

ANTE EL RIESGO DEL COLAPSO, RECONSTRUIR EL SISTEMA DE SALUD DESDE LA GENTE

Le damos la bienvenida en nombre del Centro de Estudios Estratégicos 1815 y de un equipo de trabajo, que como Uds. tienen conocimiento hace varios meses que está trabajando en un documento de salud que Uds. conocen.

Yo simplemente les doy la bienvenida, les deseo muy buenas tardes, que esta discusión sea lo que todos estamos esperando de provechosa.

El título del documento “Ante el riesgo del colapso, reconstruir el Sistema de Salud desde la gente” ya dice mucha cosa, pero más cosas les va a decir el General Seregni, que les va a dar realmente su presentación oficial.

Muchas gracias.

GENERAL LIBER SEREGNI

Bueno, buenas tardes a todos. Otra vez error, no les voy a decir nada nuevo, simplemente darles la bienvenida, porque en este tema el Centro de Estudios Estratégicos 1815, lo único que ha brindado es apoyo logístico a un trabajo que desde el mes de marzo, viene realizando un grupo excelente, bueno, de amigos personales y de médicos prestigiosos.

Yo me meto en todas las cosas, me metí en eso también, pero por sobre todas las cosas, como observador.

Repito, el Centro lo que ha hecho es brindar apoyo y sostén al trabajo que se hizo durante todo el año y como señalamos en la convocatoria, al término de estos trabajos, leyendo atentamente el documento, nos pareció un excelente documento para discutir a este nivel acá, y se hizo un poco contrariando fechas. Los tiempos que estamos transitando no son los más propicios para esto, pero los que hicieron el documento querían, antes de fin de año, tener una primera entrega y una primera discusión pública, de manera de aprovechar... A mí me gusta también soñar con el aprovechamiento del verano, les repito, aprovechar lo que son las vacaciones de verano, para continuar discutiendo y conversando sobre este tema.

De manera que otra vez de nuevo, bienvenidos y son ahora los que dirigen la discusión.

MARIA ELENA

Bueno, les cuento que la modalidad de trabajo, como Uds. más o menos la conocen, por la invitación, es escuchar primero una mesa que va a ser moderada por el Doctor Dibarboure, con una exposición de diez minutos de cada uno de los panelistas.

Otra segunda mesa, moderada por el Doctor Jorge Lorenzo, con otros diez minutos por cada expositor, y después esperamos realmente la participación de todos Uds. porque en realidad el interés de esto es la discusión.

O sea que ahora todos con el Dr. Dibarboure.

DR. DIBARBOURE

Bueno, brevemente quiero decirles que para integrar esta mesa definimos primero el perfil que deseábamos en sus integrantes, que estuvieran acordes con el título del trabajo que presentamos, que es “Reconstruir el Sistema de Salud desde la gente”.

Este perfil tuvo tres componentes, uno, el no estar involucrados en el sector, porque eso siempre determina algún tipo de sesgo en los opinantes. Otro, como decía un viejo amigo mío no procedieran de la sala de los mapas, sino de las trincheras, es decir, que fueran trabajadores sociales de la primera línea en la que inevitablemente emergen los problemas de la salud.

Y tercero, que fueran personas calificadas, profesional y humanamente.

Y yo estoy muy contento, porque creo que hemos elegido muy bien y agradecemos sinceramente que hayan aceptado participar en este evento.

Quienes integran este panel son: José Fernández, sociólogo, docente de la Facultad de Ciencias Sociales, donde dirige el Taller de Sociología de la Salud, que tiene trabajos publicados sobre el tema Sociología de la Salud, y experiencia como trabajador social en organizaciones no gubernamentales ocupadas en el trabajo con niños y adolescentes en condición de pobreza y marginalidad.

Su nombre, perdón Haladjján, pero el nombre...

MARIELA HALADJIAN

Mariela.

DR. DIBARBOURE

Mariela Haladjján, que es Representante del Comité Departamental del Plan CAIF en Montevideo...

MARIELA HALADJIAN

Soy asistente social.

DR. DIBARBOURE

Asistente social de profesión. César Aguiar, Sociólogo destacado, con importantes trabajos sobre la salud, especialmente los vinculados al trabajo médico y Susana Rappalini, Sicóloga de profesión, Trabajadora social desde 1969, como fundadora y directora del Centro Asistencia Educativo “Ing. Químico Luis Morel”, conocido como Obra Morel, fundadora y directora del Hogar “El Retoño”, institución que se ocupa de bebés de alto riesgo, con una variada y amplia mirada de educación continua de servicio y con un trabajo que ha recibido, al cabo de todos estos años, el reconocimiento de diversos premios nacionales e internacionales.

Así que brevemente presentados, comenzamos y le doy la palabra a José Fernández, para que nos de, en fin, sus impresiones sobre el trabajo distribuido y le recuerdo los diez minutos acordados para la exposición.

JOSE FERNANDEZ

Bien. Buenas tardes, agradezco a los organizadores la invitación, en realidad me toca a mí abrir el fuego y es complejo.

Me invitaron para dar la opinión desde la gente, lo que me parece una responsabilidad muy grande. Yo en realidad puedo hablar desde dos posiciones que si bien son diferentes, confluyen.

Una, vinculada con diez años de investigación en el tema de Sociología de la Salud, básicamente en Tecnología Médica, Políticas Sociales en Salud, Equidad en Salud.

Y por otro lado, a partir de la experiencia de cinco años asesorando a comisiones directivas de organizaciones sociales del Plan CAIF en Montevideo.

Digo, desde esas dos perspectivas tengo dos visiones que configuran sobre la problemática que se plantea en el documento.

En principio, quiero expresar mi acuerdo con los términos y los contenidos en que está planteado el documento. Yo creo que refleja, en opción de la información que maneja, la problemática que se está viviendo.

Yo... Puede parecer fuerte el título: “Ante el riesgo del colapso reconstruir el Sistema de Salud desde la gente”. Me parece que el desafío de reconstruirlo desde la gente es muy fuerte y creo que plantear que hay riesgo de colapso, eriza un poco la piel en el Uruguay de hoy.

Yo creo que acá se está dando un proceso parecido al que se dio con la caída del sistema financiero, nadie quería reconocer que se estaba en default y había una negación, hasta que realmente se produjo la caída. Yo creo que el Sistema de Salud está cerca del default y si bien se reconoce la crisis, por el tipo de medidas que se han tomado, no me parece que se esté reconociendo la gravedad de la misma y el impacto que puede tener una caída del Sistema de Salud.

De alguna forma no estamos discutiendo una ley de emergencia para salvar el Sistema de Salud, sin embargo, inmediatamente al reconocer la caída se discutió una ley de emergencia para apoyar al sistema financiero.

Se puede reabrir un Banco rápidamente, no se puede reabrir un hospital después que se cerró.

Digo, ya tengo varios hospitales cerrados, tengo varias instituciones que cayeron.

Entonces en ese sentido, creo que el primer paso es ajustar los diagnósticos y pasar a tratar de conocer la realidad por todos los actores que están participando.

Ante la crisis del sistema financiero, hay un discurso que en parte puedo compartir, que tiende a plantear que la red de protección social existente, que construyeron desde la salida de la Democracia hasta ahora, operó y evitó el caos.

Podemos compartir que sí, que realmente hay un sistema montado de protección social, que, en todo caso, aminoró el efecto de la crisis y evitó situaciones como las que pudieron suceder en otros países.

También a veces se plantea, o se tiende a plantear que esto también operó para el Sistema de Salud. Yo creo que eso es peligroso y hay que tener cuidado.

Tenemos 180.000 desafiliaciones, según el documento, pero creo que sería aventurado decir que esas 180.000 personas hicieron impacto sobre el sistema público.

Es muy probable que muchas de esas personas no se hayan atendido desde que dejaron el sistema privado. Eso es una luz roja, yo creo que es un problema a mediano y largo plazo. Eso sí puede hacer caer definitivamente el sistema público.

Creo que esa luz roja... Creo que ahí no necesariamente operó la red de contención social, simplemente digo, los caminos de caída hacia la pobreza son procesos y de pronto uno de los procesos, digo, uno de los elementos de ese proceso, que opera en última instancia, es el tema de la salud.

Creo que está primero la alimentación, está primero la educación, está primero la vivienda. Creo que ahí hay que tener cuidado.

El tema de la insatisfacción. Yo diría que en el Uruguay no hay tradición de demandas colectivas vinculadas a la salud. Creo que el usuario, esto es una posición personal, pero creo que el usuario de salud se enfrenta al servicio en forma individual, tanto en la asistencia colectiva como en la pública.

Digo, en todo caso para medir la insatisfacción habría que recurrir a sondeos de opinión pública, acá hay un experto realmente, yo no lo he hecho nunca, en el área salud, sí de alguna forma, en las investigaciones que hicimos, relevamos una fuerte aceptación hacia el sistema colectivo y una fuerte resignación en función del sistema público. O sea que el usuario del sistema público no siente, en términos generales, que esté en derecho a exigir algo.

Vinculado con un tema que plantean acá, que me parece muy importante, la cantidad de afiliados o de usuarios que estarían haciendo abuso del sistema público. Usuarios que están dentro de una franja de ingresos que tendrían que pagar un arancel y aparentemente están usando un sistema público.

Yo diría que es una caja negra, que hay que tener cuidado con eso y en todo caso es un tema, me parece, a investigar. Creo que sí, que desde la encuesta de hogares surge que mucha gente declara que tiene cobertura pública y previamente tenía cobertura privada. Eso no significa que estén usando el servicio, creo que también esa situación puede llegar a ser bastante diferente en Montevideo y en el interior, en todo caso sí, me parece que es un problema el hecho de que esas personas lleguen a usar el servicio.

Por otro lado, es un tema muy fuerte, desde el punto de vista psicológico para el usuario, pasar a usar el servicio de Salud Pública.

La caída en la pobreza a veces es procesual y a veces es precipitada, pero en todo caso... No me acuerdo si Martorelli planteaba la dimensión subjetiva de la pobreza vinculada a la salud, en este sentido. Digo la persona ¿cuándo se comienza a sentir pobre? ¿Cuándo comienza a sentir pobre? ¿Cuando pierde el trabajo, cuando pierde su casa o cuando tienen que enfrentarse por primera vez al Estado para que le den un carné de asistencia?

Porque ese es en el primero momento en que se le hace un chequeo de medios por parte de un trabajador social u otro tipo de técnico, y se le declara oficialmente pobre.

De alguna forma ese salto es importante para el individuo. Creo que para manejar las cifras que se están manejando que son reales, de personas con ingresos de veinte o treinta mil pesos, que se atienden en Salud Pública, hay que investigar mucho más. Hay que ver qué está sucediendo ahí.

A mí me parece que hay una caja negra ahí que no está abierta, como también me parece que hay una caja negra que no está abierta en el tema de los copagos.

Obviamente, el copago está funcionando como un impuesto al enfermo, eso es clarísimo. Habría que ver hasta qué punto eso limita o no la atención ¿no?

En un trabajo que ya está viejo, que hicimos con Delia Sánchez, tratamos de investigar eso en las categorías que habían ingresado recientemente a DISSE, por ejemplo Construcción, Servicio Doméstico y Trabajadores Rurales, y en ese caso en realidad, digo, logramos captar en la muestra a los trabajadores formales.

Los trabajadores formales de esas ramas consideradas pobres, en realidad hacían uso de los servicios y quienes protestaban más contra los copagos eran quienes no se habían enfermado y quienes no los usaban. Ese fue un dato interesante pero en todo caso habría que actualizarlo porque habría que ver qué pasó con la crisis.

Yo creo que en cuanto a investigación hay un lapso de tiempo de tres años a la fecha, donde, digo, no hay, al menos yo no conozco trabajos nuevos, y hay muy poca idea de lo que está sucediendo y del impacto que tuvo la crisis sobre el Sistema de Salud.

Yo creo que uno de los pocos datos que hay es este, 180.000 afiliados menos en el sistema colectivo, cosa que cambia el sistema. El hecho de que en este momento un 47% esté en el sistema colectivo y un 42% esté en Salud Pública está pintando un Sistema de Salud diferente.

Bien, para redondear porque se me termina el tiempo, podríamos hablar muchísimo de esto. ¿Qué sucede desde el trabajo de campo? Si bien se han implementado experiencias de atención primaria de salud, claramente el modelo biologicista e hiperespecializado es el que predomina. Digo, el hecho de que predomine ese modelo, a mí entender lleva a que las experiencias de APS que se implementan funcionen mal o no funcionen.

Uno ve a la gente circulando en una calesita donde son continuamente derivados de un lugar al otro, donde en ningún lado salen con una solución a sus problemas, donde si hay un buen diagnóstico de atención primaria, no hay dónde derivarlo y no estamos hablando de derivaciones de alta tecnología, estamos hablando de seis meses de espera para un sicodiagnóstico, estamos hablando de tres, cuatro meses de espera para un fonaudiólogo, en un niño de dos a tres años donde, esa intervención es prioritaria.

Estamos hablando de individuos que viven en asentamiento y que sufren de presión aguda y que están tres días tirados arriba de una cama, sin alimentar a los niños, sin mandarlos a la guardería y no hay forma de levantarlos de la cama.

El Sistema de Salud no tiene respuesta para esta situación, por ejemplo no tiene respuestas a todos los cuadros de depresión y suicidio que se están dando a nivel de sectores marginales, no tiene respuestas sobre los problemas de adicciones que se están dando a nivel de los marginales.

Desde esa perspectiva yo lo que veo en las instituciones es la impotencia, en el sentido de que se instrumentan servicios de orientación y consulta, donde se recibe a la población, donde se la orienta, y eso empieza con mucho empuje y llega un momento en que la persona vuelve al lugar donde empezó. Y vuelve con el mismo papelito con el que salió. Cuando recorrió todo el espinel del Sistema de Salud y no encontró respuestas a lo que estaba buscando.

De alguna forma entiendo que para que haya un cambio tendría que haber un cambio del modelo de atención.

Por último y resumiendo, para dar respuestas al último capítulo de informes, que es la propuesta de reformas. Yo tengo una pregunta ¿por qué es tan difícil cambiar las cosas cuando claramente no están funcionando y claramente las políticas no han funcionado?

Nosotros hicimos un estudio desde la Concertación Programática hasta ahora, son veinte años, veinte años donde se procesó una reforma gradual de la Salud y de la Educación y de la Seguridad Social. La de la Seguridad Social se concretó, hubo mecanismos compensatorios, ciertas Cajas no se tocaron, pero salió. Se logró negociar con las corporaciones.

La Reforma Educativa salió, parcialmente, pero se implementó. ¿Por qué no se implementó la Reforma de Salud?

Digo, no vamos a discutir eso, porque supongo que lo va a discutir otro panel, yo tendría algunas preguntas para dejar, que creo que deberían guiar una discusión sobre la Reforma. Primer pregunta: ¿Hay una percepción común de la crisis entre todos los sectores, digo, todos estamos pensando lo mismo?

Segunda pregunta: ¿Los diagnósticos existentes son suficientes y son compartidos por los actores, o sea, tienen legitimidad?

Tercera pregunta: ¿Existe un espacio para pensar alternativas o el círculo de la realidad y el círculo de las alternativas se superponen? Digo, porque si no se pueden pensar alternativas no se puede cambiar nada. Yo creo que el círculo de la realidad tiene siempre que ser más chico que el círculo de las alternativas.

Entonces si no tenemos posibilidad de establecer alternativas, yo creo que no hay ninguna posibilidad de cambio.

¿Existe una agenda de reforma o de lo contrario qué pasos habría que dar para construir esa agenda? Digo, hubo veinte años de construcción de agenda y en los últimos cinco años esa agenda se borró con el codo, a mi criterio.

¿Qué papel ocupa la negociación en este proceso? ¿Quiénes son los interlocutores? Yo creo que lo que mató a las corporaciones de la salud, porque siempre se habló de las corporaciones, yo creo que las corporaciones hoy por hoy están muy poco activas, creo que se han desarticulado en parte, qué las mató, creo yo, el no tener un interlocutor.

Creo que recién ahora, con el actual Ministerio, tienen un interlocutor, creo que los anteriores Ministros no fueron interlocutores. Creo que eso desarticuló la negociación con las corporaciones.

¿Se ha generado un proceso de aprendizaje en los últimos veinte años? Bueno, de toda esta discusión, desde la Concertación hasta ahora, ¿aprendimos algo en esto? ¿Se puede reconstruir ese proceso? ¿Quedó algo? ¿Existe una elite reformista?

Digo, las personas que circulamos durante estos veinte años discutiendo estos temas ¿funcionamos como grupos, somos una elite, tenemos información, tenemos voluntad de cambio, podemos organizarnos, podemos liderar un proceso?

Habría que discutirlo. Se pueden generar mecanismos compensatorios para equilibrar la posición de los actores en la negociación. Acá y en cualquier proceso de reforma, van a haber ganadores y perdedores.

¿Podemos pensar en mecanismos compensatorios para que los perdedores no hagan lobby y tranquen la reforma?

Yo creo que Davrieux tuvo una idea brillante cuando negoció la Seguridad Social y sacó la Reforma. Se puede pensar en esa dirección, en el sentido de que bueno, ¿qué mecanismos compensatorios tenemos para ofrecer para que realmente este proceso se destrabe?

Y por último ¿existen todavía coaliciones o lobbies de veto para la reforma? Digo, ¿Existen actores organizados con fuerza? Capaz que la acción de reestructuración pasiva de los últimos años que ha llevado a que ciertas corporaciones muy fuertes ante las crisis se hayan desarticulado, han generado una buena oportunidad para reagrupar voluntades, sobre todo, y poder poner de nuevo en la agenda este tema ¿no?

Bueno, yo les agradezco mucho y no quiero abusar más.

DR. DIBARBOURE

Claro, te pasaste un poco, pero está. Invitaría a la Asistente Social Mariela Haladjian, para que nos diera su opinión. Yo sé que actúa en representación, así que no es una opinión personal.

MARIELA HALADJIAN

Claro, bueno, voy a comenzar esta exposición, considerando los aspectos más relevantes de mi experiencia profesional desde el área comunitaria. Para reconstruir el Sistema de Salud desde la gente, para mí es necesario partir del concepto Red Barrial.

Por lo tanto ¿qué entendemos por Red Barrial? ¿Es un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo? ¿Es un sistema abierto multicéntrico que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo, la familia, equipo de trabajo, organizaciones barriales, instituciones tales como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otros, y con integrantes de otros colectivos posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades?

Los objetivos y las metas de la Red están orientadas a: introducir información que posibilita la toma de decisiones, identificar y analizar desde diferentes perspectivas un aspecto de la realidad, considerado como problema.

Plantear y evaluar alternativas de solución a la problemática existente, establecer un programa de trabajo que involucre a los participantes en acciones concretas, no a la superposición de actividades o proyectos.

Mejorar la integración del grupo encauzando su orientación en torno al programa de trabajo.

Cabe destacar que los cambios no suceden de un día para otro. Se trata de un proceso, que tiene avances y retrocesos, que implica aprovechar la diversidad de los recursos e información de los diferentes factores sociales del Sistema de Salud, así como de los otros sectores.

La orientación racional de los recursos humanos y técnicos, la necesidad de aprender o crear en contextos cambiantes y en situaciones complejas. La importancia de fortalecer las acciones interdisciplinarias, intersectoriales, etc.

Esta postura de alguna manera va en detrimento de lo que es el asistencialismo en donde el sujeto es pasivo, es dependiente, está en demanda continua. Su autoestima es baja. Como contrapartida surge la propuesta de la promoción en donde encontramos sujetos en acción, de acción, capaz de ir al encuentro de alternativas de solución a las problemáticas que se presentan.

Yo voy a terminar esta exposición parafraseando a Eduardo Galeano, donde dice: “Que ninguno de nosotros es tan bueno como todos nosotros juntos”.

DR. DIBARBOURE

Invitamos a César Aguiar a participar en esta mesa.

CESAR AGUIAR

Bueno, buenas tardes, primero que nada quiero agradecer muchísimo la invitación a participar en este panel.

Me gustaría comenzar diciendo que yo sé muy poco del tema de Salud, cuando el tema de Salud se escribe con mayúscula. En general el tema de Salud se escribe con mayúscula cuando se refiere a Sistema de Salud, a los médicos, a las mutualistas, yo de eso sé muy poco.

Cuando el tema de salud se escribe con minúscula y va a la salud de la gente es posible que sepa algo más sí, porque bueno me dedico a trabajar sobre la opinión pública hace ya bastantes años.

Pero creo que la diferencia entre Salud con mayúscula y salud con minúscula es muy importante y que una buena parte de los problemas del Sistema de Salud es que las corporaciones médicas, las corporaciones de funcionarios y demás utilizan la Salud con mayúscula para apropiarse de la renta y el manejo de la salud con minúscula.

Me parece importante comenzar diferenciando entre ambas. Por supuesto que comparto absolutamente el interés y la relevancia del tema que es uno de los temas más importantes que el País tiene por delante. No es el tema más importante en absoluto, porque los uruguayos tenemos una buena salud con minúscula ¿sí?

Lo que pasa es que la Salud con mayúscula nos cuesta un vagón de dinero y tendremos que buscar caminos para que nos cueste menos, pero es un tema muy importante indudablemente y nos afecta la vida de todos.

Me parece muy valiosa la idea de decir a partir de la gente, o hacerlo con la gente. Sin embargo me parece que no es un tema fácil y me gustaría hacer algunos comentarios sobre eso.

Por supuesto que hay que partir de la gente porque el problema de salud, con mayúscula y con minúscula, es primero que nada un problema de valores y de cultura.

Antes que nada, con muchísima diferencia respecto a todas las otras dimensiones, es un problema de valores y es un problema de cultura.

¿Sí? Es un problema de cultura, qué enfermedades se define, es un problema de cultura, cómo se manejan las enfermedades, es un problema de cultura, qué derechos se reconocen, es un problema de cultura, cómo se maneja la atención médica y es un problema de valores, saber qué cosas considera uno valiosas, saber hasta cuándo quiere vivir, hasta cuándo considera que es legítimo que los demás le paguen la vida, aunque sea por encima de los noventa años.

Entonces creo que sí, que hay que partir de la gente en el sentido, hay que tener en cuenta a la gente en que es un problema de valores y que es un problema de cultura.

Yo he hecho muchos estudios de satisfacción de clientes, de instituciones médicas y de organizaciones médicas y demás y en general siempre pasa algo divertido. Los médicos y los funcionarios creen que la gente está muy insatisfecha ¿sí? Con los servicios que reciben y la gente está terriblemente satisfecha ¿sí? La gente está contenta con servicios espantosos, donde como dice el documento está maltratada, no respetada, etc. Pero sin embargo cuando se hacen estudios de satisfacción la gente está contenta.

Por lo tanto diría, bueno, partamos de la gente, pero tengamos en cuenta que la gente es gente complicada, que no siempre espontáneamente lo que dice está bien. La gente se maltrata. Todos nosotros tenemos pautas de comportamiento en la vida en la cual comprometemos nuestra salud. Todos sin excepción ¿sí?

El Sistema de Salud uruguayo y creo que todos los Sistemas de Salud del mundo se fundan todavía sobre la idea totalmente vieja de que todo el mundo tiene el derecho de que le cubran todos los riesgos de salud. Uno puede comer como un monstruo, fumar como un monstruo, beber como un monstruo y después paga la sociedad.

Si hoy sabemos que la salud depende fundamentalmente del comportamiento de cada uno, si yo tengo un accidente en la calle, si yo incurro en una multa, me cobran una multa, en cambio si yo tengo un comportamiento que es equivocado desde el punto de vista colectivo, que lleva a resultados colectivos equivocados en materia de salud, a mí no nadie me va a cobrar nada, al revés me van a pagar más porque siga manteniendo ese comportamiento destructivo.

Entonces la gente se maltrata, la gente se automedica, la gente se sobremedica, la gente demanda en exceso servicios médicos innecesarios ¿sí? Esto parece obvio, la gente aspira a vivir muy por encima del tiempo en el cual todavía es productiva, llega a los cien años y de repente dice: “tiro cinco años más”. Y en el mundo entero todas las culturas valoran una forma de vida en la cual, como decía “El Día” en una columna maravillosa que tenía “La pasividad destino de todos”, aspiramos a ser pasivos la mayor parte de nuestra vida. Es terrible como visión de valores, sin embargo lo tenemos todos asumido. Todos consideramos que es mejor vivir más que vivir menos y esto tiene muchas consecuencias, una de las consecuencias que tiene es que hay una demanda escandalosa de servicios de salud ¿sí? La gente demanda más y más y más y más y más. Todos los estudios de mercado que se hacen sobre servicios de salud, resultan que tienen mercado, porque la gente demanda más y más.

¿Ud. quiere una piedad de una persona? ¿Quiere con televisión? ¿Y si le ponemos un celular? ¿Y si además le ponemos enfermera que le abanique? Quiero todo eso y quiero más. Entonces esa demanda brutal, esta demanda colosal de servicios de salud, aumenta

desmedidamente la oferta de médicos y de servicios médicos mucho más de lo que obviamente necesitamos.

Toleramos servicios de salud innecesarios, gastamos una proporción de los recursos colectivos que no se puede decir que es alta, es inmoral, es inmoral porque gastamos mucho más...

Yo escuché una vez decir una frase terrible, se la escuché a un médico, que decía que gastamos el veinticinco por ciento de los recursos de salud en los últimos quince días de vida. Es decir en pasar de 77 años a 77 años y quince días, nos gastamos el tres por ciento del Producto Bruto. Es un delirio. No sé si la cifra es precisa pero si es algo parecido a esto, es un delirio, ese tres por ciento del Producto Bruto se podría gastar todos los años en cosas mucho más útiles que vivir quince días más.

Entonces, todo esto es una inmensa sobredemanda de servicios de salud que viene de la gente, que viene de los valores de la gente, que si no actuamos sobre los valores de la gente va a seguir pidiendo más y vamos a llegar a una sociedad en que tendremos todos 115 años, nos acordaremos de la época de trabajo como una época en que éramos infantes, porque va a pertenecer a nuestra infancia. Nos sentiremos a mirarnos todos sentaditos la cara y gastaremos más y más y más en salud para una vida que ya es poco útil y que tiene poco valor en sí misma.

Este me parece un gran problema, no es uruguayo, es un problema del mundo entero, lo vamos a enfrentar en poco tiempo, porque va a haber gente que va a empezar a decir: "gastemos los recursos que tenemos en gente que puede vivir mucho más tiempo, puede ser mucho más productiva, que puede ayudar mucho más al conjunto de la sociedad que lo que es ahora".

Pero es poco probable que la gente nos lo diga por sí sola, la gente por sí sola va a seguir pidiendo más y más y mucho más, servicios de salud.

Como esto lo intuyen las corporaciones médicas y de funcionarios y demás, también obtienen renta de ello, por lo tanto tiendo a pensar que no está, no es del lado de las corporaciones médicas y de los funcionarios de salud de donde puede venir una solución, porque uno de los grandes problemas es administrar el conflicto entre las personas de mayor edad y las personas más jóvenes y estos grandes problemas no se pueden resolver fácilmente si solo los médicos los resuelven, los médicos lo van a resolver aumentando más y más y más y más la tecnología para vivir de 115 a 123 años que va a costar una fortuna y que es rigor no va a tener base ahora.

Me gustaría terminar con tres o cuatro preguntas para la discusión, creo que una gran discusión es cuánta salud queremos. No es una discusión fácil de dar, pero ¿queremos más salud que educación? Claro, si la discusión la hacen solo los médicos van a querer más salud.

¿Queremos más salud que trabajo? ¿Queremos más salud que ingresos? ¿Queremos más salud que seguridad doméstica? ¿Queremos más salud que hijos?

Bueno, son discusiones fuertes, importantes. Las sociedades hoy por hoy no la están dando, pero ya va a llegar el tiempo, no falta mucho para que estas discusiones se den.

Hay un primer gran tema de valor que es ¿cuánta salud queremos?

Un segundo tema de valor es ¿cuánta salud garantimos? ¿Hasta cuándo Sr. Ud. tiene 114 años y tiene un resfrío, vamos a meterlo en un CTI para cuidarle del resfrío a los 114 años? Mire que hay niños que no nacen por falta de recursos para tener familias más grandes.

Es conocido que los esquimales y que muchas tribus indígenas dicen a cierta altura: "Mire Sr. ojalá viva todo lo que pueda, pero ahora vive con los recursos que le dio la naturaleza y la vida, no con los recursos colectivos". Es otra gran discusión creo, no son discusiones que se den por acá pero, bueno, cuánta salud estamos dispuestos a garantizar

¿Estamos dispuestos a garantizarle la misma salud al Sr. que fuma, al Sr. que contamina, al Sr. que creó una cultura de trabajo en la empresa en la cual todo el mundo está estresado y al borde del desmayo, que al Sr. que se cuida a sí mismo, que tiene una vida cooperativa, que no contamina? ¿Los dos tienen que pagar lo mismo?

¿Le tenemos que garantizar la salud a los dos cuando uno tiene una pauta de salud destructiva y otro no?

Sé que son temas que no se discuten hoy por hoy, pero creo que son temas muy importantes y que hacen a los valores de la gente.

Yo diría ¿cuánta salud queremos, cuánta salud garantimos, qué tipo de salud queremos, quién maneja los problemas de salud? Yo de viejo me he llegado a convencer que tienen razón los que dicen que los que tienen que manejar los problemas de salud son los políticos, porque hay una contradicción efectiva entre los requerimientos de las corporaciones de la salud y la salud real de la gente. Se oponen, los requerimientos de las corporaciones de salud se oponen a las necesidades de la salud real de la gente y además la gente puede querer otras cosas, puede querer más educación, más diversión, puede querer invertir en la Selección Uruguay de Fútbol para salir campeones mundiales, y de repente hasta nos trae más salud eso, satisfaciendo los mitos colectivos que otro tipo de polémica.

Entonces diría estas son grandes preguntas sobre el Sistema de Salud. ¿Esto lo puede garantizar el Estado? Seguramente el Estado tiene que regular, la salud es como el transporte, es una comparación que de repente nos hace sentir mal, pero es como el transporte, el transporte tiene que ser regulado, no hay vuelta que darle porque no hay lugar para que todo el mundo circule como quiere en la ciudad, tiene que haber reglas, y la salud tiene que ser regulada, y esto no lo puede hacer nadie más que el Estado.

Por supuesto que las opiniones de las corporaciones médicas y de funcionarios son muy importantes, pero no son ni las principales ni las únicas y tiene que haber alguien exterior a las corporaciones médicas que le ponga límites a su visión del problema de la salud.

La forma es el Seguro de Salud, probablemente sí. Hasta ahora nos ha salido terriblemente mal como uruguayos en todos los seguros colectivos que hemos metido en Seguridad Social, hemos sido un desastre, pero bueno, de repente alguna vez lo hacemos bien, no tenemos que perder la esperanza, de repente en algún momento hacemos algún seguro colectivo o un seguro de salud que funciona mejor que todos los seguros que hemos manejado, que han funcionado mal y los hemos destruido.

Probablemente es mejor un Seguro de Salud que cualquier otra solución, pero hay que hacer ese Seguro de Salud con tantas prevenciones y con tantas regulaciones que tiendan a evitar que se deteriore, que creo que va a llevar mucho tiempo armarlo.

Traté de ser provocativo, porque estos seminarios valen y la gente discute ideas importantes. Hay muchas ideas importantes en el documento, pero es en última instancia un documento hecho por amigos médicos, entonces he tratado de ir un poco más allá que la gente también importa y que a veces camina por lugares diferentes.

DR. DIBARBOURE

Ahora invito a participar a Susana Rapalini.

SUSANA RAPALINI

Agradezco la invitación, realmente cuando el Dr. Dibarbure me hizo este planteamiento me dejó un poco sorprendida, porque ¿qué puedo opinar yo de salud no siendo médico?

Deseo aclarar que mi modesto aporte se encuadra en una población de gran vulnerabilidad y de exclusión. No puedo hablar de otro entorno.

Se encuentra ubicada en el barrio Lavalleja y parto del análisis familiar de este contexto. Allí viven muchas familias de las cuales podríamos subdividir en tres capas sociales. Los primeros pobladores que llegaron la mayoría del interior del País, aquellos que nacieron y heredaron el lugar y los que en los últimos años fueron llegando por razones económicas, o pagamos el alquiler o comemos.

En principio para esta presentación entrevisté a las dos médicas de familia que trabajan en la institución que dirijo. Posteriormente con apoyo del equipo técnico elaboramos una encuesta popular sobre salud en el barrio, que tratamos de aplicar dentro del mismo barrio, pero a personas diferentes, es decir, distintas en cuanto a nivel cultural educativo, estamos evaluando hasta aquellas personas que podríamos considerar marginados psicológicos.

Revisé material anterior obtenido a través de dos congresos zonales de marginados, organizados por nuestro Centro, y realizados en los años 1985 y 1990 y de un proyecto de educación para el desarrollo elaborado a partir de estos congresos, con lo que aportó la gente, lo que necesitaba y pedía la población que participó.

Estos congresos versaron sobre diferentes temas, salud, vivienda, trabajo, educación y participación.

Les relato esto porque a pesar de los años transcurridos, todo esto no me aportó nada nuevo, pero sí me mostró que lo que yo había observado, que la realidad es la misma, pero agravada por el paso del tiempo y la crisis económica.

Hago una síntesis rápida de las características de esta población, me estoy refiriendo de esta población al sector social medio y al social bajo de la misma, que no conocen el significado del concepto de salud, creen, según la mayoría de las encuestas, que la salud es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y en algunos casos directamente del Sr. Ministro.

No conceden la debida importancia a los exámenes médicos periódicos preventivos, no conocen el peso de la insuficiente e incorrecta alimentación en el desarrollo físico e intelectual del individuo. Algunos ni siquiera saben cómo se adquieren o se transmiten las enfermedades y por tal no cumplen con las elementales reglas de higiene preventivas, que los embarazos múltiples muy próximos desgasten prematuramente a las mujeres que están mal alimentadas y sobrecargadas y que generan hijos con mayor riesgo biológico, hecho que en los últimos cuatro años ha sido más notorio.

Que cada vez es mayor el embarazo adolescente aceptado con normalidad por la familia, que se encuentran disfunciones sexuales de cuya existencia, origen y posibilidad de tratamiento no son conscientes.

Que cada vez es mayor el índice de enfermedades mentales en las mujeres, en su gran mayoría estas familias monoparentales, el jefe es la mujer, que es la figura permanente y la que asume la total responsabilidad del hogar, sobre ella recaen todas las responsabilidades familiares. Está sola en el parto, en las enfermedades, en las internaciones de los hijos, en sus propias enfermedades.

El hombre es una figura autoritaria, muchas veces agresiva, que considera un poco a la mujer y a los niños, que generalmente maltrata.

No tienen capacitación laboral, con poca resistencia física y anímica al trabajo, dadas sus malas condiciones de vida, hacen changas o como ellos dicen “requechan” con los carros.

Las adicciones comienzan cada vez en edades más tempranas, el alcohol y la droga agravan todas las situaciones. Los menores son utilizados para la mendicidad, alejándolos muchas veces de sus tareas escolares.

Las últimas cifras manejadas públicamente lo han demostrado.

En cuanto a las características de la personalidad, a grandes rasgos se destaca, acentuada inmadurez emocional, carencia o escasez de responsabilidad, escasísima capacidad para sobrellevar cualquier tipo de frustración, dificultad para controlar impulsos, falta de demostración de interiorización de sus conflictos, mal desarrollo de su facultad de acumular tensiones y ofrecer satisfacciones, dificultad para extraer enseñanzas de experiencias pasadas, sentimiento de minusvalía, de derrota, de no poder acceder u obtener metas que son accesibles fácilmente para el común de la gente.

Entonces la pobreza en que vive esta población y la circunstancias que la acompañan perjudican el crecimiento, retardan la madurez física, mental y emocional de los individuos.

La pobreza es la principal causa de incapacidad y de enfermedad en el hombre con todo el cortejo de consecuencias desfavorables, desnutrición, promiscuidad, prostitución, adicciones, delincuencia.

La pobreza produce inadaptación social y ésta a su vez crea un estado psicológico que afecta adversamente las formaciones normales del organismo, conduciendo a la enfermedad.

La pobreza envejece prematuramente a la gente, aniquila las aspiraciones y las esperanzas. La pobreza es devastadora, la pobreza enferma a la gente.

La acumulación de las situaciones de riesgo sufridas en la primera infancia, se traducen en bajos logros posteriores. Estas situaciones actúan como eslabones en los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza y de la exclusión social. La vulnerabilidad en una etapa aumenta la posibilidad de riesgo en etapas posteriores.

Esto produce una descapitalización física, humana y social de las generaciones, ni la comida, ni la educación compensatoria, ni la atención a la salud, ni la mejor vivienda establecerán aislados soluciones, hasta ahora los tratamientos de una sola dosis y en uno solo de estos aspectos, han demostrado que no terminarán con las desventajas provocadas por generaciones de descuido. Tiene que ser un ataque complejo y sostenido para remediar lo que es un problema complejo e intergeneracional.

Nuestra experiencia institucional sostenida a través de los años años aporta datos interesantes. En este Centro atendemos las áreas de salud, educación social y alimentación, en un trabajo integral.

En lo que tiene que ver con la salud, desde el año 1988, dos médicas de familia atienden a esta población en coordinación con el Centro de Salud Giordano y ellas han observado actualmente mayor cultura de concurrir al médico.

En los consultorios hay una circulación promedio mensual de entre 800 y 1.000 personas, de las cuales unas tres mil son permanentes. Esta policlínica familiar ha obtenido distintas distinciones especiales por el Programa Nacional del Cáncer de Mama y por la captación de recién nacidos, Plan Aduana.

Funciona también una policlínica ginecológica de planificación familiar con una estadística de este año, de marzo a noviembre, de 896 consultas, donde se brinda gratuitamente los métodos, pastillas, preservativos, con un costo mínimo institucional, esto lo solventa la institución solamente, las médicas de familia son aportadas por el Ministerio de Salud Pública. Tenemos un costo de \$ 95 por persona asistida, lo cual si nos proyectamos a los costos posteriores, es sumamente barato.

Se trabaja con talleres de adultos, donde no solo se trata de educar para la salud, sino que también se hace mucho hincapié en la construcción de la autoestima y en la crianza de los hijos.

También el tema salud se trabaja con los niños y los adolescentes a lo largo de todo el proceso educativo.

Se incorporó, este año, en un convenio con la Universidad de la República, un consultorio jurídico, que también tiene un altísimo nivel de consulta. El consultorio jurídico tiene mucho que ver con la salud porque se les están solucionando situaciones jurídicas a la gente que les están dando tranquilidad y solucionando la calidad de vida.

Se va a hacer pronto un convenio con la Facultad de Odontología, para un centro de práctica en este Centro, que es un tema muy importante por la salud bucal de la gente.

Sabemos que no alcanza. Entendemos que la salud debe llegar a toda la población sin distinción alguna. Debe prevalecer el modelo de atención primaria con acción de promoción y prevención en una comunidad participativa, pública y privada, con un equipo de salud vinculado a las escuelas, los liceos, los clubes deportivos, las ONG, las iglesias.

Trasmitir conciencia de responsabilidad personal frente a la salud y trabajar conjuntamente con todas las instituciones de salud de distintas colectividades.

Esto ha sido el aporte que pudo dar la comunidad a lo que creemos haber entendido que Uds. nos estaban pidiendo.

DR. DIBARBOURE

Muchas gracias. Bueno, de acuerdo al diseño que habíamos hecho de la actividad a realizar, corresponde que continuemos con la segunda mesa, para abrir posteriormente la discusión general.

Aunque me correspondan las generales de la ley, debo advertir al próximo coordinador que he cumplido religiosamente con el horario determinado.

DR. JORGE LORENZO

Vamos a comenzar entonces la segunda mesa, el enfoque que pretendemos darle a esta segunda parte es más de tipo político sanitario, usando los términos de César Aguiar, vamos a hablar, se supone que los panelistas van a hablar de Salud con mayúscula. Creo que va a ser así.

Le vamos a dar la palabra, primero vamos a dejar que se presenten cada uno de ellos, porque son gente que tienen muchos méritos y que yo no los recuerdo todos de memoria, vamos a darle la palabra primero al Dr. Fernández Galeano, preséntate por favor.

DR. FERNANDEZ GALEANO

Muy bien, bueno, voy a hablarles desde mi lugar como trabajador de la salud y como responsable de un área, que es el Área Municipal de Salud, en los últimos años, con la experiencia que hicimos en cuanto a la posibilidad de poder efectivamente avanzar en el cambio modelo. Naturalmente que en un escenario de restricciones importantes, producto que no teníamos acceso a la política general de salud del Gobierno Central.

Yo mi exposición la voy a centrar en, por un lado, hablar algo del título, creo que el título no es menor, en este caso, está muy bien pensado y toca aspectos centrales, del diagnóstico, algunos aspectos de destaque, y voy a tratar de aportar o tirar algunos elementos de la propuesta, sobre la propuesta y de lo que me parece que le falta a la propuesta.

¿Se escucha? Sobre el título. “Riesgo de colapso”, yo creo que es correcta esta caracterización, ya en un trabajo anterior Hugo Dibarboure había planteado de la diferencia entre crisis y estado de mal, decía Dibarboure. A mí me parece que está muy

bien eso, la idea de que estamos en una crisis reiterativa, permanente, a un desfinanciamiento estructural que hace que realmente tengamos que colocar la idea de colapso y no la idea de crisis como algo que se va a superar, si no hay una propuesta de cambio.

Reconstruir el Sistema de Salud. Esto es clave. Es clave y ¿por qué no reforma y sí reconstrucción y reconstrucción nacional del Sistema de Salud? Es clave porque aquí hay que poner claramente el enfoque estratégico, la idea de que no podemos resolver y con esto ya hay un debate en torno a este tema, pensar desde cero un Sistema de Salud. Un Sistema de Salud hay que pensarlo desde lo que tiene, desde su fortaleza, sus debilidades, desde su capacidad instalada, desde lo que está acumulado.

La idea de lo estratégico es para nosotros una idea central y por eso es que no puede haber una propuesta para el Sistema de Salud que no tome al mutualismo como un elemento en torno al cual hacer una propuesta de articulación.

Sé que esto genera, hay quién puede plantear, bueno, a silla vacía, a estructura vacía, pensamos desde cero un Sistema de Salud.

No creemos que esté planteado así, la crisis que hoy tiene la salud y la respuesta hay que hacerla al sector salud, creo que las respuestas hay que pensarlas desde ese enfoque estratégico de reconstruir, de hacer reingeniería desde lo que hay.

El tercer componente. Yo voy a hacer, voy a destacar que este es un componente central. El papel de la sociedad en las políticas públicas, el papel de la participación social es un elemento decisivo a la hora de pensar cualquier política y en particular las políticas de salud.

Es un tema que importa tanto, desde el punto de vista del actor político... Yo creo que aquí como en todas las políticas públicas, es fundamental la resignificación del papel de la política, para pensar los temas que tienen que ver con la organización y con la técnica. Yo creo que los temas de salud no son ni exclusiva... Del Sistema de Salud y de la atención de la salud, no son problemas ni exclusiva, ni principalmente técnicos, son temas políticos que hacen a una definición esencialmente política.

Y por eso recibir el punto de vista de la gente, consultar a la gente, interactuar con la gente y traer desde las necesidades, las demandas y las propuestas de la gente una alternativa a la crisis, es fundamental.

En esa línea hemos trabajado desde el Sindicato Médico y en el marco del tema de la 8ª Convención Médica Nacional en realizar reuniones abiertas con la gente para ver qué salud quiere la gente y si solo quiere esa salud que tiene que ver con la demanda, que también está y con factores culturales, si también no hay una demanda que interpela y que coloca algunas necesidades muy importantes de la gente.

Por lo tanto saludo el título, creo que un título, ya lo sabemos todos es muy importante, pero ubica claramente, qué situación tiene en grande, la situación de colapso, la necesidad de ideas de reconstrucción y la necesidad de contar con la gente para construir esa reconstrucción.

Sobre el diagnóstico yo voy a hacer un destaque fundamental, que no está en casi ninguno de los diagnósticos y fui a los documentos que tenía de los diagnósticos que se hacen de la salud, quizás porque muchas veces lo hagamos quienes estamos con demasiado compromiso en el tema, y es que el Sistema de Salud no respeta a la gente.

Yo quiero destacar que este es un elemento nada menor en términos de colocarse para plantear el tema de las propuestas en el tema de la salud, la necesidad de incluir la idea del respeto a la gente como un elemento central. Y ahí aparecen dos elementos que son centrales, la necesidad de la ética y del compromiso de todos los actores, del actor político y del actor social, del actor corporativo, del actor médico, en el tema de la

respuesta. Hay maltrato, hay omisión de asistencia, hay una postergación iatrogénica en el acceso a la salud, y esos son datos de los cuales tenemos que plantearle alternativa.

Y allí aparece un elemento nada menor, los pobres estructurales, los pobres históricos, tienen una gran paciencia. La salud es pobre para los pobres, y no desde ahora, ¿qué está pasando, es el gran cuestionamiento que tiene la salud?

Aparte de lo que decía César Aguiar de la incorporación de tecnología y una demanda creciente, que es un tema, que a mí me gustaría en todo caso verlo desde otro enfoque, yo creo que hay un tema que están accediendo al sector público, nuevos pobres con capacidad de presión, con activos, con capacidad de protestar y con capacidad de interpelarnos y decirnos “esta salud no es la que queremos”.

Y ahí es donde aparece un tema central, el tema de ver a la salud como derecho humano, esencial, como bien social y como derecho de ciudadanía. Y ahí aparece un tema donde quizás estén mis discrepancias con el enfoque de Aguiar o con una parte de ese enfoque, esa parte del enfoque que no hay que tener es que yo creo que de ninguna manera de este tema salimos trasladándole a la gente la responsabilidad de que se cuide.

Yo creo que hay que trabajar con el tema del autocuidado, pero ya lo han inventado en la década del '90 los organismos multilaterales de crédito, le podemos trasladar a la gente la responsabilidad de que se cuide. Hay que fomentar el autocuidado, es una condición necesaria pero no suficiente, pero el Estado y el Sistema de Salud tiene que tener diseños y trabajos que permitan una respuesta en la salud que auténticamente dé cuenta de las necesidades de la gente.

Un último capítulo en este punto que jerarquicé de respetar a la gente. La relación que hay entre una respuesta en salud y el tema de la gobernabilidad y el respeto al Estado y a la política. Yo creo que si la salud no anda bien estamos teniendo factores de incertidumbre y de pérdida de credibilidad en el sistema político y por eso es que también en nombre de eso tenemos que convocar a trabajar por una respuesta en el tema de la salud.

Sobre el diagnóstico, sobre el diagnóstico voy a hacer un esquema muy grueso, voy a hablar en lugar de agrupar como lo hace Dibarboure y como lo podemos hacer de muchas maneras, por indicadores, por síntomas, signos, agrupaciones sindromáticas, es muy interesante el trabajo de Hugo en ese plano, yo voy a hablar en un lenguaje más administrativo de fortalezas y debilidades. Porque el Sistema tiene fortalezas, el Sistema tiene la fortaleza de un gasto social en salud, que es importante, tiene la fortaleza que tiene una estructura institucional y aún material, significativa y tiene la fortaleza de contar con recursos de calidad y en un número importante, más allá que tengamos que discutir ese drama de médicos sin pacientes y de pacientes sin médicos, pero hay fortalezas y un planteo de red en construcción tiene que partir de esas fortalezas para pensar el tema.

Las debilidades, todas las que están en el documento, la inequidad, la equidad perdida, esa es la clave diagnóstica para pensar el tema de salud, la equidad perdida en un montón de planos, el del sector público y el privado. Bueno, está muy bien reseñado en el documento. Yo quiero destacar dos elementos que me parecen importantes del documento, por un lado, o tres, incorporar en el tema de inequidad el gasto por agentes y el gasto por prestador y mostrar allí las diferencias entre el sector público y el sector privado. Allí aparece bien clara la materialidad de esta inequidad.

Los sectores con ingresos significativos que se atienden en el Ministerio de Salud Pública me sorprendió, está la encuesta continua de hogares, habría que ver técnicamente si la respuesta “No tengo cobertura”, como decía alguien que hablaba antes, si corresponde, primero hay que indagar en este tema, porque esto estaría

marcando que en definitiva el Sistema no funciona a la hora de poner restricciones y sería aún grave en un Sistema de ausencia de rectoría y de control.

La idea de incorporar en la inequidad los resultados mostrando las diferencias de mortalidad infantil por zonas, la idea de la inequidad mostrando cómo en resultados no venimos tan bien como cuando hacemos comparación internacional con algunos países, me parece que también completa este diagnóstico de la equidad perdida.

Hay dos temas de la equidad que no están planteados, uno es el de las remuneraciones a todos los planos, no me extiendo porque es claro que hay una inequidad en los trabajadores de la salud, y otro que lo anoto para seguir aumentando la lista, la retahíla de inequidades, la accesibilidad a la alta tecnología que es diferencial, como está claramente demostrado en el trabajo “La Salud en estado de mal” de Hugo Dibarboure, a quién ya cité varias veces.

Segunda debilidad, enorme, el ingreso del lucro en la estructura del gasto. La internacionalización del mercado. Esta es una debilidad profunda y es una debilidad relativamente reciente, puede tener quince, veinte años y realmente como debilidad, es decir le da al Sistema, le pega en el centro y le produce, digo... No me puedo extender en este tema, porque quisiera ir a la propuesta.

Tercera debilidad, enorme, clave, podría ser la primera, yo seguí las del documento, la permisividad en la política pública, el incumplimiento de las funciones esenciales de la Salud Pública, de control y de rectoría. La crisis de reglas, está casi todo escrito en el Ministerio de Salud Pública y bien escrito la mayoría de las veces, pero lo que está escrito es progreso manuscrito, no se cumple.

Hay poco para escribir, hay pocas normativas, hay poca estructura... Yo no sé como será en otras áreas, pero yo me sorprendí cuando accedí a todo lo que está normatizado en el Ministerio de Salud Pública, y de la manera que está hecho, porque se crean comisiones, a la comisión va gente bien comprometida, que trabaja y que se dedica y termina con una buena norma, el problema es que las normas son progreso manuscrito, son papel pintado, son papel crepé. Y así nos va.

La debilidad del modelo de atención, tema sobre el cual he hablado mucho y trabajado mucho, el modelo del Hospital Céntrico, nosocomial, la falta de continuidad, la ausencia del sistema de referencia contra referencia, la inexistencia de un primer nivel o un primer nivel que no está jerarquizado en términos presupuestales, se gasta en el primer nivel de atención solo el dos por ciento de todo el presupuesto. Solo el dos por ciento de todo el presupuesto del Ministerio de Salud Pública va al primer nivel de atención.

En el modelo de gestión falta la oposición de intereses, es un elemento claro, el tema del empresarismo médico con un elemento central, la ausencia del concepto de planificación estratégica.

En los recursos humanos me parece que es muy importante el planteamiento que hace el documento respecto al valor de la incidencia del multiempleo, la baja dedicación horaria, las guardias extensas, el agotamiento, la fragmentación de la atención y el desempleo médico, que también es el elemento que se incorpora a la hora de la gestión de los recursos humanos y la gestión para el cambio de los recursos humanos.

Y la superespecialización, veinte mil especialistas, así nos va.

Lineamientos de propuesta. La propuesta tiene un gran ausente que es que plantea un cambio en el modelo de atención, un cambio en el modelo de gestión, pero no se mete en el cambio del modelo de financiamiento.

Y estos dos cambios que son imprescindibles, inexcusables, requieren necesariamente de un cambio en el modelo de refinanciamiento, porque sin él no hay manera de

cambiar los otros. Todos se necesitan mutuamente, el cambio tiene que ser un cambio integral que tome el modelo de atención, el de gestión y el de financiamiento.

Vamos a dejar jerarquizado, quedó dicho antes, el rol innegable del Estado en el control, en garantizar la calidad y la universalidad de la cobertura, aquí aparece la propuesta Seguro que es lo que yo voy a tratar de tomar tres o cuatro minutos para dejarlo planteado casi como titulares.

El rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública incumplido por años, es un elemento central a la hora de hacer, de pegar esa reconstrucción que hay que hacer en el Sistema de Salud.

Creo que hay que cambiar el modelo y no adecuarlo, el documento dice adecuar, como el documento es muy preciso en todas las palabras, porque he visto que recorre y cuida mucho las palabras, quisiera discutir con los autores si es una adecuación o un cambio radical del modelo.

El modelo es eminentemente, hegemónicamente nosocomial y por lo tanto no hay que adecuarlo, hay que darlo vuelta. Y darlo vuelta significa decidir cambios sustanciales en todos los aspectos que tienen que ver con el diseño de la política pública de salud que se ejerce en el País.

Cambio en el modelo de gestión. Para esto un Sistema Nacional de Salud, que yo prefiero llamarle Sistema Integrado Público Privado de Salud, porque creo que hay que plantear muy claramente que el Sistema, por lo menos en todo un período largo de tiempo, tiene que ser un Sistema que integre al actor público con el actor privado.

La necesidad de desarrollar sistemas locales de salud en el primer nivel de atención como un elemento fundamental a la hora de organizar los servicios de la salud.

Y creo que hay un elemento fundamental en el cambio del modelo de gestión que es la participación de los usuarios y los trabajadores en la confección del sistema. Creo que la participación de los usuarios es decisiva y postulo desde aquí, como en algún documento lo hemos planteado, la necesidad de integrar, es decir como en un modelo similar al del BPS, por elección actores de la comunidad en una Junta Nacional de Salud, que dirija un nuevo Sistema de Salud.

Creo que este es un elemento central que oxigena de una manera muy interesante, como ha sido la representación de los trabajadores en el BPS, la participación en el Sistema de Salud.

Y por último, la propuesta de Seguro, el modelo de financiamiento, un modelo de financiamiento que como han dicho los compañeros que trabajaron en este tema, está acá participando en esta reunión de trabajo Olesker y Lazarof, dos compañeros de los que hemos aprendido estos temas, en el tema del Seguro de Financiamiento que debe apuntar a cubrir dos aspectos, el de la equidad y el de la eficiencia.

Para la equidad, un seguro único y obligatorio, que se plantee conjuntar los ingresos de los hogares, de las empresas y un aporte residual del Estado para completar ese seguro.

Por supuesto, con un efector único, más allá de que este efector único pueda trabajar, comprar servicios a múltiples actores, pero el efector tiene que ser único.

Eliminar la relación monetaria con las instituciones, los integrantes de este Seguro obligatorio, que es absolutamente realizable, aporta al Fondo y el Fondo distribuye a los efectores en una libre elección las alternativas para manejar, de alguna manera, en cuál, si a nivel público o privado se van a verter y ahí hay que volver muy competitivos a los servicios de salud del Estado y es un desafío que tiene un gobierno nacional.

Y en cuanto a la eficiencia, planteo tres puntos y termino, el pago por riesgo, premiar el modelo de gestión y tener una política de insumos unificada, una política de tecnología y de medicamentos que permita trabajar.

Los efectores pueden ser, hay tres alternativas, pueden ser todos públicos, claramente no lo planteo yo, todos privados, no lo planteo con el mismo énfasis, creo que hay que hacer un sistema mixto, con competencia y concurrencia de actores que permita de alguna manera articular lo que está en un enfoque estratégico.

Gracias y perdón por la demora.

DR. LORENZO

Gracias Miguel. Como tenemos un participante menos creo que podemos dejar, del mismo modo que lo hizo recién Miguel Fernández Galeano, dejar dos o tres minutos más a Javier García y a Julio.

DR. JAVIER GARCIA

Muchas gracias. En primer lugar agradecer al Centro de Estudios Estratégicos, al General Seregni en particular y aparte felicitarlo porque dentro de pocas horas cumple años, así que por adelantado el saludo al General.

Con respecto al documento, felicitaciones, con respecto al documento y cuando Homero me llamaba y me decía que era el análisis del documento que estaba planteado y voy a tratar de centrarme en esto, estos dos minutos.

Yo iba a empezar por lo bueno, pero dejo el análisis crítico para lo segundo, pero lo bueno va a ser muy poco, así que me voy a extender más en la crítica.

Con respecto al destaque del documento, tres elementos, lo primero que me pareció muy bien, esto es algo que obviamente debe ser compartido con todo el mundo, tener un documento, un trabajo que tenga al hombre en el centro de sus debates, de sus intereses, esto debiera ser natural, pero cuando uno lo destaca es porque ve que en la práctica no es lo normal, entonces me parece muy bien empezar una discusión sabiendo cuál es el núcleo central de la rueda que estamos analizando.

Así que lo destaco. Lo segundo me parece que es valiente porque desmestifica algunas cosas que las hemos repetido tantas veces que corremos el peligro de creérnoslas, entre ellas, dos, que el modelo de salud uruguayo es equitativo y solidario, mentiras las dos, absolutas mentiras las dos. No lo es así desde hace muchísimos años, está nutrido el trabajo de muchos datos que pueden ejemplificar perfectamente esto, agrego uno, que no lo está pero seguramente Homero lo maneja de memoria, seguramente, el dato último que tengo es del 2001, estamos en el 2003, seguramente se haya modificado algo pero si la población uruguaya números más, números menos se distribuye entre el 50% asistida en el ámbito público, público en su más amplia acepción, y 50% en lo privado, uno no termina de entender cómo la alta tecnología, a los servicios que presta el Fondo Nacional de Recursos, el 75% provienen de lo privado y el 25% de lo público.

Uno termina concluyendo o que pasa algo o segundo que los que se asisten en Salud Pública son más sanos que los otros, cosa que me parece que no es así.

Así que no es equitativo está absolutamente claro y que no es solidario es un desprendimiento, una consecuencia lógica de lo anterior.

Y lo tercero que destaco, que me parece bárbaro que sea posible en el Uruguay de hoy no improvisar en la materia y que haya gente seria, independientemente de sus lealtades políticas, conceptuales, que se siente un rato a no pagar, cosa que es un deporte que en Uruguay hacemos muy a menudo ¿no? Lo peor es que lo hace mucha gente que tiene responsabilidades, pues si no lo hiciera gente que tiene responsabilidades las consecuencias no eran tan malas.

Así que me parece bárbaro que haya gente que no improvise en la materia.

Voy al análisis crítico del documento y lo hago en tres rápidos bloques. Yo creo que hay un problema metodológico, que hay un problema político y que hay un problema problema, al final.

El problema metodológico es que yo creo que el documento se analiza o se ve a través de un cristal que confronta lo estatal con lo privado. Y creo que no hay ninguna salud estatal en el Uruguay, hay prestadores públicos.

Porque no se puede enfrentar el financiamiento de lo privado, que es lo que hacemos cada uno de nosotros cuando paga la cuota de su mutualista y pensar que hay un señor que con una maquinita imprime billetes que tienen el sello del Estado que le paga a la gente que se asiste en la Salud Pública en su más amplia acepción, integrando Hospital de Clínicas, Salud Militar, Policial, etc. Todos los uruguayos financiamos nuestra salud y lo que hace el Estado es intermediar en el financiamiento de la salud de aquellos, de los que se asisten en el ámbito público.

Pero no hay una salud privada y no hay una salud estatal. Si analizamos por esa óptica la realidad, no solo, que me parece, no nos atenderíamos a la realidad si no que afectaríamos un derecho de la gente, y es el de que cada uno de nosotros hace una contribución para financiar la salud, que no tiene igualdad de prestación, que no tiene igualdad de recompensa, pero todos hacemos un esfuerzo, lo hace el más pobre, quizás con mucho más esfuerzo, que aquellos que más podemos.

Si seguimos con esta óptica de analizar una cierta dualidad frente a la prestación del Estado y lo privado, sugerimos que cuando haya carencias de uno, el otro las puede cumplir, es decir como lo que estamos viviendo, cuando hay crisis en un sector, el privado, va a haber otro sector, el estatal, que las va a poder cumplir y no es así.

Hoy a uno de los compañeros, no me acuerdo quién de ellos, asimilaba y decía que el título estaba muy bien sobre todo porque hablaba del peligro del colapso, peligro ninguno, minga, explotó el Sistema de Salud, no existe, otra cosa que reiteramos.

Como no va a haber explotado el Sistema de Salud si se está discutiendo por estas horas qué se hace con el balance del Banco República y sus operaciones para que el balance dé positivo, el Banco República, qué vamos a dejar para el sector salud, si explotó.

En el documento, yo creo que para ejemplificar esto que decía de la confrontación, o mejor dicho de la interpretación de que hay un financiamiento estatal y un financiamiento privado, cuando yo sostengo que en verdad es todo privado, creo que el mejor ejemplo, que tomé al azar, donde se ejemplifica mejor, en una frase del documento, es una por allí perdida, pero me parece que la frase es bastante clara, habla de la calidad de los servicios, dice: “fiscalizar la calidad de las prestaciones ofrecidas por las mutualistas, en la medida que el Estado paga más de quinientas mil cuotas mutuales a un precio similar es imperativo asegurar que se trata de servicios equivalentes”. No paga nada el Estado, paga la gente. El Estado retiene y a veces se queda con parte, con mucha parte de lo que paga la gente.

Con respecto al subsector privado, creo que cayó conjuntamente con el otro en la medida que... Pasa que estas son de las consecuencias que en el Uruguay tardamos en percibirlo, con la caída del Estado benefactor uruguayo, cayó una serie de prestaciones, de servicios, de protecciones que tenemos los habitantes, entre ellos éste. La diferencia que éste duró más en percibirse porque se aprovechó de la economía inflacionaria que camufló los déficits, que pum, desapareció y ahora se sabe la verdad.

Pudo vivir, pudo soportar los últimos años a costas de la economía inflacionaria, el día que se apareció la inflación, aparecieron los déficits, que antes se ocultaban. No estoy hablando de que se ocultaban perversamente, era la lógica, es lo que sucedía.

Esto es con respecto a la crítica metodológica del documento. Después con el problema político, recién hace un rato, cuando empezamos, con Martín Posadas, charlando con

César Aguiar en la puerta, Martín decía: “Yo no sé ahí está Homero que me invitó a que viniera, esto es un tema muy específico”. Y claro es tan específico el tema que el sistema político nunca lo abordó, desde hace veinte años en el Uruguay, seriamente, este tema no se aborda.

Tan específico es. Se decía en algún momento que había un problema de politización de la salud, yo creo que es justamente a la inversa, hay problemas de carencias de políticas, de abordaje político del tema.

Cuando hablo de carencias de abordaje político, agrego de políticas, no digo de contratos cuatro días, políticas, de analizar esto desde la óptica de un País que se mira a sí mismo, que tiene un proyecto y que éste no puede estar ausente, pero justamente lo contrario falta política a la salud.

La visión práctica de esto es que si Uds. ven los gobiernos democráticos del '85 a la fecha, con algunas excepciones, los titulares del Poder Ejecutivo cedieron el Ministerio de Salud Pública a otros partidos. Recorran los paneles de Ministros y van a ver que con alguna excepción, los Presidentes dieron este Ministerio a otros partidos y a veces lo dieron a integrantes de sus partidos, conozco un caso de un Ministro que iba a ser Ministro hasta enero de otra cartera y terminó siendo Ministro de Salud Pública que abordó esta cartera tratando de darle una mano al presidente con la mejor de las voluntades.

En el documento se insiste, insistimos todos, porque cuando hablo de errores me pongo primero en al lista de responsabilidades, no hablo de las responsabilidades de los demás, hablo de los errores propios, se insiste mucho en los consensos para la salida y yo creo que el problema de la salida no es un problema de falta de consenso, es un problema de falta de liderazgos.

Yo estoy convencido que los consensos licuan las transformaciones, las hacen añicos, cuando se llega a un consenso, ninguno de los que está en la mesa quedó conforme, ninguno. Generalmente se puede consensuar sobre cosas muy generales, sobre las cosas que importan es imposible consensuar, por definición y lo que me parece que le hace falta al Uruguay es un liderazgo en la materia.

Los liderazgos levantan chispas, pero las grandes transformaciones del mundo se hicieron con liderazgos. Y hacen falta liderazgos democráticos, porque hay que no temer... porque el riesgo está ahí al borde de la mesa, el liderazgo si no es democrático es autoritario, lo que falta es liderazgo democrático, liderazgo con diálogo, pero con liderazgo y el que lidera no deslinda responsabilidades, las asume y asume los costos y hay que tener un cuero muy duro para bandar esto, pero es de la única forma que se pueden realizar los cambios.

Por eso cuando analizamos la conformación de comisiones yo estoy dispuesto a que se nos invitara, a integrar todas, pero temo que de ninguna comisión salen cosas valiosas.

Estoy hablando de términos absolutos pero les pido que relativicen esto, debe haber muchas comisiones que hicieron cosas muy buenas, pero digo para las transformaciones, para hacer las cosas que hay que hacer se requiere alguien que asuma un liderazgo.

Así que con respecto al problema político que figura en el documento lo veo un poco ausente, aclaro que uno cuando critica debe hacerlo a confianza, no lo redacté pero si lo hubiera redactado estaría criticándome también, con el mayor cariño y afecto lo hago.

El último es el problema problema. Es que acá el Uruguay no tiene el problema de la salud, lo que pasa es que en Uruguay no hay un proyecto estratégico de nación, si no se sabe para dónde va el Uruguay, como se va a saber para dónde va la salud en el Uruguay. Este es el gran problema que tenemos.

En Uruguay hoy hay un riesgo institucional, no hay un riesgo institucional porque vaya a haber un golpe de estado, o porque a un militar se lo cite a declarar a un Juzgado, ahí no hay riesgo institucional, el riesgo institucional que tiene Uruguay es que nadie manda y que nadie dice voy para allá y políticamente hago lo que haya que hacer para ir para allá, articulo, convenio, trabajo para allá, democráticamente.

En la medida que no existe eso, que no se sabe cuál es el Uruguay del siglo XXI, menos se puede saber cuál es la salud del siglo XXI.

Y cuando no sabemos eso nos dedicamos a los que y nos olvidamos de los como, que es lo más difícil.

Que hay que hacer un Sistema Nacional de Salud, hoy parece que esto lo repetimos sin mayores problemas, estoy seguro que nos sentamos a ver cuál es el Sistema que cada uno tiene en la cabeza y una vez que nos vayamos del copete va a ser difícil que nos pongamos de acuerdo.

Puede haber centenares de Sistemas de Salud, en los cómo, reitero, lo que se requiere es liderazgo.

El último problema problema es el del financiamiento del Sistema, sea cual sea el financiamiento se va a enfrentar con alguien que va a perder, lo que tenemos que asumir es que esto es una batalla de prioridades, de valores, y nos vamos a enfrentar no al problema de las corporaciones de la salud, nos vamos a enfrentar al Uruguay del que hablaba recién, al de riesgo institucional, donde como nadie manda institucionalmente impuesto del mando, democráticamente, mandan los lobos y se ha transformado el Uruguay en un País de los fuertes, donde el que más aprieta, donde el que más presiona se la lleva. Se la lleva en términos legítimos estoy diciendo, no estoy hablando de venalidades.

Si en Uruguay es más importante los cajeros automáticos del BPS que este tema, entonces creo que este tema del financiamiento hay que asumirlo, va a levantar chispas, yo diría que más que chispas va a generar incendios, pero hay que abordarlo.

Por último, voy a insistir, yo creo que el problema del Uruguay es el de no confundir los sectores y apostar a una nueva modalidad de gestiones, en general, que es el de las políticas públicas, que no quieren decir estatales, públicas, que definen, que orientan, un Estado que regula y que garantiza, pero que no necesariamente tiene que prestar y el acceso a la equidad se puede dar desde el sector público independientemente del prestador.

Y lo segundo, hay una gran discusión ética que dar. Yo esto lo dije hace diez años en un congreso y hasta el día de hoy alguno me mira mal y como sucedió hace diez años lo vuelvo a repetir ahora, para que se sume alguno más. Yo creo que hay un gran problema ético entre quienes, vuelvo a repetir, me sumo en el primer lugar de la lista, entre los que prestamos salud y los usuarios, y si no abordamos que estamos cometiendo faltas éticas y éticas serias, no vamos a mejorar nuestra relación independientemente, como decía César, de que la gente, a pesar de esto, siga opinando bien de los prestadores de la salud.

Así como en su momento hubo una revolución tecnológica, después hubo una revolución de las comunicaciones, hoy hace falta una revolución ética y aquí obviamente en estas discusiones las líneas no pasan ni por afinidades políticas, ni por creencias de ningún tipo, la línea es muy clara y generalmente de un mismo lado de la línea se encuentran muchos que visten camisetas diferentes, y del otro lado de la línea se encuentran otros, por suerte muy pocos al lado de los demás.

Gracias.

DR. LORENZO

Gracias Javier, Julio Escavino

JULIO ESCAVINO

Bueno, buenas tardes primero, agradecerle al Centro de Estudios Estratégicos, para los que no me conocen y para los que pueden conocerme, les habrá sorprendido que esté de este lado, mi nombre es Julio Escavino, soy periodista de profesión, actualmente me desempeño como consultor para la Organización Panamericana de la Salud, elaboré un panorama sindical en salud en América Latina, la Opinión de las Américas y estoy cursando la Maestría de Estrategia Nacional en el CALEN, lo estoy haciendo sobre políticas de salud y quiero agradecer a Bagnulo y a la gente del Centro de Estudios que me haya invitado a hacer la crítica del documento.

La visión de los periodistas de estas cosas siempre suelen ser bastante particulares y confrontadas por lo general con la academia y ni que hablar con los Gobiernos, pero, bueno, voy a tratar de compartir con Uds. las reflexiones que me suscitó el tema.

La primera cosa que llama la atención es otra vez leer el mismo diagnóstico, otra vez leer el mismo diagnóstico, o lees el mismo diagnóstico de vuelta, entonces esta es una pregunta que yo siempre me hice como periodista y se la hice a varios de los que están acá presentes, o sea ¿Qué pasa, por qué hace más de quince años que tenemos consenso sobre lo que hay que hacer y no lo hacemos?

Esa, yo creo que es una de las grandes preguntas que el Sistema no resuelve ¿no? O sea, todos Uds. saben lo que hay que hacer y todos interactuamos de distinto modo, es muy probable que haya una agenda no explícita que alguien tendrá que develar un día, pero lo políticamente correcto está todo planteado en el documento, o sea políticamente correcto entre comillas, no hay nada nuevo en el diagnóstico.

Yo quisiera centrarme básicamente en el análisis de los objetivos generales propuestos por el documento, con algunas cosas en particular sobre lo que acaba de decir García.

En lo general lo propuesto en el documento pasa por avanzar hacia la conformación de un Sistema Nacional de Salud, financiado por un Seguro Nacional de Salud.

No me voy a meter en el tema de la financiación, porque no conozco lo suficiente, porque hay gente que lo hace mucho mejor que yo, solo me interesa dejar claro una cosa, no me gusta la idea de que haya un único Centro Financiado, no me gusta y en caso de que lo haya habría que, decididamente, si hay un solo organismo financiador, el usuario tiene que participar como sea.

O sea no me interesa que esté en la Junta de Definición de Políticas, me interesa que esté en donde se vaya a resolver para dónde va la plata. Yo creo que eso es lo que hay que empezar a tener presente y sobre los objetivos generales del trabajo, básicamente lo que me interesaría dejar claro es que yo creo que tiene que haber tres elementos centrales en la construcción de los objetivos generales de la política de salud, uno, no sé si el primero, el segundo o cómo, pero el fortalecimiento institucional y la reconstrucción de la legitimidad social y política del Ministerio de Salud Pública como representante de los intereses de la ciudadanía en materia de salud, tiene que ser un objetivo estratégico.

No estoy hablando del rol rector que asigna la ley, no, no, no, estoy hablando de otra cosa, que es reconstruir la legitimidad social y política del Ministerio de Salud Pública que está devastada, francamente devastada. Esto no habla de las personas que han ejercido los cargos, esto habla de las situaciones que se dieron.

El último conflicto que hubo es una muestra clara, de esas dificultades de legitimidad y de presencia social, pero eso es un elemento central. Desde mi punto de vista debe ser el

principal o sea el Ministerio de Salud Pública tiene que volver a ser el intérprete de los intereses sanitarios de la ciudadanía, tiene que recuperar el discurso de salud, tiene que propiciar la activa participación de los ciudadanos en torno a los asuntos de la salud, no basta con tener una asociación de usuarios dentro del Ministerio, tiene que ser una cosa muy en serio al respecto. Tiene que desarrollar una cultura de prevención y administración de conflictos en el Sistema, ese es otro tema que realmente es terrible.

Una vez que se instala la conflictividad en el sector salud, se producen efectos que estamos tan acostumbrados que le perdemos la dimensión real de lo que tienen.

Tienen que producir información confiable, transparentarla y asegurar la equidad y accesibilidad del Sistema. Con esto quiero decir que el Ministerio de Salud Pública no solo tiene que ser el rector, no, tiene que ser el representante y vos no sos el representante si tus servicios se caen a pedazos, vos no sos el representante si no tenés capacidad de detener a las corporaciones y tú no podés representar a nadie si principalmente no te preocupás por la salud de la gente y por cumplir tu rol.

El segundo tema que tiene que estar como un componente central de los objetivos generales de las políticas de salud es mejorar los indicadores sanitarios de la población, es de Perogrullo, pero dónde están.

Uds. me dirán sí ya sabemos eso, sí muy probablemente todos Uds. lo sepan, pero no está, no está en ningún lado, salvo en la misión o en los papeles o en la Constitución, pero es indispensable que haya alguien que diga “El Ministerio, las políticas de salud, primero que nada están para mejorar la salud de la población” y para eso hay que hablar en serio. Porque el documento sostiene cosas que son todas verdad pero que están limitadas, por ejemplo por la ausencia de información. Entonces vos no podés hablar de mejorar la salud de la gente si no sabés nada de eso.

En el documento está citado pura y exclusivamente la tasa de mortalidad infantil porque es el único indicador más o menos confiable del cual podemos agarrarnos.

Entonces, eso es un segundo componente, primero fortalecimiento de la legitimidad social y política del Ministerio, segundo, poner en el centro de la discusión la salud de la población, el Ministerio tiene que recuperar, el Gobierno que sea tiene que recuperar el discurso de salud.

En los últimos años de qué escuchamos hablar a los Ministros, de la crisis del mutualismo, o si no el remedio, pero de salud, de salud en serio, yo hace tiempo que no escucho.

Y sin duda el objetivo de avanzar hacia la conformación de un Sistema Nacional de Salud, financiado por un Seguro, tal como lo plantea el documento, pero que es indispensable esas salvedades en las cuales no me quiero meter, pero como sea, el usuario y la ciudadanía tienen que estar representadas sobre todo a la hora de definir cómo se paga.

Eso es lo que a mí más me interesó del documento y algunas cosas relativas a las propuestas o a las líneas de trabajo, a los lineamientos, sobre todo las que tienen que ver qué hacer en el área laboral. Quiero insistir en el tema de la administración del conflicto de salud. Yo en el momento en que se tramitaba el conflicto en Montevideo, yo estaba estudiando la conflictividad en Montevideo y en otros catorce países de la región.

Yo no sé cómo se habrán sentido Uds. pero como soy periodista y por lo tanto ciudadano, no integro ninguna de las corporaciones, a mí todavía me duele mucho el ahorcado del Vilardebó y me duele mucho porque hoy nadie, nadie tiene responsabilidad sobre el tema.

Yo no digo que haya que buscar culpables, pero es claro que hay que administrar, prevenir y evaluar los límites que tiene el conflicto de la salud, o sea hay un cruce de éticas muchas veces, la ética sindical se cruza con la ética médica y se generan vacíos

me parece a mí de los cuales después nadie es responsable y nadie sabe ni dónde está el preso que estaba preso en el Vilardebó ni que pasó con ese muchacho, nadie pudo entrar, recién los supuestos representantes del interés general entran veinte días después al Vilardebó a ver qué pasó.

Pero hablando de la realidad, creo que se llegó a un límite, que se llegó a un límite para la concertación, creo que de no mediar cambios profundos, el acuerdo intentado en abril del 2001, creo que marca un hito, actitudes distintas de dos gremiales que influyen, pero creo que si no hay un liderazgo firme, como decía García y si no se fortalece el rol del Ministerio, las cosas no van a llegar a buen puerto para aquellos a los que hay que representar.

Creo que se llegó a un límite en la capacidad de concertación, salvo que pase algo, ojalá que así sea, muy, muy importante.

Y el otro tema que no está hablado en el documento o está mencionado por arriba y que el gobierno que sea, del signo que sea se va a tener que enfrentar al tema, es al exceso de médicos, que en todos los diagnósticos está, en todos lados está, la academia, el gremio médico tiene posición sobre la limitación por plebiscito al ingreso de estudiantes a la Facultad, pero la academia y el gremio han demostrado no ser capaces de lograr un acuerdo interno para revertir esa situación y las tendencias se siguen manteniendo y estamos en la misma y todos los que están acá sabemos, aunque lo digamos por lo bajo y por lo alto, del pesado efecto que tiene la sobreoferta de mano de obra médica en el Sistema.

No se lo voy a explicar yo a Uds. saben más que yo. Entonces yo creo que en este sentido si ya la realidad lo ha demostrado, el gremio y la academia no son capaces de regular eso yo creo que el próximo gobierno va a tener que pensar seriamente en la matriculación. Una política de matriculación de los médicos, que sea buena o que sea mala no sé, pero que va a tener que sentarse a pensar. Alguien va a tener... O sea el gremio votó, el gremio hizo esto, la academia no pone límites y el sistema se derrumba, entonces hay que pensar en la matriculación.

Y encima tenemos que la oferta de formación médica crece.

Estas son las reflexiones que a mí me surgieron de este tema y creo que son los temas que hay que hablar.

Fundamentalmente creo que el próximo gobierno o el gobierno que sea, la gran tarea no va a ser tanto la de reconstruir el Sistema Nacional de Salud como el de reconstruir un liderazgo en el sector.

Otra cosa que me gustaría dejar constancia también es que el nuevo gobierno tomara las cosas que hay ya hechas, que hay buenas, que quedaron por el camino, hay planificaciones, otra de las cosas que hay que hacer es planificar estratégicamente el Ministerio.

Hay una planificación hecha, la última que se hizo se hizo en el año 2000 y quedó por el camino. Retomar cosas, los consensos están pero hay que hacerlos y hay que hacerlos con liderazgos.

No se aguanta más, sobre todo transparentar el sistema y generar información.

Muchas gracias y disculpen si fui un poco desordenado.

DR. LORENZO

Bien, agradecemos a los panelistas, creo que lo que podemos hacer es dar pie a los comentarios, que esta es una audiencia particularmente calificada y por lo tanto yo creo que seguramente son muchos los participantes que quieren opinar acerca del documento

y de los puntos que a raíz del documento, los distintos panelistas han señalado, por asuntos vinculados a esta problemática que quieran Uds. señalar.

La idea final de los organizadores es justamente ver si podemos, a partir de esta reunión, o de otras reuniones que se hagan más adelante, conformar un polo social, llamémosle así, de incidencia, liderazgo sería una palabra muy exagerada, pero de incidencia y de búsqueda de acuerdos o de liderazgos con esa contradicción que señalaba recién Javier García en temas de salud.

No pensamos que la actividad tenga que quedar acá pero entonces, nos gustaría que muchos de los que están acá presentes intervinieran.

Allá pide la palabra Dante Giménez.

DANTE GIMENEZ

Bueno, muchas gracias por la invitación. Quiero aclarar que estoy invitado como el cuarto panelista para este segundo módulo y no quise rehuir la discusión sino que me agarraron de improviso y tuve que articular un proceso de decisión interno sobre en qué carácter hablar, si como administrador de un servicio de algún privado, si como un efector dentro del Estado o sino como un profesional vinculado al área académica y desde el púlpito de la creatividad y de los conocimientos que uno debe abordar y transmitir al público desde ese púlpito.

En consecuencia tuve un paradigma, que tuve que resolver en estos pocos minutos y ahora, como ya lo tengo resuelto voy a empezar a exponer mi opinión sobre este documento, que me parece realmente muy valioso, pero voy a destacar como muchos de los que me antecedieron, que profundiza mucho en un diagnóstico que ya todos conocemos, y en el cual yo quiero rescatar y resaltar algunos puntos que me parece que no fueron expuestos.

El Economista Daniel Olesker, que aquí nos acompaña, también su trabajo de la Década Perdida, establece que en la década que va desde el año 1990 al 2000, momento en que se empezó a gestar la crisis del mutualismo y no por algo vinculado a lo que fue la crisis de este País o el duro proceso recesivo que empezó a partir del 13 de enero de 1999, con la devaluación del real, generó en el sistema sanitario un gran problema.

Voy a hablar ahora como si fuera administrador de estas instituciones. Nuestras instituciones privadas tienen para sus administradores un gran corsé, los administradores dentro de las instituciones no pueden administrar, tienen un pequeño problema, no pueden administrar sus recursos porque los mismos están regulados por el Estado, bien, mal, regular, pésimo, eso queda a conciencia de cada uno de los que nos escuchan.

Pero además, también tienen administrados sus egresos, el Ministerio de Salud Pública impone calidad, cantidad, de prestaciones que deben ofrecerse y los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública, y el Ministerio de Economía y Finanzas, con las corporaciones, que ya sea de médicos y funcionarios, se les agrega ahora también lo de los seguros parciales, deben fijar las remuneraciones que deben percibir, prácticamente entre el 60 y 65 por ciento de los gastos que estos administradores deben equilibrar para que su ecuación de ingreso y egresos les permita financiarse.

Todo eso genera un panorama bastante desalentador a lo cual debe agregarse y esta es mi opinión personal, me hago responsable de ella, el hecho de que la gran mayoría de las instituciones tanto mutuales de Montevideo y del interior tienen órganos de decisión a los cuales les falta una gran e importante profesionalización para la toma de decisiones.

En la administración de las instituciones, comparto que la crisis comenzó en el año 1990, en el año..., en Enero de 1991, la inflación andaba en el 133 por ciento y por tanto los aumentos de cuota licuaban, lo dijo el Dr. García muy bien cualquier problema de déficit institucional. Y desde esa época hasta el 2000, ese fue el año en que comenzó la inflación a bajar abruptamente y a desnudarse las crisis institucionales, las instituciones pudieron, recibieron de parte de la población que financió el gasto en salud privado, prácticamente permitieron un incremento de casi un 300 por ciento en los valores de cuota que hoy deberían estar si no hubiera sido ese incremento por encima de los valores de inflación, en aproximadamente la tercera parte de lo que vale hoy la cuota promedio mutual. Es decir, en lugar de 900, deberían estar 300. Es decir hubo una transferencia de riqueza que surgió de la sociedad que fue hacia las instituciones y que por diversos mecanismos, aumentos salariales, actos médicos, incrementos de tecnología, aparición de nuevos fármacos, la industria farmacéutica, fueron incrementando el gasto en mayores porcentajes y/o importes que lo que aumentó el valor de la cuota mutual para hacer que en definitiva esa crisis que ya se insinuaba a principios de los '90 y que la inflación se encargó de tapar, se desnudara ahora y doy alguna cronología de los hechos, tratando de apelar a mi escasa memoria, diciembre del año 1999, Uruguay España, mutualista con prácticamente doce mil socios, cae.

En marzo del año 2000 CEMECO, treinta mil socios, cae; siete de julio del año 2001, viernes, ocho de la noche, MIDU y la Cooperativa de Empleados Civiles de la Nación, cierran y finalmente, para terminar esta cronología, para terminarla, entre comillas, en el mes de agosto del año 2002, OCA – Larguero, veinte mil socios y Cooperativa Médica Central Médica, ex gremial Central Médica, ocho mil socios, si mal no recuerdo, son liquidadas por el Poder Ejecutivo por su inviabilidad desde el punto de vista de cumplir con sus funciones asistenciales y básicamente por su quiebra técnica ya desde hace mucho tiempo conocida.

En consecuencia tenemos aquí una crisis que comenzó en la década del '90, yo diría que comenzó mucho antes, por el año 1980, si recordamos a Fraternidad, Sociedad Italiana, Partido Nacional, Círculo Napolitano, Mutualista Batlle, etc. etc. Es decir una cronología de una muerte anunciada.

Y si nos centramos en el año 2003, podemos decir que en el papel del departamento de Montevideo, se encuentra, prendida con alfileres, una mutualista y dos cooperativas, cuyos balances están presentando hoy resultados negativos y de cuya vida va a depender probablemente, la decisión de sus autoridades, pero principalmente de sus acreedores que hoy son los propietarios de esas instituciones.

Entonces, en este breve racconto también quiero ponerme como administrador de una institución en este mismo período, y voy a hablar específicamente del Fondo Nacional de Recursos, 180.000 afiliados menos en el mutualismo desde el año 2000 a la fecha, durante la década del '90, un millón y medio de estabilidad de afiliados y a partir del 2001, caída permanente, ocho mil afiliados por mes, por mes, por mes y un Fondo Nacional de Recursos con fondos marcados, que durante ese período recibió incrementos de cuota menores a los que recibió el resto de las instituciones privadas, pero que en ese período, en base a un control de gestión y en base a una clara concepción de cuál iba a ser su destino, si no se tomaban decisiones de tipo estratégico, respecto a la conducción y respeto a lo que se definía o definieron muchos panelistas como el aspecto de que cuando a nivel médico la oferta existe, la demanda inmediatamente se crea.

El Fondo Nacional de Recursos vivió justamente durante prácticamente sus veinte últimos años, el hecho de que había fondos marcados, había oferta y en consecuencia la demanda se debía generar. En los últimos dos años, con pérdida de 182.000 afiliados, de

punta a punta, del 2001 a la fecha, y con una leve estabilización a partir de los últimos cinco meses, el Fondo Nacional de Recursos pudo pasar de un déficit del veinte por ciento, a fines del año 2000, a un leve superávit del diez por ciento en el año 2003.

¿Cómo con menos recursos, con una atención dedicada a una población envejecida, en la medida que el Fondo Nacional de Recursos, que ocupa prácticamente ese seis por ciento del diez punto, nueve por ciento que representa el gasto de salud en el País, atendiendo población envejecida propia de las sociedades más desarrolladas, pudo pasar de un veinte por ciento de déficit a un diez por ciento de superávit? Simplemente por un control de gestión, hay que controlar la oferta en base a una simple idea.

El Dr. Bagnulo decía en la tapa de una prestigiosa revista o de una revista por lo menos, “la salud es muy importante como para dejarla en manos de los médicos”, en consecuencia, creo que a través de un mayor control, sobre esa demanda, un mayor control a nivel médico pudo hacerse que sin disminución del nivel de calidad, ni el aumento de las colas de espera de pacientes envejecidos y añosos, que son básicamente las catorce patologías que atiende el Fondo Nacional de Recursos, pudiera superar ese trance y en base a el control por terceros, se generó un autocontrol por parte de quienes generaban esa demanda inducida y se pudo lograr estabilizar el Fondo Nacional de Recursos, no por aumento de cuotas, sino por simplemente la disminución del número de prestaciones que se realizó por autoconvicción de que quien eran controlados debían tener un mayor cuidado al diagnóstico y siempre existía una doble opinión.

Como en la contabilidad existe la auditoría contable y hay una opinión, la del contador de la empresa, y la de un tercero que opina sobre si los estados contables reflejan razonablemente el estado de situación patrimonial de determinada empresa, en base a determinadas leyes y decretos, bien, yo creo que en Medicina se impone ese tipo de control.

En consecuencia, quiero decir y para terminar, que el documento está muy bien en sus aspectos de planteo y de diagnóstico y prácticamente si repasamos los últimos documentos presentados en los últimos años, hay coincidencias.

Yo creo que lo que le está faltando a este documento y termino, es, creo que la parte medular, que es el diseño de la reformulación del nuevo Sistema Nacional de Salud que debe tener, sin ninguna duda, lo dicen quienes desde las alturas del observador de salud o mirador de salud, creado a nivel de los países americanos y latinoamericanos y del Caribe, que han diagnosticado que en estas sociedades el rol del Estado, como modulador del Sistema para plantear reglas estratégicas, claras y en defensa del consumidor y diseñar cuáles son los mecanismos de financiación, los criterios de calidad y de control, deben estar ubicados en el centro de la rectoría del Sistema y ese centro no puede ser nada más ni nada menos que el liderazgo que mencionaba el Dr. García, del Ministerio de Salud Pública. El Ministerio de Salud Pública debe dejar de ser un ente prestacional, porque si no estaríamos en lo que “El pluralismo estructurado”, Juan José Dondoño y Julio French definen como “un modelo público unificado” en el cual la función de financiación, prestación y articulación, se confunden, son una sola, y nadie regula nada. El Estado no puede regularse a sí mismo.

En consecuencia el Ministerio de Salud Pública debe dejar de ser un prestador de servicios y debe básicamente concentrarse en la función estratégica de definir cuáles deben ser las funciones y reglas, que, en defensa del consumidor, deben incluirse para poder regular y mejorar este Sistema de Salud, más allá de que comparto de que debe haber un Fondo único, creo que hubieron algunas exposiciones que no compartían esa idea, creo que debe haber lo que se llama una Caja Única y creo que debe financiarse el Sistema, no en función de la oferta, si no en función de la demanda. El dinero debe seguir al paciente, el pago a los prestadores debe hacerse en base a una cápita ajustada

por riesgo y deben premiarse aquellos quienes logran los estándares de calidad y cumplen con los objetivos estratégicos que el Estado en su función reguladora y moduladora que es más importante que regular, debería establecer.

Yo quería agregar esta parte a los que ya me precedieron, para no eludir mi responsabilidad en la actuación de este tema.

DR. LORENZO

Muchas gracias Dante. Dante tuvo el privilegio, como volvió al panel de tener el tiempo completo.

Quería hacer una brevísima aclaración, creo que en nombre de los que redactamos el documento, pero hay dos puntos que a texto expreso no fueron considerados, que no están incluidos, uno de ellos es financiamiento justamente, porque consideramos que hay suficiente material y muy bueno y realmente todos nosotros mucho de financiamiento no sabíamos, y hay muchas cosas escritas por Olesker y por otros economistas, así que eso está fuera del documento.

Y el segundo punto en el cual no quisimos entrara para darle amplitud justamente a la discusión es el tema recursos humanos y fundamentalmente lo que planteó, creo que Javier, academia y gremio ¿verdad? Ese es un tema que también quedó abierto, no son omisiones por negligencia, sino premeditadas.

Le doy la palabra al Profesor Gómez Haedo, si hay mucho interés en participar, vamos a tener que limitar a tres, cuatro minutos el tiempo de cada uno de los participantes. Profesor Gómez.

Prof. CARLOS GOMEZ HAEDO

Yo agradezco a los compañeros y a la 1815, la invitación. Yo vengo del Mundo Sindical Universitario y también del asesoramiento en el mundo político.

De manera que tengo opiniones definidas sobre el tema salud y voy a hacer algunas precisiones que me parecen que son de importancia.

Creo que el documento tiene la característica de ser un documento muy profundo, pero fundamentalmente se enmarca, digamos, en el diagnóstico de la realidad, precisando algunos hechos y aportando algunos hechos que son de gran interés.

Yo tuve oportunidad de conocerlo, digamos con mucha rapidez, porque me llegó recién en el día de ayer, por razones administrativas y tuve que hacer una lectura muy rápida.

Quería señalar que quizás en el documento no aparecen algunos aspectos de trascendencia, que me parece que es el marco nacional y el marco internacional en que debe ser enmarcada la realidad.

En el marco internacional hay una lucha ideológica, evidente, con un predominio y una hegemonía de un pensamiento, que es el pensamiento neoliberal, que se traduce a través de los grandes Bancos prestamistas, y que hay que decirlo, que han influido a través de los asesoramientos, en el tema salud, en forma... en alguna oportunidad puede ser que con acierto, pero en una gran proporción, con desaciertos, aplicando recetas que no corresponden ni a la cultura, ni a los valores, ni a las características de cada uno de sus pueblos.

Hay un informe que yo creo que muchos de los compañeros que están acá lo deben conocer, que es el informe de la Dra. Iriart, sobre, justamente sobre este tema, yo no voy a abundar en esto, pero quiero decir que también hay un marco nacional.

El Uruguay ha conocido, en este período sobre todo, un agotamiento de la capacidad creativa, de la capacidad de aporte y de discusión y un agotamiento incluso desde el

punto de vista democrático. Y digo esto, porque si Uds. recuerdan los comienzos de siglo, los más viejos, o lo que se sabe de historia. En ese momento hubo una explosión, desde el punto de vista creativo del País, que se dio, cosa curiosa, en la Universidad, en el Gobierno, en los políticos y hasta en la oposición.

Esto, cuando decían que se necesitaban liderazgos, yo diría que hay un retroceso desde el punto de vista de la capacidad creativa que se fue a manos de la gente, que está en manos de la gente, pero a nivel de las dirigencias políticas, se le podrá echar en parte la culpa a la dictadura, pero no fue solo la dictadura, ya había un agotamiento y siguió el agotamiento.

Tenemos que recuperar la capacidad creativa. En segundo lugar yo discrepo, creo que fue el Dr. García que dijo que el mutualismo y las cooperativas no tienen nada de solidario, es como decir que la Democracia uruguaya no tiene nada de Democracia.

Yo creo que sí, que hay un profundo sentimiento democrático uruguayo, que lo dicen los plebiscitos, que lo dicen la capacidad de poder elegir, de cambiar y lo mismo, el Uruguay conoció, a raíz... en el año 1853 cuando aparece su primera mutualista, la creación justamente de un espíritu solidario, con todos los defectos, la tecnología, etc. no había avanzado tanto, pero se desarrolla un mutualismo que es corregido ¿con qué?, con la aparición de un gremio médico organizado que venía de una Universidad, que es la Universidad con pensamiento social.

La Universidad de 1918, la Universidad uruguaya, que además da los dirigentes gremiales y médicos de aquel entonces, y no es nada extraño que se organicen las cooperativas médicas que sustituyen y que crean también la necesidad, y fíjense Uds. en el año '35 se logra que se hagan los primeros concursos médicos, se incorporen las primeras enfermeras universitarias y se hagan las calificaciones y se eleve el nivel del mutualismo.

Esto es para recoger algo que se dijo. Si queremos transformar, transformemos con las características uruguayas, esto es fundamental. Yo no desconozco que el mercado entró sesgado por la ventana, porque no podía entrar por la puerta de esas organizaciones. Pero eso es un hecho internacional, y si comparan América Latina van a ver que en el Uruguay se mantiene todavía un fuerte reducto de resistencia a la mercantilización de la salud. Ese es otro hecho fundamental.

Entonces, volviendo donde estábamos debemos decir que si bien yo reconozco que los políticos tienen la mayor responsabilidad, esta crisis es una crisis crónica, lo cual no tiene que ver con el diccionario, porque en el diccionario de la Real Academia "Crisis es cambio o mutación brusca que puede llevar a cambios o la desaparición del fenómeno o proceso en el cual se origina".

Y este cambio no es brusco. Y decimos esto porque tampoco es del '90. En el '82, en el '86 un informe del Contador Elola que yo no voy a citar, dado por el Sindicato Médico y organizado, establece que el déficit de las mutualistas en Montevideo, iba de un 8 a un 14 por ciento, y hace estudios del '82 y encuentra que ya ese déficit existía.

Es decir, que desde esa época, la base económica financiera de las instituciones llamadas IAM, no eran viables, no eran viables.

La aplicación de la tasa de inflación explicó que se desdibujara eso. Pero quiero hacer otra afirmación, no ha habido políticas de salud de los sectores políticos gobernantes.

En el año '84 presido la última Convención Médica realizada y por suerte la octava está en preparación y acá está el presidente de la Comisión Organizadora, y en esa Convención se habló de la necesidad de un Sistema de Salud, se hizo la crítica, etc.

De manera tal, que yo me pregunto también ¿hasta qué punto el silencio de los médicos no contribuyó, y lo dije en el Sindicato hace poco a que no se expresara un pensamiento nacional de los médicos? Son pensamientos fragmentarios, pero la clase política, que

ocupa, y no me gusta decirlo, los Partidos Políticos que ocupan desde el año '85 a la fecha, no solo no existió una política de Estado de la salud, no existió una política de partidos en la salud. Existió la política del Ministro y sus amigos, más las corporaciones que colaboraban, en cada instancia ministerial.

Y eso lo saben todos los trabajadores de la salud, médicos y no médicos, que debían discutir. De manera tal que esa responsabilidad de los políticos no puede ser abandonada, no puede ser desconocida, la situación de la salud, como la situación del País, no se puede aislar.

No podemos hablar ahora de resolver el problema de la salud si no estamos resolviendo simultáneamente distintos problemas. Distintos problemas que afectan al País y Salud Pública es y los ministerios políticos responsables de la situación que existe.

Yo voy a decir rápidamente, porque no quiero monopolizar, que si yo tuviera que agregar algo al trabajo diría: “faltan las comisiones reguladoras de las cuales hemos exigido a nivel de mi sector político, faltan las comisiones reguladoras que son: la Comisión de Ética y Calidad de la Atención, que es fundamental, como cuando se habla de una red de atención primaria, simultáneamente tiene que haber una Comisión de Ética y Calidad de la Atención, que esté vigilando, que no se desnaturalice desde el comienzo la atención de la salud. La Comisión de Educación Médica continua, que existe ya en el gremio universitario, pero que debe incorporarse al sistema nacional integrado de salud. Comisiones que rijan también las colegiaciones de las distintas profesiones de salud, es fundamental”.

Yo creo que ese es otro hecho de gran trascendencia y para hablar yo quiero hablar de los dobles discursos, también de los uruguayos. Otro defecto que tenemos. Corría el año 1985 y se hace una reunión general sobre atención primaria, concurren delegados de todas las profesiones de la salud, de la Facultad de Medicina, recuerdo que era la Dra. Gloria Ruocco la representante de la Facultad de Medicina, concurren hasta las cooperativas, no solo de asistencia médica, las cooperativas como FUCVAM, etc.

En esa reunión se hacen recomendaciones sobre atención primaria, 1985. ALMATA había sido en 1978. Hasta ahora hay una hermosa revista, aparecen los médicos de familia, hay una muy buena revista de Salud Pública ¿qué es lo que pasó con respecto a la atención primaria? Bueno, los compañeros saben lo que pasó.

Yo entonces digo que debemos evitar ese doble discurso y crear, y yo me inclino por lo que decía Fernández Galeano, porque tenemos las mismas ideas, hay que ir a un sistema nacional integrado de salud público y privado y a un sistema de economía que no sea solo el prepago, que va a ser complejo con el Seguro de Salud Integrado y con distintos aportes para tener un mínimo nivel de calidad igualitario en lo público y en lo privado.

Les pido disculpas por la extensión.

DR. LORENZO

Gracias Profesor Gómez Haedo.

Daniel Olesker.

DANIEL OLESKER

Buenas tardes, con la brevedad que se nos pedía voy a ser tres observaciones metodológicas y dos preguntas, preguntas no, más bien cuestiones que me parecen que el documento podría seguir y debería responder.

La primera cuestión metodológica es que me parece que la evolución de los gastos, para compararla con el año '83, se llega a conclusiones que no me parecen justas o correctas,

cuando dice por allí que un aumento de los gastos salariales, un aumento de los gastos salariales hasta el 2000 y los demás gastos a partir del 2000, porque toma como base cien el '83, que además de ser el momento más bajo de los salarios, no toma digamos, la evolución de los otros gastos.

Cuando uno toma el '90, que desde mi punto de vista yo creo que es el punto de inflexión en la que cambia buena parte del modelo. Compartiendo lo que decía el Dr. Gómez Haedo de la crisis previa, creo que el '90 fue un punto de inflexión en el modelo asistencial, con el 2000, los salarios se van a 220 como dice ahí el documento, se multiplican por dos y poco, los medicamentos a 190, los servicios contratados a 195 y prácticamente todos los gastos aumentan en proporciones relativamente similares.

O sea me parece que ahí hubo un incremento del gasto, que con la investigación que nosotros hicimos le damos una explicación al por qué de cada uno, pero que es un incremento general, parece que ahí hay un problema metodológico de base.

La segunda es que me parece que para análisis interno del gasto, perdón de la dimensión del gasto, el porcentaje sobre PBI habría que erradicarlo definitivamente de los análisis.

Otra cosa es para medir cuánto la sociedad se esfuerza en gastar en salud y cuánto en otras cosas, eso sí, pero en realidad si yo gastara el 25% del PBI en Kenia, gastaría muy poco en salud sobre la gente porque el PBI de Kenia son 200 dólares por habitante, entonces parece... que estoy haciendo más bien una locución a favor del indicador de dólares por persona gastada, o en pesos mejor dicho por persona gastada, lo que pasa que el PBI no nos dice mucho a efectos de lo que queremos.

Y la tercera metodológica, en realidad tengo una cuarta, que la decía Javier García también de si el gasto de DISSE es público o privado, para mí es privado porque sale del bolsillo de la gente, pero la dejo esa y la otra es cuando el documento dice al final, bueno, que la transición va a traer costos y hay que repartirlo con equidad.

Entonces ahí hay una pregunta ¿qué significa con equidad? Si equidad es inversamente proporcional a la forma que los distintos actores ganaron el período previo, entonces sí, lo cual implica que no se va a distribuir con equidad, se va a distribuir con la inequidad inversa a la que se distribuyó antes.

Me parecía que eso es importante marcarlo para tener claro cómo se produce, en particular, en el caso del mercado de trabajo, cuando uno piensa que lo que hay que hacer es redistribuir la masa salarial actual entre los 50 mil más o menos trabajadores, pero no incrementarla, de hecho está diciendo que va a haber ganadores y perdedores como también lo decía, no me acuerdo si Javier García u otro.

Esas son las precisiones metodológicas que yo quería hacer.

Después simplemente dos observaciones del quehacer. Jorge Lorenzo decía que sobre el tema financiamiento no se introdujo, porque bueno, en principio podría partirse de la idea de que se acepta alguno de los enunciados sobre un sistema de financiamiento basado en ingresos que son las cosas que se han escrito. Además yo observaría ahí que en realidad el Seguro Nacional de Salud es un sistema de financiamiento y gasto, no es solo de financiamiento, porque regula cómo se financia y cómo se gasta luego ese financiamiento ¿no? Por eso es importante, decía Miguel que ataca la equidad y eficiencia al mismo tiempo.

Pero si el documento afectara eso, para mí hay dos preguntas que el Sistema de Salud, no el Seguro, debería contestar, partiendo de aceptar la idea de Miguel de que el efector tiene que ser único, ¿quiénes son los efectores? Esa es una pregunta que hay que hacerse.

Partiendo de la base de cuando hablamos de públicos, estamos hablando obviamente de un sistema único, el efector público se tiene que independizar jurídicamente del órgano

regulador. O sea que estamos hablando de empresas públicas, más que de órganos de la administración, pero eso me parece que está claro ¿no?

Pero públicos, privados, ¿y si son públicos y privados? Hoy Uruguay tiene condiciones de un sistema de complementación funcional o todos competirán en igualdad de condiciones, me parece que ese es un tema, para mí, central, para mí que por lo menos he trabajado más en financiamiento y el gasto, una respuesta de quienes trabajan, de los efectores decir ¿cómo se ve eso? ¿Yo voy a poder optar libremente entre el Maciel y La Española, o entre el Pasteur y el SMI, o la policlínica tal, o voy a tener el nivel de atención asignado como la escuela pública? En la educación yo no puedo estar, si vivo en Pocitos concurrir a la escuela pública del Cerro, no me dejan, no me dejan inscribir, bueno, acá es lo mismo, yo solo voy a estar adosado a un efector predeterminado o a varios efectores en competencia o en complementación. Me parece que esa es una respuesta que el documento o el autor del documento debe brindar porque no lo hace.

Y la segunda pregunta, el documento habla de que la transición tiene que ser gradual, pero finalmente, por lo menos a mí no me queda claro cómo se piensa esa gradualidad, tanto en términos de tiempo, como de cronología, y yo creo que en la gradualidad del Seguro, el cambio del financiamiento y el gasto debe ser de los primeros pasos a dar porque es el que me permite desde la asignación del gasto, modificar el Sistema.

Entonces sobre cómo se ve la cronología de la gradualidad me gustaría también saber la opinión, porque por lo menos a mí no me surge del documento.

DR. LORENZO

Homero de la primera pregunta, por lo menos podrías hacer alguna extracción. Va a haber una respuesta dentro de poco. Tabaré Caputti

Dr.TABARE CAPUTTI

Bueno, en primer lugar nuestro agradecimiento por la invitación recibida y nuestra satisfacción de tener una oportunidad de compartir y aprender con tan distinguidos compañeros, gente con vocación y con conocimiento muy amplio un tema de enorme jerarquía para el País desde hace muchos años. Ojalá puedan repetirse estas instancias y estas instancias sean de alguna forma la puerta de entrada, como también ha de serlo la Convención para un debate nacional en torno a un tema que ojalá a partir de ahora también, se convierta en tema prioritario, que es el vinculado a la atención médica y su contribución a la situación de salud de nuestra población.

En nuestro concepto el documento tiene un enorme valor, por encima de que estemos totalmente de acuerdo que en algunos puntos haya que conversar y reflexionar sobre algunas de las afirmaciones que tiene, el balance definitivo es muy valioso porque pone sobre la superficie una cantidad de aspectos que son sustanciales, tanto en términos de diagnóstico, donde se explaya mucho más, como en aspectos vinculados a las medidas de corrección sugeridas.

Alguna reflexión puede parecer terminológica, pero que en nuestro concepto va más allá de eso para tratar de ver si estamos hablando todos aplicando la misma definición de las cosas.

Al principio se dice nuestro Sistema de Salud, desde hace años el Sistema de Salud nacional presenta una serie de problemas estructurales, etc. etc. Bueno lo que pasa es que tiene que presentar problemas porque no existe el Sistema de Salud Nacional en nuestro concepto.

Y esa es la primera reflexión que queríamos hacer. El Uruguay no tiene un Sistema de Salud, tiene prestadores, tiene efector de salud, pero no hay un organismo ni una estructura que cumpla con las definiciones que son las de un Sistema de Salud, que es la organización de recursos humanos y la infraestructura a través de una tecnología médica y a través de un proceso administrativo para brindar acciones de salud suficientes que cumplan con los requisitos que tienen la atención médica a un determinado sector de población, con determinadas características.

Para ser nacional tiene que ser de todo el País y para ser único tiene que ser el Sistema. No implica esto que haya una sola institución, pero implica sí que haya reglas claras y que haya una administración, un proceso administrativo y un conjunto de recursos que esté sometida a determinados lineamientos, aunque pertenezca a instituciones diferentes, que sean coordinados, integrados y regionalizados en la forma adecuada.

Yo sé que es una vieja discusión sobre el Sistema y el No Sistema y aquí recuerdo a uno de mis maestros Aarón Noviski que siempre en las viejas épocas presentaba, cuando nos daba clase de estas cosas, una diapositiva que era un puzzle desarmado, donde había un montón de piezas, una arriba de las otras, y decía, de alguna forma ésta es la situación de la atención médica en nuestro País.

Es posible que las piezas, los pedazos de ese rompecabezas, de ese puzzle, sean suficientes para poderse armar entre sí y entre todos cubrir el País y dar por lo tanto una adecuada prestación de servicios. Eso supondría la existencia de un Sistema organizado como tal. La situación actual es la de No Sistema.

Hay otros que dicen, bueno, aunque no existe organizado adecuadamente, siempre un Sistema hay. Nosotros nos adherimos, insisto en la primera, creo que nosotros no tenemos un Sistema de Salud, tenemos sí subsistemas o sistemas parciales que integran muchas de las instituciones que están en este momento brindando servicios en el País.

Hay instituciones que brindan servicios con las características de un sistema único a un determinado núcleo de beneficiarios, que son sus afiliados. Hay otras instituciones que no lo brindan a sus asociados sino a quien tiene responsabilidad.

Pero no hay un Sistema Nacional de Salud en Uruguay.

El segundo aspecto que está íntimamente vinculado con esto es algo que mencionaba con mucha más capacidad que lo que puedo hacer yo, el Profesor Gómez Haedo hace instantes y que yo creo que está entre los prerrequisitos de todo esto.

¿Por qué ocurre eso, por qué no hay un Sistema? Porque la atención médica en el Uruguay ha ido evolucionando sin ningún marco normativo de fondo, con disposiciones que varían en todo caso con cada Gobierno y más que con cada Gobierno con cada Ministro y que entonces constituyen una serie de medidas transitorias que en general no van al fondo de la situación, sino que procuran paliar algunas de las situaciones conflictivas que se presentan.

Cuando se habla de la crisis de salud, y se la menciona desde el '93, bueno Dante mencionaba los cierres de instituciones que ocurrieron en la década del '80 y nosotros podríamos mencionar algunos anteriores todavía. Hemos vivido de crisis en crisis y de solución parcial en solución parcial y permanentemente, sin que se sepa adónde vamos en materia de atención médica en el Uruguay.

Por eso decimos que es indispensable, para nosotros es un prerrequisito que se defina una política de salud. ¿Qué quiere decir una política de salud en nuestro concepto? Quiere decir un conjunto de normas con ciertas características que son las que definen el carácter de política, que se pretenda aplicar a una población para obtener determinados resultados en torno a este tema.

Entonces ¿cuáles son esas características? Bueno, las que precisamente hoy hemos conversado y escuchado excelentes aportes en torno a todo esto. La primera es que sea

explícita, tiene que saberse, nosotros pensamos que cuando se habla de liderazgo, el primer liderazgo es el de la norma, el de que exista el conjunto normativo que sirva de marco a todas las estructuras que se vayan a modificar o a crear. Si no existe el marco normativo corremos el enorme riesgo de la transitoriedad.

El Uruguay ha vivido algunos ejemplos de coordinación que han durado a veces tanto como los jerarcas que han estado en cada uno de esos lugares. Recordamos algunas, de departamentos del interior en particular, que fueron exitosas ¿durante cuánto tiempo? Mientras estuvo el jerarca de un lado y el jerarca del otro, porque no había un marco normativo que transformara eso que era ocasional en permanente.

Entonces tiene que ser explícita, tiene que expresarse como tal.

El segundo requisito es que sea factible y la factibilidad ¿qué es lo que se lo da? Bueno, se lo da la participación precisamente de todos los sectores involucrados y quiénes son los involucrados en salud, toda la población, quiere decir que tenemos que opinar todos. Hoy la sicóloga que hizo una excelente exposición decía ¿qué puedo opinar yo de salud que no soy médico? Si tendrá que opinar tanto o más de lo que opinamos los médicos, todos tenemos que opinar de salud, naturalmente que algunos sobre temas de tratamiento específico opinarán los médicos, pero sobre el tema salud y atención médica tenemos que opinar todos.

Entonces el hecho de que sea explícita, el hecho de que esté expresada como tal, que los uruguayos, las instituciones, los médicos, los trabajadores de la salud, sepamos, bueno señores, este un tema que parte del sector político, ¿por qué? Porque es quien tiene la obligación de gobernar y entonces el sector político tiene que establecer y entonces el sector político tiene que establecer el diálogo, tiene que invitar a ese diálogo que yo creo que tiene que ser una de los reclamos de todos los sectores que nosotros intervenimos para que eso sea de esa manera.

No quiero insistir sobre el tema, simplemente quería hacer estas reflexiones.

Gracias.

DR. LORENZO

Gracias Tabaré. Yamandú Fernández

YAMANDU FERNANDEZ

Muchas gracias, como Presidente de los gremios médicos del interior y del conjunto de sistema de cooperativas federadas que agrupamos en la FEMI, realmente nos es muy grato, participar en esta instancia. Estamos justamente en una instancia en la cual la Federación y todos sus integrantes, estamos abiertos a escuchar todas las opiniones, porque nos parece que es trascendente para acabar de formar la nuestra.

Con respecto al documento, no voy a abundar en los detalles elogiosos sobre la elaboración del mismo y la profesionalidad y el rigor con que fue redactado, pero como se trata de criticarlo, la única crítica que vamos a deslizar, que no es una crítica, es simplemente una mención y expresamente lo dice el documento, no está contemplada en forma específica la situación del interior.

Todos sabemos que el interior tiene una realidad en muchos aspectos diferentes a la de la capital y desde ya nosotros nos comprometemos, porque estamos trabajando en eso, a presentar, seguramente allá por el mes de abril o marzo, un documento, en el cual entre otras cosas, pretendemos hacer un diagnóstico comparativo sobre la situación de la atención médica y de salud en el interior, que pensamos que va a ser un modesto aporte de la Federación Médica que va a contribuir al propósito que todos estamos buscando.

En cuanto a la propuesta en sí, nos interesa señalar primero tres o cuatro conceptos que pueden ser reiterativos, pero que nos parecen que son básicos antes de ingresar en lo conceptual de lo que es la propuesta.

Creo que lo primero que hay que reafirmar es que en este momento todos los actores sociales, políticos, dentro y fuera del sector salud, estamos convencidos de que hay que hacer transformaciones y que hay que hacer cambios, eso no es un hecho menor y creo que es un hecho que hay que resaltarlo, que nos coloca en una muy buena posición para avanzar.

En segundo lugar, que a la hora de plantearnos cambios tenemos que asumir y saber que no hay paradigmas, que no hay sistemas ideales que podamos copiar y podamos trasladar, por lo tanto, tercer concepto, el sistema o el cambio que vamos a tener que hacer a la uruguaya, o sea contemplando la realidad de Uruguay.

Y para eso es necesario rescatar lo mucho y bueno que tiene el sistema de atención médico y específicamente me refiero a la asistencia médica colectiva, no solo en infraestructura, no solo en capacidad instalada y fundamentalmente recursos humanos, sino también rescatar los valores, los valores y los principios tradicionales y donde destacamos la solidaridad como básico dentro de los mismos.

En cuarto lugar habría que tener ya de entrada muy presentes e identificados la disponibilidad de los recursos financieros que tenemos para el cambio.

Decía Daniel hoy que hablar de un diez por ciento no es bueno, nosotros compartimos, pero tendríamos que tener muy presente, bueno ¿pero cuál es la disponibilidad de recursos financieros para el cambio que nos estamos proponiendo? Porque sino podemos caer en la utopía.

De manera que nos parece que eso es básico, tener muy claro y muy identificado cuál es el gasto que este País va a destinar a un nuevo Sistema de Atención Médica.

Y por último, es básico y cuestión dinero será insuficiente, si no se cambia el cambio de sistema a través del cambio de modelo. Y el cambio de modelo contemplando dos conceptos, no solo el cambio de modelo de atención, privilegiando la atención primaria, no solo privilegiando el primer nivel, los conceptos de atención y de prevención, sino que también el cambio de atención, el cambio de modelo, implica el cambio de modelo de gestión. Nos parece que son dos conceptos que están unidos, atados y que estos cuatro o cinco conceptos que mencionamos, son básicos y fundamentales para plantear después en primer lugar lo que decía Tabaré. Nos parece que antes de hablar de un Sistema Nacional de Salud hay que hablar de una política de Estado en salud.

Concebido el marco normativo general, recién allí podemos ubicar el concepto de sistema y nos parece que es mejor más que hablar de Sistema Nacional de Salud, deberíamos hablar de un Sistema Nacional de Atención Médica.

Todos conocemos acá que el concepto de atención médica implica desde la prevención hasta la recuperación. En realidad creo que todos estamos pensando en reorganizar el esquema organizativo de la atención médica, porque salud es un concepto que trasciende al mismo.

Y visto desde la óptica interior fundamentalmente, nos parece que ubicarlo en este concepto de Sistema Nacional de Atención Médica dentro de un marco normativo que es una política de estado de salud, es un objetivo y es un propósito seguramente por lo menos, de mediano plazo. Nunca va a ser un objetivo inmediato.

De manera que ubicado en el tiempo, como un objetivo a mediano plazo, inexorablemente tenemos que plantearnos el concepto de proceso. Tenemos que establecer el puente, el camino para llegar a ese objetivo de Sistema Nacional único.

Y ahí es donde, desde una visión estratégica la Federación Médica plantea que esa estrategia tiene que ser atrás de la integración y la integración de subsectores, subsector

público y subsector privado. Pasar de la coordinación y la complementación al concepto de integración.

Integración de estructuras y fundamentalmente integración de usuarios. Usuarios que hoy no están formalmente vinculados al sector público, tampoco lo están, por supuesto, al sector privado, o a la asistencia médica colectiva, porque no tienen capacidad para pagar la cuota mutual, pero que terminan asistiéndose informalmente en el subsector público, fundamentalmente en ASSE.

Bueno, a ese sector, que en el interior por lo menos es un sector muy importante, nosotros estamos pensando que deberíamos transitar un proceso hacia un sistema único, pasando por una etapa de integración de subsectores que nos permita asistir en forma integral a la población.

Y al hablar de esta situación y de este concepto, tenemos que ingresar también inexorablemente a un concepto que fue mencionado por Daniel, es decir “¿es posible plantearnos la competencia de los dos subsectores?”

A nosotros nos parece, que desde el interior, eso implica la competencia, la superposición de recursos, el doble gasto. Por lo tanto nos parece que deberíamos analizar la posibilidad de integración de los dos subsectores a través de la integración y sí con una muy fuerte regulación por parte del Ministerio de Salud Pública, que le garantice al usuario la calidad que recibe del sistema.

Pero no nos parece que sea adecuada la competencia entre los prestadores público y privado, porque implica necesariamente la superposición de recursos.

Y en cuanto a la financiación, dos o tres conceptos. Sin duda que la financiación debe contemplar la equidad en el aporte. En eso creo que todos estamos de acuerdo que la financiación debe hacerse desde la óptica de que deberá guardar equidad en cuanto a la capacidad de la familia, en cuanto a la capacidad del bolsillo.

En cuanto a cómo se asigna la cápita, ahí queremos dejar planteados dos elementos que nos parece que ameritan una profunda discusión.

Un organismo centralizador único, una caja única. Nosotros desde el interior, ese planteo nos evoca a la patología de centralismo. Lo queremos dejar planteado hoy, somos muy celosos de los planteos centralistas y cuando hablemos de centralización, cuando hablemos de centralizar los recursos financieros, para pagar el gasto en salud, bueno, quisiéramos profundizar y mucho en este concepto.

De ninguna manera esto significa oponernos a priori de ningún planteo que ni siquiera está explícito, pero sí queremos dejar planteado que deberíamos discutir y a fondo la posibilidad si es una caja única o no.

Y en cuanto al pago por riesgo, creemos también que hay que ser muy cuidadosos al elaborar un plan de pago por riesgo, cuando el paquete de prestaciones que vamos a dar es integral.

Conocemos que en otros países, por ejemplo en Colombia el pago por riesgo puede cruzar dos o tres variables como pueden ser edad y sexo, pero da un paquete de prestaciones básicos, seguramente que no pasa de algunas prestaciones del nivel primario, pero cuando cruzamos variables para asignar el riesgo por cápita a un paquete de prestaciones que es integral, debemos de ser muy cuidadosos para no ser injustos en la asignación de la cápita al prestador que toma el riesgo.

Estos son los conceptos que queríamos dejar planteados para la discusión.

Gracias.

DR. LORENZO

Gracias Yamandú. Sigue el Dr. Eduardo Touyá.

EDUARDO TOUYÁ

Gracias, en principio quería igual que todos, agradecer la invitación a participar en esta discusión y conocer el trabajo realizado.

Por supuesto que vemos todos los aspectos positivos, en razón del tiempo vamos a hacer los comentarios que en un diálogo normal nos parecen que pueden ser válidos.

Yo diría que hemos aprendido que el concepto salud es más de lo que hemos manejado desde que entramos, nosotros personalmente, que por lo menos en nuestra humildad en la Facultad.

Ya no es aquello del equilibrio biocitosocial tal cual la Declaración de OPS, es algo más es calidad de vida.

Y creo que hoy en el País los contextos se dan, salud hoy es mucho más importante, que de golpe, como causa de enfermedad el desempleo, que cualquier bacteria que ande por ahí o cualquier alteración de la personalidad. Entonces creo que hemos logrado ver que el enfrentamiento y más para la realidad del País de hoy, el tema es calidad de vida, donde importa mucho la educación, donde importa mucho el trabajo, donde importa mucho la habitación, la vivienda, la nutrición, el ambiente.

Me parece que ese sería un punto al planteo del tema. Me vi muy bien reflejado, que después estuvo sentado acá al lado mío, Escavino cuando dijo “No se habla de salud”. Yo siento sí un cierto rechazo a que en estos últimos tiempos, el tema es lo mal que han andado las instituciones asistenciales y todo está alrededor del tema, el déficit y el dinero. Y el tema de salud no está conduciendo el hilo conductor.

Entonces, yo ayer tuve un intercambio telefónico con Joaquín y con Homero y a Joaquín le insistía en la última frase que escribieron en el documento y yo leyéndola literalmente pensé que ese camino ya en cierta manera tenía algún recorrido.

Entonces lo que quiero decir es que siento que es imprescindible encontrar el espacio real de empezar a trabajar.

Creo que se trabaja haciendo rápidamente diagnóstico de cada aspecto, poniendo una meta y poniendo trabajo y que los cambios se dan en tiempo y que en salud mucho más. Aquello que se decía muy bien, construir en educación es muy difícil, destruir es muy rápido. Construir en salud es todo un gran proceso también y lleva mucho tiempo, el vector tiempo es muy importante y el trabajo continuo y mantenido es muy importante y no hay cambios drásticos que se logran sin trabajo y sin tiempo.

Pero entonces yo diría, tienen que haber indicadores si hay realmente un colectivo para cambiar. La primera medida me parece que ha estado dando vueltas por acá, es que tiene que haber un Ministerio de Salud y que no tiene que ese Ministerio de Salud ocuparse de las prestaciones que tiene que dar el colectivo a nombre de lo que la Constitución define.

Y esa es una medida que está planteada en el País desde hace muchísimos años, yo era Decano cuando vino el Ministro de Salud de la época, el “Pepe” Solari, que era el que había hablado de la OSE de la salud, me acuerdo que era una expresión que él tenía.

Entonces me parece que esa es una medida bien concreta y sería el indicador si es que realmente hay esa factibilidad que se hablaba para cambiar y si realmente hay una actitud de empezar a trabajar todos, hombro con hombro, en la diversidad, pero en pro de esa calidad de vida de la gente.

A mí no me cabe duda que esta sociedad no empezó en el '80 los problemas de inequidad, empezó en el tiempo cero. La segmentación del sector salud, tuvimos un sector privado y un sector público, un hospital para pobres, hemos dicho como Decano, para pobres enseñamos con los pobres y el hospital de beneficencia, Hospital Maciel era

primero y desde ese momento los médicos tendrían actividad privada y cobraban los honorarios al paciente privado.

Y la escuela pública cuando realmente fue la progresión social de nuestra sociedad, a principio de los cincuenta años del siglo pasado, fue una escuela pública de calidad y no era ni para pobres ni para ricos, era para todo el mundo. Entonces guambia, que nuestra deuda de la segmentación del sector salud es de nuestra sociedad desde el inicio de los tiempos españoles.

Por último creo que el documento no puede eludir, el tema de recursos humanos. Yo lo que pretendo es estar aportando para esa calidad de vida o salud de la gente.

No son temas de organización, no son temas de financiación, no son temas de sistema, quien hace eso es la gente. Entonces si no se discute realmente una política de recursos humanos en su formación, en su mantenimiento, en su integración, hoy que está planteado en todos lados que el gran desafío es formar el pregrado en el nivel multidisciplinario e interdisciplinario para que eso se refleje naturalmente en el equipo de salud, entonces me parece, digo, ya Gómez Haedo lo planteó bien todo el tema de la educación continua, yo creo que un elemento que hay que poder también claramente cuanto matamos, las cifras están, Estados Unidos, el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias publicó de cuarenta y ocho mil a noventa mil muertes anuales por error médico y yo creo que nosotros no estamos exentos de errores médicos y de muertes por errores médicos y que son evitables.

El documento lo insinúa, cuando habla de los niños de muerte evitable, es el trabajo del Programa Mil, donde, cuando se hablaba de muerte súbita, resultó que el 60% no era muerte súbita, porque había una causa orgánica, que no se había diagnosticado, que no se había diagnosticado. Entonces yo digo que la certificación tiene que aparecer, la recertificación tiene que aparecer, porque es la manera, será primero no obligatoria e ira llevando a la gente hacia la recertificación, pero es la manera de hacerla realmente universal y darle tranquilidad a la gente.

Por último quiero decir, recordar que nuestra Constitución, si Uds. buscan, no están escritos los derechos fundamentales ¿por qué? Porque el constituyente a representación de nuestra sociedad y yo me veo reflejado, entiende que este colectivo ha defendido tanto los derechos humanos generales, que ni los escribe en la Constitución, y ahí está el derecho de salud.

Pero tiene un rasgo interesante, en cambio está escrita la obligación de la gente para cuidar la salud, no solo está el derecho en la Constitución en estas fuerzas de que está implícito, sino que está la obligación de cuidar la salud a nivel individual, yo digo familiar y colectivo.

Entonces a mí no me cabe ninguna duda que la salud está centrada en la gente y que los profesionales de la salud, donde estamos los médicos, somos unos cuidadores de la vida y que cada vez más mirando cómo va a ser la medicina de los próximos años, somos unos asesores de la gente para que tomen las decisiones, que cada vez son más distintas en cuanto a un camino de diagnóstico o un camino de tratamiento.

Pero los profesionales de la salud ya no somos Dios, ya no somos el centro del problema. El centro del problema y todo tiene que girar y la que tiene que comandar es la gente y eso yo creo que está reflejado hasta en nuestra Constitución.

Gracias.

DR. LORENZO

Gracias Eduardo. Adelante Delia Sánchez

DRA. DELIA SANCHEZ

Llegué bastante tarde, así que voy a tratar de ser breve. Hoy José Fernández en la primera mesa hablaba de qué había pasado con la reforma ¿no? Y de hecho hubo una cierta reforma de salud en nuestro País, hubo una privatización a lo largo del tiempo basada en la Seguridad Social, ese fue el modelo de reforma que se implementó en Uruguay y que demostró que fracasaba como han fracasado muchos de los intentos de reforma basados en la Seguridad Social en América, por las crisis del mismo sistema y la crisis de desempleo que es cíclica en nuestro País y en todos los otros también.

Y lo que pasó es que seguimos... hubo ese intento de reforma y hubo una absoluta ignorancia de la participación de las personas, de la apropiación por las personas, entonces una cosa que el documento menciona muy al pasar como los socios que están presos en DISSE ¿no?, que realmente están como los galeotes en los barcos, atados y que se mueran con el barco, como una mercancía, porque van a ser vendidos después ¿no?

Entonces por eso es que se tienen que hundir con el barco, y nadie representa a la sociedad y nadie dice que un ataque tan flagrante de la libertad de las personas es inadmisibles. Como dentro del modelo estaba aceptado, nosotros no tenemos esta discusión en el Parlamento, siquiera, es algo que se da. Así que me parece muy bueno que el documento, aunque sea en forma parcial... Sí, pero no es una discusión que se dé a nivel general ¿no? O sea que está bien que se mencione o que sea al pasar.

Yo le comentaba a Hugo cuando venía que bueno, que sí, que le faltaba el quehacer del juez ¿no? A mí parece que algo que tendríamos que considerar muy seriamente los uruguayos, es mirar el SUS, el sistema brasileño, que nosotros hablamos mucho, por ejemplo de la teoría del pluralismo estructural, miramos la competencia gerencial de los ingleses, y el sistema, la experiencia de Brasil, con todas las idas y venidas es riquísima y casi nunca la analizamos.

Porque ellos también tuvieron que integrar público y privado, pero con una concepción muy clara de que el mando iba a ser único, nosotros en Uruguay, cuando hablamos de la debilidad del Ministerio de Salud Pública, no podemos olvidarnos que hoy la mayoría de las instituciones actúan dentro de un enorme marco de control de precios y de eso, pero actúan como pequeños Ministerios ¿no? Hay una decidir qué voy a hacer y tienen distintos niveles de integración.

Cuando nosotros tratamos así de ser muy gentiles unos con otros y decimos: “nos vamos a integrar todos”. Nos vamos a integrar ¿cómo? Si hay algunas instituciones que pueden brindar toda la atención, otras que brindan un pedazo y compran el resto. Tiene que haber un mando único y hay sectores que sí pueden ser de propiedades diferentes, pero ahí hay una cuestión que va a haber que discutir y que a nadie le gusta mucho discutir que es la pluralidad de mandos que existen hoy y la no integralidad de todos esos sectores que no son iguales entre sí.

Entonces no alcanza con decir que nos vamos a integrar. Y lo otro que hay que yo creo que es bueno que viéramos de la experiencia brasileña es la descentralización con enorme democratización.

Que ahí sí, el mando pasa a ser, dentro de todo lo posible, en un País mucho más diverso aún que el nuestro, un asunto de poder popular. También con idas y venidas, con pruebas de hasta dónde se puede llegar, el SUS era mucho más radical hace unos años, se desradicalizó, pero no sé, a mí me parece que es una experiencia cercana y que no la estamos considerando lo suficiente. Entonces, una sugerencia.

Gracias.

DR. LORENZO

Gracias Delia. Homero Bagnulo.

DR. HOMERO BAGNULO

Creo que nos queda poco tiempo, mucha gente se ha ido y sería bueno que por lo menos acordáramos qué vamos a hacer después, porque en realidad lo único o la mayor intención que teníamos con esto era provocar un poco para que no siga todo tan varado como lo vemos.

Yo voy a dar una visión pesimista, así que perdonenme, los que quieren ser cambiar son los menos, es mentira que hay consenso. Es mentira de que hay grupos, de que estamos todos de acuerdo con el diagnóstico y eso.

Eso es todo mentira. Los que quieren cambiar esta situación son los menos y creemos que los que tratamos de invitar acá, de repente pocos, etc. Era porque nosotros consideramos, de repente equivocadamente, y más y todo con una visión mínima, era de que acá estaba mucho la gente que, de repente con diferencias entre sí, pero por lo menos quiere cambiar.

No todos los que dicen que quieren cambiar, quieren cambiar, está bien claro, Hay muchos que están obteniendo grandes beneficios de cómo está esto, que numéricamente a lo mejor no son tantos, pero que de peso específico son los más.

Hoy los que no quieren cambiar son los que están más cerca de las posiciones que pueden incidir y hoy en el Uruguay es más fácil no cambiar que cambiar.

Y para el Sistema de Salud no da más el no cambiar porque no cambiando estamos cambiando, estamos cada día deteriorando más lo que le estamos dando a los pacientes.

Así que dejemos algunas diferencias en los enfoques de lado e intentemos juntar lo que queremos cambiar.

Yo creo que esto no está marcado, nunca estuvo marcado por las camisetas políticas ni por supuestas diferencias ideológicas. Me parece que en realidad se ha utilizado muchas veces las camisetas políticas para frenar los cambios porque así se busca vivir más. Entonces me parece que esos serían temas que específicamente había que tratar de dejarlos de lado, porque qué nos encontramos, que cuando vamos a hacer una tarea específica, lo que nos encontramos al lado no le preguntamos lo que piensa y muy a menudo podemos caminar juntos en una tarea cuando ponemos primero la tarea y después entramos a discutir mucho basamento que después se ve que en la realidad no pesan tanto.

Los lobbies actúan fuertemente, acá alguien dijo, discrepé enormemente con eso de cómo que los lobbies se estaban cayendo, me parece que el que dijo eso hace tiempo no enfrenta a ninguno.

Los lobbies están más fuertes que nunca, están absolutamente aferrados a sus intereses, los saben defender mejor que nadie, y no les importa más allá del discurso, lo que va a pasar con la salud de los demás.

Lo único que les va a importar es cuánto van a lucrar ellos con esta situación y hay mucho lucro alrededor de la salud. Hay y ha habido, en los últimos diez años enorme lucro alrededor de la salud.

Y alguien dijo y nosotros no lo quisimos poner, creemos también, a título individual que hay mucha corrupción alrededor de la salud y que ahí hay recursos que redirigidos pueden dar realmente mucha salud a mucha gente.

Yo creo que además esos se calla y utilizan el sistema político mucho mejor que los demás, que los que hoy acá los queremos cambiar. Tienen por diferentes vías acceso a él.

La única fortaleza que podemos nosotros conseguir es darle participación a la gente, darle participación a la gente no está bien solo desde el punto de vista ético, está bien desde el punto de vista de la acumulación de fuerzas, porque no tenemos ninguna chance de ganar esto los que queremos cambiar si no participa otra gente después.

Acá hay algún amigo que me dijo hoy ¿y por qué yo que yo no estoy en este tema? Por muchas razones, una de ellas por un agradecimiento, porque cuando en el '93 nosotros salimos a decir y no queremos entrar en este tema, pero creemos, o por lo menos el documento no quiso entrar, de que el pago por acto médico iba a ser un balazo muy fuerte a la cabeza de este Sistema, ningún médico salió a apoyarnos y salieron a apoyarnos desde afuera del sistema médico. Y ese era un camino que ya el mundo había dejado de recorrer, porque había demostrado, y eso es otro tema es que mirar fuera de la comarca, en el mundo ya se había demostrado que el sistema de esa forma de pago llevaban a la desfinanciación ineludiblemente de todos los sistemas.

Acá yo no tengo dudas que eso insistió y la diferencia probablemente en el cual hoy en el interior de la República está mejor parado frente a la crisis, ha sido porque no aplicó ese sistema. Por lo menos es mi interpretación.

Este es un documento absolutamente abierto, es parcial, es incompleto, solo pretende ser una especie de esqueleto y nos parece que acá hay gente que ya hizo hoy aportes, yo saqué mucho y como me enseñó Dante Petrucci, hace mucho tiempo, cada vez que uno preparaba en un congreso, un simposio o algo, el que más aprendía era uno. Realmente creo que acá yo he aprendido mucho de lo que se ha aportado, pero me parece que este tipo de documento debíamos de repartir temas y tratar de ponernos a escribir, porque otro de los problemas, que eso sí, sin lugar a dudas lo aprendí con Dante hace tiempo es que todos hablamos, nos cuesta mucho más cuando tenemos que escribir, en esto los que más escribieron fueron Joaquín y Hugo, el mérito mayor y el esfuerzo mayor ha sido de ellos, Alvaro también, nosotros fuimos atrás, digo, pero esto tendríamos que dividirnos entre todos y sobre todo quienes hicieron presentaciones hoy, quienes opinaron después. Escribir algunas cosas para ir complementando y generar un documento de un grupo de gente.

Y eso es lo otro que yo quiero decir, yo creo que deberíamos generar un grupo multiétnico, con gente proveniente de diferentes fuentes, de diferentes grupos, lamento que no hay una representación mayor de los funcionarios en el área de la salud, que comparto el criterio de que Dante expresó en algo que nos mandó a varios antes de que fueron los que pagaron o que están pagando en estos últimos años, gran parte de la crisis pero hay que generar un grupo, tipo comando, multiétnico, de diferentes orígenes y de todos los tipos posibles, que quieran realmente cambiar, que dejen en parte de lado algunas diferencias que puedan tener y se pongan como grupo a tratar de generar cambios, porque éste, el que venga, del pelo que sea, el gobierno que venga va a necesitar un grupo realmente que ayude en generar cambios y que tenga diferente, una conformación lo más amplia posible.

Entonces cuando decimos consenso, yo estoy de acuerdo, que probablemente sean necesarios los liderazgos, etc. etc. Pero creo que hay que dividir en cuadros, y en esto me parece que hay gente que no quiere cambiar.

Yo quisiera transmitir con mucha fuerza eso, que es mentira, lo que pasa es que no queda bien decir no quiero cambiar y quiero seguir manteniendo los beneficios que este sistema me ha dado. Pero están, están ahí y están con fuerza.

Entonces cualquiera sea el que venga va a necesitar la ayuda de los que quieran cambiar este sistema y ese es el consenso que yo hablaría en el documento, consensuar a aquellos que quieran ir a una dirección, a una dirección de cambio y a una dirección de un sistema que le sirva a la gente.

Los que quieren un sistema que les sirva a ellos, con esos no vamos a consensuar, pero vamos a tratar de consensuar los que queremos generar un sistema que aprecie las injusticias actuales, las quiera cambiar y proponga.

Entre nosotros mismos, no crean que nosotros seis estamos de acuerdo en todo, Hugo y yo defendemos mucho más el sector público. Creemos realmente que los cambios van a ser más fáciles introducirlos desde el sector público, porque vemos que ahí hay muchos menos intereses, hay muchas menos cosas de las cuales aferrar.

Y creemos realmente en la defensa del sector público en base a esto ¿no? Creo que es una de las fortalezas del documento, en eso con Miguel realmente hemos estado totalmente de acuerdo en el cual ha habido realmente una traspajación de recursos desde el sector público al sector privado y que si el sector público hubiera tenido esos recursos seguramente hubiera o probablemente por lo menos hubiera podido tener una gestión mucho mejor.

El papel del Ministerio creo que estamos todos de acuerdo sobre eso.

Y después me parece que lo otro que tenemos que hacer es salir de la comarca. Nosotros no podemos pensar que en esto vamos a poder sacar solo una solución a la uruguaya. Yo creo que en el mundo hay algunas soluciones, que hay que conocerlas, que tenemos que estudiarlas más en profundidad y que son muy importantes.

De las cosas que César Aguiar –que creo que se fue- planteó la experiencia de Oregon, contestó la mayoría. Contestó la mayoría de lo que plantea César, en la experiencia de Oregon está realmente contestado, las prioridades etc. etc. Y a no olvidarnos, las fijó la gente, porque los médicos se hicieron talón, porque no querían perder sus ventajas, por eso, yo creo que de la experiencia española podemos sacar muchas cosas, entre otras cosas la cronología y los tiempos.

En 1982 el sistema de salud español era peor que el nuestro, y en veinte años pasó a tener un sistema integrado, financiado, en el cual le fue haciendo una buena accesibilidad, por más que no puedo convencer a mis hijos que vayan al sector público, porque tienen la mentalidad uruguaya.

Y, les digo, hay otros ejemplos ¿cómo es posible que Nueva Zelanda, con el 36% del gasto en salud por habitante que tiene Estados Unidos, todos sus indicadores son mucho mejores? Entonces habrá también ahí cosas que aprender.

Yo creo que tendríamos, a lo mejor me extendí, pero creo que tendríamos que ver si somos capaces de generar o mantener un grupo o dividirnos en grupos de discusión y de continuar aportando y de continuar todas las cosas que le faltan llenar a esto, dividirnos tareas, entre grupos chicos, ir aportando y de repente reunirnos periódicamente, de alguna forma para continuar en el desarrollo de esto, que si no muere y es muy puntual.

Y eso fue lo que el General Seregni planteaba, nosotros quisimos hacer, en hacerlo en estos momentos, que tal vez no es el mejor y todo, pero si no nunca llega el momento mejor para empezar a hacer las cosas y entonces van a haber eventos, van a haber discusiones el año que viene.

Se puede incidir probablemente, entonces tengamos algunas respuestas por lo menos elaboradas entre un grupo de gentes variado, con diferentes visiones, que sean complementarias.

Gracias.

DR. LORENZO

Gracias Homero, Hugo.

DR. HUGO DIBARBOURE

Muy brevemente, para cerrar. Esta reunión tuvo dos objetivos y los dos los acaba de señalar Bagnulo, un objetivo era un objetivo provocador, se dice porque Homero y yo somos un poco provocadores, o hemos sido alguna vez.

El otro objetivo era precisamente recoger los frutos de la provocación y es lo que acaba también de plantear Bagnulo.

Nosotros le queremos comunicar, en las conversaciones previas, porque esto no lo hemos discutido entre el grupo, pero fue surgiendo en el propio transcurso de la reunión, pensamos comunicarnos por vía electrónica con todos los asistentes, tenemos el correo electrónico de la mayor parte de los asistentes, no de todos, y buscar la manera de recibir de esa forma ¿verdad? los aportes que cada uno pueda hacer de los que no han participado en forma expresa en esta reunión.

También veremos de hacer llegar a quienes hablaron sus palabras, para que establezcan las correcciones o las modificaciones que entiendan pertinentes y a partir de ahí ver si efectivamente, no es una tarea fácil, podemos constituirnos de alguna manera en un colectivo heterogéneo, pero capaz de formular propuestas más concretas y prácticas para tiempos mediáticos.

Era lo que les quería decir y reiterar el agradecimiento de la presencia y la participación de todos.