

El complejo andar de la reforma de salud en Uruguay. Competitividad, productividad e innovación

Walk of Complex Health Reform Uruguay. Competitiveness, Productivity and Innovation

Emigdio Archundia Fernández¹ y Graciela Climent Cianciulli²

¹ Universidad de Guanajuato, México
emigdioaf@hotmail.com

² Centro de Estudios
de Técnicas de Dirección,
Universidad de La Habana, Cuba
gacliment@yahoo.com.ar

RESUMEN

Previo a la reforma de la salud, el sistema asistencial del país era un caos: en diez años quebraron once mutualistas, cientos de trabajadores quedaron en la calle y no había control del Ministerio de Salud Pública. El mercado regulaba la salud y muchos usuarios del sector privado, por problemas de costos, iban a los hospitales públicos, en los que no existían recursos. ¿Esa situación fue realmente superada con la reforma como pretendía el gobierno? Hoy, Uruguay tiene la tercera mortalidad materna más baja de las Américas, el paquete de prestaciones más amplio de América y del mundo, y es el primer país de América en cumplir con los Objetivos del Milenio planteados por Naciones Unidas.

PALABRAS CLAVE: competitividad, productividad, reforma, sistema de salud.

ABSTRACT

Before to health reform, the country's health care system was in chaos, in ten years they broke eleven mutual, hundreds of workers were on the street, and there was no control of the Ministry of Public Health (MSP). The market regulated health and many users from the private sector, cost problems, went to public hospitals. Those hospitals had no resources. ¿Was that situation really overcome with reform as the Government? Today, we have maternal mortality the lower third of the Americas, wider in America and the world benefits package and we are the first country in the Americas to meet the Millennium Goals set by United Nations. The neonatal screening for detection of congenital diseases of America and access to oral health is also very important.

KEYWORDS: competitiveness, productivity, reform, health system.

RECIBIDO: 11/3/2015
ACEPTADO: 24/4/2015
CLASIFICACIÓN JEL: M41

Generalidades

En 2012 se visualizaban ciertas dificultades durante el desarrollo y la implementación del nuevo sistema de salud uruguayo. La conmoción provocada por la «epidemia criminológica», el

burnout que afectó al equipo de salud y la falta de personal calificado, entre otras causas, generaron una crisis, y se amplió la desconfianza en el sistema. Se suman las noticias de los diarios, en las que los actos de corrupción, los robos en

los centros asistenciales públicos por parte de los funcionarios y las autoridades, el acoso laboral, la persecución sindical y las denuncias por mala praxis son moneda corriente.

Las reestructuras presuponen cambios organizacionales. Este proceso no solo consiste en transformar estrategias evidentes en el contexto, sino que resulta aun más complejo porque incluye modificar las actitudes y los comportamientos del personal de la salud. Si se obtiene con éxito el cambio propuesto crecerá y prosperará el entorno actual y futuro de la institución. Uno de los problemas más desconcertantes que se presentan en el proceso es la oposición al cambio por parte del personal clínico, para lo cual resulta necesario contar con un líder dentro de la organización, que deberá persuadir y ver la resistencia como una opción para el fortalecimiento.

Una vez institucionalizado el cambio, se deberá dar un nuevo enfoque a la cultura organizacional; reemplazar hábitos, actitudes, tradiciones y modos de pensar; y confiar en las nuevas prácticas que harán más productiva la institución de salud y que beneficiarán no solo a los empleados sino a los pacientes y su entorno. El cambio generalizado de comportamientos constituye un cambio cultural.

El cambio organizacional es un conjunto coordinado de transformaciones en el comportamiento que no se gestiona científicamente ni se administra, sino que se facilita. A facilitar se aprende dialogando, caminando por los lugares de trabajo, escuchando, participando, capitalizando los errores y, sobre todo, sabiendo leer los mensajes subyacentes de las personas involucradas; obrando en referencia y no en consecuencia.

No alcanza con entregar un manual que reseñe la visión, la misión y los valores de la institución –una actividad de entrenamiento–, y luego cada uno a lo suyo, pues el cambio ya pasó. Hay que apoyar a las personas para que primero visualicen, luego internalicen y, por último, se involucren voluntariamente en el logro del objetivo de la situación emergente.

Se debe poner a cargo de las reestructuras a personas idóneas y con visión de futuro, y no a quienes no tienen formación profesional en administración o tienen intereses creados, o cuya condición moral no sea lo suficientemente firme y recta.

Esta reforma del modelo de asistencia de salud uruguayo fue llevada a cabo por actores involucrados en el proceso, con la participación de fuertes corporaciones.

Antes de la reforma, el 50,8 % de la cobertura de salud –según la utilización de servicios en 2006– corría por cuenta del sistema público. Las empresas privadas prestadoras de servicios cubrían el 45,7 %. Debido al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la relación se invirtió a favor de los negocios en el mercado de la salud: en diciembre de 2011, el sector privado atendía alrededor de 1 600 000 usuarios y el sector público aproximadamente a 1 200 000. Además de las otras transferencias que se obtienen por la vía de la exoneración de impuestos, el comercio de tecnologías, los tratamientos sofisticados, etcétera, las cuales preservan la existencia y la viabilidad inmediata del sector capitalista de la salud y de los intereses del empresariado que lo dirige.

Las Instituciones de Asistencia Médico Colectiva (IAMC) son las únicas habilitadas para contratar con el seguro de salud administrado por el Banco de Previsión Social, con el objetivo de dar cobertura a los trabajadores cotizantes, lo cual explica la importancia del sector privado de salud en el Uruguay (*Posta Portenia*, 2012).

El clima laboral repercute en el bienestar del empleado y en la productividad de la empresa. Sin embargo, no es tan obvia la forma de lograr el ambiente laboral ideal.

La evaluación del clima laboral se basa en las percepciones de los trabajadores acerca de las estructuras y los procesos de la organización en la que trabajan. Estas percepciones dependen en gran medida de cómo están organizadas las actividades y las tareas, y de cómo se establece la relación con la empresa. Esta refleja la interacción entre las características individuales y las organizacionales, a cuya realidad no están ajenas las instituciones de salud.

Por su parte, el comportamiento organizacional es el estudio que investiga el impacto de individuos, grupos y estructuras en la conducta dentro de las organizaciones, con la finalidad de aplicar estos conocimientos en la mejora de la eficacia. El propósito de este tipo de comportamiento es ayudar a lograr que los objetivos tengan significado

y contribuyan a la eficiencia organizacional, tanto de las instituciones de salud como de cualquier otra organización.

Mantener un clima organizacional propicio no consiste solamente en asegurar una relación amable entre los trabajadores, o entre los empleados y los directores; empieza con una clara definición de objetivos de la empresa o proyecto, y de los puestos de trabajo; además, sobre la base de estrategias motivacionales, consolida sentimientos de pertenencia y cooperación que de otra forma sería imposible lograr.

Se hace necesario delinear una estrategia sencilla para detectar y corregir los aspectos que inciden negativamente en el clima organizacional.

La forma que muchos han elegido para demostrar eficiencia, competencia y minimización de errores en las mecánicas de trabajo es la de expresar con seguridad y contundencia: «Trabajamos en equipo».

El trabajo en equipo resulta una de las más valiosas herramientas para el logro de las metas, solo que en oportunidades esta expresión dista de lo realmente aplicado; por este motivo se considera importante, además de la toma de conciencia,

profundizar en el área a través de la capacitación. Las ineficiencias e ineficacias generadas en el ámbito de trabajo por desconocimiento de un trabajo positivo en el marco de un equipo, generan entretencimiento.

Competitividad en Uruguay

El «Informe Global de Competitividad 2013-2014» elaborado por el Foro Económico Mundial (WEF, por sus siglas en inglés), con Uruguay en el puesto 85 del Índice de Competitividad Global (GCI, por sus siglas en inglés), muestra la posición superior de países como Ecuador, Georgia, Macedonia, Botswana, Croacia, Rumania, Armenia y las islas Seychelles.

Una mayor posición en la tabla global implica una peor situación en términos de competitividad de la economía comparado con el resto de los países que se incluyen en el análisis (Cámara Nacional de Comercio y Servicios, 2013-2014).

En la figura 1 se aprecia la evolución del índice a partir de 2007, donde la mejor posición se logró en el periodo 2011-2012, cuando el país ocupaba el puesto 63.

El índice en el que se basa el Foro define la competitividad como «la serie de instituciones, políticas y factores que determinan el nivel de

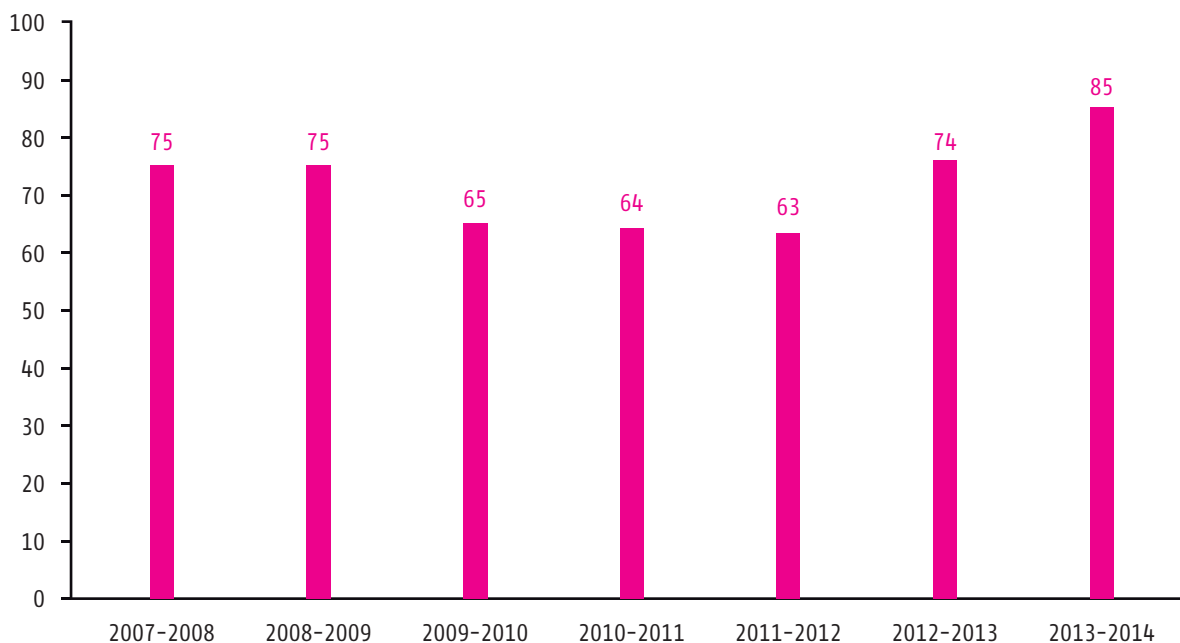


Figura 1. Índice de competitividad global.

Fuente: Global Competitiveness Report, World Economic Forum (2013).

productividad de un país» (World Economic Forum, 2013, pp. 3-4). La desmejora de Uruguay en el nuevo *ranking* se debe a una combinación de factores que incluyen, entre otros, las condiciones laborales restrictivas y las debilidades en la calidad de la educación y la capacidad de innovar (World Economic Forum, 2013).

El país se mueve hacia etapas más avanzadas de desarrollo, en las que «la necesidad de mano de obra calificada y de mayor capacidad innovadora es crucial para el aumento de la productividad de la economía» (World Economic Forum, 2013, p. 39).

El secretario de Empleo de la central obrera Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT), Richard Read, opina lo siguiente:

Se debería empezar a transitar en forma muy seria por el tema de la productividad; este debería estar agendado en todas las reuniones de relaciones laborales. Productividad desde el punto de vista técnico real, no más producción, no destajo, productividad calculada en números y con elementos técnicos que permitan leer de los dos lados el avance o no de la productividad en cada sector. Esto contribuye con el adelanto de la competitividad porque mejoran los costos y los servicios (Read, 2014, p. 7).

Este índice abarca doce pilares del concepto de competitividad sistémica que permiten identificar las ventajas y las dificultades que enfrenta el país. Estos doce pilares se pueden clasificar en tres grandes grupos: requerimientos básicos, potenciadores de eficiencia, y factores de innovación y sofisticación. Aquellos índices en los que Uruguay está peor posicionado se concentran en el pilar «eficiencia del mercado laboral». En cuanto a los factores de innovación y sofisticación, se perdió más posiciones en innovación.

En América Latina, el informe sostiene que la competitividad se está estancando y que desde hace tiempo son necesarias reformas e inversiones que aseguren el futuro crecimiento (World Economic Forum, 2013).

El *ranking* mundial de competitividad fue encabezado por Suiza por quinto año consecutivo; al igual que en el año anterior, le siguen Singapur y Finlandia en segundo y tercer lugares.

El Foro realiza una clasificación de los países de acuerdo con la etapa de desarrollo en la que se encuentran, al considerar como variable el PBI *per cápita*. Se definen tres etapas de desarrollo y, a su vez, momentos de transición entre estas sobre la base de distintos aspectos: la primera etapa, disponibilidad de factores productivos; la segunda, eficiencia; y la tercera, innovación.

Según el informe, Uruguay se encuentra en un momento de transición de la segunda a la tercera etapa, es decir, de un escenario basado en la eficiencia hacia otro cuyo fundamento principal es la innovación.

En cuanto a este último factor, Uruguay ocupó el lugar veinte en el índice global –elaborado por la Universidad Cornell, la escuela de negocios Insead y la Organización Mundial de Propiedad Intelectual–, y el lugar 72 entre 143 países; también perdió pie en América Latina y el Caribe, donde pasó del cuarto puesto, en 2013, al noveno, este año.

Uruguay presenta dos problemas fundamentales para innovar: uno es la sofisticación del negocio –conocimiento de los trabajadores, absorción del conocimiento y vínculos de innovación–, el otro es la sofisticación del mercado –crédito, inversión, y comercio y competencia–. A juicio de los entendidos, la clave está en utilizar instrumentos acordes con la época.

El desarrollo de las ciencias y la tecnología de la salud ha contribuido en los últimos años al mejoramiento en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. La tecnología constituye hoy una aliada incondicional de la medicina. Una de las claves para la innovación tecnológica aplicada a la salud es la interdisciplinariedad: la integración armoniosa entre médicos, biólogos, ingenieros, químicos, físicos y matemáticos, entre otros profesionales, al compartir sus conocimientos y puntos de vista.

A pesar de la elevación de la prosperidad, todavía la productividad es de alrededor de la tercera parte de la que alcanzan los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Para acortar brechas, se necesita diseñar estrategias cualitativamente diferentes a las del pasado.

Muchos modelos han avanzado localmente en otros países en la búsqueda de nuevos paradigmas.

Estos representan brotes verdes que todavía no cubren la pradera, pero constituyen pilares para el diseño de nuevas estrategias de crecimiento, equidad y bienestar. Las motivaciones y los incentivos nacen de los valores, de las creencias, de las ambiciones, del conocimiento y de las construcciones colectivas. Sin estos componentes resulta difícil construir la sociedad del siglo XXI. Hay una responsabilidad central en los liderazgos para fortalecer estos elementos intangibles que conducen a cambios indispensables.

La educación es la herramienta fundamental para disponer de mano de obra calificada, la que junto con la eficiencia en el mercado de trabajo representa las claves para lograr una economía más competitiva, no solo en términos absolutos sino frente a los principales socios comerciales actuales y potenciales.

Instituciones de salud y fracaso del SNIS

En Montevideo, la capital del país, hay 30 Instituciones de Salud cada 1000 m².

En la sesión ampliada de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) se advirtió acerca de las fallas encontradas para el éxito del nuevo sistema: médicos que cobran en dos instituciones la misma hora, medicamentos que se fraccionan, ausentismo, falta de especialistas, aumento de la judicialización de la medicina, eterno multiempleo médico, carencias de personal y una cada vez más tensa relación con los pacientes debido a las largas listas de espera que obligan a pensar nuevas estrategias. Pese a los problemas de gestión denunciados se advirtió que el sistema de salud «no tiene marcha atrás» (Junta Nacional de Salud ampliada, 2013).

El comportamiento organizacional atiende específicamente las situaciones relacionadas con el empleo, y pone énfasis en la relación de las personas con el trabajo, el ausentismo, la rotación de empleo, la productividad y la gerencia. Incluye los temas centrales de la motivación, el comportamiento del líder y el poder, la comunicación interpersonal, la estructura de grupos y sus procesos, el aprendizaje, la actitud de desarrollo y la percepción, los procesos de cambio, los conflictos, el diseño y la tensión en el trabajo (Robbins, 1999).

El gobierno reconoció la existencia de problemas en la reforma, pero advirtió que el camino

es el de «la profundización». El SNIS generó un «cuello de botella» que llevó a «un aumento de las listas de espera» y la existencia de obstáculos en los recursos humanos, entre otros motivos por el continuo avance tecnológico y porque quienes se formaron hace algunos tenían otro paradigma.

Lo importante es reflexionar sobre qué tipo de médicos quieren ser los profesionales que ejercen la profesión a lo largo y ancho de todo el territorio nacional; pero también aquellos que actúan en todo el mundo, algunos en situaciones extremadamente complejas, como en zonas de guerra, o los que han convertido el ejercicio de la medicina en una actividad mercantil.

Las organizaciones combinan ciencia, personas, tecnología y humanidad. No obstante, las sociedades deben entender las organizaciones y utilizarlas de la mejor manera posible. El comportamiento humano dentro de las organizaciones es impredecible debido a que se origina en necesidades y sistema de valores muy arraigados en las personas. No existen fórmulas simples y prácticas para trabajar con las personas, ni existe una solución ideal para los problemas de la organización. Todo lo que se puede hacer es elevar la comprensión y las capacidades existentes para que aumente el nivel de la calidad de las relaciones humanas en el trabajo. Se debe estar dispuesto a pensar en las personas como seres humanos para trabajar eficazmente (Davis y Newstrom, 1999).

Hoy día resulta necesario que las organizaciones creen condiciones para promover equipos de alto desempeño, si se entiende que así el aprendizaje genera valor al trabajo y más adaptabilidad al cambio con una amplia visión hacia la innovación. Si no hay una visión compartida, nunca se generará la suficiente energía y un significado que movilice a la organización y a su recurso humano en el proceso de cambio (enfoque sistémico). «El mundo se mueve tan rápido en estos días, que cuando un hombre dice esto no se puede hacer, es interrumpido generalmente por alguien haciéndolo» (Hubbard, 2014).

La JUNASA aprobó la obligatoriedad de contratar Cargos de Alta Dedicación (CAD) en las mutualistas y esta medida se extenderá a los centros de Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Un cargo de alta dedicación

implica diversas responsabilidades por parte del médico que lo ocupa. Se afirma que estos cargos mejorarán la atención de los pacientes y el trabajo de los médicos, al brindarles estabilidad: les permitirán al profesional atender en un solo lugar y generar un vínculo médico-paciente. Para este año se comenzaron a exigir 2 CAD cada 7000 usuarios, para 2015 se exigirán 3 y para 2016, solo 4.

Para el 75 % de los profesionales la atención en las instituciones de salud no es buena y el problema fundamental radica en que el sistema se recuesta en el usuario. Esto genera problemas para que haya resultados adecuados, que se traducen en demoras, interferencias y errores. Se necesita mejorar la calidad llevando adelante procesos más eficaces y eficientes. Muchos enfocan la crisis en la salud hacia el ámbito exclusivo de la falla en los controles.

La Federación Médica del Interior (FEMI) calcula que faltan 450 especialistas en los centros de salud miembros de esa organización.

La formación de recursos humanos en salud

La academia apunta a formar un profesional más humano y con destrezas para comunicar, pero la realidad conspira contra esto. Aún falta invertir en serio para que se noten los cambios. Un profesional más humanista, de mejor comunicación con el paciente y con tiempo para capacitarse es el perfil ideal del nuevo médico.

En medio de un sistema de salud golpeado por múltiples carencias, con médicos y funcionarios que se declaran saturados y desbordados ante la demanda asistencial, hay profesionales y académicos que se detienen a pensar qué se debe cambiar. Y coinciden en que es momento de retomar un tema largamente postergado en la reforma de la salud: la formación de los recursos humanos. No hay que analizar mucho la situación para llegar a esta conclusión, el problema se ve a diario en las noticias: la gran mayoría de los conflictos en la salud ocurren por falta de personal.

Si bien se comienzan a dar los primeros pasos para tener un nuevo médico –menos estresado, con más tiempo para la capacitación continua y con una mejor comunicación con el paciente– todavía falta que el gobierno se decida a invertir en serio para reformular la forma de trabajo actual.

Para el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) esta inversión tendrá su retorno con una mejor calidad de atención: «Cambiar al médico nos va a llevar su tiempo. Pero es demostrable que la inversión va a dar sus réditos» (Trostchansky, 2014). Pero advierte que si no se toman medidas para paliar el multiempleo, si no se deciden a pagar horas para la formación continua, si no se discute la cantidad de especialistas que faltan y su distribución, el nuevo médico saldrá de la universidad y chocará con la realidad. Y todo lo que se pretende cambiar quedará en la teoría.

Para el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Prof. Dr. Fernando Tomasina, gran parte de los problemas que se generan en la relación médico-paciente están vinculados a fallas en la comunicación. Por eso, la formación moderna de medicina implica agregar a los conocimientos científicos y clínicos ciertas habilidades de comunicación con los pacientes.

El nuevo médico que se pretende formar debe ser «sensible a los problemas sociales, estar comprometido con los problemas de la salud de la población y tener profundos valores éticos y morales de respeto a la persona» (Tomasina, 2012).

La planificación de los recursos humanos y la reforma del sector salud han chocado con problemas típicos de la planificación como los de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud, y otros derivados del contexto sanitario, de los cambios sectoriales en curso y de las transformaciones en los modos de regulación laboral o la incorporación de nuevas condiciones o situaciones como consecuencia de objetivos sectoriales (Tomasina, 2011).

Hay que sumar que el Hospital Universitario, allí donde se forman la mayoría de los médicos del país, se cae a pedazos. Es un paisaje de rudos contrastes: en blanco y negro, casi sin matices. La atención a los pacientes suele ser muy buena, aunque voluble y descoordinada. Los internados pueden sentir que permanecen en depósito mucho más de lo necesario por *lapsus* burocráticos incomprensibles. El cuidado preciso convive con el abandono; el orden, con el furor sindical que se pelea en cada rincón; y la limpieza de pisos constante y esmerada, con vidrios turbios, salas atestadas y baños escasos, rotos y sucios.

Es el raro paisaje del Hospital de Clínicas, el centro médico de la Universidad de la República que un día quiso ser escuela y patrón. Pero sesenta años después de su apertura es un enfermo ciertamente grave que lucha por su vida.

De las clínicas egresan por año entre 7000 y 9000 pacientes, que permanecen internados un promedio de 14 días. Esta cifra decae por años. Se evacúan más de 40 000 consultas de emergencia y unas 140 000 consultas externas anuales. También miles de estudiantes de medicina, enfermería y otras especializaciones realizan cursos.

El Hospital de Clínicas contrata en el sector privado estudios que puede hacer en la propia institución, admitiendo su director que las contrataciones no se deben a la falta de equipamiento sino a la imposibilidad de darle un uso continuado, ya que el personal capacitado para operarlos cumple 24 horas semanales. La mala gestión ha derivado en que las mutualistas que venden el servicio de Centro de Tratamientos Intensivos (CTI) y estudios al Hospital de Clínicas le cortaron el crédito por las deudas contraídas y el presupuesto anual se gastará en dos meses.

Los conflictos de intereses médicos son frecuentes en Uruguay, donde los casos de implicancias no están regulados con precisión. La Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas (UTHC) es seria. El año 2013 formalizó 34 paros. La mayoría se realizó en horas pico, causando distorsiones enormes, incluyendo la paralización de intervenciones quirúrgicas.

Muchas facciones de la UTHC se aferran a un radicalismo típico de los funcionarios públicos, en tanto otras tratan de alinearse con las políticas oficiales.

A esto hay que sumarle que ASSE pierde una gran cantidad de millones de pesos mensuales por juicios laborales.

Conclusiones

Comentarios despectivos, ataques de ira, insultos y amenazas verbales son solo algunas de las denuncias que integrantes del equipo de salud –personal médico y no médico– hicieron en el marco de la Primera Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Ámbito Sanitario, lo cual pone de manifiesto que la confianza en el sistema no se

ha restablecido y las circunstancias diarias están en contra.

La formación de recursos humanos es el gran tema postergado y talón de Aquiles de la reforma sanitaria, su flanco débil, ya que existe una seria caída en la calidad. Se suma que el proceso, con tendencia a generar un sistema de recertificación profesional, se ha frenado.

Son notorias las dificultades para erradicar el multiempleo en los médicos, enfermeros y demás integrantes del equipo de salud. Si bien es un elemento que no está medido, la transferencia de información y responsabilidad en los pacientes dificulta la optimización de los servicios.

Las conclusiones de un estudio realizado por académicos del Instituto de Ciencia Política desmiente los supuestos efectos igualitarios y asegura que la brecha de la desigualdad se ensanchó. Otro factor de desigualdad es que queda una parte de la población en que su acceso a la salud sigue dependiendo del pago de una cuota mutual fija y sin relación al ingreso. Es decir, cientos de miles de personas calificadas como «población carenciada».

A este modelo se lo denomina «sistema mixto». Un eufemismo sin duda, pero efectivo. La fórmula «sistema mixto» es mucho menos agresiva que la de «asociación pública-privada», identificada con privatizaciones y subsidios al capital en régimen de concesión.

El SNIS ha sido un negocio redondo para las IAMC, que en sus estatutos figuran como entidades privadas sin fines de lucro.

Si por cada afiliado las empresas reciben un subsidio del Estado, se obtienen ganancias multimillonarias por el solo hecho de captarle al sistema público cientos de miles de usuarios. El sistema que rige en la salud no es beneficioso para los usuarios-contribuyentes, que en su inmensa mayoría son trabajadores y trabajadoras.

La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) permitió dotar al sistema de un financiamiento nunca antes logrado. Hoy se destinan a la salud de la población cifras no alcanzadas con anterioridad, en términos absolutos y relativos. La fijación de metas asistenciales que favorecen a la medicina preventiva y fortalecen el primer nivel de atención son logros que deben mantenerse e,

incluso, acentuarse, de acuerdo con las realidades epidemiológicas del país (Panucci, 2013).

Existe en la nación un serio déficit en materia de investigación básico-clínica de problemas sanitarios nacionales y una grave carencia de registros epidemiológicos sólidos a partir de los cuales definir políticas de impacto.

A todo el caos asistencial se suman en los últimos meses las denuncias por acoso laboral y persecución, corrupción y malversación de fondos públicos, en varios centros asistenciales del SNIS, lo cual ha finalizado hasta con el procesamiento en prisión de sus autoridades.

El calvario que sufren las capas sociales más empobrecidas se presenta como una «omisión de asistencia». Como el aporte está «en función de los ingresos», se supone que el sistema adquiere un carácter más «solidario». Esto resultó una falsedad, porque pasa justamente lo contrario. Por ende, no se ha logrado un sistema más eficiente, equitativo, universal y solidario.

Los recursos humanos de la salud, sobre todo los profesionales y algunas categorías de técnicos y auxiliares, han sido problemas estructurales tanto en calidad como en cantidad junto con la desigual distribución en el territorio nacional. Este último factor se transformó en un obstáculo para el desarrollo de aspectos claves de la reforma, como la integralidad de la atención, la calidad y la equidad en el acceso.

Sin duda, la capacidad de gestión, la adecuación de los sistemas de información y las reingenierías administrativas necesarias para el nuevo sistema fueron los principales obstáculos para la implementación de los cambios.

No hay cambio real sin las personas. Cuando ignoramos la dimensión humana, la energía del cambio se desvanece.

Si un sistema no tiene suficiente resiliencia organizacional ante una catástrofe, el camino es la extinción del sistema.

Recomendaciones

- La mejora del modelo de la práctica en la atención médica, que consiste en la creación de centros únicos y de excelencia para tratar aquellas patologías de baja prevalencia o con un alto impacto social,

y que requieren de tratamientos de alto costo.

- Recertificación médica y una mejora del sistema de residencias para quienes hacen especialidades.
- Dotación profesional que logre adecuados niveles de seguridad, lo cual atiende, especialmente, la creación de más cargos de alta dedicación, y con ello se evita el multiempleo y el cansancio de los profesionales.
- La digitalización de toda la información que nace de la Historia Clínica, lo cual es fundamental para que exista transparencia en el sistema. La Historia Clínica electrónica servirá también para mejorar la calidad. «En un mundo que cambia y crece rápidamente, la única estrategia posible es aquella que permite flexibilidad, que deja opciones abiertas y que permite que nos ajustemos a las nuevas circunstancias» (Romer, 2014, p. 8).

BIBLIOGRAFÍA

- BRUNET, L. (1987): *El clima de trabajo en las organizaciones. Definición, diagnóstico y consecuencias*, Trillas, México, D. F.
- CÁMARA NACIONAL DE COMERCIO Y SERVICIOS (2013): *Índice de Competitividad Global 2013*, Montevideo.
- DAVIS, K. y J. NEWSTROM (1999): *Comportamiento Humano en el Trabajo*, Mc Graw-Hill, México, D. F.
- HUBBARD, E.: *Frases del autor Ebbert Hubbard*, <www.frasesmil.net/autor/elbert-hubbard> [18/08/2014].
- MASLOW, A. (1943): «A theory of motivation», *Psychology Review*, vol. 50, n.º 4, pp. 370-396.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2013): *Junta Nacional de Salud ampliada*, <www2.msp.gub.uy/uc_8452_1.html> consultado [27/7/2014].
- PANUCCI, M. (2013): «Angelina Jolie y el FONASA», *Va de nuevo*, año 5, n.º 57, pp. 18-20.
- READ, R. (2014): «Read apela a productividad para bajar riesgo de pérdida de empleos», *El País*, <www.elpais.com.uy/opinion/read.html> [19/8/14].
- ROBBINS, S. (1999): *Comportamiento Organizacional. Teoría y Práctica*, Prentice-Hall, México, D. F.

- ROMER, P. (2014): «Course on Urban Sustainability: Models for Better Management and Planning», Inter-American Development Bank, <<http://www.iadb.org/en/topics/emerging-and-sustainable-cities/course-on-urban-sustainability,9884.html>> [20/7/2014].
- SECCO, J. (2014): «Nuevos paradigmas», *El País*, <<http://www.elpais.com.uy/opinion/nuevos-paradigmas.html>> [20/8/2014].
- «Sistema Integrado de Insalud Uruguay», *Posta Portenia*, año 7, n.º 737, pp. 1-3 [27/3/2012].
- TOMASINA, F. (2011): «Los profesionales de salud en el siglo XXI. Reflexiones desde lo académico», UDELAR Facultad de Medicina, Montevideo, noviembre, <www.udelar.edu.uy> [8/7/2014].
- TOMASINA, F. (2012): «La formación de médicos es el punto débil de la reforma», *El País*, <www.elpais.com.uy/opinion/formación-médico.html> [8/7/2014].
- TROSTCHANSKY, J. (2014): «Tres de cada cuatro médicos cree que la atención no es buena», *El País*, <www.elpais.com.uy/opinion/tres-decada.html> [12/6/14].
- WORLD ECONOMIC FORUM (2013): «Global Competitiveness Reports», Kabar Gembira, <reports.weforum.org/the-global-competitiveness-report-2013-2014> [19/8/2014].

