

8ª Convención Médica Nacional

Foro sobre "Salud y atención médica: visión de los partidos políticos"

29 de julio de 2004

Dr. YAMANDÚ FERNÁNDEZ.- Damos la bienvenida a todos ustedes y, en especial, a los representantes de los partidos políticos que hoy nos acompañan. Para el Sindicato Médico del Uruguay y para nuestra Federación Médica del Interior es realmente un placer y un gran honor tenerlos en nuestra casa.

A una semana de la realización de la 8ª Convención Médica Nacional, sin duda todos estamos muy ansiosos de escuchar la visión de los partidos políticos sobre este tema, que se traduce en la propuesta política que aspiran a llevar a la práctica como gobierno a partir del próximo año.

Creo que ahora lo más importante es escucharlos a ellos y, por lo tanto, cedemos la palabra al coordinador, Dr. Tabaré Caputi, para que empiece a modular este Foro.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Es para nosotros una enorme satisfacción coordinar este Foro que constituye la culminación de un ciclo de actividades paralelas a la realización de la 8ª Convención Médica Nacional, en el que hemos venido abordando los distintos temas que conforman el orden del día de la Convención.

Las Convenciones son, por definición, por esencia y por tradición, ámbitos y oportunidades de discusión y consideración por parte de los médicos de los temas que hacen a la salud, a la atención médica y a las condiciones de ejercicio profesional de los médicos. No tienen una frecuencia preestablecida en su convocatoria, sino que en general constituyen hitos que responden a situaciones particulares de decaimiento de algunos de esos aspectos a que hacíamos referencia, vinculados a la salud, a la atención médica o al ejercicio de la profesión de los médicos.

Creemos que, evidentemente, en este momento estamos ante una de esas situaciones. Ese fue el motivo por el cual los gremios médicos -el SMU y la FEMI- junto con la Comisión Permanente de la 7ª Convención resolvieron, a fines del año pasado, la convocatoria de esta 8ª Convención Médica Nacional. Y sus temas están vinculados, precisamente, a esa situación: atención médica, en términos de estructura, organización, financiamiento y políticas de salud; condiciones de trabajo médico; condiciones de formación profesional; aspectos ético-legales de la actividad médica; y la colegiación médica.

Son todos temas íntimamente vinculados entre sí; son todos temas que tienen como componente fundamental que están relacionados con la salud de la población, que es la razón de ser de la actividad del cuerpo médico y de todos los trabajadores de la salud del país. Es una actividad que constituye en sí misma una función que está en la raíz, en la génesis, en el cimiento de la calidad de vida de todos los individuos, y naturalmente se nutre de las acciones vinculadas a la atención médica conjuntamente con todas las demás acciones vinculadas al nivel de vida, que atienden al trabajo, a la vivienda, a la educación, al salario, al ejercicio de las libertades y de los derechos individuales; en fin, a todo lo que

constituye el conjunto de medios a través de los cuales procuramos el estado de equilibrio bio-psico-social del individuo y de la comunidad, que es lo que caracteriza a la salud.

En estos Foros que se han realizado, que han sido fundamentalmente de ampliación de información y de conocimientos para todos los médicos en relación con aspectos puntuales de todos estos temas, no podía estar ajena la visión de los partidos políticos, porque está implícita en todos los temas vinculados a la salud de un país y porque está también implícita en la actividad de los partidos políticos, que naturalmente, por definición, tienen vocación de gobierno, tienen preocupación por el quehacer del país y, seguramente, tienen su posición respecto a qué hay que hacer con los aspectos relacionados con la atención médica como contribución para lograr el mejor nivel de salud de la población.

Por todas estas razones, consideramos que era bueno culminar este ciclo, precisamente, con la participación de los partidos políticos, escuchando su opinión y sus puntos de vista respecto a la salud y a la atención médica, en cuanto a su caracterización en el momento actual y lo que requiere hacia el futuro para poder satisfacer las necesidades y las aspiraciones de todos los uruguayos.

Con esa finalidad convocamos a los partidos políticos y obtuvimos esta respuesta excelente, como correspondía -dábamos absolutamente por descartado que así iba a ser-, por lo cual agradecemos enormemente a los tres partidos y, particularmente, a quienes hoy nos acompañan, la Dra. Mónica Xavier y los Dres. Luis Fraschini, Anuar Abisab, Pedro Banchemo y Manuel Ingold, que han de ser quienes trasladen a ustedes los aspectos que consideren más trascendentes dentro de la visión de los partidos políticos acerca de la salud y la atención médica en nuestro país.

Hemos acordado con ellos una forma de tratamiento del tema que consiste en una exposición inicial de quince minutos y una segunda exposición posterior de cinco minutos, y hacemos constar que existe también la posibilidad de contestar las preguntas que se hagan llegar por escrito a la mesa, dirigidas a los participantes.

De acuerdo con lo acordado, escuchamos en primer término al Dr. Luis Fraschini, en representación del Partido Colorado.

Dr. LUIS FRASCHINI.- Es un honor para mí participar en este evento.

Sin lugar a dudas, el tema de la salud es de permanente preocupación, sobre todo para la comunidad y, por supuesto, también para todos los partidos políticos y los gobiernos porque tiene enorme repercusión en la vida diaria de la población.

Desde luego, del mismo modo que reviste suma importancia y por lo tanto motiva gran preocupación, también es sumamente complejo.

Me gustaría, en primer lugar, hacer una breve exposición de lo que entendemos que es nuestro sistema de salud, más que nada para poder ubicar el tema dentro de un contexto, de modo que todos entendamos más o menos lo mismo de aquello sobre lo que estamos opinando.

No cabe duda de que la visión que se tiene sobre el sistema de salud también depende de las experiencias que cada uno de nosotros hemos vivido y hemos podido reportar a los distintos sectores políticos a los cuales respondemos; en mi caso, fundamentalmente desde un aspecto técnico, ya que en ese carácter hemos sido convocados y nos hemos desempeñado durante más de doce años.

Entendemos al sistema de salud como un sistema que tiene varios componentes. El primer componente es el que tiene que ver con la financiación del sistema; el segundo es cómo se prestan los servicios de salud, ya sea en el sector público o en el sector privado -entendemos que, según como los presten éstos, existe una modalidad de prestación a la

cual llamamos modelo de atención-; y el eje central lo definiríamos como aquellos que se benefician de este sistema, es decir, los beneficiarios del sistema.

No podemos dejar de lado los componentes más importantes que alimentan ese sistema. El primero de ellos es el que tiene que ver con los recursos humanos, es decir, la formación de los recursos humanos para el sistema y para las necesidades del sistema, y todo lo que tiene que ver con la legislación laboral que regula a quienes trabajan para ese sistema de salud. Y, por otro lado, está todo lo que tiene que ver con la incorporación y el desarrollo de la tecnología, al igual que lo relativo a cómo se incorporan los insumos médicos al sistema de salud.

Para redondear el sistema, interpretamos que evidentemente tiene que existir un organismo superior que juegue el papel de regularlo y establecer los equilibrios correspondientes para que el sistema cumpla con los principios que todos los que estamos en la salud conocemos y deseamos para una población: la universalidad, accesibilidad e integralidad de los servicios, la solidaridad del sistema y la equidad.

Partimos de la base de que creemos firmemente que nuestro sistema de salud, que en muchos aspectos ha sido positivo y ha dado resultados que, comparativamente con otros países en América del Sur, nos muestran indicadores de salud favorables, ha tenido sin embargo fallas que vienen de tiempo atrás, que se acentúan según quiénes son los actores que participan en cada una de las etapas de la vida del país, y que se han puesto de manifiesto a través de una cantidad de síntomas respecto a los cuales, según cómo estamos ubicados en el panorama del sistema, tratamos de hacer lo posible por solucionar los problemas puntualmente.

Entonces, diríamos que nuestra visión es que se trata de un sistema que hay que cambiar, preservando todo aquello que se ha demostrado que le sirve a la salud de la población.

Desde el punto de vista del financiamiento, la visión que tenemos nosotros es que la primera inequidad que existe en el sistema radica en la forma como se financia. Los fondos que financian el sistema tienen una cantidad de orígenes, totalmente inequitativos, ya que no existe una definición clara de un financiador. Por lo tanto, el sistema se alimenta, desde el punto de vista financiero, a través de muchísimas bocas de entrada, muy dispares en sus aportes y que indudablemente hacen que sea diferente la prestación del servicio que se brinda a la población.

No es equitativo porque dar un servicio de salud con ocho dólares per cápita por mes, o dar un servicio de salud con veinte dólares per cápita por mes, no es lo mismo. Y si analizamos eso, vamos a encontrar que debe haber por lo menos veinticinco o treinta orígenes de fondos que alimentan al sistema financieramente. A la salud aportan las Intendencias, el Gobierno Central por la vía impositiva, el ciudadano de su bolsillo, por compra de seguros, e incluso, si mal no tengo entendido, tiene un cuerpo médico hasta el propio Parlamento; y también están el BPS, el Ministerio del Interior y otra cantidad de sistemas de aportes financieros.

Hace dos años, cuando el dólar era diferente al de hoy, al sistema le entraban casi U\$S 2.200:000.000 por año, y parecería que, en términos comparativos del PBI, el gasto en salud es alto. Indudablemente, creo que el primer punto, a la hora de pensar en un sistema de salud en serio, es encarar un financiamiento serio.

La segunda reflexión que nos merece este tema es en cuanto a los prestadores. No es tan importante que el prestador sea público o privado. Lo que creemos que sí es importante es que haya una debida oposición de intereses entre quien paga y quien presta el servicio. ¿Por qué? Porque tiene que haber un compromiso de prestar un servicio acorde con las exigencias del que paga.

En casi toda Europa, el financiador está separado del prestador. Hay debida oposición de intereses y cobra el que presta el mejor servicio. La competencia se hace esencialmente en el ámbito de la calidad del servicio y no en el precio, lo cual no deja de ser importante para el usuario, porque a su vez eso da al usuario la libertad de elegir a quien presta mejor el servicio.

En cuanto al tema del prestador, hay por supuesto una cantidad de problemas y fallas que el sistema ha demostrado. Creo que los US\$ 400:000.000 de déficit que tenían hace tres años las instituciones de Montevideo demostraban que esa situación respondía a que habían operado en forma deficitaria durante más de diez años; porque no se genera un déficit de ese tipo en forma instantánea. Eso demuestra que el sistema, si bien en algunas cosas había estado bien, en otras cosas andaba mal, y la salud financiera del sistema realmente andaba mal.

En los prestadores del servicio hemos tenido algunas carencias claras. Hubo falta de control -evidentemente, los controles internos y los externos tienen que haber fallado- y en algunas instituciones faltó profesionalidad en el manejo de la administración de los servicios. Indudablemente, eso ha repercutido en el resultado final.

El otro componente del sistema es el modelo de atención. Creo que, en cuanto al modelo de atención, hemos gastado muchísimo tiempo discutiendo cuál es el modelo y, sin embargo, todos sabemos cuál es. No creo que ninguna de las personas que están aquí presentes, que haya estado en el sistema de salud más de un par de años, no se dé cuenta o no sepa que el modelo de atención es lo que más claro tenemos todos: hay que poner énfasis en la prevención y hay que fortalecer la rehabilitación, en lo que no hemos gastado. Hemos gastado el 70% de los recursos en el sistema asistencialista y en la alta tecnología, porque al no poner énfasis en la prevención, indudablemente el mecanismo va hacia la alta tecnología médica.

Todos acordamos -hay cientos de libros escritos- en que hay que poner énfasis en el primer nivel de atención, en la medicina de los generalistas, en que tenemos que tratar de formar una boca de entrada -como corresponde, en forma progresiva- a una red asistencial.

En ese sentido, es indudable que el modelo de atención lo tenemos que dar todos; lo que pasa es que el modelo de atención va a quedar definitivamente moldeado en función de los intereses y de cómo gastemos después el dinero en los demás sistemas.

Después quisiera poner énfasis en el recurso humano, que es donde nos ubicamos nosotros, los médicos. Creemos, sin lugar a dudas, que no podemos seguir formando recursos humanos que no estén de acuerdo con las necesidades del sistema, tanto en cantidad como en calidad. Si no ocurre de esa manera, el sistema es deformado por los recursos humanos que se le dan.

La tecnología y los insumos médicos requieren una labor esencialmente reguladora del organismo que tiene esa misión, lo cual también ha fallado en estos casos, cosa que ha sido indudablemente responsabilidad del rol rector del Ministerio de Salud Pública.

Para resumir, esa es la visión que tenemos del sistema. Creemos que todos los problemas que existen y que han llevado al alza del gasto en salud se pueden corregir, pero para ello hay que ir a un cambio profundo del sistema de salud. Entiendo que no va a haber un cambio en el sistema de salud si no lo quieren los médicos. Pensar que esto lo pueden corregir los economistas es un error; el sistema de salud se corrige exclusivamente si el cuerpo médico responde a las necesidades de cambio que tenemos.

Yo diría, para terminar, que a mi juicio y a juicio de la fracción política a la cual nosotros respondemos, se tienen que dar seis pasos básicos para poder cumplir con estos cambios y correcciones que necesita el sistema.

Primero: tener definido un programa único, concebido a través de una política nacional de salud, en un acuerdo general de todos.

Segundo: alcanzar ese acuerdo político para apoyar el programa sobre bases amplias desde el punto de vista parlamentario.

Tercero: elaborar y someter a consideración parlamentaria un marco jurídico -o sea, una ley- que permita aprobar ese programa.

Cuarto: poder formular un presupuesto que financie ese programa en forma adecuada.

Quinto: crear una organización especializada para poner en funcionamiento ese programa.

Y por último -es esencial-, gestionar una asistencia financiera, con cooperación internacional, para obtener los recursos necesarios a fin de poder enfrentar todo lo que se necesita en un período de transición hacia el cambio.

La propuesta, en definitiva, es ésta. Creemos que tenemos que cambiar y que los cinco o seis factores que hemos dicho pueden cambiarse. Cada uno de ellos puede ser objeto de un análisis de muchas horas, pero simplemente diría que tenemos la gente, tenemos las intenciones de impulsar un cambio, y lo importante es que todos podamos apuntar a un mismo cambio. Si no, va a ser prácticamente imposible.

Si se me permite, voy a agregar una breve consideración. Tuve una experiencia al haber ejercido el cargo de Ministro, que yo diría que fue una experiencia muy dura, porque uno tiene que estar necesariamente manejando múltiples intereses que confluyen sobre lo que uno quiere realizar en salud. Por eso es esencial que haya un acuerdo político, que haya un programa de Estado sobre lo que se quiere hacer en salud, porque, si no, un Ministro no gasta su tiempo en tratar de mejorar la salud de la población, sino que gasta su tiempo tratando problemas críticos y puntuales de cada uno de los sectores.

Por lo tanto, la propuesta nuestra es ésta. Indudablemente, las necesidades de cambio existen y hay que elaborar ese cambio.

Les agradezco mucho y espero haber aportado algo de la idea general de hacia dónde apuntamos en nuestro sector político y, si es necesario, vamos a estar siempre abiertos a apoyar a aquellos a quienes les corresponda ejercer en su momento la autoridad, para ayudarlos a realizar un cambio que beneficie a la población en primer lugar y al cuerpo médico en general, a fin de lograr así una salud mejor para todos los uruguayos.

(Aplausos)

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Damos la bienvenida al Dr. Javier García, que se incorpora al panel en representación del Partido Nacional.

Cedemos ahora la palabra a la Dra. Mónica Xavier, que representa al Frente Amplio-Encuentro Progresista-Nueva Mayoría.

Dra. MÓNICA XAVIER.- En primer término, el agradecimiento a los organizadores por esta invitación y el saludo de nuestro candidato, que en este momento se encuentra en gira por el interior del país.

No cabe duda que este es un tema que por momentos no tiene, con respecto a otros, tanta visibilidad o grado de jerarquización en la agenda política, pero sin duda en la agenda de la gente, en el día a día, influye decisivamente qué giro tome la salud en nuestro país. Y me complace, por lo pronto, escuchar que quien me antecedió también está planteando la necesidad de un cambio.

Nosotros definimos la situación actual como de crisis en la atención sanitaria y vemos la necesidad de generar un verdadero sistema nacional de salud. Cuando hablamos de un

verdadero sistema es porque pensamos que actualmente la suma de los componentes no se da de forma tal que se potencien y no se superpongan los servicios -con el consiguiente ahorro- de la manera en que hoy se superponen muchos de ellos, dejando a un porcentaje muy significativo de la población sin ningún tipo de cobertura formal.

Se estima que un 10% o un 12% no tendría una cobertura formal y que, en algunos rangos de edad, como en la niñez, de cero a cinco años, hay un 2,8% de población sin cobertura, lo cual está significando para esos niños un handicap de una trascendencia brutal -los niños no sólo son el futuro; son el presente-; y si pasamos al rango etario siguiente, de seis a doce años, sube a un 3,3% la ausencia de cobertura formal.

Además, sabemos que muchos de los que hoy tienen una cobertura formal no tienen una verdadera accesibilidad a la atención médica.

Por tanto, entendemos que este sistema nacional de salud, que deberá tener un período de transición y que tendrá que contar, imprescindiblemente, con voluntad política para ser implementado, deberá tener un consenso muy amplio no sólo en la sociedad, que seguramente quiere modificar la situación actual de la atención sanitaria, sino en el concierto político y en el concierto social.

Entendemos que hay que desmedicalizar la solución de la salud. Tenemos que incorporar al equipo de salud, en el sentido más amplio, y tenemos que incorporar a la comunidad. Este va a ser un cambio en el cual todos vamos a necesitar cambiar nuestras cabezas. Es cierto que cada vez que nos encontramos para conversar sobre el tema de la salud, todos estamos contestes en que tenemos un modelo que no es el que deseamos, pero no implementamos los cambios para efectivamente llevar adelante el modelo de atención que queremos.

Entonces, nos tenemos que preguntar si un modelo de atención es posible cambiarlo sin cambiar, en el mismo momento, el modelo de financiamiento y el modelo de gestión.

Nosotros queremos intentar, simultáneamente, hacer un rescate de la emergencia en la que vivimos y comenzar con soluciones de fondo para el sistema de salud. ¿Por qué? Porque si seguimos sin generar los consensos necesarios, cada vez vamos a tener más ruinas. No cabe extenderse en el diagnóstico, pero bien sabemos del cierre de instituciones, de la pérdida de capacidad instalada, de la pérdida de fuentes de trabajo y de lo que eso significa como costo para el conjunto de la sociedad.

Por lo tanto, en los tres aspectos -en el cambio de modelo, en el cambio de gestión y en el cambio del financiamiento- deberemos ir poniéndonos de acuerdo, con el mayor grado de consenso y de base para implementarlos, y no cabe duda de que en esa transición, en principio, habrá un período en el cual, a nivel del marco legislativo, del marco normativo, nos deberemos poner de acuerdo para implementar lo que pensamos que debe ser -dado el estado de agotamiento que tiene el financiamiento actual de la salud- un seguro nacional de salud.

Nuestra propuesta no es una propuesta acabada, sino que tiene aspectos para terminar de redondear. Es una propuesta que, por tanto, busca amplios consensos, una amplia base de sustentación en el plano político, en el plano social y en el plano de los protagonistas dentro de la salud. Y si bien es una propuesta histórica, los cambios que se han dado en el último período nos plantean, sobre todo a quienes nunca hemos estado en el ejercicio del gobierno, la necesidad de contar con más información para determinar muchas cosas, no sólo en el campo de la salud, sino en el campo económico también.

Para nosotros es esencial, por lo tanto, lograr en ese período de transición los instrumentos que nos permitan ir avanzando hacia un verdadero sistema nacional de salud.

Cuando hablamos de cambiar el modelo, estamos pensando en un primer nivel de atención, con una estrategia de atención primaria de salud, fortalecida, en donde podamos interrelacionar y complementar todo lo público, lo privado y lo comunitario que existe, dando un énfasis muy importante a la territorialización en ese primer nivel de atención y atendiendo a la importancia que tiene en ese sentido la incorporación comunitaria para poder llevar a tierra lo que deben ser los planes nacionales.

Es obvio que ningún cambio se hace sin voluntad política ni se puede hacer sin un fuerte papel rector, sin un liderazgo importante del Ministerio de Salud Pública que lleve adelante la implementación.

Todos sabemos que en ese primer nivel de atención se pueden solucionar muchísimas cosas. Actualmente, cuando mapeamos el Uruguay, vemos la cantidad de zonas sin cobertura que tenemos, mientras hay otras en las que tenemos una superposición que nos cuesta a todos, a los que tienen cobertura y a los que no la tienen.

No cabe duda de que para tener un sistema con una gestión diferente, debemos comenzar a transparentar la gestión y a exigirnos, de arriba abajo, mayor transparencia en la gestión, mayor complementariedad en la gestión y mayores controles, con la posibilidad de auditorías en forma permanente, para que en torno a algo que siempre tiene la crisis de confianza puesta en la mira, haya un cambio que resulte para todos mucho más seguro y con un camino común por el cual todos estemos bregando.

En materia de financiamiento, planteamos la necesidad de implementar un seguro. Con relación a este tema, es donde observamos la mayor cantidad de dificultades o de dudas en cuanto a la implementación. El Uruguay tiene experiencias muy importantes, que han tenido momentos buenos y malos. Tenemos una experiencia como la de DISSE, trascendente, y tenemos una experiencia como la del Fondo Nacional de Recursos, también muy importante. Y tenemos buenos momentos y otros no tan buenos de esas experiencias, pero lo que sí podemos saber es que lo podemos hacer y podemos rescatar de todas esas experiencias inéditas en el mundo, pero que el Uruguay es capaz de llevar a la práctica, la base para la implementación de un seguro.

Ese seguro, en principio, tendría una única bolsa común -sabemos que eso es difícil de implementar; no pensamos que ninguna de estas cosas se pueda hacer fácilmente- y sería quien pagaría las prestaciones, con un aporte obviamente del Estado, con un aporte obviamente de los hogares, con un aporte obviamente de los trabajadores y empresarios, a semejanza de lo actual. Pero -y aquí coincido con algo que dijo el Dr. Fraschini- nuestra forma de financiamiento actual es una de las mayores formas de inequidad. No podemos seguir pensando que pueda ser solidario un sistema en el cual la cuota sea única y absolutamente indiferenciada, y que, encima, los tiques y tasas hagan que, cuanto más enfermos estamos, más debemos pagar.

En este caso, ese fondo común podría estar pagando a las instituciones públicas y privadas, pensando en una prima de riesgo, con una caracterización por sexo, por edad, por riesgo, por localización geográfica, todos elementos que habría que definir y ajustar a los efectos del pago de la atención prestada.

¿Cómo hacer para implementar esto en el menor tiempo posible? Obviamente, requiere, aparte del acuerdo político, el marco legal necesario. Lo que sí decimos es que no podemos persistir en una situación como la actual, en que se ha agotado este modelo de financiamiento y lo único que se perpetúa es la inequidad.

Nos importa mucho definir una política de medicamentos. Creemos que Uruguay puede, en el concierto nacional pero también en el concierto regional, aprovechar recursos que hoy tiene desaprovechados. Esto implica también la incorporación de quienes están en la

industria del medicamento a una política en la que debemos sumar esfuerzos. Es seguro que así podemos tener cosas que precisamos. Aquí hay un ex Ministro que allá por diciembre de 2001 firmaba un buen acuerdo del MERCOSUR ampliado, en donde se proyectaba algo que nos parece que es muy posible hacer: un polo tecnológico, un desarrollo científico para la región, a través del cual podamos retener a los jóvenes, hombres y mujeres, que capacitamos y que se destacan en el mundo, y podamos hacer innovación y tecnología, logrando así el desarrollo y la retención de nuestros mejores hombres y mujeres en la zona.

No cabe duda de que, no sólo en la salud, sino también en otros aspectos, Uruguay va a necesitar ese enganche regional, como lo indican las experiencias que mundialmente se repiten en los conciertos donde hay países grandes y países chicos, como el nuestro, pero con grandes potencialidades.

Creo que entre las cosas que no podemos dejar de mencionar está lo que tiene que ver con nuestros recursos humanos. No podemos sostener, si queremos un verdadero sistema de salud, la inequidad o la desproporción que existe en los salarios entre el nivel público y el nivel privado. Esto nos va a implicar no sólo una redistribución e incentivos para que podamos lograr una mejor distribución de los recursos humanos, sino también una remuneración acorde. Tendremos que encarar el estatuto único y negociar con quienes hoy tienen salarios muy postergados, aunque sin duda no todas las postergaciones van a poder ser atendidas de la noche a la mañana, y será por quienes peor estén por quienes habrá que empezar.

En materia de remuneración salarial y en materia de distribución del gasto que tenemos en salud en el ámbito público y en el ámbito privado, sabemos muy bien, por los estudios hechos por los economistas, de la gran inequidad que existe y cómo pesa la masa salarial en un lugar y en otro; no porque en un lugar haya salarios muy bien pagos -aunque también hay muy buenos salarios sobre los que habrá que discutir cuáles son los topes-, sino porque hay demasiada gente sumergida.

Evidentemente, las condiciones de trabajo tienen que tender a la dignidad para poder contribuir todos en la mejor forma posible a un cambio en el ámbito de la salud, que yo creo que es de los temas que a nivel político reflejan mayores consensos sociales y políticos. Creo que es un gran desperdicio que no podamos comenzar a trabajar en conjunto cuando, si nos ponemos a hacerlo, es posible que logremos cambios. Pero, como todo esto implica voluntad política, habrá que seguir sacando punta al lápiz para llegar a satisfacer las expectativas que todos tenemos en materia de mejorar la calidad de la atención de la salud de nuestra población.

(Aplausos)

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Vamos a ceder la palabra ahora al Dr. Javier García, en representación del Partido Nacional.

Dr. JAVIER GARCÍA.- Nuestro agradecimiento a los organizadores de la 8ª Convención, al anfitrión, Dr. Yamandú Fernández, y al Dr. Marcos Carámbula como Presidente del SMU.

Quiero, ante todo, pedir disculpas porque no me gusta llegar tarde a las reuniones. Hoy tuve que compatibilizar una actividad política que tenía a las siete y media con esta reunión a la misma hora. En las dos quedé más o menos mal; fue parejo.

Voy a hacer brevemente una introducción. A nuestro entender, no se puede analizar el papel que debe jugar el Estado con referencia al sistema de salud si no se define qué Estado se quiere.

En nuestro caso, todos concebimos tres roles fundamentales del Estado: el Estado debe ser orientador, el Estado debe ser regulador y el Estado debe ser garante. Sobre este trípode analizamos la participación del Estado en el sistema de salud.

Se discute si hay sistema de salud o si no lo hay. Yo creo que el Uruguay tiene un sistema de salud. Todos tenemos opinión sobre este sistema, pero existe uno.

¿Cuál es el sistema al que nosotros aspiramos? Uno muy diferente a éste. Estamos entre colegas, y yo siempre digo que cuando uno ubica responsabilidades, debe tener la honestidad intelectual de ponerse primero en la lista de las responsabilidades.

El sistema actual no tiene en el centro a quien debería tener, que es el individuo, y buena parte de los inconvenientes, los problemas, los conflictos y los debates que en buena medida adornan el discurso político o la vida política nacional -estamos viviendo uno- se debe a que muchas veces, en el centro del sistema, están como protagonistas los prestadores y no el ser humano. Recobrar la centralidad del individuo en el sistema de salud es, en buena medida, recobrar la dignidad de todos los que en él participan.

En cuanto a los principios rectores del horizonte que nos ordena, primero hay que tener claro que lo que está bien no hay que tocarlo, porque cuando uno plantea reformas, dice que tiene que reformar todo, pero uno debe tener en el diagnóstico la audacia de sostener las cosas que funcionan bien. En el caso de aquellas que en buena medida son el centro del sistema y sufren la crisis o el deterioro, si uno entiende que son importantes, debe fortalecerlas. Hoy es imperioso fortalecer el sistema de instituciones de asistencia médica colectiva. Si el próximo gobierno, sea cual sea, sufre el desplome del sistema de las IAMC, los problemas de la salud que tenemos hoy serán de niños al lado de los que vamos a tener en el futuro.

Lo tercero es apostar a que en el ámbito de la salud pública -entendida en el más amplio concepto- podamos recobrar niveles de dignidad para la asistencia que prestamos, lo cual va muy vinculado a la centralidad del ser humano en el sistema.

El horizonte ordenador es el sistema nacional de salud. Yo lo decía ayer en un congreso de la Federación Uruguaya de la Salud. Si aquí hay cien médicos y a cada uno le damos un papel para que describa cuál es el sistema nacional de salud a que aspira, no sé si habría cien diferentes, pero seguramente haya más de media docena.

¿Cuáles son los instrumentos? Hay algunos primeros pasos que hay que dar. Está demostrado que la competencia en el Uruguay entre lo público y lo privado es irreal, y no sólo es irreal, sino que puede ser cuna de situaciones que uno no debe vivir en la administración de la salud, aparte de ser una competencia bastante despereja.

Creo que recorrer el camino de la complementación de servicios, de la integración de servicios, puede ser un buen paso en ese horizonte que nos ordena.

En el sector público, específicamente en lo que administra el MSP, hoy se cae de maduro que no es buena consejera aquella actividad que se ejerce prestándose y controlándose al mismo tiempo. Desvincular y dar mayores niveles de autonomía a la Administración de Servicios de Salud del Estado, independizándola de la gestión del MSP, parece ser hoy -como Mónica recién lo reflejaba- un punto de encuentro. Es muy difícil tener la autoridad necesaria -aquí tenemos a Fraschini, que fue Ministro, pero esto que digo no está vinculado a ninguna gestión en especial; vale para las del pasado y, si todo sigue así, para las que vengan en el futuro- para ejercer el rol de policía sanitaria para aquello que no administro

directamente, para el sistema privado, y desconocer que quizás dentro del ámbito público existen las mismas carencias que en el ámbito privado.

Los papeles que debe cumplir el MSP en el marco de lo que establece la Constitución de la República sólo se pueden ejercer si el Ministerio se desvincula de la prestación directa del servicio.

Veamos otro instrumento. Yo soy un fervoroso defensor de la participación de la comunidad. Todos ponemos como ejemplo el caso de Tacuarembó, que tiene muchos componentes que han hecho exitosa la experiencia: sin duda, una buena fuente de financiamiento; sin duda, una Dirección lúcida; pero también la participación de la comunidad en la gestión del Hospital. Quizá sea de los ejemplos a destacar porque es el único ejemplo que tenemos a esa escala. El rol de la comunidad -con los instrumentos que se deben dar para que sea efectiva, para que sea real- en el control de la gestión y en la propia gestión de los sistemas de salud ha demostrado que adjudica niveles de eficiencia mucho mayores que aquellos que se dan cuando la comunidad encuentra en el sistema de salud un lugar donde requerir la asistencia y, muchas veces, un lugar donde encontrar un adversario con el cual enfrentarse.

Con respecto al modelo de atención, comparto lo que decían recién los compañeros: nadie discute la estrategia de atención primaria en salud, pero hay que financiarla. Al colega que está en una policlínica en el centro de una ciudad hay que decirle que vaya a la periferia, pero en seguida se va a sentir el reclamo: "Voy al centro de la periferia, pero esto hay que solventarlo". Aquí nos encontramos ante la diferencia que existe entre el discurso y la realidad. Para llegar a obtener la concreción de esta estrategia hay que tener una férrea voluntad política de los dos subsectores, del público y del privado, porque tampoco es eficaz si sólo lo adopta uno. Pero tengamos claro que esto cuesta; esto no es sólo voluntad, sino que hay que acompañarlo de la necesaria remuneración que el personal de salud, en todo su abanico, va a reclamar con justicia.

En el caso del sector privado -en el que el MSP tiene que cumplir una función de liderazgo-, creo que el Estado tiene que considerar a las instituciones privadas que adopten esta estrategia. Y uso muy pensadamente el verbo: considerar. Porque reitero que esto sólo se puede hacer si se hace en comunidad, con los dos subsectores empujando para el mismo lado. Pero el Estado tiene que orientar, tiene que regular, tiene que ser garante y tiene que considerar a quienes adoptan esta política.

En materia de remuneraciones, como bien decía Mónica recién, la política salarial en el ámbito de la salud tiene una anarquía absoluta; existe el convenio colectivo, existe el laudo. Lo que queda claro es que el salario no puede ser más la variable de ajuste; eso está absolutamente claro. El impacto de la crisis ahondó aún más lo que significó esto en los años previos.

Habrà que repensar la política actual de laudos y también habrá que pensar con valor que no se pueden soportar más las iniquidades que existen en algunas remuneraciones de algunos sectores médicos.

Por último, le dejo al Dr. Abisab el tema de la alta tecnología. Una vez, al Dr. Fernández Ameglio, cuando asumió como Ministro -lo conocí entonces y tuve la oportunidad de charlar unos minutos con él-, le dije: "Usted va a tener un problema, que es el de la alta tecnología médica".

Lo primero de lo que tenemos que ser conscientes entre todos es de que la prestación de la alta tecnología, que administra el Fondo Nacional de Recursos, en teoría es de acceso universal, pero sólo en teoría, porque no es verdad que el acceso sea universal. Desde hace años a la fecha, del 100% de los actos que financia el Fondo, sólo la cuarta parte proviene

del sector público. Yo siempre digo que esto puede responder a tres posibilidades: o los que se asisten en Salud Pública son más sanos, o los de la salud privada son más enfermos, o algo pasa en el medio. Yo creo que algo pasa en el medio.

Hacer real el criterio de la universalidad en el acceso a las técnicas que financia el Fondo es imperioso, justamente por una cuestión de equidad. Algo ya se ha empezado a hacer con justicia. Las autoridades del Fondo han empezado a trabajar en ese tema desde hace un tiempo y algo se está corrigiendo, a pesar de que todavía, por los últimos números que uno ha visto, no ha tenido impacto; pero por lo menos hay una voluntad, y es de honestidad intelectual reconocerlo.

Hay que redefinir lo que significa la alta tecnología en un mundo que duplica el conocimiento cada cinco años. Por lo tanto, es por lo menos cuestionable que las definiciones de alta tecnología de la década del ochenta estén vigentes hoy.

Hay que pensar en un código de ética para la aplicación de la alta tecnología médica, y debemos pensar también -y con esto termino-, como en el caso del Ministerio de Salud, si es posible que quien presta la alta tecnología administre al mismo tiempo el Fondo que la sustenta. En esto están comprendidos el sector público y el sector privado.

No sé si un camino a recorrer es ir pensando en una unidad reguladora de la alta tecnología médica, que ponga en el centro -como corresponde a la definición de las unidades reguladoras- la defensa del usuario y que tenga la independencia necesaria para poder regular un sector que consume no poco dinero destinado a la salud.

(Aplausos)

Dr. ANUAR ABISAB.- Aquí se han planteado los puntos fundamentales de este tema. El Partido Nacional cree que, indudablemente, la salud es un derecho de la población; es un derecho constitucional, como lo es la enseñanza y la seguridad. Sin duda, tiene que haber una política de Estado para poder lograr los resultados que todos queremos.

Sabemos que hay una inequidad total, pues no es lo mismo atenderse en el centro de Montevideo, en Pocitos, o en Barros Blancos o, si ustedes quieren, en Vichadero, en Rivera. Tenemos que tratar en lo posible entre todos -y entre los médicos, por supuesto-, a través de una política de Estado, de ponernos de acuerdo en lo que realmente coincidimos, y aquello en lo que no estamos de acuerdo, tratar de dejarlo para después.

El plan nacional de salud tiene que ser un plan a largo plazo. Sabemos que tenemos un sistema de salud que gustará o no, que funcionará mal o funcionará bien, pero existe. Funciona mal, pero en algunas cosas funciona bien, como puede ser la experiencia de los IMAE a través del Fondo Nacional de Recursos, que es una experiencia inédita en el mundo.

El Partido Nacional cree que la salud es un derecho, y el tratamiento de la enfermedad también es un derecho. Cree también que el Estado tiene la obligación de brindar la asistencia a través del medio que sea -en este momento el mecanismo es ASSE-, descentralizado del Ministerio, que éste debe regular. E indudablemente deben subsistir, pero implementando mejoras en la gestión, tanto el sistema público como el privado.

Nosotros tenemos la suerte de tener un sistema privado que realmente no es privado; hay muy pocos seguros privados aquí. Tenemos la suerte de tener un sistema de asistencia mutual, también como hay pocos en el mundo, que da una prestación bastante buena para los niveles de recaudación que tiene. Con veinte dólares no se da salud en ninguna parte del mundo.

Lo que ha dicho recién el Dr. Javier García es cierto: la variable para encauzar los presupuestos siempre termina siendo el salario del médico y del funcionario que trabaja en la salud. Eso no lo queremos.

La idea del Partido Nacional es, fundamentalmente, lograr que la salud llegue a toda la población del país por igual, que la enfermedad sea tratada en todo el país y en todos los sectores por igual, con la misma eficiencia, con la misma eficacia, con la misma solidaridad, y que no importe que sea público o privado, sino que todos tengamos las mismas posibilidades. Además, importa que el sistema actual, que tiene muchas deficiencias pero que puede ser mejorado, lo sea a través de un gran acuerdo nacional en el cual se potencien el sistema mutual que tenemos y el sistema público que tenemos, porque el hospital es el hospital de la gente, y aquel que no pueda acceder a un sistema pago, prepago o como sea, debe poder acceder a un sistema público digno en todo el territorio nacional, sin que tengamos las diferencias que hoy existen dentro del propio Montevideo o en el interior.

Les agradezco enormemente el tiempo que me han dado. Creo que esto da para mucho y nuevamente insisto en que el Partido Nacional tiene como consigna, primero, acordar en lo que estamos de acuerdo -creo que en muchas cosas estamos de acuerdo- y dejar para después -cosa que es bien de los uruguayos- aquello en lo que no estamos de acuerdo y en lo que capaz que nunca nos pondremos de acuerdo. Pero en lo primero sí. El punto básico de la sociedad es el hombre, como ser humano, como institución y como base de la familia, y si no cuidamos de ese ser humano para que pueda criarse y desarrollarse en salud, mal podremos atender después la enfermedad.

(Aplausos)

Dra. TABARÉ CAPUTI.- Iniciamos la segunda ronda de exposiciones, cediendo la palabra en primer término al Dr. Fraschini.

Dr. LUIS FRASCHINI.- Voy a hacer un breve resumen de algunas cosas que creo que son muy importantes. Hemos visto que, básicamente, en algunos aspectos estamos bastante de acuerdo o tenemos por lo menos las mismas visiones de por dónde debe ir el cambio del sistema.

La primera cosa que es muy importante tiene que ver con la filosofía del cambio. Hay que tener muy en cuenta que el cambio que se proponga debe ser aceptado por la población, porque a veces se piensa en cambios que van en contra de las costumbres y de la cultura que tiene la población, por lo cual es prácticamente imposible imponerlos.

Sobre el tema del financiamiento, yo diría que está muy claro que el financiamiento que existe hoy no es solidario. Hubo estudios hechos en los últimos años que indicaban que, dada la proporción entre el tramo de jóvenes, el tramo medio de vida y el tramo del adulto mayor, no existe hoy una relación que permita un financiamiento adecuado del sistema.

En tercer lugar, en lo que respecta al financiamiento, en todas partes del mundo -aun en aquellos lugares en que el sistema es financiado por el propio Estado-, siempre existe una parte del financiamiento que no es puramente estatal; en casi todos los casos hay un componente mixto, abarcando otros orígenes.

Para lograr que tenga éxito cualquier cambio en el sistema, es clave que éste tenga una estabilidad financiera. Creo que el grave problema que hoy tiene nuestro sistema -es en lo que ha demostrado la carencia más importante- es que no es seguro desde el punto de vista financiero. Hoy no es seguro que quienes brindan los servicios cobren sus sueldos, no es

seguro que cobren los proveedores de servicios, no es seguro que se cobren las tecnologías; el sistema ha perdido la seguridad y la estabilidad financiera, y eso es muy importante.

Asimismo, debe tener seguridad en cuanto a la estabilidad política. No se puede pensar en que cambie ningún sistema si se cambia un Ministro por año, porque cuando se aprende más o menos algo, ya tiene que irse. Por eso yo decía que el acuerdo político es esencial para el cambio del sistema.

En cuanto a los recursos humanos, lo que puedo agregar es que es muy importante crear todos los mecanismos necesarios para la formación técnica continua y la acreditación continua de los profesionales. Del mismo modo, la protocolización debe ser un instrumento utilizado por casi todos los prestadores de servicios.

Hay que revertir la situación de que exista una proporción de cinco médicos y una enfermera. Esa es una situación real hoy en el país y resulta trágica, porque todos los médicos sabemos la importancia que tiene la parte de enfermería y de auxiliares de enfermería en la asistencia médica.

Otra cosa que es esencial para el cambio, en cuanto al tema de los recursos humanos, sobre todo en el plano médico, es que hay que buscar un mecanismo de estabilidad para los actores de la salud desde el punto de vista económico, sobre todo en el tema del retiro médico. Una de las cosas que me llamaron la atención en Europa es que el médico, una vez que se retira, no sufre casi ningún detrimento en sus ingresos, con lo cual tiene una tranquilidad después de haber hecho el ejercicio de la profesión durante tantos años. Me parece que eso es muy importante porque evita que luego sea necesario estar generando mecanismos posteriores a su retiro. Hace pocos días asistí al retiro de un profesional muy afamado y que goza de muchísimo respeto, con ochenta y cinco años de edad.

Estamos totalmente de acuerdo en que tiene que existir una absoluta separación -en razón, además, de la debida oposición de intereses que debe haber- entre ASSE y el MSP. El Ministerio es controlador, es planificador, es regulador, y no puede ser prestador de servicios porque no puede estar regulándose y controlándose a sí mismo. Por lo tanto, en ese sentido coincidimos absolutamente en que tiene que haber esa separación.

También coincidimos plenamente en que el centro de atención de todo el sistema tiene que ser el usuario. El usuario debe volver a recuperar la libertad de elección de dónde va a asistirse.

Para terminar, diría algo que es muy importante y que se lo escuché a uno de los principales participantes en el cambio del sistema de salud de Italia, que fue muy similar al que se hizo por parte de la Ministra de Salud de España. Él dijo que nosotros debemos perderle el miedo al cambio. Debemos tener el coraje de enfrentar los problemas que tenemos e ir al cambio, porque el cambio siempre va a ser para bien, ya que tenemos que confiar en que contamos con la gente necesaria para poder hacerlo.

He tratado de resumir conceptualmente lo que me parece que podía transmitir.

(Aplausos)

Dra. MÓNICA XAVIER. - Cuando todos estamos de acuerdo en que la salud es un derecho humano fundamental y por tanto hay que garantizarla, creo que tenemos que ponernos a ver cómo efectivizamos esa universalización en la atención, cómo garantizamos esos principios y los cotejamos con la realidad, para a partir de eso encontrar seguramente la solución.

Aquí se han manejado varios principios que pueden ser coincidentes, pero que seguramente reflejen alternativas diferentes, según se tomen todos o no, en lo que son los

diversos modelos de sistema. Garantizar la universalidad, la continuidad en la atención, la integralidad, que la atención sea equitativa, oportuna y de calidad, que tenga eficacia y eficiencia, que en el sistema haya participación, que de alguna manera logremos esa participación descentralizando y jerarquizando un primer nivel, para facilitar de esa manera el involucramiento de la comunidad, nos puede dar pocas variantes. El problema es si efectivamente empezamos por definir sobre qué principios tiene que estar basado el sistema, y capaz que ahí nos ponemos más rápidamente de acuerdo en que algunos modelos cierran con esos principios y otros no cierran porque no son equitativos, no son universales o no son solidarios.

Hay un tema en el que no quiero dejar de dar opinión -es muy importante y no lo mencioné en los minutos que tuve inicialmente-, que es el de la política de alta tecnología, que es una cuestión esencial. Nos parece que se podría haber implementado en el último período -porque concita relativos consensos- el relevamiento en el país de qué es lo que tenemos y cómo está distribuido. A la vez, habría que definir que la alta tecnología no puede estar librada a sí misma, sino que debe estar fuertemente atada a la política que definamos. Nadie deja una canilla abierta con un chorro muy fuerte para tratar de controlar el agua. La alta tecnología, en el área de la salud, es realmente una canilla con un chorro demasiado importante como para que no tengamos una fuerte regulación. Es necesario un verdadero relevamiento de qué es lo que hay hoy en el país, en qué condiciones está y qué servicio se está brindando.

Creo que en materia de recursos humanos, de formación permanente y de ingreso a las diferentes áreas de recursos humanos, tenemos que ponernos de acuerdo primero en qué sistema queremos. Es cierto que no tenemos equilibrios entre los diferentes actores de la salud, pero me parece que es uno de los elementos que están en discusión y siempre va a ser mejor definir a qué modelo queremos apuntar para definir después de qué manera y en qué cantidad vamos a formar los recursos. Cuando llegamos a determinados momentos, en este tema se pone la carreta delante de los bueyes y empezamos a generar, en general, más divergencias que convergencias.

La propuesta tiene que estar consensuada a priori para ver el tipo de recursos humanos y, en este sentido, el cambio que por lo menos todos proclamamos que queremos, nos va a implicar costos iniciales en la formación de los nuevos recursos, pero también en la capacitación de los recursos ya existentes para adaptarlos a ese nuevo modelo.

Asimismo, desde el punto de vista de los recursos financieros, tendrá que haber un porcentaje inicial destinado a mejorar la actual situación en el ámbito de la salud pública. En la medida en que queramos complementar servicios -como es nuestra propuesta- del ámbito público y privado para generar ese sistema, lógicamente deberemos dar al sistema público una inyección inicial que nos permita recuperar ámbitos dignos para la atención que hoy no tenemos.

De igual manera, no quisiera dejar de hacer una referencia a la importancia que tiene nuestro Hospital universitario en la creación de un sistema nacional de salud. También allí tenemos que reivindicar la formación y capacitación, muchas veces en tecnologías de punta, que tenemos a nivel de nuestro Hospital universitario.

Dejamos sentado nuestro compromiso de tratar de implementar alternativas y soluciones a la emergencia, aun en campaña electoral; y si se trata de soluciones de fondo, hay que ir a la búsqueda de consensos, porque no cabe duda de que ningún cambio se implementa, ni mucho menos es eficaz, si no tiene, como decíamos, la voluntad política y una amplia base que lo sustente.

(Aplausos)

Dr. ANUAR ABISAB.- Aquí se ha hablado nuevamente de salud y seguimos, desgraciadamente -capaz que es una deformación médica-, hablando de enfermedad. Creo que estamos todos de acuerdo -ha sido dicho anteriormente- en que tenemos que hacer la priorización de la promoción y de la prevención, para luego ir a la atención y, dentro de ella, a la atención primaria. Eso ya se mencionó anteriormente y creo que es la base fundamental de la proyección de lo que tiene que ser el sistema nacional de salud.

En cuanto a la parte de la emergencia, quiero decirles sencillamente que, así como en el país atravesamos en el año 2002 por una grave situación financiera y económica y se lograron los recursos, y así como se implementó un plan de enseñanza y se lograron los recursos, creo que un plan de salud debe requerir ayuda, y tal vez no sólo de nosotros, sino también una ayuda de afuera.

Debemos empezar por saber si queremos cambiar, y el cambio debe consistir antes que nada en dejarnos de celos e ir a la integración de los sistemas público y privado con los sistemas locales de salud y con los sistemas regionales de salud, para terminar con que un enfermo venga desde Rivera o desde Tranqueras o desde Río Branco a Montevideo, y todo caiga en Montevideo, pasando por un montón de localidades, pasando por un montón de hospitales. Creo que es fundamental la coordinación entre el sistema público y privado, con ASSE como órgano ejecutor del tratamiento de la enfermedad obligatoriamente por parte del Estado, financiado por todos -porque, al fin y al cabo, el Estado somos todos-, y el sistema privado, fundamentalmente el sistema mutual, representado por el aporte que hace la gente. Eso tiene que ser implementado para optimizar la utilización de los recursos que tenemos. Tenemos muchos recursos, gastamos mucho dinero y lo gastamos mal. Y a veces lo gastamos mal en el peor sentido, porque al individuo más pobre y más desprotegido le damos menos que al que tiene más posibilidades.

Por lo tanto, creemos que lo primero que hay que hacer en este país es sentarnos a una mesa y decir: "Señores, ¿qué podemos coordinar entre el hospital y la mutualista?". Me parece que ese es el punto de partida. Si no logramos coordinar desde ya esto, no vamos a poder hacer un sistema nacional de salud bajo ningún punto de vista.

Entonces, primero, obliguemos a las autoridades, al MSP como tal, a que haga la promoción y la prevención de las enfermedades, para que tengamos una ciudadanía sana: para eso hay planes prioritarios, planes materno-infantiles y planes de salud de todo tipo. Y, segundo, que cuando tengamos que atender la enfermedad podamos coordinar entre la parte pública y la privada, dando el mismo tipo de asistencia, lo mejor posible y en todo el territorio nacional, a toda la población.

Muchas gracias y espero que esto haya contribuido a clarificar el tema.

(Aplausos)

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Naturalmente, el tema despierta interés, y las excelentes y muy claras exposiciones de los distintos panelistas que hemos escuchado han fomentado la llegada de preguntas. Algunas están dirigidas al panel en general y otras a algunos panelistas en particular.

Vamos a comenzar por las que están dirigidas al panel en general, para que cada uno de sus integrantes tenga la oportunidad de dar la respuesta correspondiente.

La primera pregunta dice: "Es hoy casi como una verdad indiscutible que si se es autoridad con responsabilidad de regular no se puede prestar servicios. Uruguay tiene una

experiencia que fue parte de la identidad nacional: la educación pública prestada por el Estado, que a su vez controlaba la enseñanza privada. ¿Eso no es posible en salud? ¿Tendrá que venir José Pedro Varela en la salud?".

Dr. JAVIER GARCÍA.- Creo que es necesario hacer una precisión. Hay una diferencia entre el caso de la educación y el de la salud.

En la educación existe una autoridad que es absolutamente autónoma, que es el CODICEN, y tiene tres organismos desconcentrados. Y este CODICEN controla, justamente, a las tres autoridades desconcentradas que tiene para administrar la educación. El CODICEN no presta directamente el servicio de la educación.

En el caso de la salud, no. En el caso de la salud coincide que quien tiene que ejercer la autoridad es, al mismo tiempo, quien presta el servicio.

Quería hacer esa aclaración.

Dr. TABARÉ GONZÁLEZ.- Originalmente no fue así. El Consejo Nacional de Enseñanza Primaria hacía las dos cosas.

Dr. JAVIER GARCÍA.- Claro. Simplemente quería señalar la realidad actual. Pero puede tener perfectamente puntos de coincidencia. Lo que quería aclarar es que existe ese organismo, que es la Administración Nacional de Educación Pública, que actúa como superintendencia de los tres organismos desconcentrados.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Otra pregunta general plantea: "Luego de haber escuchado las diferentes propuestas en términos generales, ninguna de las organizaciones políticas mencionó el rol de formación de la Universidad de la República, así como la discusión sobre la cantidad de personal de salud necesaria para dicho sistema, con un exceso de médicos actualmente".

Dra. MÓNICA XAVIER.- Yo decía que el exceso puede ser relativo, pero tenemos que definir si hay verdaderamente un exceso según el modelo que queramos. Me parece que tenemos condiciones de trabajo que no son buenas. Sabemos que existe otro tipo de sistemas en los que al personal de la salud se le da otro tipo de condiciones laborales porque, justamente, enfrentamos la vida y la muerte; y no en vano algunos estudios que se hicieron demuestran que somos de los sectores que más pronto morimos y de lo mismo que muere el conjunto de la sociedad. Por tanto, estamos sometidos a una mayor situación de estrés, que todos conocemos y vivimos diariamente.

La cantidad de los protagonistas del equipo de salud -insisto en que no podemos medicalizar, sino que tenemos que pensar en el cambio con todos los protagonistas que tienen que ver con la atención de la salud- debe definirse una vez que tengamos un proyecto para llevar adelante. Si no, lo único que vamos a hacer es estar generando rispideces en lugar de estar avanzando en los consensos.

Obviamente, en cuanto a la capacitación, no es lo mismo el personal actual, que está formado en un sistema de atención, y no de prevención ni de rehabilitación. Todos estamos de acuerdo en que la prevención primaria y la secundaria son esenciales. Ahora bien: en el momento de implementarlo, sabemos bien que no lo hemos hecho. Y eso tampoco ha ocurrido en un capítulo tan importante para una población demográficamente tan envejecida como la nuestra, como es la rehabilitación, que no tiene un espacio ni siquiera mínimo dentro de las patologías más frecuentes en la población.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Vamos a pasar ahora a las preguntas dirigidas a algunos de los panelistas en particular.

Tenemos dos preguntas dirigidas al Dr. Fraschini, que son muy similares, por lo que las vamos a sintetizar: "Con la experiencia que usted tiene al haber sido Ministro, ¿cuáles son los obstáculos que llevan al bloqueo de los cambios necesarios y por qué éstos aún no se han producido?".

Dr. LUIS FRASCHINI.- Me va a llevar como un año contestar todo eso.

Creo que hay varios factores que inciden en la posibilidad de un cambio. Se han nombrado varios aquí y yo he mencionado particularmente alguno de ellos. Creo que es esencial tener predefinido, de común acuerdo, una verdadera política de salud. Eso, en general, no ha ocurrido.

Tener predefinida una política de salud significa también tener un acuerdo político para llevarla adelante, lo cual es esencial. Para llevar adelante cambios en salud, tiene que haber una pata política, tiene que haber una pata programática y tiene que haber una tercera pata que es el equipo que va a llevar adelante esos cambios; y, por supuesto, es necesario contar con todos los recursos financieros correspondientes. Son tres patas muy difíciles de hacer coincidir. Indudablemente, cualquiera de ellas desestabiliza cualquier sistema y a cualquier Ministro.

Yo estuve doce años relacionado con el Ministerio. Tuve la suerte o la desgracia de ejercer prácticamente la totalidad de los cargos jerárquicos del Ministerio desde Inspector General, pasando por Subdirector Técnico de ASSE, Director de ASSE, Subsecretario y Ministro. Y realmente es muy dificultoso manejarse con más de diez o doce intereses que inciden sobre las decisiones que deben adoptarse.

Si me preguntan concretamente cómo se puede realizar un cambio, yo digo que primero tenemos que lograr dar seguridad. Con respecto a una pregunta anterior sobre el tema de recursos humanos, pienso que es esencial dar tranquilidad a los recursos humanos cuando se va a hacer un cambio, porque no se va a lograr lo que se busca si se tiene inseguridad salarial, si se tiene inseguridad laboral, si la formación de los recursos no es realizada en forma adecuada a lo que queremos y a lo que buscamos y, por lo tanto, se va a desequilibrar posteriormente la parte económica.

Cuando hablan de la parte de tecnología, diría que es la que me preocupa menos, y voy a decir por qué. Primero, porque el área de salud es un área de servicios y, por tanto, el 80% de los recursos se vuelca directamente o indirectamente en recursos humanos. La participación de la tecnología, en realidad, es relativamente baja. Por ejemplo, en lo que respecta a un CTI -aquí hay varias personas que han trabajado allí-, si uno tiene un CTI adecuadamente ocupado y realizando los servicios en forma adecuada, sabemos que la incidencia a lo largo de diez años en un módulo normal es del 2% del costo de un CTI; y lo más caro que hay son los recursos humanos.

Por lo tanto, creo que hay que lograr la estabilidad y dar tranquilidad a los médicos y a todos los demás actores que componen los recursos humanos en el sentido de que eso va a estar regulado en forma adecuada. Y entonces van a dejar hacer los cambios. Porque después empieza la máquina de tocar intereses; indudablemente, las deformaciones del sistema han llevado a que haya deformaciones en los intereses de cada uno y eso hay que ir arreglándolo. Es el temor a tener que arreglar lo de fondo.

Por eso digo que son muchos los factores que dificultan llegar a un cambio, porque cualquiera de los que mencioné -ya sea el factor financiero, los recursos humanos, la gente

que incide en la tecnología- puede desequilibrar. Y lo peor de todo es que se pierde el derecho del usuario a tener una buena calidad médica, a tener la libertad de elegir, que es la que tenemos que recuperar.

Esto es lo que puedo decir brevemente. Son temas muy amplios y se podría hablar una hora de cada uno de ellos.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Hemos recibidos otras dos preguntas dirigidas al Dr. Fraschini que creo que podemos plantear simultáneamente. La primera dice: "En cuanto a la necesidad de aportes financieros internacionales para financiar el cambio, ¿realmente considera que son indispensables, o con una distribución más solidaria podría ser suficiente?". Y al mismo tiempo otro concurrente pregunta: "¿De dónde saldrían los recursos para financiar un retiro médico como el que usted plantea?".

Dr. LUIS FRASCHINI.- Sobre la primera pregunta, no me cabe la menor duda de que es esencial. Cualquier cambio tiene un costo, y es el costo, además, de mantener estable el sistema mientras se va a haciendo el cambio. Creo que hay unos cuantos países que están dispuestos a colaborar con Uruguay para realizar los cambios necesarios, así como también hay organismos internacionales dispuestos a dar préstamos para realizar los cambios. La cuestión es saber utilizarlos bien, en forma adecuada.

Para mí eso es imprescindible, porque de lo contrario no se va a lograr la estabilidad y la tranquilidad necesarias para hacer el cambio.

En cuanto a la segunda pregunta, creo que lo primero que tenemos que hacer es ponernos de acuerdo para estudiar cómo utilizamos hoy los recursos que tenemos. Yo no estoy seguro de que, si se estudian adecuadamente, no existan los fondos necesarios para eso. Pero si el gobierno de turno entiende que la salud es efectivamente, al igual que la educación y la seguridad, un servicio esencial para el ciudadano, creo que hay que sentarse en torno a una mesa y buscar los recursos financieros, porque si se encuentran para otras cosas, se deben encontrar para este tipo de fines.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- La última pregunta para el Dr. Fraschini dice así: "El viernes 23, en el canal 10, en el informativo de la hora 19, en un acto partidario el candidato a la Presidencia de su partido dijo que el Encuentro Progresista-Frente Amplio, si gobernara, estatizaría la salud y expropiaría las mutualistas. ¿Está usted de acuerdo con esa afirmación?".

Dr. LUIS FRASCHINI.- Primero, no sé lo que haría el Encuentro Progresista, porque creo que en salud, como dijo la Senadora, hay que buscar coincidencias y lograr acuerdos políticos para llevar a cabo los cambios; o sea que no sabemos exactamente lo que haría.

Lo que digo es que en cualquier parte del mundo, aun en aquellos países en los que los sectores públicos inciden más sobre el sistema de salud, conviven el sistema público y el privado. Que el financiamiento sea hecho por una superintendencia o por un organismo financiador común, no quiere decir que los prestadores del servicio de salud tengan que ser todos públicos o todos privados. Creo que pueden convivir perfectamente bien e incluso competir en calidad de servicios hacia el ciudadano.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Tenemos una pregunta dirigida al Dr. Javier García: "¿Qué acreditación deben tener y quién va a valorar a aquellos que tengan el rol de integrar organismos de contralor del sistema?".

Dr. JAVIER GARCÍA.- Tomo la pregunta en función de las dos posibilidades a que hice referencia anteriormente: si se entiende que el Ministerio de Salud debe estar desvinculado de la prestación de asistencia; y lo otro que me imagino que está incluido es la unidad reguladora en materia de alta tecnología.

En cuanto a lo primero, el Ministerio de Salud es un organismo político. Las políticas las define la ciudadanía. Uno tiene el temor de que pasemos mucho tiempo buscando los consensos. Lo digo con la mano en el corazón: cada vez creo menos en los consensos y creo más en los liderazgos democráticos, porque el problema es que lleva mucho tiempo abordar los consensos y llegar a concretarlos, y se tarda muy poco tiempo en romperlos.

Lo que requieren las democracias modernas son liderazgos democráticos, y requieren respeto a los procesos, que es lo que permite controlar que el liderazgo no se desvíe de la democracia al autoritarismo. Porque cuando el liderazgo centra en sí la toma de decisiones, la organización se hace dependiente del liderazgo, y lo que permite a la organización controlar democráticamente al liderazgo es que haya procesos que permitan la continuidad del servicio.

Por eso, si la pregunta está referida al Ministerio de Salud desvinculado de la prestación de asistencia, el Ministerio de Salud debe ejercer la responsabilidad que la ciudadanía le otorga al partido que gobierna. Esto no significa no buscar la participación y los acuerdos. Sí significa que llega un momento en que se acaba el tiempo de las discusiones y hay que tomar las decisiones; y el poder de decidir lo otorga la ciudadanía cada cinco años.

Con respecto a la unidad reguladora, es distinto. Ya el Uruguay tiene dos ejemplos: la Unidad Reguladora de los Servicios de Comunicaciones -la URSEC- y la URSEA, que se ocupa de la energía y el agua. La integración de estas Unidades requiere venia parlamentaria, obviamente con la acreditación necesaria de solvencia técnica en la materia. Yo no conozco personalmente a todos los integrantes de estas Unidades, pero reconozco en todos ellos -porque uno averigua- la solvencia técnica que tienen.

Entonces, es diferente esta instancia a la anterior. Pero, en todo caso, aquí no existe una academia que permita hacer esto. En el sistema democrático, lo que legitima la autoridad es la decisión de la ciudadanía. Y cuidado con pensar que existe alguna autoridad superior, por encima de esta voluntad, que pueda tener un ejercicio de autoridad por encima del que confiere la voluntad de la gente. Doce años pasamos sufriendo esa desviación.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Hay dos preguntas dirigidas a la Dra. Xavier que creo que podemos sintetizarlas en una: "¿Cuál es el rol de las IAMC en su proyecto de cambio para el sistema de salud, y cómo va a regular el MSP la distribución de la tecnología en el país, no sólo la alta tecnología, sino por ejemplo la imagenología?".

Dra. MÓNICA XAVIER.- Obviamente, el rol de las instituciones de asistencia médica colectiva es esencial porque estamos hablando de un sistema nacional en el que estén integrados el subsistema público y el subsistema privado. Por tanto, si bien existen otros modelos y creo que nadie se tiene que horrorizar por el hecho de que haya sistemas de salud enteramente públicos en países que alternan partidos en el gobierno, a mí no me duelen prendas porque alguien diga que podemos eventualmente estatizar. No es la propuesta. La propuesta es de un sistema nacional integrado, que realmente complemente los servicios públicos y los privados.

Sabemos que tenemos una de las redes asistenciales más importantes de los países de América Latina, pero sabemos que tenemos áreas a las que no llega nadie y áreas en donde

algunos podemos hacer, en determinados departamento, realmente un privilegio de lo público y, en otros, un privilegio de lo privado. Bueno, de lo que se trata es de que este país rescate lo mejor que tiene de los dos sistemas y los complemente de forma tal que se empiece a revertir tanto despilfarro, tanta superposición y tanto agujero negro sin cobertura de ningún tipo.

Creemos que ese es un tránsito que nos va a llevar mucho tiempo y será un tránsito en el cual, por tener un rol rector ese Ministerio, tendremos la posibilidad de contar con políticas que sean llevadas adelante por no importa quién, sea el ámbito público o el ámbito privado, que deberán complementarse. Sabemos, por ejemplo, que en materia de centralización -cosa que nos parece esencial para fortalecer el primer nivel de atención con una estrategia de atención primaria de salud- vamos a tener que generar esa red asistencial lo más territorializada posible, para lograr llegar lo más que podamos a la gente. No olvidemos que en los últimos cinco años este país duplicó la pobreza y multiplicó por 2,5 el sector de los que ya pasaron de ser pobres a estar excluidos.

Por tanto, para integrarlos también al sistema de salud, no podemos esperar a que vengan; tenemos que ir a ellos. Y cuando estamos jerarquizando un nivel territorial, estamos facilitando de alguna manera esa posibilidad, porque estamos involucrando también a la comunidad en la obtención de mejores niveles de atención en salud.

¿Como definir el tema de la alta tecnología? Creo que lo que primero que hay que lograr es un censo. No nos hemos puesto de acuerdo, o nos hemos puesto de acuerdo pero no se ha podido implementar. Entonces, ahí entramos en aquello de hasta dónde se dan los consensos fáciles y hasta dónde se dan los consensos verdaderos. Yo creo que aquí hay que rascar hasta que tengamos consensos verdaderos para implementar las cosas.

Hoy no tenemos un censo de nuestra alta tecnología a nivel nacional, y ese es el primer paso. El segundo paso es definir qué prioridades en salud tiene nuestra población. ¿Para qué vamos a seguir trayendo determinados aparatos, que nos sobrarían como país y como región, cuando no tenemos otros que necesitaríamos? Creo que en esa correspondencia entre lo que son las características demográficas y epidemiológicas de nuestro país, y un censo que nos revele qué tenemos en uso y qué tenemos en cajones todavía, vamos a poder lograr un rendimiento. En salud es muy fácil inducir demanda; lo sabemos. En estos últimos años la tecnología en materia de salud ha avanzado notoriamente. Creo que el control de este tipo de tecnologías se debe hacer en función de las necesidades que tiene la población.

Dr. TABARÉ CAPUTI.- Vamos llegando al final de este Foro, que creo que ha colmado las expectativas que tenían los organizadores y, seguramente, también el público asistente.

Hemos tenido el placer y la satisfacción de escuchar exposiciones muy precisas, muy claras, muy completas en torno a la visión de cada uno de los partidos políticos con referencia a la situación actual y a las perspectivas del sector salud. Se han podido poner en evidencia muchas coincidencias, así como algunos matices y algunas discrepancias, pero, como siempre, conviene enfatizar en torno a las coincidencias o a los aspectos que han sido mencionados como coincidencias por los representantes de los tres partidos políticos.

En primer lugar, la necesidad del cambio. Ha habido unanimidad en ese sentido, y esa unanimidad ha sido enfática y reiterada.

Ha habido también unanimidad en la necesidad de una política de salud con características de política de Estado, que sea la que comande no sólo las acciones de cambio a producir en el sector, sino la conducción futura de toda la organización de los servicios de prestación de atención médica para contribuir a la salud.

Asimismo, ha habido coincidencia en cuanto a la necesidad de la organización y la complementación de los servicios público y privado en los aspectos vinculados con la prestación de servicios.

Ha habido también una coincidencia en expresar enfáticamente la necesidad de participación de la comunidad y de los médicos y de los trabajadores de la salud en todos estos aspectos.

Es decir, hemos avanzado en torno a un camino de cambio con determinadas características que, aparentemente, son compartidas por las fuerzas políticas mayoritarias del país.

Yo creo que se inicia así un espacio de reflexión y de construcción, a través de la transición, de modelos que permitan superar la situación de decaimiento de los servicios de atención médica del país, para contribuir eficaz y eficientemente a la construcción de un país más saludable, como lo expresa el logo de nuestra Convención.

Nos sentimos satisfechos, pues la Convención tiene ahora otros elementos de juicio y otros puntos de partida, particularmente coincidentes con muchos de los planteos que hemos escuchados en las Asambleas Zonales y Departamentales. Iniciamos el recorrido de un camino que, con la visión de todos los habitantes del país, con la necesaria visión y altura de miras de los dirigentes políticos, con la necesaria participación -como tradicionalmente la han tenido y como vocacionalmente la tienen- de los médicos en particular y de los trabajadores de la salud en general, y con la necesaria y natural expectativa, ansiedad y deseos de participación de la comunidad, nos llevará en el futuro a encontrar cambios positivos para la salud, que no serán instantáneos, que no serán inmediatos, pero que significarán empezar a recorrer el camino de los cambios para una mejor prestación y un mejor nivel de salud.

Nuestro agradecimiento muy efusivo a los partidos políticos, a sus Comisiones de Programa y, particularmente, a los panelistas con cuya presencia hoy nos hemos sentido honrados. Tengan la seguridad de que los médicos estamos en el mismo camino, y sabemos que todos los sectores sociales también, de modo que todos juntos podemos introducir cambios en el sistema que signifiquen un beneficio para la salud.

Muchas gracias a todos por su participación.

(Aplausos)