

# HACIA UNA PRESENCIA COMPROMETIDA Y CALIFICADA DE LOS MÉDICOS EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)\*

Prof. Dr. Ángel M. Ginés\*\*

La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud es una de las tareas mayores de nuestra sociedad para este período histórico.

La reforma comenzó en un estado de emergencia social que impuso intervenciones urgentes y extendidas, con recursos materiales y financieros acotados al extremo. El Plan de Emergencia y las medidas impulsadas por Salud Pública estimularon una agitada fase inicial.

El camino recorrido en breve lapso ha tenido una superficie ríspida y tensa; pero sus cimientos incluyen cambios notorios: un fuerte aliento a la promoción y la prevención de

la salud, la tendencia sostenida a incrementar la equidad en el financiamiento y en el acceso universal a la atención, la descentralización de La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), y, por fin, la aprobación de la ley madre del SNIS; relevante hito, que culmina una aspiración de décadas y abre una nueva etapa con nuevos y múltiples problemas a resolver. Su aprobación por el Parlamento no es un punto de llegada, es una plataforma de partida.

La transformación que el gremio médico y nuestra Facultad vienen promoviendo desde hace cuatro décadas se convirtió por fin en una cuestión principal de gobierno.

En estos 40 años los médicos, los estudiantes y los docentes no estuvimos de brazos cruzados; ese largo tiempo incluye la confrontación con la mayor tragedia que puede padecer un pueblo, el terror ejercido por el propio aparato del Estado, al que siguió una apertura democrática negociada, con secuelas indelebles y con persistencia de relaciones económicas voraces en el despojo material y espiritual de amplias mayorías. En buena parte los médicos y docentes, los trabajadores de la salud y las instituciones a las que pertenecemos fuimos postergados y buena parte de los sectores sociales a los que servimos corrieron peor suerte aun: la exclusión social.

En el siglo pasado los emprendimientos sanitarios transitan en nuestro país diversos afluentes –de calidad contradictoria y heterogénea– con bondades reconocibles y aspectos inaceptables.

Las vertientes originarias incluyen los servicios estatales, los servicios mutuales, las empresas privadas y el ejercicio liberal; a esos desarrollos originarios se suman dos experiencias de gran impacto y trascendencia: la primera impulsada por el gremio médico en el primer tercio del siglo, formidable concepción y realización de Carlos María Fosalba y sus compañeros del Sindicato Médico del Uruguay y la segunda, a mitad de siglo, el Hospital Universitario, que conducido por docentes, egresados, estu-

diantes y funcionarios llegó a ser la perla de los servicios hospitalarios de Latinoamérica, el referente principal de la asistencia médica para nuestra población, con destacada presencia en la formación de recursos humanos calificados para nuestro país y para la región, y con aportes destacados en la investigación científica.

En el último tercio del siglo los médicos del interior, movilizados en su Federación, construyen un nuevo y relevante afluente que hoy está en pleno flujo de realizaciones innovadoras. Estas jornadas son testimonio notable de la bondad del camino recorrido, que resulta ejemplar en un espacio donde reside la mayoría de nuestra gente, que vive y sueña, espera o emigra.

Ese mérito es mayor habida cuenta del desarrollo social y cultural deformado de nuestro país, de hegemonía portuaria, heredada del período colonial, de la frustrada emancipación artiguista y de la incompleta transformación democrática de la primera mitad del siglo pasado.

Quiero destacar que los médicos que residen en departamentos diversos de Montevideo, organizados en la Federación Médica del Interior (FEMI), además de conducir desarrollos sanitarios, participan activamente en el Consejo, en el Claustro y en la Comisión Directiva de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina ejerciendo sus responsabi-

lidades de cogobernantes. Tengamos bien claro que la Escuela y su director, electo por el Claustro, es mandado por ustedes –en la proporción en que les corresponde– acorde con nuestra Ley Orgánica. Al expresarme aquí, pues, estoy rindiendo cuentas; con toda la libertad de opinión a la que nuestra institución nos obliga.

Cuando destacamos las virtudes de nuestros antecesores médicos, estudiantes, docentes e investigadores y los aportes de las instituciones que gestaron, no lo hacemos sólo por nostalgia –que no siempre es mala cosa– sino para templar nuestro espíritu de médicos y universitarios comprometidos con la sociedad y con los desafíos de la magna gesta creadora que se abre en el horizonte.

Quiero retomar dos reflexiones que presentamos a la discusión, el mes pasado en Colonia, con motivo de las Primeras Jornadas Regionales de Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC), para luego profundizar en ellas, introduciendo nuevos temas.

Decíamos allí.

Hace más de un siglo el gran médico e investigador austríaco Rudolf Virchow, fundador de la patología celular moderna y militante social, decía con admirable precisión: “La medicina es política en gran escala”.

Pues bien, las transformaciones en marcha son tareas políticas mayores.

Existen otras tareas que interactúan con ella y resultan también im-

prescindibles: educación, arte, ciencia y tecnología; sobre el cauce de un desarrollo social y productivo sostenido y soberano, con justa distribución de los bienes materiales y culturales.

Ejercemos a fondo nuestra condición de seres políticos.

Política entendida como el conjunto de todos los instrumentos de la cultura empleados colectivamente para producir cambios que mejoren la condición humana, en una sociedad y un tiempo histórico concreto.

Teniendo bien presente que política en gran escala es conflicto en gran escala porque incluye los intereses de clases confrontadas; los sentimientos de Abel y de Caín, distribuidos en proporciones distintas pero infaltables en cada uno de nosotros; la subjetividad con su inagotable variedad personal; las cuestiones de poder, el Estado, las instituciones públicas y privadas, los intereses corporativos, la prepotencia imperial globalizada y, por fin, pero en primer lugar, las fuerzas sociales puestas en movimiento, crisol por excelencia de la creatividad humana.

Cuando los cambios son profundos y no mera cosmética, los fantasmas desbordan el escenario. Tal si fuéramos arrojados a lo desconocido, nos sentimos sin Biblia ni maestro que señale el camino para los nuevos rumbos. Se espera de nosotros, por los ricos antecedentes del movimiento médico y universitario, que impulsemos los cambios con aportes

innovadores y, en especial, con una actitud ponderada, retirando del fuego de las emociones los leños innecesarios. Con fuerza y firmeza en lo esencial, pero con benevolencia en las maneras.

Seres políticos, en tanto humanos pero con decidida condición de médicos.

*La medicina es una forma particular de la solidaridad humana... un arte vincular... para incrementar sus beneficios y atenuar los daños que puede ocasionar es necesario avanzar en la ciencia de nuestro arte.*

El desarrollo continuo y permanente de la personalidad y el rol social del médico constituye en el componente principal de nuestra práctica. Personalidad y rol social se fraguan en la historia personal del médico y en la circunstancias de su existencia; esos pilares cardinales no son transferibles directamente desde la actividad educativa, aunque ésta ha de abrirle amplios espacios.

Dos aspectos que resultan indispensables en la persona del médico —y que Salamanca no presta— incluyen: el desarrollo de sus sentimientos sociales y la capacidad de transitar en la penumbra y el enigma sin violentar a las personas con teorías, dogmas o prácticas ritualizadas de recetas, exámenes y procedimientos.

Nuestra sociedad aspira a disponer, en cantidad y en calidad, de buenos

médicos. Un buen médico, en tanto su tarea es ocuparse de personas, es a la vez un médico bueno, es decir una persona suficientemente buena.

Con disposición solidaria, calidad vincular y comunicativa, con cierto espesor y madurez en los problemas humanos universales: amor, muerte, dolor, locura, discriminación; abierto a los dilemas éticos de la práctica cotidiana; activamente comprometido con los asuntos políticos y sociales implicados en el bienestar de nuestros semejantes. Con un arte afinado en técnica y ciencia que ilumine sobre los procedimientos empleados y los resultados obtenidos. Tratando de avanzar el *arte médico* (o mejor diremos hoy, arte en salud/enfermedad) —que nunca deja de serlo— a un *arte sostenido en comprobaciones*.

La ley madre de la reforma es una ley estratégica; establece los grandes lineamientos para un período de construcción de largo aliento. Para que esta madre sea fértil las fuerzas sociales comprometidas en realizarla debemos ocupar e impulsar nuevos y amplios espacios.

El movimiento social —incluidos el área universitaria de la salud, nuestras organizaciones médicas, los trabajadores de la salud y las organizaciones sociales— debemos emplear con decisión y en profundidad las oportunidades abiertas aun antes de la ley.

¿Cómo retomar una iniciativa y una participación activa e inteligente en esta vital cuestión de nuestra sociedad? Esta es, para mí, la cuestión principal.

La calidad y el compromiso del equipo de salud resultan tan decisivos como la participación de la comunidad.

La reforma sanitaria sólo podrá realizarse si contamos con recursos humanos suficientes y calificados, con motivación y comprometidos, que atiendan con solvencia y humanidad todos los niveles de la interacción entre el equipo de salud y la población asistida.

El personal sanitario constituye, pues, un problema crucial de la reforma.

El complemento de esta afirmación, también indispensable para la reforma, es asegurar un creciente involucramiento de la comunidad en los programas sanitarios; la sociedad considera a la salud una de sus principales preocupaciones.

Reflexionemos, pues, sobre la necesidad de construir un cuerpo médico y de trabajadores de la salud suficiente, diverso y organizado en equipos de salud, con distribución nacional y de alta calidad ética, humanística y científico-técnica.

Diversos desafíos complejos merecen especial atención para lograrlo

y deberán ser superados como condición sine qua non para avanzar en la reforma:

- las condiciones laborales,
- la formación continua y permanente,
- la participación en los equipos de salud y en la gestión de los servicios,
- la comunión de los trabajadores de la salud en los espacios de trabajo.

La distancia que nos separa de condiciones laborales de calidad es enorme.

Los mayores obstáculos para realizar los cambios proceden de esas inaceptables condiciones que no permiten que los médicos y nuestros compañeros de tareas podamos emplear a plenitud nuestra capacidad creativa en un lugar de pertenencia, dotado de recursos técnicos apropiados, habitable, cálido, en la comunidad del trabajo; todos ellos son requisitos indispensables para obtener servicios calificados y realizarnos como personas plenas, aspiración principal de todo ser humano.

Con un Estatuto del Trabajador de la Salud en la mira deberíamos obtener avances progresivos en las siguientes líneas:

1º) Concentración laboral y reducción del multiempleo hasta su superación, con limitación saludable de la jornada laboral. Introducción e

incremento progresivo y permanente del régimen de dedicación total, comenzando por las nuevas generaciones pero abierto a quien quiera optar por ella.

2º) Presencia activa, con integración plena a la construcción y desarrollo del equipo de salud; participación en la administración y gestión de los servicios y en la planificación de las tareas; ateneo clínico regular; auditoría de historias clínicas, de casos complejos y de muertes en los servicios; incorporación de los programas prioritarios de promoción y prevención de salud; formación continua en servicio; evaluación de calidad de los procesos y resultados de las tareas.

Una carrera funcional ajustada a normas de calidad (concurso y evaluación del desempeño), equidad en los contratos y en las remuneraciones, estructura escalafonaria con descripción de funciones, sistema de evaluación aplicable a todos los funcionarios cualquiera sea su jerarquía, que califique para ascensos y renovaciones.

Estas orientaciones constituyen la condición principal para mejorar la atención, para desarrollar el nuevo modelo y para asegurar la calidad del desempeño y la vida digna y creativa de los médicos y nuestros compañeros de tareas.

Desde luego que estas nuevas condiciones de trabajo no se obtienen

por decreto. Suponen concebir vías o caminos para avanzar desde el inaceptable estado actual; de ingeniar, imaginar o inventar no existen manuales para esta nueva perspectiva vías de avance para realizar la transición hacia el estatuto del trabajo médico y de los trabajadores de la salud. Con la máxima flexibilidad que debe tener el camino para superar con inteligencia los escollos, pero con la máxima claridad para alcanzar los objetivos.

*Se trata de demandar a ASSE lo que corresponde a ASSE, pero, ¿a quién corresponde demandar en los servicios universitarios cogobernados por nosotros, en los servicios administrados por el gremio médico y, en general, en los servicios mutuales?*

Dos últimas consideraciones sobre recursos humanos, en los que no vamos a detenernos, aunque merecerían un amplio desarrollo.

La primera, altamente promisoría, refiere a la creciente presencia de la mujer en los servicios de salud; su acervo psicológico y vincular, fraguado en la historia cultural de la división del trabajo, aporta a la atención de las personas y las comunidades lógicas de pensamiento y acción, de empatía y éticas de insustituible valor en el sentido de las transformaciones esperadas; estas cualidades renovadoras y removedoras se desarrollan a contrapelo de rígidas estructuras de segregación y discriminación.

La segunda consideración se refiere a que es altamente probable que el

avance de la reforma ponga en evidencia una situación deficitaria en recursos humanos en cantidad, variedad y calidad; hemos propuesto constituir un grupo interinstitucional para la planificación estratégica de recursos humanos, inexistente hasta ahora.

Pero la mayor amenaza proviene de la extracción sin compensación ni gratitud alguna, en especial por los países del llamado primer mundo, de nuestro personal de salud. Sólo por dar un ejemplo que tomó notoriedad: en tres años, entre 2004 y 2007, emigraron 32 anestelistas a España (y 6 más a otros destinos). Esto representa el 13% del capital humano de la especialidad y cuatro generaciones de anestelistas formados por la Facultad de Medicina. Los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre personal de salud emigrado indican que los motivos no sólo incluyen el nivel de las remuneraciones, sino que en porcentajes próximos el emigrante expresa como motivos las condiciones de trabajo y las perspectivas de desarrollo profesional.

Reflexionemos, ahora, sobre otra cuestión ineludible: la incorporación de metodología científica apropiada y de controles de calidad en el SNIS, en sus prestadores y en los programas sanitarios.

Para el avance y la toma de decisiones en el SNIS y en las empresas sanitarias que lo integran, la calidad del registro —comenzando por la de-

gradada historia clínica—, la elaboración de la información existente y la evaluación sistemática, resultan imprescindibles.

La necesidad de incorporar metodología científica apropiada converge con el notable aporte de la escuela canadiense de Sackett y otros al desarrollo de la Epidemiología clínica y más adelante la Medicina basada en comprobaciones, que, por otra parte, son los títulos de dos textos básicos de la medicina contemporánea que todos deberíamos discutir.

La investigación de planes, programas, acciones y procedimientos asistenciales resulta tarea ineludible de los servicios de salud. ¿Qué cobertura tienen las personas, sus familias y la población? ¿Está asegurada la continuidad de la atención? ¿Quiénes acceden y quiénes no acceden a los servicios? ¿Cuál es el efecto a corto, mediano y largo plazo de la prevención primaria, secundaria y terciaria? ¿Cuál es el efecto de las acciones sobre la ecuación salud/enfermedad y sobre la calidad de existencia de las personas, sus familias y las comunidades?

A estas y a otras preguntas poco podemos responder.

Se trata de tareas complejas y de largo aliento que nos conduzcan hacia el arte sostenido en comprobaciones científicas.

La incorporación de metodología científica apropiada supone un cam-

bio de mentalidad y la creación de nuevos estilos de trabajo colectivo.

En nuestra experiencia docente, en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad, la evaluación tomó dos direcciones que resultaron inseparables: el estudio de la disposición subjetiva de los protagonistas en relación con las tareas *–Estado de opinión–* y el estudio de las tareas *–Investigación de procesos y resultados–*.

El Estado de Opinión es un indicador complejo y altamente subjetivo pero decisivo pues refleja la disposición de los involucrados (personal y usuarios de los servicios). La Investigación de procesos y resultados espera, en cambio, valorar los efectos benéficos, adversos y superfluos de las acciones, obtener nuevo conocimiento y reducir en lo posible el componente subjetivo de la evaluación. En nuestra opinión *ambas perspectivas resultan condiciones necesarias de la evaluación y del control de calidad*; más aun, hemos comprobado que a veces tienen la misma dirección y otras están en franca discrepancia, circunstancia que enriquece la inteligencia de análisis y la toma de decisiones.

Finalmente, haremos referencia a un instrumento fundamental para operar las transformaciones desde el quehacer médico y universitario.

La expansión del modelo docente asistencial y de investigación en salud a todos los emprendimientos sanitarios integrados en el SNIS.

Nuestro desarrollo histórico supuso una segregación de dos tipos de servicios: por un lado, los servicios universitarios con diseño docente, asistencial y de investigación para la formación de pregrado y posgrado, y, por otro, los servicios de asistencia convencionales que no incluyen en sus diseños la formación y el desarrollo de recursos humanos ni de investigación científica.

En el nuevo panorama integrador este camino escindido debe ser superado: ni los servicios universitarios por separado resultan autosuficientes para los requerimientos de pregrado, posgrado y formación continua, ni los servicios de asistencia convencionales pueden desarrollarse sin formar recursos humanos y sin realizar investigación y controles de calidad de sus acciones sanitarias.

Es menester una amplia reconversión de los servicios de salud hacia emprendimientos docente-asistencial, de investigación en salud y de complementación de recursos humanos y tecnológicos y la expansión progresiva de esta modalidad con carácter nacional.

ASSE y facultad de Medicina estudian varias propuestas para avanzar en este camino. Este año hemos realizado avances hacia la cooperación docente asistencial entre la Escuela y diversos servicios de asistencia.

La estrategia en marcha consiste en la “Habilitación de servicios o

empresas de asistencia como instituciones asociadas a la escuela de graduados para la formación de recursos humanos en salud”.

Esta asociación se realiza a partir de la voluntad expresa de la institución de asistencia.

Diversas instituciones estatales y mutuales han solicitado ser habilitadas y sus solicitudes están en pleno procesamiento. Dos de ellas lo han culminado y ya fueron habilitadas por la Comisión Directiva de la Escuela y el Consejo de la Facultad: el Hospital Maciel y la Escuela de Sanidad y Dirección de Sanidad de las FFAA, –el Hospital Militar–.

En la próxima semana entrarán a la Comisión Directiva sendas solicitudes del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) y del Sanatorio Americano. Esperamos aprobar simultáneamente ambas habilitaciones como testimonio de fraternidad entre el SMU, FEMI y nuestra Facultad.

Entiendo que esta jornada resulta bien propicia para presentar a ustedes el proyecto referido al Sanatorio Americano. Obviaré de la lectura los fundamentos incluidos en los vistos y considerandos y señalaré algunos aspectos principales del proyecto de resolución.

Ese proyecto incluye:

- Aprobar la solicitud de habilitación presentada por el Sanatorio Ame-

ricano –y su matriz de origen la Federación Médica del Interior–, como institución asociada a la Escuela de Graduados para la formación de recursos humanos en salud, ajustada a los términos del formulario de habilitación y a las normas establecidas en la Ordenanza y el Reglamento de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

- Proseguir la tramitación de las acreditaciones específicas solicitadas: Administración de Servicios de Salud y Cardiología.

- Establecer que la habilitación y las acreditaciones que resultaren serán evaluadas en períodos de cuatro años, en oportunidad y como condición de la renovación de su vigencia.

- En este primer período de habilitación la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina y el Sanatorio Americano se proponen profundizar y extender su cooperación en la formación de recursos humanos en los siguientes aspectos:

1. Evaluación, revisión y ajustes de la implementación de los programas de formación de especialistas que fueren acreditados.

2. Perfeccionamiento y expansión del Desarrollo Profesional Médico

Continuo. Impulso al desarrollo de nuevas unidades docentes asociadas, con las modalidades de formación por residentado, posgrado y/o diplomatura previstos por la Escuela de Graduados.

3. Incorporación a las actividades de formación de especialistas y al DPMC de los Programas prioritarios de prevención y promoción de salud establecidos por la Dirección General de la Salud (Digesa) y en cooperación con ellos.

4. Incorporación a las actividades de formación de especialistas y al DPMC de ateneos y talleres de ética médica en colaboración con la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del MSP, el Comité de Ética para proyectos de investigación y la Comisión de Ética y Conducta Universitaria de la Facultad de Medicina.

Esos talleres o ateneos profundizarán sobre los dilemas éticos de la práctica médica y en salud/enfermedad, en la relación médico-paciente, en el relacionamiento del equipo de salud, en los conflictos de lealtades en los espacios institucionales.

5. Impulsar la investigación científica: clínica, básico-clínica, epidemiológica, de evaluación de calidad de procesos de atención y de sus resultados, de formación de recursos humanos, entre otros.

Los servicios de investigación de la Facultad de Medicina, en gene-

ral, y su Programa de Investigación Biomédica (Proinbio), en particular, aportarán orientación para estos desarrollos.

6. Asignación de funciones al personal técnico de la institución asociada dispuestos a colaborar en las actividades docentes, sea porque poseen la condición de docentes universitarios o ajustado a las normas del “Reglamento para la adjudicación, renovación y ejercicio de funciones de colaboración honoraria en los servicios docentes de la Facultad de Medicina”.

- Ambas instituciones se proponen estudiar la extensión de la formación de recursos humanos a la enseñanza de pregrado.

Compañeros: de sur a norte, de este a oeste, hagamos de nuestra patria un vergel habitable, en una Latinoamérica fraterna... ¡a lo Antonio Machado!... de “buenas gentes que viven, laboran, pasan y sueñan”... y como la vida tiene punto final –cosa que hasta los médicos solemos olvidar–, que “en un día como tantos” descansemos bajo ese vergel.

---

\* Conferencia pronunciada el 29 de noviembre de 2007 en el 40° Encuentro Nacional de FEMI realizado en el Hotel Argentino de Piriápolis.

\*\* Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.