

LA CONVENCION

1

Organo de difusión de la 8ª Convención Médica Nacional
Publicado por el Comité Organizador - Nº 2 - Marzo de 2004



Editorial

PARTICIPAR ES UN DERECHO Y UNA RESPONSABILIDAD

La octava Convención Médica Nacional está en marcha. Ha comenzado el análisis de las unidades temáticas vinculadas a la organización sanitaria nacional y a las condiciones ético legales, laborales y de formación profesional.

Las Comisiones Relatoras han elaborado sus primeros informes, que en este mismo ejemplar de la separata "La Convención" de *El Diario Médico* están llegando a todos los médicos del país y, a través de nuestro sitio web (www.convencionmedica.org.uy) a los médicos compatriotas en todo el mundo. Las Comisiones seguirán trabajando y recibiendo aportes de las Asambleas Zonales y de quienes deseen hacer llegar sus sugerencias o vincularse a la tarea concurrendo a las reuniones que periódicamente realizan.

Comienza muy pronto el análisis de los temas por estas asambleas zonales. Será sin duda una etapa fermental de intercambio y reflexión colectiva, que se constituye en uno de los atributos más trascendentes del proceso convencional.

Los aportes, las diferentes visiones y determinación de prioridades resultantes de la experiencia de cada uno, la crítica constructiva, la afirmación de conquistas y logros, culminarán conformando propuestas que contribuyan a obtener los objetivos de la Convención, en el marco de una discusión amplia, tolerante y respetuosa de las diferentes opciones.

La opinión de los médicos no debe ser la única, pero es indiscutiblemente necesaria para analizar y mejorar la atención médica y la salud. Y los médicos sentimos el derecho y la responsabilidad de emitirla.

Para que se constituya realmente en la expresión colectiva de los médicos, debe cumplirse un requisito fundamental: la participación; la integración a la tarea; la demostración del interés y preocupación de todos por estos temas.

Seguramente todos los médicos tenemos algo para aportar; porque estos temas hacen a nuestra vocación, a nuestra preocupación y responsabilidad hacia los individuos y la comunidad, a nuestra formación impregnada en nuestro compromiso con la gente, a nuestro respeto por la tarea y por la dignidad de nuestra profesión.

Los temas y la instancia merecen y requieren el aporte de todos, porque entre todos podremos lograr un Uruguay saludable.

Dr. Tabaré Caputi

La Convención cerca de tod@s

Asambleas regionales y funcionales. Tu participación es imprescindible

Entre el 12 de abril y el 30 de junio próximos estarán en funcionamiento las Asambleas de la VIII Convención Médica Nacional donde se analizarán los Documentos elaborados por las Comisiones, se propondrán modificaciones, se recibirán los aportes de los colegas y se elegirán los Delegados al Plenario.

Las Asambleas se organizarán bajo dos modalidades: regionales y funcionales (por lugar de trabajo).

Las primeras serán convocadas por el Comité Organizador en las distintas zonas de Montevideo y la instalación de las segundas se podrá solicitar con la firma de 30 colegas de un centro laboral ante el Comité Organizador (Montevideo).

El funcionamiento de las Asambleas constará de tres instancias:
a) instalación –donde se repartirán los documentos bases del análisis-
b) discusión de los mismos
c) aprobación de los documentos y elección de los delegados al Plenario.

Esperamos la participación de tod@s, para intentar lograr juntos un Uruguay saludable.

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA Y COLEGIACIÓN

La Comisión ha definido dos áreas de trabajo:

a) Colegiación médica

b) Ética médica

a) Colegiación. En la medida que existe un proyecto de Ley sobre Colegiación Médica, el que está a estudio del Poder Legislativo, la Comisión ha resuelto hacer un seguimiento del proceso parlamentario del mismo.

Se mantuvieron entrevistas con el miembro de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes Diputado Dr. José Luis Gallo, quien informó que el 10 de marzo la Comisión de Salud aprobó el proyecto por unanimidad y en este momento pasa a consideración del Plenario de la Cámara de Diputados, estimándose muy probable su aprobación. Luego de esta instancia, los esfuerzos de la Comisión se dirigirán hacia la Cámara Alta, a fin de lograr su rápida aprobación.

b) Ética. En esta área, la Comisión ha realizado una revisión del Código de ética vigente en SMU y FEMI desde 1995 y 1996 respectivamente.

Se han hecho las siguientes modificaciones:

Relación médico-paciente

Se modificó la redacción reafirmando el derecho del paciente de recibir una completa y veraz información sobre su enfermedad y tratamientos a recibir, respetando al

mismo tiempo la capacidad del médico de decidir la forma y oportunidad de brindar la misma para evitar eventuales perjuicios para el paciente. Se reafirma la obligación del médico de clarificar los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos así como de eventuales carencias materiales que comprometan el acto médico. Asimismo se ampara al médico en su derecho de reclamar los recursos adecuados y suficientes para su actividad.

Se incorporó el derecho del paciente de recurrir a otras alternativas diagnósticas o terapéuticas diferentes a las propuestas por el médico tratante, en la medida que no atenten contra su seguridad.

Se amplía la definición de conductas antiéticas en el ejercicio de la profesión, incorporando la figura del "autopase".

Se incorpora la obligación ética del médico de denunciar los casos de "útero de alquiler" cuando tenga conocimiento de los mismos. Se define el carácter antiético de la clonación humana con fines reproductivos.

Se describe con mayor precisión la obligación ética de evitar el "ensañamiento terapéutico" en pacientes terminales, así como la importancia de la preservación del individuo en muerte encefálica, para eventual trasplante de órganos y tejidos. Se incorpora la obligación del médico tratante de continuar la

asistencia de sus pacientes cuando entran en etapas terminales de la enfermedad con la misma dedicación y responsabilidad, así como brindarle confort y dignidad en el momento de la muerte.

Se define más claramente la obligación ética del médico de respetar la decisión válida y documentada del paciente, así como se reconoce el derecho al amparo del médico en objeción de conciencia, cuando es factible.

Se condena la participación del médico en el tráfico de órganos.

La tortura y los actos inhumanos o degradantes

Se mantiene el texto original salvo en el artículo que obliga al médico a la denuncia de los mismos ampliando su responsabilidad, aun en aquellos que no están bajo su responsabilidad médica.

Asistencia a grupos específicos de pacientes

Se modificó la redacción de los artículos referentes al paciente psiquiátrico buscando una redacción más concisa y clara.

Se definió el marco ético del médico frente al ayuno y la huelga de hambre como medida de lucha.

Se condena la participación del médico en la pena capital.

Relación con colegas

Se ampara el derecho del paciente de pedir una segunda opinión y se reglamenta el relacionamiento entre el médico tratante y el médico consultante.

Plenario de Comisiones Hacia la 8ª Convención Médica Nacional ¿EN QUÉ ANDA LA CONVENCION MÉDICA NACIONAL?

TE ESPERAMOS

Los esperamos:

A LOS / LAS QUE YA ESTÁN INTEGRADOS A LA DISCUSIÓN
A LOS / LAS QUE TODAVÍA NO ESTÁN PERO ESTÁN CON GANAS
A LAS / LOS QUE QUIEREN SABER COMO VIENE LA MANO CON LA CONVENCION

El sábado 27 de marzo en el Local Sindicato Médico del Uruguay

Programa

8:00 a 8:30 hs. Acreditación.

8:30 a 8:45 hs. Informe del Presidente del Comité Organizador

8:45 a 10:00 hs. Informe de las Comisiones: - Colegiación y Bioética.
- Formación
- Trabajo Médico
- Sistema de Salud

10:00 a 10:15 hs. Descanso. Integración de los Grupos de Discusión

10:15 a 11:45 hs. Discusión de los Grupos Conformados

11:45 a 13:30 hs. Plenario. Informe de los Grupos

13:30 hs. Asado de Camaradería – Vino – Música (TIQUET PARA EL ASADO: \$ 50)

COMISION: POLÍTICAS DE SALUD - ATENCIÓN MÉDICA, ORGANIZACIÓN, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO

CAPÍTULO 1-DIAGNÓSTICO

1. La salud como derecho

El derecho a la salud no está reconocido a texto explícito en la Constitución de la República.

La primera mención a la salud en un texto constitucional, que se mantiene, data de 1934. En la Constitución de ese año, en el artículo 43 (hoy artículo 44), se expresa: “*El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.*”

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

La VII Convención Médica Nacional realizada en julio de 1984 entendió necesario consagrar el derecho a la salud a texto expreso en la Constitución de la República.

2. El sector salud en el Uruguay

Clásicamente se considera al sector salud en el Uruguay como integrado por dos subsectores: el **público** y el **privado**.

A ello deben agregarse el **Fondo Nacional de Recursos** y los **seguros parciales**.

Un segundo problema lo constituye la existencia de dos subsectores, público y privado, éste integrado por instituciones con y sin fines de lucro, que proporcionan un panorama caracterizado por una gran segmentación de la población asistida y de la oferta de asistencia médica, una marcada superposición de servicios y subutilización de recursos.

El desarrollo del sector salud parece haber seguido pautas de mercado y no estrictamente lineamientos derivados de las necesidades de la población ni de políticas sanitarias claras, consensuadas y de largo plazo.

2.1. Subsector público

Está constituido por:

Ministerio de Salud Pública,
Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas,
Sanidad Policial,
Universidad de la República (Hospital de Clínicas e Instituto de Higiene),
Banco de Previsión Social,
Banco de Seguros del Estado,
Gobiernos Departamentales,
Entes Autónomos,
y Servicios Descentralizados.

Se observa la existencia de gran cantidad de efectores a nivel público, con escaso grado de coordinación, pese a que la crea-

ción de ASSE tuvo explícitamente ese cometido.

2.1.1. El Ministerio de Salud Pública fue creado en el año 1934. Se rige por su Ley Orgánica, número 9.202, de ese año. En dicha Ley no se establece, a texto expreso, ninguna potestad para el MSP en cuanto a la fijación de políticas en materia de salud, lo que se vino a concretar recién en 1967 con la creación de la Dirección Nacional de Salud (DIGESA). En diciembre de 1985, el Poder Ejecutivo elaboró un proyecto de ley por medio del cual se creaba el Sistema Nacional de Salud, recogiendo en parte las recomendaciones de la VII Convención Médica Nacional de 1984 y de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO, organismo multipartidario y multisocial que funcionó hacia fines de la dictadura y primeros meses de reinstauración de la democracia). En ese proyecto se consagraba legalmente el derecho a la salud y se determinaba para el MSP la responsabilidad de definir la política de salud y formular, ejecutar y evaluar el Plan Nacional de Salud.

2.1.2. Las prestaciones asistenciales del Ministerio de Salud Pública se realizan a través de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), que es un organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública creado por la Ley de Rendición de Cuentas 15.903 del año 1987. Compete a ASSE administrar los establecimientos y servicios del MSP y coordinar con otros establecimientos públicos para evitar superposiciones de servicios y subutilización de recursos (objetivo que no se concretó), organizar la atención del primer nivel a través de médicos de familia, y se le faculta, por esta Ley, a transferir la administración o el uso total o parcial de los establecimientos asistenciales propios a las Intendencias y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

Se estima que el sector público, incluido el MSP a través de ASSE, atiende al 53% de la población incurriendo para ello con el 20% del gasto total en salud.

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de la Salud (DIGESA), creada por la Ley de Presupuesto de 1967 y reglamentada en 1973, es el encargado de **fijar las políticas sanitarias en el país**.

Esto supone, aunque ASSE sea un organismo desconcentrado y por la dependencia que este organismo tiene del MSP, la radicación en éste de ambas funciones esenciales: control y prestación de servicios de asistencia.

Un mismo organismo, el Ministerio de Salud Pública, reúne en su seno diversas potestades y funciones asignadas por la Ley Orgánica del propio Ministerio y por las disposiciones que crearon ASSE y DIGESA.

No existe una política de Estado en materia de salud y es evidente la discontinuidad en las orientaciones del MSP.

2.1.3. Otras instituciones públicas que brindan asistencia son el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas (SSFFAA), dependiente del Ministerio de Defensa Nacional, que cubre al personal en ejercicio, familiares directos y retirados de las Fuerzas Armadas, y que cuenta con un Hospital en Montevideo con más de 400 camas.

La Dirección Nacional de Sanidad Policial, que depende del Ministerio del Interior, que cubre a los funcionarios de este Ministerio, familiares y retirados, y que cuenta con un Hospital con unas 60 camas. La cobertura de los funcionarios del Interior se realiza a través de convenios con las IAMC.

Entre el SSFFAA y la Dirección Nacional de Sanidad Policial se brinda cobertura a más de 300.000 personas.

El Hospital de Clínicas, que depende de la Universidad de la República, tiene más de 500 camas y realiza actividades de asistencia, docencia e investigación.

El Banco de Previsión Social brinda servicios de atención materno infantil a trabajadoras de la actividad privada y cónyuges de trabajadores de la actividad privada y otros servicios. Tiene un sanatorio en Montevideo.

El Banco de Seguros del Estado también cuenta con sanatorio propio y se encarga de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

Los Gobiernos Departamentales cubren a sus funcionarios mediante convenio con las IAMC, pero además expiden, aunque no en forma monopólica, carné laboral y realizan examen de aptitud para obtener la autorización para conducir vehículos, además de servicios de atención médica a la población que tienen escasa coordinación con IAMC y MSP.

Algunos Entes Autónomos y Servicios Descentralizados también brindan servicios médicos de atención ambulatoria.

2.2. Subsector privado

2.2.1. Está constituido principalmente por las **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)**, entidades privadas sin fines de lucro, que prestan sus servicios de atención directamente o contratando servicios.

Funcionan como entidades prepagas que realizan una selección muy limitada de los riesgos inherentes a sus afiliados, y a quienes tienen la obligación de prestarles una atención integral definida por el Ministerio de Salud Pública (asistencia ambulatoria y de internación). Sus afiliados constituyen un conjunto de personas que aseguran los riesgos de su salud mediante dos modalidades de prepago: obligatorio y voluntario.

Cubren al 47% de la población del país, incurriendo para ello con un gasto muy superior al del sector público.

Existe una inequidad insoslayable entre el sector público y el privado. Ambos asisten a porcentajes similares de población. Pero mientras el sector privado cuenta con el 80% de los recur-

sos, el sector público sólo cuenta con el 20%.

Existen 50 IAMC, 16 en Montevideo y 34 en el Interior del país.

Según los últimos datos disponibles, el 60% de la población de la capital del país está afiliado a una IAMC, mientras esa proporción es del 37% en el interior.

Hay una segunda gran inequidad constatable en cuanto al porcentaje de población afiliada a las IAMC –que brindan el mejor nivel comparado de asistencia–, entre el Interior y Montevideo, producto de diferencias económicas, culturales y vinculada también a la forma de cobertura a través de la seguridad social (sólo a los trabajadores activos de la esfera privada).

Las IAMC se clasifican, de acuerdo con el Decreto Ley 15.181, de agosto de 1981, en asociaciones asistenciales, cooperativas de profesionales y servicios de asistencia.

Esa misma norma y sus decretos reglamentarios dictados por el MSP en marzo de 1983, determinan las prestaciones que las IAMC deben brindar a sus usuarios, las exigencias a las IAMC, el requisito de autorización previa para sus inversiones, la clasificación de las IAMC de acuerdo a sus recursos y calidad de sus servicios y los derechos de los afiliados, así como disposiciones relativas a los cuidados especiales y a la obligación de brindar información económico-financiera y técnico-asistencial al MSP.

Las IAMC son instituciones privadas de asistencia médica sometidas a una pluralidad de regulaciones, al contrario de otros servicios de asistencia privados. Constituyen el eje del actual sistema, pese a lo cual no tienen controlados la mayor parte de sus insumos. Tampoco garantizan la accesibilidad a las prestaciones ni a los que se aseguran obligatoriamente por medio de la Seguridad Social o convenios ni a los que lo hacen voluntariamente en forma individual. Cubren a prácticamente la mitad de la población, pero en los últimos años no ha cesado la transferencia de usuarios de este sector al sector público. La situación económico-financiera de la mayor parte de las IAMC las pone al borde de la viabilidad y muchas han debido cesar su actividad. Se han comprobado deficiencias serias en el gerenciamiento de muchas de ellas.

Los recursos de las IAMC provienen de las cuotas que aportan las familias y los individuos por su propia afiliación, las cuotas que aportan los organismos públicos que suscriben convenios de asistencia con ellas para la cobertura de su personal, las cuotas que aporta el Banco de Previsión Social por los trabajadores activos del sector privado y que provienen a su vez del aporte mixto (patrono-empleado) a la Seguridad Social, y de los copagos que deben realizar los afi-

liados para beneficiarse de la mayoría de los servicios excepto la internación (órdenes de asistencia centralizada y ambulatoria, para la realización de estudios paraclínicos y para obtener medicamentos). Estos copagos tuvieron inicialmente una finalidad moderadora del consumo de servicios por parte de personas que realizan un prepago, pero a partir de 1993 fueron liberados y perdieron la razonable correspondencia con ese fin.

Hay una gran diversidad de fuentes de recursos de las IAMC aunque existe, directa o indirectamente, una dependencia muy importante del Estado. No está asegurada la accesibilidad de la población afiliada a los servicios que prestan las IAMC, debido al menoscabo del poder adquisitivo de la población, lo que ha contribuido a que un contingente importante de afiliados se haya traspasado al sector público o consulte puntualmente en éste.

Las IAMC tienen una población muy envejecida lo que supone una mayor utilización de recursos como consultas, días cama, intervenciones quirúrgicas y medicamentos. La población de adultos mayores afiliada a las IAMC es un porcentaje mayor que el de la población general. A nivel del país los mayores de 65 años constituyen el 12.8 % del total según el censo de 1996, y actualmente se estima que ese porcentaje está en el 14%.

El carácter solidario del sistema se pierde al disminuir la población joven y sana afiliada a las IAMC y al haberse establecido una cuota fija independiente de los riesgos y de la situación económica de las personas.

2.2.2. Seguros parciales

Constituyen entidades privadas con fines de lucro, de las cuales las más importantes son las **emergencias móviles**, algunas de las cuales se han formado últimamente en la órbita de las IAMC aunque su origen fue precisamente brindar un servicio que ni éstas ni el MSP cubrían.

Las emergencias móviles son unidades móviles especialmente equipadas para tratar pacientes con desequilibrios de uno o más sistemas fisiológicos principales en el sitio donde se hallare el paciente y trasladarlo.

Comenzaron siendo un fenómeno típicamente capitalino y como unidades móviles para la atención de eventos cardiovasculares (“unidades coronarias”), pero luego se extendieron por todo el país y terminaron asistiendo prácticamente cualquier quebranto real o supuesto de salud, incluso realizan consultas de policlínicas.

Se estima que los ingresos de las emergencias móviles rondan en alrededor de 80 millones de dólares al año, es decir un quinto de los ingresos de las IAMC.

Están sometidas a una muy escasa regulación y realizan selección de riesgos.

En los hechos, sea por la razón que fuere, como dijimos, las emer-

gencias móviles han ampliado su cobertura a situaciones no previstas originalmente por la normativa que las contempló, y se han constituido a partir de ellas policlínicas e instituciones que compiten con las IAMC.

Las emergencias móviles y en general los seguros parciales constituyen dentro del sistema de salud, un sector privado con fines de lucro, que nace como consecuencia de la desatención de determinados servicios por parte del MSP y de las IAMC, que carece de un marco normativo, y que, al mismo tiempo que selecciona riesgos los transfiere a las IAMC y al sector público.

2.3. Fondo Nacional de Recursos e IMAES

Fue creado en 1980 y está regulado por la Ley 16.343 de enero de 1993. Funciona como un seguro público para financiar la cobertura de toda la población en procedimientos de diagnóstico y tratamiento de tecnología de alto costo.

Los recursos provienen del aporte obligatorio de los usuarios de las IAMC y del Ministerio de Economía por los usuarios de los servicios de ASSE aunque en este caso los pagos al FNR se hacen por acto y no mediante la modalidad de prepago. Dichos aportes son totalmente independientes de la situación económico-financiera de las familias y del riesgo de los asegurados.

El FNR es completamente inequitativo en cuanto al aporte, en tanto éste es independiente del riesgo y de la situación económica del aportante.

El Estado incumple la ley desde el comienzo mismo del sistema al aportar por los usuarios del MSP sólo por acto y no mensualmente como lo establece la norma.

El FNR brinda las prestaciones a través de Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), que son entidades públicas o privadas, algunas de ellas organizadas por las IAMC.

Los gastos del FNR han seguido una línea ascendente que va más allá del tiempo requerido para dar cumplimiento a la demanda insatisfecha acumulada antes de su creación.

Ante esa realidad las variables de ajuste del FNR han sido, según la época, la cuota que aportan los afiliados, intentos para redimensionar el paquete de prestaciones y control de gastos.

Se comprueba una gran inequidad en cuanto a las prestaciones del Fondo. Si la población asistida por los subsectores privado y público es similar y si la población asistida por el MSP es de mayor riesgo, no se justifica fácilmente porqué la mayor cantidad de actos financiados por el Fondo en una gran variedad de técnicas pertenecen en cambio al subsector privado.

3. Recursos humanos

3.1. Cantidad, distribución y formación. Según los datos disponibles, existen 13 000 médicos en el país (1 cada 240 habitantes), de los cuales, según una fuente consultada, el 94% son especialistas y sólo 6%

médicos generales.

La mayoría de los médicos está concentrada en Montevideo.

Existe 1 médico cada 5 enfermeras, cuando la relación en países desarrollados como Inglaterra y Canadá es la inversa.

La tasa de crecimiento de la población médica es muy superior a la tasa de crecimiento de la población. De acuerdo a este crecimiento, se estima que para el 2020 existirán en el país unos 25.000 médicos.

A la Facultad de Medicina ingresan aproximadamente 1.200 estudiantes por año. En 1980 ese número fue de 768. La deserción es muy alta (la relación egresos/ingresos ha rondado a lo largo de los años en 50%) y egresan aproximadamente unos 600 médicos por año formados especialmente en clínicas hospitalarias y como recurso humano que tiende a prestar servicios de alta tecnología y a concentrarse en espacios sanatoriales u hospitalarios a la hora de ejercer su actividad.

Contrariamente, el crecimiento en el número de ingresos y egresos del Instituto Nacional de Enfermería no ha sido tan importante, pasando los ingresos de 494 estudiantes en 1990 a tan sólo 701 en 2002, y los egresos de 45 en 1990 a 100 en 2002. El número total de egresos del Instituto Nacional de Enfermería en el período de doce años comprendido entre 1990 y 2002 supera en un par de cientos al número de ingresos anuales a la Facultad de Medicina.

La formación de recursos humanos en salud no se compadece ni con el perfil epidemiológico del país ni con las actuales necesidades del mercado.

3.2. Retribuciones

Un porcentaje muy bajo de médicos se apropia de un porcentaje muy elevado de la masa salarial total.

Las diferencias entre los salarios de la actividad pública y privada para la misma función son notorias, y existen también diferencias muy importantes en este aspecto al interior de cada subsistema.

La categoría de médicos empresarios con afán de lucro —fenómeno que no es nuevo históricamente como se afirma con frecuencia— introduce, más allá de las diferencias en las remuneraciones, otra desigualdad que es la existente entre los propietarios de los medios de producción y aquellos profesionales que no lo son.

El desempleo y la subocupación entre los médicos son problemas que adquieren una importancia primordial y superarlos es una prioridad fundamental.

Además, en los últimos años, la desvalorización de instrumentos gremiales y el surgimiento de pujas corporativas para conseguir crecimientos del salario y mejores condiciones de trabajo han acentuado las diferencias y marcan un punto de partida de dificultades ciertas para diseñar planes y organizaciones nacionales de salud con acento en el usuario.

4. El gasto en salud

El gasto público en salud forma parte del gasto social. Este, a su vez, está conformado, según una metodología propuesta, por el gasto en educación, salud, vivienda e

INAME y constituye aproximadamente el 27% del presupuesto nacional o 6% del PBI.

El gasto total en salud, público y privado, se ha ido incrementando en los últimos años y constituye actualmente el 11% del PBI. En esta cifra están incluidos:

- el gasto público en salud (MSP, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas e Instituto de Higiene). Esto representa —datos de 1999— el 2% del PBI y el 9% del presupuesto nacional ejecutado. Significa, visto de otra manera, que en ese año se gastaron en salud 430 millones de dólares, vale decir, 254 dólares por usuario de la salud pública, mientras el gasto privado en salud, el restante 9% del PBI, representa unos 1000 dólares por usuario.

En lo que respecta al gasto público en salud, cabe destacar que su composición, ese año, demuestra que.

- el MSP gastó 314 millones de dólares
- Sanidad Policial y Sanidad Militar 84 millones de dólares
- Hospital de Clínicas e Instituto de Higiene 32 millones de dólares.

Cuando se habla del porcentaje del gasto en salud con respecto al PBI debe remarcarse que éste ha sufrido una caída sostenida hasta el presente y que los insumos para los servicios de atención médica, medidos en dólares, se han incrementado notoriamente, así como se han hecho más rigurosas las condiciones de pago.

Como datos adicionales, cabe recordar que el gasto social, incluida la salud, es de aproximadamente el 27% del presupuesto nacional, el mismo porcentaje que lo que se gasta en administración de gobierno y muy poco más que en transferencias a la seguridad social.

Un alto porcentaje del PBI comparado internacionalmente, se destina a la salud, pero se verifica una gran inequidad cuando se estudia la distribución de ese gasto en los dos subsistemas, público y privado, e incluso dentro de cada subsistema.

Una parte muy importante del gasto se destina a la atención médica mediante alta tecnología de elevado costo en detrimento del primer nivel y de las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El gasto público en salud es una variable de ajuste en función de objetivos de política macroeconómica, principalmente fiscal.

A la hora de evaluar el gasto en salud, cabe anotar que Uruguay está en el número 33 del ranking de la OMS en cuanto a cantidad de dólares per cápita asignados a la salud, o sea en el 20% de los países que más recursos destinan a ella, pero es superado en cuanto a resultados por el 90% de los países que destinan recursos similares.

Es evidente que existe una utilización no adecuada de los recursos en salud, tanto si se observa la realidad interna del sistema, como si se analizan los resultados globales en salud y se los compara a nivel internacional.

Una parte no despreciable del gasto, en la lógica de mercado en la que se mueve la mayoría de las instituciones, se destina a construir la “imagen” de las instituciones y

promoción de ventas, es decir al marketing institucional.

5. El modelo

La asistencia médica en Uruguay funciona de acuerdo a cinco paradigmas:

1. **biológico** desde el punto de vista de la concepción etiopatogénica, fisiopatológica, diagnóstica y terapéutica de la enfermedad
2. **hospitalocéntrico o nosocomial** desde el punto de vista del espacio normalizado de actuación, adaptado a la atención de los quebrantos puntuales de salud y mediante alta tecnología.
3. **asistencialista** desde el punto de vista de la oportunidad del acto médico
4. **tecnológico** en cuanto a la jerarquización de los instrumentos para llevar a cabo el acto médico
5. **paternalista** desde el punto de vista de la participación del paciente individual y de los grupos en la toma de decisiones referidas a su propia salud.

Las acciones vinculadas a la promoción de salud, prevención de enfermedad, diagnóstico temprano de ésta y rehabilitación, son escasas, involucran a recursos humanos limitados a los que se les retribuye inadecuadamente y no se les motiva para cumplir su función; constituyen una constelación de actividades no coordinadas y de escaso impacto, y últimamente han pasado a constituir parte no de una legítima preocupación por la salud colectiva sino de estrategias de marketing de empresas que buscan diferenciar su producto de acuerdo a la lógica del mercado.

El modelo no es adecuado al perfil epidemiológico actual del país y se dedica casi exclusivamente, con alto costo y escasos resultados, a atender episodios de enfermedad.

En la base de este modelo, entre otros factores, está la concepción predominante de enfermedad como hecho puntual y de salud como fenómeno oculto.

6. Resultados sanitarios globales

Los indicadores habitualmente utilizados para medir los resultados sanitarios globales de un sistema de salud como la mortalidad infantil y la mortalidad evitable, sitúan a Uruguay a nivel internacional entre los países con mayor desarrollo.

La mortalidad infantil es de 14‰. Pero nuestro país estaba situado mucho mejor en el contexto latinoamericano a mediados del siglo pasado, cuando ocupaba el primer lugar en cuanto a reducción de mortalidad infantil. Actualmente es superado en esa materia por Cuba, Costa Rica y Chile.

A su vez, este porcentaje global, igualmente aceptable, esconde diferencias muy importantes desde el punto de vista geográfico e institucional. Montevideo tiene zonas diversas si se lo mira desde este ángulo, con tasas de mortalidad infantil que varían entre 4‰ y 30‰, y la mortalidad infantil no es igual entre los usuarios del subsistema público y del privado.

7. Conclusiones

Del panorama anteriormente expuesto y del análisis de otros elementos que se excluyen por razones de espacio, se desprenden algunas conclusiones:

1. El sector salud en el Uruguay **es extremadamente complejo**, tanto en lo que respecta a las prestaciones como al flujo financiero.

Una idea aproximada de dicha complejidad se tiene al contemplar el siguiente cuadro donde en líneas discontinuas se muestra el flujo financiero y en líneas continuas el flujo asistencial:

2. El sistema **no asegura una cobertura universal**. Particularmente los niños y jóvenes, ancianos, trabajadores informales y muchos del sector público y los desocupados, no tienen asegurada su cobertura desde el punto de vista formal.

3. Es un sistema **fuertemente inequitativo**, tanto en la forma de **financiación** (con la excepción tal vez de la ex DISSE), como en la **distribución y uso de los recursos** si se compara el subsector público con el privado y al interior de cada uno de ellos, inequitativo en lo que se refiere a la **calidad** e incluso **cantidad** de las prestaciones, y también en cuanto al **salario, condiciones de trabajo y acceso al mercado laboral** de los trabajadores médicos y no médicos, esto también al interior de cada subsistema, e inequitativo por último en cuanto a la **regulación y a las variables de ajuste económico** ante contingencias.

4. La población no tiene asegurada la **accesibilidad** al sistema al que está en gran medida obligada a aportar y no tiene asegurada tampoco la **participación** en ninguna de las etapas de la toma de decisiones.

5. El modelo es **fuertemente asistencialista**, funciona a demanda de la población, no está adaptado al perfil epidemiológico y demográfico del Uruguay, las acciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación son de escasa magnitud, y dirige la mayor parte de sus recursos económicos y la formación de sus recursos humanos la alta tecnología.

6. Incurrir en un **gasto elevado del PBI** del país sin tener objetivos claros en materia de salud, sin una política de Estado en la materia y sin que, pese a que los resultados obtenidos no se corresponden con ese gasto, se evidencie, más allá del discurso, una clara voluntad política de cambio.

7. Así constituido es un sistema complejo con un **elevado entrecruzamiento de poderes, conflictos de interés y gran poder lobista** que hace muy dificultosa la toma de decisiones, en caso de que hubiera claridad y voluntad de tomarlas.

8. Se verifican **resultados sanitarios pobres** en relación con el gasto y deterioro de la posición relativa del Uruguay en la materia a nivel internacional

9. Es por todos constatable la gran **insatisfacción** tanto de los usuarios como de los médicos y funcionarios con el modelo analizado.

Entrá al sitio web

www.convencionmedica.org.uy

Ya está disponible el sitio web de la Convención, en el cual se encuentran todos los materiales producidos hasta el momento, una reseña histórica de las convenciones médicas en Uruguay y otros materiales de interés.

INFORME DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA

PREGRADO

Resumen de algunos datos:

1) Ingreso-Egreso: El ingreso a la Facultad de Medicina se realiza por inscripción libre y voluntaria de los estudiantes que hayan completado el ciclo de enseñanza Secundaria (opción Biológica). El número de estudiantes que ingresan cada año a la Facultad de Medicina es superior a 1100 desde el año 1999 (1200 estudiantes inscriptos en el año 2004). El porcentaje de estudiantes que egresan de la Facultad en el plazo del currículo (8.5 años) varía entre 16.3% y 23.5%. Para las generaciones de ingreso estudiadas (desde 1985) menos del 50% de los estudiantes egresan de la Facultad.

2) Etapa preclínica: Esta comprende en forma sucesiva el Ciclo Básico (0.5 año) y el ESFUNO (Ciclo de Estructuras y Funciones Normales: 2.5 año). El 17% de los estudiantes que ingresan finaliza la etapa preclínica en los plazos del currículo, mientras que el 47% de los inscriptos lo hace luego de 9 años. Sin embargo sólo un 2% de este porcentaje se retrasa más de 2 años. En todos los cursos del ESFUNO menos del 40% aprueba el curso en el primer período (3 períodos de examen/año), siendo menor del 60% luego del tercer período.

3) Etapa clínica: Esta comprende: CEFA (Ciclo de Estructura y Funciones Alteradas: 0.5 año), CIMI (Ciclo Introductorio a la Medicina integral: 0.5 año), CICLIPA 1 (Ciclo Clínico Patológico: 1 año), CICLIPA 2 (1 año), Ciclo Materno Infantil (1 año), Internado Obligatorio (1 año). Independientemente del retraso en el egreso de esta etapa que implica el egreso de la Facultad, sólo el 5% no lo superan. El 100% de los estudiantes que llegan al Internado obligatorio lo aprueban, siendo la calificación 12 (sobresaliente) la obtenida por el 88.7% de los estudiantes.

Los datos antes mencionados fueron extractados "Las pruebas escritas de opción múltiple. Aportes para una mejora". E. Macri, 2202.

POSGRADO

En el año 1951, el Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Mario A. Cassinoni presentó ante el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina el proyecto de creación de la Escuela de Graduados. El 18 de setiembre fue aprobado el texto definitivo que resumía los proyectos presentados.

La EG ofrece capacitación para la obtención de títulos de Especialistas, Diplomaturas, Maestrías y Doctorados. Tiene como objetivo ampliar la capacitación profesional lograda en programas de grado o de posgrado.

Está dirigida por una Comisión presidida en la actualidad por el Prof. Dr. Jorge Torres e integrada por miembros de los tres órdenes: docente, egresado y estudiantil.

Se llevan adelante el desarrollo de 50 especialidades destinadas a médicos. Estas consisten en la formación en un área restringida del ejercicio de la profesión médica que debe tener un campo de acción definido, tal como lo define el reglamento de la escuela.

El Consejo de la Facultad dispuso en 1994, que el ingreso a todas las especialidades fuera a través de prueba de ingreso, determinando la creación de cupos en base a la capacidad docente de cada servicio docente.

Por resoluciones del Consejo de la Facultad de Medicina de fechas 30/04/97 y 29/04/98 (resolución

Nº 42 y Nº 59) se determina la residencia como prueba de suficiencia de ingreso a varias especialidades médicas y quirúrgicas que veremos a continuación.

El ingreso a las carreras de posgrado se realiza de diferentes formas:

– Por cargo de residente exclusivamente y con cupo: anestesia, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, ginecología, neurocirugía, traumatología y ortopedia. Cirugía pediátrica y torácica son especialidades secundarias para lo que es condición actualmente ser jefe de residentes con título de cirujano general.

– Por prueba de residente con cupo, no exclusivamente con cargo de residente: Anatomía patológica, dermatología, fisiología, laboratorio clínico, medicina intensiva, nefrología, neurología, oftalmología, oncología médica, oncología radioterápica, ORL, radiodiagnóstico, urología.

– Por prueba de residencia sin cupo: administración de servicios de salud, Medicina familiar y comunitaria, medicina interna, pediatría, psiquiatría y psiquiatría pediátrica.

– Curso introductorio con cupo: cardiología, cardiología pediátrica (especialidad secundaria a pediatría o cardiología), cirugía cardíaca, CTI de niños (especialidad secundaria a pediatría, prueba y entrevista personal), endocrinología, Enfermedades infecciosas, farmacología, gastroenterología, hematología, hemoterapia, medicina legal, medicina nuclear, microbiología, neonatología (especialidad secundaria se requiere ser pediatra y además de la prueba entrevista personal), neumología, parasitología, geriatría, reumatología.

Los criterios para la determinación de los cupos de ingreso a los cursos se ha realizado en forma dispar en los diferentes servicios docentes: capacidad docente según horas docente; teniendo en cuenta actividades de pregrado; número de alumnos de posgrado, número de pacientes, etc. Es necesario tener criterios comunes para determinar el número óptimo para brindar una formación adecuada del especialista.

Otro elemento a tener en cuenta al fijar los cupos, es el número de especialistas existentes en el país, su distribución territorial y una estimación de las necesidades reales de cada una de ellos, en el marco del cambio de modelo asistencial que en teoría todos creemos imprescindible para asistencia médica calificada y equitativa de nuestra población.

Debemos también llegar a un acuerdo en cuanto al tipo de evaluación que se debe realizar para el ingreso al posgrado: prueba tradicional en dos etapas en base a temas exclusivamente de la especialidad que se va a cursar; otra modalidad podría ser con una primera prueba de aspectos generales de la medicina con hincapié en la Bioética, metodología de la investigación y políticas de salud común a todos los cursos o una similar pero común de cada área y una segunda prueba específica de la especialidad. Otra serie de aptitudes a evaluar podrían ser: escolaridad (teniendo en cuenta algunos de los ciclos como el CICLIPA) lo que mejoraría la dedicación de los pregrados; méritos académicos (grado 1 de las básicas), entrevista personal sólo realizada en neonatología, terapia intensiva de niños y psiquiatría pediátrica, evaluada por la UDR, como muy buena experiencia.

En cuanto a la forma de realizar

los cursos de posgrados, en el Taller sobre "Formación de Especialistas" organizado por la EG en 1995, se evidenció que el aprendizaje en las especialidades por sistema de residencias eran de mejor calidad que los PG convencionales. En esto inciden, entre otros factores el económico y la mayor dedicación por parte de los docentes, no obstante ello se concluyó que la mejor manera de aprender es con una figura de alta dedicación horaria, con ingreso a través de una prueba de selección que exija una preparación previa importante. Aquí es interesante plantear la creación de cargos de residentes fuera del ámbito público, teniendo en cuenta el sistema asistencial en el interior del país (FEMI) para algunas de las especialidades.

Según datos de la Escuela de Graduados, previo a 1994, el número de ingresos totales a la misma era de 1260 alumnos, siendo el egreso de 250 especialistas. Esta diferencia se explica porque muchos aspirantes se inscribían abandonaban y se reinscribían unos años después; otros realizaban un par de años de cursos y luego desertaban. Posteriormente se observó que la exigencia de las pruebas de suficiencia desestimuló a aquellos que no tenían la intención de finalizar los cursos. Otro factor a tener en cuenta es que el número de inscripciones refleja sólo número de aspiraciones, un mismo aspirante se anotaba para rendir más de una prueba de ingreso. El ingreso anual a la Escuela es de alrededor de 500 médicos y egresan aproximadamente 370 posgrados, lo que evidencia una alta proporción de médicos generales aspiran a realizar un posgrado. Esto viene determinado muchas veces por razones laborales y la jerarquización social y académica del especialista versus el médico general.

En noviembre de 2001 se llevó a cabo una encuesta médica nacional realizada por Factum donde se evaluaron algunos puntos como la opinión sobre la fijación de cupos de ingreso a su especialidad donde no hubo diferencia de opinión entre los subgrupos; respecto a la tenencia de títulos de posgrado: el 67% de los médicos encuestados posee título de posgrado frente a un 34% que no lo posee. Dentro de los que posee título de Especialista 52% tiene uno, un 13% tiene dos y un 2% posee tres títulos. En cuanto a la forma de acceso a los títulos: 16% lo obtuvo a través de la residencia, 62% por curso de posgrado convencional; 5% por Competencia Notoria y 1% por Actuación Documentada. También se solicitó opinión respecto de la evaluación de la formación: el 84% la consideró buena, 8% regular y mala el 8%. En cuanto a la cantidad de especialidades en que se desempeña tenemos que el 74% lo hace en una especialidad, un 23% en dos y un 4% en tres. Sobre la adaptación de formación de posgrado al ejercicio profesional el 74% opinó que es adecuada, más o menos adecuada para el 7% y poco adecuada para el 19% de los encuestados.

Otras formas de obtención de título de Posgrado están: por competencia notoria y actuación documentada

La realización de los cursos por régimen del interior merece consideración especial. Este régimen especial está dirigido para graduados que residen o aquellos que con regularidad cumplen tareas asistenciales en el interior del país. Se requiere la concurrencia al servicio donde se desarrollaran los cursos con la frecuencia que este determi-

ne y la asistencia de un tutor en la especialidad en el interior. Esta figura se refiere a un ex-docente o profesional de probada solvencia, cuya función será de apoyo, control y evaluación del estudiante y que debe mantener vínculo constante con la UDR. La posibilidad de realizar este régimen no sólo favorece al graduado sino al medio donde este actúa siendo un estímulo científico para los demás colegas.

Si tenemos en cuenta la definición del Claustro del Perfil del Médico del 5 de abril de 1995: "*Un médico responsable, con sólida formación científica básica y clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, comunicarse adecuadamente en su misión de prevenir, asistir y consultar; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, elaborando durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de salud, y adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud*", deberíamos lograr consensuar que lo primordial es orientar la educación médica hacia la formación de un médico general de excelencia capaz de resolver el 80% de los problemas prevalentes, en el marco de un escenario de cambio de modelo asistencial a nivel mundial. Para lograr que el médico general sea el principal protagonista en la Atención Primaria de la Salud es necesario brindarle dignificación económica y académica a través del programa de DPMC liderado el Comité de Educación Médica de la Escuela de Graduados y los gremios médicos, FEMI y SMU. No deberían ser motivos para la realización de un posgrado la necesidad de calificar mejor para la inserción laboral, mejorar la remuneración o mantener nivel académico adecuado para el ejercicio de la profesión de médico.

Por último debemos discutir un tema que ha generado polémica en el ambiente médico: el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta especialidad no sustituye ni compete con el egresado como médico general; será un médico que actuará fundamentalmente en el área extrahospitalaria realizando un enfoque global del proceso salud-enfermedad, encarando la salud de la familia y la comunidad con énfasis en las tareas de prevención y promoción. Se desempeñará integrando un equipo multidisciplinario, al que liderará y organizará en un área geográfica específica de acción.

En esta VIII Convención Médica debemos discutir sobre varios puntos, entre otros que probablemente se nos escapen en este resumen:

- Cupos en el ingreso a la carrera de posgrado.
- Sobre qué criterios se deben estimar los cupos.
- Modalidad de ingreso. Tipo de prueba.
- Valoración de méritos previos y entrevista personal.
- La residencia como forma óptima de aprendizaje.
- La necesidad de crear cargos de residentes fuera del ámbito público: IAMCS?
- Optimización del régimen del interior. Residencias en el interior.
- Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

COMISIÓN DE TRABAJO MÉDICO

La Comisión de Trabajo Médico comenzó a reunirse desde el mismo día del lanzamiento de la 8ª CMN y hemos mantenido los días Jueves, hora 18 en la sede del SMU, como punto de reunión.

Iniciamos las conversaciones vertiendo las expectativas que traía cada integrante respecto a la 8ª CMN y en particular en cuanto al aporte que podíamos hacer desde nuestra comisión. Inmediatamente surgió la necesidad de tener algún nivel de coordinación con el resto de la comisiones, especialmente con las que tratan los temas de modelo asistencial y formación de recursos. Creemos que también compete a nuestra tarea el proponer medidas que tiendan al fortalecimiento del primer nivel de atención. Independientemente de esto, estuvimos todos de acuerdo en que existen temas a discutir y ha plantear soluciones que trascienden lo coyuntural o la crisis actual del país.

Queremos llegar a promover la discusión de todos las asambleas de colegas a lo largo del país de forma de alcanzar propuestas de cambios que superen la fase declarativa y puedan ser realmente instrumentadas con los recursos hoy existentes. Para ello es necesario conocer toda la información disponible sobre cómo estamos trabajando los médicos; los balances y las proyecciones ya realizadas. Esta información se encuentra muy fragmentada pero de a poco la estamos consiguiendo y distribuyendo. Queremos arribar a propuestas a llevar a la práctica y no agotarnos nuevamente en diagnósticos.

Como primer aporte para este proceso de discusión hemos estado conversando algunos puntos que consideramos críticos en el análisis.

Las implicancias del actual modelo de atención en las formas de trabajo.

La articulación de una carrera funcional donde se rompan las distorsiones de jerarquización y retribución que hoy caracterizan la práctica médica. Válida para todo el sistema, tanto público como privado, con mecanismos y condiciones de ingreso, evaluación y retribución comunes. Unificación del sistema retributivo con identificación de los diversos componentes: salario base, antigüedad, formación, evaluación, escalafón, dedicación, radicación en zonas prioritarias, por actividades de educación, etc.

Racionalización a un mínimo y máximo de la jornada laboral y el número de lugares de trabajo. También los mecanismos de seguridad y protección de riesgos laborales.

Armonización del proceso de formación del posgrado, la educación continua y la re-certificación, en apoyo a los cambios buscados y a la mejor calificación científica, técnica y ética. Pensar mecanismos de retiro jubilatorio que aseguren movilidad en la carrera, complementados con planes de actividad de acuerdo al interés de los jubilados.

Pretendemos formar un grupo de trabajo abierto pero a la vez responsable y estable, condiciones necesarias para no perder la riqueza de la pluralidad de aportes y a la vez llegar en corto tiempo, a documentos que sirvan para catalizar la discusión en los distintos ámbitos hacia nuestra 8ª CMN.