

POLICLÍNICAS COMUNITARIAS Y RURALES EN URUGUAY ROL EN EL NUEVO SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD



Fernando Borgia (Coordinador) – Ingrid Gabrielzyk – Jorge Soto – Marcela Azambuja – Alexis Gularte – Helena Giménez – Miguel Corneo – Marlene Arrarás – Sebastián González

I) **ANTECEDENTES:** El sistema de salud en Uruguay es históricamente fragmentado, inequitativo, asistencialista y biologicista. Se ha estructurado en dos subsectores, el público (para pobres) y el privado. La fragmentación, dio lugar a esfuerzos comunitarios, especialmente en las periferias urbanas y en el área rural, para contar con servicios de salud básicos, ante la ausencia del Estado y la prescindencia del mercado. Los cambios políticos del país, alientan una reforma de salud con objetivos de “acceso Universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano y ciudadana”.

La estrategia de la reforma se basa en la conformación progresiva de un sistema nacional integrado de salud, financiado por el seguro nacional de salud. Implica tres cambios fundamentales: 1) cambio de modelo de atención hacia la APS; 2) cambio en el modelo de gestión, mediante la descentralización y la participación social; y 3) cambio en el modelo de financiamiento, con aportes proporcionales a los ingresos familiares, y el pago por prima de riesgo a efectores.

La actual transición de un sistema a otro, implica que ambos conviven parcialmente. **Los prestadores de salud incorporados al nuevo sistema son aquellos que son prestadores integrales**, es decir, que brindan atención continua en todos los niveles de complejidad asistencial (incluyendo el primer nivel). Los prestadores parciales, es decir aquellos que brindan atención en alguno de los niveles de complejidad o que no lo hacen integralmente, deben transformarse en integrales o asociarse con uno que sea integral para ingresar al SNIS. Esta es la situación de las policlínicas comunitarias y la mayoría de las policlínicas rurales

II) **OBJETIVO:** rescatar la historia y el contexto de la conformación de las Policlínicas Comunitarias, generar con la comunidad las propuestas para el desarrollo de la APSI y su integración al SNIS.

III) **METODOLOGÍA:** se utilizó la triangulación de métodos entre la IAP (investigación-acción-participativa), métodos cuantitativos y revisión documental. Con la IAP se busca desbalancear la supremacía del gobierno y los actores privados en el acceso a la información; propiciar espacios de reflexión y análisis en un plano de horizontalidad que habilite a la comunidad a realizar propuestas.

Las acciones generadas fueron: encuentros-foros, encuentros de policlínicas rurales y comunitarias, proyectos de promoción de salud, programas de capacitación, participación en la elaboración del informe alternativo sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en Uruguay (como parte del Capítulo Uruguay de la Plataforma Interamericana de DDHH, Democracia y Desarrollo).

Los métodos cuantitativos incluyeron el análisis y revisión de encuestas sanitarias (Módulo de Salud de la ECHA2006) y de hogares (ECH 2006-2009) y el procesamiento del relevamiento de policlínicas realizado por el equipo de investigación. El relevamiento incluyó 119 policlínicas, de 10 departamentos, siendo el 70% rurales y el 30% comunitarias urbanas. El estudio incluye el 100% de las policlínicas rurales de tres departamentos.

IV) DESINVISIBILIZACIONES:

a) **Organización y participación social en las policlínicas** da cuenta de que el 25% se fundó antes de la dictadura y el 65% después. Aún hoy el 90% de las comisiones presentan alguna forma de organización para el trabajo colectivo. Las policlínicas fundadas por terceros, sin participación de la comunidad, el 60% está hoy siendo gestionada por la comunidad.

b) **Cambios en la cobertura de atención** (significativo a $p < 0.05$) marcan una tendencia a la desafiliación del sector público y el aumento de la cobertura privada, que con guarismos distintos se evidencia tanto en las áreas urbanas como rurales

c) **Disponibilidad de personal médico y días de consulta** de medicina general, pediatría y ginecología ofrecidos en las policlínicas rurales y comunitarias urbanas no se corresponden con la norma. En Medicina General, apenas el 12% cumple o está próximo a cumplir con la norma. En Pediatría el 82% tiene una oferta que implica tiempos de espera inaceptables, en Ginecología, es el 90%. Las cifras son más críticas en las policlínicas rurales.

d) **Infraestructura sanitaria** inadecuada en el 100% de los casos, pero el 81% de las policlínicas comunitarias urbanas están en estado regular, mientras que el 57% de las policlínicas rurales están en estado crítico.

e) **Recursos financieros** para la cobertura sanitaria de la población rural incorporada al SNIS, sumaron 360 millones de USD 2008/2010. Teniendo en cuenta que no se cumplió con las normas en RRHH e Infraestructura (las nuevas contrataciones de personal han sido escasas y las inversiones casi nulas), el resultado es de un gran negocio para los servicios privados de salud. Es urgente la inversión en la infraestructura de las policlínicas estudiadas, y en la dotación del personal sanitario que establecen las normas nacionales.

V) CONCLUSIONES: La investigación, en particular por su metodología, **ha contribuido al proceso de priorización de la salud rural como política pública**. El anuncio de la implementación de un PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RURAL es una señal positiva y para ello es necesario consolidar el desarrollo del primer nivel de atención en el medio rural.

Es necesario poner especial atención a la:

- 1) la **escasa problematización y reflexión** en relación los conceptos de salud y de Atención Primaria de Salud,
- 2) la **accesibilidad**, como indicador clave entre las dimensiones que afectan el cumplimiento del principio de universalidad en la salud,
- 3) la **integralidad** de las políticas públicas previstas por la reforma no es suficiente para lograr la Atención Primaria en Salud Integral,
- 4) los **determinantes sociales de la salud**- discriminados por regiones - no son suficientemente incorporadas en la definición de políticas públicas que garanticen el derecho a condiciones de vida y de atención a la salud de manera continua y universal y con equidad.

Será necesario, incrementar las alianzas con socios directos y organizaciones que incidan mediante sus acciones en estas definiciones, para lo cual, será necesario también contar con socios internacionales en la continuidad de la construcción de estrategias que habiliten a nivel del país profundizar en la APS Integral.