

MARÍA JULIA MUÑOZ: “LA SALUD SOLA NO HACE A LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL”



Desde el Ministerio de Salud del Uruguay, lideró la profunda reforma sanitaria impulsada por el ex presidente Tabaré Vázquez. Con esa experiencia a cuestas, señala ahora los temas pendientes, entre ellos, el alto costo de los medicamentos, los movimientos migratorios y la sustentabilidad del sistema.

María Julia Muñoz es especialista en enfermedades infecciosas y fue docente durante casi veinte años en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en Uruguay. Allí comenzó su participación política antes de su paso por la Asociación de Estudiantes de Medicina. Esa huella bajo los grises años de la dictadura, le valieron la confianza del entonces electo presidente del

vecino país, el Dr. Tabaré Vázquez para asumir el máximo desafío: la transformación del sistema sanitario desde el Ministerio de Salud Pública. Como lo asegura en este reportaje: *“Se necesita mucho temple para embarcarse en la tarea quijotesca de cambiar la sociedad”.*

“La salud sola no hace a la transformación social, las políticas de salud deben estar inmersas en otras reformas so-

ciales”, acaso porque su formación profesional se haya templado de los desafíos máximos que impone la militancia, para Muñoz la reforma del sistema de salud en Uruguay aún tiene un largo camino por recorrer. Temas como el de los medicamentos de alto costo, los nuevos movimientos migratorios o el envejecimiento de la población aparecen como nuevos emergentes sobre un proceso

que en términos de cobertura y sustentabilidad es visto como un modelo para la región.

En 2004 ocupaba el cargo de gerente general de la mutualista más importante del Uruguay (el Casmu), cuando un año más tarde el presidente electo Tabaré Vázquez le ofreció el cargo de ministro de Salud Pública, que ejerció durante cinco años poniéndose al frente del mayor desafío que se interponía en su carrera: dirigir la propuesta programática del Frente Amplio de transformar el sistema de salud existente con la misión de universalizar la atención de la población, en sus niveles de acceso y calidad, y con justicia distributiva en lo económico.

-¿No fue una tarea para nada sencilla, no?

-En Salud, la situación era caótica porque se percibía en el cierre de instituciones, en la disminución del gasto público en salud, la falta de política pública y habían crecido de manera exponencial los excluidos de la seguridad social por el desempleo, con un evidente deterioro de la calidad de vida de los sectores trabajadores. Cuando asume Tabaré Vázquez, la deuda pública en Uruguay alcanzaba el 147% del PBI, registrado en 2004 (U\$S 19.486 millones), el 75% era deuda externa, el 55% había que amortizarla en el período 2005-2010. Uruguay tenía un 31% de pobres y 4,6% de personas indigentes.

-¿Qué hicieron para mover esa pesada piedra en el camino?

-Para afrontar toda esa situación fue necesario implementar el Plan Nacional de Emergencia Social, que tenía el objetivo de rescatar de la exclusión a miles de uruguayos mediante salario social, la capacitación para empleo, promover la alfabetización de adultos. Subir la asig-

nación por hijo 3 veces mayor que antes del 2005 y la primera reforma que se instala es la tributaria donde se crea el impuesto a las personas físicas en el primer año de Gobierno y posteriormente la reformas sociales, un presupuesto para todas las políticas sociales pero dando prioridad a los hogares con mayor presencia de los menores de 18 años, que era el sector más empobrecido que el Uruguay tenía.

-¿Cuál fue la estrategia y qué herramientas utilizaron?

-Para encarar el sistema de reformas sabíamos que teníamos que cambiar

10 claves de la reforma sanitaria uruguaya

- Sistema Nacional Integrado, mixto, público y privado.
- Financiado por un Seguro Nacional de Salud.
- Eje de la reforma en el modelo de atención, con énfasis en la atención primaria.
- Cambios en la gestión, con participación de trabajadores y usuarios.
- Aportes de los beneficiarios según su ingreso.
- Prioridad en los hogares con mayor presencia de menores de 18 años.
- Creación del Fondo Nacional de Salud, con el aporte público y privado; y Ley de Descentralización, red más grande del país.
- Las metas asistenciales como herramienta para incentivar el trabajo por resultados.
- El médico de referencia para asegurar el vínculo-paciente.
- Carnet del adulto mayor para resumir su situación global de salud.

la atención, la gestión y el financiamiento, e integrar un modelo que se financiara mediante un seguro. Ese modelo de atención exigió de las instituciones un acceso rápido al médico de cabecera o generalista en cuanto a los tiempos de espera; también se implementó una parte de lo que es la cuota salud por metas asistenciales; y se hizo una fuerte apuesta en el territorio, tarea que resultó más sencilla en aquellos barrios más empobrecidos que en los lugares donde vive gente de mayor poder adquisitivo, cuya pertenencia es mucho menor y sus vínculos sociales suelen ser más extraterritoriales.

-¿Cómo hicieron para alcanzar un modelo de gestión más participativo?

-Con instituciones funcionando a pleno con sus consejos consultivos, abierto a los trabajadores y usuarios, y articulando el trabajo en red. Un modelo de financiamiento redistributivo de la riqueza y que estuviera basado en la seguridad social, que es la que recauda los aportes de los empresarios y trabajadores, y es la que paga a las instituciones prestadoras. El apoyo presidencial fue muy importante porque todas las medidas tuvieron una recepción muy buena incluso las restrictivas y prohibitivas como las de no fumar en ambientes cerrados y que a priori uno pensaba que podían generar cierta conflictividad o malestar, pero fueron bien tomadas por la población.

-No obstante, no faltaron los debates...

-Sí, y uno de ellos fue definir qué entendíamos por cobertura. Eso abrió una gran polémica porque incorporamos el concepto de la *cobertura formal*, ya que ello tiene que ver con la universalidad del acceso a la salud. Nosotros pensábamos que no

era cobertura la sola atención en un servicio de salud luego de sufrir un accidente de tránsito, por ejemplo. El concepto de cobertura de salud debía ser más amplio, en el que uno se sintiera cubierto por determinada institución al requerir de sus servicios pero al mismo tiempo estuviera registrado en su padrón de afiliados. Había que restablecer una reciprocidad en la relación y eso exigía un *contrato* entre el prestador y la persona que recibe los servicios. Para nosotros era muy importante porque si había cerca de 500.000 niños en un país de 3.200.000 habitantes, había un número muy alto sin cobertura formal de salud, sin una relación o vínculo por el cual la madre estuviera comprometida a seguir un control de su hijo, porque la cobertura era baja y sólo se hacía el descuento de los trabajadores afiliados a la seguridad social, y no la tenían ni los hijos ni los cónyuges, que estaban excluidos al igual que los ancianos, los trabajadores informales, los desocupados, y ni había participación social.

-¿Cómo se recompuso toda la estructura institucional que había sido desarticulada?

-Se puso en marcha un Fondo Nacional de Salud, que se empezó a administrar colectivamente con los aportes de prestadores privados, trabajadores y usuarios, obteniéndose así el derecho a la cobertura familiar, libre elección entre prestadores por



Los recursos no son infinitos, y en muchos casos lo que se destina a un lugar se quita a otro, es un tema de debate y éticamente complejo.

parte de los usuarios. Se paga a los prestadores por capitas de acuerdo a riesgo (de sexo y edad) de la población atendida y un porcentaje por metas asistenciales. Se articuló el rol de las instituciones con la creación del Consejo Consultivo, donde intervinieron el Ministerio de Salud, las universidades y los sectores gremiales, asociaciones de usuarios, y fue el ámbito de discusión. En la ley del presupuesto quinquenal se

establecieron los ejes de la reforma, sobre la base de complementariedad de los servicios públicos y privados, poniéndose énfasis en lo estratégico y la atención primaria de la salud. En 2008 finalmente se aprobó la ley (18.335) que estableció los derechos de las personas a una atención integral, de calidad, y a estar plenamente informada.

-¿Qué temas que aún quedan pendientes de la reforma?

-El *desconocimiento de nuestra pirámide poblacional muy envejecida*, nos hace pensar en la necesidad de avanzar sobre políticas complementarias a las políticas de salud. Uno de los mecanismos que no se pudo implementar pero que está listo y ya hay experiencias desarrolladas en España es el *sistema de cuidados*, que es necesario para complementar y bajar costos en salud, por lo tanto hay que formar recursos humanos para la demografía que tiene el país y con criterios epidemiológicos de las enfermedades prevalentes. El otro problema es el del multiempleo, no solo del personal médico si no también el de enfermería porque en Uruguay tenemos enfermeras que trabajan en tres turnos, es decir unas 18 horas al día. En el sector médico también viene ocurriendo eso en forma parcial, y estamos tratando de tener profesionales con un sueldo digno y de dedicación completa. Además, otro tema importante es que si no regulamos los medicamentos de alto costo los sistemas no van a ser sustentables. Los recursos no son infinitos, y en muchos casos lo que se destina a un lugar se quita a otro, es un tema de debate y éticamente complejo, pero entre los especialistas en salud y otros sectores también tenemos que hacer una síntesis y definir lo que es ético para un país y ver cómo hacemos sustentable un sistema de salud para la mayoría.

5 fortalezas del sector público uruguayo

- Aumento del gasto en inversiones, en funcionamiento y salarios entre 2004 y 2007 del **40%**.
- Aumento de inversiones del **483%**.
- Política de aumento salarial del **20%** por encima de la inflación.
- Salario mínimo médico multiplicado **x 3**.
- La masa salarial aumentó un **50%**.