

8ª Convención Médica Nacional

Foro sobre "Trabajo Médico"

15 de julio de 2004

Dr. YAMANDÚ FERNÁNDEZ.- Es realmente un gusto recibirlos en la casa de la Federación Médica del Interior.

Hoy, el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior, a través del Comité Organizador, llevan adelante una nueva jornada enmarcada en el ciclo de debates preparatorios de la 8ª Convención Médica Nacional. La propuesta de esta noche es conversar sobre el trabajo médico.

Sin duda, como gremio médico que somos, el tema del trabajo médico es uno de los que nos resultan más caros y, por supuesto, genera enormes expectativas. De manera que esperamos que hoy, con la valiosa colaboración de la Dra. Marisa Buglioli, del Dr. Félix Rígoli, del Dr. Carlos Cardoso y del Ec. Luis Lazarov, y con la coordinación del Dr. Tabaré González, podamos tener la oportunidad no sólo de escuchar su opinión experta, sino también, por nuestra parte, de opinar sobre la cuestión y plantear nuestras expectativas.

Como esto es una jornada de trabajo, creo que corresponde iniciarla ya, sin hacer otras consideraciones.

Por lo tanto, damos la palabra al Dr. Tabaré González para comenzar este Foro.

Dr. TABARÉ GONZÁLEZ.- Es un gusto estar aquí con los amigos de FEMI.

Me voy a permitir, como viejo que soy, hacer tres menciones a un documento que tiene hoy treinta y dos años. Es de la 6ª Convención Médica Nacional, del año 1972, donde los temas en debate eran prácticamente los mismos que estamos debatiendo en esta 8ª Convención Médica Nacional.

Permítanme, a propósito de aquella Convención, traer el recuerdo de un inapreciable colega, fallecido hace muchos años fuera del país, que fue uno de los alma máter de la 6ª Convención: el Dr. Julio César Ripa, a quien seguramente muchos de ustedes recuerdan. Muchos de los documentos que figuran en este amarillento folleto, que fue aprobado en la 6ª Convención Médica Nacional, tenían el genio de Ripa.

En la introducción de este folleto -sólo voy a citar esto y luego pasaré al presente- se dice: "Del análisis crítico de nuestro presente anotamos algunos hechos de importancia. Existen amplios sectores de población con necesidades de atención médica insatisfechas y, paralelamente, centenares" -hoy miles- "de médicos sin empleo o con subempleo. Las remuneraciones del médico uruguayo son las más bajas del mundo. Para obtener ingresos que a veces son simplemente subsistenciales, muchos médicos deben prolongar su jornada laboral durante catorce y más horas. Poco tiempo queda, en esas condiciones, para el descanso, para la vida familiar y para el estudio permanente que mantiene e incorpora conocimientos. El deterioro de los servicios de atención médica ha llegado a límites monstruosos, a la vez que la crisis nacional se manifiesta en diversos indicadores de la salud, como la mortalidad infantil en ascenso". Esto es de 1972.

Entonces, para tirar la pelota a la cancha, a nuestros estimados integrantes del Foro -es una enorme satisfacción compartir con ellos este debate-, vamos a decir que estamos convencidos de que es condición imprescindible, para racionalizar el trabajo médico, que se cambie el caótico escenario laboral actual, que se caracteriza por la dispersión institucional, la inestabilidad de esa estructura institucional, la deformación del modelo de atención -profundamente influido por mecanismos de mercado-, y por el hecho de que los avances científico-tecnológicos se han usado muchas veces como factores de deformación, desde la formación hasta la práctica de la atención.

¿Qué pasa con el modelo actual? Hay indicadores de salud diferentes según el tipo de población; dificultades de accesibilidad; uso diferenciado de los servicios de salud; distribución heterogénea de recursos entre los subsectores; y, en cuanto a los integrantes del equipo de salud, percibimos segregación, insatisfacción, precarización e inestabilidad.

Agregamos un nuevo escenario a lo que se decía en aquella 6ª Convención: la precarización del trabajo médico. Discutimos mucho en la Comisión de Trabajo Médico sobre la cantidad importante de colegas que tienen que vender su fuerza de trabajo mediante un mecanismo falso, espurio e informal, que es la empresa unipersonal, con las características de ejercicio liberal de la profesión, cuando lo que están haciendo es un trabajo dependiente -tendrían que ser funcionarios-, sin seguridad social, sin garantías de ningún tipo y color, hasta el día en que les digan: hasta aquí llegó mi amor.

Este es un ingrediente nuevo en el escenario de deformación del trabajo médico: la precarización, la informalidad, que además no sólo se da en el área de la práctica privada, sino que también se ha introducido de una manera bastante fuerte dentro del sector público, en particular en el Ministerio de Salud Pública, que, a través de las pseudo Comisiones de Apoyo, está contratando o incrementando pagos a personal mediante este mecanismo.

Entonces, cuando tenemos una población que necesita una atención integral y humana, oportuna y con accesibilidad, de calidad y con capacidad resolutoria, con regularidad, continuidad y coherencia, y además que se desmercantilice el cuidado de la salud y haya una práctica que sea más fuertemente ética y calificada, nos encontramos con este escenario.

En ese marco, en la Comisión de Trabajo Médico habíamos identificado algunos puntos críticos para el análisis del problema y la búsqueda de soluciones.

En primer lugar, definitivamente, caracterizar los puestos de trabajo de acuerdo con un modelo de atención de tipo integral. Si hoy se pregunta a dirigentes del sector público, y aun a los del sector privado mutual -o sea, sin fines de lucro-, cuál es la cantidad de puestos de trabajo y qué tipos de puestos de trabajo existen para los médicos en este país, no hay una respuesta clara, contundente.

Tiene que haber un modelo de atención integral, articulado por niveles de atención, orientado por la estrategia de APS, generando de esa forma una apertura de la escala laboral de la profesión, que hoy está en un sistema de embudo.

Tiene que haber una articulación de la carrera funcional, que con estos nuevos fenómenos que veíamos está mucho más deformada que antes.

Debe definirse con claridad la unicidad del sistema en la carrera funcional válida para todo el sistema integrado, sea cual sea la forma que adopte el mismo. Cuando se discutía la reforma sanitaria en su país, decían los brasileños, con mucha gracia, que si no hay isonomía salarial, no hay sistema integrado.

Por tanto, tiene que haber una unificación del sistema retributivo, identificando los modos y componentes que ese sistema debe tener; por ejemplo, salario base, con antigüedad, puntaje de evaluación, grado de escalafón, dedicación exclusiva, radicación en zonas

priorizadas, especialización, calificaciones por actividades de educación en servicio, y otras.

Debe haber una racionalización del mínimo y máximo de la jornada laboral. Y debe haber una racionalización del número de lugares de trabajo que puede ocupar en el sistema cada uno de los colegas del cuerpo médico nacional.

Por último, debe haber una racionalización de los mecanismos de retiro jubilatorio de los médicos, que hoy son tributarios de múltiples sistemas de seguridad social y, en el momento del retiro, apenas logran una rescate muy parcial de lo que han estado aportando. De manera que el tema retiro está indisolublemente ligado a los procesos de trabajo médico.

Les pido disculpas por la extensión, pero quería trasladar un poco lo que había sido un eje de análisis a lo largo de los meses finales del año pasado, en la etapa primaria, preparatoria de esta Convención. Son cuestiones que ahora también están en debate en el Foro Virtual y en las Asambleas Zonales y Funcionales que a lo largo y a lo ancho del país se vienen realizando.

Vamos a comenzar dando la palabra, en primer lugar, al Ec. Luis Lazarov. La idea, básicamente, es que hagamos una primera ronda entre los participantes, de no más de diez minutos cada uno, y mientras tanto los presentes hagan llegar sus preguntas -que trataremos de agrupar en función de sus características comunes-, a las que se dará respuesta posteriormente, cuando se entre en la etapa de conclusiones y propuestas.

Ec. LUIS LAZAROV.- Sin saberlo, de alguna manera me voy a ver beneficiado por la intervención del Dr. Tabaré González porque una buena cantidad de los puntos que él acaba de plantear son parte de algunas de las reflexiones que vamos a hacer en esta exposición.

La intención es no abundar demasiado en datos, si bien algunas de las láminas que vamos a mostrar los contienen. Después, en la ronda de diálogo e intercambio, puede haber lugar para ver algunas datos que están planteados allí. La intención es ir rápido para no sobrepasar el tiempo que está planificado para cada una de las intervenciones.

Esta exposición contiene, básicamente, dos grandes bloques: uno aborda la parte del empleo y el otro encara la parte de remuneración o retribución; y, a su vez, dentro de cada uno de esos bloques hacemos una clasificación en sector público y sector privado. El primero refiere, básicamente, al MSP y a ASSE, y el segundo a la parte que tiene que ver con las IAMC.

Nuestra intención en esta exposición es dejar planteada una serie de preguntas. Si bien podrán empezar a vislumbrarse las respuestas a algunas de estas preguntas cuando hagamos la segunda ronda y exponamos con la Dra. Buglioli el estudio que estamos desarrollando, la intención es dejar planteada una serie de preguntas que uno se hace normalmente, en la actividad en el SMU y a veces en las negociaciones salariales en el Ministerio de Trabajo, y que, cuando hemos conversado al respecto con médicos en el Comité Ejecutivo o en el SMU, han dado lugar a esta respuesta: "Esto es un tema típico de una Convención Médica, que es donde tendríamos que discutir estas cuestiones".

La idea es trasladar estas inquietudes. Probablemente, algunas de ellas correspondan, lógicamente, a la discusión en una Convención, y otras respondan a dudas que a uno le surgen y que creo que es interesante compartir.

Antes de pasar al desarrollo, voy a hacer dos comentarios.

En primer lugar, voy a pedir disculpas de antemano porque en alguna parte hay un manejo terminológico que no es adecuado a lo que estamos discutiendo. A veces, la desviación

profesional lleva a que uno utilice algunos términos demasiado técnicos para exponer temas que deberían ser planteados de una manera más sencilla.

En segundo término -quiero ser muy preciso en esto-, voy a aclarar que la información que ustedes van a ver llega, en todos los casos, hasta setiembre de 2002. Ya lo he dicho en algunas Asambleas Zonales y debo reiterarlo ahora: esto se debe a que, como todos los años, el SMU solicitó información al MSP -información que es pública, relativa a la actividad particularmente del mutualismo- y, en esta oportunidad, se nos ha respondido que se ha hecho una consulta jurídica en el Ministerio para ver si corresponde entregar esa información. Nosotros entendemos -no somos abogados- que la información es pública; hace once años que trabajamos en esto y es la primera vez que nos topamos con este problema, que nos parece delicado en la medida en que estamos frente a una Convención y nos interesa por lo menos tener información actualizada.

El último cierre consolidado del mutualismo es, pues, a setiembre de 2002, y lo queremos hacer público porque nos parece que estas cosas deben manejarse en el sector, ya que forman parte de los problemas que tenemos. Si agregamos a una información precaria el hecho de que la que se recopila y se consolida, que es pública, no se entrega, tenemos -me parece- un problema al cuadrado.

Dicho esto, paso a plantear muy rápidamente los temas respecto a los cuales nos surgen preguntas.

En lo que hace al empleo, por el lado de ASSE -según los datos que hemos manejado para el año 2002-, hay unos 4.000 cargos médicos, dentro de un total de casi 19.000 cargos, lo cual determina una proporción de 79% de cargos no médicos y 21% de cargos médicos.

Una pregunta que me surge es cuál debería ser la relación adecuada entre cargos médicos y no médicos en ASSE, teniendo en cuenta que, de hecho, hay detrás de esto -dicho con una terminología quizás no muy adecuada, pero es la que me surge- una función de producción: alguien produce un servicio que es intensivo en mano de obra. ¿Es lógica esta distribución, o hay alguna desviación desde el punto de vista de la racionalidad de cómo se produce el servicio?

Una segunda pregunta es qué pasa con el tema de las Comisiones de Apoyo y los programas de incentivos. Recién el Dr. Tabaré González hacía referencia a lo mismo. Mi pregunta es si deberían eliminarse los programas de incentivos en ASSE y, si la respuesta fuera afirmativa, cuál debería ser el régimen que los sustituya a futuro, porque de hecho hay ya una estructura que presta servicios apoyada en estas prestaciones, financiada por fondos que provienen de estas Comisiones, y frente a una instancia presupuestal que se aproxima, habría que ver, si se va a repensar esta lógica -dadas algunas debilidades que notoriamente existen en las Comisiones de Apoyo-, cuál va a ser la estrategia a futuro para dar continuidad al sistema de prestaciones que están apoyadas en las mismas.

Con respecto a los cargos médicos de ASSE, hay un elemento que recién mencionaba el Dr. Tabaré González. En este cuadro vemos que el Grado 8, que es el de ingreso, concentra buena parte de los cargos -el 70%- hoy por hoy en el MSP. La pregunta es si la forma más adecuada de ingresar y ascender en la carrera funcional de ASSE sigue siendo la que estipula la normativa. Y, si la respuesta fuera negativa, cuál debería ser el criterio sustitutivo en un proceso de cambio futuro, en la medida en que, además, esa normativa no se aplica desde hace varias décadas.

Un elemento adicional que ha complicado sistemáticamente el funcionamiento de ASSE ha sido la multiplicidad de formas de vinculación jurídica y laboral de los médicos con ASSE.

La diversidad de formas jurídicas de contratación, ¿tiene que ver con la rigidez que impone la Administración Central para producir servicios o es responsabilidad de quienes dirigen el MSP/ASSE?

En lo personal, sin ánimo de dar respuestas, yo me inclinaría más por la primera parte de la pregunta. Uno de los panelistas presentes, el Dr. Rígoli, probablemente nos pueda dar algunos ejemplos o plantear algunas situaciones sobre las que conversábamos antes de iniciar el Foro, que tienen que ver con esta combinación de la rigidez de la Administración Central, la necesidad de servicios, la imposibilidad de pagar lo que se debe pagar, y la generación de contratos que tienen su terminología y que de alguna manera no están en línea con lo que uno está acostumbrado a ver en materia de vinculación jurídica.

¿Qué pasa en el sistema mutual? Si vamos al tema de los cargos, pasa algo parecido: la distribución es de 65% y 35%. Entonces, la misma pregunta anterior: ¿cuál debería ser la relación adecuada entre cargos médicos y no médicos en las IAMC?

Esto es difícil de responderlo en una discusión tipo asamblea, pero creo que ameritaría empezar a pensar en una agenda en la cual esto comience a ser analizado con un poco más de rigurosidad, para ver si en todas partes -separando lo que es, por ejemplo, realidad capitalina, realidades del interior o realidades público-privadas- hay una constante. Habría que ver si en verdad esto forma parte de una lógica que el mercado impone por sí mismo, o si realmente está siendo coherente, consistente con la atención que se pretende dar.

Hemos hecho un trabajo con el Esc. Lorente y con el Dr. Turnes sobre el tema de los cargos médicos y la situación en el mercado de trabajo. Planteamos este cuadro, que ya lo hemos reformulado dos o tres veces, a partir del cierre de instituciones en estos últimos tiempos.

La pregunta es: ¿debería modificarse el rumbo reformando el sistema y el mercado de trabajo en el proceso de cambio, o dejar que los actores y el mercado continúen procesando el ajuste?

Aquí hay algunos tópicos o capítulos que tienen que ver con lo que se mencionaba y que hace también a los cargos en el sector.

Un fenómeno que recién mencionaba el Dr. Tabaré González es el tema de la precarización o la tercerización. Al respecto, me planteo una alternativa, simplemente como ejercicio intelectual: ¿debería combatirse aunque se pierdan oportunidades de empleo, o se debería definir una estrategia común para maximizar la cobertura de riesgos del médico y asegurar un nivel de ingresos comparable con lo que se percibiría por igual actividad en relación de dependencia?

Y a propósito: ¿no debería analizarse el actual sistema de cobertura general de riesgos de los médicos, para racionalizarlo y/o simplificarlo, tendiendo a aliviar los aportes actuales?

Aquí hay un problema combinado: el mercado de trabajo paga tributo a una situación de la seguridad social que es muy complicada. Desde el punto de vista económico, si uno mira el peso que tiene la seguridad social en el Uruguay -no hay necesidad de entrar en grandes detalles-, se aprecia que impacta fuertemente en el mercado y en la producción en general. La producción de servicios asistenciales no está desvinculada de ello, aun cuando tiene algunas exoneraciones o algunas tasas inferiores a las que se pagan en otros mercados.

Por lo tanto, me surge esta pregunta: ¿es posible pretender mantener una estructura de seguridad social sin cuestionar la importancia que tiene la cobertura de riesgo? Los desequilibrios son muy grandes y a veces, mientras se combate una estrategia, tal vez sería inteligente empezar a pensar estrategias compensatorias que de alguna manera no desperdiciaran las fuentes de trabajo, tratando de eliminar aquello que es precario o que hace a la desprotección. Me parece que ahí hay un desafío en el que hay que trabajar.

Con respecto al multiempleo, la pregunta es: ¿cuál debería ser la característica predominante del trabajo médico: el multiempleo o el monoempleo con determinadas condiciones para su consolidación?

Una respuesta posible se va a esbozar en la segunda parte de nuestra exposición. Entonces vamos a tratar de plantear una estrategia posible, por lo menos un modelo inicial de cómo transitar hacia la concentración del trabajo.

Con relación a la especialización, este cuadro muestra, a partir de las encuestas del SMU, cuál es el grado de especialización que tienen los médicos, que en general es alto.

La pregunta que uno se hace es si debería determinarse un nivel de especialistas adecuado para el futuro. Si la respuesta es negativa, ¿cómo reorientar el modelo asistencial con énfasis en el primer nivel? Y si la respuesta es afirmativa, ¿cuál debería ser el criterio para determinar el nivel y grado de especialización adecuado para mantener el equilibrio a futuro? Y, sin que sea esto menos importante, ¿quién debería hacerlo?

Con respecto a la oferta médica, en el trabajo que mencionaba hace un rato hicimos algunas propuestas. No me voy a detener en los cuadros y gráficos; como les decía hoy, simplemente están allí por si alguien tiene interés en ver algún dato en particular.

La pregunta es: ¿debería determinarse un número de médicos adecuado para el futuro?

Si la respuesta es negativa, ¿cómo reabsorber la desocupación médica futura?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál debería ser el criterio para determinar el número de médicos adecuado para mantener el equilibrio a futuro? ¿Quién debería hacerlo?

Este es un aspecto en el que, con el Dr. Turnes, venimos insistiendo sistemáticamente en todos lados, y aquí está presente el autor que al principio de los ochenta hizo un trabajo que ya pronosticaba la situación de sobreoferta médica. De alguna manera, habría que empezar a abordar este tema, que no ha sido encarado en profundidad. Hemos hecho una propuesta y puede haber otras, pero parecería que la desocupación es un fenómeno que debería ser abordado con más fuerza.

En lo que refiere a la concentración, que es importante en Montevideo con respecto al interior, la pregunta es: ¿debería existir una política pública orientada a la distribución regional de los médicos?

Si la respuesta fuera afirmativa: ¿cuál debería ser esa política y cómo debería ejecutarse?

En lo que hace al tema de la remuneración, me interesa poner énfasis en un punto en especial.

Una primera pregunta es: ¿cuál es el porcentaje de los gastos que debería destinarse a remuneraciones, tanto en ASSE como en las IAMC?

Las prestaciones asistenciales son intensivas en mano de obra, en el factor humano. La pregunta es: ¿debería haber un porcentaje de gastos razonable, que sea de alrededor del 50%, tanto en el sector público como en el privado?

La distribución interna de esa masa -y con esto adelantamos lo que ocurre en las IAMC- es, en Montevideo, 40% para médicos y 60% para no médicos; en el interior, prácticamente se divide por mitades. ¿Es razonable una distribución de este tipo? ¿Está acorde con la producción del servicio y el eje central de la prestación?

Voy a plantear una pregunta que me parece central. Muchas veces, en medio del proceso de negociación salarial, se nos ha planteado el deseo de conocer cuál sería el verdadero equilibrio o la relación que debe haber, por ejemplo -por poner una variable-, entre el valor hora de la actividad de un médico general y el de un especialista, o entre la actividad en el primer nivel de atención y la de los otros niveles, o entre la actividad médica y la actividad quirúrgica; es decir, cuáles deberían ser los equilibrios, si éstos surgen por la vía de los

hechos, o si existe una relación razonable que uno podría determinar de antemano o podría negociar en todo caso entre las partes.

Muchas veces hemos obtenido como respuesta que eso es un tema típico de una Convención, porque ¿quiénes sino los propios médicos deberían discutir cuál es la relación que existe entre el valor hora de un médico general y el de las diferentes especialidades? Entre otras razones, porque cuando se plantea reorientar el sistema poniendo énfasis en el primer nivel de atención, se plantea: ¿estarían dispuestos a pagarle tres veces el valor hora a un médico general con respecto a un especialista determinado? La respuesta es que, evidentemente, eso no tiene sentido. Entonces, si no tiene sentido, ¿cuál es la relación para poner énfasis en el primer nivel -uno de los factores para hacerlo es corriendo las situaciones del mercado de trabajo- y, simultáneamente, lograr un equilibrio en el mercado de trabajo, que sea consistente con este tema? Me parece que es una discusión que, o la dan los médicos, o se va a dar afuera; probablemente, la pueda dar el propio mercado, y no siempre las soluciones, desde el punto de vista de la concentración del ingreso o de la distribución de las remuneraciones, serán las más razonables o las esperadas.

Como ya estamos excedidos del tiempo acordado, dejamos planteadas algunas preguntas, en las que, si es posible, abundaremos en la segunda parte.

¿Debe existir una remuneración mínima para la actividad médica? Si la respuesta es afirmativa: ¿cuál debería ser esa remuneración mínima promedio?

¿Debería establecerse una relación objetiva y explícita de referencia entre las distintas especialidades médicas y quirúrgicas? Si la respuesta es afirmativa: ¿cuál debería ser esa relación? ¿Quiénes deberían establecerla?

¿Quién debería dirimir el criterio de distribución del ingreso médico?

¿Es el mercado el medio más idóneo para procesar dicha distribución o podría combinarse con criterios de aplicación basados en acuerdos entre las propias especialidades médicas?

Si la respuesta afirmativa se orientara a la combinación: ¿quién debería liderar o arbitrar el proceso de negociación que permitiera articular los acuerdos entre las diferentes expresiones de la actividad médica?

Termino aquí. Si hubiera interés, después podemos profundizar en algunas áreas que tienen que ver con la remuneración específicamente, tanto en el sector público como en el sector privado. Estas son preguntas que uno deja planteadas y creo que, aunque no fueran respondidas todas en esta instancia, sería bueno que hubiera una agenda que las pusiera sobre la mesa y les diera cierta prioridad, porque en la reforma del mercado de trabajo en la perspectiva de una reforma del sistema, difícilmente se proceda en forma racional si algunas de estas variables no están contempladas en ella.

Dra. MARISA BUGLIOLI.- En esta parte pretendemos hacer una introducción conceptual -una especie de marco teórico- a lo que vamos a plantear en la segunda ronda, que es la propuesta de un proyecto que está en proceso y en el que estamos trabajando con el Ec. Lazarov desde hace un tiempo.

Si bien el título de la primera lámina -"No por repetido menos olvidado: orientar los servicios hacia la atención primaria (AP)"-, que refleja una intención de fomentar y fortalecer la atención primaria en el sistema de salud, parecería más relacionado al Foro sobre sistema de salud -que ya se hizo en la sede del SMU, presidido por el Dr. Caputi-, en realidad lo que pretendemos con nuestra propuesta es, justamente, vincular el trabajo médico y los cambios en las condiciones del trabajo médico a lo que es el cambio necesario en el modelo de atención.

Por eso vamos a hacer una introducción conceptual de ciertos elementos que, de pronto, tienen más relación directamente con la reforma del sector salud, del modelo de atención, pero articulando esos requisitos con lo que es estrictamente las condiciones de trabajo médico.

El título también hace alusión a un problema histórico que existe en el país: se repite permanentemente la necesidad y la importancia de fortalecer la atención primaria, en particular este primer nivel de actividad. Esa es una necesidad reconocida, pero no está implementada en los hechos a través de cambios que representen una orientación sustantiva hacia el modelo.

Vamos a hacer una aclaración. En nuestra propuesta, nos vamos a referir a la integración del componente de atención médica en el primer nivel de atención, en particular las especialidades básicas, y haciendo hincapié en todas las actividades que tienen que ver con el acto médico. Vamos a interpretar la atención primaria en un sentido restrictivo, porque estamos en una Convención Médica y no pretendemos estar discutiendo todos los otros aspectos que aborda la atención primaria, de participación comunitaria y todas las actividades que implican un fuerte componente de coordinación intersectorial.

Nos importa dejarlo explícitamente sentado: no es que no importe y no impacte en la salud de las personas; son elementos importantísimos todos los aspectos relacionados con la salud colectiva, pero explícitamente vamos a abordar lo que es netamente trabajo médico, acto médico y, en particular, acto médico en el primer nivel de atención y en las especialidades básicas. Queríamos dejarlo sentado porque, si no, después la discusión se amplía demasiado.

Partimos de dos definiciones. Vamos a trabajar, dentro de la atención primaria, en lo que es la atención médica a la que tiene acceso directo la población y que se presta por médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por pertenecer a grupos determinados de riesgo. Esta es nuestra definición de partida de la atención médica dentro de la atención primaria.

Los equipos básicos que estamos considerando -que entendemos que deben ser el primer contacto con el sistema de salud-, son los médicos generales y los pediatras, y también incorporamos los ginecólogos, lo cual después puede ser un tema de discusión, si se considera pertinente.

¿Qué condición tienen todas estas especialidades que entendemos como básicas? Todas ellas mantienen una relación denominada "longitudinal", a lo largo del tiempo, con los individuos y con las familias, siendo responsables del cuidado de la salud a través de acciones curativas, preventivas, de educación, abarcando diversos episodios de morbilidad -no un único episodio, sino varios- a lo largo de la vida de los individuos.

Estas son definiciones que queríamos explicitar porque nos van a servir para que se entienda la propuesta operativa concreta que vamos a presentar en la segunda etapa.

Entendemos también importante, al hacer una introducción sobre estos temas, insistir en la importancia de fortalecer la atención primaria. Vamos a usar sólo un ejemplo; es una de las últimas investigaciones sobre el tema, que fue publicada hace muy poco. Se trata de treinta años de seguimiento en dieciocho países. Lamentablemente, dentro de esos dieciocho países no hubo ninguno similar a Uruguay en cuanto al tipo de desarrollo -son todos países desarrollados-, pero sí hay enseñanzas que surgen de esta investigación y queremos resaltarlas.

El grupo de investigadores es muy conocido en el área de la salud pública y de la atención primaria. Una de sus principales integrantes es la pediatra Barbara Starfield.

Lo que plantearon fue la construcción de un índice que mide el grado de desarrollo de la atención primaria a partir de diez indicadores principales, y veían el cumplimiento o no de ciertos resultados que ahora vamos a presentar.

Las características de la atención primaria que evaluaban en los países eran: el carácter longitudinal de la atención del equipo básico de salud; si existía o no una fuerte coordinación entre los niveles de atención; la orientación familiar-comunitaria, y la garantía del acceso a los servicios.

Los tres conceptos que aparecen subrayados en la lámina -longitudinalidad, coordinación entre niveles y garantizar acceso- serán desarrollados un poco más con posterioridad.

En esta investigación, los principales resultados son los siguientes. Los países que tenían más fuerte desarrollo de la atención primaria tenían mejores resultados en salud: menor tasa de mortalidad general y por género; menor mortalidad prematura por todas las causas; reducción de la mortalidad prematura específica que originan importantes causas de muerte prevenibles o tratables, como asma, bronquitis, enfisema, neumonía, enfermedad cv y coronaria. Es decir, todos los indicadores en salud eran mejores.

Inclusive, haciendo un ajuste por otras variables que son consideradas determinantes de salud (demográficas, nivel de ingreso, estilos de vida, utilización de servicios) se mantiene un resultado favorable a los países que tenían mayor desarrollo de la atención primaria.

En cuando al gasto -y en esto queremos hacer fuerte hincapié, porque hay como un mito de que el fundamento principal para el desarrollo de la atención primaria es el menor gasto en salud-, no hay ninguna evidencia de peso en cuanto al gasto global. Sí se controla bastante el gasto ambulatorio. Pero no hay evidencia contundente sobre un descenso del gasto global en salud.

Nosotros entendemos que en Uruguay hay una morbi-mortalidad evitable importante. Incluso, de algunas investigaciones que se hicieron en los últimos tres o cuatro años, en conjunto con CINVE y la Cátedra de Medicina Preventiva, surgen estimaciones que están indicando que alrededor de un 30% a 33% de la mortalidad de los menores de 65 años sería evitable con acciones de los servicios de salud. Si hay interés, después podemos hacer una fundamentación más clara de estas afirmaciones.

Lo que sí queremos plantear, con respecto a la esperanza de vida, comparando con países de la región, es que hay cinco años de diferencia de esperanza de vida al nacer en los hombres. También se da en la esperanza de vida en general, pero en particular la brecha mayor se da en el sexo masculino.

A nuestro entender, ¿cuál es el principal objetivo de promover realmente un fortalecimiento de la atención primaria y, en particular, el trabajo médico en el primer nivel de atención? Vamos a plantear definiciones de calidad y vamos a tomar una que es el aporte que debe hacerse desde los servicios a la mejora de la salud y de la calidad de vida. Entendemos que el principal sustento es la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población.

Y también entendemos que si a igual gasto encontramos mejores resultados, también es un fundamento para la eficiencia en el uso de los recursos: con el mismo gasto asignado, estamos obteniendo mejores resultados.

Por lo tanto, la calidad de vida y la eficiencia en el uso de los recursos serían los objetivos principales.

Ahora vamos a hablar de tres o cuatro características en las que consideramos necesario insistir para después entender el porqué de la propuesta que estamos elaborando.

Aquí vamos a recurrir al comentario de un paciente para que se entienda el fundamento de la longitudinalidad y el papel de filtro de la atención primaria.

Este paciente dice: "Durante los últimos meses he visitado a tantos médicos, que necesito a otro médico para que lo organice todo". Este es el rol del médico de atención primaria. Por eso la característica de seguimiento longitudinal a lo largo del tiempo.

Lo que ocurre es que la visión longitudinal va de la mano con que haya un médico que haga de filtro en cuanto a todos los demás contactos que tiene el usuario con los servicios.

¿Qué es lo que fundamenta que exista un médico de atención primaria oficiando de filtro? Hay varios fundamentos; vamos a nombrar dos o tres.

Uno insiste más en que la formación del médico de atención primaria se orienta sobre todo a pacientes con baja probabilidad de presentar una enfermedad rara o grave. Al revés, en el caso de los especialistas, su formación está más centrada en personas que tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno o daño. Esto implica que si la población accede directamente al especialista -esto es un fundamento-, se realizan pruebas diagnósticas a un grupo de pacientes con baja probabilidad de tener enfermedad y, por lo tanto, se dan muchos resultados de los llamados falsos positivos, es decir, hay muchos resultados positivos que no implican enfermedad, lo cual tiene como consecuencia la realización de pruebas innecesarias, sufrimiento innecesario de pacientes y familia, y gasto injustificado por parte del sistema y las instituciones.

Pero los elementos que pueden discutirse no son en todos los casos ventajas. También hay dificultades. A nivel de la sociedad uruguaya parecería más aceptado y justificado -tanto por el profesional como por la población- decir que una persona está enferma aunque esté sana, que al revés: parece muy intolerable para la sociedad etiquetar de sano a alguien que está enfermo; por lo menos, cuesta más aceptarlo.

No obstante, actualmente -creo que hay algunos ejemplos recientes en el Uruguay- se está incorporando cada vez más el estudio del daño médico generado por lo que se llama errores de "comisión", es decir, por hacer estudios o procedimientos no siempre justificados, y no sólo a través de errores por omisión.

Hay bastante bibliografía sobre los beneficios que realmente implica tener el primer contacto con el sistema de salud a través del médico general y del pediatra.

Otro elemento a favor es que se dispone de más información sobre el usuario y su entorno, las decisiones clínicas son más eficientes, hay una mejor relación médico-paciente y hay una mayor satisfacción de este último.

Pero el papel de filtro -que todo pase a través de estos médicos generales- hay que discutirlo, porque también tiene sus aspectos de controversia, sobre todo en el caso de la gente que se habituó a ir directamente al especialista -y también en el caso del especialista acostumbrado a recibir directamente a los pacientes-, ya que muchas veces parece una pérdida de tiempo hacer en dos etapas lo que podría ser resuelto en menos tiempo. Por lo menos, eso se puede cuestionar.

También depende el impacto positivo o no de establecer este tipo de mecanismos de si se establece estrictamente para hacer un control del uso de recursos. Si lo que se hace es limitar estrictamente el pasaje al especialista y la utilización de otros procedimientos, puede implicar de alguna manera una restricción del acceso a otros servicios demasiado dura y no siempre fundamentada. Entonces, hay que tener cierta cautela en el abuso de este tipo de mecanismos.

En esta lámina mostramos ejemplos de muchos países -España, Cuba, Costa Rica, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Finlandia, HMO EEUU- que tienen ya como puerta de entrada el médico general y el pediatra. Hay otros -como Italia y España- que están incorporando la ginecología, la oftalmología y el acceso al dentista, que está dentro de las prestaciones obligatorias. Y hay ejemplos, incluso, de

cambios recientes: en Canadá se está incentivando el mecanismo a través de un menor pago al especialista que recibe directamente a los pacientes.

Nosotros entendemos que en el Uruguay, si bien hay antecedentes, esta incorporación debería ser progresiva porque implica cambios culturales en los médicos y en la sociedad. Consideramos que tampoco es bueno prohibir el acceso de un día para otro. Esto implica incentivos tanto al profesional como a las personas.

Otro tema que queríamos plantear como una condición es la facilidad del acceso, pero en particular entendíamos importante decir algo sobre la libre elección de los usuarios.

Consideramos que se debe apuntar a dejar bien establecidas las denominadas relaciones técnicas de producción, es decir, si es necesario que haya tres ayudantes quirúrgicos en una cirugía compleja de tórax, o una licenciada de enfermería cada 20 camas en un área de cuidados básicos, o cómo realizar un procedimiento, o qué antibiótico dar.

Ahora bien; surgen dudas en cuanto a si siempre tenemos que sustituir al usuario en las decisiones, y al respecto queríamos también dejar realizado algún planteo.

Se habla de la salud como bien de confianza y como bien de experiencia.

En cuanto a bien de confianza, se refiere a que hay una asimetría de información, cuya existencia es conocida por todos, lo que hace que el usuario delegue en el profesional para que éste tome las decisiones en su nombre, por considerar que tiene la información y la formación suficiente para hacerlo.

Entonces, dado que el usuario delega en el profesional, parecería que eso de que la salud es un bien de confianza daría lugar a que el usuario debería elegir quién es el profesional en el que delega. Entendemos que por ese lado hay una puerta abierta para fundamentar la libre elección, porque es el profesional que lo va a atender por períodos largos. El usuario tiene derecho a elegir si es un hombre o una mujer, si prefiere un profesional joven o uno con más experiencia, si prefiere a una persona más conversadora, que le da toda la información detallada, o a alguien más preciso y concreto; es decir, ahí juegan las distintas calidades que en general manejan los usuarios para elegir al profesional que los va a atender.

El concepto de salud como bien de experiencia hace a aquellos aspectos evaluables por el usuario a través de la observación del servicio y de la actividad profesional. En estos aspectos la opinión que debería contar es la del individuo y su familia, y la forma más contundente de expresión de la conformidad-disconformidad con la institución o el profesional sería su capacidad de elegir la misma.

En esta lámina mostramos las preguntas que puede -y debería- hacerse el usuario para evaluar la accesibilidad: ¿tiene que utilizar parte de su horario de trabajo para ir a su médico?; ¿cuánto tiempo tarda en llegar al consultorio de su médico?; ¿está satisfecho con el tiempo que debe permanecer en sala de espera?; ¿está satisfecho con la facilidad para establecer contacto con su médico?

En cuanto a la necesidad de coordinación entre los niveles, ya fue fundamentada en su presentación por el Dr. Tabaré González.

También queremos dejar planteado algo sobre eficiencia y competencia.

Nosotros entendemos que estos equipos básicos, que libremente elegiría el usuario, tendrían que darse también en un marco de competencia entre los equipos y las instituciones, obviamente con reglas de juego bien claras y con una fiscalización rigurosa, sistemática y adecuada por parte de la "institución" Estado. Consideramos que se tendría que facilitar una competencia regulada, para promover realmente un nivel de calidad sobre la base de la eficiencia.

En el sistema inglés se está discutiendo, como uno de los problemas, que los contratos-programas que hicieron con los equipos básicos de salud no funcionan como un incentivo,

pues son contratos establecidos por la autoridad central; son reglas de juego impuestas unilateralmente.

Nuestro planteo se vincula más a la propuesta que vamos a hacer después.

Planteamos fortalecer la atención primaria a partir de cambios en las condiciones de trabajo médico. Entendemos que hay otra restricción: no se puede seguir aumentando el gasto en salud en este país. El fundamento principal se relaciona con la ética social (uso alternativo de los recursos).

Por eso hablamos de una reorientación de recursos hacia la atención primaria. Sabemos que este tipo de planteo tiene su costo, en particular si definimos que las prestaciones a dar sean todas, que sean gratuitas, que abarquen todo el país y que alcancen a todas las personas. A esto ya se refirió el Dr. Bagnulo en un Foro anterior.

Entendemos que habría que trabajar más sobre la base de evaluaciones a partir de estudios costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad.

Pero hay un círculo vicioso de mala atención primaria, y es en eso que intentamos romper un poco el hielo con esta propuesta que estamos trabajando con el Ec. Lazarov.

Consideramos que el círculo vicioso está dado por una baja estima social del papel de la atención primaria, una formación inadecuada de los médicos, una baja remuneración y una rivalidad intensa con lo que sigue siendo la parte más espectacular y reconocida de la medicina, que es la basada en hospitales.

¿Cómo romper este círculo? Justamente, atacando este tipo de trabas: una organización profesional que acuerde sobre los "beneficios de una atención basada en la atención primaria"; la readecuación de la formación de pre y posgrado; una regulación estableciendo que el médico general debe ser la puerta de entrada al sistema de salud y oficiar de filtro para las especialidades; y un incentivo económico adecuado para conseguir tal fin.

La forma de romper ese círculo sería lograr médicos de los equipos básicos de salud de prestigio profesional y social, razonablemente bien pagos, lo cual sea atractivo para los buenos estudiantes. Por ejemplo, observamos que en España, a pesar del desarrollo que esto está teniendo, en el concurso de la residencia -que se llama MIR-, quienes quedan en los últimos puestos por haber obtenido el menor puntaje son los que eligen en general los cargos de medicina familiar. Eso está indicando que el prestigio social no es el adecuado.

La propuesta, conceptualmente, se basa en reorientar, reasignar recursos, en una primera etapa del área ambulatoria, promoviendo concentración de trabajo médico, lo que es funcional a las características antes mencionadas de la actividad médica en atención primaria.

Dr. CARLOS CARDOSO.- Básicamente, se me pidió que hablara de la experiencia del laudo FEMI.

Simplemente a modo recordatorio, voy a señalar que el laudo FEMI se desprende del mismo laudo común que existe a nivel nacional, pero hay una separación clara en el año 1992, cuando tanto el sector institucional como el sector gremial de la Federación no aceptan el destajo como forma de remuneración, por todas las características particulares del interior y por el criterio filosófico que tiene esta organización con respecto al salario.

La base del laudo de FEMI es el trabajo-hora, según especialidades y según el criterio manejado en esta casa, de participación, de negociación -muy dura, pero negociación- y de homologación posterior de todo aquello en lo que sea posible llegar a acuerdos.

En lo que respecta a los coeficientes de especialidad por los cuales se multiplica el salario base para determinar el pago de las especialidades, su negociación fue dificultosa y se

llegó a determinados índices que están reflejados en el laudo y que hacen a la diferencia sobre la que el Ec. Lazarov preguntaba, dado que todo el resto de las actividades se paga en relación al salario base médico.

Como ustedes saben, a partir de ello, los Consejos de Salarios, en el Ministerio de Trabajo, tuvieron mesas separadas para la Federación Médica en todas las oportunidades en que fueron convocados, desde el año 1992 en adelante. Estas mesas separadas fueron sólo del sector médico, porque el sector no médico no aceptó estos criterios y negoció en conjunto.

¿Cuáles fueron las adaptaciones que surgieron a posteriori con relación a esto? Fueron, en primer lugar, las extensiones horarias, lo cual era una adaptación a la realidad del interior. ¿Qué quiere decir extensiones horarias? Que al no existir en forma extensiva el multiempleo, había que lograr no sólo sueldos de residencia, sino una disponibilidad de los médicos hacia las instituciones, y eso se logró haciendo extensiones horarias en todas las actividades que están reguladas por el laudo.

Esas extensiones horarias son variables, pero diría que alcanzan a la medicina general y a todas las especialidades.

A su vez, el siguiente problema que se logró acordar, también como forma adaptativa para el interior, fue la relación del médico en las pequeñas comunidades. Estamos hablando de todos aquellos lugares donde no está la sede principal de la institución, es decir, las ciudades y los pueblos. Para que existieran médicos en esos lugares, había que hacer una adaptación del laudo, a fin de que, cumpliendo con la filosofía de FEMI del trabajo por hora, de la relación de dependencia, etc., se lograran figuras que acordaran eso. Con esa finalidad se acordó en el año 1997 la figura del médico rural, que posteriormente fue sustituida por la del médico de pequeñas comunidades. Se determinaron tres grandes comunidades con relación a la cantidad de afiliados que tenía la institución, aparte de una definición de pequeña comunidad, y la distinta relación de remuneración según la comunidad donde el médico se hallare, existiendo siempre un piso mínimo.

Sobre esa base, se seguía teniendo sueldos de residencia de los médicos en base a una gran extensión horaria a disposición, pero a su vez un bajo uso en esa extensión horaria.

Por otro lado, se determinó -también por acuerdo, en el año 1995, luego de una negociación bastante reñida- que no existían topes horarios para aquello que se lograra acordar entre los gremios y las instituciones, en todas las filiales con menos de cinco mil afiliados, criterio que nunca se pudo aplicar con determinados tecnólogos y técnicos cuya representación estaba a cargo de la FUS, a pesar de que eso era una traba al desarrollo, en el sentido de que se seguían imponiendo los laudos de la capital, en cuanto a tope horario, para los técnicos de laboratorio, para los técnicos radiólogos, para las parteras, etc., lo cual generaba evidentemente un freno al desarrollo, sobre todo en las localidades pequeñas.

El modelo de atención también fue objeto de negociación en los laudos por parte de la Federación ya desde el año 1998 y se logró acordar una figura que se llama médico prevencionista, cuyas acciones están vinculadas a la atención primaria y que tiene algunas características particulares.

¿Qué es lo último que se está negociando en estos momentos, habiéndose iniciado hace un año y algo la negociación con el sector gremial y el sector asistencial en la Federación, antes de la búsqueda de la homologación? Es una nueva actualización del laudo, sabiendo que es muy difícil o imposible que existan más recursos para el sector salud y que lo que se va a buscar es cambiar los viejos criterios de antigüedad -la vieja tabla que todos conocemos- y de categorización -en la FEMI se aplica en forma general un 5% de todos los sueldos-, por nuevos conceptos, o hacer un canje progresivo y negociado, como siempre ha sido en esta casa, en el cual se tomen dos criterios básicamente.

El primero de ellos es la capacitación permanente a través de todos los mecanismos existentes, tanto las capacitaciones en las instituciones como las capacitaciones hechas por el Comité de Capacitación de la propia Federación y a través de los mecanismos que tiene la Facultad de Medicina. Para ello planteamos una reforma -que ya está escrita y acordada- de la licencia por diez días para congresos que tienen los médicos.

El segundo aspecto tiene que ver con los criterios de productividad. Estos criterios de productividad no son solamente los clásicos, de comparar tasas de producción, a veces incomparables entre los distintos sectores, sino que están vinculados a toda la parte de más aceptación actual, en cuanto a la generación de guías de diagnóstico y terapéutica, al cumplimiento de esas guías, a la auditoría de historias clínicas, a la participación de los médicos en este concepto de auditoría, que no es la búsqueda con revólver de errores o simplemente del no cumplimiento de determinadas pautas.

Todo eso se inscribe en un conjunto de cosas que nosotros aspiramos a que se conformen en una nueva variable del salario, utilizando los totales anteriores, no excediendo nunca entre el 15% y el 20% de las remuneraciones, tirando al 20%. ¿Por qué decimos esto? Porque no pretendemos que esto se convierta en la zanahoria que se le pone adelante al médico, porque filosóficamente creemos que las características del interior hacen que el trabajo-hora sea el elemento principal y, a su vez, el principal factor de fidelización. Esto se tiene que convertir en un elemento conforme al cual más bien se gane actuando de acuerdo con los criterios de organización, más que en un elemento por el que haya que luchar por sí mismo. No es un destajo; debe ser claramente diferenciado del destajo.

Básicamente, estos son, conceptualmente, los grandes elementos del laudo de FEMI, y cuando llegue el momento estamos abiertos a las preguntas que se quiera hacer. Es muy difícil abarcar todo lo que han significado diez o doce años de distinción entre un laudo y otro.

Dr. FÉLIX RÍGOLI.- Vamos a tratar de mantenernos dentro de los tiempos en un tema muy complicado, porque el trabajo médico en el Uruguay es algo muy estudiado; aquí, en la sala, hay muchos especialistas que han trabajado en esto: Ricardo Meerhoff, Daniel Purcallas, Antonio Turnes. La verdad es que sobre trabajo médico hay muchos estudios en el Uruguay, lo cual muestra que es un problema que no se ha resuelto y que quizás no tiene una solución como tal. Eso nos da trabajo a los que estudiamos el trabajo médico, porque vamos a seguir analizando el tema. En ese sentido, me parece que una cosa muy interesante -después lo voy a comentar- son las preguntas que se han puesto hoy sobre la mesa.

Pero también está claro -esa es mi interpretación- que ha habido una falta de comprensión del papel del Estado, de la autoridad sanitaria, en cuanto a este aspecto, que es un insumo tan importante para la conformación del sistema de salud.

El sistema de salud no utiliza los médicos que existen. El sistema de salud se conforma en parte de acuerdo con el tipo, la cantidad y la distribución de los médicos que existen.

Creo que muchas veces el Estado, la autoridad sanitaria, ha tenido esa falla en cuanto a, por lo menos, plantearse el problema. Muy pocas veces se lo ha planteado como problema. Así como el SMU y la FEMI se lo han planteado como problema, porque es un problema sindical, el Estado muy pocas se lo ha planteado como un problema de política de salud: cómo la cantidad y la distribución de los médicos afecta al sistema de salud.

Ahora, en esta revisión de lo que se llama las funciones esenciales de Salud Pública, justamente una de las funciones es la que hace al tema de la regulación y del rearmado de

los recursos humanos del sector salud, porque se sabe que no va a haber un cambio en el sistema de salud si no hay alguna adecuación de la gente que trabaja en el sistema.

El mercado de trabajo médico puede ser un problema, por supuesto, para los médicos, pero es un problema si queremos un sistema de salud diferente. Tenemos que pensar cuáles son los problemas del mercado de trabajo médico que hacen difícil cambiar el sistema de salud actual hacia una cosa que yo postulo y que mucha gente postula: tenemos que lograr un acceso universal a servicios de salud igualitarios. El país precisa definir que el sistema de salud del Uruguay no es el sistema de la mutualista equis, de Salud Pública, del Policial, etc., sino que tiene que haber una cobertura universal de servicios igualitarios. ¿Por qué? Porque es un derecho de los ciudadanos.

¿Qué cosas en materia de trabajo médico se precisan para que esto pase? Me encantaría estar más en la Convención para poder discutir a fondo esos puntos: no solamente los problemas que afectan a los médicos, sino los problemas de los médicos que afectan a esta meta.

Voy a ir un poco de atrás para adelante con las preguntas que hace el Ec. Lazarov, los planteos que comenta el Dr. Tabaré González, que hace tiempo que se vienen planteando, y lo que ha dicho la Dra. Buglioli.

Un primer punto -casi todo el mundo entra por allí a esto- es el número de médicos, primero que nada porque Uruguay es el segundo país de América en cantidad de médicos por habitantes. Hay muchísimos estudios al respecto; la plétora médica se estudia desde los años treinta. Ricardo Meerhoff hizo estudios en 1983 y 1985, pero hay un señor Marcos Meerhoff -que no es nada de Ricardo- que hizo estudios sobre la plétora médica en 1920 y 1930 en Argentina, muy similares. Quiere decir que es un tema que siempre está discutido. En mi opinión, está claro que el sistema regulatorio de la cantidad no funcionó en Uruguay. Uno podría decir que la gente va a darse cuenta de que el empleo médico está complicado y no va a estudiar medicina. Parecería que eso no ha funcionado, y las veces en que se pensó que había funcionado, vinieron ciclos y picos de aumento del ingreso a la Facultad. Puede tener muchas otras derivaciones, pero lo cierto es que tenemos que pensar que aquí no hay autorregulación, no está funcionando la autorregulación, y eso está teniendo consecuencias clarísimas en el mercado de trabajo. Puede ser que sea aceptada como una cosa necesaria, pero no se puede pensar que alguna vez se va a regular por las buenas.

¿Cuáles son los modelos posibles? En todos lados -Luis Lazarov lo estaba comentando- hoy se está hablando de vuelta de planificación; en todos los países, los pobres y los ricos, se está hablando de planificación. Es importante discutir las tendencias. Es lo que decía Ricardo Meerhoff hace veinte años: ¿cuántos médicos va a haber en el año 2010 si pasa la hipótesis A, la B, la C? Tenemos que saberlo; la Universidad y la sociedad lo tienen que saber. No creo que sea posible imponer una planificación, pero por lo menos tenemos que volver a discutir públicamente el asunto.

El otro problema es que no se trata solamente del número, sino de cómo se distribuye. Ese es un problema adicional si pensamos en que nuestra meta es que haya servicios de salud accesibles universalmente e iguales o razonablemente iguales para toda la población.

Entonces, ¿qué problemas en la distribución actual del trabajo médico hacen que eso no esté bien condicionado? Creo que la distribución Montevideo-interior es una ratio, una relación interesante -porque es muy llamativa: cinco a uno es una goleada-, pero también hay cosas muy importantes: la cantidad de horas por paciente en el sector público con respecto al sector privado, la proporción entre generalistas y especialistas.

Por ejemplo, en los países donde razonablemente está organizado el sistema, una proporción de más del 50% de generalistas y especialistas asusta; es una cosa que llama la atención y hace que se pongan en marcha mecanismos como, por ejemplo, el recambio del sistema de residencias. El sistema de residencias, que lo financia el Estado, es el gran inductor de las proporciones de médicos en el mercado de trabajo, y los países que hacen algún tipo de cálculo de tendencia, toman el tema de becas y, en los casos en que se paga la Universidad, cupos, y sobre todo proporciones entre los grupos de residentes, como señales, y cambian inmediatamente cuando es necesario. Por ejemplo, pensar en un país con prácticamente un 95% de médicos especialistas sería una cosa que a todo el mundo le preocuparía mucho.

Si pensáramos en esta reorientación del sistema hacia un sistema universal de acceso equitativo e igualitario para la población, ¿tenemos los médicos para hacerlo? Yo diría: seguro que sí en cantidad e incluso en distribución geográfica. No creo que haya hoy un problema geográfico -hasta por exceso- que impida dar los servicios a toda la población. Pero estoy casi seguro que no en materia de competencia, en materia de capacidades y de actitudes. Ahí me siento muy identificado con lo que dice Marisa: me parece que es muy claro que el sistema, por el propio efecto del mercado de trabajo, ha obligado a la gente a fragmentarse en sus competencias, en sus especializaciones. Y eso lleva a lo que dice Marisa en una de sus diapositivas: tengo que ver a tantos médicos, que necesito a otro médico más para que me organice las cosas.

Ningún sistema universal va a ser relativamente eficiente con este esquema de fragmentación. Pienso que es lo mismo que pasó en Brasil con el programa de salud de la familia, en el que ellos precisaron hacer lo que llamaron los polos de capacitación: reorientar gente. Obviamente, no vamos a formar más médicos para eso, pero sí me parece que tenemos que reorientar gente, reorientarnos nosotros mismos, con nuestra especialidad, con la que ya tenemos, pero con visiones integrales: cómo son los procesos de atención, cómo se hace un seguimiento longitudinal, tratar de sacarnos eso de que esto no lo veo porque no lo sé y lo paso; es decir, buscar otros espíritus en materia de constitución del equipo.

Pero también se precisa, como decía Marisa, romper el círculo vicioso en el que el médico que hace la atención generalista -aunque sea especialista- es el peor de la cadena. De alguna manera, el sistema de incentivos, el sistema de valoración social -como se ha hecho en otros países; el caso más claro es el de Cuba- tiene que darle a ese médico una jerarquía diferente. Y creo que, en el caso uruguayo, eso precisa además incentivos económicos. De eso hay experiencias en América que pueden servir de antecedente.

En el minuto final que me resta, voy a llegar al último punto, que es lo que comentaba al principio Tabaré: el problema de la precarización, de la flexibilidad.

Creo que, en el fondo, en parte es un derivado de la propia distorsión en el mercado de trabajo; es decir, muchas empresas pueden aprovechar eso -y esto viene desde hace mucho tiempo- para decir: bueno, tomo mano de obra de la manera que más me conviene y menos me complica. Pero también es cierto que en el sector público, en toda América Latina, hay muchas tendencias hacia esta forma de contratación flexible, precaria, y en muchos casos la única manera de extender la cobertura y de dar servicios más adaptados a las necesidades de la población ha sido emplear sistemas de contratación diferentes: contratos por resultados, contratos por productos, etc.

Atendiendo al panorama general, no veo a la flexibilidad como un demonio. La veo como algo que tiene dos caras: una cara muy mala y una cara que a veces es necesaria porque el sistema público general de contratación es muy rígido, y eso todo el mundo lo conoce.

¿Podríamos hacer algunas de las cosas que estamos haciendo si toda la gente fuera empleada pública de acuerdo con el Estatuto del Funcionario? No. ¿Sería bueno que todos fuéramos empleados de empresas tercerizadas y con contratos de un mes? Tampoco. Entonces, ¿cuáles son los pactos nuevos que tenemos que conseguir? ¿Cómo podemos hacer para llevar a la práctica lo que tenemos que hacer y preservar los valores básicos?

Por ejemplo, la protección social es un valor, no de los médicos, sino de cualquier trabajador. Hay que ver qué grados de estabilidad son muy importantes para la identificación institucional; la posibilidad de cargas horarias relativamente importantes es significativa para la identificación institucional. Eso ya está planteado en algunos países, como los casos concretos de Brasil y Paraguay; acabamos de venir con Julio Scavino y con compañeros de CONFEMEL de una reunión en la que estuvimos discutiendo nuevas carreras funcionales de salud, en donde se combinan derechos de los trabajadores, derechos de las instituciones y derechos de los usuarios, es decir, qué pacto se puede hacer entre esos tres derechos.

Quería comentarles que me parece que las preguntas que se está planteando la Convención son las preguntas correctas. Y son las preguntas correctas porque no tienen una buena respuesta. La Convención andaría muy mal si se planteara preguntas y se las contestara muy fácilmente. Obviamente, aquí hay que construir colectivamente.

Y la única respuesta que se me ocurre es: pensemos en el sistema de salud y después pensemos en el mercado de trabajo médico, aunque nos cueste y aunque tengamos muchos problemas en el camino. Me parece muy difícil encontrar alguna de esas respuestas solamente mirándonos a nosotros como técnicos.

Finalmente, también quería comentar que en esto, como OPS, nos interesa participar. Estamos teniendo un monitor de organizaciones laborales, sindicales y profesionales en América; un monitor de conflictos y acciones de las organizaciones colectivas. Estamos acompañando el proceso de construcción de nuevas carreras funcionales en varios países, así como los programas de desprecuarización del empleo en varios países de América.

Creemos que hay mucha experiencia. Por ejemplo, lo que comentaba Carlos es un típico ejemplo de lo que se llama una buena práctica. A pesar de que pueda ser delimitada en sus circunstancias, es una cosa que puede ayudar a otros, y también hay buenas prácticas en otros lugares que pueden servir aquí. Entonces, nos gustaría mucho participar en este proceso y, cuando lleguemos a la etapa de las preguntas, me gustaría comentarles dónde pueden encontrar más materiales de apoyo para discutir esto.

Dr. TABARÉ GONZÁLEZ.- Aquí se han planteado una cantidad de ideas y visiones y se ha adelantado que habrá un planteo de propuestas. Solamente voy a hacer algunos comentarios a los efectos de la segunda ronda.

Quiero hacer dos precisiones que han surgido de las discusiones en las Asambleas Zonales. En primer lugar, aquí se hizo una afirmación: no puede haber expansión del gasto en salud. Creo que estamos trabajando también con hipótesis obsoletas, porque el PBI del Uruguay se redujo a la mitad y, a su vez, con el proceso de disminución de los afiliados al sistema mutual, la disminución en el caso de DISSE, la no expansión de los usuarios reales y formales del sistema público -una cosa es decir: sale de DISSE y entra al sistema público, pero resulta que el número de usuarios reales no ha aumentado-, hay hipótesis de que hoy el gasto en salud es el 8,5% del PBI actual, que es la mitad de aquel respecto al cual hablábamos de un 10%. Quería plantear eso como una preocupación, para no hacer afirmaciones que de pronto nos puedan atar.

En segundo término -lo planteaban los compañeros cuando hacían las hipótesis de análisis-, es evidente que la optimización del sistema de salud va a generar otro tipo de economías que hoy no están ni siquiera estudiadas. Recuerdo un estudio que se hizo hace muchísimos años en Suecia. Habían definido eliminar la norma de la placa de tórax obligatoria en el preoperatorio y dejarla sólo para los casos en que estuviese indicada, y eso había significado un ahorro sustantivo en todo el sistema.

También quedó planteado aquí que, para poder implantar esa nueva estrategia, tenemos una dificultad que es la no existencia de una práctica sostenida de una estrategia de atención de primer nivel, pero tenemos una ventaja: es un espacio vacío, porque allí nadie, ni el sector público ni el privado, lo ha hecho; y, en segundo lugar, por el momento tenemos recursos disponibles, porque hay subocupación. Quiere decir que si revisamos y analizamos el contenido de esa práctica de atención, hay recursos para poder iniciar por ahí una serie de procesos de transformación.

Cuando uno plantea qué hace el médico en el primer nivel, hay que sacarse de la cabeza el médico y el consultorio, porque el médico en el primer nivel, por supuesto, hace consultorio, pero también hace domicilio, dispensariza crónicos, atiende comunidades terapéuticas, da educación; es decir, hay una cantidad de actividades.

Yo tuve una experiencia cuando ingresé a la Intendencia. Me encontré con que en una policlínica municipal había una cantidad de especialistas e hice un comentario que generó terror: "Es la primera vez que en un primer nivel de atención veo tantos especialistas". Y una oftalmóloga dijo: "¿Y ahora qué será de nosotros?", y yo la escuché. Esa oftalmóloga después llevó adelante un programa que llamamos "Ve-o-Veo", que mediante preparación de los maestros apuntaba al diagnóstico precoz de miopía escolar para hacer la corrección. Esa doctora se dedicó durante un año a hacer revisiones y detectó a ochocientos chiquilines con miopía, a los que se entregaron los lentes en las escuelas.

Quiere decir que espacio para todos hay si somos capaces de dar vuelo a la creatividad y buscar cómo satisfacer las necesidades.

Hasta ahora no han llegado preguntas, de modo que iniciaremos la segunda ronda. El Ec. Lazarov y la Dra. Buglioli habían adelantado que iban a plantear propuestas.

Ec. LUIS LAZAROV.- Estoy tentado de contarles lo que hemos hecho, más que leerlo, porque si lo leo no me va a dar el tiempo y me voy a quedar por la mitad.

¿Cuál fue la idea? Hemos estado trabajando en los últimos meses en la línea de lo que Marisa planteaba hoy, con una base conceptual.

Partimos de la base de que una propuesta, para comenzar a cambiar el mercado de trabajo, en primer lugar tiene como objetivo general orientar ese cambio con un norte que es cambiar el sistema asistencial, pero fundamentalmente pensando en que ese cambio mejore la calidad de vida de la gente. No voy a fundamentar eso porque ya Marisa lo hizo in extenso en su intervención.

Por otra parte, lo hicimos en el contexto de una propuesta -de la que, en definitiva, nadie más que nosotros somos responsables- de cómo percibimos que deberían ser encarados los problemas que identificamos en el sector, o sea, hacia dónde se debería ir.

Entonces, lo que estamos planteando es un esquema en el que se reoriente la forma de financiamiento del sistema, donde vaya adquiriendo progresivamente mayor fuerza el financiamiento sobre la base de la capacidad de pago de las familias. Pensamos que esos recursos deberían nuclearse en un único fondo que regule y financie el sistema y que pague a las instituciones prestadoras, aseguradoras de servicios, sobre la base de una cápita ajustada por el riesgo; es decir, tomando en cuenta, en principio, edad y sexo de la

población. Aquí tenemos a Ricardo y a Félix, que fueron los primeros que hicieron ese trabajo para el CASMU en los años ochenta. De hecho, hay antecedentes interesantes en el Uruguay; también hay estudios que han ido progresando a posteriori, buscando una escala mayor todavía, y que no dan resultados demasiado diferentes en términos relativos.

Lo cierto es que no es un problema de capricho, sino que la idea es reembolsar sobre cápitás ajustadas por el riesgo para que se pueda garantizar la estabilidad económico-financiera de las instituciones, que de otro modo siempre encuentran, cuando hay distorsión en esos precios, riesgo de quiebra.

Finalmente, el triángulo se completaría con una regulación desde el sector público, particularmente en lo relativo a la calidad de las prestaciones y las reglas de juego en lo que hace a los distintos rubros de la prestación de servicios, y la libre elección de la población, que -como bien lo decía Marisa- entendemos que es un factor crítico -no es un elemento más- y, particularmente desde una óptica más económica quizás, garantiza eliminar la cautividad de poblaciones que tienen, en última instancia, una sola opción de atención. Normalmente son las poblaciones más vulnerables y las que quedan sujetas a los vaivenes de los ajustes fiscales cuando se vienen las crisis. Por ejemplo, basta mirar la del año 2002; no hay que ir ni a países vecinos ni a otros lugares del mundo.

Pensamos que hay que dar movilidad a la población, que además por sí misma va a hacer un autoselección sobre la base del mejor acceso que tenga. No hay por qué sustituir la preferencia de la gente; la elección se da por la propia población, que va a elegir, obviamente, el mejor acceso y la mejor calidad de atención que pueda recibir. Por supuesto, habrá que informarle cuáles son los resultados que se obtienen en las distintas instituciones y, a su vez, exigir responsabilidad por los resultados asistenciales de las poblaciones atendidas.

Hasta ahí el encuadre de dónde calzaría la propuesta que estamos organizando.

Partiendo de esa base y siendo consistentes con esta lógica, creemos que uno de los factores que han distorsionado, particularmente en Montevideo, la reorganización de un modelo asistencial ha sido el laudo de 1965 y los convenios posteriores, sobre todo en la actividad ambulatoria, donde hay cargos de muy escasa concentración horaria y muy fragmentados, lo cual obedeció a procesos crecientes de multiempleo y a situaciones que no tenemos tiempo para analizar en profundidad, pero que, como fenómenos, están puestos sobre la mesa.

¿Cuál es el planteo? La idea es buscar esquemas en los cuales se generen lógicas laborales consistentes con los argumentos que planteaba Marisa desde el punto de vista asistencial, con equipos básicos de salud compuestos por estas especialidades que Marisa planteaba y que respondan a una población que nosotros clasificamos en función del sexo y la edad, que tiene que ver con las especialidades que están integradas a esos equipos básicos de salud. Y establecimos -trabajo de laboratorio- unas pautas de cuáles deberían ser las acciones médicas o los controles médicos, desde el deber ser desde el punto de vista de los controles de esa población; por ejemplo, mujeres mayores de quince años para el caso de la ginecología o la gineco-obstetricia, poblaciones de menos de quince años para la actividad pediátrica, y la población en general para la medicina general.

Planteamos desde el deber ser, desde las necesidades del usuario -que pueden ser discutibles, pero hay elementos suficientes como para poder establecerlas-, un cambio estrictamente en lo que hace a la actividad laboral de este equipo básico de salud del primer nivel de atención, definiendo una carga horaria semanal bastante más amplia y una cantidad de actos definidos para esa carga horaria, lo cual nos permitió, a través de una relación entre la necesidad de cobertura de la población global y lo que los médicos

atenderían sobre esta base teórica, sacar un número de médicos que integrarían esos equipos básicos de salud por cada una de estas especialidades.

Esto, que fue todo un proceso teórico, obviamente requiere una contrastación con los hechos. Y aquí viene uno de los primeros problemas, y por eso yo ponía énfasis al inicio en el problema de la información. Todos los datos que tuvimos que utilizar para cotejar la realidad contra la teoría son datos secundarios, indirectos, que no coinciden necesariamente en los años, porque el sistema de información que tiene el Uruguay no está pensado para hacer estudios de este tipo y reorganizar el sistema de una manera coherente. Daré un ejemplo claro: no pudimos contrastar este número de cargos que nos da el estudio hecho, con el número de cargos que hay hoy en realidad, con la lógica del actual laudo y de los convenios correspondientes en el sistema mutual. No sabemos cuántos cargos hay en el mutualismo por especialidad; no lo recoge el MSP y las instituciones no han dado la información; la hemos pedido más de una vez desde el SMU y no la hemos obtenido. No hemos podido cotejar estas realidades desde el punto de vista de los promedios de la producción de consultas por especialidad, para tener una idea de cuál es la capacidad ociosa contratada, que sabemos que la hay, particularmente en Montevideo.

En algún momento el MSP hizo un esfuerzo, en un proceso de negociación en esta Administración. Da lástima ver la información que las instituciones nos presentaron. En su momento, quien era el responsable del área no nos dio la información, pero nos mostró la que venía por empresa y no tenía consistencia alguna. Pedimos tramos entre 0 y 52 actos y entre 52 y 104, que es la forma como se paga el área ambulatoria, porque muchas veces venían médicos a los que se pagaba según tramos que no correspondían; es decir, situaciones caóticas que no permitían sacar una conclusión razonable.

La verdad es que ese es un esfuerzo que tenemos pendiente. Si pretendemos hacer algo razonable y discutirlo a futuro, tenemos pendiente un análisis un poco más racional de qué es lo que hay en la realidad para cotejarlo con el deber ser y ver las brechas, porque esas son las que condicionan cualquier transición.

El segundo elemento que abordamos fue mirar los costos de estos programas y compararlos con lo que se gasta hoy. Allí partimos de los valores hora que fija el laudo. Lo que hicimos fue no alterar los precios unitarios. Esto quiere decir que no tocamos el valor hora que establece el laudo; al aumentar la carga horaria, aumenta el valor del salario base, que lo calculamos con un estricto criterio de valor hora. Y tampoco afectamos el precio del acto que se paga en el sector privado mutual. Pero, eso sí, lo tomamos a nivel nacional, es decir, no hicimos las salvedades, a los efectos de la teoría, de las diferentes formas de pago que hay tanto en el sector público como en el laudo FEMI, que planteó Carlos al principio. Lo que hicimos fue decir: partamos de este supuesto y veamos en la teoría qué resultado nos da en cuanto a la necesidad de recursos, para ver si están disponibles con relación a lo que se gasta efectivamente, y veamos qué pasaría si lo tuviéramos que hacer con estas reglas de juego o si lo pudiéramos hacer alterando las reglas de juego, fijando en un nuevo laudo algunas pautas, particularmente con más cargas horarias y nuevos actos, teniendo en cuenta un poco lo que decía recién Tabaré, o sea, pensando en otras actividades, en una carga horaria de seis a ocho horas, tomando el domicilio y no solamente el área ambulatoria.

El resultado que eso nos da es que, tanto a nivel del área pediátrica como del área ginecológica, se requieren recursos adicionales, pero, paradójicamente -y eso es lo que en lo personal no me gusta demasiado-, resulta llamativo -lo reconozco; desde el principio he estado tratando de cambiar el número y no fue posible- cómo los programas que estamos

planteando para la medicina general originan ahorros con respecto a lo que hay contratado en el mercado.

La única explicación que encontramos para eso es una alta capacidad ociosa de la medicina general en el sector mutual, con muchos contratos pagando salarios fijos y muy poca atención ambulatoria. Hicimos este ejercicio, otra vez con valores secundarios, porque eso no está recogido en ningún lado: tomamos una emergencia móvil de la cual teníamos datos y los proyectamos para toda la población del país a las tasas de utilización correspondiente, para ver, en el caso de que esos llamados de radio los pasáramos a la actividad mutual, cuáles serían los costos, porque se incrementarían los costos de la actividad médica, pero también probablemente se generaría la exigencia de un mayor empleo.

Ese resultado primario nos dio que efectivamente aumenta la cantidad de médicos -para dejar tranquilo al Dr. Carámbula, esto se aproxima bastante a lo que ha sido la idea fuerza de los mil equipos de salud, de modo que quienes la lanzamos estamos respaldados-, pero lo cierto es que todavía no podemos calcular con precisión los costos asociados a estas prestaciones porque no tenemos información, ya que la información es bastante asimétrica entre las entidad que prestan estos servicios, y porque además, de hecho, esas proyecciones son variables en función de instituciones, poblaciones cubiertas y estructuras Montevideo-interior que no se comportan de la misma manera. Tenemos allí algunos problemas que hacen, en una investigación o trabajo de este tipo, que se vuelva muy difícil zurrir, porque uno se ve muchas veces tentado a hacer aproximaciones que no tienen la consistencia o rigurosidad suficientes. Ya hace rato nos hemos sacado con peine fino la posibilidad de decir que tenemos el dato exacto que surge de la fuente de información correspondiente. Ese método de ir por sucesivas aproximaciones a veces nos lleva al límite de estar sacando un dato de la manga, y ahí paramos porque pretendemos no caer en esa lógica.

Lo cierto es que, en síntesis, nos dan valores razonables dentro de esta lógica, pensando básicamente en una actividad de seis horas diarias, con cinco pacientes por hora, y en algún caso, si agregamos la carga de actividad a domicilio, quizás se requiera alguna hora adicional para absorberla, y obviamente también habría que absorber médicos que hoy están trabajando en otras instituciones más del área de emergencias móviles, etc.

Reitero: nos da valores razonables desde ese punto de vista. Eso nos ha permitido tener un modelo, lo cual, desde mi punto de vista por lo menos, tiene un valor en sí mismo, porque supongamos que en verdad se producen las condiciones para una negociación salarial: lo que nos ha pasado sistemáticamente con el Esc. Lorente cuando hemos ido a estas negociaciones, es que en quince minutos tenemos que tener estos modelos armados, para ver el impacto, porque, si no, el tiempo pasa, las negociaciones tienen su propio ritmo y no llegamos nunca; nos andamos peleando para ver qué dato metemos y qué impacto puede tener, y en verdad hacemos las cosas mal.

La idea es que hoy tenemos un modelo que, aunque sea precario desde el punto de vista de la información, nos permite empezar a trabajar un poco más en serio desde el punto de vista del análisis de sensibilidad, desde el punto de vista de las alternativas, de los supuestos, de los escenarios. Y eso nos permite de alguna manera empezar a mirar con un mayor detenimiento para cotejar con la realidad esta información.

Por último, están los desafíos pendientes. No voy a repetir lo relativo a la información. Este modelo, obviamente, es preliminar, está en un proceso. Creemos que, en caso de que cuadre la necesidad de acuerdo y de negociación, fundamentalmente para pensar la transición, esto nos va a permitir flexibilizar y tener ideas sobre la magnitud de los impactos económicos que pueden tener algunas medidas. Nos exigiría, sí, algunos desafíos que tienen que ver, por ejemplo, con integrar progresivamente el resto de las modalidades

de atención, porque pensar solamente en estas especialidades básicas y estos equipos básicos, y abandonar la idea de que si uno toca el laudo en una pieza -como lo han planteado sistemáticamente quienes lo conocen- tiende a desmoronarse, de hecho implica repensar el resto de las modalidades y perfeccionar la información, es decir, no quedarse quietos pensando simplemente que hemos cumplido por tener una primera aproximación en este sentido.

Hay un pequeño comentario que me veo obligado a hacer. Yo tengo una discrepancia con Tabaré respecto al tema del Producto Bruto y la obsolescencia del análisis del gasto. Creo que hay que tratar con un poco más de respeto al Producto Bruto, porque es el esfuerzo de todos los uruguayos. Me parece que la contracción del Producto fue acompañada también por la contracción de los recursos dentro del sistema de salud.

Sin ir mucho más lejos, comentábamos recién a Félix que ha habido un ajuste de prácticamente un 40% del salario real en estos años, para médicos y no médicos. Ha habido una caída en la cantidad de cargos por el cierre de instituciones. Y ha habido algo que los otros días le decíamos al Subsecretario de Economía que está en los libros y que el Ministro, que es Grado III de la Cátedra, enseña en la Facultad: por definición, el salario nominal es rígido a la baja. Eso lo sabemos de memoria; lo repetimos hasta dormidos. Pues, en salud, ha pasado en el Uruguay que el salario nominal no ha sido rígido, sino que ha bajado; hay instituciones enteras en las que ha bajado el salario nominal.

Es difícil, con este Producto y este cataclismo que vivimos en 2002 y con lo que nos espera en el futuro, que podamos creer racionalmente que nos vamos a sentar con el Ministro de Economía -el que sea- a discutir que queremos más recursos, cuando todavía no hemos pensado bien, en serio, cómo vamos a cambiar esto.

Dra. MARISA BUGLIOLI.- Independientemente de lo que decida la sociedad sobre cuánto pretende asignar al sector salud, nosotros tomamos como punto de partida arreglarnos con los recursos disponibles y realizar una reorientación de los recursos que hay.

Quisiera agregar otra cosa con respecto a lo que planteaba el Dr. Cardoso: también estamos haciendo propuestas sobre la forma de pago al equipo básico de salud. Adherimos al criterio de pagar una cápita que tenga una parte fija y una variable. Pensamos en una parte fija -para ello estamos tratando de recoger experiencias y también las conclusiones que surgen de las discusiones en la Convención- que incluya responsabilidades que son inherentes al contrato, es decir, todo lo que es actividad diagnóstica, curativa, de registro médico; todo eso tiene que estar en la parte fija. Y la variable -hablábamos de un 30%, pero son temas discutibles y negociables- correspondería a la capacitación, la actualización, la participación en cursos de educación continua, así como programas o actividades de información a la comunidad; inclusive, se podría abarcar la colaboración en los registros administrativos, que hacen después a la posibilidad de contar con información para poder evaluarla y conocer lo que hacemos.

Esto fue interesante, pues el hecho de recabar el deber ser implica recoger experiencias y hacer una elaboración teórica. Son ejercicios que, más allá de la utilidad que puedan tener en lo personal, implican una actualización y meterse en temas, cosa que a veces la actividad laboral cotidiana no facilita.

Además, esto rompe una cantidad de mitos. Estábamos viendo la parte de intensidad de actos por hora. Es un tema que se discute siempre, sobre todo en los grupos de medicina familiar: si cinco o seis es mucho y hay que rebajar la cantidad. Estuvimos viendo que, en los países de los que tenemos información, más del 65% de los actos llevan menos de diez

minutos. Es un dato que me llamó bastante la atención porque eso rompe ciertos mitos que tiene uno. Lo que ocurre es que el control posterior compensa lo que es la visita por primera vez. No es el tema más importante, pero son cosas que nos implicaron la necesidad de establecer distintos escenarios y alternativas, modificando, por ejemplo, la cantidad de actos por hora, la extensión de las horas de trabajo, y todo lo estimamos en un nivel óptimo de productividad.

Dr. TABARÉ GONZÁLEZ.- Un colega formula esta pregunta: "Los médicos uruguayos han impulsado desde hace muchas décadas un forma especial de actividad laboral con énfasis en la actividad del médico en carácter de cooperativista o integrante de sociedades de producción sanitaria, en ambas situaciones corresponsable de la conducción institucional. ¿Cómo creen que esta condición influye en la fijación y regulación de las condiciones de trabajo y retribución?".

Dr. FÉLIX RÍGOLI.- Es una de las situaciones que hacen de Uruguay una especie de caso extraño. Creo que la propia sobreoferta de médicos en total hace que, además, los médicos hayan buscado su propia forma de organización, entre otras cosas porque, desde hace setenta u ochenta años, los médicos están tratando de resolver este problema del trabajo médico a través de sus propias soluciones.

Entonces, en parte, han buscado soluciones que reorientan el sistema asistencial para mejorar algunos aspectos de trabajo médico que eran los que en ese momento les preocupaba solucionar por algún vía; caso concreto del CASMU, caso concreto de la FEMI en su momento, unos años después; y posteriormente pasó con las emergencias móviles. El problema es que, como toda estructura, se cristaliza, y también cristaliza una solución para un problema que después cambia, de modo que esa solución termina no adecuándose a los problemas que van apareciendo a posteriori.

Quizás veo una cosa muy interesante en eso: el hecho de que, en general, los gerentes, los dueños y los directores sean médicos y sean a veces organizaciones de médicos -no médicos solos-, da un carácter de control social sobre el sistema. El sistema tiene un grado de control social mayor que en otros lugares de América, lo cual es una ventaja a la hora de cambiarlo; y también es un problema a la hora de cambiarlo, porque tenemos la gran suerte de que no ha entrado el capital como factor dentro de la organización de los servicios salud. Pero cabe preguntarse -estaba pensando en el modelo que comentaba Luis recién-: en el Uruguay, ¿alguien va a comprar esto? Porque es muy lindo, pero en realidad los propios médicos somos los que hicimos el sistema así como está y somos muy propensos a decir que no lo vamos a cambiar, porque cada uno tiene un pedacito de esto. Es como cambiar el ómnibus que es propiedad de dieciséis dueños; pintarlo ya es un problema.

Creo que esto tiene cosas muy buenas y tiene también este problema. Hacer entre todos -como dice el lema de la Convención- un Uruguay más saludable, va a ser el desafío, pero tenemos que luchar contra esta fragmentación entre nosotros mismos.

Dr. TABARÉ GONZÁLEZ.- Creo que todos somos conscientes de que estos cambios, que son muy profundos -aunque sean parciales-, parten de que el Estado asuma su rol regulador y haya una profunda definición política de Estado en materia de salud. Si no, vamos a seguir haciendo experiencias de tipo barrial.

Con respecto a la libre elección -que ha planteado Lazarov reiteradas veces-, la comparto, pero creo -lo he escuchado en Asambleas Zonales y también aquí- que Salud Pública desaparece.

Entonces, creo que aquí hay un problema que debemos tener claro, y es que tanto el sector público como el sector mutual van a tener que ser objeto de profundas transformaciones progresivamente. Después, nosotros tendríamos que introducir en este proceso -supongo que eso saldrá cuando se discuta en la Convención el tema del sistema de salud- la relación territorio-población, la asignación de espacios y la relación de coordinación de niveles, o sea, los sistemas locales de salud, concebidos como una integración de primero y segundo nivel, que abarcan medio departamento o un tercio de departamento -como sería Montevideo-, o dos departamentos -como puede ocurrir en algunos lugares del interior-, o un departamento, donde la libre elección la visualizo dentro del sistema local.

Si se da fuera del sistema local, debe tener, en mi opinión, algún tipo de costo para el usuario -un costo adicional-, pero dentro del sistema local sí, porque va a haber multiplicidad de unidades de primer nivel, va a haber varios policlínicos que den respaldo a esas unidades de primer nivel, y va a haber de repente más de un hospital o sanatorio. De lo contrario, podemos caer en una falsa oposición que sería una trampa: si es todo estatal o es todo privado.

Ha llegado otra pregunta. Un colega plantea cómo se compatibiliza el tema de los anestésico-quirúrgicos con otros médicos en la forma de remuneración.

Ec. LUIS LAZAROV.- Me atrevo a hacer una propuesta. El Dr. Bogliaccini iba a partir de la mesa de este Foro y, por una coordinación con un paciente, no lo pudo hacer. Así que me parece que es inmejorable la situación para que él responda esta pregunta.

Dr. GUSTAVO BOGLIACCINI.- Aquí hay algunos aspectos que es fundamental entender. El primero de todos es que situar a la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas en el seno de la Convención, ha sido obra de la actitud de apertura y de comprensión del SMU. Y yo tengo que agradecer al Dr. Carámbula el entender que a veces conviene administrar la diversidad.

En ese sentido, voy a hablar en nombre de la Mesa, porque así estoy investido.

Nosotros saludamos y favorecemos un cambio en el sistema de salud. El sistema de salud actual no nos conforma.

¿Cómo vemos el futuro? Lo vemos muy dificultoso por lo que dijo Félix, que creemos que es verdad. Si alguien ha trancado los cambios en este país -y no en este país, sino en la historia del mundo- han sido los médicos, porque los médicos nos acostumbramos a trabajar de determinada forma. Yo, que ayer soñaba con cambiar la forma de trabajar de la medicina, hoy estoy a seis años de la jubilación; trabajé en el sistema, y no creo que en los próximos años lo vaya a cambiar. No quisiera ser una traba, pero yo ya estoy pensando en jubilarme. ¿No seré yo una traba, así como la gente de mi edad y la que es un poco mayor, que no dejamos hacer los cambios?

Todos hablamos de un sistema de salud; estamos hablando de eso desde que entré a la Facultad de Medicina y desde que me recibí, lo cual ocurrió antes de la intervención; mi título lo firmaron Maggiolo y Carlevaro. Pero no ha cambiado, y los que no nos adaptamos claramente al sistema que existía, no hemos sido beneficiados económicamente como otros que sí supieron adaptarse.

Nos queda la idea de que soñamos con un cambio y que hemos tratado de interpretar ese cambio en las realidades que hay.

Ante todo -y vamos a hablar de grandes números porque aquí hay empresarios de la salud entre nosotros-, en todas partes del mundo las remuneraciones de los recursos humanos representan entre el 65% y el 80% del gasto en salud. El sábado pasado tuvimos una

reunión en el SMU y nos entregaron un folleto mal traducido del francés, pero leyéndolo con cuidado, entre líneas, dice que en Francia, en el sector salud, las remuneraciones representan el 70%. Lo mismo sucedía en Canadá cuando vivía allí; los libros que traje planteaban lo mismo.

Nosotros, entre la FUS, el SMU, la FEMI y la MSAQ, llegamos a representar, en el mejor momento, el 62% o el 63%. La FUS representaba el 35%, el SMU representaba el 26%, e invariablemente los anestésico-quirúrgicos representábamos el 10% de los ingresos, tanto sea por cuota como por tiques y órdenes.

Entonces, nuestra preocupación como anestésico-quirúrgicos fue negociar entre nosotros cómo repartíamos ese 10%, pero vino la debacle de 2002 y 2003 y vinieron los aumentos de cuota para pagar a la industria farmacéutica y la tecnología, y la FUS, el SMU y los anestésico-quirúrgicos disminuimos nuestra participación en el gasto.

Nosotros hemos comprometido nuestro bienestar económico en beneficio de las instituciones, no voluntariamente, pero lo hemos comprometido, y lo hicimos con la sociedad.

¿Por qué hacemos hincapié en el acto médico? Porque hace muchísimos años -lo digo como lo siento-, en una Asamblea del Platense, hubo alguien -un colega ya jubilado- que aplaudió que se empezaba a pagar un sueldo y se terminaba de efectuar en el CASMU el pago de operaciones. Era el gobierno de Pacheco y vino la congelación, y todo eso se fue al diablo. No hubo remuneraciones; no sé de qué vivíamos; realmente, se vivía muy mal porque la congelación significó que había un sueldo fijo que era un promedio de un ficto que no sabíamos de dónde venía, y estábamos empantanados y no veíamos nunca crecer nuestras remuneraciones. Crecíamos nosotros, mejorábamos nuestra carrera universitaria, mejorábamos nuestra capacidad como cirujanos, agarrábamos una suplencia -porque no había otra manera de entrar-, pero no mejorábamos las remuneraciones.

Estuvimos diez años elaborando intelectualmente el proceso y organizamos un conflicto en 1992, que terminó en 1993, en el cual logramos plasmar el pago por acto quirúrgico nuevamente, algo que era viejo y que estaba en el laudo; era parte del laudo antiguo. Y eso nos permitió mejorar, empezar a recuperar nuestra situación y, además, que se nos empezara a pagar por nuestras responsabilidades. Porque ustedes saben que en aquel momento, con el pago de salario, se igualaba a los individuos más responsables con los menos responsables; todos ganaban igual.

En el CASMU -que es lo que yo conozco bien por los números-, cuando se empezó a pagar por acto médico, se mantuvo el número de operaciones congelado en aproximadamente 12.000. Varió un poco porque, en lo que respecta a las operaciones de policlínica, el CASMU empezó a hacer una boleta, y por eso se incrementó el número total -eso fue un problema de la administración-, pero la respuesta moral de mis colegas cirujanos fue: operamos el mismo número de casos que operábamos por salario fijo.

Sé lo que se hablado del pago por acto médico como inductor de la demanda. ¿A qué se debió que eso no ocurriera? Quizás a una fortaleza moral o ética especial de los cirujanos uruguayos. En el CASMU, que era nuestra institución y cuya situación seguimos durante años, la información que tenían nuestros consultores de Price-Waterhouse mostraba que se mantenía exactamente el mismo número de operaciones; subió un poco en la FEMI -fue un aumento discreto-, pero no en Montevideo. Hubo sí un cambio en el tipo de operaciones.

O sea que eso generó en la gente de mi edad -me refiero a los que tienen entre cincuenta y cinco y sesenta y cinco años- una muy firme adhesión a una forma de remuneración por acto médico que significó que nos pagaran por nuestro real trabajo. Los que trabajaban menos cobraban menos, y los que trabajaban más porque tenían mayor número de

pacientes y operaban más -la gente los seleccionaba por su responsabilidad, por su calidad técnica, por su don de gentes, por su forma de atender, por su arte médico- cobraban más. De alguna manera, eso generó una remuneración más justa y algo que para nosotros es bíblico: ganarás el pan con el sudor de tu frente; y eso en la sala de operaciones, con el gorro, tiene mucho que ver, sobre todo en verano y en el CASMU, cuando se apaga la refrigeración.

Creemos firmemente que eso no es lo que provocó cambios, porque nosotros significamos, en nuestro mejor momento, el 10% de los ingresos del sector, y de ninguna manera ese fue el motivo de la desfinanciación y de los cambios que se produjeron, que sí tienen otros orígenes que para nosotros son clarísimos: mala administración, corrupción -corrupción en las compras, corrupción en la venta de servicios-, en fin, una serie de elementos.

Además, cuando tuvimos información al respecto, lo planteamos en una discusión abierta a la gente de la patronal que discutía con nosotros y nuestros asesores -en la época en que había Consejos de Salarios- la determinación de los salarios.

Ese es el fundamento filosófico de nuestra idea. El pago por acto médico en nuestro país ha significado en determinado momento una recuperación de parte de lo que nos corresponde, que son los honorarios, el salario o como lo queramos llamar, es decir, la retribución por nuestro trabajo. El resto de los médicos quizás quedaron para atrás, pero no como contraposición a nuestra ganancia. Hubo quien interesadamente intentó dividir.

Siempre fuimos respetuosos, pero entendimos que esta manera de defender nuestros intereses trataba de algún modo de hacer una justicia que no logramos y que ni siquiera logró la FUS con la fuerza que tiene, porque en su momento la FUS, el SMU y nosotros estuvimos en el 52%, luego hubo dos aumentos más y creo que hoy estamos por debajo del 50%; debemos estar entre el 48% y el 47% de los ingresos del sector mutal. Eso, en ninguna parte del mundo, en un sector como los servicios, es una retribución justa como corresponde a los médicos -cuando hablo de médicos, me refiero a todas las especialidades médicas- y a los funcionarios de enfermería, de servicio y paratécnicos, es decir, todo el personal que está nucleado en la FUS.

De manera que, de alguna manera, hemos pagado nosotros el ajuste del sector.

Dr. TABARÉ GONZÁLEZ.- Creo que el objetivo de este Foro está cumplido, en el sentido de aportar materiales al debate y a las conclusiones de la Convención Médica.

Aquí se ha recogido debida acta de lo que se ha expuesto y me parece que todos salimos con un conjunto de ideas nuevas y aportes -algunas son viejas ideas- sobre cómo enfrentar este problema.

Para finalizar, recordaría algo que decía Ripa, a quien mencioné al comienzo: el peligro aviva al mamado; era un viejo dicho que él repetía. Creo que el grado de la crisis del sistema es tan grande que espero, por el bien de todos, que nos avivemos antes que nos pase por arriba.

(Aplausos)