

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE SALUD

Definición de la O.M.S.: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (1947)

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

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

Por otra parte, el artículo 25 de la Declaración Universal de los DD.HH. redactada en 1948 y suscrita por Uruguay, dice:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La SALUD para los medios de comunicación

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

Organización actual de la “salud” en Uruguay.

a) Análisis

1) Personas a asistir

Eramos 3.380.000 habitantes en este país para el año 1998, con una estimación de 3,700.000 ab. para el 2025. Una tasa de crecimiento anual de 0.7; tasa de fecundidad de 2.3; coeficiente de dependencia de 60 %; porcentaje de población mayor de 60 años de 17.2; mortalidad infantil (por 1000) 19 para varones y 14 para niñas; mortalidad de adultos (por 1000) 185 para hombres y 89 para mujeres; esperanza de vida al nacer 70 a. para hombres y 78 a. para mujeres; esperanza de vida sana al nacer 64 años; PBI per cápita anual U\$S 6.802 (PBI total en millones de U\$S 22.300, aprox.)

2) Técnicos

El N° de médicos en el país (para 1996), era de 12.400 (la cifra actual sería de 13.000); el de odontólogos 4.200; el de enfermero/as 2.400; de parteras 500.

Es decir: un médico cada 270 hab. , (ó 36 a 37 médicos cada 10.000 habitantes), un dentista cada 800 hab., una unidad de enfermería por cada 1.380 hab. y una partera cada 6.600. **En este sentido, no existe una relación “ideal” válida -mundialmente establecida- de habitantes por médico** , por lo menos no lo hemos leído en ningún texto, encontramos una mayor o menor relación de n° de habitantes por médico en diferentes países (Cuba 47/10.000, EEUU 26/10.000), pero no una relación óptima y menos aún “vinculante”, basada en un determinado estudio científico. Por otra parte, **en nuestro país existen zonas en las cuales la falta de médicos es crónica y sempiterna, o sea que hubo y hay, 0 médico por 1 habitante.**

3) Grado de cobertura asistencial actual

De esos aproximadamente tres millones trescientos ochenta mil habitantes del país, tienen “cobertura” asistencial el 88% o sea 2.900.000, quedando el 12% (400.000) en aparente desamparo asistencial. En realidad a este 12% que no tiene cobertura formal, lo integran: 1) indigentes indocumentados; 2) aquellos (indigentes o con precarios recursos) que no pueden o no saben concurrir a solicitar la documentación exigida por el MSP (documentación que, cada vez, la vuelven más compleja para los pobres y poco ilustrados); 3) los desconocedores de los mecanismos asistenciales actuales; 4) los que trabajan en “negro” – los informales representan hoy (2004) el 38% de los activos por lo que colegimos que el 12% habrá aumentado- ; 5) los trabajadores independientes que no cotizan a DISSE; 6) aquellos casos – excepcionales- que optan por asistirse en forma privada individual, - pagando consultas, análisis, internaciones en sanatorios, honorarios médicos y anestésico-quirúrgicos, etc., etc., en caso de intervenciones-. Del 88% con cobertura, para el año 1998, un 47% (1,550.000) correspondía a afiliados a la medicina privada llamada “colectivizada” (Imanes, instituciones que no deberían derivar en lucro)) o a otras modalidades del sistema de pre-pago voluntario; el otro 41% (1,350.000) se asistían en el sub-sector público. ASSE-MSP, Municipios, H de Clínicas universitario, H. Militar, H. Policial, Servicios Médicos de Entes Autónomos, etc.

Las informaciones del año 2002, nos dicen que al sub-sector público concurrían 1.500.000 (54%, en aumento) y al Privado colectivizado 1.300.000 (46%, en disminución), sumando 2.800.000, cien mil menos que en 1998, seguramente emigrados.

La relación de N° de usuarios del sub-sector privado colectivizado/N° de usuarios del sub-sector público, se invirtió en el término de cuatro años. Desconocemos las cifras actuales dado que el MSP las niega.

4) Instituciones prestadoras de servicio

-**El sector privado** incluye a las IAMCs, los Sanatorios Privados, los IMAES, las clínicas de Atención, Diagnóstico y Tratamiento, los Seguros Parciales de Atención Médica y de Emergencias y los Consultorios Privados.

-**El sector público** lo integra: el MSP (a través de ASSE), las Intendencias Municipales, el Hospital de Clínicas (de la Universidad de la República), Sanidad Militar, Sanidad Policial, BPS, Bco. de Seguros, Bco. Hipotecario, ANCAP, OSE, Ministerio de Transporte y Obras Públicas. Hay otro prestador de asistencia que se lo considera en el sector “público” y lo es el FNR, que interviene a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada -en realidad, como financiador y fiscalizador-. Los pacientes asistidos por el MSP-ASSE son la mayoría del grupo y pueden asistirse por pago de aranceles o mediante la tenencia de un carné (Carné de Asistencia) que, hasta hace poco, se llamaba “carné de pobre”.

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

b) Gasto en salud para el Uruguay

1998: U\$S 2.292,000.000 = 10.2 del PBI (697 U\$S p/cápita)

2002: U\$S 1.100.000,000 = 11% del PBI (325 U\$S “ “)

Resaltamos que, si bien el porcentaje del PBI dedicado a salud aumentó, en la realidad, la cifra de dinero empleada para ello disminuyó.

Sector Público (1998): U\$S 1.063, 000.000

Promedio por beneficiario.....U\$S 320.00 (1998)

“ “ (2002) U\$S 176.000.000 (MSP)

Promedio por beneficiario:U\$S 117.00 (2002)

U\$S 113.000.000 (Otras instit. Públicas)

“ “ (2002) Total: U\$S 289.000.000 (1.4 % del PBI, 20% del gasto total en salud)
 Sector privado (1995) U\$S 1.272,000.000
 “ “ (2002) U\$S 811.000.000
 Promedio por beneficiario en las IAMCs: U\$S 620 (1995/96)
 “ “ “ “ “ “ U\$S 624 (2002)

Financiamiento

- Sub-Sector Público: Preupuesto nacional (=5.4% del Pres.)
- Sub-Sector Privado - IAMCs: Cuotas, tiques, legados y donaciones. (Voluntario).
 - Fondo Nal. de Recursos: 1) cuotas cobradas por las IAMCs 2) :Pago por actos del MSP y de otros integrantes del Sub-sector

c) Calidad de la medicina

c.1 Calidad de la medicina “curativa”.

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

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

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

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

Hacinamiento en aulas y demás lugares de estudio.

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

Bajos salarios para los docentes, consecuencia directa –también- de la “asfixia” económica a que está sometida -desde que la integramos y aún

antes- la Universidad, fomentando la aspiración a las cátedras con el objetivo –espúreo- de conseguir mejores ubicaciones en el mercado laboral, para mayores volúmenes salariales, debiendo dedicar muchas horas de trabajo, lo que hace desatender la función docente y por ende, las funciones, fundamentales, de asistencia e investigación.

2) Responsabilidades del MSP

-Omiso en el cumplimiento de sus funciones normatizadoras (Ley Orgánica de 1934), fiscalizadoras y reguladoras (evitando superposición de funciones en las fronteras de intereses).

-Incumplimiento, también, de la Ley Orgánica en cuanto que esta ley obliga a concursar las vacantes de cargos. Desde 1971 no se realizan concursos para llenar vacantes con funcionarios presupuestados **titulares**. Hasta hace seis años el MSP tenía solamente seis médicos titulares en sus planillas, de un total de 4.000 cargos médicos y hoy, por fallecimientos y jubilaciones, no debe tener ningún presupuestado titular. Los restantes funcionarios son: a) presupuestados **interinos**; b) **suplentes** (algunos ingresados por un remedo de concurso, con el increíble invento legal “laboral” de tener suplentes “fijos” (permanentes) y eventuales (a convocatoria); c) **contratados** -“410”; contratados por obra, **retenatos**, etc..d) **médicos ocupando cargos no médicos** (administrativos, auxiliares de servicio, etc.), pero cumpliendo funciones médicas- Se podría establecer más de veinte tipos de relaciones jurídicas entre los funcionarios (médicos y no médicos) y el MSP.

-Ausencia de escalafón, no hay escalas jerárquicas, por lo que no hay jefaturas reconocidas lo que, unido a la ausencia de concursos, conspira contra la excelencia funcional del personal dedicado a la asistencia.

-Bajísimos salarios (entre sueldo base, ajustes por aumentos obtenidos en el pasado, antigüedad y etc., consiguen hasta \$2.800 por 24 hs.semanales de trabajo); actualmente ofrecen “incentivos” a algunos grupos o individuos seleccionados sin un criterio equilibrado, justo y en pos de una mejor atención. Lo hacen a través de las Comisiones de Apoyo de las distintas Unidades Ejecutoras, que reciben proventos de ASSE y termina habiendo un manejo político y/o corrupto de este “aumento” de la remuneración.

-Condiciones laborales inseguras, inciertas en todos los sentidos.

-De la combinación de estos factores, uno de sus resultados es el multi-empleo, fantasma laboral de médicos y funcionarios no médicos del sistema asistencial en general, que conlleva **estrés, mala preparación y disposición para la asistencia y mala ejecución de actos médicos.**

-Debilitamiento del apoyo legal del MSP, para el ejercicio de la medicina.

-Recursos humanos y materiales insuficientes. Se trabaja con el 25% del personal “secundario” necesario para funcionar en Policlínicas y Hospitales, en estos últimos hasta se utilizan personas no tituladas, “agregados” como en la medicina del siglo XIX, que comen y duermen en el hospital tomando de los familiares o de los propios enfermos, dinero como propina, Al no estar en planillas ni escalafón, ni pertenecer al “equipo asistencial”, no responden a jerarquías ni reciben -o no cumplen- órdenes, salvo de quienes ellos quieran. Por otra parte, los insumos en medicamentos y/o materiales quirúrgicos necesarios, son retaceados en un grado importante.

-Se debe rescatar elementos que forman parte de la atención primaria. El MSP cumple en cuanto a vacunaciones (con algunas dudas del pasado reciente en el manejo político de la vacuna antimeningocócica), en cuanto a control de plagas y eliminación de vectores y en cuanto a algunas campañas preventivas (lucha contra la hidatidosis).

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

2) Responsabilidades del sector privado colectivo.

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

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

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

remuneraciones) a los técnicos médicos a que acumulen varios de esos fragmentos de cargos.

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

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

Las economías de las IAMCs son (teóricamente) “tubulares” con una boca por donde entran los recursos y una salida de dinero para sueldos (técnicos y de funcionarios), medicamentos y fondos -como el obligatorio de inversiones (al que el PE, no dudó en autorizar echarle mano)-. El CASMU p.e. recibe, entre todos sus ingresos, un aproximado a 15,000.000 de dólares mensuales que se dedican al reparto entre médicos, funcionarios no médicos, medicamentos y deudas financieras.

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

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

c.2 Calidad de la medicina preventiva.

Inmunizaciones. A cargo del MSP, Policlínicas Municipales y de algunas IAMCs. (CASMU, AE 1ª de SM, etc.).

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

Comisión Honoraria para la lucha contra la hidatidosis humana.

Promoción de salud a través de educación y campañas preventivas. Prácticamente a cargo del MSP y con limitaciones (p.e. campaña contra el SIDA)

Rehabilitación. Sobre todo lo realizan algunas IAMCs.

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

El multiempleo merece un análisis aparte, por su responsabilidad en la generación de una mala medicina.

¿Cómo se genera este multi-empleo?

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

Para 1998 el n° promedio de cargos por c/médico era de 2.6, debe hacerse las salvedades de que, en primer lugar, no son cargos de 8 hs. sino fracciones de cargos que ocupan pocas horas diarias de trabajo médico; En segundo lugar y según una encuesta que realizó el SMU en el año 1988, el 7 % -ó más- de los médicos eran desocupados totales y el 29% eran subocupados (35% entre ambos grupos), un 58% con ocupación plena y sólo un 7% que está “super” ocupado. De acuerdo a estos datos se infiere que habría 800 médicos con 5 ó más cargos y otros muchos sub-ocupados o desocupados, 4.200 en total. La ocupación se tiene en cuenta en el conjunto de ámbitos laborales -privado y público- sumados.

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

Objetivos a perseguir y conseguir:

- 1) Una calidad de medicina óptima.
- 2) Una reforma constitucional -o mejor aún: una nueva Constitución- para transformar a la “Salud”, de un deber (como es ahora) en un derecho de todos y cada uno de los habitantes de este país.
- 3) Lograr, por ley, un Sistema Nacional de Salud, que sea solidario, universal, igualitario, equitativo, accesible, integral, a cargo del Estado (como elemento rector), financiado por impuesto a la renta, con intervención de los gremios involucrados (médico y no médicos) y los usuarios organizados, en su administración.
- 4) Priorizar el primer nivel de asistencia, sin detrimento de los demás niveles, con adecuada inmunización y promoción de salud. Esto se puede lograr aún dentro de las actuales estructuras.
- 5) Sancionar la Ley del Estatuto del Trabajador de la Salud, que limitará la tarea de los médicos y no médicos a ocho hs. diarias, dividibles (con la actual realidad), en dos cargos de 4 hs. c/u, correctamente remuneradas. Esta es la única medida que podría terminar con el multiempleo.
- 6) Mejoría de los presupuestos de la Universidad y del MSP, para lograr mejores funcionarios médicos y no médicos.

7) Exigir que todos los cargos titulares –técnicos, médicos y no médicos, así como los administrativos, sean llenados por concurso, tanto en el MSP, en Facultad de Medicina y/o en el futuro Sistema Nacional de Salud.

8) Salvataje verdadero del Sistema privado colectivo (IAMCs) mientras se implementa el Servicio Nacional de Salud. Salvando hoy al “mutualismo” salvamos al menos, la asistencia de casi el 50% de la población.

9) Mejorar las políticas del MSP.

10) Exigir la revalorización periódica de los títulos con el sistema de Educación Médica Continua.

11) Implementar sendas Auditorías Obligatorias: Contable y Asistencial.

..