

.... ASSE... lo que no suponíamos era lo expuesta que estaba su jerarquización y la continuidad de su estrategia de trabajo y desarrollo, a los cambios de criterio de cada ministro de salud. Las funciones de ASSE en el manejo administrativo y financiero de los servicios de salud del Estado no pueden estar sujetas a interrupciones y cambios radicales hechos de un día para otro, sin una mínima coordinación en la transición de una Dirección a otra, esto es lo más negativo que observamos en estos años de vida de ASSE."

El **Senador Hugo Fernández Faingold**, que en 1987 era Ministro de Trabajo y Seguridad Social, y por lo tanto coordinó esfuerzos para la presentación del proyecto de creación del SES, en la Rendición de Cuentas, tiene en la actualidad una visión crítica sobre el mismo y sobre el posterior funcionamiento de ASSE. Afirma: "Que en ese momento la propuesta de separación de ASSE se dio en medio de una absurda discusión sobre si el Uruguay debía moverse sobre un Sistema Nacional de Salud o sobre un Seguro Nacional de Salud. Cabe destacar que el proyecto del año 87, que creó definitivamente a ASSE, le plantea al país el hecho de que la salud del Uruguay debe constituirse en un sistema y que se debe encarar en forma racional su administración. Obviamente este sistema cuenta con componentes públicos y privados Entonces se adelanta una solución en la cual una parte del componente público intenta administrar la salud a través de un nuevo organismo ... ASSE.

.... en el proyecto del PE tenía competencias de administración sobre la prestación directa de servicios y se concentraba en el MSP la función normativa, regulatoria y de supervisión entre otras.

En la discusión parlamentaria la opción que se tomó por la desconcentración, de la cual es parcialmente responsable el PE de la época, que no se animó a crear un organismo descentralizado, en el fondo dejó la idea de separar las funciones normativas, de fiscalización y control, porque tiene responsabilidades de administración directa sobre una buena parte de las tareas que debe cumplir ASSE y, en consecuencia, no dispone del tiempo ni de los recursos para llevar a cabo sus funciones normativas, ni ASSE puede plantear una transformación del esquema de gestión porque, en definitiva, sólo controla una parte de la gestión. ... entonces, la reforma que se intentó llevar en aquel momento quedó por la mitad, en parte, por la discusión legislativa, y en parte, porque el propio PE no se animó a dar el último paso. porque si representa un avance frente a lo que había, en los hechos, en estos casi ocho años, no produjo la transformación que en aquel momento se pensó que se podía conseguir sobre el funcionamiento del sistema." (29)

El propio **Ministro Dr. Alfredo Solari**, afirmó ante la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, en abril de 1995, "que su grado de desconcentración es muy limitado, fundamentalmente en los aspectos de funcionamiento que son claves para realizar una gestión ágil y responsable de los servicios de salud. ... "

El **Diagnóstico Sectorial del PRIS**, antes citado, opina que ASSE desconcentrado quiso ser un escalón en el camino de la descentralización, pero la forma y el instrumento legal no parecen haber contribuido realmente a resolver la problemática a la que se pretendía atender, pues se le transfieren una serie de cometidos, atribuciones y el 90% de las Unidades Ejecutivas del MSP, sin haber creado previa o al menos paralelamente las condiciones para que el nuevo organismo pudiera hacer frente eficazmente al cúmulo y diversidad de tareas y problemas a los que debió enfrentarse. El MSP retiene en última instancia el poder político y decisor y maneja los recursos materiales, financieros y humanos, y además asume y define por ley, la o las políticas explícitas o implícitas en áreas determinantes de la esfera asistencial, las que deben ser ejecutadas por las UE dependientes del desconcentrado. El objetivo de las actividades de fortalecimiento de ASSE es el de lograr pasar de un organización de manejo interno centralizado y congestionado en su dirección, a un organismo descentralizado en

relación a los Hospitales y con mayor participación de la comunidad en la gestión de los mismos. Esto permitirá que la dirección de ASSE se concentre en los aspectos de programación de actividades y de control de gestión del sector, así como también en el apoyo de las actividades de planificación estratégica que desarrolla el nivel central del MSP. Las alternativas que presenta el proyecto propuesto por este organismo, contempla las siguientes instancias: las regiones sanitarias, los consejos de administración de hospitales y los consejos asesores de la comunidad.

En las **"Propuestas en Debate"**, del Taller sobre **"Políticas de Estado en Salud"**, realizado en los meses previos a las elecciones nacionales de 1994, por **CLAEH-OPS**, se debatió el tema, convocando a técnicos, a políticos y a técnicos-políticos, que difundieron sus ideas para el sector salud. La dimensión centralización-descentralización, fue una de las coincidencias unánimes que se resaltó.

En las propuestas electorales de 1994, el planteo de la dimensión centralización-descentralización está bien definida, y existe unanimidad en cuanto a las funciones que en este sentido deben cumplir el MSP por un lado, y los servicios por otro. Además esta nueva estructura sería un paso fundamental para lograr posteriormente la adecuación del modelo de salud actual al que se necesita en razón de la etapa postransicional que vive el Uruguay en materia de salud. Los criterios expuestos como soluciones son más acotados, tendiendo a la gradualidad, si bien se mantiene vigente la premisa fundamental de apostar a un sistema.

En **"El Uruguay entre todos"** del Programa 2000 del Foro Batllista, se reafirma la necesidad de que el Estado redefina las funciones que le competen dentro de la prestación de servicios de salud; cuales son las que competen al sector privado y encauzar la participación de la sociedad civil. A tal efecto debe abandonar sus viejas conductas centralistas, paternalistas y de clientelismo; debe abrir los caminos de la participación con el objetivo final de transferir la administración de parte de su infraestructura a la comunidad organizada sin perder el rol de regulador, orientador y fijador de prioridades.

Aspira a implementar una red coordinada que brinde servicios en el primer nivel de atención, en la órbita pública, por parte de ASSE. Es fundamental aumentar la descentralización de ASSE y apoyar su gestión. El MSP deberá asegurar la coordinación de la

red de atención integrada por servicios públicos y privados y hacer cumplir, en forma estricta, las normas de calidad de los servicios prestados.

En el **Programa "Como Hacerlo" de Manos a la Obra**, se propone para el MSP: mejorar su capacidad rectora y auditora; adecuar el modelo asistencial y transformar los servicios asistenciales; fortalecer la Dirección General de la Salud para que logre la municipalización de las áreas programadas. En materia de asistencia, se busca fortalecer el primer nivel de atención y la descentralización operativa, utilizando como estrategia la APS en todos los sectores, y efectivizar la coordinación necesaria para lograr la mayor cobertura con los recursos existentes; crear un sistema de información unificado y centralizado a nivel nacional.

El **programa de gobierno de "Podemos Ir a Más" del herrerismo**, también afirma que se consolidará la función rectora, normatizadora y fiscalizadora del MSP. Con tal propósito se incorporarán los mecanismos apropiados para lograr en la medida posible, transferir responsabilidades asistenciales y servicios, que hoy son totalmente públicos, al subsector privado o a los gobiernos departamentales.

Los **"Lineamientos programáticos" del Encuentro Progresista**, resaltan que las líneas generales de una política de salud, deberían basarse en la coordinación de servicios, la descentralización y racionalización de los recursos disponibles, y la implementación de acciones con enfoque preventivo y la instrumentación de mecanismos de financiación con criterios de justicia social que permitan garantizar un sector de servicios, basado en la equidad y la eficacia.

El proyecto de Descentralización de ASSE, de 1995

En el **proyecto de Ley de Presupuesto Nacional, para el período 1995-1999**, se presentó por parte del MSP, la Carta Orgánica en la que se definía la descentralización de ASSE.

Desde la óptica de la dimensión centralización-descentralización se debe reconocer la interrelación entre el presupuesto presentado para el Inciso 12, correspondiente al MSP, y los artículos que en forma separada proyectan la descentralización de ASSE.

El proyecto del MSP, en adelante Ministerio de Salud, tanto desde el punto de vista presupuestal como programático, se circunscribe a las funciones rectoras que como tal debería cumplir. Para ello se cambiaban los tres programas ministeriales existentes, por cuatro:

- 001 "Administración Superior", que sería la encargada de la parte operativa del Ministerio, con la UE 001 Dirección General de Secretaría;

- 002 "Control de Calidad de la Atención Médica", 003 "Planificación de Servicios de Salud" y 004 "Situación de Salud", a quienes se le ascribe la UE 070 "Dirección General de Salud".

A su vez se incorporaban 18 directores departamentales de salud al régimen de contratación de servicios de alta especialización técnica, cuya función sería la de "ejecutar a nivel departamental sobre los subsectores público y privado, las políticas, programas, controles y planes que determine el Ministerio de Salud, ... no podrán cumplir funciones directivas o gerenciales en instituciones prestadoras de servicio de salud".

El fondo para pago de incentivos por productividad a los funcionarios, se distribuiría en forma proporcional al número de cargos (antes era sólo para algunas áreas).

Se transferiría al rubro 7 "Subsidios y otras transferencias de ASSE" la parte de los montos equivalentes de los rubros 2 y 3 ejecutados por las comisiones de apoyo en el ejercicio del 94 a valores del 95, para que estas participen en la gestión de los respectivos establecimientos hospitalarios bajo la supervisión del Director del mismo.

Se transferirían a ASSE los cargos presupuestales y las funciones contratadas de los programas que serán de su competencia, sin perder los derechos adquiridos ni su vínculo funcional.

Dentro de los 60 días de aprobada la ley, el MSP determinaría los cargos presupuestados y las funciones contratadas de la UE "Administración Superior" que se transferirían a ASSE.

Las Comisiones de Derecho Público no Estatal dentro del marco de sus competencias, a la que se suma la "Comisión contra la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes" y la "Comisión Administradora del Fondo Nacional de Recursos", deberían presentar ante el MS, a los efectos de su debida coordinación y aprobación, antes del 30 de abril de cada año, los planes y programas que llevarán a cabo en el ejercicio siguiente, compatibles con aquellos señalados como prioritarios por el MS. Asimismo en igual período

presentarían al PE los proyectos de presupuestos, los que serían aprobados en el caso de contar con el asesoramiento favorable de la OPP. El PE y en su caso el MS dispondrían de un plazo de 80 días para expedirse, vencido el cual, se considerarían aprobados. De existir observación los puntos cuestionados no podrán replantearse en el ejercicio. Hasta el momento sólo informan sobre su presupuesto, mientras que la planificación de las actividades es autónoma.

En este sentido, el Ministro Solari afirmaba (30) que muchas de las funciones que son propias del Estado en materia de salud, se han depositado parcialmente en Comisiones Honorarias creadas con relación a distintas enfermedades, desdibujando más aún lo que debería ser la organización y la acción del Estado en esta materia. " ... el Estado en su administración central, está cargando con servicios que podría delegar en instituciones más descentralizadas y está perdiendo recursos y potestades en algunas de las áreas o, por lo menos, las está compartiendo con otras organismos que por ser en su gran mayoría entes públicos no estatales, tienen un grado de autonomía muy grande, por lo que el Estado tiene un control muy limitado sobre ellas. ...reciben U\$S 12:000.000 anuales, que es similar al presupuesto operativo que tendría el MS si se desprendiera totalmente de ASSE. Es decir que el Estado está dividiendo su esfuerzo presupuestal en materia de rectoría de salud por partes iguales entre los recursos que obtiene el MSP para el cumplimiento de esa función y aquellos que otorga a éstas como son la vigilancia epidemiológica, promoción de salud, control, acreditación o mejoramiento de calidad de algunas acciones, etc."

En el art. 475 y siguientes del proyecto de Ley Presupuestal, se pone a consideración la aprobación de la Carta Orgánica de ASSE.

En el Cap. 1 se crea como Servicio Descentralizado, como persona jurídica de derecho público.

Los Cometidos y Facultades, que se le confieren en el Cap. 2, son la administración, organización y funcionamiento de todos los servicios que dependían a la fecha del MS destinados al cuidado y tratamiento de enfermos y a la asistencia y protección a ancianos e incapaces. Deberá:

-asegurar el acceso a la asistencia médica de los indigentes o carentes de recursos, administrando para ello los recursos presupuestales y extrapresupuestales destinados a ese fin,

-percibir la compensación pecuniaria de quien reciba la asistencia en todos aquellos casos en que fueran solicitados por los interesados o impuestos por la autoridad sanitaria, la que no podrá ser inferior a sus costos,

-organizar convenios de cualquier tipo para cumplir sus fines, que en caso de ser en el área internacional deberá tener aprobación del PE,

-podrá concertar con el BROU formas de asistencia técnica,

-coordinar las inversiones y programas asistenciales con los organismos del Estado responsables de servicios médicos y establecimientos de salud, para evitar superposición de actividades y subutilización de recursos, de conformidad con las políticas que imparta el MS.

Al igual que ASSE desconcentrado podrá realizar las prestaciones por sí mismo o contratar a terceros, a su costo ...

En el Cap. 3, relativo al Patrimonio y Beneficios, se reconocen como fuentes de ingreso:

-las asignaciones fijadas por ley presupuestal, sólo para cubrir los costos de atención a los indigentes y carentes de recursos suficientes;

-los frutos civiles y naturales de los bienes que le pertenecen;

-las donaciones, herencias, legados;

-la contraprestación por los servicios que preste; (estos últimos beneficios constituirían fondos de reserva que podrán servir para mejorar los servicios; y que en el caso de producirse déficit serían solventados por éste);

-préstamos, bienes y subsidios que se le asignen por ley.

En cuanto a las autoridades, en el cap. 4, se menciona que ASSE estará dirigido por un Directorio de 3 miembros, siendo sus cargos de particular confianza.

Se le adjudican al Directorio las potestades de administrar el patrimonio del organismo; fijar las políticas generales de sus servicios; fiscalizar y vigilar todos los servicios y dictar las normas y reglamentos necesarios; ejercer las potestades disciplinarias sobre todo el personal; proyectar el presupuesto de la institución; contratar el personal técnico, administrativo y de servicio que fuere necesario, así como disponer su cese, requiriéndose en ambos casos resolución fundada. Más adelante propone que los términos de contratación y retribuciones tenderán a asimilarse a los vigentes para el personal de las IAMC; etc.

Con respecto al Cap. 5, De los funcionarios, en los 60 días se redactará el proyecto de Estatuto del funcionario, en el que se establecerán las condiciones de ingreso, ascenso,

descanso, licencias, suspensión o traslado, obligaciones funcionales, etc. El Directorio dictará la reglamentación para normas de calificación en base a méritos, más que a antigüedad, la que no podrá recusarse, y servirá para los llamados a concurso.

En el Cap. 6 se propone el dictado de disposiciones relativas al procedimiento administrativo y disciplinario.

En el Cap. 7 de Disposiciones Generales, se menciona el dictado del Reglamento General del organismo. También se da un plazo de 180 días para distribuir el personal afectado al MS.

En resumen se infiere, que a nivel de la dimensión centralización-descentralización, se le estaban otorgando al Ministerio las potestades para que se convierta en el organismo que centralizara el dictado de las políticas de salud, planificando, controlando y fiscalizando en forma racional y eficiente, identificando las prioridades a través del dictado de planes y programas de salud. En este sentido, trataba de lograr que las Comisiones Honorarias, sin perder sus potestades, ajustaran sus planes de actividades y recursos financieros a las prioridades emanadas del Ministerio, todo lo cual sería de fundamental importancia para su nueva forma de funcionamiento y relacionamiento. En materia de descentralización significaba dar un nuevo paso, otorgándoles más amplias autonomías a ASSE en el manejo de los recursos (la falta de autonomía era un elemento que había sido reconocido como una de sus limitaciones más importantes); también le competía la coordinación, mencionándose expresamente que se debía realizar a nivel del Estado, siendo en este caso una potestad que ya tenía. No se menciona otro paso como el de la coordinación con los organismos privados. Se otorgaban recursos a las Comisiones de los Hospitales, lo que sería un elemento importante en la gradualización del proceso de descentralización. En este orden, el Ministro Solari afirmó que "descentralizando la atención del nivel comunitario, a fin de que a través de hospitales autogestionados se puedan atender mucho mejor las necesidades de los usuarios." (31) En cuanto a la prestación pecuniaria de sus servicios se mantiene bajo las normas constitucionales y del marco legal de salud vigente, al asegurar la prestación gratuita para los indigentes y carentes de recursos. La novedad es que sólo preveía que las partidas presupuestales provenientes de Rentas Generales fueran para pagar este tipo de servicios, financiándose el resto mediante el cobro

de los servicios y otros rubros menos importantes. En el caso del Directorio sus miembros seguían siendo tres, pero desaparecería su especificación técnica como en el caso de los dos subdirectores de ASSE desconcentrada. Otro hecho muy importante fue el intento de jerarquizar la función de los recursos humanos al proponer la elaboración de un Estatuto del Funcionario y al aspirar a que los salarios fueran similares a los del área mutual.

Varias fueron las versiones vertidas sobre el proyecto a nivel de las fuerzas políticas y gremiales. En la **Comisión de Salud de la Cámara de Senadores**, su presidente el **Dr. Cid** afirmaba (32) que existen sectores a quienes entusiasma la propuesta. "Creo que en el fondo de este asunto, se vislumbra un objetivo que consiste en brindar a la estructura de asistencia del MSP un nivel lo más parejo posible con respecto a la otra gran referencia de cobertura médica, que es el área mutual, se trata de nivelar un sistema; ...entiendo que con la mecánica de descentralización que quieren impulsar, se va haciendo cada vez más factible la concreción de una gran inquietud." Piensa que este plan va a necesitar de más recursos económicos para su puesta en práctica.

En esa misma sesión el **senador Dr. Korzeniak**, decía que le parecía positivo que en el futuro ASSE fuera descentralizado y no desconcentrado.

En otra sesión de la Comisión a la cual concurrió el **Dr. Hourcade**, en representación de **FEMI**, institución que pidió dicha reunión, éste afirmaba (33) que el proyecto de descentralización se origina a partir de dos supuestos que comparten. Por un lado, desean que el MSP cuente con funciones normativas de planificación en salud, de control en cuanto a la calidad de asistencia. En ese sentido, no cree que exista una organización, ya sea política, asistencial o gremial que esté en desacuerdo con este planteo. "Estamos a favor de la descentralización pero que no se convierta a ASSE en empresa comercial, ... no nos oponemos a la idea de un MSP normativo, que establece las políticas y que controla la calidad de la asistencia. Estamos de acuerdo con que ASSE se descentralice para brindar una mejor asistencia a la población de la que tradicionalmente ha sido beneficiario; no creemos que la competencia entre los dos sectores sea el real desideratum." Más adelante dice que la competencia no está definida en el proyecto de ley y que ... "Se debería establecer en el articulado un elemento que ponga a buen recaudo la asistencia de los sectores de población que tradicionalmente han estado en manos del MSP y, también, la de aquellos grupos que se

han atendido a través de los servicios de asistencia médica colectiva."

Con respecto a este tema, el **Senador Cid** afirma que "No me angustio por el hecho de que el área de la SP pueda ejercer una competencia con las IAMC, porque se trata de un problema de cultura, ya que la gente sabe percibir donde está mejor protegida. ... la población que incluye sería una pequeña franja de población de bajo nivel... cuando se puede elegir, la medicalización de la sociedad los lleva al sistema mutual ..."; "...honestamente comparto algunos aspectos sustantivos del proyecto, sobre todo en lo que tiene que ver con la descentralización, que es una práctica que nosotros siempre hemos tratado de estimular. En ese sentido, hemos señalado la necesidad de que el Ministerio retome su papel rector, fiscalizador y normatizador. Creemos que mucho de lo que hoy se señala como patología del sistema se debe a la ausencia que ha tenido esa cartera en relación a esta materia. Pero este refuerzo presupuestal va a significar un nuevo ajuste fiscal para esa gente que no puede acceder a la cuota mutual ...no compartimos el hecho de que la competencia que pueda ejercer SP en los ámbitos de esta población, que es rehén de una situación económica, llegue a desequilibrar la estructura asistencial de FEMI."

En la reunión de la **Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, de la Cámara de Representantes**, realizada el 16 de mayo del 95, su Pte., el **Diputado Javier García Duchini** explicaba que era importante dejar en claro que todos los objetivos planteados por el Ministro, en cuanto a la descentralización de los servicios los compartía, y "en definitiva, poco a poco vamos caminando hacia las grandes coincidencias respecto a los trabajos a realizar en el área de la salud. ... El diseño asistencial que plantea el Ministerio destaca como signo rector la descentralización en la prestación de la asistencia, con los beneficios indudables que ello tiene. El primer beneficiado es el ciudadano; eso debe ser lo importante y así lo entendemos todos."

Es evidente que **con el paso del tiempo, las posiciones de las distintas fuerzas sociales y políticas, en relación a la dimensión centralización-descentralización, han logrado un importante grado de consenso.** Consenso que se trasmite a través del diagnóstico y de las soluciones que se presentan como factibles. En lo que se refiere a los diagnósticos **se coincide en que existe una concentración excesiva de demandas, funciones y prestaciones en el MSP,** que son insuficientes los criterios de descentralización desarrollados hasta hoy. En especial la discontinuidad en cuanto a las políticas aplicadas y la

falta de una planificación a mediano plazo, que trasunte los cinco años de un período de gobierno, o peor aún, los cambios de ministros, impidió dar una respuesta contundente a problemas centrales.

En esta dimensión existe consenso en cuanto a la urgente readecuación de la estructura de los servicios de salud que reoriente y racionalice la capacidad instalada en las áreas públicas y privadas de modo de evitar la superposición y el despilfarro, maximizando el aprovechamiento a nivel nacional de los recursos disponibles y generando respuestas en el nivel primario de atención mucho más adecuadas a los nuevos requerimientos.

Existe consenso en cuanto a la consolidación de los roles de orientación, coordinación, planificación y fiscalización del sistema por parte del MSP, profundizando al mismo tiempo las experiencias de descentralización de gestión y prestación de servicios, e incrementando la política de convenios entre el sector público y privado.

A su vez la redefinición de las atribuciones del MSP y de ASSE y el mejoramiento de estos servicios estatales serían una condición, incluso necesaria para la implementación equilibrada de reformas profundas en el sistema.

A pesar de lo expuesto, por motivos políticos y planteamientos inadecuados, se resolvió que este proyecto debía desglosarse de la Ley de Presupuesto, por lo que la propuesta ha quedado en un impasse que parece difícil de resolverse por la positiva. De todas maneras, desde el MSP, se afirma que con las armas legales que se poseen en cuanto a la desconcentración de ASSE, se realizarán en forma paulatina todas aquellas variantes que permitan transitar hacia una mayor descentralización.

Las Transformaciones en el Sistema de Salud

Por dónde pasaron las Transformaciones (34)

Es natural que en un sistema de salud como el nuestro, caracterizado por ser tan amplio, complejo y con tantos componentes, se hayan producido cambios y modificaciones durante estos últimos diez años. El tema pasa por reconocer si esas modificaciones o cambios fueron los suficientemente importantes como para afirmar que se produjo una reforma dentro del sistema.

La primera hipótesis es que se está produciendo una reforma, cuyo motor central proviene de la disconformidad de los usuarios de las IAMC, con respecto al servicio que éstas le prestan.

Desde hace quince años aproximadamente, comienzan a desarrollarse en Montevideo, mediante el sistema de prepago, los **servicios de seguro parcial tales como las emergencias móviles**. Estas empresas surgieron para llenar el vacío o las deficiencias en la prestación de dichos servicios, por parte de las IAMCs. Su desarrollo vertiginoso demostró la existencia de una fuerte demanda insatisfecha, que las instituciones colectivas no tenían posibilidades de implementar por sí mismas, o que de hecho no habían percibido. Fue así, que un número creciente de usuarios, con posibilidades económicas y con un alto índice de valoración de la salud, estuvo y está dispuesto a pagar dos veces por un mismo servicio, con la condición que uno de ellos les colme las expectativas que sobre el mismo tienen. Un amplio sector de la clase media y casi la totalidad del espectro de la clase media alta y alta, pueden hacer frente al pago de esta doble cuota. Es de destacar que esta modalidad de seguro parcial, tuvo una estrategia de expansión mucho más exitosa, que muchos intentos de implementación de sistemas de medicina para ricos, los cuales no prosperaron.

En este sentido podría afirmarse que el usuario es el motor de los cambios. Si bien el grupo de usuarios es muy heterogéneo y no está organizado, posee algo en común, el seguir

el camino de la eficiencia. En un sistema caracterizado por la fuerte cautividad del usuario con respecto a la institución, basta con que surja un servicio que muestre su eficiencia y su accesibilidad, para que se transite hacia el mismo. Un claro ejemplo fue el que se produjo al implementarse la ley de DISSE. Los afiliados a las mutualistas de menor calidad asistencial, que ingresaron al sistema de DISSE, optaron por cambiarse a las que brindaban mejores servicios, vaciando a las más ineficientes.

Pero si afirmamos que el usuario ha sido el protagonista de la transformación del sistema, se debe reconocer que lo hace sobre patrones que le impone el sistema y no sobre patrones autogenerados. El usuario parte de una concepción medicalizada de la salud, creyendo que la eficiencia está asociada a lo asistencial. Por lo tanto el proceso de transformación se orienta hacia una dirección en la que se acentúa con fuerza el concepto asistencial y se deja casi totalmente de lado, el desarrollo de acciones de tipo preventivas.

Otra clave interpretativa de este proceso es **la incorporación del valor "tiempo" en el sistema de salud, desde una doble perspectiva: la asistencial y la económica.** Desde el punto de vista asistencial, es reconocida la dificultad que tienen los usuarios para acceder en tiempo al servicio, la enorme dispersión y el laberinto sucesivo por el que se tiene que pasar para llegar a resolver el problema original, con lo cual se estará ganando o perdiendo salud, y generando angustia en el paciente. Desde el punto de vista económico, el tiempo que es necesario y que se pierde es de muy diversa índole, generando trastornos laborales y familiares. Los tickets de órdenes y remedios en el plano económico y la complejidad de los trámites cumplen la función de desestimular el acceso al sistema. **El usuario pasa a estar al servicio del sistema,** mientras que lo lógico sería que el sistema estuviera al servicio del usuario. Además deberá pagar por ello.

En resumen: el sistema impone obstáculos al usuario y éste responde creando estrategias alternativas.

Una **segunda hipótesis** capaz de conllevar un proceso de reforma es **la incorporación a nivel familiar del criterio de racionalidad económica como estrategia de acceso a los servicios de salud.**

En este sentido, el tipo de cobertura de cada uno de los integrantes de la familia deja de ser homogéneo; cada miembro evaluará la cobertura que estará dispuesto a recibir en función de la ecuación costo-tipo de asistencia, tomando como base el criterio de racionalidad

económica. Lo novedoso es la heterogeneidad de las estrategias dentro de una misma familia.

Esta nueva racionalidad en la forma de dirimir el tipo de cobertura sanitaria que tendrá cada individuo, es un cambio que trasciende los propios límites de la reforma sanitaria. Poseer cobertura asistencial total es un valor incorporado y muy acendrado en una gran parte de la población uruguaya. La pérdida de esta seguridad, la eventual necesidad de tener que ser atendido en un hospital de ASSE y "ser tratado como un pobre", se convierte quizás en una de las transformaciones más importantes de la cosmovisión sociocultural de nuestra sociedad, afectando a un sector importante de la clase media.

La tercera hipótesis que ha generado un proceso de reforma es la masiva incorporación de tecnología y el desarrollo de las especializaciones médicas.

En este sentido, se señalan dos grandes líneas que explican esta transformación. La primera es la relacionada con la búsqueda de **una estrategia de diferenciación a nivel de los integrantes del cuerpo médico**. La segunda está relacionada con la **política de libre competencia y la falta efectiva de regulación**.

Este proceso de superespecialización e introducción de tecnología tiene consecuencias positivas y negativas. Es un hecho positivo el que la tecnología esté al alcance de los usuarios y que dentro de cierto marco restrictivo, tanto los efectores, los médicos, como los pacientes puedan elegir con quien realizar el tratamiento. El monopolio en esta área y teniendo en cuenta la escasa regulación de normas que la rigen, podría llegar a constituir un sesgo negativo y generador de inequidades dentro del sistema. Es un hecho negativo el desmesurado aumento de costos que provoca la superposición de equipamiento dentro del sistema. Es lógico que en el marco de la política de libre competencia, ninguna de las instituciones quiera quedar rezagada con respecto a las otras en materia de introducción de tecnología. Pero dentro de este mismo esquema, si todas quieren introducir esa tecnología, cada una de ellas tendrá capacidad suficiente, en muchos de los casos, para atender a toda la población uruguaya, lo cual no parece nada lógico desde el punto de vista presupuestal, para instituciones que están transitando por un proceso de inestabilidad financiera.

Esta política de superespecialización y de incorporación de alta tecnología, implícitamente condiciona los potenciales programas y políticas que se desarrollen en el campo de la prevención.

Una cuarta hipótesis que puede explicar un posible proceso de reforma es la garantía

en el acceso a la atención del tercer nivel, para el diagnóstico y tratamiento de afecciones que requieren alta especialización, para toda la población, a través del Fondo Nacional de Recursos.

Por dónde deberían abordarse las Transformaciones

Una discusión que se da a nivel de los actores sociales directa e indirectamente involucrados con el sistema sanitario, está relacionado con el reconocer si es necesario plantearse una reforma integral que apunte a la concreción de un Sistema Nacional o por el contrario, reacomodar y hacer ajustes a las piezas de lo que ya existe, apuntando a la optimización de los recursos y de los niveles de atención, para obtener un sistema más eficaz, eficiente y equitativo. Quienes son muy críticos, opinan que no se debe hablar de reforma, porque la misma es una ilusión que en los hechos no se puede concretar.

Es unánime que cualquier tipo de reforma y más aún, una de tipo integral, debe tener como punto de partida una amplia base de **consenso**, para que se la pueda poner en práctica. Ya en este mismo punto de partida, hay quienes opinan que es difícil llegar al nivel de consenso necesario. La integración de numerosos actores para su formulación o discusión, los cuales poseen intereses contrapuestos, puede significar que no estén de acuerdo en las formas de implementarla o lo que es más grave aún, el no ponerse de acuerdo con el objetivo global que se persigue con dicha reforma. En el caso de estar de acuerdo con el objetivo, se pone en tela de juicio su implementación, porque al ser un proceso necesariamente lento, se la puede obstaculizar e inclusive jaquear en la medida que los cambios vayan afectando los intereses específicos de los diversos actores. Es así, que quienes visualizan este problema como insalvable, apuestan a una reforma en la que cada cambio se vaya articulando paso a paso.

Otro punto de coincidencia es la clara conciencia que se tiene sobre los tiempos que conllevan **los procesos de reforma sanitaria**, los cuales **son lentos**. Para que una reforma llegue a concretarse, no sólo se deberán hacer una serie de cambios articulados sino que deberán mantenerse el tiempo necesario para consolidarse. En este sentido, la gran mayoría estuvo de acuerdo que debido a la falta de continuidad en las políticas, a la sucesión de jerarcas y a la impronta personal impuesta muchas veces por cada uno de ellos, así como a la

falta de definición de objetivos precisos, fracasan las nuevas medidas y programas implementados, y las expectativas que se pusieron sobre los mismos. Se hace imprescindible que la **propuesta de reforma** que se defina poner en práctica, se mantenga **como una política de estado por encima de los avatares de una administración**. Otro elemento clave, en relación a este tema, es el de la **credibilidad que tengan los actores entre sí**. Si no existe una política de Estado que sea sólida, los actores intervinientes no sentirán que tienen las garantías necesarias para integrarse al proceso, con los consiguientes riesgos que esto presupone. La falta de definición de objetivos y la falta de continuidad en el tiempo, generan desconfianza en los actores, lo que lleva al enlentecimiento del proceso y hasta al bloqueo por el descreimiento hacia el mismo.

Un aspecto, que también fue señalado como esencial, a la hora de formular una reforma, es el **conocimiento real de lo que sucede en el sistema**.

Muchos reconocieron que es necesario **incorporar actores que tradicionalmente no han sido considerados como integrantes de la organización del sistema de salud**. Tradicionalmente las propuestas de reforma provinieron de los actores directamente involucrados en el sistema. La idea de dar una visión más amplia al concepto de salud, que le permita al sistema ir despojándose de su neto marco asistencial y medicalizado, requiere del protagonismo de otros actores. En este caso se cree importante incorporar a sectores provenientes de la educación, de áreas sociales y ambientales, para citar sólo algunos, así como la de involucrar a la propia comunidad en el cuidado de la salud. De esta manera se potenciaría un área importantísima, que ha permanecido descuidada hasta el momento, como es el de prevención y promoción de la salud.

Desde esta misma perspectiva, existe unanimidad en cuanto a la necesidad de superar el modelo actual de tipo asistencialista, y adecuarlo a la situación demográfica epidemiológica postransicional, que requiere la jerarquización de modelos preventivos, promotores de salud, con detección precoz de los factores de riesgo para el control de patologías crónicas. Esto, a su vez, redundaría en menores costos para el sistema y en un mayor retorno económico y social.

Un elemento importante a tener en cuenta, es el relativo al **financiamiento** del sistema que se quiere implementar. Sobre este punto existe más de una visión. La mayoría opina que el actual presupuesto de salud es suficiente, por lo que el problema radica en que está mal

administrado y mal distribuido. Estas falencias estarían provocadas por la estructura irracional que tiene el funcionamiento del sistema y por errores de gerenciamiento. Otra corriente afirma que más allá de compartir la idea de su mala administración y distribución, el presupuesto actual es escaso, fundamentalmente a nivel del sector público. Pero el tema principal de discusión no pasaría por saber cual es la cantidad necesaria, sino el cómo y el quien pone el dinero para financiar el sistema. La corriente mayoritaria, aunque con matices, se inclina por mantener un sistema de cuota combinada con los recursos que otorgue el Estado ya sea a través de Rentas Generales, del BPS o de lo recaudado por ASSE, en la medida que la ley que está a consideración del parlamento se apruebe y su mecanismo funcione en la práctica. Aquí están quienes hacen hincapié en la necesidad de diferenciar el valor de las cuotas en función del ingreso del usuario y quienes quieren que la situación permanezca como está. La otra corriente, opina que la mejor manera de financiar el sistema de salud será a través del impuesto directo a las rentas personales.

Es procedente destacar que en un proceso de cambio, algunos de los actores involucrados tendrán necesariamente, menores ventajas comparativas para adecuarse a la nueva situación creada.

Es muy importante tener en cuenta que el creciente número de médicos, es uno de los factores que más condiciona el futuro de una reforma del sistema de salud.

Otra premisa que se visualiza como importante, es la de definir a la Facultad de Medicina como uno de los actores principales en el proceso de reforma.

La diversificación de la tecnología y la masiva incorporación de la misma a nivel de nuestro sistema sanitario, es un hecho irreversible e irrefutable, que habrá que tener en cuenta en el momento de las propuestas, por más que a partir de ese momento se limite y se regule en forma racional.

Otro punto medular es el relacionado con el alcance de la descentralización. Es unánime el consenso en cuanto a la necesidad de descentralizar. Una de las afirmaciones que no ofrece dudas, es la de que el Ministerio de Salud Pública no ha podido ejercer su función rectora en cuanto a dictado de políticas y a su función normativizadora, por la excesiva centralización que lleva a que priorice la resolución de los problemas urgentes planteados por los servicios asistenciales. Todos están de acuerdo que al descentralizar los servicios asistenciales, quitándolos de la órbita ministerial, le estaría permitiendo a este organismo que

cumpliera con las funciones que le son básicas e inherentes: la de vigilar, proteger y promover el estado sanitario de la población; la de garantizar los servicios formales de salud; la de planificar el sistema en cuanto a su organización y financiamiento, para que se pueda cumplir la finalidad social de una cobertura universal, pero a su vez de forma más eficaz y eficiente.

Una reforma deberá contemplar que el tránsito hacia una descentralización en sus diversos niveles, tienda a la racionalización de los recursos disponibles en el conjunto del sistema y no fomente la actual atomización, a que coordine los recursos y no los duplique.

A pesar de estar de acuerdo con la descentralización, no hay unanimidad con respecto a cuales son los escenarios posibles en los que se debe desarrollar, porque parten de diferentes visiones respecto a la relación Estado-mercado. ¿Se debe apuntar a la complementariedad o la competitividad? ¿Cuáles son las bases para llevar adelante la complementariedad o la competitividad? ¿Ambas son excluyentes? ¿La competitividad entre el sistema público y el privado, inexorablemente llevan a la privatización del sistema? ¿La descentralización de ASSE debe apuntar a mejorar la calidad de los servicios que brinda o a mantenerse bajo la concepción de ser una "asistencia para pobres"? ¿Cuáles son los mecanismos para implementar el mejoramiento de la calidad de los servicios? ¿La descentralización debe apuntar a la autogestión local? ¿La descentralización debe ser el primer paso para la posterior concreción de un Seguro Nacional de Salud? ¿La descentralización es el elemento clave por el cual pasan las verdaderas transformaciones del sistema o es sólo un paso que las posibilitaría en el futuro?

Conclusiones

Debemos afirmar que **la política de salud ha sido considerada desde el sistema político, como un tema que no requiere tratamiento prioritario.** Si se analizan los programas electorales de los partidos políticos, el tema sanitario no presenta un proyecto articulado, ni ocupa un lugar central en los mismos. Más aún, si se buscan las diferencias programáticas entre los partidos, las mismas son mínimas y cuando las hay, hacen referencia a aspectos muy puntuales y específicos. También debemos mencionar que la gran mayoría de las leyes, que dieron lugar a cambios organizativos importantes dentro del sistema, no fueron fruto de una amplia discusión a nivel parlamentario. Las causas por las cuales el sistema

político no pone énfasis en la salud, pueden tener un doble origen:

-La concepción generalizada a nivel de la sociedad, de que la salud en el Uruguay funciona correctamente. Por un lado, los indicadores de morbi-mortalidad son comparables con los de los países desarrollados. Por otro, se tiene la certeza que todos los habitantes, más allá de que puedan carecer de una cobertura global, accederán a la asistencia en el momento de necesitarla, aún en el caso de la medicina altamente especializada. Dentro de los que tienen cobertura formal o no formal por intermedio de ASSE, se encuentran los 300.000 uruguayos que son indigentes. Pero de todos los servicios sociales que el Estado otorga, el de salud es el menos regresivo. Es uno de los que le brinda una cobertura mayor y más global, a pesar de la ineficiencia del sistema y de los obstáculos y dificultades propias de la situación de marginalidad de los indigentes. Es casi imposible pensar que los mismos llegarán a niveles terciarios o secundarios en materia de educación, o que accederán a una vivienda decorosa, pero todos sabemos que pueden acceder al nivel terciario de atención de salud, tal vez en mayor medida que al primario.

-La certeza que frente a los desajustes organizativos y financieros de los subsistemas privado y público, el Estado siempre cumplirá una función de salvataje, que evitará el crack.

Formular y poner en práctica una reforma sanitaria, implica la capacidad de poder pensarla sin los apremios de la coyuntura y sin pretender que la misma, dé respuesta inmediata a los avatares por los cuales transcurre la endémica crisis que atraviesa el sistema.

Pero hay que tener en cuenta que el tiempo conspira en su contra. No se pretende que esta afirmación contradiga el punto anterior. Si bien no hay que actuar presionado por los problemas del momento, hay que tomar conciencia que los procesos por más que sean irracionales y disfuncionales al sistema, rápidamente adquieren una lógica propia, se fortalecen y se consolidan.

La reforma debe ser pensada con una concepción amplia, y por lo tanto debería transitar por cuatro carriles:

-Deberá tender a organizar un sistema equitativo, entendiendo que la salud no podrá ser un factor discriminatorio en la sociedad uruguaya.

-Deberá ser financiable, porque un sistema jaqueado por problemas económicos no

sólo está afectado en su financiamiento sino que conspira contra su normal desenvolvimiento y su proyección.

-Deberá buscar un mecanismo de continua retroalimentación entre las propuestas de reforma y las necesidades sentidas de la población, para que todos los actores, fundamentalmente los usuarios, persigan una misma finalidad.

-Deberá mejorar la salud del total de la población y al mismo tiempo, crear los mecanismos para que el proceso de optimización sea permanente.

NOTAS

- (1) Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, agosto de 1986
- (2) Carlos Delpiazzo; Marco Organizativo de los Servicios Asistenciales de Salud, 1995.
- (3) Diagnóstico Sectorial, Salud, Tomo V, PRIS-BID-OPP, 1994.
- (4) Informe de Salud, Tomo sobre Políticas Sociales de la CIDE
- (5) Semanario Búsqueda, noviembre del 86.
- (6) Serie Documentos, N° 125 de LA Mañana, "Losa Acuerdos de la Concertación", junio 1985.
- (7) Concertación y Gobernabilidad: Proyecto, Acuerdo político y pacto social; Juan Rial, CIESU, DT 124/85
- (8) Semanario Búsqueda, 27 de febrero del 86
- (9) Semanario Jaque, marzo del 87.
- (10) idem al anterior
- (11) Semanario Búsqueda, 1/5/86
- (12) Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, 29/7/86
- (13) Comisión Especial del Senado, 10/10/86
- (14) Acta 29 de la Sesión del Directorio del SMU, distribuido 681 de la Comisión Especial del Senado, 1986
- (15) idem al anterior, palabras del Dr. T. Caputi
- (16) Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 17/6/87
- (17) ASSE HACE, documento del MSP, 1994
- (18) Diario de Sesiones de la Cám. de Dip., palabras del Dr. Sturla
- (19) idem al anterior, palabras del Dr. Caputi
- (20) idem al anterior, palabras del dip. Varela
- (21) idem al anterior
- (22) idem al anterior, palabras de Rodríguez Labruna
- (23) idem al anterior, palabras de Toriani
- (24) Diario de Ses. de la Cám. de Senadores, 17/9/87, palabras del Dr. García Costa
- (25) idem al anterior, palabras de Senatore
- (26) idem al anterior, palabras de Flores Silva
- (27) Políticas de Estado en Salud; Propuestas en Debate; Claeh-OPS, 1995
- (28) entrevista realizada por la autora de este artículo al Dr. J. Macedo Saravia, octubre del 95
- (29) Comisión de Salud Pública del Senado; distribuido 364, agosto del 95
- (30) idem al anterior, palabras del Ministro Solari

(31) Semanario Consultor de Salud, 5/10/95

(32) Comisión de Salud de la Cám. de Sen., distribuido 93, abril 1995

(33) idem al anterior

(34) Este análisis se realizó con la participación del sociólogo Guillermo Amoroso y se estructuró en base a 11 entrevistas a los doctores José Bayardi, Tabaré Caputi, Marcos Carámbula, Alberto Cid, Carlos Delpiazzo, Julio Macedo Saravia, Carlos Miguez Barón, Jorge Parodi, Félix Rígoli, Alfredo Solari y Samuel Villaiba.