

8ª Convención Médica Nacional

Foro sobre "Salud y atención médica: los cambios posibles"

24 de junio de 2004

Dr. TABARÉ CAPUTI.- En nombre del Comité Organizador de la 8ª Convención Médica Nacional, nos es particularmente grato iniciar el ciclo de Foros vinculados con las unidades temáticas de la Convención.

En esta oportunidad, este Foro va a estar dedicado al tema "Salud y atención médica: los cambios posibles".

Estos Foros tienen como claro objetivo contribuir a difundir a los médicos y a la comunidad toda el proceso de discusión que se ha estado realizando, y que va a continuar en los próximos meses, en torno a la Convención Médica Nacional, que constituye una forma de expresión colectiva de los médicos de este país con relación a trascendentes temas vinculados con la salud, la atención médica, el quehacer médico, la formación profesional y, en particular, todo lo que tiene que ver, por extensión, con la calidad de vida de los uruguayos, aspecto que tiene en la salud un componente fundamental.

En este caso comenzamos con este Foro dedicado al tema de la atención médica, que va a abarcar: estructura, organización, financiamiento, política de salud.

Resulta obvio, ante este auditorio, resaltar la importancia que el tema tiene. La reviste por varias razones, entre las cuales destacamos, en primer lugar, la situación de crisis que se vive en la atención médica; una situación de crisis de larga evolución y que se ha visto acentuada en estos últimos años por la crisis que el país ha vivido desde el punto de vista económico.

También resulta obvio destacar la necesidad de cambios que implica la situación de la atención médica en el país: cambios en su estructura, en su organización y en su financiamiento.

Este tema no podía, entonces, estar ajeno a la preocupación de los médicos, que tradicionalmente han demostrado su vocación por los temas sociales y, especialmente, su vocación y preocupación por realizar aportes efectivos a la solución de los problemas de salud de nuestra comunidad.

Es por eso que la Convención lo incluyó como uno de sus temas básicos y es por eso que se designó una Comisión Relatora a los efectos de que en la primera etapa de desarrollo de la Convención estructurara documentos, analizara los distintos problemas y estuviera abierta a la contribución de todos los médicos en cuanto a sus puntos de vista y sus percepciones sobre las dificultades y necesidades de la atención médica y las soluciones que requiere, y así contribuir efectivamente a mejorar la situación de la salud.

Esta Comisión Relatora sobre atención médica, estructura, organización y financiamiento, fue una de las que tuvieron más numerosa concurrencia durante su período de actividad y mayor continuidad en el trabajo realizado.

Por lo tanto, consideramos muy importante que en este Foro se realice una síntesis de la producción que tuvo esta Comisión, que se traduce en documentos que están en

conocimiento de todos los médicos y que importa difundirlos aún más y sintetizarlos en este Foro.

Naturalmente que junto con ello nos importa escuchar en el Foro la opinión de distinguidos especialistas, muchos de los cuales han participado en el trabajo de la Comisión. Importa -y así lo vamos a hacer en todos los temas- conocer sus puntos de vista por la capacitación que tienen y por su experiencia en la actividad específica que desarrollan en distintas áreas de trabajo profesional y ámbitos de dirección.

Por consiguiente, sentimos una especial satisfacción en dejar con ustedes, por su orden, al Dr. Baltasar Aguilar, médico que tuvo a su cargo ser uno de los Coordinadores de la Comisión Relatora que analizó este tema dentro de la Convención Médica -él fue uno de los Coordinadores y le tocó la tarea de resumir por escrito la mayor parte de los aspectos que surgieron del intenso debate e intercambio de ideas que hubo en dicha Comisión-; al Dr. Homero Bagnulo, Presidente del Fondo Nacional de Recursos, que tiene también muchos aportes para realizar en virtud de su experiencia anterior y de su actividad actual al frente del citado organismo; al Dr. Miguel Fernández Galeano, Director de los Servicios de Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo, quien también tiene una amplia experiencia en torno a los problemas de la salud y la atención médica; al Dr. Robert Long, de prolongada actuación al frente de instituciones asistenciales del interior -particularmente en el departamento de Soriano- y también al frente de la conducción política de la Federación Médica del Interior; a la Dra. Graciela Ubach, Directora del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, a quien también nos enorgullece presentar por su notoria versación; y al Dr. Álvaro Vero, Director de la institución de asistencia médica colectiva de Salto y dirigente de la Federación Médica del Interior, cuya también larga experiencia en torno a estos temas nos consta a todos los que aquí estamos presentes.

De manera que con la participación de ellos damos comienzo a este primer Foro temático vinculado con la 8ª Convención Médica Nacional, agradeciendo a los panelistas su disposición a participar en esta instancia y a todos ustedes su presencia junto a nosotros.

Dr. BALTASAR AGUILAR.- La Comisión que encaró el tema del sistema de salud y las políticas de salud ha venido trabajando prácticamente desde el arranque de los preparativos de la Convención Médica Nacional. Ha realizado veinticuatro reuniones de trabajo y ha manejado una cantidad muy importante de aportes, que no sólo fueron de los compañeros de la Comisión, pues también hubo otros aportes recibidos. Ha manejado fichas y referencias bibliográficas muy importantes y ha contado con una participación muy numerosa tanto de colegas de la FEMI como del SMU, y también de otros que han participado a título personal y han querido prestar su colaboración en ese sentido.

Hemos resumido el trabajo de esta Comisión en un documento que tiene cuatro capítulos: un primer capítulo de diagnóstico, un segundo capítulo sobre grandes líneas en cuanto a políticas de salud, un tercer capítulo que se refiere a la estructura y al financiamiento -obviamente, es una propuesta que se somete a la discusión de la Convención-, y un último capítulo que está dedicado al modelo de atención deseado.

En el capítulo de diagnóstico -dado el escaso tiempo, tendremos que ser muy sintéticos en la presentación-, un primer problema que se nos planteó fue el aspecto normativo de la salud, es decir, considerar la salud como derecho.

La salud no está contemplada como un derecho, explícitamente, a texto expreso, en la Constitución de la República. La primera vez que se menciona a la salud en la Constitución de nuestro país es en el año 1934. En esa Constitución se mencionaba la salud en el

artículo 43; hoy el texto es idéntico y está en el artículo 44 de la Constitución vigente. Esa norma establece, textualmente, que "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.- Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

Observen que en este artículo no está consagrado el derecho a la salud. Ese es el primer aspecto.

El segundo aspecto en cuanto al diagnóstico refiere a la anatomía del sector. Con esto se pretende de alguna manera responder a la pregunta: ¿dónde se asisten los uruguayos?, ¿dónde se atienden los uruguayos? Ahí dividimos la cuestión en tres componentes fundamentales.

Tenemos, en primer lugar, un subsector público, cuyo buque insignia, digamos, es el Ministerio de Salud Pública, a través de ASSE. Luego hay un segundo subsector, que es el privado, que aparece comandado por las instituciones de asistencia médica colectiva, que por definición son instituciones sin fines de lucro.

El panorama es bastante más complejo, porque dentro del subsector público encontramos una multiplicidad de efectores; como ustedes saben, están el Banco de Seguros del Estado, el Banco de Previsión Social, la Universidad de la República, Sanidad Policial, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, los servicios de atención médica de los Gobiernos Departamentales, de los Entes Autónomos, de los Servicios Descentralizados, etc. Y dentro del subsector privado también encontramos una gran heterogeneidad: no sólo allí están las IAMC, sino que hay además organizaciones que tienen claramente un fin de lucro -y ahí establecemos una separación muy clara-, dentro de las cuales encontramos los seguros parciales, que han aumentado su cobertura desde su inicio, ocupando espacios que había dejado sin ocupar básicamente el desarrollo del sistema mutual.

El segundo concepto básico y fundamental que esto nos plantea -el primero, como ya dijimos, es la inexistencia de una norma que consagre el derecho a la salud- es que los uruguayos tienen, para asistirse, una multiplicidad de efectores, y eso da lugar a una segmentación muy grande de la oferta, a una superposición muy importante de los servicios, a una subutilización de los mismos y, en definitiva, a una gran ineficiencia.

El tercer gran componente, en esa anatomía del sistema, es el Fondo Nacional de Recursos. En tercer lugar, hay un hecho que merece destacado y es que el MSP concentra dos funciones: una a través de un organismo desconcentrado, que es ASSE, que presta asistencia; y otra que es una tarea consustancial al MSP, que es la fijación de las políticas de salud. Ahí hay un problema que se puede traducir en una pregunta: ¿cómo se puede normatizar y fijar políticas simultáneamente con la ejecución de la asistencia?

Pero el aspecto básico del diagnóstico que nosotros queremos poner a consideración de la Convención es el conjunto de inequidades que caracterizan a este sistema. Hay inequidad, en cuanto a la dotación de recursos, entre el subsector público y el subsector privado. Más allá de las distintas cifras que se vienen manejando, este es un hecho absolutamente indiscutible. El subsector público, con carencias muy grandes de recursos, atiende a un porcentaje muy importante de la población -un porcentaje creciente-, pues en este momento más de la mitad de la población del Uruguay se asiste en ese subsector público.

Por otro lado, hay inequidad, en cuanto a los salarios de los trabajadores, entre el subsector público y el subsector privado. Allí hay diferencias muy importantes. También hay

diferencias salariales importantes entre los trabajadores al interior de cada uno de los subsistemas, tanto en el subsector privado como en el subsector público.

También hay inequidad en cuanto a la calidad de la asistencia brindada, lo cual se debe, entre otras cosas, a los elementos antes señalados: diferencias en la dotación de recursos y en las condiciones laborales y salariales de los trabajadores de esos subsistemas.

Hay asimismo una inequidad, en cuanto a la afiliación al subsistema privado no lucrativo -es decir, a las IAMC-, entre el interior y Montevideo. La población tiene diferente capacidad de acceso al subsistema que en los hechos, por deficiencias básicamente del subsector público, presta mejor nivel de asistencia, o sea, las instituciones de asistencia médica colectiva. El 60% de la población de Montevideo está afiliada a las IAMC, pero no alcanza al 40% de la población del interior la masa de quienes se asisten en las instituciones de asistencia médica colectiva.

En el documento destacamos otros elementos, como, por ejemplo, la pluralidad y desorden en las regulaciones, fundamentalmente en el subsector privado, remarcando que dentro de éste se encuentra el subsector con fines de lucro, que evidentemente carece de regulaciones sustanciales. Pero las IAMC tienen una cantidad de regulaciones dispersas, desordenadas.

Otro elemento que queremos señalar es que, debido a la contingencia económica nacional y del sistema, se ha producido la pérdida de la solidaridad, y no sólo de la solidaridad intergeneracional -por pérdida de afiliados jóvenes y envejecimiento de la población afiliada a las IAMC-, sino que ya es discutible que los sanos financien la asistencia de los enfermos, porque los sanos están fuera del sistema y, además, porque está trabado el acceso a la asistencia de las IAMC, fundamentalmente desde que se liberaron las tasas moderadoras en el año 1993, tasas moderadoras que perdieron la capacidad de regular la demanda de asistencia.

También queremos destacar en el diagnóstico el aspecto que refiere a los recursos humanos. Al respecto, necesitamos decir dos o tres cosas.

En primer lugar, está la cantidad de recursos humanos. Este sistema, que está estructurado de esta manera y que tiene estas inequidades, cuenta aproximadamente con 13.000 médicos: uno cada 240 habitantes; y la inmensa mayoría de esos médicos tienen por lo menos una especialidad. El perfil de los médicos -esto es materia casi no opinable- no tiene ninguna relación con las necesidades de la población ni con el perfil epidemiológico y demográfico del Uruguay.

Pero también hay que destacar otros dos elementos que me parece que son muy importantes.

En primer lugar, la inequidad de las retribuciones dentro de cada uno de los subsistemas y entre los subsistemas, y fundamentalmente el pluriempleo y el desempleo o la subocupación médica.

Otro elemento del diagnóstico que está en el documento que todos ustedes conocen, es el gasto en salud. El gasto en salud en el Uruguay ha venido creciendo y hoy se sitúa en el entorno del 11% del Producto Bruto Interno. Hay una inequidad muy importante, en el uso de ese 11% del PBI, entre el subsector público y el subsector privado. La inmensa mayoría de los recursos se la lleva el subsector privado -entendiendo a éste como no integrado solamente por las IAMC-, mientras que el subsector público en su conjunto, que asiste a más de la mitad de la población, cuenta con la menor dotación de recursos.

Este aumento del gasto en salud se debe atribuir a muchos factores: al envejecimiento de la población, al predominio de las enfermedades crónicas, a la tecnificación de la asistencia médica y, fundamentalmente, a un modelo que es esencialmente curativo o paliativo, pero

que tiene escasas y muy incoordinadas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Destacamos que ese modelo es fundamentalmente biológico, que es nosocomial, que es asistencialista, que tiene un componente tecnológico muy importante, que es fundamentalmente paternalista -en el sentido de que no da participación al usuario- y que es -podríamos llamarlo así- médico-céntrico, es decir, hay muy poco desarrollo del trabajo del equipo de salud.

¿Cuáles son los resultados que tenemos con un modelo de este tipo? Obviamente, tenemos cifras de mortalidad infantil -que es uno de los indicadores clásicamente utilizados- aceptables, pero hay que resaltar que a mediados del siglo pasado el Uruguay se destacaba por ser el país que tenía menor mortalidad infantil en América. Sin embargo, en este momento ha sido superado por otros países, básicamente Cuba, Costa Rica y Chile.

Y para terminar el capítulo de diagnóstico del modelo asistencial actual, ¿cuáles son las características generales del sistema que tenemos?

En primer término, es un sistema extremadamente complejo; complejo en las prestaciones, complejo porque hay entrecruzamiento de intereses muy importantes, y complejo también en el flujo financiero.

En segundo lugar, no da una cobertura a toda la población. La cobertura no es universal, pese a que ha aumentado en los últimos tiempos.

En tercer término, es inequitativo. Es inequitativo en la financiación; es inequitativo en la distribución de recursos; es inequitativo en calidad y cantidad; es inequitativo en el salario y en las condiciones laborales de sus trabajadores; es inequitativo en el acceso al mercado laboral.

Cuarto elemento característico de este sistema: es un sistema que está allí, que tiene esa anatomía, que funciona, pero que no tiene asegurado el acceso.

En quinto lugar, no existe participación o existen nichos muy reducidos de participación de la comunidad.

En sexto término, es un modelo asistencialista y con utilización exagerada de los recursos tecnológicos.

En séptimo lugar, tiene resultados pobres.

Y en octavo término, genera una gran insatisfacción en todos los actores: en los trabajadores y en los usuarios.

El segundo capítulo se refiere a las políticas de salud.

Nosotros decimos que las políticas de salud tienen que ser explícitas. No puede darse nunca más la discusión que se ha dado en esta Convención, acerca de si en el país existen o no existen políticas de salud. Las políticas de salud tienen que ser explícitas, escritas y consensuadas, y fundamentalmente tienen que ser políticas de Estado que aseguren la cobertura universal, la equidad, la eficacia y la eficiencia, la accesibilidad al sistema, una asistencia de calidad continua con participación de los trabajadores y de los usuarios, y solidaria en su financiación.

¿Qué se propone desde el punto de vista de la organización? Se propone la creación del sistema nacional de salud. Un sistema es -como se ha definido- un conjunto de servicios de salud públicos y privados, y lo que la Comisión propone, básicamente, es un sistema integrado, con efectores públicos y privados integrados en red, con una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno, con niveles de atención y de administración diferenciados y descentralizados, y con un adecuado sistema de información.

Obviamente, visualizamos que los dos pilares fundamentales de este sistema han de ser ASSE -es decir, la asistencia pública- y las instituciones de asistencia médica colectiva. La Comisión ha establecido que las organizaciones con fines de lucro no deben formar parte del sistema nacional de salud, fundamentalmente porque lo que se va a manejar para la financiación del sistema nacional de salud son fondos y dineros públicos.

En cuanto a la financiación, planteamos el establecimiento de un seguro nacional de salud basado en algunos lineamientos muy concretos.

En primer lugar, una financiación pública, reduciendo al mínimo los gastos de bolsillo, que deberían quedar limitados al pago de tasas moderadoras razonables y de servicios que estén por encima de la prestación integral que el sistema nacional de salud ofrece.

En segundo término, una contribución de la población, proporcional a su ingreso, a un fondo nacional de salud, con una clara separación entre los prestadores de asistencia y los financiadores. Es decir, se propone la creación de un fondo nacional de salud que hará el aporte a los efectores según determinados criterios, entre los cuales mencionamos que la cantidad de afiliados o de beneficiarios de cada uno de los sistemas y de los efectores, debería establecerse según un criterio de riesgo, que podría delimitarse al principio teniendo en cuenta dos elementos como son, por ejemplo, la edad y el sexo, sin perjuicio de que luego se vaya perfeccionando con otros elementos. La idea es que esto asegure a cada uno de los beneficiarios del sistema nacional de salud una asistencia integral.

Para finalizar, ya que el tiempo de que dispongo se termina, vamos a hacer referencia al modelo de atención.

Nosotros decimos que el modelo de atención predominante es un modelo asistencialista, y lo que se propone básicamente no es cambiarlo por un modelo alternativo, sino ir creando dentro de este modelo espacios para la promoción, para la prevención y para la rehabilitación, porque el paradigma debe ser la asistencia integral; una asistencia integral que hoy se proclama, pero que no existe en los hechos.

Para eso es necesario que converjan distintos actores, como, por ejemplo, quienes están encargados de la formación de los recursos -la Facultad de Medicina-, el MSP -que debe explicitar claramente una política de asistencia integral-, las instituciones públicas y privadas, y el organismo financiador, previéndose que el salario y las condiciones de trabajo se redimensionen y se reestudien en función del nuevo sistema propuesto.

En resumen, entonces, este es un diagnóstico en el que ponemos mucho énfasis en las inequidades existentes; en trazar políticas claras tendientes a mejorar esa situación; en la propuesta de dos elementos, uno estructural, que es el sistema nacional de salud, y otro que lo financia -el fondo nacional de salud-; y una modificación del modelo de atención, tratando de dar cumplimiento al paradigma de la asistencia integral.

Esto es, muy resumidamente, el resultado del trabajo de la Comisión.

Dr. HOMERO BAGNULO.- Vamos a plantear algunos hechos desde el asombro ante algunos elementos que hemos encontrado en estos últimos tiempos, y desde un conocimiento sobre el sistema seguramente mucho menor al que tienen el resto de los expositores, pero pensándolo un poco, por eso mismo, tal vez desde más atrás.

Queremos insistir en algunos elementos que en este momento son universales.

Veamos algunos hechos a tener en cuenta:

- 1) La medicina moderna es demasiado cara como para que se la ignore. (Parece que ahora esto no se está aplicando en nuestro medio, donde se ignora esta discusión). Se encarece cada día mas como para ser viable.

- 2) Contribuyen a su encarecimiento:
 - a) Los cambios epidemiológicos, vinculados al envejecimiento de la población.
 - b) El progreso tecnológico, que está determinado por el mercado.
 - c) Las elevadas expectativas que se le han creado a la población.
 - d) Las condiciones económicas, que no han sido acordadas entre los actores.
- 3) Ningún país ha conseguido una completa solución del problema, pero sin embargo es claro que hay 2 modelos:
 - Hay un modelo basado en los derechos individuales. Ese modelo genera altas demandas.
 - Y hay un modelo basado en la solidaridad intergeneracional, que se ha aplicado fundamentalmente en Europa.
- 4) La ampliación de la brecha entre países pobres y ricos y, dentro de ellos, entre las poblaciones ricas y las pobres, es notoria y cada vez se acentúa más.
- 5) La transición epidemiológica, aun en países pobres, de enfermedades infecciosas prevalentes a patologías crónicas genera una respuesta diferente.

No nos va a alcanzar, como se plantea siempre, con una mejor organización y un mejor financiamiento. Esto, de futuro, está condenado. Se deberá reexaminar valores y cambiar alguno de ellos para llegar a alcanzar una medicina sustentable, accesible y equitativa.

Debemos abandonar el sueño de la medicina moderna: que la vida, las enfermedades y la muerte van a ser científicamente dominadas.

Algunos datos: entre el año 2000 y el 2020 habrá un incremento del 56% en el número de individuos mayores de 65 años (U.S. Census Bureau).

Esto va a implicar, por ejemplo, un aumento en la cirugía cardiotorácica del 42% y, en la cirugía ortopédica, del 28% (Etzioni / Ann Surg 2003).

También se prevé un aumento significativo de la tasa de I.H. especialmente por Staph. aureus.

Por lo tanto, lo que estamos planteando aquí -y no es nuestro, sino que es de Daniel Callahan, del grupo del Hastings Center, que ha estado trabajando desde hace varios años en esto- es la creación de una medicina sustentable, con sus tres características:

- 1) Proveer a la sociedad con un nivel de cuidado médico y salud pública suficiente -sólo esto: suficiente- como para dar a las personas una buena oportunidad de completar su ciclo vital, provisto de un adecuado nivel de competencia física y psíquica.
- 2) Ser una medicina equitativamente distribuida y la que la sociedad tendría recursos para financiar.
- 3) Ser una medicina que, con el apoyo de la sociedad -en todas las oportunidades hemos planteado esto, aunque a veces se ha optado por no reconocer el planteo-, acepte objetivos finitos y llegue a un nivel de equilibrio, tenga aspiraciones de progreso limitado y de innovación tecnológica acotada.
 - No será perfecta
 - Aceptará racionamientos y límites en beneficio de la accesibilidad y la sustentabilidad.
 - Será adecuada, pero no óptima.

La búsqueda de satisfacer cada planteo individual, cada deseo, cada sueño de perseguir cada posible innovación, es peligrosa y compromete otros bienes sociales, como la educación, la cultura, etc.

Está planteado que algunos países lleguen a destinar a la salud, para el año 2020, el 20% de su Producto Bruto y, para el año 2030, probablemente el 30%. Es una carrera demencial.

La medicina sustentable implica una medicina que llegue a un estado de equilibrio:

- Aquella en que se acuerde socialmente qué porcentaje del PBI se dedicará a la salud, con un límite prefijado (ya sea esto tácito, como nos gusta a los uruguayos, o explícito, como les gusta a quienes discuten más frontalmente estos hechos).
- Donde los adelantos tecnológicos se adquieran paulatinamente y sean rigurosamente analizados en su costo-efectividad.
- Donde la sociedad acepte que los adelantos serán lentos en su adquisición y se fijarán prioridades no vinculadas a la creación de expectativas públicas.

O sea, por más que algunas técnicas prometan el cielo, no será ése el criterio que acepte la sociedad.

La medicina sustentable debe caminar en 2 direcciones:

- a) La prevención, la promoción de la salud y establecer prioridades.
- b) Mayores responsabilidades personales en el cuidado de la propia salud (incentivos económicos y sociales).

Tiene que ser promovida a través de un diálogo medicina-sociedad, ya que una medicina basada únicamente en el mercado sólo empeorará la situación.

Por lo tanto, es claro que a la "medicina tecnológica" no le sirve este planteo.

La unión de una medicina tecnológica y el mercado ha intensificado la creencia de que la medicina recatará al paciente de todas sus "debilidades".

El mercado no sólo vende tecnología; el mercado vende también sueños y esperanzas.

Una medicina sustentable debe reducir la dependencia tecnológica. Hay que volver a recrear la relación entre el médico y el paciente como una buena forma de medicina.

Y no hay que caer de nuevo en la trampa de las tecnologías de medio camino, que son aquellas que salvan la vida pero no nos dan una buena calidad de vida, y de las cuales tantos ejemplos hay.

Entonces, debemos tener algunos principios orientadores hacia una medicina sustentable:

- 1) Las tecnologías tienen que estar orientadas hacia la salud pública y no la individual.
- 2) Se debe centrar en las enfermedades más comunes.
- 3) Debe privilegiar la niñez. Esto, hoy, tiene más fuerza que nunca en nuestro país.
- 4) Tiene que evitar muertes prematuras.
- 5) En los ancianos, tiene que privilegiar la atención primaria y la medicina paliativa (el desarrollo del Home Care, ya que el anciano en ningún lugar está mejor que en su casa. No planteamos dejar morir a los ancianos, sino cambiar el paradigma de hacer cosas que poco van a reportar en cuanto a su calidad de vida).
- 6) Debe ayudar a la gente a ser independiente, o sea, rehabilitarla adecuadamente.
- 7) Tiene que apostar a tecnologías de bajo costo.
- 8) Tiene que dar menos prioridad a aquello que beneficia a pocos y a un alto costo.
- 9) Tiene que ayudar a una gran parte de la población en condiciones de riesgo común.
- 10) Tiene que racionalizar la tecnología de rescate de pacientes agudos de alto costo. De ahí es de donde yo vengo y creo que esta es una de las cosas que más tenemos que controlar.

Veamos las objeciones a una "cultura del mercado" aplicada a la medicina. Esto, seguramente, Luis Lazarov lo podría explicar mil veces mejor que yo, pero digamos algunas cosas:

- 1) Si bien la salud es un tema del mayor interés propio, la medicina no debe tomar el interés propio de cada paciente como el punto de partida.
La medicina busca crear salud, no autonomía, no elección ni satisfacción de todos los humanos deseos.

Los malos hábitos que cada uno de nosotros adquiramos tienen que ir por cuenta nuestra y no es posible que la sociedad se haga cargo de sus consecuencias.

El derecho a elegir, independiente del contenido, no es un objetivo de la medicina. La medicina instrumental, vacía de contenidos morales, permitirá que la tecnología sea usada sólo en interés de los grupos que la desarrollan.

2) No hay evidencia convincente -ninguna publicada- de que el mercado permitirá sistemas médicos más eficientes, que la competencia bajará los costos, que el libre juego del mercado resultará en una mejor salud individual o de la comunidad.

3) El mercado inevitablemente distribuirá bienes de manera impersonal e injusta, diferenciando una salud para ricos y una salud para pobres.

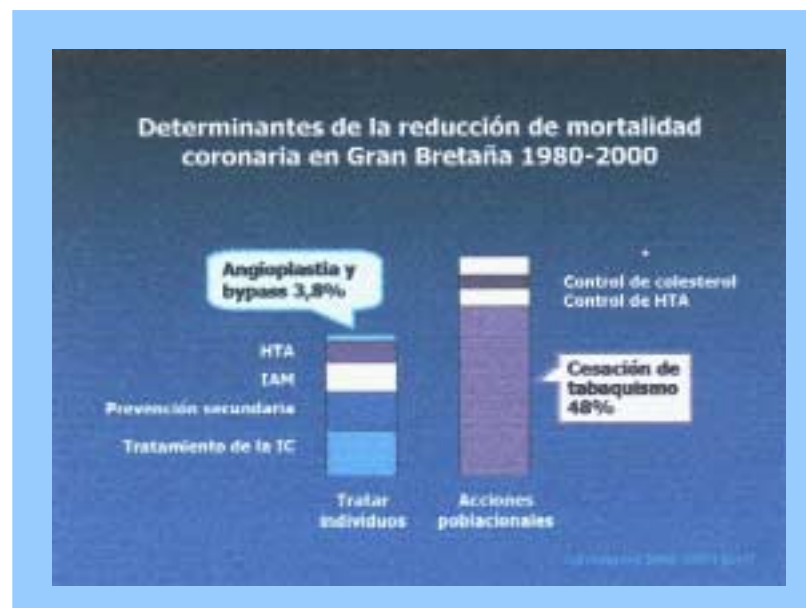
Por eso siempre se le deja un papel al Estado. Nadie -ni aun los Estados más liberales- plantea que va a cubrir todo. ¿Pero qué papel le dejan al Estado? Llenar la brecha entre ricos y pobres, y esto está equivocado.

4) La idea de progreso y adelanto tecnológico del mercado no necesariamente se correlaciona con la clase de tecnología que necesitamos para mejorar la salud de la población.

Sólo busca mejorar las ganancias de las industrias, del complejo médico-industrial. De esta forma incentiva las demandas para una mejora continua.

Falta de correlación entre los desarrollos tecnológicos y los resultados en salud.

Por último, tenemos los resultados de un excelente trabajo del año 2003, de "Circulation".



En este trabajo se muestra que, entre los determinantes de la reducción de la mortalidad coronaria en Gran Bretaña, en 20 años (1980-2000), la cesación del tabaquismo incidió en un 40%, y la angioplastia y el bypass en un 3,8%.

Hay cifras concluyentes que indican que estos modelos que se han desarrollado están caducos.

Dr. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO.- En primer lugar, vamos a hacer un breve comentario sobre el título de este Foro-debate que nos convoca, porque nos parece que, comentando el título, podemos ubicar algunos de los elementos centrales de la discusión que nos ocupa.

Empiezo por la segunda parte del título: "los cambios posibles".

Si partimos de la idea de que lo que tenemos hoy en el sistema de salud es una crisis estructural, por llamarle de alguna manera -es una crisis permanente y, por lo tanto, deja de encuadrarse en la definición de crisis-, los cambios aparecen como impostergables. La necesaria reforma del sector tiene que ser radical -una reforma que dé vuelta el sistema de salud-; hay que reconstruir el sistema de salud desde la gente y, especialmente, es necesario trabajar con un enfoque estratégico.

No podemos quedarnos en la idea de pensar un sistema como si estuviera la página en blanco: todo público o todo privado. Tenemos que construir una alternativa a la crisis, al colapso y a la emergencia sanitaria que tenemos, que parta de la base de lo que está, para transformarlo, para direccionarlo de otra manera, para reorientarlo; pero que tome en cuenta los recursos que hoy están en el sector.

En definitiva, aparece como fundamental un enfoque estratégico en la solución de los problemas, y no la carta a los Reyes Magos de cómo transformar el sistema sin tomar en cuenta lo que está planteado; por cierto que tocando intereses, porque no hay reforma sin tocar intereses, pero partiendo de la realidad que tenemos.

Ahora vayamos a la primera parte del título de este Foro: "Salud y atención médica".

Estamos de acuerdo -estoy seguro de que el Dr. Tabaré Caputi influyó en esto- en distinguir entre salud y atención médica -a veces en estos debates terminamos pensando que son la misma cosa-, en primer lugar porque la salud la tenemos que concebir como clave de un desarrollo sustentable, como clave del crecimiento. El último informe, de 2004, de la Organización Mundial de la Salud plantea que no hay desarrollo económico, que no hay crecimiento si no hay salud. Y esto, que es muy obvio y muy viejo, tiene que ser la clave de cómo enfocar los temas y tomar decisiones.

De ahí surge inmediatamente la importancia de un enfoque intersectorial de las políticas sociales, que relacione a éstas con la política económica. La salud y otras políticas sociales no pueden ser la ambulancia que se lleva los heridos de la política económica. Y, por lo tanto, resulta fundamental que la reforma en el sector salud es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la salud de la gente, la salud colectiva. Es importante ver que en la salud hay un actor, pero hay otros componentes del desarrollo económico y social que son fundamentales. Esto también es importante que sea tenido en cuenta a la hora de debatir la reforma del sector, tema que nos ocupa.

En tercer lugar, con referencia al debate -lo he dicho en otros lugares y lo quiero expresar hoy nuevamente-, la posición de los médicos no debe ser la única que se considere -quizás no sea ni siquiera la más importante-, pero de alguna manera es imprescindible. Los médicos, solos, no podemos reformar el sistema, pero la reforma no se puede hacer sin que los médicos tengan un papel protagónico en el conjunto de los cambios. Y de ahí la importancia de esta Convención en este momento.

Es necesario construir un pacto sustentable por la salud. Y no hablo de una política de Estado; hablo de un pacto sustentable, hablo de un pacto que tiene correlaciones de fuerza, que tiene actores que tienen opinión, que tiene opiniones de mayorías, que requiere una construcción colectiva de todos los actores para establecer cuál es la política para defender un derecho humano esencial, un bien público, un bien social y un derecho de ciudadanía como es la salud.

Del informe de la Comisión y de la exposición del Dr. Homero Bagnulo surge que hay algunos elementos que están planteados. Permítanme que, brevemente, ubique las manifestaciones principales de la crisis y, sobre todo, aquellos elementos de la crisis que ponen en cuestión la sustentabilidad del sistema. Es atendiendo a esos elementos que podremos salir del colapso, de la crisis, del fatalismo de pensar que nada puede cambiar.

En ese sentido, debemos señalar, en primer lugar, la inequidad y, en segundo término, los problemas de la gestión y, en particular, la fragilidad que tienen las estructuras públicas y privadas que hoy prestan servicios, la permisividad de la política pública y la falta de reglas y de control por parte del Estado.

De la inequidad ya bajamos -esto parecía una batalla naval- algunas de las cosas que están en el informe de la Comisión.

Se ha señalado la diferencia entre el gasto público y el gasto privado. Lo voy a decir porque hay que decirlo: son U\$S 150 por persona y por año en el sector público y U\$S 450 por persona y por año en el sector privado, o sea, una relación de tres a uno.

La cuota única -que no fue especialmente mencionada por el Dr. Aguilar- es un factor de inequidad. Una persona que gana \$ 20.000 paga el 4% de sus ingresos; una persona que gana \$ 5.000 paga el 20% de sus ingresos.

Luego está el tema de los usuarios del sector público, con financiamiento privado al sector público, que es DISSE, donde la utilización de tiques moderadores se ha convertido en un obstáculo, por lo que tenemos el problema de una cobertura formal que no se acompasa con la cobertura real, pues hay gente que tiene cobertura formal en el sector, pero no tiene una cobertura real.

En cuanto al tema de la solidaridad intergeneracional y entre sanos y enfermos, ya mencionado, pensemos cómo los tiques se han convertido en un impuesto a la enfermedad. Y no digo que haya que sacarlos porque va a ser difícil, pues el sistema ya acumuló una memoria institucional, pero esto hay que cambiarlo, y quizás algunas cosas haya que modificarlas ya.

Y está la inequidad de resultados, esa inequidad de resultados que nos muestra cómo, gastando el 11% del Producto, tenemos una mortalidad infantil diferencial entre lo público y lo privado, y una mortalidad infantil diferenciada cuando la vemos georreferenciada en el territorio.

Con respeto al cambio en la gestión y en la sustentabilidad institucional, tenemos un incremento tumoral, o sea, crece el gasto, pero no sirve para nada como no sea para perjudicar al sistema, sin resultados.

Tenemos un ingreso del lucro, y al respecto me remito a toda la exposición del Dr. Bagnulo, que comparto, en el sentido de qué significa el ingreso del lucro en la estructura del gasto. La internalización del mercado hace que la salud sea considerada como una mercancía que se compra, que se vende y que se paga. Lucro y consumo: un par dialéctico que de alguna manera ha afectado y está afectando fuertemente a nuestro sistema de salud.

Los ajustes fiscales han hecho que ASSE, teniendo cada vez más población a cubrir, tenga hoy el 80% del cupo que tenía previsto en el año 2000; o sea: mayor población y un cupo menor. De modo que, en definitiva, la población más vulnerable es la que paga los costos. Se ajusta igual el Ministerio de Relaciones Exteriores que la salud, y eso es absolutamente indecente desde nuestro punto de vista.

Finalmente, está el incumplimiento de las funciones esenciales de Salud Pública y, en particular, de su papel de regulación y fiscalización. Creo que tenemos muchos reguladores

y ninguno controla nada, y lo que hay es una falta absoluta de voluntad política de convertir al Estado en un factor de cambio.

Respecto a la alternativa, pensamos -estamos ya en la primera vuelta del redondeo- que hay que hacer un cambio del modelo asistencial, aplicando la estrategia de atención primaria de salud y jerarquizando el primer nivel de atención. Hay que hacer un cambio en el modelo de gestión, democratizándolo, haciéndolo transparente, luchando contra los conflictos de intereses que hoy el sector salud tiene fuertemente, en ese proceso de internalización de mercado, y logrando eficacia y eficiencia para una mayor calidad asistencial pensando en la gente. Y se requiere un cambio en la financiación, con un seguro nacional de salud que se constituya en una bolsa en torno a la cual el Estado tenga la capacidad de contar con proveedores públicos y privados, con prestadores de servicios públicos y privados, pero con la capacidad de regular, controlar, fiscalizar y exigir resultados, que da esa importante bolsa de dinero que hoy se aporta a la salud.

En definitiva, de lo que se trata es de apuntar a la creación de un sistema integrado de salud.

Además, es necesario poner recursos fuertemente en el primer nivel, a través de la contratación de recursos humanos y la ampliación de la capacidad instalada en el primer nivel de atención. Eso es posible si hay voluntad política, y ese cambio es el buque insignia de la transformación del sector salud.

No decimos que no haya que transformar el conjunto del sistema; decimos que la voluntad política de cambiar hacia dónde mira el sistema de salud -si es hacia la enfermedad o hacia la salud- pasa por un fortalecimiento muy claro del primer nivel de atención y la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud.

Dr. ROBERT LONG.- Después de escuchar a los tres queridos colegas que nos antecedieron, más que hacer un planteamiento de ese tipo, quizás lo que vamos a hacer es alguna reflexión, algunos comentarios producto de seis o siete meses de trabajo en la Comisión Relatora, que estuvimos integrando, y tal vez, pecando un poco por nuestra propia formación, con una visión más hacia el interior, con la visión de lo que uno está viviendo en este momento y de lo que vivió muchos años, y con la visión que uno puede tener en el corto plazo o en un plazo mayor.

Como dijeron quienes nos antecedieron, creemos que no se puede hablar de salud y atención médica sin poner enorme énfasis en los otros sectores de la salud. La atención médica es algo más, pero no es todo. A veces pensamos que temas como la educación, la justicia y el trabajo son mucho más relevantes y que si esos temas estuvieran más o menos resueltos no habría tantos problemas, independientemente de lo que planteó el Dr. Bagnulo sobre todos los desafíos que nos plantea la medicina moderna.

También en principio estamos de acuerdo, bajando un poco a la tierra, en que lo que hay hoy no sirve, pero los cambios son posibles en base a lo que tenemos. Partiendo de esta base -hay que hacer un rediseño muy importante-, nos planteamos la primera pregunta: una vez establecido el nuevo diseño y el modelo hacia el cual pretendemos caminar, ¿cuáles van a ser las herramientas de transición que vamos a tener? Porque los recursos disponibles actualmente, con carencias, con déficit, con elementos deformados y distorsionados, etc. -acepto de antemano todas las críticas que los compañeros hicieron anteriormente-, es lo que hoy tenemos. El desafío no es diseñar el nuevo modelo para dentro de tantos años. El gran desafío es la transición: cómo vamos a tener la capacidad todos nosotros de ir elaborando día a día estos cambios y, fundamentalmente, de ir negociando entre nosotros y con los otros sectores que también van a consumir recursos -porque la educación y todas

las políticas sociales los requieren-, y esa negociación que tenemos que hacer día a día es la única que dará garantías de obtener un cambio acorde con todos los valores que se plantearon anteriormente.

Otro comentario que queremos plantear es que muchas veces estas cuestiones se ven desde Montevideo, una ciudad con un millón y medio de habitantes, que en los últimos años ha tenido un crecimiento muy importante junto con lo que llamamos la palangana del país. Colonia, San José, Canelones, Montevideo y Maldonado son los que ya tienen las tres cuartas partes de la población. Y eso tiene que darnos una visión muy compleja, porque si ya de por sí es complejo plantearse una cobertura geográfica en el interior no urbano -en el rural y en el semirural-, si bien ahora está mucho más despoblada la campaña, hay que tener en cuenta que esa gente también requiere atención y también está suficientemente informada -y nos encargamos de informarle- como para que pueda acceder a niveles adecuados o suficientes, como dijo el Dr. Bagnulo. Ese es un desafío muy importante, porque a veces no se entiende que dar cobertura en una ciudad, en un barrio, requiere una forma y unos recursos, pero darla en un departamento con 30.000 ó 40.000 kilómetros cuadrados y con una ciudad capital, con pueblos, con villas, con caminería y otros elementos también muy complicados, es algo muy complejo. Y yo quiero hacer pensar a los compañeros de Montevideo en ese tipo de cosas.

Nosotros lo hemos vivido. Estamos orgullosos y muy satisfechos de todo lo que se ha avanzado, pero hay que avanzar mucho más en ese aspecto.

Como anécdota, y porque es risible ver todas las deformaciones que hay y los problemas con las normas, les señalo la situación que se ha planteado cuando, de repente, en un establecimiento agropecuario pretenden, a cien kilómetros de la capital, tener emergencia coronaria. Se pregunta: "Por qué no me pueden mandar una emergencia coronaria si estoy a cien kilómetros?", y a veces es muy difícil responder a la gente, porque desde acá eso no se ve. Es tan gracioso que cuando en algún momento una institución del interior pidió autorización para establecer una emergencia en el interior, en Montevideo no tenían la norma adecuada porque la hicieron para barrios de la capital. Bueno, esas cosas son las que tienen que pensar quienes están detrás de determinados escritorios; deben pensar en ese interior.

También queremos destacar que damos importancia a las dos columnas que nosotros planteamos a nivel de la Comisión. Hay una gran columna pública, que es ASSE, y otra columna privada, que son las instituciones de asistencia médica colectiva. Habrá que definir si una es más grande, si una queda en el medio o si una desaparece o no. Esas son cosas que también debemos tener el valor y el coraje de definir las; sabemos que no es fácil. Nosotros entendemos, por lo menos desde nuestro punto de vista, que en el interior hay otra experiencia. Creemos que con una descentralización y regionalización adecuadas y con integración y coordinación entre ASSE y las instituciones de asistencia médica, se puede llegar realmente a resultados acordes con las expectativas planteadas.

En esta primera ronda quería plantear la cuestión de esta forma. Creemos que existen también algunas herramientas para hacer frente a los desafíos tecnológicos; no a todos, sino a algunos.

Con respecto al lucro, creemos que en atención médica y en salud no puede haber instituciones con fines de lucro, pero no nos oponemos. Si las tiene que haber, que las haya, pero los economistas -aquí los hay presentes- tienen todo el tema de los incentivos y desincentivos. Bueno, aquel que quiera obtener lucro con la salud, que tome todos los riesgos económicos, pero que no se aproveche de la falta de normas o de un escenario societario determinado para actuar libremente en detrimento de las otras instituciones.

Pensamos, asimismo, que la financiación hay que cambiarla totalmente, pero posiblemente falten recursos para empezar a implementar la estrategia de la atención primaria y, como nosotros tenemos muchas dudas de que, venga quien venga en el próximo gobierno, vaya a haber recursos -por lo menos, en principio, no va a ser tan fácil disponer de ellos-, creemos que hay que apuntar a la alta tecnología, hay que hacer una racionalización, hay que enfrentarla. Seguramente, va a haber enfrentamientos de sectores y de intereses muy importantes, pero si eso lo planteamos con valor, de ahí se obtendrán, no todos los recursos, pero sí en principio bastantes como para empezar a elaborar las estrategias en este cambio de modelo de atención que pretendemos.

Dra. GRACIELA UBACH.- Aquí se habló de algunas cuestiones, como la necesidad de cambiar políticas. Se habla de políticas de Estado. Personalmente, creo que hay una política de Estado nefasta para este país. Lo que hay que hacer es empezar por cambiar esta actual política de Estado. No es que no tengamos políticas explícitas o implícitas. Son clarísimas; los resultados están a la vista. Entonces, es necesario que haya cambios políticos.

Nosotros discutíamos también el título de esta reunión y decíamos que, en lugar de hacer referencia a "los cambios posibles", nos gustaba más hablar de "los cambios necesarios". ¿Por qué? Porque la posibilidad la vamos a construir, pero tenemos que delimitar, de acuerdo con lo que entendemos que hay que corregir, hacia dónde vamos, y eso es la visión de lo necesario, una visión estratégica, cuya viabilidad y posibilidad debemos construir responsablemente.

Entonces, cambios políticos, de los que ya se habló. También cambios en el modelo de atención. En cuanto al papel del Estado, no tengo dudas de que no es contradictorio; al contrario: es un soporte, en el entendido de que la salud es un derecho de las personas. Es necesaria la garantía por parte del Estado no únicamente a los indigentes. Eso ha llevado a la inequidad de nuestro sistema: una salud para pobres y una salud para ricos.

Y fíjense en esto: en el Hospital universitario, donde muchas veces nos recuerdan la etapa de aquel Hospital en el que se servía con guante blanco y donde se comía jamón crudo -me lo contaron; capaz que es un mito, o capaz que es verdad-, en ese momento tampoco se logró que ese Hospital rico que atendía pobres atrajera la atención privada de los grandes Profesores. Siguió siendo en ese momento un Hospital rico, pero para la atención de pobres. Y eso hay que cambiarlo sustancialmente. Es lo que estamos intentando, aunque nos cueste.

Otro elemento que me interesaba encarar, el de la inequidad, ya fue planteado.

También está el tema de la atención integral con actitud preventiva y la confusión que se plantea entre la estrategia de APS y el primer nivel. Pienso que la atención integral tiene que estar realizada horizontalmente, con programas de atención donde haya, sin duda, una promoción de hábitos saludables, poniendo énfasis en las nocividades en cuanto a las distintas adicciones, en cuanto al sedentarismo, en cuanto a los distintos elementos de las dietas. Hay infinidad de elementos para trabajar en la promoción de hábitos saludables.

Asimismo, hay que abordar la protección específica en el tema de las vacunaciones, los riesgos laborales, los riesgos en los centros de trabajo y de estudio, los elementos de diagnóstico precoz de acuerdo con el grupo de riesgo, con pacientes dispensarizados por riesgo, asegurando la continuidad de un tratamiento adecuado. Ese tratamiento adecuado debe estar de acuerdo con las necesidades de las personas. Yo soy una obsesiva de que las políticas públicas se tienen que basar también en la resolución de los problemas individuales, en base a las necesidades de las personas. Me ubico yo en una situación de

ese tipo y quisiera que, si tuviera un problema de salud, se me tratara con los avances científicos de que disponemos hoy en día.

Esto, evidentemente, exige que haya normas, que haya pautas de calidad y que, además del tratamiento adecuado, haya adecuada rehabilitación. En este país donde la accidentabilidad es uno de los problemas sanitarios importantes, no hay un centro de recuperación raquímedular, no hay una red de rehabilitación a nivel vasto, que acerque a la población y al lugar donde vive estos elementos fundamentales para la recuperación de las personas. No hay tampoco una instalación permanente de cuidados paliativos.

Realmente, para mí, todo estos distintos tipos de actividades, con una vocación, con una actitud preventiva, son los que deben componer los programas de atención en este cambio del modelo de atención.

Se habló de la importancia de los cambios en la organización del sector. A nosotros nos parece también que hay que partir de lo público y lo privado -tiene que haber una fuerte coordinación-, pero esto hay que plantearlo desde experiencias demostrativas. Pienso que estamos en una etapa en que hay que pasar del decir al hacer. Pero, además, hay que empezar a hacerlo ya. Las experiencias hay que construirlas desde ya; no hay que esperar al próximo gobierno ni nada, porque en los espacios de poder, de responsabilidad, de decisión que cada uno tenemos, esto hay que armarlo de esa manera: en base a la coordinación, a la complementación, a la no superposición.

En ese sentido, me parece que un elemento fundamental es aportar a mejorar lo público para sacarlo de la inequidad, no por un elemento de competencia con lo privado, sino porque tiene que ver con el derecho de la mitad de la población uruguaya a tener en el sistema público la misma calidad y la misma resolutivez de atención que en lo privado. Así que para esto hay que invertir en lo público.

Pero, además, en lo público, ¿qué papel juega el Hospital universitario? Perdónenme la obsesión.

Con respecto a lo relativo a la necesaria planificación de la incorporación tecnológica pertinente, este fenomenal avance tecnológico es un fantástico avance de la sociedad que hay que festejar, pero cuando se desvía, cuando se hace en base a la mercantilización y al lucro, se convierte en un elemento perverso, y es eso lo que hay que evitar. ¿Y cómo se evita? Con políticas públicas de planificación y de incorporación tecnológica pertinente desde el punto de vista técnico y científico, adecuada a nuestro país, y hay que buscarle financiamiento. Y eso debe ser así desde que nacemos hasta que nos morimos, hasta el último momento de la vida, porque, como dice un candidato, todos vamos a ser adultos mayores y yo también quiero, cuando llegue a esa etapa, que me traten.

En todo esto hay un elemento fundamental, que es el tema de los recursos humanos.

El tema de los recursos humanos en este país es dantesco. Nosotros tenemos el privilegio de estar en un país en el que tenemos un importante capital de recursos humanos, y habrá que establecer un plan de recursos humanos para el país, que integre desde la formación en calidad y cantidad de esos recursos humanos -que habrá que negociar y establecer con las instituciones formadoras-, hasta la implementación de una estructura de cargos que asegure que todo el país esté cubierto por ese personal, estableciendo además un sistema de acreditación, de educación médica continua y de formación continua que asegure que ese personal es capaz de actuar conforme a los avances de la ciencia aplicados a la salud.

También debe haber un salario digno -a igual tarea, igual remuneración-, un retiro digno y una jornada higiénica. El laudo del Grupo 40 conspira contra el trabajo y el adecuado desempeño de los médicos. Es un laudo que estructuralmente obliga al multiempleo, y el multiempleo es igual al multiincumplimiento.

La gente debe tener alta dedicación a una institución para destinar ese tiempo a una adecuada relación médico-paciente, a su desarrollo, a su capacitación. Debe tener un sueldo que le permita vivir. Y hay que poner topes, porque en esto de la jornada higiénica y de los salarios adecuados, es totalmente inadecuado que haya gente que por la misma tarea, por la misma carga horaria o con el mismo estrés, gane diez veces o cien veces más que otros. Hay que tener topes, hay que ver cuáles son los salarios adecuados, pero tiene que haber una reestructura de los cargos para que la gente que trabaja en el primer nivel y en el segundo nivel, que tiene que resolver el noventa por ciento de las situaciones de salud, pueda realmente vivir de ese trabajo.

Acerca de la tecnología, creo que hay que ir a un plan nacional de tecnología. También, en cuanto a la tecnología, debe haber una política nacional del medicamento, porque el medicamento es un elemento tecnológico de primer orden y significa un porcentaje importante de los gastos en salud, por lo cual tiene que haber una política nacional por parte de las autoridades, que dé la posibilidad de que haya una adecuada producción, un adecuado precio y, por tanto, un adecuado acceso de las personas a este elemento tecnológico de primer orden que es el medicamento.

Tenemos la suerte de que hay empresas que dicen que no quieren ser un problema y que están dispuestas a discutir esta situación. Pues bien: esto lo tendremos que negociar con la industria farmacéutica, y entre las cosas que hay que evitar -sería un elemento fundamental para la disminución de los precios- está la propaganda inadecuada que se hace para la automedicación. Se tiene que erradicar totalmente la propaganda de la automedicación, porque esa propaganda la pagamos nosotros, los que consumimos los medicamentos, y además se fomenta que la persona se automedique sin las debidas precauciones. Ustedes lo han visto: "Cómprase un Farmanuario y hágalo usted mismo", como si fuera la "Mecánica Popular".

Desde el punto de vista del Hospital universitario, la incorporación tecnológica tiene que ser adecuada, pertinente, y en esto los hospitales universitarios tienen que jugar un principalísimo papel. Para eso hay que invertir, porque evidentemente, a la hora de aplicar esta alta tecnología, se requiere contar con los recursos apropiados.

Aquí hay una cantidad de cosas que son necesarias: la alta tecnología racionalizada, pues estoy de acuerdo en que hay que racionalizar, en que tiene que ser pertinente, y en eso hay que poner los cotos necesarios que mucho se marcaban.

Del financiamiento ya se habló. Estamos de acuerdo con el seguro nacional de salud a lo largo de toda la vida, más teniendo en cuenta nuestra característica de población envejecida. Y hay que empezar por experiencias demostrativas. El SMU, en base a esta Convención, está avanzando en la posibilidad de ver cómo instrumentamos cosas, como esos mil equipos de primer nivel. Serán primero mil y después cinco mil, pero hay que pensar en estrategias. Y son estrategias que ya se conocen, pues hay una cantidad de experiencias en distintos países de aplicación de programas integrales de atención con adecuado empleo médico y de equipo sanitario, que son muy fáciles de aplicar en base a un programa de atención integral, regionalizando todo el país y adscribiendo poblaciones. ¿Y cómo se va a hacer? En primer lugar, con lo público y lo privado, mejorando lo público y coordinando lo público y lo privado, en busca siempre de una complementación.

El último elemento que queríamos plantear es el relativo a la gestión adecuada. Vemos que aquí se han roto muchos mitos con esto de la crisis -en primer lugar, la eficiencia de lo privado-, y eso pone de relevancia un tema muy fuerte que es el de la capacitación en gestión de los recursos. Este país necesita una escuela nacional de salud pública y administración para formar los cuadros de gestión, para que entren por concurso,

capacitados, certificados, de modo que esta reconducción del sistema sanitario realmente se pueda realizar. Así como ninguno de ustedes se operaría del corazón con un endocrinólogo, las instituciones, que son organismos complejos, vivos y en permanente desarrollo, precisan los técnicos que sean capaces de reconducirlas en base a una gestión cristalina, científica, responsable y con alta dedicación, como debe ser el conjunto de los cargos médicos.

Dr. ÁLVARO VERO.- Autoridades de la Convención, autoridades del SMU, compañeros de FEMI, amigos: por la letra, con Graciela, siempre hemos sido furgón de cola en Facultad -siempre al final-, así que lamento tener que recorrer el camino que ya, con su habitual elocuencia, han recorrido los compañeros. Pretendo no aburrirlos. Haré alguna consideración al margen, alguna cita bibliográfica y alguna reflexión.

Dentro de las inequidades ya señaladas, está la inequidad Montevideo-interior. No es lo mismo enfermarse en Montevideo que en el interior; nunca lo fue. Hoy ese escalón entre la asistencia en Montevideo y en el interior ha disminuido, pero hay una inequidad en el reparto de recursos -de recursos del país, de recursos de la sociedad- que no podemos ignorar. Así que es una anotación al margen que, como médico del interior, debo hacerla.

Sin duda, hoy esta responsabilidad que nos han adjudicado nuestros compañeros y amigos no nos debe agobiar. Por el contrario, nos debe fortalecer, debe iluminar nuestro ingenio para hacer propuestas válidas, que tantas veces y durante tantos años han fracasado, muriendo en el intento, y que debemos llevar adelante, por más que estos temas ya han sido planteados y seguramente son motivo de consenso entre nosotros, los médicos.

Naturalmente, el mensaje de los médicos a la sociedad es necesario porque, sin duda, en este debate es la sociedad toda la que debe opinar sobre el sistema de salud que desea.

En este camino que empezamos en búsqueda de una reforma debemos saber que podemos quedar preguntándonos en poco tiempo qué fue de la salud de la reforma. Esta frase no es mía; es de un Ministro de un país vecino, que la dijo con mucha ironía, pero encierra una gran verdad: las reformas de salud en los países latinoamericanos muchas veces han quedado en el intento.

Estamos en una encrucijada que, como médicos, debemos dirimir. Ya fue dicho aquí que no estamos hablando solamente de atención médica, sino que estamos hablando de un valor social, de un derecho individual -creemos que sí lo es-, de un bien que encierra un fin ético, pero además, como dijo el Dr. Fernández Galeano, la salud es causa y consecuencia del desarrollo de las naciones; y también encierra un valor productivo para los países.

De modo que no es poca la responsabilidad al emitir un mensaje con respecto a este tema. Pero es un mensaje, además, con respecto a la práctica médica, que es cambiante, que se complejiza y que posee una variabilidad que determina, asimismo, que no se excluyan las tecnologías médicas, que tienen un efecto sumatorio y encarecedor.

No nos vamos a permitir desarrollar el tema de la alta tecnología, porque el Dr. Homero Bagnulo lo ha resumido en sus láminas, pero sí queremos señalar que es un factor que marcó profundamente las inequidades en esta sociedad, que hoy, merced a un financiamiento a través del Fondo Nacional de Recursos, se han reducido, pero aún quedan aspectos de inequidad. Quizás la inequidad en materia de alta tecnología sea uno de los hilos conductores en el análisis del sistema.

Esa práctica médica también lleva a una organización y a una estructura que debe ser continente para todos aquellos adelantos que la ciencia médica nos aporta a diario.

Hemos hablado de la falta o la no exposición de políticas sanitarias o del carácter incongruente de muchas de esas políticas. Y aquí tenemos que elaborar una opción

estratégica que sea explícita, que sea coherente, que sea viable, factible y negociable, que sea una política de Estado, como ya se ha dicho. Debemos asumir que el sector salud, como tal, debe adquirir dentro del mecanismo del Estado el peso suficiente. ¡Y vaya si en eso nos cabe responsabilidad como médicos!

Por ese peso, por el establecimiento de esa política, por la negociación de esa opción estratégica, es que hoy estamos caminando, utilizando como instrumento esta Convención Médica, que hace muchísimos años que no se hacía, para hacer escuchar la opinión de nosotros, que es fundamental, pero no la única.

También se ha hablado de los recursos económicos -que todos sabemos que son recursos finitos-, de la procedencia y posibilidad de cambios en el financiamiento, y de las modalidades de ese financiamiento. Hay algunas frases que vale la pena recordar.

Vean esto, que ya no es una frase, sino el título de un libro del año 1974, de Víctor Fuchs, economista de la Universidad de Stanford, de la ciudad de California. El título del libro es "Quién debería vivir". Esto nos obliga a pensar que los recursos en salud nunca van a ser suficientes, como ya fue expresado.

Hay una vieja anécdota de un Ministro de Salud inglés que, interrogado sobre el presupuesto de ese Ministerio en la época de Thatcher, contestó escuetamente: "Estoy en condiciones de gastar el presupuesto nacional".

Entonces, las limitantes que tenemos en este campo nos deben llevar a la reflexión de que este es un tema más que trascendente y en el que debemos aguzar nuestra pupila y dar lo máximo de nosotros mismos para poder llevar este bien social a toda la sociedad de manera solidaria y equitativa.

"Cada sistema de salud es función de los atributos peculiares que en lo social, político, cultural, económico, biológico y demográfico el pueblo ostenta. No existe un sistema de salud ideal". Esta frase es de Aldo Neri, ex Ministro argentino.

Creo que nuestro pueblo ostenta un sistema de salud que, evidentemente, todos estamos contestes en que debemos cambiarlo. Pero ¿qué nos ha pasado en todos estos años? Casi todos nosotros somos contemporáneos y nos hemos planteado cambios en el sistema de salud. Vean en el libro del Dr. Eduardo Yannicelli -el Dr. Turnes seguramente lo tiene en su biblioteca- la cantidad de proyectos de sistemas y seguros que se generaron en el país. Y para no ser extenso les digo los más notables: en 1939, en 1941, en 1947, en 1952, en 1957, en 1959, en 1967, en 1968, en 1970 y en 1986; este último permanece en una carpeta del Senado.

Entonces, me pregunto: ¿es un problema de médicos? ¿Es un problema de recursos? Yo creo que no. Creo -para no ser repetitivo de todo lo que se ha dicho ya- que es un tema de peso del sector, es un tema definitivamente político, en el que nosotros debemos buscar los mecanismos para llegar a compenetrar al poder político de la necesidad de una política negociada, de una política de Estado que tenga una direccionalidad compartida y que tenga una continuidad en cuanto a los gobiernos de turno.

Me señalan que me quedan dos minutos. Es una temeridad pensar que en diez minutos vamos a poder decir todo lo que pensamos. Pero tengo algunas otras reflexiones para hacer, sobre cosas que ya se han dicho aquí.

La Comisión Dunning -programa holandés- plantea, como primer objetivo, cómo poner límites a la nueva tecnología. ¡Vaya si será difícil, Dr. Bagnulo! Usted lo sabe mejor que nosotros. Plantea cómo enfrentar problemas derivados de la escasez de asistencia. Un país del Primer Mundo está aceptando la escasez de la asistencia. También hace referencia a la necesidad de seleccionar pacientes objeto de asistencia, tratando de ver qué pacientes tratamos y cuáles no.

No me quiero extender más, pero en la segunda ronda quisiera hablar algo sobre cómo imaginamos ese período de transición que sabemos que, inevitablemente, vamos a tener que transitar.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Como ustedes ya lo han comprendido a través de algunas alusiones de los participantes, hemos acordado que después de tan importantes y exhaustivas intervenciones de cada uno de los panelistas, que nos han dejado tanto elementos para reflexionar, ellos realicen -así lo han pedido- una segunda intervención, de cinco minutos cada uno, para completar su pensamiento en torno a los distintos temas. Los escucharemos, pues, en el mismo orden de la primera ronda de intervenciones.

Dr. BALTASAR AGUILAR.- Ahora voy a apartarme de la Comisión Relatora y me permitiré la libertad de dar alguna opinión personal con respecto a este tema tan importante que comienza a debatirse en profundidad en la Convención Médica Nacional.

Me voy a referir a tres aspectos que me parece que no son menores, y no pretendo, al plantearlos escuetamente en estos cinco minutos, echar sobre la Convención un manto de pesimismo, sino de realismo. Lo voy a hacer a través de algunas preguntas.

La primera pregunta: ¿la salud es hoy una prioridad nacional? Sin lugar a dudas, no. Pero ¿la salud será una prioridad nacional en circunstancias políticas sustancialmente distintas a las actuales? A esa pregunta, creo que la respuesta más adecuada es: depende en buena medida de nosotros y depende en buena medida de esta Convención. Esta Convención tiene ante sí y sobre sí un desafío muy importante que es priorizar este tema.

Pese a lo que dice la Dra. Graciela Ubach, de que existe una política de Estado claramente definida, que es nefasta, también existe una tendencia a dejar que el sistema se autorregule y así, en definitiva, hemos terminado en el subsector privado con cierre de mutualistas y, en el subsector público, con una carencia realmente penosa de recursos.

Es, entonces, responsabilidad de esta Convención -primer punto- poner el tema de la salud sobre la mesa y darle prioridad. Y darle prioridad significa que, desde ya -no desde el próximo gobierno, sino desde ya-, es necesario concientizar sobre la urgencia de resolver los graves problemas que tiene la salud en nuestro país. Darle prioridad significa, entre otras cosas, a mi entender, que la salud no puede ser un subprograma dentro de las políticas sociales. La salud debe ser el eje articulador de las políticas sociales. Es así que va a tener realmente la importancia que nosotros, como colectivo médico, pretendemos darle al tema.

Segundo aspecto: creo que cuando planteamos aquí alternativas a lo existente es porque estamos convencidos de que hay que cambiar lo existente, y por eso planteamos alternativas. Pero no podemos alegremente salir de la Convención Médica Nacional sin plantearnos la pregunta: ¿cuáles son los obstáculos para la reforma o el cambio de lo existente? ¿Dónde están los obstáculos para el cambio? Yo sospecho que, si no todos, muy buena parte de los obstáculos para el cambio están aquí mismo, en el sector salud. Creo que esta Convención debe tener muy claro ante sí este hecho.

Al decir esto me estoy refiriendo a muchos aspectos, entre ellos el tema del lucro, que ha calado muy hondo dentro del sector salud. Creo que esta Convención va a tener que negociar, dialogar y discutir, pero sin perder el norte de que es necesario realizar los cambios. Deberá haber negociación, discusión y diálogo, pero sin perder el objetivo: el objetivo es el cambio.

Me parece que con respecto al lucro va a haber que manifestar muy claramente ante la población que el cuerpo médico nacional le dice a quienes, por una correlación de fuerzas favorable -como decía el Dr. Fernández Galeano- más que por una política de Estado,

lucran con la medicina, que la salud es un derecho humano esencial que no admite el lucro, y quienes quieran lucrar van a tener que poner la plata en bosques o en hoteles, pero no acá.

Para terminar, la tercera pregunta es: mientras tanto, en ese proceso de diálogo, de negociación, ¿no hay gente que no puede esperar? Nosotros no nos lo planteamos a nivel de la Comisión, si bien fue objeto de discusión. Creo que aquí va a ser necesario plantearse la necesidad de medidas de emergencia, para la emergencia social y para la emergencia de la salud, porque hay sectores de la población que no pueden esperar ese proceso de diálogo y de negociación hacia el sistema y hacia el seguro del cual hablábamos anteriormente.

Hay algo que es muy importante, vinculado a los sectores de población vulnerables que no pueden esperar; y esta no es una declaración demagógica. Parecería claro que la Convención Médica Nacional debe, con fuerza, con mucho énfasis, declarar que la atención médica y la salud no son una mercancía, no pueden dar lugar al lucro y, fundamentalmente, que no depende el goce de ese derecho de la condición económica del ciudadano o de que éste tenga o no trabajo.

Entonces, en primer lugar, la necesidad de priorizar la salud. En segundo término, la necesidad, sí, de negociar, de dialogar, pero con un objetivo claro y con el reconocimiento de que vamos a encontrar obstáculos, incluso dentro del propio sector. Y en tercer lugar, la necesidad de un plan de emergencia para esos sectores vulnerables que no pueden esperar a que culmine el proceso de negociación.

Esos los tres aspectos que quería señalar.

Dr. HOMERO BAGNULO.- Como bien dijo el Dr. Long, hemos andado un poco por los aires. Entonces, aterricemos, pongamos cable a tierra.

Por tanto, planteo diez medidas inmediatas para comenzar un cambio en el sector salud. No podemos seguir hablando, sino que creo que tenemos que proponer soluciones.

Medidas tendientes a fortalecer el sector público:

- 1) Mejorar la infraestructura de los servicios públicos transfiriendo los locales sin uso de las mutualistas cerradas a la salud pública.
- 2) Generar una red de atención del primer nivel que integre los recursos ya existentes en un único sistema con capacidad de resolución adecuada. ¿De dónde sale el dinero para eso? Del tercer nivel.
- 3) Crear una red pública única que coordine los diversos servicios hoy dispersos (ASSE, Hospital de Clínicas, Sanidad Militar y Policial...) de manera que se vuelva autosuficiente y con capacidad de resolución.
- 4) Separar el Ministerio de Salud de la estructura de los servicios públicos como forma de fortalecerlo en su rol normativo y de policía sanitaria, y a la vez permitir una mayor autonomía técnica para la gestión.

Medidas tendientes a mejorar la cobertura sanitaria de la población:

- 5) Crear un sistema que permita al sector público obtener ingresos directos por la prestación de servicios a la población (prepago) destinados a mejorar los servicios.
- 6) Generar los mecanismos necesarios para que los servicios públicos (con nuevos locales, con un redimensionamiento) puedan ser elegidos por afiliados a través de la seguridad social (DISSE).

- 7) Dotar al sector público de una red de IMAE que permitan continuidad en la asistencia de sus pacientes y eviten la innecesaria transferencia de importantes recursos públicos al sector privado. Pero esto hay que ponerse a hacerlo.

Medidas tendientes a mejorar la calidad de la asistencia:

- 8) Comenzar en los servicios públicos los sistemas de trabajo en régimen de dedicación completa, basados en residentes y ex residentes adecuadamente formados para el trabajo hospitalario.
- 9) Fortalecer la experiencia de la UCAMAE (o sea, la unidad central de compras del Estado) ampliándola a la negociación y compra de otros insumos e integrando progresivamente al sector privado. Acordar políticas regionales que incluyan la negociación en el exterior y la importación directa.
- 10) Crear una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias cuya aprobación sea requerida para la incorporación de cualquier dispositivo, medicamento o procedimiento, que deberá actuar con autonomía técnica. Hay un excelente proyecto del Dr. Touya sobre esto.

Estas son algunas medidas que hemos discutido un grupo de compañeros que estamos realmente angustiados por algunas de estas situaciones. Lo hemos estado analizando con el Dr. Haretche, el Dr. Gianeo, el Dr. Alarico Rodríguez y otros compañeros que pensamos que ha llegado la hora de ver si realmente se puede generar el cambio, porque, de lo contrario -como muy bien dijo el Dr. Vero-, vamos a seguir hablando y sin hacer.

Dr. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO.- Creo que hay dos elementos constantes en todas las intervenciones, que es la necesidad de la equidad en el sistema y la necesidad de la universalidad, de tener una cobertura para toda la población, partiendo de la idea de la salud y la atención a la salud como un derecho y, por lo tanto, invertir la lógica de pensar los servicios de salud sólo como servicios que se ofrecen.

Desde esa perspectiva, quisiera jerarquizar, por una parte, la necesidad de iniciar cambios en el modelo de gestión, para hablar después de la gestación de instrumentos políticos y jurídicos.

Del conjunto de medidas que podemos plantear -se habló de un plan nacional de medicamentos y tecnologías, asegurando accesibilidad, racionalizando la utilización y abatiendo costos-, yo destacaría un elemento central que tiene que ver con la voluntad política en el sistema, que es asegurar la transparencia y la cristalinidad en la gestión: erradicar el clientelismo político y el caos escalafonario en el MSP, y establecer un conjunto de incompatibilidades. Esto último, dicho en jerga directa, significa terminar con los conflictos muy claros de intereses que están planteados. No podemos tener doble discurso en esto, pues si queremos efectivamente desmercantilizar la salud, se tiene que atacar duramente el tema de los conflictos de intereses que hay dentro del sector.

Y, por otro lado, está lo que el Dr. Bagnulo y la literatura sobre estos temas llaman el complejo médico-industrial. Creo que tenemos que ir matizando algunas ideas, no para hacernos un haraquiri. Aquí viene de nuevo lo estratégico: el sistema permitió que pasaran un montón de cosas. Hoy, la obligación que tiene esta 8ª Convención Médica Nacional -obligación ética, obligación política, para que el sistema tenga sustentabilidad- es definir cosas para adelante. En este tema, esta no es una Convención -valga la comparación- que pueda definir cosas para ajustar cuentas para atrás. Esta tiene que ser una Convención que

marque un camino, y la idea de terminar con el lucro tiene que ser una idea muy clara, muy definida, para la cual hay que ajustar herramientas.

Sobre el tema del seguro, ¿vamos al seguro a través de la reforma del sistema tributario aplicado a las personas físicas, basado en sus ingresos -es decir, el impuesto a la renta- y, a partir de allí, se estima un porcentaje y se destina al fondo común de la salud, o construimos un sistema de aportes directos al fondo, desde ya creando instrumentos jurídicos y políticos que permitan una transformación en el sistema de financiamiento y en la arquitectura del sistema institucional de salud? O sea, el sistema y el seguro.

El seguro, desde mi punto de vista -aquí estamos opinando mucho a nivel personal, obviamente-, es la punta de lanza del cambio del sistema. El seguro se convierte en el financiamiento, en el elemento que permite articular el conjunto de los cambios del sistema. O sea que es un seguro hacia un sistema de salud.

Para ese seguro voy a esbozar cuatro características, si me da el tiempo.

Los usuarios deben aportar al sistema en función de su ingreso familiar, con un mínimo no imponible, y eso les da derecho a una cobertura integral de servicios: que pague más el que tiene más, y menos el que tiene menos. Las tasas de los que van a pagar deben ser progresivas, según el ingreso y el tamaño de las familias.

Las Empresas públicas y privadas deben aportar al fondo un financiamiento. Este aporte podría mantenerse en el nivel actual de 5% sobre la nómina de salarios.

La cuestión no radica en eliminar DISSE, como se ha dicho, sino en ampliarla, en extender ese sistema, en generar para los trabajadores una dinámica diferente.

El Estado complementará dichos ingresos con un aporte presupuestal. Además del que hoy hace como aporte regular para los gastos de Salud Pública -que es insuficiente, como dijimos antes-, en una primera etapa -y eso tiene que ver con lo que decía el Dr. Baltasar Aguilar- es importante definir fuertes inversiones en centros de salud, policlínicas y hospitales públicos para que presten una atención de calidad, tal como la que se requiere para el sector mutual.

Esto es muy importante en esta definición. No es que los recursos sean infinitos, sino que las reingenierías, las reorientaciones siempre se hacen aportando algo; y si hay prioridad política en cuanto a que el sistema de salud es un factor articulador de las políticas sociales, habrá que definir recursos en una primera etapa para propiciar esa reingeniería.

¿Cuántos son esos recursos? ¿Son U\$S 300:000.000, son U\$S 500.000, son U\$S 800:000.000? No sé; habrá que ajustar, habrá que afinar el lápiz. Pero tengamos clara una cosa: en el sector financiero se gastaron U\$S 2.000:000.000. Tengamos claro que para reorientar un sistema que articula derechos humanos es posible y necesario destinar otros recursos.

Dr. ROBERT LONG.- Con el ánimo de continuar lo expresado por los compañeros, me preocupa tremendamente hoy -y creo que, más que un mensaje de la Convención, es algo en lo que hay que pensar apenas termine- cómo enfocar el problema del trabajo médico en los médicos jóvenes.

Cuando ya desde octubre o noviembre las autoridades de la Federación y del SMU comenzaron a mostrar su inquietud por este tema, esto fue avanzando y, en algunas reuniones en aquel momento, y ahora ya en forma mucho más avanzada, hemos visto que el médico joven está muy lejos de estas inquietudes. La problemática del médico joven es hoy, ayer o mañana, y no está muy claro cómo va a acceder a fuentes de trabajo y a condiciones laborales y salariales dignas, como corresponde.

Es un tema tremendamente preocupante. Independientemente de lo que nuestra Facultad tenga que hacer en cuanto a su formación o al número, hoy en día existen miles de médicos jóvenes que no encuentran solución de trabajo por todo lo que aquí se ha dicho sobre el sistema. Creo que es un gran desafío que no puede esperar a que se produzcan todos estos cambios y me parece que es algo que los gremios deben asumirlo. Hasta ahora hemos visto -y lo tenemos que decir como autocrítica- que los gremios han sido como testigos o a veces han tenido sólo expresiones de carácter testimonial ante el cierre de instituciones y la pérdida de una cantidad de fuentes de trabajo. Hoy en día hay miles de médicos muy jóvenes que no sé cómo están mirando la Convención, pero, por lo que uno habla, la ven como algo bastante lejano, en donde se discute una cantidad de cosas que no entienden mucho, y ellos están solicitando soluciones ya.

Creo que los gremios deben tener creatividad. Es lo que dijo la Dra. Graciela Ubach hace un rato: el laudo del Grupo 40 es un mamarracho, pero aparte de ser un mamarracho, privilegia a algunos y no privilegia a otros. Hay otras formas que urgentemente hay que ponerse a considerar e implementar. Las hay, como decían el Dr. Aguilar y otros compañeros, y hay que tener coraje y enfrentar determinadas situaciones, con lo cual van a salir los recursos. No nuevos recursos; tiene que haber una redistribución de los recursos. Es clarísimo lo que estamos diciendo -todos lo conocemos- y estoy totalmente de acuerdo con el Dr. Aguilar en que los mayores obstáculos están dentro del cuerpo médico. Tengamos los gremios el suficiente valor para enfrentarlo, pidámosles cuentas a ellos y busquemos la forma de incentivar actividades y desincentivar otras. No digo que de allí sacaremos todos los recursos necesarios para empezar a paliar las situaciones existentes, pero es una forma de encararlo y de que los médicos jóvenes miren con un poco de optimismo este tipo de documentos y de foros, que no entienden mucho porque el problema de ellos -repito- es mañana o pasado mañana, con sus familias, etc.

Creo -insisto- que ese tema debe tomarlo la Convención en forma subrayada y plantear soluciones lo más pronto posible.

Dra. GRACIELA UBACH.- Algunas de las propuestas las hicimos en nuestra intervención. Quería agregar otras que había dejado para la segunda parte.

Por un lado, pienso que los fondos tienen que salir de la racionalización a través de un conjunto de medidas; es decir, no sólo en la alta tecnología, que ya podríamos empezar a racionalizar. Ya hay algunos procedimientos que antiguamente eran de alta tecnología y que no lo son más, y deben incorporarse nuevos. Esto debe tener una revisión periódica, sistemática, precisamente para ir adecuando el avance del conocimiento científico a la resolución de los temas.

Pero no sólo hay que racionalizar a punto de partida de la alta tecnología. Hay que racionalizar todo el sistema, evitando la superposición que actualmente existe, que hace que, a la vez, en un mismo barrio estén funcionando cinco policlínicas, cuando con el mismo personal, turnándolo, se podría cubrir una y brindar una mejor calidad de atención. Es decir, se requiere la racionalización del conjunto del sistema.

Sin duda, esta racionalización debe comprender todo lo relativo a la gestión, y cuando hablaba de experiencias demostrativas, me refería justamente a estas experiencias de compras centralizadas del Estado, que hemos propuesto ampliarlas no sólo a los insumos médico-quirúrgicos, sino a otros elementos -ahora se creó la unidad de compras de alimentos- y, por supuesto, para el conjunto de las instituciones sanitarias públicas y privadas, y también para las no sanitarias, como las educativas y demás, porque el hecho

de que el conjunto del Estado se racionalice estableciendo una central de compras es algo básico, esencial.

El otro elemento importante que queríamos proponer tiene que ver con la brutal deuda que generó el sector privado; por un lado, el endeudamiento salarial, que es parte de la contribución que han hecho los técnicos sanitarios -me excluyo porque siempre trabajé a nivel público- para sustentar este sistema; y, por otro, la deuda que muchas instituciones tenían en sus aportes al Estado y en el pago de impuestos. La propuesta es que esos locales que se están tuguizando -que son inversiones sociales muy importantes- pasen a formar parte de la infraestructura pública, de manera de tener una adecuada utilización y evitar justamente esta tuguización.

Otro elemento -me parece que aquí hay un componente sustancial en cuanto al direccionamiento, por el poder que tiene la autoridad sanitaria- es establecer reglas claras de redireccionamiento del sistema, utilizando todo lo que es la cuota DISSE, no sólo desde el punto de vista de exigir información, sino desde el punto de vista de exigir transformaciones del modelo de atención que, justamente, se basen en la aplicación de modelos integrales de atención, regionalizados, en los que prevalezca la atención integral y un primer y segundo nivel altamente resolutivos, de manera que se racionalicen los recursos en términos generales.

En este mismo sentido, la autoridad sanitaria tiene capacidad, por este mismo poder, de dar otra estructura al sistema de cargos, precisamente en la exigencia de desplegar esta red de atención y este nuevo modelo de atención que haga que se destinen recursos que actualmente pueden estar subocupados o mal ocupados, a un programa de atención más integral y donde realmente, cuando se llegue a la necesidad de la aplicación de la alta tecnología, sea porque los recursos resolutivos fueron agotados en los escalones anteriores. Ya hablé de la importancia de los salarios y de los topes. Y hay un elemento en el que discrepo, y es que me parece que es de competencia de la autoridad sanitaria garantizar la normatización, la conducción del sistema. Algunos alumnos que tengo ahí me escuchan decir siempre que el sistema no se autorregula; hasta las lombrices tienen un órgano rector, y aquí el órgano rector es la autoridad sanitaria, y si no está regulado es porque no se reguló. Acá hay responsabilidades de omisión, que tendrán que ser salvadas, en cuanto a las prerrogativas de la autoridad sanitaria para conducir, direccionar y hacer que esto se convierta en los cambios posibles, ya que son tan necesarios.

Dr. ÁLVARO VERO.- Creo que estamos frente a un desafío que es absolutamente cautivante para nosotros, los médicos, pero que, además, compromete e invita. Porque ustedes deben saber que esto no es un mensaje finalista; es simplemente la invitación de la Convención Médica al aporte de cada uno de los médicos de este país.

Resumiendo un poco, hay algunos aspectos que no debemos ignorar. Hay que establecer claramente, como ya se dijo, qué salud y qué sistema de atención estamos planteando, cuánto podemos gastar y cuánto debemos gastar, y qué quiere el usuario. ¿El usuario está convencido en cuanto a los planes de promoción y de hábitos saludables? Yo no estoy tan seguro. Creo que debemos, además, ejercer una tarea educativa con cada uno de nuestros pacientes.

¿Cuál es el perfil, como ya señalaba la Dra. Ubach, del médico que necesitamos para el modelo que nos estamos proponiendo? ¿Lo tenemos en la cuantía suficiente? Es otra gran interrogante.

Y está el mapeo político, esa tarea que cada uno de nosotros estamos obligados a hacer.

En esa etapa de transición me preocupa la gobernabilidad de este proceso de reforma, y en esto debemos estar muy atentos y unidos. ¿Por qué debemos estar muy unidos? Porque, además de estar unidos y ser contestes en este mensaje, también debemos, como médicos, estar unidos como intérpretes de esta partitura que hoy estamos compartiendo.

Debemos saber que va a haber una interacción Estado-sociedad civil. Esto es muy claro. Esto, como expresión sanitaria, va a tener un reflejo en el Estado, en ese paquete de normas que nosotros nos damos para la convivencia. Pero esta es la demanda más sentida que puede tener esta sociedad, o sea que es una demanda más que singular. Debemos convocar a la participación ciudadana. Debemos saber que la magnitud de los cambios que se van a proponer va a desatar conflictos entre los sectores políticos, gremiales y médicos. Esto, que implica el establecimiento de un nuevo contrato social, es un imperativo democrático. Para ello, creo que nuestra próxima misión es determinar aquellos actores sociales y económicos con los que va a haber que negociar a efectos de poder arribar a un objetivo, a una meta que no es ni más ni menos que la salud de este pueblo.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Después de estas dos series de intervenciones de nuestros distinguidos panelistas, creo que el Comité Organizador de la Convención tiene por qué sentirse ampliamente satisfecho del resultado.

Hemos escuchado reflexiones de enorme valor, que confirman la capacidad intelectual, la experiencia y el poder de síntesis de los expositores, que en muy pocos minutos han hecho transcurrir en sus decires prácticamente la enorme mayoría de los temas que plantean dificultades y, además, han aportado posibles soluciones a la mayor parte de los problemas que en este momento enfrenta la atención médica para poder contribuir adecuadamente a la salud.

Naturalmente que con las exposiciones realizadas, de la misma manera que con los informes y documentos producidos por las Comisiones Relatoras, se podrá coincidir total o parcialmente, se podrá tener determinados matices o se podrá discrepar. Eso es parte del proceso democrático, con el cual estamos comprometidos definitivamente, que rige el desarrollo de la Convención Médica.

El tema ha quedado planteado aquí hacia todos los Convencionales y este Foro ha sido difundido a través de la transmisión de TV Ciudad, que, por cierto, agradecemos enormemente. Además, vamos a tratar de que, a través de los medios disponibles, llegue a todas las Asambleas Zonales de Montevideo y del interior la versión de estas intervenciones que han sido realmente motivadoras de la participación, de la reflexión, y confirmadoras de la necesidad de una opinión médica en torno a este tema. Así ha sido dicho aquí con absoluta razón, y se ha confirmado lo que hemos expuesto todos a través de la Convención Médica: la opinión de los médicos no es suficiente, pero es necesaria. Esa opinión de los médicos, para tener la fuerza y el valor que corresponde, debe ser expresada a través de un acontecimiento como el que estamos viviendo, de una Convención Médica que de alguna manera ratifique que los médicos tienen el interés, la intención y la responsabilidad de opinar sobre estos temas tan importantes de la salud.

Ante todo, tenemos que confirmar -no sólo nosotros, sino a través de la participación de la comunidad y a través del convencimiento de quienes conducen el país- que la salud es una prioridad, porque es un fin y un medio para el desarrollo y para la vida del individuo.

Los cambios son necesarios y debemos analizarlos con la serenidad y la fortaleza necesarias como para saber que no son cambios bruscos y de ciento ochenta grados, de un día para el otro. Y eso también tenemos que transmitirlo a la comunidad: son cambios progresivos que tienen que privilegiar, como aquí se ha dicho, las situaciones de

emergencia, las situaciones de quienes en este momento no tienen nada en materia de salud, no tienen nada en materia de atención médica.

Todos estos aspectos están también vinculados a la necesidad de recursos adecuados en su monto, en su distribución y en su utilización. Y en todo esto tiene un papel preponderante la gestión, por una parte, de quienes tienen la obligación de realizarla, y también la educación del usuario para la utilización de esos recursos.

En todo esto tienen una participación muy sustancial las condiciones de trabajo médico y la educación médica: cuál es el médico que necesitamos; cómo se está formando y qué modificaciones se requieren al respecto; cómo distribuimos y utilizamos adecuadamente ese enorme capital que tenemos desde el punto de vista científico y social, que son nuestros médicos jóvenes; cómo los interesamos para que participen e intervengan en esta Convención y en las etapas que vendrán después. Si nosotros miramos el auditorio que hoy tenemos aquí, seguramente hay una muy clara minoría de médicos jóvenes. Tenemos que propiciar una mayor participación de ellos.

Todos estos son desafíos en los cuales los médicos tenemos una enorme responsabilidad. Están planteados y los médicos tenemos la palabra hacia el futuro.

Agradecemos enormemente a los panelistas la contribución que han hecho -creo que ha sido absolutamente invaluable- y la presencia de todos ustedes.