

CON EL SENADOR DR. ALBERTO CID:

“ME ABURRÍ DE DISCUTIR CON LOS QUE DICEN QUE SE GASTA MUCHO EN SALUD”

Victoria Alfaro*

El aumento de la distancia deshumanizadora entre el sistema de salud y los usuarios es el principal motivo para que el senador y médico Alberto Cid impulsara el proyecto de ley sobre los derechos de los usuarios en la salud uruguaya, que se encuentra a estudio en el Parlamento, desde la legislatura pasada. El proyecto también indica el levantamiento del “corralito” mutual. A partir de su aprobación permitirá a los afiliados a las IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) el cambio de mutualista. Además, conversó sobre la situación de las emergencias móviles, de las condiciones laborales de los médicos, de la marcha de la reforma de la salud. Pero también sobre otros temas, como la euta-

nasia, la formación profesional y las necesidades sanitarias que a su criterio tiene el país.

El senador por Asamblea Uruguay (Frente Amplio), doctor Alberto Cid, es integrante de la Comisión de Salud del Senado de la República. Su trayectoria en la política y en el ámbito de la salud es amplia. Fue también presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), ahora como legislador indicó a **Cuadernos** varias autocríticas sobre su época en la gremial médica, sobre intereses que en su momento defendió y que en la actualidad no le parecen adecuados.

–¿Cuál es el objetivo del proyecto de ley sobre los derechos de los usuarios del sistema de salud? ¿Completa un vacío en la legislación o tiene motivos diferentes?

–Indudablemente hay un vacío en la legislación de nuestro país. No hay una regulación sobre los derechos de los usuarios de los sistemas de salud y esto significa una carencia, porque en la mayor parte de los países europeos este tema está legislado desde hace muchos años. Ese es un primer motivo, pero el segundo punto que me llevó a proponer este proyecto de ley es lo que uno ve después de haber culminado la carrera de médico. Sigo percibiendo distancia entre los usuarios y el sistema de salud, una frialdad en el tratamiento que ha empeorado con el tiempo. Parto de la base que cuando una persona está afectada en su salud penetra en un sistema que le es totalmente ajeno y eso provoca una gran incertidumbre y es el peor de los escenarios. No saber qué va a pasar, no saber el diagnóstico, es una de las sensaciones que conspira más contra la valoración que una persona hace de su situación.

–¿A qué se debe esa distancia que ha aumentado entre el paciente y el médico?

–Es histórico, recuerdo aquel clásico dibujo de Quino que colocaba al médico en un pedestal y le señalaba a la persona que estaba atendiendo que no lo interrumpiera.

Hay un cierto autoritarismo en torno a la medicina que persiste en el tiempo, si bien creo que ha mejorado algo en función del marco legal al cual se ha recurrido y que adoptaron algunos profesionales. Y también en la necesidad de no arriesgarse a ser sometidos a juicio. Eso ha permitido algunas mejoras, pero el sistema en sí mismo está profundamente afectado. Desde la persona que recibe una llamada telefónica, el personal auxiliar y también el equipo médico. Hay que revertir el sistema, ojo, no soy tan optimista de pensar que una ley va a cambiar todo, pero por lo menos iniciaremos un camino. Si se difunde adecuadamente la ley, le daremos a los pacientes y a sus familiares –colocados al mismo nivel jerárquico en el proyecto de ley–, instrumentos como para reivindicar algunos de sus derechos.

–En esta situación actual del sistema de salud, ¿incidió el factor económico? ¿Hay ciertos sectores de la medicina que han priorizado el dinero sobre la salud de las personas?

–Existieron algunas prácticas bastante irregulares que tenían una finalidad de lucro. En el Fondo Nacional de Recursos (FNR), por ejemplo, donde están las prestaciones más complejas y costosas, cuando se estudiaron las indicaciones de los procedimientos, se concluyó que en varias situaciones existía una sobreindicación.

-¿No se corre el riesgo que con esta ley aumenten las demandas y los juicios contra los médicos?

-Ese riesgo estuvo desde que hicimos la primera jornada de responsabilidad médica. Cuando era presidente del SMU ese riesgo estuvo presente. Tanto es así que hubo más presencia de abogados que de médicos en dichas jornadas. Creo que esto no puede ser un impedimento para discutir estos temas. En la medida que la profesión se ajuste a las normas éticas y a lo que debe ser la relación con el prójimo, ese riesgo se va a minimizar. Estará en nosotros darnos una cobertura frente a esa posibilidad. A título personal me jubilé de médico y nunca tuve ningún juicio, ni demanda. Tuve una sola denuncia pública en un medio de prensa de un familiar de un paciente que interpretó mal una determinada situación. Con esto no quiero decir que yo haya actuado siempre bien, sería arrogante de mi parte, sino que fui madurando mi manera de relacionarme en el área asistencial con el paciente y su entorno.

-¿Cuánto complementa a este proyecto la participación de los usuarios y trabajadores en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)?

-Complementa el sistema, tanto es así que en la ley "grande" hay un desarrollo de esta necesidad de em-

poderamiento de los usuarios. Las autoridades de Salud Pública interpretan que este proyecto de ley complementa los objetivos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Tanto es así que la ministra (doctora María Julia Muñoz) y el subsecretario (doctor Miguel Fernández Galeano) han empujado mucho para que esta ley pueda ser aprobada. Por suerte, la Comisión de Salud de Diputados la ha priorizado y está trabajando, veremos cómo podemos avanzar. Pero creo que esto redondea lo que el MSP ha proyectado que es la participación del usuario. Le da un marco concreto, luego vendrá la reglamentación, allí hay muchos aspectos del proyecto que quedan liberados a lo que la reglamentación establezca.

-Llama la atención el tema de los medicamentos y la publicidad, este tema ¿ameritaría una reglamentación?

-Exacto, ahora hay algunos aspectos reglamentarios sobre este tema, pero no tienen fuerza de ley. Se necesita porque a veces proponen medicamentos mágicos y propuestas terapéuticas que no tienen rigor científico. Sobre todo en el área de la cirugía plástica, donde se realizan ofrecimientos por televisión donde uno se queda sorprendido.

No son creíbles, es publicidad engañosa. Me llama la atención porque seguramente no se conoce la ley de

defensa del consumidor, que específicamente prohíbe esa práctica.

-¿Hay diferencias entre ser paciente o usuario?

-Cuando decimos usuario estoy colocando en el mismo nivel a los familiares, el término de usuario es más global que el de paciente.

-¿El proyecto le da otras responsabilidades al usuario? ¿Como el hacerse responsable por su salud?

-Es muy difícil sancionar al paciente que no cuida su salud, pero de todas maneras lo dejamos establecido como una obligación. En definitiva, el no hacerlo salva al sistema de las responsabilidades que tiene. Por eso está puesto como responsabilidad del paciente. Si un diabético no se da la insulina, no se le va a hacer un juicio a la institución porque la persona decidió no darse la insulina.

-¿Qué pasa con la historia clínica?

-Todo debe constar en la historia clínica, allí hay un capítulo que habla de la historia convencional y otro sobre la informatizada. En la historia están escritas a texto expreso todas las decisiones, las comunicaciones, la integración del equipo de salud y qué profesionales hacen las indicaciones. Es como la cédula de identidad del proceso asistencial e incluso es un

elemento importantísimo para que el profesional tenga su escudo protector, en caso de demandas. Cuando usted escribe todo en la historia clínica, lo que dijo, lo que informó, cómo lo informó, con los detalles de la información, es una protección brutal para el equipo de salud. También es un documento donde se pueden expresar los errores de una decisión médica. Se transforma, además, en una garantía para el paciente y su familia.

-El proyecto de ley indica con precisión el derecho del usuario a acceder a su historia clínica, ¿a qué se debe esa exactitud?

-Es una cosa absurda que se siga discutiendo en el país a quién pertenece la historia clínica. Siempre es del paciente y lo pusimos en el texto porque tiene que haber una ley que clarifique este tema que sigue siendo un área de conflicto.

-Llama mucho la atención que en el proyecto diga específicamente un “trato cortés y amable” hacia el paciente. ¿Qué se persigue con este punto?

-Humanizar, darle un cariz más humano al trato con el prójimo, en el momento en que es más vulnerable y donde debemos extremar nuestra solidaridad. Cuando hablo de la calidad del trato me refiero a todos los actores que se desenvuelven en el

sistema. Desde el que atiende el teléfono hasta el profesional, todos los que intervienen en el sistema.

–En ese artículo aparece un punto vinculado a evitar la eutanasia, pero también contra el sufrimiento innecesario del paciente. ¿No se plantea aquí una contradicción?

–Estamos hablando de una situación límite. Una es la eutanasia, donde se actúa con la finalidad de terminar con la vida, y otra es la actuación del médico que actúa para evitar el sufrimiento. La eutanasia se califica por la intención con la que se actúa, terminar con la vida, y en el otro caso es terminar con el sufrimiento. Es un límite complejo, tanto es así que integrantes de la Suprema Corte de Justicia, que hoy ya no están, llegaron a decir en los medios públicos que el cóctel lítico “se utiliza a rolete”. Asimilando este cóctel con la eutanasia. El cóctel lítico manejado con la intención de aliviar al paciente no es asimilable a la eutanasia. Es un procedimiento terapéutico absolutamente razonable para aliviar el sufrimiento en situaciones que no se pueden mejorar por otros caminos. Hoy tenemos equipos que están trabajando en este tema, sobre tratamientos paliativos, y ellos tienen que circular por un límite complejo y lo hacen con solvencia profesional. Pero también

toman decisiones donde saben que corren el riesgo de que el enfermo se muera. Todo se hace a través de un procedimiento muy explicado al enfermo y a la familia.

–El proyecto también habla del ejercicio de la docencia en todas las instituciones de salud, públicas o privadas. ¿Qué se persigue con ello?

–Es un viejo resabio. En la salud pública, donde la prestación es gratuita para las personas con bajos niveles de ingreso, la contrapartida se hacía con la docencia.

Actualmente el sector privado tiene un buen equipamiento y otros recursos diagnósticos y terapéuticos, que hoy por hoy no lo tiene el sector público. La docencia permite mejorar la calificación de los alumnos. Por ejemplo, casi todos los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) están fuera del área pública, y eso es un ámbito de formación importante. Y también servirá para descongestionar el sector público. En los servicios de salud donde no hay docencia, la calificación es mucho menor que en donde se hace docencia. Las instituciones médicas colectivas se dieron cuenta y se llevan los grados cinco y hacen publicidad con ese tema. Es un beneficio para los usuarios, las instituciones y además mejora los resultados.

–A partir de este proyecto, ¿el paciente también se va a poder negar a que lo “usen” para investigaciones científicas?

–Por supuesto, es un derecho básico del paciente el negarse a que su cuerpo esté sometido ya no a investigación científica sin su consentimiento como también a los reiterados procedimientos semiológicos.

–Hay un artículo que se refiere a la obligación del paciente a atenderse, lo quiera o no, en determinados casos de enfermedades que pueden afectar a la sociedad, por ejemplo el dengue. ¿Puede explicar su alcance?

–Se refiere a las patologías que se pueden expandir, por ejemplo el dengue o cualquier otra enfermedad transmisible. La libertad de atenderse o no la sigue teniendo, porque no se establecen sanciones, pero por lo menos está la voluntad legal o legislativa de que en esos casos es necesario el tratamiento. Con el proyecto se dan herramientas o instrumentos al MSP.

–A partir de que este proyecto sea aprobado, ¿qué pasa con la libertad de elección del usuario? ¿Vamos a tener derecho a cambiar de institución aunque no se establecen plazos?

–No se establecen plazos, pero en realidad se está estableciendo de

hecho, porque todavía no se aprobó el proyecto (risas). Vengo hablando de esto desde la anterior legislatura, cuando presenté este proyecto.

–Si se aprueba tendría que abrirse inmediatamente el “corralito”. ¿Está en condiciones el sistema?

–Es un riesgo admitido por mí y por Salud Pública, tanto es así que el MSP está abriéndolo paulatinamente. Es un riesgo que las instituciones no han evaluado adecuadamente. Lo que tienen que hacer las instituciones para prevenir esa migración, es dotarse de buenos servicios y eso forma parte del objetivo final, el derecho a ser bien tratado en todas las instituciones. Estas fueron consultadas en la comisión y señalaron su preocupación por ese artículo, sin embargo no han tomado medidas preventivas frente a esa situación.

–También existen los copagos (órdenes y tiques) en la salud privada, que es un barrera interesante a la hora de acceder a la salud.

–Es una barrera que progresivamente el MSP está eliminando en determinadas situaciones, como el embarazo, la asistencia pediátrica. También se están disminuyendo algunos copagos en determinadas enfermedades y lo van a seguir haciendo, en base a los criterios de morbilidad.

Hay una línea de trabajo en la cual no se debe interferir, porque desgraciadamente los copagos pasaron a financiar los salarios incrementados de algunos grupos profesionales. Recordemos que en 1992 el gobierno de (Luis Alberto) Lacalle autorizó el pago por acto médico. Inmediatamente se dispararon los copagos porque no había forma de cubrirlos. En un sistema absolutamente debilitado, no se podía cubrir el pago por acto médico.

-El pago por acto médico está en la salud privada y no en el sector público. ¿Cuál es la tendencia a tomar con este tema?

-El pago por acto médico no debería estar en ningún lado. No hay tendencia a eliminarlo porque es una decisión de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ), y ustedes saben los poderosos que resultan a la hora de un conflicto en el cual se amague a retrotraerse al año 1992. Más allá de que la inmensa mayoría de los médicos está en contra, además es discriminatorio, porque a un anestesista o un cirujano le pagan por acto médico y a un médico general no, o es un monto ínfimo.

-¿Cómo lograr mejoras en las condiciones laborales de los médicos?

-En la salud pública se va a ir dando un proceso que no puede ser

instantáneo, y me llama mucho la atención las reivindicaciones que hacen algunos colegas que ahora descubren que las condiciones laborales son malas. Nunca la salud pública destinó tantos recursos como en este momento. Indudablemente, hubo un abandono por décadas en la estructura de la salud pública, que ha permitido que las condiciones laborales sean malas. Cuando era practicante interno en el Hospital Maciel, comíamos al lado de la morgue. Nos faltaban recursos en la emergencia. Hoy se ha mejorado esta situación, pero no alcanza porque hay un abandono histórico. Otro tema es el múltiple empleo de los médicos, que está estimulado en parte por la inseguridad laboral. Ningún profesional se arriesga hoy día a dejar un trabajo, sabiendo que concentrando su labor en un lugar corre el riesgo de quedarse sin ningún trabajo. También me hago una autocrítica como ex delegado a los Consejos de Salarios en el año 1985, defendiendo situaciones laborales indefendibles. Por ejemplo, la carga horaria de los médicos de policlínica. Dos horas, tres veces por semana. Esto va en contra de lo que debe ser, concentrar el trabajo en una institución y trabajar allí el máximo de tiempo posible. Eso también incide en las condiciones laborales, porque obliga al médico a trabajar seis horas semanales y salir corriendo a la mutualista B, a la C y a la D, ganando

poco sueldo en cada una de ellas. Las condiciones de trabajo tienen una multicausalidad que no son las mismas en salud pública que en el área privada. Tenía la expectativa cuando se votó (a pesar de que yo no lo compartía) el pago por acto médico, que al mejorar las condiciones de remuneración de los profesionales, iba a generarse una concentración en el trabajo médico. Sin embargo, esto no sucedió. Esto me lleva a pensar que no es solamente un tema salarial lo que determina el multiempleo, sino que hay otras causas que tendremos que explorar. El régimen así como está es negativo y es uno de los temas que hay que cambiar. Hay que ir hacia la concentración laboral en una o dos instituciones a lo sumo. Eso va a permitir que el rendimiento del profesional mejore, que la atención mejore y que las instituciones también se beneficien en cuanto a la calidad de la asistencia.

-¿Cómo es posible compatibilizar la situación de Montevideo y del interior del país, porque las condiciones de trabajo son diferentes?

-Sin duda que las situaciones son disímiles, creo que las dos se pueden articular, porque además hay un tema de propietarios y empleados que es complejo y difícil. Pero lo que hay que abordar es el capítulo de Montevideo con mucho énfasis. Tiene que haber una discusión, tenemos un

instrumento que son los Consejos de Salarios. Allí, junto a la concentración de trabajo, van a tener que aparecer las garantías laborales de estabilidad.

-¿Es posible un único laudo nacional en las remuneraciones de los médicos?

-Para los que sean empleados es posible que sí; ahora, va a haber un sector importante de médicos que no tengan laudo.

-¿Qué opina del lucro en la salud?

-Hay que distinguir lo que es un lucro razonable de lo que es el lucro desmedido. El primero hay que defenderlo porque es lo que permite que las instituciones se renueven, mejoren y se mantengan al día. Es diferente el lucro desmedido, donde se reparten ganancias como si fuera una sociedad anónima. Me preocupa el lucro excesivo y concentrador. No se debe admitir ese lucro, hay que encuadrarlo dentro de lo razonable. Tiene que haber un cierto lucro porque si no las instituciones se desfinancian. Tenemos una estructura de emergencias móviles que son un lujo para el país. Ellas han permitido resolver situaciones que hacen a la atención primaria de la salud, que no es su cometido, sin embargo lo hacen para poder competir. Lo pueden hacer porque tienen un lucro. Ese lucro les permite la renovación de equipos

y unidades que permanentemente están actualizadas.

-¿Cómo ve la introducción de los seguros privados en el Fondo Nacional de Salud (FONASA)?

-Ha sido una decisión de los seguros privados introducirse en el FONASA, este les va a dar a estas instituciones lo que le paga a cualquier mutualista. Van a recibir las cápitas (cuotas salud) correspondientes a la edad y el sexo. Ahora, si por encima de la cápita la empresa le quiere cobrar más al socio particular y este acepta pagar 1.000 pesos por encima, es un problema de decisión de la gente.

Los seguros privados no estaban en la ley, porque no pensábamos que iban a querer ingresar al sistema porque no iban a tener interés en hacerlo.

-¿Qué pasa con las emergencias móviles?

-Con las móviles existiría la decisión pendiente de que ingresen solamente para la cobertura de la real emergencia. Creo que las instituciones mutuales van a tener que vincularse con alguna emergencia móvil. Sería un error que se interprete por parte de los usuarios que tienen emergencia móvil dentro del sistema. Esto llevará de ser así a la pérdida de afiliados. Es más, me han informado que ya hubo pérdida de afiliados por este motivo en las emergencias móviles.

Si se integran solamente para cubrir la emergencia, vamos a perder un instrumento que deberíamos aprovechar. Se aceptó postergar la decisión sobre su inclusión en el sistema y abrir un ámbito de intercambio, en la búsqueda de la mejor solución.

-¿Qué se perdería con la exclusión de las móviles?

-Se perdería calidad, porque el socio tendría la percepción de que tiene emergencia móvil y se borraría, eso generaría pérdida de ingresos y de calidad. Creo que sería una muy mala señal, porque las emergencias móviles surgieron porque el sistema de asistencia público y privado no dieron respuesta a una necesidad real.

-¿Qué opina de la inversión en salud?

-Me aburrí de discutir con los que dicen que se gasta mucho en salud, porque cuando lo llevas al número de personas del país, las cifras son notoriamente bajas en esta asignación per cápita. Pero además, dentro del sistema la asignación entre lo público y lo privado era notoriamente asimétrica. La relación era de tres a uno entre el sector privado y el de salud pública. Se precisa mucho más dinero. En esta ley "grande" solamente la inclusión de los niños y adolescentes le significa al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 100 millones de dólares, más lo que apor-

tan los trabajadores. Incluir a todo el grupo familiar más los jubilados, son 1.000 millones de dólares. Se precisa mucho dinero y por eso hay que hacerlo gradualmente.

-¿Qué opina de la reforma de la salud en general?

-Creo que la reforma está muy bien pensada, hay que hacer énfasis en no destruir lo que está funcionando adecuadamente. Me preocupan concretamente dos temas, uno, el de las emergencias móviles que estuvimos hablando, y el otro es fruto de años de lucha sindical, los seguros de salud. Hubo que defenderlos porque costó mucho trabajo sindical. Hay que incluir los seguros de salud con los mismos beneficios que tienen hoy día. En los otros capítulos creo que se ha caminado con mucha solvencia y equilibrio, con un horizonte muy claro. Con un claro objetivo como es la necesaria mejora en las condiciones de salud pública.

Ya se hizo algo muy importante en el tema salarial, nadie puede ir a trabajar a salud pública en segunda clase. Me acuerdo que muchas veces en salud pública faltaba personal de enfermería, porque así como el médico trabaja en varios lados, los enfermeros también. Salud pública se transformaba en un entrenador de personal que luego emigraba justamente por la magra retribución, entonces lo salarial es importante, pero

también lo es la asignación de recursos que ha ido mejorando. El MSP es uno de los ministerios priorizados en el presupuesto nacional y en las rendiciones de cuenta.

En otro orden, de los impactos esperables está el tema del control del tabaquismo, que ha tenido un fuerte impacto en mucha gente fumadora, que se haya puesto en discusión el tema del tabaco y las repercusiones sanitarias que tiene. La respuesta que tuvo la ciudadanía entorno a este tema es sorprendente. Prácticamente no exige vigilancia porque hubo un acatamiento muy notorio y además le ha dado mecanismos al no fumador para defenderse. Lo del tabaquismo me sorprendió y me hizo repensar el tema y me llevó al tema del cólera, que también tuvo una respuesta de la ciudadanía fenomenal. Fuimos el único país de América Latina sin cólera. Otro tema es la mortalidad infantil, que ha descendido gracias a las políticas dirigidas del MSP. En Artigas este indicador, que era el más alto del país, está a los niveles más bajos. Y nos alarmamos porque ahora hubo 27 niños muertos de más con respecto al año anterior. Es bueno que nos alarmemos, pero los indicadores vienen bajando en forma sostenida.

-¿Qué es la colegiación médica para usted?

-Imprescindible. Es un instrumento esencial que también comple-

menta los cambios en la salud. Hay dos obstáculos, primero la percepción que tiene el no médico sobre el tema. Cree que esto es un mecanismo para que los médicos se autoprotejan, lo que no deja de ser cierto en algunos aspectos. Hay que estar en el colegio médico para ejercer la profesión, en este sentido es una defensa ante la competencia de otros médicos que puedan ingresar al país. Sobre todo en un MERCOSUR que va a tener libertad de circulación de bienes, servicios y personas. Cualquier médico va a poder venir a ejercer la profesión acá y va a competir en un medio que ya está saturado de médicos.

La colegiación tiene instrumentos internos que van a ser mucho más exigentes con los propios profesionales. Esto va a permitir tener un ámbito donde las normas éticas van a ser cumplidas. Estoy convencido que la colegiación debería ser aprobada, pero tenemos la percepción de que hay varias complicaciones. Además, estamos en el tercer año de la legislación, si no se acuerda ya en Diputados y pasa al Senado, difícilmente que se apruebe.

Tenemos unos cuantos proyectos para tratar, uno de ellos muy importante, que es el de las residencias médicas. Le da otras capacidades a la residencia de proyectarse al sector privado, a costo de las instituciones. Eso permitirá que con el presu-

puesto que ya tiene asignado se amplíe el número de residentes. Se van a certificar las instituciones y los servicios con capacidad para formar residentes. Espero que podamos crear la residencia para el médico general, ya que es el primer contacto con el enfermo.

Tenemos más especialistas que médicos generales. Tenemos que poder calificar a ese médico general. No podemos tener médicos generales que empiezan su trabajo en policlínica, mueren siendo médicos de policlínica sin poder intercambiar con nadie. Ni siquiera hablar con un colega, porque como está dos horas, no coincide con el otro médico. El lugar más crítico es la medicina general.

–La ministra Muñoz habló de un “Plan Ceibal” para médicos. Una computadora para cada uno, sobre todo en las zonas rurales. ¿Qué opina al respecto?

–Hoy, un médico sin computadora es un ente, no puede buscar información en Internet, no tiene contacto con otros colegas, ni con los centros de salud... Sabemos que hay profesionales que no saben usarla. Esto tiene que formar parte de la educación médica continua.

* **Periodista.**