

8ª. CONVENCION MÉDICA NACIONAL

ASAMBLEA DE LA CIUDAD DE LA COSTA

Los médicos de la Ciudad de la Costa, reunidos en asamblea, consideramos los documentos de discusión emanados de la Comisión Organizadora. Luego del análisis de los mismos, se consideró que faltaba una discusión por dar, y que la misma era precedente a las anteriores: nos referimos al marco conceptual ideológico, el que a su vez se halla basado en una concepción epistemológica subyacente de la idea de medicina y de ciencia que tenemos.

Al intentar buscar una respuesta a dicha interrogante, surgió la toma de conciencia de haber sido formados en una concepción de la ciencia y de la medicina, absolutamente positivistas. La misma impregna todas nuestras prácticas (la consideración de asistir "pacientes" en vez de "usuarios" es una clara muestra de ello). Concepción que pudo haber sido eficaz en otro contexto de país, en otra sociedad (moderna). Hoy asistimos a la crisis de un país con una falsa globalización, una sociedad con enormes contradicciones (con crisis de valores postmodernos), inmersa en una terrible crisis económica, origen y determinante de la desestructuración social que vivimos. Es por ello, que aquella medicina neoliberal aplicada en un país del tercer mundo hoy no da las respuestas necesarias ni a usuarios de los servicios de salud, ni a los profesionales que estamos a su servicio.

Sin embargo, buena parte de nuestros colegas, y aún las autoridades del MSP, insisten en dicho modelo. Días atrás, en uno de los debates, el Dr. Bagnulo, reafirmaba este punto de vista, que no compartimos, de considerar a la salud como una obligación personal. Otra muestra de lo antedicho, son algunas afirmaciones de jefes tanto del mutualismo como del propio MSP, que hablan de "productividad médica" según el número de usuarios asistidos, sin tener en cuenta las patologías, las condiciones de dicha asistencia ni la efectividad de la intervención del profesional a cargo. Y aquí surge nuestra propia contradicción, -que bueno es notarla-, hablamos de asistir patologías, y de trabajar con ellas, y de percibir remuneración por ellas, cuando, desde otra concepción, deberíamos trabajar para la salud, y, por lo tanto, cobrar por mantener la salud de la población.

Pero estas contradicciones no surgen porque sí. La mayoría de nosotros, médicos formados durante la dictadura o, recibiendo su herencia, no hemos sido formados para cuestionarnos sobre que tipo de médico somos y queremos ser, que tipo de Medicina queremos hacer, y sobre todo, a que tipo de salud queremos apostar.

Es por ello, que consideramos imprescindible antes de cualquier discusión, el plantearnos el interrogante epistemológico. Esta interrogante, debe estar presente a la hora de pensar que sistema de salud queremos, en que condiciones queremos trabajar, que sistema ético debería regirnos. Pero ante todo, creemos que las futuras generaciones deben ser educadas en la disyuntiva epistemológica en forma permanente y para ello, la epistemología debe estar integrada al plan de estudios de la facultad. Y obviamente, el interrogante debe ser planteado a todos aquellos colegas docentes de la facultad que tienen dicha responsabilidad sobre sus hombros. No podemos discutir si debe o no existir un ingreso a Facultad, ni que tipo de evaluación hacer, ni que plan de estudios seguir sin la toma de conciencia de estos aspectos.

Es por ello, y con las carencias que presentamos, transcribimos el siguiente texto de Gerard Fourez de la Universidad de Namur, Bélgica (Fourez, G: "La construcción del conocimiento científico. Sociología y ética de la ciencia" - 2ª. Edición actualizada, Narcea, S.A. de Ediciones, Madrid, 1998):

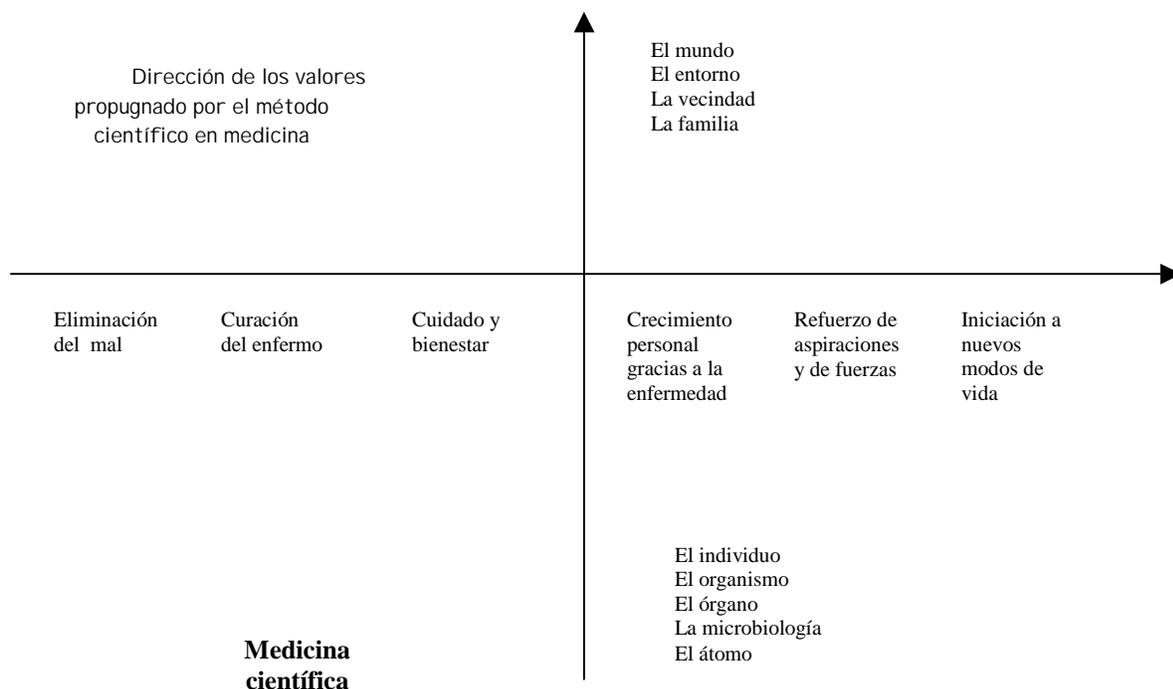
"Ejemplo de un paradigma y de sus condiciones sociales: la medicina científica"

La descripción del paradigma de una disciplina siempre tiene que hacerse mediante un metalenguaje, es decir, adoptando un lenguaje no especializado, por lo tanto distinto al de la disciplina. Podemos encontrar en la literatura diferentes descripciones del paradigma de ciertas disciplinas. Así, Francois Jacob (1970), en su libro *La lógica de lo viviente*, ha presentado una historia de la biología que viene a ser una descripción de la evolución del paradigma de esa disciplina. Prigogine y Stengers, en *La nueva alianza* (1979), hicieron lo mismo con la física evidenciando la ruptura con el antiguo paradigma clásico y las nuevas perspectivas.

Vamos a presentar el paradigma de la medicina científica, tal y como se puede percibir a través del concepto de salud, desarrollado por el doctor Lambourne (1970 y 1972). Veremos que, según él, lo que confiere su fisonomía a este paradigma es la elección de unos determinados valores. Insistiremos en la relación que existe entre ese paradigma y ciertos valores con determinadas prácticas sociales. Sabemos que dicho paradigma aportó gran eficacia a las prácticas médicas, consideraremos la particularidad de éstas.

El concepto de "medicina" no se establece de una vez por todas. Va unido a las culturas. Por ejemplo, al médico chino se le paga mientras el cliente está sano, mientras que el médico occidental sólo cobra su remuneración cuando el cliente está enfermo. Está claro que esto provocará modificaciones en relación con lo que se considere importante y valorado en medicina. El concepto de salud tampoco cae del cielo: es una construcción unida a la cultura.

Para definir el concepto de salud, el doctor Lambourne propone un esquema tridimensional: siguiendo un eje vertical anota la extensión del campo de la medicina, desde la microbiología, el organismo, el individuo, la familia, la vecindad, el entorno, hasta todo el mundo (ver figura). Siguiendo el eje horizontal se señalan los modos de concebir los cuidados de la salud: "eliminación" de la enfermedad, curación del enfermo, cuidados y bienestar del enfermo, crecimiento personal gracias a la enfermedad, refuerzo de las aspiraciones y de las fuerzas del enfermo, iniciación en nuevos modos de vida.



En este marco, no es difícil ver que la medicina científica se ha caracterizado históricamente por una selección de valores que privilegia la parte inferior izquierda del gráfico. Cuanto más restringido es el terreno de la medicina – la microbiología, por ejemplo-, y mejor definido está un problema – por ejemplo, la “extracción de la enfermedad-, más científica se considerará esa medicina. El interés de la medicina moderna se sitúa en algún lugar del eje horizontal, entre la extracción de la enfermedad y la curación del enfermo; y en el eje vertical, entre la medicina orgánica y la familiar. La importancia que se ha dado desde hace algunos decenios a los aspectos psicológicos de la medicina ha modificado ese interés, desplazándolo un poco en dirección nordeste del gráfico. Las ideologías ecologistas acentúan esa orientación.

La elección de la medicina científica ha estado determinada por la práctica médica. El que se haya dirigido en primer lugar a pacientes capaces de cuidarse y de pagar al médico tiene relación con la valoración que hemos visto. Si los cuidados de la salud se hubieran dirigido en primer lugar a las masas, las ciencias de la salud habrían dado mucha más importancia a la higiene de lo que ha hecho la medicina. También, sin duda, lo preventivo habría primado sobre lo curativo.

La forma en que hoy está estructurado el paradigma, el significado de la palabra “curar” será determinado por la ciencia médica más que por los problemas concretos. Por ejemplo, en los países subdesarrollados, los médicos pueden considerarse capaces de curar lombrices intestinales aunque, evidentemente, la población no se ha liberado de ellas. Y es que, para los médicos, la palabra “curar” significa “curar dentro de un marco hospitalario”, es decir habiendo suprimido todas las otras variables del problema concreto –variables económicas, culturales, políticas, etc.-. Así se puede comprobar esa paradójica situación en la que los médicos se creen capaces de curar la enfermedad, mientras la gente sigue sufriendola, incluso muriendo a causa de ella. Sucede simplemente que la noción corriente de curación se ha desplazado al paradigma de la medicina científica y ha sido redefinida por él.

Si el paradigma de la medicina científica contribuye a que, para mejorar la salud de la población de los países desarrollados, se recurra más fácilmente a los medicamentos que a modificar los hábitos de vida, sus repercusiones son aún más graves en los países subdesarrollados. En la mayoría de ellos, las estructuras de la medicina científica sólo han dado como resultado la construcción de grandes hospitales modernos, allí, algunos enfermos están cuidados con todos los recursos, mientras a su lado, centenares de personas experimentan violentamente la necesidad de nuevas formas de vida. El fracaso de la medicina científica allí es tal que la mayoría de los médicos formados en nuestros países desarrollados no desean volver a ellos o si lo hacen, no desean trabajar entre la población menos privilegiada. La formación científica que han recibido aquí les hace menos aptos para percibir las cuestiones de salud tal y como allí se plantean. ¿Qué puede hacer un especialista en cirugía del corazón cuando la mayoría de la población sufre de parásitos intestinales? ¿Para qué sirve un diagnóstico muy preciso si sólo se puede aplicar a unos pocos? Esos ejemplos nos muestran que el valor de un conocimiento, igual que el de una tecnología, va siempre unido a un contexto social: los conocimientos como las tecnologías pueden ser más o menos apropiados.

Nos podríamos preguntar lo que sería un concepto de salud en el que la dirección de los vectores de valores, en lugar de apuntar hacia el sudoeste del gráfico, se dirigiera al nordeste.

En ese caso el acento se pondría en la investigación de nuevos modos de vivir y morir, en reforzar las energías de las personas, en la convivencia, sin descuidar por ello el aspecto microscópico y el de la eliminación de la enfermedad. Se detectan tendencias de este signo en nuestra sociedad, pero generalmente son consideradas como "menos científicas".

Semejante cambio de paradigma tendría consecuencias sobre las prácticas de los trabajadores de la salud. Se pondría el acento en los equipos y el médicos que diagnostica no tendría, necesariamente y en todos los casos, el papel principal. Se daría mauro importancia a los cuidados, a la educación y a la promoción de los valores de vida. Semejante aproximación no dirigiría sus esfuerzos hacia un individuo "abstracto" por estar separado de la realidad afectiva y social en que vive, sino hacia una persona integrada en su vecindad, su ambiente laboral, su región y el universo. Por ejemplo, respecto a cuando alguien está a punto de morir, el equipo se centraría más en el acompañamiento del moribundo que en la técnica médica tal como hoy se entiende. Lo que no quiere decir que las ciencias de la salud fuesen menos técnicas, sino que lo serían de otra forma. La profesión de la enfermera sería valorada porque se consideraría importante que una persona fuese bien acogida, reconfortada y cuidada personalmente hasta el punto de poder enriquecerse gracias a su enfermedad y sacar de ella nuevas fuerzas. Otros conocimientos, y organizados de otra forma, se considerarían quizás tan eficaces como los que conocemos.

El análisis de la medicina que acabamos de ofrecer es un caso en el que es especialmente fácil observar el funcionamiento mental y social del paradigma. La fuerza y la debilidad de la medicina científica provienen del aspecto reductor del paradigma. "

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En consideración de lo antes sostenido, y tomando la reflexión del autor que nos precede, hemos utilizado como base el trabajo del Dr. José Artigas, al cual con su autorización hemos hecho algunos agregados:

REFLEXIONES SOBRE LA SALUD

Definición de la OMS: la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Entonces, el hombre saludable sería aquel que tuviera aseguradas, además del cuidado de su vida -para que la misma transcurra libre de enfermedades o afecciones, mediante medidas preventivas y/o curativas, oportunamente administradas- su alimentación, su ropa, su techo, su educación, su trabajo, su descanso y su recreación.

Debemos agregar, a aquella definición estática y conformando entonces la **definición dinámica del tema**, las medidas que el individuo y/o la sociedad implementaren a fin de mantener (o recuperar si se pierde), ese estado de ausencia de enfermedad y/o de bienestar físico y espiritual.

Por otra parte, el artículo 25 de la Declaración universal de los DDHH redactada en 1948 y suscripta por Uruguay, dice:

"1. toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar; y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.....

1ª. CONSECUENCIA: LA DEFINICIÓN DE SALUD, IMPLICA QUE LA SOCIEDAD DEBERÍA ASEGURAR AL HOMBRE, DESDE QUE NACE, NO SÓLO ASISTENCIA MÉDICA SINO, ADEMÁS:

- TECHO,
- ALIMENTO,
- ABRIGO,
- EDUCACIÓN
- TRABAJO,
- RECREACIÓN.

2ª. CONSECUENCIA: SI A LA SOCIEDAD LA REPRESENTA EL ESTADO, ÉSTE DEBERÁ HACERSE CARGO.

Nuestros sucesivos gobiernos han ignorado estos compromisos internacionales en forma sistemática, atentando contra la salud del pueblo, en especial la del pueblo más pobre.

No sólo no se han cumplido los objetivos de la OMS, "salud para todos en el año 2000", sino que nos hemos retrasado desde el 2000 a la fecha, lo que se evidencia en:

- Aumento de la mortalidad infantil
- Infantilización de la pobreza
- Aumento de embarazos adolescentes
- Y ni que hablar del resto de los indicadores: la falta de empleo, de vivienda, de seguridad social, de educación, etc. Es más, en los últimos días asistimos a la alarmante noticia de que la tercer causa de mortalidad infantil son suicidios lo que es una muestra más de la falta de salud mental y la violencia que nos aqueja.

Pero, la situación no es solamente responsabilidad de los pasados gobiernos inmediatos, la salud según nuestra Constitución Nacional, es un deber, una obligación y no un derecho como lo establecen las aquellas obligaciones internacionales.

El artículo 44 de la Constitución Nacional vigente desde el año 1967, pero con textos y conceptos heredados, dice:

"el estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social en todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud (prevención), así como el de asistirse en caso de enfermedad (asistencia). El Estado, proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.

Esta consagración de la salud como obligación individual y no como derecho humano inalienable, es un concepto propio del liberalismo económico que consagra la salud y la vida como propiedad individual.

Entendemos que esto merece una reforma constitucional, o mejor aún, una convocatoria a una Asamblea Constituyente, que haga –entre otras mejoras necesarias- de la salud, un derecho social fundamental.

La SALUD para los medios de comunicación.

Cuando los “medios” hablan sobre salud, en realidad se refieren al cuidado de la salud y en especial –en nuestro país- al conjunto de Instituciones que se dedican fundamentalmente, a la función curativa de enfermedades y en menor proporción, a prevenirlas. Esto es importante, pues la actitud moderna, luego de la declaración de Alma Ata (1978), es dar privilegio a la medicina preventiva (primer nivel) sobre la “curativa” (2°, 3er. y 4° niveles).

No sólo debemos prevenir la enfermedad, sino mantener a la población en salud.

Organización actual de la “salud” en Uruguay.

a) análisis

1. personas a asistir

Éramos 3.380.000 habitantes en este país para el año 1998, con una estimación de 3.700.000 habitantes para el 2025. una tasa de crecimiento anual de 0.7; tasa de fecundidad de 2.3; coeficiente de dependencia de 60%; porcentaje de población mayor de 60 años de 17.2; mortalidad infantil (por 1000) 19 para varones y 14 para niñas; mortalidad de adultos (por 1000) 185 para hombres y 89 para mujeres; esperanza de vida al nacer 70 años para hombres y 78 para mujeres; esperanza de vida sana al nacer 64 años; PBI per per anual U\$S 6.802 (PBI total en millones de U\$S 22.300, aproximadamente.

2. técnicos

el n° de médicos en el país (para 1996) era de 12.400 (la cifra actual sería de 13.000), el de odontólogos 4.200; el de enfermeros/as 2.400; de parteras 500. Es decir: 36 a 37 médicos cada 10.000 habitantes (o un médico cada 270 habitantes), un dentista cada 800 habitantes, una unidad de enfermería por cada 1.380 habitantes y una partera cada 6.600. **En este sentido, no existe una relación “ideal” válida –mundialmente establecida- de habitantes por médico,** por lo menos no lo hemos leído en ningún texto, encontramos una mayor o menor relación de n° de habitantes por médico en diferentes países (Cuba 47/10.000; EEUU 26/10.000), pero no una relación óptima y menos aún, “vinculante”, basada en

un determinado estudio científico. Por otra parte, **en el país existen zonas donde la falta de médicos es crónica y sempiterna, o sea que hubo y hay, 0 médico por habitante.**

Hay 113 especialistas en Medicina Familiar por competencia notoria. Por la forma en como obtuvieron el título (amigos de políticos de turno), entendemos que esto debe ser **rechazado por el total de los médicos**. Y más aún, los cargos que no fueron adquiridos por concurso, no deben generar mérito. Cabe acotar, lo que sucede en la Ciudad de la Costa, donde los préstamos internacionales que llegan para financiar proyectos comunitarios en salud, son acaparados por estos "especialistas en Medicina Familiar", que los usan en una red informática (info@redaps.com), lo que no entendemos que beneficio presta a los usuarios de los servicios de salud. Por otro lado, estos especialistas, se encargan de boicotear públicamente (en las redes de ONGs y otros servicios comunitarios) la labor de los colegas que trabajan en el Centro de Salud Ciudad de la Costa (¿qué fines persiguen?).

3. cobertura asistencial actual

de esos aproximadamente tres millones trescientos ochenta mil habitantes del país, tienen "cobertura" asistencial el 88% o sea 2.900.000, quedando el 12% (400.000) en aparente desamparo asistencial. En realidad a este 12% que no tiene cobertura formal, lo integran: 1) indigentes indocumentados; 2) aquellos (indigentes o con precarios recursos) que no pueden o no saben concurrir a solicitar la documentación exigida por el MSP (documentación que, cada vez, la vuelven más compleja para los pobres y poco ilustrados); 3) los desconocedores de los mecanismos asistenciales actuales; 4) los que no cotizan a DI SSE por ser trabajadores independientes; 5) aquellos casos -excepcionales- que optan por asistirse en forma privada individual, - pagando consultas, análisis, internaciones en sanatorios, honorarios médicos y anestésico-quirúrgicos, etc., en caso de intervenciones-.

Del 88% con cobertura, para el año 1998, un 47% (1.550.000) correspondía a afiliados a la medicina privada llamada "colectivizada" (I AMCs, instituciones que no deben derivar en lucro) o a otras modalidades del sistema de pre-pago voluntario; el otro 41% (1.350.000) se asistían en el sub-sector público: ASSE-MSP, Municipios, Hospital de Clínicas (Universidad), Hospital Militar, Hospital Policial, Servicios médicos de Entes Autónomos, etc.

Las informaciones para el año 2002, nos dicen que al sub-sector público concurrían 1.500.000 y al privado colectivizado 1.300.000, sumando 2.800.00, cien mil menos que en 1998, seguramente emigrados. La relación de n° de usuarios del sub-sector privado colectivizado/n°de usuarios del sub-sector público, se invirtió en el término de cuatro años.

4. instituciones prestadoras de servicio.

- **El sector privado** incluye a las I AMCs, los sanatorios privados, las I MAES, las clínicas de Atención, Diagnóstico y Tratamiento, los Seguros Parciales de Atención Médica y de Emergencias y los Consultorios Privados.

- **El sector público** lo integra: el MSP (a través de ASSE), las Intendencias Municipales, el Hospital de Clínicas (de la Universidad de la República), Sanidad Militar, Sanidad Policial, BPS, Banco de Seguros, Banco hipotecario, ANCAP, OSE, Ministerio de Transporte y Obras Públicas. Hay otro prestador que se lo considera en el sector "público" y lo es el FNR, interviniendo a través de los IMAES, en realidad como financiador. Los asistidos por el MSP-ASSE son la enorme mayoría y pueden asistirse por pago de aranceles o (la mayoría) mediante la tenencia de un carné (Carné de Asistencia) que, hasta hace poco, se llamaba "carné de pobre".

En suma y para recordar mejor: **casi un diez por ciento de la población del país carece de una cobertura asistencial "legal" reconocida; casi cincuenta por ciento (la mitad de la población) se asiste dentro del sector público (34%, un tercio del total, en los locales del MSP-ASSE, gratuitamente o por pago del arancel y un 7% se asiste en otros sectores "públicos"); un cuarenta por ciento (dos quintas partes) se asisten en el sistema privado por pre-pago mensual voluntario - individual o por convenios (colectivos gremiales o familiares)- y/o por derechos de DISSE (IAMCs).**

b) gasto en salud para el Uruguay

1998: U\$S 2.292.000.000 = 10.2 del PBI (697 U\$S per per)

2002: U\$S

sector público (1998): U\$S 1.063.000.000

promedio por beneficiario en el MSP: U\$S 320 (1998)

sector privado (1995): U\$S 1.272.00.000

promedio por beneficiario en las IAMCs: U\$S 620 (1995/96)

financiamiento:

sub-sector público

sub-sector privado

Hoy, 12/7/2004: 8.5% del PBI = gasto en salud. Pero también hay "gastos ocultos en salud".

¿cuántos carnés hay expedidos? No se sabe.

Calidad de la medicina "curativa"

El Ministro Bonilla acaba de ilustrarnos respecto al gasto en salud y a la calidad de la medicina resultante de ese gasto: **estamos en 3er. lugar en gasto y en el lugar 55°!** **Con respecto al resultado de ese gasto.** Lo que no dijo es que, tanto el PBI en números, como el gasto en salud, se redujeron a la mitad.

Nosotros sabíamos de esta falta de eficiencia. Para evaluar la calidad de la medicina, aparte de los indicadores que maneja el Ministro, nos basta con mirar que hacen los ricos, los políticos y algunos médicos, cuando se enferman: si se quedan o si se van a otro país. Habría que estudiar la cantidad de esta gente que se va y su probable aumento, esto estaría dando un índice -indirecto- importante de la calidad asistencial (a mayor número de viajeros, peor calidad asistencial).

1. Responsabilidades de la Facultad de Medicina en los déficits de calidad.

Estudiantes de pre y post-grado apremiados por problemas económicos -cada vez mayores- dedican menos tiempo a su formación y culminan sus estudios con inferior capacitación a los precedentes.

Hacinamiento en aulas y demás lugares de estudio

Imposibilidad económica de incorporar nuevas tecnologías para hacer que los estudiantes de pre o post-grado se entrenen en ambientes de la propia Facultad y no en clínicas privadas, fuera de la ayuda y control de los profesores elegidos por libre aspiración y concursos.

Bajos salarios para los docentes, consecuencia directa -también de la "asfixia" económica a que está sometida -desde que la integramos y aún antes- la Universidad, fomentando la aspiración a las cátedras con el objetivo -espúreo- de conseguir mejores ubicaciones en el mercado laboral, para mayores volúmenes salariales, debiendo dedicar muchas horas de trabajo, lo que hace desatender la función docente y además, las funciones asistenciales y de investigación.

2. responsabilidades del MSP:

- omiso en el cumplimiento de sus funciones normatizadoras (Ley Orgánica De 1934), fiscalizadoras y reguladoras (evitando superposición de funciones en las fronteras de intereses).
- Incumplimiento, también, de la Ley Orgánica en cuanto que esta ley obliga a concursar las vacantes de cargos. Desde 1971 no se realizan concursos para llenar vacantes de cargos. Desde 1971 no se realizan concursos para llenar vacantes con funcionarios presupuestados titulares. Hasta hace seis años, el MSP tenía solamente seis médicos titulares en sus planillas, de un total de 4.000 cargos médicos y hoy, por fallecimientos y jubilaciones, no debe tener ningún presupuestado titular. Los restantes funcionarios son presupuestados interinos; suplentes (algunos ingresados por un remedo de concurso, con el increíble invento legal "laboral" de tener suplentes "fijos" (permanentes) y eventuales (a convocatoria); contratados "410", contratados por obra, etc. se podría establecer más de veinte tipos de relaciones jurídicas entre los funcionarios y el MSP.
- Ausencia de escalafón, no hay escalas jerárquicas, por lo que no hay jefaturas reconocidas lo que, unido a la ausencia de concursos, conspira contra la excelencia del personal dedicado a la asistencia.
- Bajísimos salarios (entre sueldo base, ajustes por aumentos obtenidos en el pasado, antigüedad y etc., consiguen hasta \$2.800 por 24 hs. semanales de trabajo); actualmente ofrecen "incentivos" a algunos grupos o individuos seleccionados sin un criterio equilibrado, justo y en pos de una mejor

atención. Lo hacen a través de las Comisiones de Apoyo de las distintas Unidades Ejecutoras, que reciben proventos de ASSE y termina habiendo un manejo político de este "aumento" de la remuneración.

- Condiciones laborales inseguras, inciertas en todos los sentidos.
- De la combinación de estos factores, el resultado es el multiempleo, fantasma laboral de médicos y funcionarios no médicos del sistema asistencial en general, que conlleva stress, mala preparación y disposición para la asistencia y mala ejecución de actos médicos.
- Debilitamiento del apoyo legal del MSP, para el ejercicio de la Medicina.
- Recursos humanos y materiales insuficientes. Se trabaja con el 25% del personal "secundario" necesario para funcionar en Policlínicas y hospitales, en estos últimos hasta se utilizan personas no tituladas, "agregados" como en la medicina del siglo XIX, que comen y duermen en el hospital tomando de los familiares o de los propios enfermos, dinero como propina. Al no estar en planillas ni escalafón, ni pertenecer al "equipo asistencial", no responden a jerarquías ni reciben -o no cumplen- órdenes, salvo de quienes ellos quieran. Por otra parte, los insumos en medicamentos y/o materiales quirúrgicos necesarios, son retaceados en un grado importante.
- Se debe rescatar elementos que forman parte de la atención primaria. El MSP cumple en cuanto a vacunaciones (con algunas dudas del pasado reciente en el manejo político de la vacuna antimeningocócica), en cuanto a control de plagas y eliminación de vectores y en cuanto a algunas campañas preventivas (lucha contra la hidatidosis).
- La descoordinación entre los servicios del MSP es un problema prioritario a solucionar. En nuestra zona eso se agudiza ya que teniendo como hospital de referencia al Pasteur, pacientes que requieren tomografía, no se pueden referir al Hospital Maciel que cuenta con tomógrafo, y se contratan servicios privados encareciendo la asistencia y lo que es aún peor demorando el inicio del tratamiento del paciente.

La suma de estos factores da como resultado una pésima asistencia en el amplio sentido de la palabra o sea: ayudar a alguien a sortear un trance de enfermedad. La calidad de la investigación, así como la de la docencia, son -por las mismas razones- de mala calidad. Su intervención en torno a la medicina preventiva es, parcial y mínimamente, rescatable.

3. responsabilidades del sector privado colectivo

aquí la responsabilidad debe ser parcialmente trasladada al MSP por haber omitido sus funciones normativa, fiscalizadora y reguladora sobre el sector, durante años.

Compuesto por las IAMCs y los seguros parciales de asistencia, emergencias y traslado, ofrecen asistencia regulada y limitada por un contrato (plagado de "letras chicas" los seguros parciales) de pre-pago mensual (cuota) y co-pagos incidentales de órdenes y/o tickets.

Como recursos humanos:

- 1) emplea funcionarios no médicos por 6 horas diarias, tal y como indica la ley, no pudiendo impedir –a pesar de la ley de 8 horas- que ese trabajador contrate otras 6 hs. en otro –u otros- organismo asistencial. Eso y la insuficiencia del salario percibido por el trabajo de 6 hs., llevan al multiempleo de los funcionarios no médico. Sería preferible, para los intereses sociales, que se trabajara 8 hs. (máximo) bien remuneradas. Los funcionarios rechazan la idea porque trabajando 12 hs. y a veces más (¡hubo un funcionario de enfermería que trabajaba 24 hs. diarias!) redondean un ingreso que les permite vivir mejor; 2) emplea médicos a quienes se los contrata en lo que podemos denominar “fracciones de cargos”, que no llegan a un requerimiento (o carga) horario mínimo diario racional, permitiendo y/u obligando (sumándose a las bajas remuneraciones) a los técnicos médicos a que acumulen varios de esos fragmentos de cargos.

Como financiación del sector, cuentan con una cuota mensual de alrededor de 20 dólares, co-pagos por órdenes y tickets de alrededor de \$100 c/u, por lo cual los más pobres se abstienen de consultar y cuando lo hacen es, en general con afecciones inconvenientemente evolucionadas. Además cuentan con legados y donaciones.

Al principio esta financiación era sólo a cuotas –garantizando todos los derechos para el afiliado- más legados y donaciones, luego aparecieron los tickets “moderadores” para evitar abusos; más tarde apareció el control de los precios por la “coprín” impidiendo la suba de las cuotas, lo que llevó –aparte de a una más ajustada administración- a un déficit en las IAMCs que se hizo muy importante; esta situación persistió, más recientemente, en la política de cuasi congelamiento de cuotas y ante los reclamos de las instituciones interesadas, se intentó subsanarlo autorizando el aumento de los co-pagos con lo que los tickets aumentaron su valor, tanto que se transformaron de moderadores en recaudadores y sobre todo, inhibidores.

Las economías de las IAMCs son (teóricamente) “tubulares” con una boca por donde entran los recursos y una salida de dinero para sueldos (técnicos y de funcionarios), medicamentos y fondos –como el obligatorio de inversiones (al que el PE, no dudó en autorizar echarle mano).- El que CASMU recibe, entre todos sus ingresos, un aproximado a 15.000.000 de dólares mensuales que se dedican al reparto entre médicos, funcionarios no médicos, medicamentos y deudas financieras.

Frente a la aumentada inestabilidad económico-administrativa del sector privado, colectivo, el MSP intentó retomar su papel normativo: elaboró y emitió un documento el día 4/IV/2001, sobre políticas del mutualismo con la pretensión de salvar a las IAMCs. En este documento, el MSP reconoce el principio de solidaridad, el de universalidad, el de equidad y el de integralidad. Pero el SMU los había proclamado para todos, o sea el sector público y el privado, y no se los puede aceptar parar uno solo de los sectores; el MSP debería antes aplicarlo en su campo de acción, donde arrastra un gran déficit, tanto en lo económico-financiero, como en sus pretendidos logros asistenciales-curativos. Partían de la lógica económica neo-liberal y pretendían que una mutualista funcione bien, cuando le cierran las cuentas, no cuando tiene un porcentaje X de pacientes asistidos con éxito, en un total Y de afiliados. Hay que pensar que, entonces como ahora, al Poder Ejecutivo le interesaba más gastar menos que salvar vidas. Como consecuencia de todos estos factores e intentando

evaluar la calidad de la "salud" en Uruguay y de deslindar responsabilidades en su desmejoramiento, decimos:

La responsabilidad del MSP en lo asistencial, es insalvable, la misma es pésima, tan mala que ningún político lleva ya a un familiar a asistirse, sobre todo si requiere hospitalización, a un local de MSP-ASSE. Pero esta situación podría mejorar a través de que el MSP asumiera sus papeles de rectores de la salud, de encargados de la asistencia de los desposeídos, sin politización, con el aumento de los salarios, con la racionalización de los recursos humanos, el cumplimiento de los concursos, el escalafonamiento de los funcionarios y el mejoramiento de los recursos materiales.

El multiempleo merece un análisis aparte

¿cómo se genera este multi-empleo?

El médico se gradúa aproximadamente con 30 años de edad, en general con familia (o compromiso de tal) a su cargo; no tiene cargo médico titular remunerado (pues no era médico hasta entonces) y se anota para suplencias en el MSP, en alguna (o algunas) I AMC o seguros parciales; si se mantiene como suplente, pasado el tiempo, por jubilación o muerte de algún titular, ingresa a una mutualista, pasado otro tiempo, ingresa en otro cargo titular en otra institución I AMC y así puede encontrarse a los 45 o 50 años de edad en más de un cargo como titular y en otros como suplente. Dada la inseguridad económica en que ha vivido hasta esos momentos, no se desprende de esos cargos y llega a trabajar en algunos casos 14 -o más-, horas diarias. En realidad, llegados a esta etapa, tienden a no cumplir con los horarios acordados y recurren a lo que titulamos "tarjeteo". Esta es la explicación de ese fenómeno negativo del multi-empleo, que se ve más acentuado en el caso de los especialistas quienes deben esperar varios años después de graduados (mínimo tres) para ingresar al "mercado laboral".

Para 1998 el n° promedio de cargos por cada médico era de 2.6; debe hacerse las salvedades de que, en primer lugar, no son cargos de 8 hs. sino fracciones de cargos que ocupan pocas horas diarias de trabajo médico; en segundo lugar y según una encuesta que realizó el SMU en el año 1998, el 7% -o más- de los médicos eran desocupados totales y el 29% eran subocupados (35% entre ambos grupos), un 58% con ocupación plena y sólo un 7% que está "super"ocupado. De acuerdo a estos datos se infiere que habría 800 médicos con 5 o más cargos y otros muchos sub-ocupados o desocupados, 4.200 en total. La ocupación se tiene en cuenta en el conjunto de ámbitos laborales -privado y público- sumados.

Hoy, 16 años después de aquella encuesta, con las condiciones laborales agravadas, la desocupación médica total debe haberse duplicado y a la sub-ocupación nos atrevemos a estimarla en un 40% (5.200), por lo que sumado al 14% estimado de desocupación total, da una cifra de 54% (7.200), lo que hablaría muy mal de la solidaridad y equidad en la distribución del trabajo médico.

Calidad de la medicina preventiva

Inmunizaciones: a cargo del MSP y de algunas I AMCs (CASMU y AE 1° de SM).

Control y erradicación de vectores, a cargo del MSP (Aedes Aegypti)

Policlínicas municipales

Comisión Honoraria para la lucha contra la hidatidosis humana

Promoción de salud a través de educación y campañas preventivas: prácticamente a cargo del MSP y con limitaciones (por ej: campaña contra el SIDA).

Rehabilitación: sobre todo lo realizan algunas IAMCs.

En suma, en cuanto a los resultados de la medicina preventiva fueron muy buenos en inmunizaciones, pero flata una verdadera promoción de salud y vemos indicios de una tendencia a desmejorar por intereses políticos y/o económicos o por presupuestos inadecuados.

Objetivos a perseguir y conseguir:

1. una calidad de medicina óptima.
2. una reforma constitucional –o mejor aún una nueva Constitución- para transformar la “Salud”, de un deber (como es ahora) en un derecho de todos y cada uno de los habitantes de este país.
3. lograr, por ley, un Sistema Nacional de Salud, que sea solidarios, universal, igualitario, equitativo, accesible, integral, a cargo del Estado (como elemento rector), financiado por impuesto a la renta, con intervención de gremios involucrados (médico y no médicos) y los usuarios organizados, en su administración.
4. priorizar el primer nivel de asistencia, sin detrimento de los demás niveles, con adecuada inmunización y promoción de salud. Esto se puede lograr aún dentro de las actuales estructuras.
5. sancionar la Ley del Estatuto del Trabajador de la Salud, que limitará la tarea de los médicos y no médicos a 8 hs. diarias, dividibles (con la actual realidad), en dos cargos de 4 hs. c/u, correctamente remuneradas. **Esta es la única medida que podría terminar con el multiempleo.**
6. mejoría de los presupuesto de la Universidad y del MSP, para lograr mejores funcionarios médicos y no médicos.
7. exigir que todos los cargos titulares –técnicos, médicos y no médicos-, así como los administrativos, sean llenados por concurso, tanto en el MSP, en la Facultad de Medicina y/o en el futuro Sistema Nacional de Salud.
8. salvataje verdadero del Sistema privado colectivo (IAMCs) mientras se implementa el Servicio Nacional de Salud. Salvando hoy al “mutualismo” salvamos al menos, la asistencia de casi el 50% de la población.
9. mejorar las políticas del MSP.
10. exigir la revalorización periódica de los títulos con el sistema de Educación Médica Continua.
11. implementar sendas Auditorías Obligatorias, Contable y Asistencial.

Trabajo médico

Antes de la discusión, queremos remarcar la necesidad de realizar una **encuesta médica nacional** a fin de conocer en detalle, la cantidad de horas de trabajo por médico, la

cantidad de empleos, sus condiciones de contrato -si es que lo tiene-, de lo contrario su condición de precariedad laboral, la remuneración que percibe, las tareas que desempeña (como especialista, como médico en primer nivel asistencial, o bien, desempeñando un trabajo no médico), las posibilidades y deseos de actualizarse.

- Se hace acuerdo con la elaboración de un Estatuto de trabajo Médico y con la necesidad de un Laudo Médico único.
- Se hace el agregado de que otra forma de precarización laboral es la que ocurre en la mayoría de los médicos suplentes del MSP, donde estando en relación de dependencia, no tienen o no se les reconoce carrera funcional y con el desconocimiento por parte de las autoridades del ministerio de los derechos básicos como trabajadores.
- Otra situación de precarización es la de los médicos que trabajan en relación de dependencia pero aportan como unipersonales y por lo tanto sin derechos laborales.
- En cuanto al aporte a la Caja de Jubilaciones Profesionales, el mismo se considera injusto ya que lo único que tiene en cuenta son los años de egreso y no los ingresos por profesional. Los médicos prácticamente sostenemos la CJP, pero quedando excluidos de sus beneficios un buen número de colegas. Por otro lado, se da la paradoja de que algunos médicos rechazan ofertas de trabajo por su obligación de pagar la CJP lo que se convierte en un intercambio de dinero. Por otro lado, no tenemos asistencia médica a través de dicho subsistema.
- Del Fondo de Solidaridad, no nos negamos al aporte solidario a la Universidad. Sin embargo este aporte tiene poco de solidario y mucho de abusivo. Se retienen pensiones alimentarias a los hijos en el caso de colegas. En el caso de funcionarios públicos se retiene el total de los haberes, incluso de trabajos no médicos hasta tanto no se presente constancia de estar al día con el Fondo. Todas estas formas de retención constituyen una apropiación indebida de los haberes que consideramos injusta y frente a las cuales debe interponerse un recurso y buscar otros mecanismos de aporte "solidario" a la Universidad.
- Llama la atención que siendo profesionales de la salud no aparezcan en esta comisión temas como los abordados por el estudio realizado y publicado por el Dr. Hugo Rodríguez Almada en cuanto a los riesgos profesionales y morbimortalidad en médicos en relación a las condiciones de trabajo(sugerimos discutir la edad de retiro laboral dada la esperanza de vida dentro del cuerpo médico). Por otro lado, aparecemos como el segundo grupo de prevalencia en cuanto a la exposición al Burn-Out y el primero en "acoso laboral". Se sugiere incorporarlo al documento final.
- Se sugiere tope de horas de trabajo tal cual está establecido, así como de salarios tanto mínimo como máximo como mecanismo de logro de justicia y equidad entre todo el cuerpo médico e incluso por razones de salud.
- Se debe asegurar la estabilidad laboral tanto en el sector público como privado.
- Consideramos que algunos médicos nos convertimos en el "chivo expiatorio" de las carencias del sistema de salud vigente. Las condiciones dignas de asistencia al usuario van de la mano de las garantías médico-legales para ejercer nuestra profesión y ello contribuye a nuestra estabilidad y salubridad.
- Los médicos del MSP trabajan especialmente con los sectores más desprotegidos de la sociedad, lo que agrega una sobrecarga a la tarea que llevamos incluso a nuestro hogar luego de una jornada de trabajo.