

La gestión de los servicios de salud sustentables en los países de América Latina: el caso de Uruguay

Sustainable health services management in Latin American countries: the case of Uruguay

Emigdio Archundia Fernández¹ y Graciela Climent²

¹ Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato, México. emigdioaf@hotmail.com

² KAIZEN, Capacitación Empresarial y Consultoría, Uruguay. gacliment@yahoo.com.ar

RESUMEN

La administración de salud o administración sanitaria es la ciencia social y la técnica que está relacionada con la planificación, la organización, la dirección y el control de las organizaciones de salud públicas y privadas. Su misión se orienta al cuidado de la salud mediante la optimización de los recursos financieros, tecnológicos y humanos que intervienen en dicha área. En el artículo se intenta definir qué debe entenderse por un servicio de salud sustentable y se analizan los cambios necesarios, dentro de la organización, para ganar en eficiencia y eficacia. Se reflexiona sobre la profunda reforma del sistema de salud en Uruguay.

PALABRAS CLAVE: administración de la salud, cambio, sistema integrado de salud, sustentabilidad.

ABSTRACT

Health management, or sanitary management, is the social science and the technique associated with planning, organizing, managing and controlling of either public or private sector's organizations of the kind. Its mission is directed towards health care through financial, technical and human resources optimization. The present article attempts to conceptualize a sustainable health care service and all transformations to be furthered within the organization to achieve efficiency and efficacy, were analyzed. Careful consideration was also paid to health care system reform in Uruguay.

KEYWORDS: health care management, transformation, health care integrated system, sustainability.

RECIBIDO: 27/11/2012
ACEPTADO: 5/2/2013
CLASIFICACIÓN JEL: H75, I19

Introducción

La administración de salud se encarga de gestionar, administrar y financiar las empresas e instituciones de salud, y de adecuarlas a las exigencias de los nuevos sistemas de prestación de servicios. También tiene como propósito actualizar la infraestructura de los servicios de salud y su dotación donde se requiera. Además debe ajustarse a los procesos de descentralización y modernización de los servicios públicos; mejorar la prevención, la promoción, el diagnóstico y la atención; aplicar los mecanismos de optimización de la calidad y la eficiencia; así como ofrecer coberturas de los servicios de salud en todos sus niveles.

El administrador en salud es un profesional que planea, ejecuta y controla la gestión de servicios de salud y el saneamiento básico y ambiental a través de la eficiencia, la eficacia, la productividad y la calidad, para garantizar el impacto social que traen consigo las transformaciones de las condiciones de la salud en la población de los países de América Latina.

Ha pasado más de una década desde que los dirigentes del mundo aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2000) y las metas que los acompañaron. Durante este tiempo se ha avanzado, sustancialmente, en la reducción de la mortalidad materno-infantil, la mejora de la nutrición, la disminución de la morbilidad y la mortalidad, el tratamiento y el control de la tuberculosis y la malaria, el acceso a fuentes mejoradas de agua potable, entre otros aspectos. Estas tendencias actuales constituyen una sólida base para intensificar el trabajo colectivo y aplicar, a mayor escala, soluciones que hayan dado buenos resultados; a fin de superar los problemas derivados de la existencia de grandes desigualdades y múltiples crisis sociopolíticas y económicas.

Metodología

En el presente trabajo se utilizó básicamente el enfoque cualitativo y se desarrolló a partir del método descriptivo-deductivo. También fue explicada la situación de los servicios de salud de América Latina, particularmente la de Uruguay. Dicha incursión en los servicios de salud uruguayos sirvió para analizar la situación que se venía produciendo desde hacía varios años y que llevó al

gobierno a realizar una profunda reforma en estos servicios.

Resultados

En el momento actual, en el que el concepto de sustentabilidad está tan vigente, es necesario definir qué es un servicio de salud sustentable, al entender que este involucra de manera coordinada y consistente el impacto de los tres componentes principales de toda organización: el económico, el ambiental y el social.

Cuando se menciona el término sustentable en lo económico se está considerando la generación de beneficios financieros en el marco del desarrollo económico de la comunidad; pero a partir de una conducta ética en los negocios, la publicidad, la política de precios, la calidad de los procesos, el origen de los insumos y el pago de los impuestos, sobre todo en la recaudación proporcional y equitativa.

Por otra parte, cuando se menciona el término sustentable en lo ambiental se está contemplando el impacto de las actividades y la gestión de una organización en su entorno, la interrelación que existe entre ella y el espacio donde se ubica; por los residuos que generan sus procesos, los recursos que demanda y utiliza, los efluentes y emisiones que descarga, y la responsabilidad que demuestra en la protección y la recuperación del medio ambiente. En este punto se incluyen también ahorros de consumo de agua y energía, e implementación de buenas prácticas: el seguimiento de estos aspectos en su cadena de proveedores y el compromiso de asumir y demostrar una responsabilidad ecológica.

Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales (2012), el mundo ha cumplido la meta de los ODM relativa al acceso al agua potable. En el año 2010, el 89 % de la población mundial utilizó una fuente mejorada de abastecimiento de agua bebible, frente al 76 % de 1990; sin embargo, este desarrollo no ha sido igualitario en todas las regiones. Respecto a los servicios básicos de saneamiento, el ritmo al que se ha avanzado es demasiado lento para que puedan alcanzarse las metas de los ODM. La existencia de aguas insalubres y la falta de saneamiento están dentro de los factores de riesgo prevenibles que se asocian a un aumento de la mortalidad y la morbilidad.

Por último, cuando se menciona el término sustentable en lo social no solo se está considerando el bienestar y las condiciones de trabajo de los empleados o el compromiso de la institución con el desarrollo social de la comunidad en la que opera; también se toma en cuenta el no utilizar prácticas que vulneren los derechos humanos y del niño, la igualdad de género y la seguridad, entre otros.

A menos de tres años para finalizar el año 2015 resulta obvio que queda mucho trabajo por delante para cumplir con los ODM relacionados con la salud. Hasta hace unos años las organizaciones se mostraban como un mar en calma y eran poco flexibles; actualmente se ven como un mar de aguas turbulentas en un *feedback* permanente.

El cambio es inevitable. Se debe actualizar la forma de pensar y de gestionar; así como contemplar la competencia global, los cambios estructurales, la crisis económica, los bloques de comercio, las preocupaciones medioambientales, las exigencias de los usuarios y los clientes, y la innovación tecnológica.

La digitalización de las comunicaciones y el desarrollo de la informática han cambiado las nociones tradicionales de tiempo y distancia. El cambio es innovación, creación, descubrimiento y construcción humana. Este debe ser radical y revolucionario dentro de las organizaciones, con las personas y de individuo a individuo. Ello quedó en evidencia cuando se caracterizó el perfil del trabajador de la Era del Conocimiento (Alhama, 2007).

El perfil del trabajador de la salud se podría definir como el de alguien que tiene la capacidad de trabajar en equipo (se habla de «equipo de salud», un médico insertado en la tarea asistencial con otros profesionales de la salud), que está involucrado y comprometido con la tarea que desempeña y con los cambios y las transformaciones organizacionales. Esta definición ha exigido un replanteo radical del tratamiento de las personas y las organizaciones. El capital humano que se necesita crear depende en gran medida de la capacidad de las instituciones para desarrollarlo y aprovecharlo. Durante los últimos años ha crecido sustancialmente el reconocimiento de la importancia del saber hacer en la gestión de las organizaciones.

El cambio vertiginoso es un fenómeno propio del mundo contemporáneo. Los cambios han existido

desde siempre, pero ha variado el ritmo, la aceleración –ahora exponencial– y la amplitud en sus ámbitos, cada vez más vastos. Las organizaciones de salud no escapan al impacto de estos fenómenos. En el campo de las organizaciones, las estructuras jerárquicas se ven desafiadas, cada vez más, por el desempeño virtual y los sistemas de redes. Los dilemas de la centralización o descentralización requieren nuevos análisis ante los sistemas de bases de datos relacionales compartidas. El poder del cargo es afrontado cada vez más por el poder de la información; y la demanda (el cliente) determina la oferta (la producción y el producto). El cambio se ha convertido en rutina. Su planificación y dirección es hoy en día, y lo será aún más en el futuro, parte importante de las responsabilidades de todo empresario o administrador público o privado.

El caso uruguayo

En Uruguay se venían produciendo numerosas dificultades en el ámbito de las instituciones de asistencia médica colectiva en los últimos tiempos, lo que condujo al cierre de varias de ellas, en pocos años. Salvo contadas excepciones, prácticamente todas las que sobrevivieron a esta situación se encontraban en serias dificultades: con deudas laborales a sus funcionarios y con un notable deterioro de la calidad asistencial. Si bien la desafiliación masiva de los usuarios contribuyó a este desgaste, la crisis era anterior y se debió a factores estructurales más que a situaciones coyunturales.

El sistema público de salud también enfrentó dificultades para dar respuesta a la creciente demanda de los sectores más vulnerables de la sociedad, que presentaron características epidemiológicas cada vez más complejas, debido fundamentalmente al creciente empobrecimiento, un problema que tuvo que resolverse con recursos muy escasos.

Actualmente, Uruguay es uno de los países de América Latina que más gasta en salud (solo superado levemente por Brasil). Según datos del Banco Mundial, se estima el uso en salud del 8,4 % del producto interno bruto (PIB), casi el doble de lo destinado por Bolivia o México con un 5 %; y una cifra superior a la de muchos países del primer mundo. Incluso, si analizamos este monto en referencia a la estructura del gasto en el país

se puede observar que supera ampliamente otros indicadores dentro del denominado «gasto social». Cabe destacar que el gasto total en la salud es la suma del gasto público y privado, abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, de nutrición y la asistencia de emergencia designada para la salud; pero no incluye el suministro de agua y los servicios sanitarios.

El país cuenta también con un elevado contingente de médicos por habitante, más de 14 000 profesionales componen el cuerpo médico nacional, lo que significa la existencia de un médico por cada 270 habitantes aproximadamente. Asimismo, el número de especialistas en relación con el total de médicos es elevado. De cada cuatro profesionales tres cuentan con alguna especialidad, cuando en la mayoría de los países desarrollados apenas el 25 % del cuerpo médico posee algún nivel de especialización. Algo similar ocurre con el resto de los profesionales de la salud; en general, en todas las áreas técnicas hay un número suficiente de ellos. Existe también una amplia disponibilidad de instrumentos de alta tecnología y se poseen más tomógrafos por habitante que en Suiza, por solo dar un ejemplo.

Los recursos financieros destinados a la salud son significativos: se cuenta con el capital humano, en términos tanto cuantitativos como cualitativos, y con los recursos materiales, tanto en instalaciones como en equipamiento. Ambos son ampliamente suficientes para el volumen de la potencial demanda.

Sin embargo, la crisis puso en evidencia una fuerte inequidad entre el subsector público y el privado. Apenas un 2 % del PIB se destinaba a los servicios estatales de salud aun cuando la mitad de la población, aproximadamente, se atendía en los servicios públicos de salud, en tanto que la otra mitad lo hacía básicamente en las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), tanto en mutualistas como en cooperativas médicas o en los denominados «seguros parciales de salud» (emergencias móviles). El sistema mutual fue un mecanismo ideado con un decidido componente solidario. Sin embargo, paulatinamente este modelo asistencial ha

ido desapareciendo, desde la década de los ochenta decenas de pequeñas mutualistas han dejado de existir. Diversos factores han determinado que dichas organizaciones dieran paso a las cooperativas médicas: las empresas de salud, la propiedad de médicos empresarios y otras pensadas con una lógica en pos de la maximización de los beneficios.

Al desaparecer gran parte de las pequeñas mutualistas y las cajas de auxilio vinculadas a los sindicatos, a los colectivos profesionales o a los entornos locales –que contaban con una fuerte impronta en la atención primaria– se generó una concentración de usuarios en megaorganizaciones asistenciales que comenzaron a competir en una frenética carrera por la captación de socios. Se pasó de un modelo en donde existía una multiplicidad de pequeñas mutualistas que se encargaban de la atención primaria y un grupo de grandes hospitales, a los que estas derivaban la atención hospitalaria y los procedimientos de mayor complejidad, a otro, donde grandes instituciones de asistencia colectiva concentraron todas las áreas de la atención médica.

Este modelo de atención que gradualmente se impuso hizo que las grandes instituciones se endeudaran excesivamente para poder contar con todas las prestaciones sanitarias: desde una extensa red de policlínicos hasta los más avanzados instrumentos de la telemedicina.

Esta aparente cobertura integral que brindaban las grandes instituciones encerraba ciertos contrasentidos que hicieron que la atención de la salud fuera ineficiente, a pesar de los enormes recursos que se le destinaban.

Al reflexionar sobre modelos asistenciales, se debe tener en cuenta no solo el volumen de población asistida, sino también las variaciones en la estructura sociodemográfica y epidemiológica del país. Por ejemplo, el envejecimiento creciente en la población, la disposición geográfica del personal sanitario (en Uruguay el 80 % de los recursos humanos en medicina se concentran en Montevideo) y la necesidad de servicios de salud de acuerdo con la distribución de las enfermedades y su incidencia en la población, entre otras. También deben observarse las características socioculturales de la población usuaria y su demanda histórica de los servicios

de salud. Uruguay es un país que cuenta con tasas de utilización de dichos servicios bastante altas, en relación con el resto de América Latina. Fue necesario reflexionar sobre las metas que se pretendía alcanzar, para de este modo poder determinar qué tipos de servicios eran los que se iban a requerir en el futuro. Luego de dilucidar dicha interrogante, se pudo acordar cuál era el modelo más adecuado, tanto en lo que se refería a los recursos necesarios como a las competencias requeridas para desarrollar las acciones sanitarias previstas. Este proceso no resultó sencillo, hubo muchos intereses contra los que pugnar: corporaciones privadas a las que no les interesaba un Sistema Nacional de Salud, entre ellas, algunos grupos de médicos empresarios que se beneficiaban con el estado de la cuestión; también algunos otros intereses privados, especialmente en el caso de los laboratorios.

Los elevados niveles de especialización médica y la introducción indiscriminada de alta tecnología hicieron que el modelo asistencial se orientara hacia acciones esencialmente curativas y se descuidara la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Es sabido que el gasto en medicina primaria, a la larga, genera importantes ahorros; sin embargo, esta no pareció ser la lógica imperante para aquellos que tomaban las decisiones en materia de inversiones en la salud. La combinación de una medicina fuertemente tecnológica y la racionalidad del mercado generaron una fuga hacia delante por parte de las empresas del sector, que no dejaron espacio para una medicina sustentable.

En definitiva, explicar la alternativa posible incorporó dos conceptos clave: la integración y la coordinación de las diversas instituciones y servicios sanitarios existentes. Ello generó una red única que produjo una mayor eficiencia y capacidad asistencial y, paulatinamente, se pasó de un modelo predominantemente médico industrial a un modelo que generó espacios para la promoción, la prevención y la rehabilitación.

Todo ello se logró a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, el cual se implementó gradualmente a partir del año 2008, y continuó con el proceso de incorporación de las diferentes categorías de trabajadores y pensionados; dichas acciones se mantendrán hasta finales del año 2013, donde

se incorporarán los últimos beneficiarios que son aquellos cónyuges o concubinos sin hijos a cargo.

Los objetivos que se trazó el gobierno uruguayo al implementar este nuevo sistema fueron: garantizar el acceso universal, brindar atención integral en salud a toda la población, lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneos, y conseguir justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud; en definitiva, un sistema de salud más eficiente y equitativo para todos.

El Plan Nacional Integrado de Salud estableció cambios en el modelo de atención, en el de gestión y en el de financiamiento; y supuso la necesidad de personal altamente calificado y capacitado.

Conclusiones

Mejorar los servicios de salud es un aspecto central de los ODM, y el sector público es el principal proveedor de este servicio en los países en vías de desarrollo. Para reducir las inequidades, muchas naciones han puesto énfasis en la atención primaria, campo que incluye la vacunación, el saneamiento, el acceso al agua potable e iniciativas de maternidad sin riesgos; y en los sistemas de salud, la calidad y la cobertura de la prevención, la salud reproductiva, la nutrición y la dinámica demográfica.

La mayor contienda para lograr un modelo sustentable es contar con un sistema de salud integrado y eficiente que posibilite la atención sanitaria de toda la población, con costos accesibles y en condiciones dignas.

Reflexionar acerca de las metas que se pretende alcanzar es el mejor modo de determinar qué tipos de servicios son los que se van a requerir, qué salud se desea y cómo lograrlo.

La calidad como estrategia es un imperativo en la gestión de la salud actual, tanto en la eficiencia del servicio como en el cambio favorable en la historia natural de una enfermedad, al ser atendida por los sistemas y los servicios de salud. Para todo ello, la gestión del capital humano es un pilar fundamental en la sustentabilidad de los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

ALHAMA, B.R. (2007): «Capital humano, concepto e instrumentación», <<http://www.sintesys.cl/complexus/revista7/pdf/Alama.pdf>> [5/5/2012].

- BANCO MUNDIAL (2008-2012a): «Indicadores de desarrollo mundial», <<http://www.datos.bancomundial.org/indicado/NY.GDP.MKTP.KD.ZG/countries/1w-CR?display=graph>> [5/4/2013].
- BANCO MUNDIAL (2008-2012b): «Índice de datos-gasto de salud total (% del PIB)», <<http://datos.bancomundial.org/catalogo-de-datos>> [25/4/2012].
- GARCÍA, G.H. (2012): «Nuevo sistema de RR.HH.», <<http://www.premiocrear.com.uy/uruguay-comunidad-recursos-humanos/premiados-2012/gary-h-garcia.pdf>> [20/4/2012].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000): «Objetivos de Desarrollo del Milenio», <<http://www.who.int>> [8/9/2012].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2012): «Estadísticas Sanitarias Mundiales», <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf> [5/4/2013].
- PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) (2010): «La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano», en *Relatório de Desenvolvimento Humano*, <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Complete.pdf> [28/4/2012].
- RIBERO, G. y P. VIDAL (2012): «Ausencia de gestión de capital humano en las emergencias hospitalarias», <http://www.premiocrear.com.uy/uruguay-comunidad-recursos-humanos/premiados-2012/gustavo-ribero_patricia-vidal.pdf> [18/4/2012].
- VILLARREAL, E.C. (2007): «Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad», *Revista Salud Uninorte*, vol. 23, n.º 1, pp. 12-22.

