

El Dr. Barrett
Díaz en *El
Espectador*

Transcripción de sus
declaraciones



Congreso
Latinoamericano
de Nefrología
Pediátrica

Se realizará en noviembre
en Punta del Este

AÑO 1 - Nº 3 - Publicación mensual del Sindicato Médico del Uruguay - Setiembre de 2002

El Sindicato Médico impulsa el debate sobre el
Sistema Nacional de Salud

Amplias movilizaciones en defensa del trabajo médico



El 13 de setiembre pasado visitó el SMU el director general de la OPS, Dr. George Alleyne. Durante su visita se interesó por diversos aspectos de la salud en el Uruguay. En la fotografía se aprecia a Alleyne acompañado por los Dres. Ariel Montalbán, José Fiusa Lima y Aron Nowinski

Dr. Héctor Gros Espiell

**INICIATIVA
CONTRA EL
ABORTO**

Invitación a todos

**CAMPAÑA DE FIRMAS
POR DEPORTES LIBRES
DE TABACO**

Texto de la
carta
enviada por
el SMU al
presidente
del BID

RESOLUCIÓN DE ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL SMU

EDITORIAL

Para caminar juntos

Hemos reiterado, con insistencia machacona tal vez, que vivimos una auténtica “emergencia sanitaria nacional”. Cada una de estas tres palabras, cuidadosamente sopesadas, nos da la medida exacta de la situación. Cuando el Sindicato Médico del Uruguay lanzó al ruedo público, a la consideración de los demás actores y al debate de la opinión, la propuesta de declarar la “Emergencia Sanitaria Nacional”, lo hizo con la certeza de que no se trataba de un sendero alarmista y vacío sino, por el contrario, de un camino cierto de auxilio a todos los ciudadanos, y en especial a los más necesitados, en un momento de extremas dificultades.

Se nos observó, se nos puntualizó y hasta se nos criticó por utilizar una palabra (“Emergencia”) que podía ser entendida de forma negativa por quienes más dificultades estaban pasando. Sin embargo, pese a las diferencias en los enfoques se lograron establecer ámbitos de reflexión, coordinación y trabajo conjunto. Ámbitos infrecuentes y hasta impensados en el sector: el Hospital de Clínicas y la Facultad de Medicina, los Servicios de Sanidad de las FFAA y el Hospital Policial, el Sindicato Médico del Uruguay, en fin, muchas instituciones reunidas para buscar rumbos de alivio a una situación que, más allá de la denominación, afecta a cientos de miles, acaso a millones de uruguayos.

También dijimos, y lo hemos reiterado, que esta era una buena oportunidad para trabajar en conjunto en la implementación de un verdadero Sistema Nacional de Salud. A veces, las épocas más complejas y difíciles son las que nos permiten a todos cosechar los más nobles frutos. Y este es sin duda el momento para comenzar a recorrer ese camino: el de la implementación de un Sistema Nacional de Salud. No pretenderemos –seríamos ilusos si lo hiciéramos– que ese fruto sea perfecto, que nazca acabado ya, intocable, sin posibles añadiduras. No. Lo que sí pretendemos, con realismo pero también con idealismo, es iniciar ya, ahora mismo, sin perder un minuto, el trabajo para la búsqueda de esas soluciones, que deben ser elaboradas y procesadas, pero que deben serlo en los plazos más acotados posibles.

La urgencia de la hora nos demanda a todos. El Sindicato Médico del Uruguay estará, como siempre lo ha estado, en la primera fila del debate, la reflexión y la construcción.

Asamblea General Extraordinaria del SMU

El pasado 24 de octubre se realizó en nuestra sede la Asamblea General Extraordinaria convocada a los efectos de tratar álgidos asuntos vinculados con la Emergencia Sanitaria, la situación en el Hospital de Clínicas y las funestas consecuencias de la Rendición de Cuentas en el sector de la Salud. Este es el texto íntegro de la resolución final:

Resoluciones de la Asamblea General Extraordinaria del SMU para considerar:

1. Situación de Emergencia Sanitaria;
2. Situación del Hospital de Clínicas;
3. Efectos de la Rendición de Cuentas en el sector Salud.

La Asamblea RESOLVIÓ:

1. Rechazar el incumplimiento de los convenios que implique eventuales pérdidas de fuentes laborales y rebajas salariales.
2. Continuar participando en la Mesa de Negociación con las autoridades del MSP, exigiendo la presentación de los datos vinculados a los Convenios.
3. Pasar a cuarto intermedio.

(Aprobado por unanimidad).

CAMPAÑA DEPORTES EN URUGUAY LIBRES DE TABACO

El Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior y la Facultad de Medicina desean invitar a todos a participar en la Campaña: DEPORTES EN URUGUAY LIBRES DE TABACO.

El consumo de tabaco, y las enfermedades vinculadas al mismo, han adquirido a nivel mundial, un carácter epidémico. La verdadera razón de dicha expansión es la naturaleza adictiva del mismo. Hoy se sabe que la adicción a la nicotina es tan o más intensa que la generada por la cocaína o la heroína.

El 80% de los consumidores se inicia en la adolescencia, y aproximadamente a los dos años, la mayoría ha quedado enganchado en la adicción.

Se ha demostrado que la publicidad es uno de los principales elementos que contribuye a “normalizar” esta conducta.

Motiva la campaña, la indignación que nos provoca, el que se siga permitiendo la utilización de la publicidad de los productos del tabaco, y el patrocinio de la industria, vinculados a los deportes, como herramienta que permite seducir a nuestros jóvenes a iniciarse en el consumo y quedar atrapados en la adicción.

*El objetivo de la misma es sensibilizar a la población sobre las características adictivas de este consumo y la influencia de la publicidad en su iniciación, así como recoger firmas que expresen el apoyo de la comunidad con respecto a la **eliminación de toda Publicidad, Promoción y Patrocinio de la Industria del Tabaco, vinculados al deporte.** Estas firmas serán presentadas, por los organizadores, auspiciantes y otros representantes de la comunidad, a las autoridades nacionales.*

Esperamos contar con vuestro apoyo y participación en el desarrollo de la campaña.

Dr. Eduardo Bianco (SMU)

Dr. Baltasar Aguilar (FEMI)



JORNADA DE BIOÉTICA EN LA SEDE DEL SINDICATO

Durante los días 13 y 14 de setiembre se desarrollaron en nuestra sede social las “Jornadas de Bioética del SMU” con una concurrencia superior a las 150 personas de varias disciplinas, tanto del área de la Medicina como del Derecho. Las mismas se realizaron en conmemoración de los 11 años de trabajo permanente de la Comisión de Bioética y sirvieron de marco para el homenaje a dos compañeros miembros fundadores de la misma que este año, con pocos meses de diferencia, nos dejaron físicamente: los Dres. Isabel Lisazo y Mario de Pena.

CARTA DEL SINDICATO MÉDICO AL CONTADOR ENRIQUE IGLESIAS

El Comité Ejecutivo del SMU envió el pasado 15 de octubre, tras conocerse la información de la virtual desaparición de los fondos del BID para el mutualismo, una carta al Presidente de ese organismo internacional, expresando su enorme preocupación por la noticia, brindada por el ministro de Economía y Finanzas, en el sentido de que el Banco Central del Uruguay se había apropiado de los fondos otorgados por el Banco Interamericano de Desarrollo destinados al fortalecimiento del sistema mutual.

El texto de la carta expresaba lo siguiente:

“Montevideo, 15 de octubre de 2002

Señor Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo
Cr. ENRIQUE IGLESIAS
Washington DC, EUA

Estimado señor Presidente:
Deseamos informarle por este medio que el préstamo otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo, con destino al fortalecimiento del sistema mutual uruguayo, y que fuera oportunamente gestionado por las autoridades gubernamentales del país, ha sido «aspirado» por el Banco Central del Uruguay. Esto fue manifestado, en el día de hoy, de viva voz, por el propio Ministro de Economía y Finanzas, Dr. Alejandro Atchugarry, en presencia del Ministro de Salud Pública, Dr. Alfonso Varela y una nutrida y estupefacta delegación de directivos mutuales de todo el país.

Como usted bien conoce, para que las instituciones mutuales

uruguayas estuvieran en condiciones de postularse como beneficiarias de dicho crédito, debieron asumir a sus expensas costosas auditorías externas exigidas como pre-requisito. A su vez, el Parlamento debió aprobar algunas leyes y modificar otras, para facilitar el acceso de dichas instituciones al anunciado beneficio.

Todo esto, al parecer, ha sido un esfuerzo inútil. La «aspiración» de los dineros del BID tendrá consecuencias catastróficas —no sólo para el sistema mutual— sino para todo el sistema de salud en el Uruguay (público y privado) que colapsará inevitablemente en el más breve plazo.

Ponemos en su conocimiento estos extremos, por considerar que la gravedad de estos hechos merece su inmediata atención.

Saludamos a Usted muy atentamente”

Dr. Barrett Díaz Pose
Presidente

Dr. Ignacio Lezama Joos
Secretario

“UN DESVIO DE FONDOS”

A su vez el Presidente del SMU señaló la gravedad de los hechos, y dijo que la institución ve “con extrema preocupación el desvío de fondos destinados a la salud”. Sin embargo resaltó que “aún consideramos vigente una etapa de diálogo, por lo cual instamos a aportar soluciones de auxilio inmediato, que estén alineadas con una salida de fondo, que debe ser un Proyecto de Ley para un Sistema Nacional de Salud”.

Las repercusiones de la actitud del SMU no se hicieron esperar, dos días después de enviada la carta, el representante del BID en Uruguay se reunió con el Presidente y la Tesorera de nuestra institución para brindar la más amplia información sobre los acuerdos del Banco con el gobierno uruguayo. Pocos días después, el ministro de Economía y Finanzas admitió que existían fondos para las instituciones que habían cumplido con los requisitos del préstamo. Menos de dos semanas después de estos hechos, ya varias instituciones de asistencia médica colectiva habían firmado el correspondiente contrato con el MSP y con el MEF.

Eminencias mundiales en nefrología pediátrica en Uruguay

CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

Entre los días 13 y 16 de noviembre se llevará a cabo en el Hotel Jean Clevers de Punta del Este el VI Congreso Latinoamericano de Nefrología Pediátrica.

Será homenajeado en el congreso el **Dr. Ira Greifer**, Profesor de Pediatría del Colegio de Medicina Albert Rinstein de Nueva York, quien fuera presidente por muchos años de la **International Pediatric Nephrology (IPNA)**, por tanto impulsor de la especialidad y de la relación entre los nefropediatras en el mundo.

Participarán en el congreso un alto número de médicos destacados en la especialidad, entre ellos el **Dr. Juan Rodríguez Soriano**, Profesor de Pediatría de la Universidad del País Vasco, quien es considerado el máximo investigador de una de las patologías más difíciles de la Nefrología: las túbulopatías, tema que será tratado en una de las mesas redondas; el **Dr. Gustavo Gordillo**, Prof. de Nefrología Pediátrica de varias Universidades de México y fundador de la disciplina en Latinoamérica; el **Prof. Jean Pierre Guignard**, Profesor de la especialidad en la Universidad de Lausana, Suiza, dedicado a la Nefrología en el recién nacido, el **Prof. Patrick Niaudet**, Jefe de Nefropediatría del Hospital Necker de París, el **Prof. Mathias Brandis**, de Alemania, actual presidente de **IPNA**, la **Dra. Lisa Guay** de Birmingham, y el **Dr. Horacio Repetto**, Presidente de **ALANEPE**, de Argentina, entre otros igualmente destacados extranjeros.

La **Nefrología Pediátrica** es una especialidad médica que comenzó a desarrollarse en el mundo entrada la segunda mitad del siglo XX. En **Uruguay** hay ocho Médicos Pediatras con postgrado en Nefrología, y un número semejante de pediatras que trabajan en el área de la nefrología pediátrica. Son numerosas las patologías que debieran tratarse por estos especialistas, pero a menudo la falta de información o conocimiento de la especialidad lleva a que no se deriven a los mismos.

Entre las consultas más frecuentes al nefrólogo infantil, se destacan: las infecciones urinarias, las malformaciones del aparato urinario diagnosticadas durante el embarazo, el niño que se moja, las alteraciones en el examen de orina. Como en otros campos de la medicina es muy importante también para la enfermedad renal que ésta sea diagnosticada y tratada a tiempo, de lo contrario puede acarrear la pérdida de la función renal.

Aviso PARMALAT (VA CD DE TARDE)

DR. BARRETT DÍAZ: "LA SITUACIÓN SE HA VUELTO TAN COMPLICADA QUE NADIE DESEARÍA UNA SOLUCIÓN CON PARCHES PARA VOLVER A LO

"El mutualismo uruguayo es una ladrillos, elementos para la inge

El pasado 17 de octubre, el Presidente del SMU compareció en el programa radial "En Perspectiva" que conduce Emiliano Coteló en "El Espectador". En dicho programa, más allá de la problemática puntual del gremio, se abordaron asuntos de valor estratégico para los médicos, para la salud de los uruguayos, o sea para la sociedad toda. Por considerarlo de extremo interés, ESE de Salud reproduce a continuación la versión íntegra de dicha entrevista, tomada de la propia página web de la emisora.

EMILIANO COTELO: El sistema privado de atención médica se vio conmovido esta semana. Recordemos que surgió la noticia de que el primer tramo del préstamo BID previsto para reconvertir a las instituciones de asistencia médica colectiva no estaba disponible porque fue destinado a otros fines considerados más urgentes por el gobierno. Eso escucharon delegados de las mutualistas en una reunión que tuvieron antenoche en el Ministerio de Economía. Por supuesto, generó alarma.

Ayer, el propio doctor Alejandro Atchugarry volvió a tomar contacto con estos empresarios y les aclaró que había un margen, que no era tan radical la falta de disponibilidad, que existirían partidas provenientes del préstamo del BID para las instituciones que estuvieran encarando la reconversión. Ese ángulo parece haberse encauzado, pero por supuesto que en este contexto se reanudaron las denuncias que desde hace semanas se repitan por parte de diferentes gremiales del sector, que auguraban el colapso del sistema mutual y reclaman la declaración de «emergencia sanitaria».

No vamos a entrar en si la plata está o no, tema que ya abordamos con el doctor Ítalo Mogni, presidente de la Federación Médica del Interior; tampoco en las medidas que hay que adoptar hoy, por ejemplo desde el gobierno, para salir de las urgencias más críticas del momento, eso es lo que se va a discutir en estos días en el diálogo entre las dos partes.

Hoy queremos detenernos en una propuesta que ha relanzado esta semana el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), que preside Barrett Díaz. «Como solución de fondo se necesita una ley que cree un sistema nacional de salud». La idea no es nueva, tiene más de

15 años, pero vuelve al tapete en estas condiciones que estábamos describiendo. Dr. Díaz: la idea de un sistema nacional de salud tiene más de 15 años, la vengo escuchando por lo menos desde que este programa existe. Ahora ustedes la traen nuevamente al debate.

BARRETT DÍAZ: La idea existe, pero ha ido evolucionando, adaptándose a la realidad, concretándose. Hay oportunidades para que las cosas se abran camino. En este momento sucede algo de aquello de «a grandes males, grandes remedios». La situación se ha puesto tan complicada que nadie desearía una solución con parches para volver a lo de un mes atrás o un año atrás, sino que se necesita soluciones en lo inmediato, pero que estén alineadas con una salida un poco más estable, más sustentable, para que no tengamos cada pocos meses la crisis de la salud reactualizada. Por eso se abre el tiempo, puede que haya llegado el momento para esta idea que tiene muchos años pero que ha ido concretándose, ganando terreno en los gremios, en los partidos políticos, en el Parlamento, en las autoridades.

EC - El SMU discutió a propósito de este camino en reuniones que tuvieron lugar en el balneario Solís en el mes de julio de este año.

BD - Exactamente, es la segunda vez que abordamos el tema; la anterior fue dos años atrás. Hubo muchos avances y contactos con otros sectores en ese interregno. Tenemos una propuesta, por eso creemos que lo que ahora se adopte como solución inmediata debe ser coherente, estar alineado con esa salida definitiva de un sistema nacional de salud. No es borrón y cuenta nueva ni la revolución mundial, arranca por preservar lo que tenemos, por

diagnosticarlo bien, coordinarlo bien, optimizar su gestión, su eficiencia; luego se darán pasos aumentando la calidad, acercándonos a lo que en otros lugares del mundo ya lleva décadas de práctica.

EC - Esa puntualización es importante: hay antecedentes en el mundo, no sería un invento uruguayo.

BD - Hay antecedentes demostrativos de que esto soluciona muchas cosas.

EC - Por ejemplo ¿en qué países funciona?

BD - Se nombra mucho los casos de Canadá, Holanda, España como ejemplos. Por supuesto que ninguno es un desiderátum: vivimos en un mundo de realidades, no de ideas abstractas, pero todas han aportado ejemplos interesantes, de todas se puede aprender y a nadie se debe imitar. Tenemos un país muy particular en materia de salud, con un sistema como el mutualismo, con 150 años de historia. Esto es excepcional a nivel mundial, puedo decirlo porque lo he comprobado: el mutualismo uruguayo llama la atención, es una buena base, da buenos ladrillos, elementos para la ingeniería de un nuevo sistema.

EC - Pero la idea de un sistema nacional único de salud no se basaría sólo en el componente mutual. Ustedes proponen abarcar todos los servicios, incluyendo los que brinda el propio Estado.

BD - Exactamente, es un sistema universal en el sentido de que abarca a la totalidad de la población. A grandes problemas, grandes soluciones; hay que ofrecer al legislador, a la ciudadanía, a quienes van a financiar esto, un paso adelante, una solución para que diga «vale la pena dedicarme a esto». Vamos a dar cobertura a la totalidad de la población, como se dice muy a menudo en materia de financiamiento, aportemos todos, pero seguramente vamos a aportar menos. Y además que la financiación esté segura, que cuando nos enfermamos no tengamos que estar haciendo copagos, complementos de pago en el momento menos oportuno.

EC - Quiero que usted describa a grandes rasgos cómo funcionaría este sistema. Comencemos

por la filosofía.

BD - La filosofía es que la salud es un derecho del ciudadano, cuyos costos universalmente han subido mucho; tal vez no tanto como a veces quieren «vendernos» los proveedores de tecnología de última generación. Pero sí es costosa, porque incorpora mucha tecnología para bien de la calidad de vida, de la expectativa de vida; incorpora más tecnología que otras ramas de la actividad humana. Y solamente puede ser financiada en forma sustentable a escala de la totalidad de la sociedad. Probablemente deba apuntarse a una recaudación equitativa.

EC - En el documento del balneario Solís ustedes dicen: «El nuevo modelo ha de conservar y perfeccionar valores y principios básicos, históricos, de la mejor tradición nacional: sistema sin fines de lucro, de atención integral, cobertura universal y financiación solidaria».

BD - Exactamente, o sea que debe dar las prestaciones que el paciente necesite: no puede estar dependiendo de la letra chica de un contrato comercial con una aseguradora privada con fines de lucro que lleva a que usted se entere en el último minuto que el mismo cubre la operación de apendicitis, pero no sus complicaciones, que usted tenía cubierto el parto pero no el problema del niño recién nacido, etcétera. Tiene que haber una integralidad de servicios, tiene que haber una financiación donde participemos todos, pero en la medida de las posibilidades de cada familia. Hago una salvedad: esto requiere modificaciones de nuestro sistema impositivo, de lo cual se ha hablado mucho últimamente. La mejor base para recaudar es la estructura de un impuesto a la renta para que cada familia pueda aportar proporcionalmente a su ingreso, para que sea verdaderamente equitativo. La cuota única mutual es en cierto modo un sistema equitativo, solidario en el sentido de que el joven aporta por el viejo y el sano por el enfermo, pero no es totalmente equitativo porque si usted aporta 700 pesos no es lo mismo que su ingreso familiar sea de 8.000 o de 16.000 pesos. Apuntamos a un sistema de recaudación basado en la equidad.

EC - En cuanto a la estructura, ustedes proponen separar por un

lado al asegurador y por otro a los prestadores de asistencia.

BD - Está basado en experiencias y en una lógica subyacente de que el prestador, o sea la institución médica, está especializada en eso y convertirla en una institución financiera que recauda, administra los fondos, es realmente introducir una complejidad evitable. Si usted hace que la recaudación con base equitativa se concentre en un determinado fondo y que el que presta los servicios se concentre en eso, en mejorar su calidad, su eficiencia, informándole a la población sobre las características de cada prestador para que ésta acceda libremente adonde le parezca mejor, entonces estaríamos cada cual en lo suyo. Y además tendríamos una cosa buena: el prestador de servicios se concentraría en mejorar su calidad y no en esa competencia que hay por los más convenientes, por ejemplo los más jóvenes en desmedro de los más viejos; se evitaría esa competencia desleal y habría una sana competencia sobre la base de la calidad de los servicios que se prestan. Las instituciones se calificarían en categorías: usted no tiene por qué aspirar a dar absolutamente todo, usted se especializa en determinada cosa y la intercambia con los demás, y el fondo recaudado le reembolsa según lo que haya gastado.

EC - Si entiendo bien, tenemos un fondo público único que recauda por un lado y paga por otro a las instituciones prestadoras de los servicios. ¿Cómo recauda? Ustedes no han presentado todos los vericuetos de la fórmula que están proponiendo, ¿cuál es la idea: cómo se nutriría de recursos el fondo público único?

BD - Ahora podría ser con las cuotas mutuales que tenemos en cuanto al sector de la población que paga por su asistencia en las mutualistas, y con el gasto que el Estado tiene a través de sus servicios de salud, a través de su presupuesto. Todo eso se puede integrar a un fondo público de donde luego se reembolsa a los efectores según el gasto en que hayan incurrido, que dependerá del tipo de población que cubran (no son lo mismo los jóvenes que los viejos, etcétera). Pero eso puede perfeccionarse. Como le decía, en vez de recaudar en base a una cuota única, se tuviéramos un sistema impositivo, si el país evoluciona hacia algo más equitati-

DE UN MES ATRÁS O UN AÑO ATRÁS..."

Una buena base: da buenos cimientos para un nuevo sistema"

vo, donde en lugar de esta multitud de impuestos desconexos que algunos evaden y otros no, tuviéramos un sistema impositivo sencillo, claro, fácil de controlar, cada familia aporta una cierta proporción de su ingreso para la salud, eso va a un fondo único y seguramente, al tener una base de recaudación más amplia, todos vamos a aportar menos de lo que estamos aportando en este momento.

EC - Entonces esa sería la forma de recaudación. ¿Cómo se concretaría después la forma de prestar asistencia? Usted mencionaba recién que habría distintos tipos de instituciones, por un lado estarían los sanatorios privados y en el mismo sistema también los hospitales públicos.

BD - Sí, indudablemente. Lo bueno de esto es que puede arrancar hoy mismo, con lo que tenemos vamos dando pasos en una dirección preestablecida. Lo que tenemos no es bueno: hay una gran disparidad de calidades, tanto de infraestructura como de otro tipo de servicios. Del mismo modo, son disímiles las condiciones laborales de los médicos, los empleados, etcétera. Pero usted puede partir de eso e ir emparejando la calidad, subiéndola hasta emparejarla en todos los diversos efectores. En ese sentido, es evidente que la calidad en el sector del mutualismo es mayor que la se está dando en el sistema público. Hay que concentrar el esfuerzo en el sistema público, en mejorar las condiciones remunerativas y en definir –todavía no está definido– cómo ponemos a trabajar al sistema público. Puede ser como está ahora, puede ser que el Estado mantenga la propiedad de su infraestructura pero conceda el servicio, puede ser que se creen IAMC públicas, con las mismas características que las privadas, que autogestionen su presupuesto teniendo o no la propiedad de las instalaciones. El hecho es que a eso se llega, pero se arranca de lo que ahora tenemos. Lo interesante de una propuesta es que tenga factibilidad inmediata y un amplio horizonte de perfeccionamiento; creemos que esa es una de las virtudes de nuestra propuesta, que es compartida con otros, no somos sus dueños exclusivos, lo que también es una virtud de la idea.

EC - Ustedes hablan también de la creación de una superintendencia y de un organismo acreditador

obligatorio. ¿Qué sería cada una de ellos?

BD - El organismo acreditador también tiene que ver con tomar lo que hay y darle un horizonte

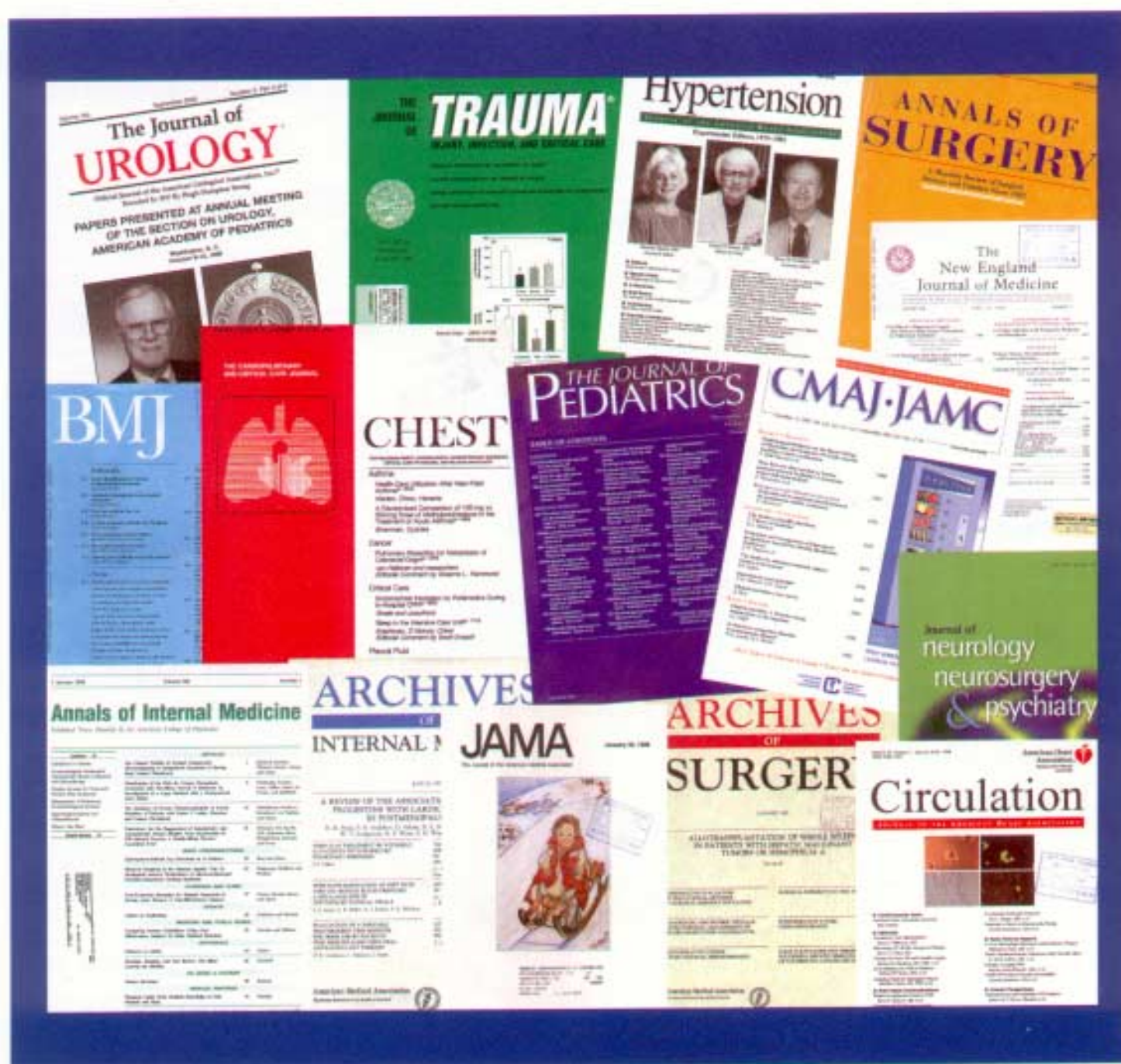
de mejora. Atrás de la cuota única de mutualismo hay una diversidad muy grande de situaciones. A veces aparece como «ilegítimo» que se pague lo mismo por calidades diferentes. Vamos a sin-

cerar la situación y hacer que haya distintos niveles de instituciones, cada cual especializada en lo suyo. Allí habrá acreditaciones de categorías A, B, C y D, entonces cada cual podrá acreditarse, pri-

mero voluntariamente, luego obligatoriamente, podrá mejorar su acreditación en la medida en que mejore su gestión y mejoren sus posibilidades; así la población estará ampliamente informada de

SERVICIO - NUEVO SERVICIO - NUEVO SERVICIO - NUEVO SERVICIO

El Sindicato Médico del Uruguay, a través de su Comisión de Telemática, Biblioteca y la Red Médica ponen a disposición de sus asociados un nuevo y calificado servicio, mediante la suscripción al sistema Ovid.



www.smu.org.uy/biblioteca/ovid





SISTEMA El Dr. Barrett Díaz Pose defendió con firmeza la idea de ir avanzando de forma decidida hacia un Sistema Nacional de Salud

la diversa gama de servicios que tiene.

EC - Teniendo en cuenta que habría categorías distintas de instituciones, ¿en cuál terminaría atendiendo un determinado ciudadano?

BD - El ciudadano va a tener derecho a prestaciones integrales, de modo que si en determinada institución un determinado servicio no se da de manera directa tiene que estar conveniado previamente dónde se le prestará ese servicio, porque una de las características del servicio de salud es la integralidad de las prestaciones; es uno de sus principios básicos. Si alguien no puede brindar todo es bueno que eso sea admitido, y que no se lo obligue a tener ese servicio malamente instalado: que lo tenga en complementación de servicio con otras instituciones. Esa es la característica del sistema integrado. Usted puede especializarse, hay instituciones que hacen muy bien, por ejemplo, la diálisis renal, y que no tienen por qué hacer trasplantes de corazón; pero la totalidad del sistema tiene que tener un entramado en el cual todo eso esté contemplado. La superintendencia es un organismo que controla todo esto, porque hay que facilitar a las instituciones que arranquen con la población que actualmente cubren. Si usted tiene mucha población de avanzada

edad –como pasó con muchas mutualistas que incluso quebraron por eso– y está incurriendo en mayores gastos, esos gastos se le van a reembolsar. Otras tienen poblaciones más jóvenes y se les reembolsa por el riesgo cubierto. De este modo, cada cual trabaja sin estar con la angustia diaria de los imprevistos económicos, sabiendo que se le va a reembolsar por el riesgo que ha cubierto, por el gasto en que ha incurrido. Hay diversos parámetros, no es sólo la edad: también influye el sexo, y en la medida en que el sistema informático lo permite también influye la morbilidad que se ha asistido: no es lo mismo en épocas de epidemia que fuera de ellas. Eso se irá perfeccionando, pero el hecho es que el prestador de servicios se concentra en dar servicios, sabiendo que se le va a reembolsar según como haya trabajado.

EC - Se me ocurre que un ejemplo interesante de cómo operaría la coordinación entre un sistema y el otro, el privado y el público, estaría en el caso que hoy se da con frecuencia: el de un trabajador que está afiliado a una mutualista a través de DISSE, porque tiene la cuota paga como consecuencia de su relación laboral, pero resulta que por sus bajos ingresos después termina no usando la mutualista, porque no puede asumir los otros costos derivados de la atención mé-

dica en la institución, entonces recurre a Salud Pública o al Hospital de Clínicas. Por esa persona los servicios se están pagando dos veces.

BD - Es una gran ineficiencia en que incurre la sociedad y una gran desorientación para el usuario. No debemos creer que esto va a ser una innovación absoluta, en nuestro país ya hay ejemplos de coordinaciones. Hemos ido a Tacuarembó más de una vez, el SMU se ha hecho presente por su iniciativa o por invitación del director del hospital regional. En la ciudad de Tacuarembó funciona una coordinación entre los tres tipos de servicios: el de Salud Pública, el de la Intendencia y la mutualista local (Comta, una cooperativa médica que forma parte de Femi). Ahí han coordinado al menos parte de su acción, lo que se llama el primer nivel de atención, la primera consulta, la prevención de enfermedades, la atención de embarazadas, niños sanos, etcétera. Esa coordinación lleva necesariamente a que los otros niveles, el secundario y el terciario, también coordinen los estudios complejos, las operaciones. Ahora se quiere ir extendiendo esa coordinación a otros lugares del interior, también la periferia de Montevideo se presta para ello. De modo que la coordinación de los servicios bien puede existir, no es una innovación absoluta, hay que ir crean-

do la cultura de que los servicios públicos pueden mejorar la calidad. Un buen ejemplo es el hospital de Tacuarembó: usted llega allí y en cuanto a orden, limpieza, organización, clima de trabajo tranquilo, realmente es un ejemplo que muchas instituciones privadas de la capital envidiarían.

EC - Este sistema nacional de salud requeriría una ley, según ustedes mismos han señalado. ¿Estamos hablando de un planteo sólo del SMU, o de un planteo que comparten otros gremios, otras asociaciones?

BD - Lo comparten la Federación Uruguaya de la Salud, a grandes rasgos se ha ido trabajando en el PIT-CNT y en este momento estamos teniendo entrevistas con los partidos políticos.

EC - Pero por ejemplo, ¿qué pasa con las mutualistas?, ¿qué dicen las distintas asociaciones de mutualistas o de instituciones de asistencia médica colectiva?

BD - Las mutualistas están dispuestas a conversar. Todavía no tenemos una respuesta concreta, pero así como hoy le decía que a grandes males grandes remedios, también le diré que me gustaría dar vuelta un dicho muy conocido que dice que a la necesidad le pintan cara de hereje, que puede ser cierto, porque también es cierto que le podemos pintar cara de ángel, porque la necesidad es una de las cosas que van a llevar a que estos cambios se produzcan. Cuando las mutualistas enfrentadas a problemas como el de ahora necesitan auxilio, nosotros no vamos a darlo para que muchos vicios antiguos subsistan, para que subsista la falta de transparencia administrativa, la falta de profesionalidad en muchos escalones administrativos, los ingresos por vía del amiguismo y no del concurso, etcétera. Vamos a hacer que esa necesidad lleve a mejoras, a nuevos sistemas más racionales, más eficientes. Si tomamos en cuenta la propuesta positiva que todos tenemos basada en experiencias internacionales, más la necesidad de muchos agentes que realmente están confrontando su necesidad de sobrevivencia, más

esta necesidad del Estado que no tiene recursos ni tiene un proyecto propio, porque aquí no se ve un gran liderazgo de las autoridades públicas proponiendo soluciones, me parece que llegó el momento, no sé si estamos equivocados pero siento la responsabilidad de decir: a esto que tenemos planteado ahora démosle una solución de coyuntura pero en línea con una solución definitiva que dé un poco de tranquilidad a la gente en cuanto a que su salud va a estar bien atendida.

EC - ¿Cómo viene esta posibilidad a nivel político? ¿Qué sondeos han hecho ustedes?

BD - Esta propuesta ha ido permeando mucho al sistema político, porque nosotros que somos un Sindicato Médico de muchas décadas de actuación, que nunca hemos estado encerrados, pero que ahora más que nunca hemos abierto nuestros vasos comunicantes con los partidos políticos, a los cuales hemos enviado el documento, con los otros gremios, incluso con los medios, que juegan un rol muy importante en ir dándole a la gente no sólo el panorama sombrío de los problemas sino también la perspectiva de soluciones. Esta es una de las características del momento: el problema es tan grande que se pueden abrir paso las soluciones de fondo porque con parches no se sale de esto.

EC - Ustedes insisten en que esta propuesta no está terminada.

BD - Claro: es fundamental que cuando usted forma parte de una sociedad, forma parte de un proceso como el de la salud, donde las actividades son multipartitas, multiinstitucionales, interdisciplinarias, transdisciplinarias, etcétera, no puede llevar algo tan perfecto, tan ideal que los demás no tengan otra chance que «tómelo o déjelo». Nosotros largamos la idea, tenemos más detalles, pero no podemos presentarlos todos juntos porque tenemos que dialogar y avanzar en consenso; actuar de otro modo sería la mejor manera de quemar una idea antes de que nazca, de largarla tan perfecta que los demás no tengan nada para contestar.

Rivotril (película en imprenta)

Proclama leída en nombre de los trabajadores de la salud en la concentración realizada el pasado 31 de octubre

Nuestro país vive una situación de Emergencia Social. Vemos al Uruguay desmantelado en su capacidad productiva. La población empobrecida en niveles nunca vistos. Cientos de miles de desocupados, miles de uruguayos que se van del país semana a semana, otros tantos que se alimentan en comedores públicos u ollas populares o los millones de boletos menos vendidos, son algunos de los muchos indicadores de esta crisis.

La gente ya no aguanta más.

El cambio de la actual política económica es imprescindible para transformar esta realidad.

Nunca como ahora la salud de los uruguayos y su sistema asistencial estuvieron tan mal.

Esta no constituye "una crisis más". Es una situación de extrema gravedad, que abarca a todo el sector de la salud, tanto público como privado, en todo el país. Requiere por lo mismo medidas profundas e inmediatas.

Nuestro pueblo asiste a una emergencia sanitaria nacional.

Hoy la situación actual se mantiene también a expensas de los propios trabajadores, quienes por no abandonar a la población, y por intentar mantener su fuente de trabajo, continúan con la atención de las personas, manteniendo abiertas las instituciones, aún a costa de no recibir sus salarios.

Como consecuencia de esta grave situación hay una exclusión evidente de los sectores de población de menores ingresos a la atención de sus problemas de salud.

La situación debe ser revertida rápidamente. No es sostenible por más tiempo y requiere medidas emergentes, apropiadas a la gravedad de la situación.

A la vez, esas medidas inmediatas deber enlazarse con otras a mediano y largo plazo, que transformen el sistema de atención actual.

Esta situación de hoy es el resultado de años de funcionamiento inadecuado, no coordinado, costoso, no sustentable para el país.

Es necesario en forma inmediata avanzar en la construcción de un Sistema de atención a la salud que supere las trabas e irregularidades que producen estos resultados a todas vistas inaceptables.

Los acontecimientos que golpearon al país en los últimos meses han tenido un impacto devastador para la salud, que ya sufría una crisis estructural; desde hace varios años.

La devaluación y el proceso inflacionario desatado han generado un incremento en los costos de medicamentos e insumos asistenciales, sin controles ni re-

gulación alguna. Desaprovechando capacidad instalada (Laboratorio Dorrego), para la producción de medicamentos.

Al mismo tiempo el crecimiento de la recesión, de la desocupación y la precarización del empleo, influyen para que cada vez más uruguayos pierdan su derecho a la asistencia sanitaria, agravado con el no aporte presupuestal al Ministerio de Salud Pública y la Universidad, en el mismo momento en que ven decrecer sus condiciones de vida.

Esta situación ha llevado a la desafinación del mutualismo de 140.000 personas, esto provoca la insostenible situación del mismo y a la vez desfinancia el Fondo Nacional de Recursos, otro emprendimiento solidario que corre peligro y debe ser resguardado.

Es imperiosa la adopción de medidas inmediatas que hagan frente a esta situación de emergencia. Dichas medidas deben procesarse simultáneamente con los cambios de fondo que resuelvan la crisis estructural del sector a favor del derecho a la salud para toda la población.

A las propuestas que los trabajadores de la salud privada le hicieron llegar al gobierno, este responde con la amenazada de aplicar el IVA a la salud y se queda con la mitad de un préstamo internacional del BID de 75 millones de dólares.

Señalamos al respecto que este préstamo, el cual pagamos todos los uruguayos, no soluciona la crisis de la salud privada, pero es una medida inmediata que le otorga oxígeno a nuestras fuentes de trabajo.

Con respecto a la aplicación del IVA en la salud decimos que el mismo se traslada al consumidor final como es en el caso de las prestaciones medicas y odontológicas, donde no recae sobre los profesionales actuantes, sino en la población destinataria de las mismas.

Es un verdadero impuesto a la enfermedad. Este impuesto profundiza aun más la brecha entre los pocos que tienen y los muchos

El deterioro de Salud Pública se acentúa hoy con los recortes en gastos de funcionamiento e inversiones que el Poder Ejecutivo impone a la administración pública con la finalidad de reducir el déficit fiscal. Esta nueva reducción opera sobre una muy menguada situación en cuanto a recursos, que llega a producir el cierre de las puertas de los hospitales a la población usuaria, rechazando ingresos reiteradamente.

Estas medidas sumadas a la falta de materiales básicos ponen a los hospitales al borde de la

omisión de asistencia.

En este contexto se plantean crecientes dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud. Un gran sector de la población, alrededor de 360 mil habitantes, un 12% de la población no posee cobertura sanitaria formal con porcentajes aún mayores en el interior del país.

Un factor determinante en esta crisis es el actual modelo asistencial, curativo y no preventivo, que privilegia desproporcionadamente la utilización de alta tecnología de diagnóstico y tratamiento, generando una elevación incesante de costos.

Un modelo asistencial que no es integral y que no cumple adecuadamente las actividades de promoción, protección, recuperación, y rehabilitación de la persona, de la familia, y el grupo social y su hábitat.

No asegura continuidad en la atención de salud, predominando la incoordinación, con superposición de actividades y registros clínicos heterogéneos e insuficientes. La desarticulación de la acción de los efectores de salud públicos y privados genera una duplicación o triplicación de servicios que son la contracara de la ausencia de cobertura real.

El escaso desarrollo de la atención en el primer nivel tiene como consecuencia un uso exagerado de los servicios de urgencia y emergencia, de la hospitalización, de la tecnología de alta complejidad, y del consumo de medicamentos, ya que el paciente consulta a último momento en la etapa aguda de su enfermedad.

Este tipo de asistencia predominante agrava las diferencias sociales. No existe una estrategia de salud que atienda al cambio en la composición sanitaria de la población, a su envejecimiento, y a la mayor incidencia de determinadas enfermedades crónicas.

Las políticas desreguladoras de los sucesivos ministerios de salud pública han dejado operar libremente a los seguros privados y han permitido una competencia que deriva a gastos de marketing y publicidad, recursos cada vez más necesarios en la asistencia.

La ausencia de una política nacional de medicamentos y de tecnología ha inducido el uso no racional de estos insumos. No existe una transparencia en los costos, ni una regulación en los precios y sus incrementos, que asegure la accesibilidad en estas dos áreas claves.

La actual financiación del sistema de salud está en crisis en sus múltiples planos.

Los recursos cada vez más exigüos asignados a Salud Pública, el no cumplimiento de las responsabilidades asumidas por el

Gobierno central con el Hospital Universitario y el sistema de prepago en el mutualismo son muestras claras de una situación crítica que requiere cambios sustanciales.

Ante este panorama entendemos que se han configurado los elementos materiales de una **EMERGENCIA SANITARIA** en el Sistema de Salud uruguayo. Que además se expresa en el deterioro de la formación de los recursos humanos que se imparte en el hospital universitario, con las graves consecuencias que esto implica para la salud de la población.

Por todas estas razones planteamos, reclamamos, exigimos, medidas inmediatas y soluciones de fondo.

1. Aporte de los recursos aprobados por el Parlamento para el Hospital de Clínicas y Salud Pública.

2. Revocación de los recortes presupuestales contenidos en la última Rendición de Cuentas.

3. Mantenimiento de los Servicios Médicos de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados.

4. Regulación de precios de medicamentos y técnicas de diagnóstico y tratamiento, manejando precios de referencia en la región, transparencia en los costos, central de compras y banco de medicamentos para los de mayor costo, tanto para el sector mutual como el público. Definición de un vademécum de principios activos esenciales para su utilización en todo el sector salud.

5. Impuesto a los altos ingresos en el sector, coherentemente con una perspectiva general de impuesto a la renta.

6. Prohibición de los gastos superfluos en publicidad.

7. Universalización del Seguro de accidentes de trabajo evitando la desmonopolización de la Cartera de accidentes de trabajo.

8. No más cierre de centros asistenciales.

9. Exigirnos el pago de los salarios adeudados

10. Rechazarnos la aplicación del IVA a la salud.

11. Exigirnos el respeto de los diversos Convenios firmados por el Ministerio de Salud Pública en diversas áreas laborales.

Estas medidas inmediatas deben ser coherentes con una estrategia de cambios profundos en el sector cuyos grandes ejes deberían ser:

1. Cambio en el modelo asistencial hacia un Modelo Integral, que ponga el énfasis en la prevención, en la educación y promoción de la salud, tanto en su dimensión individual como colectiva, más que en la curación de la

enfermedad (esto abarca al ser humano en toda su dimensión, como ser bio-psico-social)

2. Desarrollo de un sistema de atención en el primer nivel coordinado entre los efectores públicos, privados y comunitarios, con fuerte participación de la población usuaria y de los trabajadores, con mayor capacidad de resolución.

3. Política Nacional de Medicamentos y de Tecnología que asegure la accesibilidad y el uso racional y coordinado de estos recursos, que promueva la investigación—coordinando a nivel regional— y la producción nacional en estas áreas, manteniendo la fuente de trabajo en la Industria del Medicamento, regulando, controlando y realizando un seguimiento de las incorporaciones.

La Facultad de Medicina y específicamente el hospital universitario deben cumplir un rol decisivo en esta materia, sin perjuicio del rol rector del MSP sobre las políticas de salud.

4. Seguro Nacional de Salud con aporte familiar según ingresos (con el objetivo de financiar el Sistema Nacional Integrado de Salud, con un mínimo no imponible), aporte empresarial y del Estado, que asegure la cobertura universal, asignando los recursos proporcionalmente a la población afiliada y sus riesgos.

El cambio en el sistema de salud debe asegurar la atención de toda la población sin distinciones, con carácter igualitario, integral, continuo, suficiente y oportuna, con participación protagónica de la comunidad en las decisiones y en la gestión de salud.

Se trata de construir un Sistema Integrado Nacional de Salud, con un Seguro Nacional que lo financie, y de aplicar a fondo una estrategia para el cambio del modelo asistencial actual, hacia otro de cobertura de toda la población, equitativo y de adecuada calidad para todos los uruguayos.

En resumen y frente a esta Emergencia Sanitaria que amenaza con liquidar la atención médica de los uruguayos y la pérdida de miles de puestos de trabajo, ofrecemos soluciones a través de propuestas claras y posibles de ser puestas en práctica.

Convocamos a todos los uruguayos a seguir luchando por los cambios de fondo que el país y su sistema de salud necesitan.

No nos resignamos a esta realidad.

Hay otro país posible y juntos podemos hacerlo realidad.

INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO

Un asunto enfocado “con plena conciencia de su lacerante humanidad”

El pasado jueves 31 de octubre se efectuó en la sede del SMU la presentación del libro “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, coordinado por el Dr. Leonel Briozzo, que recoge los aportes de decenas de expertos uruguayos sobre el asunto. Por considerarlo de gran interés, reproducimos el “Prólogo” que para ese volumen escribiera el Dr. Héctor Gros Espiell.

Es con verdadero placer que escribo unas palabras prologales a este excelente libro que reúne un conjunto de valiosos trabajos en torno al problema humano, social y médico del aborto.

Se trata de una recopilación de varios estudios, a mi juicio, repito, del más alto valor, que encararan el grave problema del aborto –grave en general y gravísimo en el Uruguay–, desde un punto de vista médico y social, enfocado con plena conciencia de su lacerante humanidad. Se aporta así un enfoque nuevo, absolutamente necesario –que no sólo complementa las formas tradicionales de encarar la cuestión, centradas en el análisis filosófico o jurídico, o que lo trata desde el ángulo con que lo hace un cierto y minoritario sector, parcial y reductor, que olvida el deber general de respetar toda vida humana–, sino que reflexiona médicamente sobre el asunto y enfrenta además el problema social, de miseria, explotación e ignorancia, que rodea y condiciona, tristemente, el tema del aborto, sobre el cual planea la pobreza y las diferencias sociales y económicas, que provocan inadmisibles discriminaciones en cuanto a su realización y en lo refe-

rente a sus consecuencias en la vida y en la salud.

Naturalmente al escribir, con solidaridad y comprensión, estas páginas a manera de prólogo, no puedo dejar de lado la consideración del marco filosófico y jurídico dentro del cual se ubica para mí, necesaria, pero no únicamente, el tema del aborto.

No está –no puede estar– este tema al margen de la reflexión sobre el valor y la naturaleza de la vida humana, de su inicio, del comienzo de la personalidad jurídica, de la intangibilidad, de esta vida y de su protección jurídica. La consideración del Derecho a la Vida y de su protección y garantía, es esencial que sea tenido en cuenta.

Y al referirse al Derecho a la Vida estoy incluyendo no sólo el Derecho que a ella tiene el feto, sino también el derecho que a este respecto posee la mujer que porta dentro de sí otra vida.

Yo no puedo, porque traicionaría mi conciencia y mis convicciones, dejar de recordar que el Derecho a la Vida está garantizado por el Derecho internacional y por el Derecho Interno –en el caso del Uruguay–, que el Derecho Internacional, aplicable directa e inmediatamente en nuestro Derecho, determina que la protección del Derecho a la Vida se inicia, en general, con la concepción (art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos) y que la vida del ser que la mujer lleva en su seno, es autónoma y propia, lo que conduce a la obligación jurídica de no aplicar, en los países en que existe la pena de muerte, esta pena a una mujer embarazada, ya que ello llevaría a privar de la vida no sólo a la persona condenada, sino

además, a la otra vida que lleva en su seno (art. 4, Convención citada).

Basta esto para calificar de inadmisibles y absurdos, ética y jurídicamente, el plantear o intentar resolver el problema del aborto como un asunto de propiedad de la mujer sobre su cuerpo.

Pero el Derecho no se limita, internacional y constitucionalmente, a afirmar el Derecho a la Vida, a fijar el inicio de ésta y el nacimiento de la personalidad jurídica o del proceso que culminará con su pleno y total reconocimiento, asunto en el que el Derecho Civil ha cumplido y cumple un necesario papel.

El tema del aborto lleva necesariamente a reflexionar sobre la forma en que el Derecho Penal debe encararlo, para tipificar o no, uno o varios delitos vinculados con la interrupción voluntaria del embarazo, no sólo con respecto a la mujer, sino también en cuanto a los ejecutantes en grado de autoría, coautoría o complicidad.

Pero sería un grave error situar el tema del aborto sólo en el campo del Derecho Penal, para tipificarlo penalmente o no y para penalizarlo o no penalizarlo. El tema, humana y socialmente, va mucho más allá del Derecho Penal y debe necesariamente tener en cuenta todas las consecuencias del reconocimiento del Derecho a la Vida en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y a la protección, en cuanto a su “goce”, impuesta por el artículo 7 de la Constitución Nacional.

Por último, no puedo dejar de hacer referencia a la corrupción en relación, por ejemplo, con los servicios médicos, de enfermería y de policía, entre otros, que

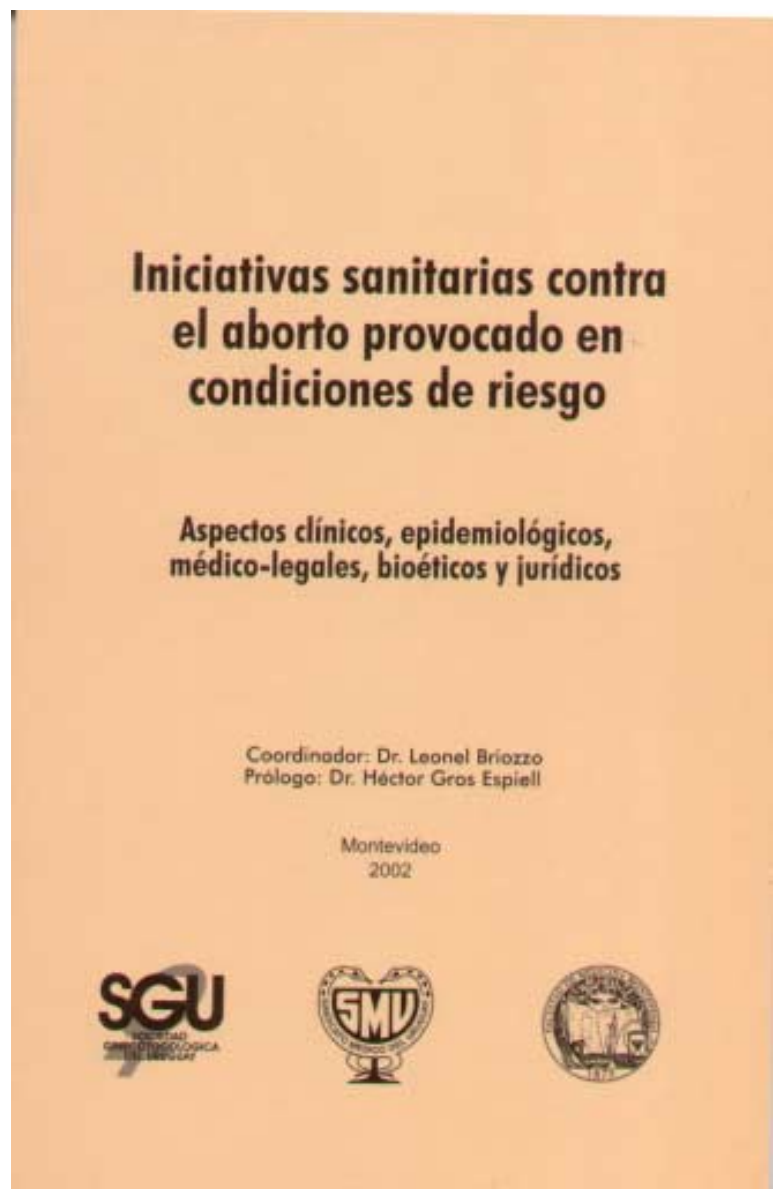
rodea y envenena todo el horrible y triste submundo en el que se realizan los abortos clandestinos de las que no pueden pagar costosas clínicas y que deben someterse a la humillante indignidad de “tratamientos” en repudiadas “carnicerías” humanas.

Bienvenido sea, pues, el esfuerzo realizado por los autores de este libro, para superar –sin olvidar su ineludible necesidad– los enfoques exclusivamente filosóficos y jurídicos para encarar aspectos, que tampoco pueden dejarse de lado, de naturaleza médica, humana y social.

Y realizan este necesario enfoque con excelente información, claras ideas, elogiados objetivos humanos y precisa practicidad.

Ojalá contribuya este libro a fortalecer la lucha por la vida, por la dignidad humana y la salud, a disminuir la discriminación basada en las diferencias económicas, sociales y culturales y las humillaciones y tristezas que la situación actual, tan cargada de hipocresía, tanto individual como colectiva, conlleva respecto a este asunto.

Dr. Héctor Gros Espiell



LOGO ROEMMERS (VA POR MAIL)