



“El Usuario de la Salud y la Atención Médica, en el Contexto de Crisis”

Es habitual que, al hablar de Salud, se exprese el término genéricamente como sinónimo de Atención Médica, sin precisar las diferencias conceptuales y prácticas, al momento de atender a las personas, enfocándose, además, solo desde el punto de vista profesional, con un lenguaje no siempre accesible, presentándose las “mejoras” en términos edilicios y de incorporación de “nuevas” tecnologías.

Además, es fundamental saber que la Salud y la Atención Médica de una población, están condicionadas y deben satisfacerse en función de las posibilidades sí, pero también en función de la cultura, el lugar, el tiempo, los servicios y el contexto social en el que se dan dichos servicios y además debieran brindarse humanamente, enmarcados en la ética de la vida, de manera integral, igualitaria y completa.

Por el contrario, se habla poco, no se hacen mediciones de opinión adecuada y sistemáticamente, ni se tienen en cuenta los aportes de los usuarios, como sujetos de derecho, al momento de mejorar los servicios existentes o proyectar la supresión o creación de nuevos servicios, tal como lo muestra la historia institucional y los reclamo, mayoritariamente no atendidos.

En función de lo anterior, debiéramos preguntarnos y saber responder las diferentes interrogantes, respecto del usuario como sujeto de derecho y del quehacer de las instituciones vinculadas al subsector,

I. EL USUARIO COMO SUJETO DE DERECHO,

1. ¿qué concepto e información tiene respecto a su Salud y Atención Médica, así como del costo-beneficio y la mejora en la calidad de vida, en términos de Años de Vida Ganados(AVG)?
2. ¿qué información recibió a lo largo de su vida, principalmente en su etapa educativa?
3. ¿recibe información a nivel institucional y profesional, en cuanto a la importancia de educarse e informarse en salud, de prevenir riesgos, de atenderse en tiempo y forma y sobretodo que es el dueño de su historia clínica y puede solicitarla cuando lo crea conveniente total o parcialmente a las Instituciones que son su custodia?
4. ¿cuándo y cómo percibe la pérdida de su estado de “Salud”?
5. ¿dispone de la información y los medios cuando necesita solicitar un servicio?
6. ¿tiene accesibilidad cultural, geográfica y financiera, en circunstancias normales o excepcionales?
7. ¿se le brindan facilidades de acceso físico, información y orientación para recibir los servicios?
8. ¿recibe una atención humana, oportuna y con suficiente tiempo para entender?
9. ¿es atendido sistemática o circunstancialmente en equipo, o solo individualmente: de manera episódica a demanda espontánea y cada vez que reitera la sintomatología que lo afecta?
10. ¿los problemas, se resolvieron en forma completa (de acuerdo a lo justificado), o se minimizaron parcialmente, reiterándose nuevos episodios, consultas y gastos?
11. ¿alguna vez fue consultado de cómo se sintió atendido y si tuvo que denunciar algo, se le respondió y resolvió el problema finalmente?
12. ¿alguna vez fue consultado para sugerir la mejora en la prestación de los servicios como el del retiro de medicamentos en la Farmacia Institucional o si preferiría retirarlo en la Farmacia de su barrio; o que quisiera disponer de su Historia Clínica en un soporte electrónico, ¿para su beneficio y seguridad de tenerla para brindarla ante cualquier circunstancia y lugar donde se encontrara?
13. ¿ha sido mejor atendido desde la creación del SNIS (“¿Sistema Nacional Integrado de Salud”) y se le ha facilitado o garantizado su atención y tratamiento integralmente en tiempo y forma, sin importar la enfermedad que padezca y el lugar del territorio en el que se encuentre?
14. ¿puede elegir libremente la institución en la que desea atenderse?



II – EL QUEHACER INSTITUCIONAL

Se refiere a las Instituciones Formadoras (como las Universidades e Institutos); las Rectoras (cómo el MS a través del SNIS, FONASA, MTySS, BPS, FNR) y las Prestadoras (como los IMAE, ASSE, HCFFAA, HP, IAMC's, Seguros Privados Integrales y Parciales e Intendencias) en función del cumplimiento de sus roles como : Formadores del personal Profesional, Rectores y Garantes del derecho a la Salud de la Población y Responsables de la realización de las acciones de Salud y Atención Médica, dentro de sus competencias profesionales y jurídicas, debiendo preguntarnos si :

1. **Las Instituciones Formadoras, públicas y privadas y las Asociaciones Profesionales en general de finalidad Académica y en particular las que competen al subsector Salud y Atención Médica**
 - **¿promueven y estructuran sus programas objetiva y transversalmente integrando conocimientos, haciendo investigación académica y operativa, e interactuando programada y sistemáticamente con organizaciones afines o receptoras de los estudiantes o graduados, para realizar pasantías o usufructuar becas, a nivel nacional o internacional, sistemática u orgánicamente, como en Francia por ejemplo?**
 - **¿tienen algún Sistema de Acreditación riguroso vigente o están abiertas a ser acreditadas con criterios internacionales?**
2. **Las Instituciones Rectoras, principalmente el MS (Ministerio de Salud) que encabeza el SNIS,**
 - **¿Cumple a cabalidad su máxima responsabilidad de ser garante del ejercicio del derecho de la población para el cuidado de su salud, como un bien público, promoviendo, educando, protegiendo específicamente de los principales riesgos de enfermar o morir, diagnosticando oportunamente, y tratando precozmente, además de recuperar y rehabilitar las funciones alteradas, en razón del sólido e irrefutable conocimiento existente desde hace ya casi medio siglo (46 años) conocido como el INFORME LALONDE (Canadá 1974) que correlaciona 4 factores determinantes del riesgo de enfermar o morir con el gasto gubernamental asignado por los gobiernos de Canadá y USA de ese año.**
 - **¿Basa su accionar mediante Políticas de Estado?**
 - **¿Sus principales cargos son seleccionados entre los Profesionales más aptos, según diferentes requisitos de formación, experiencia y actualización de habilidades para su desempeño, en base a un análisis FODA y de PROSPECTIVA?**
 - **¿De acuerdo a sus cometidos, actúan intersectorialmente a fin de potenciar sus acciones optimizando el uso de los recursos para reasignarse a otros rubros de acción en función de las prioridades nacionales?**
3. **Las Instituciones Prestadoras de Servicios,**
 - **¿Operan en función de lo establecido en el SNIS, o por el contrario en base a servicios no sistematizados ni integrados a nivel nacional y sin priorizar la salud, pudiendo decirse hoy con propiedad que: ¿los servicios son de atención episódica, de recuperación a demanda espontánea o sea más de lo mismo de manera asimétrica, principalmente en forma individual, no en equipo y cada vez con aumento del gasto?**
 - **¿Cuáles serían los principales problemas a solucionar: ¿de Política, de Gestión, de Capacitación, de Intereses comerciales y profesionales o de todos ellos, a su criterio?**



APÉNDICE: ENFOQUES Y CONCEPTOS DE REFERENCIA

I – ENFOQUE de ABORDAJES POSIBLES y OPUESTOS son dos, el

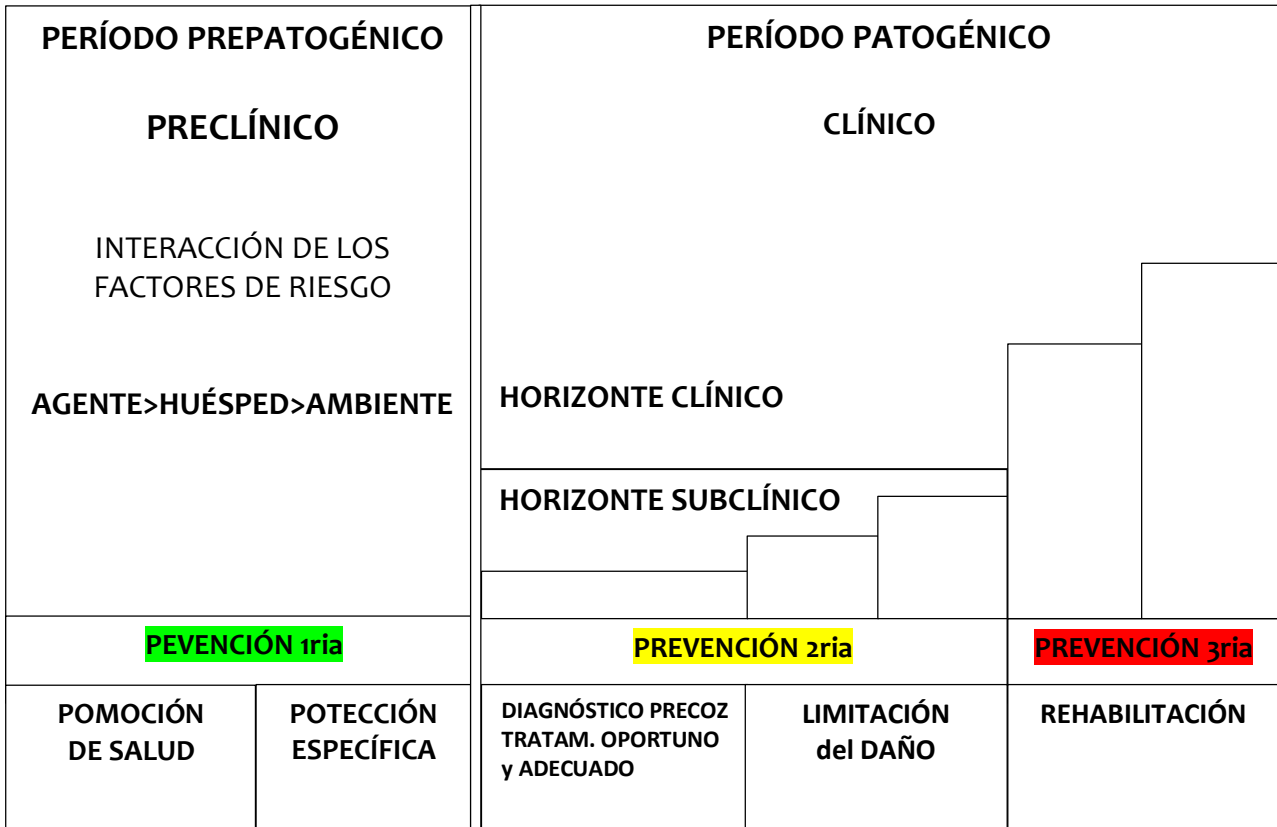
1. **HABITUAL** - desde el punto de vista **POLÍTICO-PROFESIONAL** que se caracteriza principalmente por ser **REACTIVO, DESCRIPTIVO y TARDÍO** y solo refiere a la prestación y el gasto en los “servicios de salud”, ya realizados y que históricamente solo aumentan
2. **NO HABITUAL**, que propone el **CEJE**, que es el del **USUARIO COMO SUJETO de DERECHO**, que pretende ser **PROACTIVO, ANALÍTICO y AJUSTADO a DERECHO**.

II - CONCEPTO Y DIFERENCIACIÓN CONCEPTUAL

1. **SALUD**, término del que mucho se habla, tanto como sinónimo del
 - **ESTADO de BIENESTAR, personal o de la sociedad en general, como del**
 - **TIPO de ORGANIZACIONES y PERSONAL del SUBSECTOR**
2. **CONCEPTO** – La Doctrina de Salud vigente, es el resultado de un proceso de desarrollo conceptual y operativo, que tomó ímpetu en la denominada “Épica Moderna de la Salud” a partir de 1946, una vez terminada la 2da Guerra Mundial, luego de lo cual se Constituyó la OMS que definió la Salud como: “el Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.”
 - Este enunciado, bajo una concepción sistémica establece que la **SALUD es igual al BIENESTAR y éste es el producto del accionar de todo el Sistema Social**, integrado por los Sistemas: Etoecológicos, Ambientales, Económico, Educativo, Político y los demás Sistemas Sociales como la Vivienda, la Alimentación, la Seguridad Social, la Recreación y la Seguridad Personal, incluido el de Salud.
 - **Vale decir que: “el Sistema de Salud es el mismo Sistema Social, visto desde la óptica de la Salud ya que los componentes del Sistema Social se relacionan directa o indirectamente con la Salud de la población, de allí que el Modelo de Desarrollo impulsado por el “Sistema Político” determina las características, del accionar de todo el Sistema Social antes enumerado y en consecuencia del Nivel de Salud y la Estructura de los Servicios de formación y prestación correspondientes.**
3. **DIFERENCIACIÓN CONCEPTUAL-** Esto responde al HABITUAL USO PROFUNDAMENTE ERRÓNEO del concepto SALUD COMO SINÓNIMO de ATENCIÓN MÉDICA que lleva a confundir a la población general, por desconocimiento o uso intencional como mínimo por demagogia “profesional” o de política exitista, desinformando a la población con estadísticas erróneas, habitualmente maquilladas, que no reflejan la realidad de la Atención Médica siquiera y mucho menos de la Salud de la Población, en un contexto prestador en el que predomina la gestión economicista, no profesional junto a los intereses económicos de los centros de poder de la Industria Farmacéutica, Profesionales, Gremiales y Gubernamentales.
 - **En síntesis, la ATENCIÓN MÉDICA es todo aquel acto de servicio brindado directamente o indirectamente, por un médico individual o colectivamente, en pos de la atención de los riesgos de pérdida del estado de salud biológica, mental y social de la población.**



GRÁFICO 1: HISTORIA NATURAL Y SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

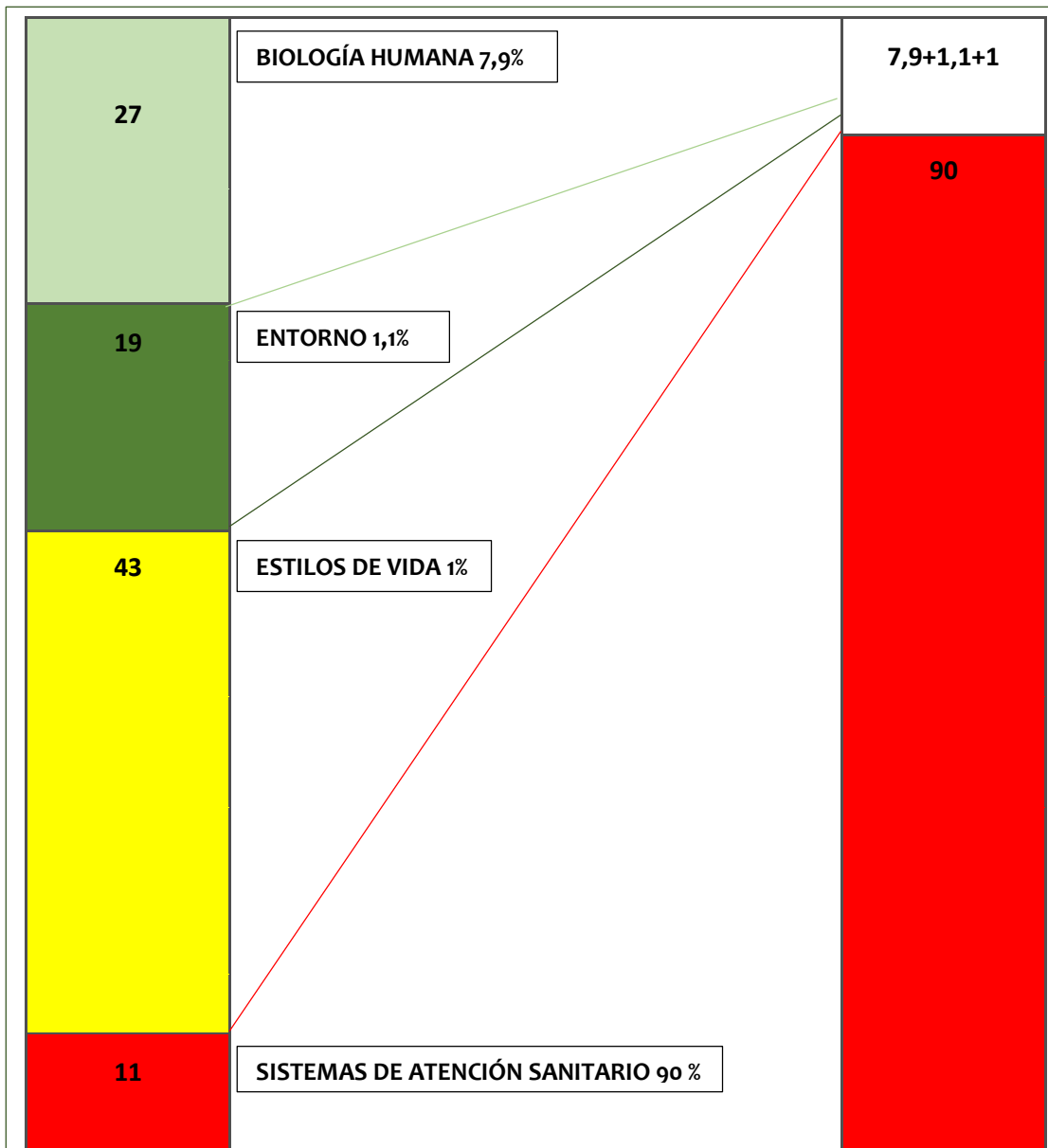




**GRÁFICO 2 COMPARATIVO DE FRECUENCIA ACUMULADA DEL
% POTENCIAL DE REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD
VS EL - % DE GASTOS EN “SALUD”
(Informe LALONDE Marc,1974)**

**% Potencial de Reducción
de Morbimortalidad
por Factores**

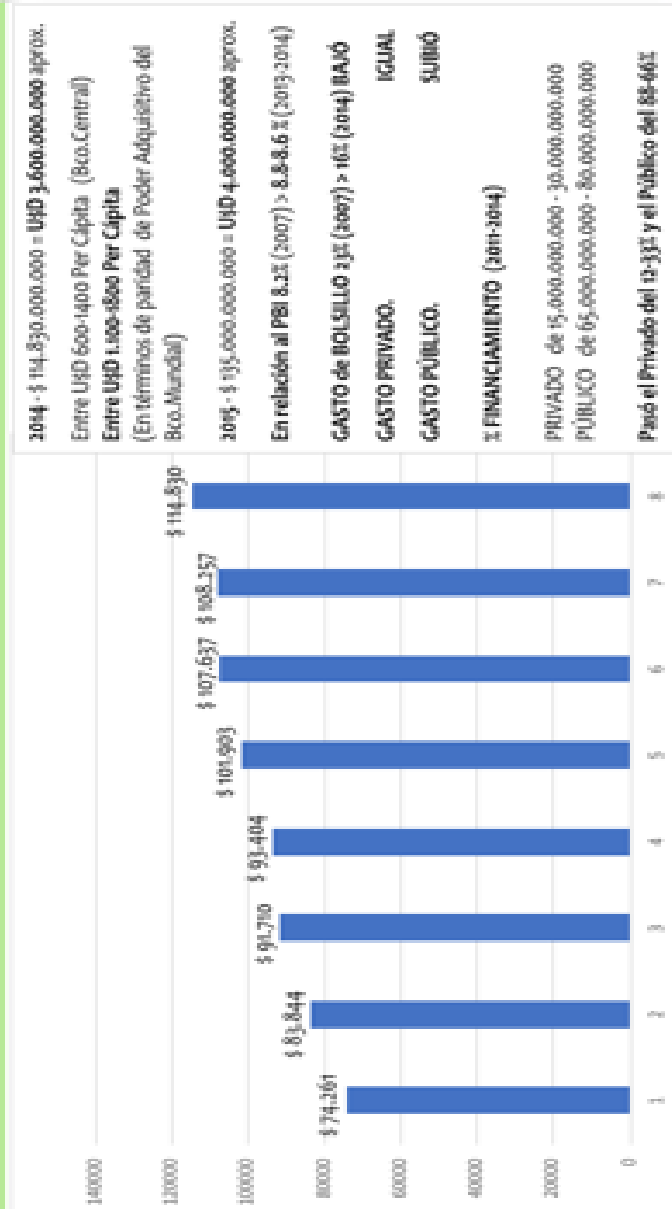
**% de Gastos en “Salud”
correspondientes**





II - DOCTRINA, CONCEPTO y VISUALIZACIÓN

GASTO en "SALUD" del 2007-2014 – MS.JUNASA, SCS (en MILLONES de PESOS)



Fuente : MS-JUNASA, Sistema de Cuentas en Salud (SCS), Cuentas de Salud de Uruguay, Cifras Preliminares 2011-2014, que en su pág. 26, expresa: "En una etapa posterior sería conveniente estimar la distribución de gasto en las diferentes funciones de salud, dimensión no abordada hasta ahora."