

Talleres: Ideas, análisis, debate, acuerdos y disensos

Entre la pasión y la mente fría

Durante siete horas unos 90 técnicos y estudiantes distribuidos en seis talleres analizaron, discutieron y realizaron propuestas destinadas a la transformación del sistema de salud uruguayo. También surgieron iniciativas para afrontar a corto plazo la crisis de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. En los párrafos siguientes, *Noticias* cuenta el desarrollo de algunos de los talleres escogidos como muestra del trabajo realizado en Solís II.

Todos los integrantes del taller N° 6 coincidieron en que el sistema de Salud se tornó perverso. “Hoy la intención es ganar plata”, opinó una de las participantes. “No es posible” que las principales causas de muerte sean las mismas que hace más de 30 años, apuntó un bachiller refiriéndose a las patologías relacionadas con conductas asumidas por la comunidad (enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes) y no con enfermedades de transmisión epidemiológica. “Por eso lo de la ‘promoción’ no es un eslogan”. Dijo que hay que promover la comunicación con la gente para que cambie sus hábitos y se cuide más. De esa manera –señaló– se abarataría el costo de la atención y se ingresaría a **un sistema que trabaje sobre la prevención** y no sobre la enfermedad. En este punto hubo consenso.

Atención resolutiva

“La clave es que el primer nivel de atención no puede ser un simple derivador hacia un especialista. Tiene que resolver el 90% de los problemas de salud de la gente”, apuntó uno de los integrantes del taller. Propuso **desarrollar el primer nivel de asistencia**, y “humanizar” más el servicio. Resaltó que hay que avanzar en “aspectos organizativos” porque hoy no existen “estímulos” para que la etapa del primer nivel sea resolutiva y señaló que los cambios en estas políticas corresponden al Poder Ejecutivo.

“La propuesta de bajar el precio de la orden para medicina general es un excelente ejemplo para que la gente consulte a médicos del primer nivel”, indicó. El profesional añadió que una reorganización de la atención debe “poner límites” a los sistemas de emergencias móviles.

“Hoy la gente va a la asistencia de las móviles porque es gratis y no a la mutualista porque debe pagar el tique. **Las móviles deben atender casos de verdadera emergencia: crisis, infartos, situaciones que deban resolverse en 20 minutos. Si no las**



Una vista de la sesión plenaria final realizada en la mañana del domingo

integrarnos al sistema organizado, fracasamos”, aseveró una de sus colegas. Agregó que hay seguros privados que engañan a la población. La gente “no acostumbra a leer el contrato”.

“Sumum no aporta al IMAE y por ello no tiene derecho a las posibilidades que brinda el Fondo Nacional de Recursos (institución encargada de gestionar y solventar los trasplantes de órganos)”, acotó.

Remedio\$\$\$

Otro de los integrantes del taller sostuvo que “sin (mediar) gastos”, cada ciudadano debería tener su “médico tratante” a fin de no superponer tareas y actuar en un esquema organizado y más eficaz.

Propuso que se avance en el trabajo con medicamentos genéricos: “Hay un conflicto por el dinero”, dijo en relación a las marcas que fabrican los laboratorios internacionales. Así surgió la propuesta de **aplicar un tique diferen-**

ciado para una lista de por lo menos 100 medicamentos que se recetan con frecuencia y que tienen un bajo costo de importación.

Se puso como ejemplo el trabajo de una policlínica de la Costa de Oro que tiene un listado de 100 medicamentos a 50 pesos: “Son los que compramos a 15 pesos”. En este contexto, uno de los médicos realizó una autocrítica: “Nosotros también participamos de la deshonestidad. No podemos comprar a 15 pesos y vender a 110”. En contrapartida dijo que la mayoría de los médicos es honesta y le dice al paciente (cuando éste pregunta) que el medicamento que le receta se compra a menor precio en la farmacia.

“Ese es dinero que se va. Si el tique de ciertos medicamentos fuera más barato la mutualista saldría favorecida”, reflexionó. Otro médico añadió: “El MSP debe exigir a todas las instituciones que trabajen con estos criterios. Hay que **exigir políticas de Estado**”. Un bachiller dijo que el Estado no presiona a los laboratorios y a la indus-



Uno de los talleres en pleno funcionamiento en la mañana del sábado

tria farmacéutica para mejorar los costos. Otro asistente señaló que Salud Pública logró abaratar en 40% el costo de los medicamentos y que aun así, las ganancias de los laboratorios “son groseras”.

Una médica sostuvo que “del 100% de los ingresos del CASMU, el 55% es para la masa salarial, no más de un 8% para tecnología y casi el 20% para medicamentos, que es el gran problema”. De este análisis surgió la idea de **exigir al gobierno que las mutualistas puedan importar medicamentos en forma directa**.

Cobertura global

No hubo oposición cuando uno de los médicos señaló que “el 10% del PBI (porcentaje que el Estado destina a la Salud) es suficiente”. Todos coincidieron en que existe un problema de distribución y administración de los recursos y que se debe **exigir una “regulación total del sistema”**, sin permitir que tal acción determine la “reducción de masa salarial o puestos de trabajo”. De esta manera se trazaría el camino para **un sistema de salud universal con una cobertura global del servicio sanitario**.

Se coincidió en que la cuota única determina la exclusión social y en **pedir la instrumentación de un fondo único nacional que se alimente de un descuento según salarios e ingresos**: “El que gane mejor que pague más y que el Estado pague por el que no pueda pagar nada”, dijo uno de los presentes. La idea fue compartida por todos. Se coincidió en que **el monto debe ajustarse a franjas de ingresos y de acuerdo a la capacidad de pago del núcleo familiar**.

También hubo acuerdo en la creación de una **superintendencia que administre los fondos**. En torno a este tema hubo propuestas para que **tal organismo no sea integrado por las empresas prestatarias del servicio médico** que recibirán el dinero, y que funcione con el control de los usuarios.

Uno de los participantes sostuvo que el planteo del sistema universal de salud no puede llevarse al gobierno sin previa reunión con la Federación Médica del Interior (FEMI) y con los médicos anestésico-quirúrgicos (que perciben grandes sumas de dinero luego de ganar una puja sindical que les posibilitó cobrar por acto médico). Otro de los presentes indicó que el SMU “no supo hacer lobby” y que debe aprender rápidamente para “obligar a los partidos políticos a pronunciarse por la salud de la gente”.

Una participante de la reunión dijo que el sistema solidario se deformó y deploró el marketing que aplican las mutualistas: “Se compran socios e igual cierran”. A partir de este punto se propuso **eliminar el marketing en un nuevo sistema de salud**.

Emergencia sindical

Una profesional dijo que el sistema mutual, en su estado actual, “no aguanta ni un año. Si el sistema se cae antes, van a ganar las aseguradoras privadas”.

Apuntó que muchos colegas esperaban una respuesta que surgiese del Encuentro Solís II: “Algo tenemos que decirles”.

“Este mes la Española no pagó y Médica Uruguaya pagó con un cheque a 60 días. Hay mutua-

listas que no tienen otorrino de renal porque no pueden pagarlo. Así no se puede seguir”. Un bachiller apuntó: “El SMU tiene la obligación de defender la reubicación de los colegas y la salida del sistema por los caminos más justos”.

“Ante los despidos y las rebajas salariales hay que tomar medidas extremas mañana. La muerte está a la vuelta de la esquina”, agregó uno de los médicos. En tal sentido, un colega indicó irónicamente: “El sistema se cae ayer. Las medidas de emergencia tienen que salir de este Encuentro”.

Añadió que la solución de fondo debe apoyarse en la “preservación del sistema actual –mejorado– y tomar como base un mecanismo de responsabilidad compartida: tenemos que asumir tareas, pero el poder político debe asumir otras, como el respaldo económico”, enfatizó.

“Hay que reclamar al Poder Ejecutivo que **no haya más cierres de mutualistas**”, opinó otro de los especialistas de la medicina. Un colega apuntó que hay que indicarle al Estado cuáles pueden ser las soluciones: “Además de no querer, el Estado no ha sabido solucionar la situación, y este no es un problema de este gobierno: ha pasado por varios mandatos y personas”. Uno de los integrantes coincidió y dijo que “no hay que quedarse en lo declarativo”.

Dólares por pesos

Una de las médicas sostuvo que “el sistema mutual perdió en el verano más de 20 mil ‘socios DISSE’, por el (crecimiento del) desempleo”. Una de las propuestas que surgió fue la de **solicitar al Estado que pague el 90% del valor de la cuota mutual** en vez del 85% por los socios afiliados mediante el sistema del Banco de Previsión Social.

Una posición mayoritaria en este taller fue la de **obtener créditos blandos del BROU para reactivar el sistema de salud**, pero con el compromiso de no dejar de “pagar las deudas” contraídas. “Las deudas hay que pagarlas porque nadie presta plata si sabe que no la podrá cobrar más tarde”, precisó uno de los participantes. “No podemos pedir plata para pagar sueldos”, añadió otro.

Un médico dijo que el actual sistema permitió la entrada de “gente inescrupulosa que se robó la plata, lo que provocó el cierre de instituciones”.

“El Estado tiene que controlar para que no pase lo mismo que en Casa de Galicia” (institución involucrada en un complejo proceso judicial por irregularidades en su antigua administración), enfatizó. Agregó que todas las mutualistas están desfinanciadas, “incluido el CASMU”.

Una médica sostuvo que en Uruguay la salud subsidia al Estado: “¿Cómo es posible que al agro se le exonere de impuestos y a la salud no?”, se preguntó. De aquí partió una propuesta de **solicitar al SMU que bregue ante el gobierno**

SINDICALES

por la devolución impositiva. Otro médico propuso que se decrete la **pesificación de los pasivos de la salud.** La medida fue respaldada por el resto de los integrantes del taller.

Respaldo a las IAMC

Una de las médicas del taller propuso defender enfáticamente el sistema mutual: *“En Estados Unidos, si no tenés plata te morís. Vayan a ver lo que pasa en Perú o Bolivia. Hay que pagar 20 dólares para ir a un hospital. Acá cada cantegril tiene su policlínica”.* Añadió que Uruguay no pudo votar una moción de la Confemel (Confederación Médica Latinoamericana) porque se pretendía bajar de 20 dólares a 10 dólares el precio mínimo para atenderse en Salud Pública: *“Dijimos que acá era gratis y no nos creían”.*

Otro profesional acotó que los chilenos y los venezolanos están *“desesperados por un sistema de atención como el nuestro”.* Todos los integrantes del taller respaldaron la **validez del sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)** como punto de partida para **lograr un sistema universal de salud con integración del Subsector Público y el Subsector Privado.**

Derecho y derroche

Uno de los médicos precisó que **el derecho a la salud tiene que figurar en la Constitución.** Para ello, se necesita una reforma de la Carta Magna. Tales modificaciones deben ser objeto de consulta popular.

Otra de las opiniones refirió a los *“recursos malgastados”* por el Estado por descoordinación en el aprovechamiento de la tecnología: *“Hay equipamiento ocioso que se debe usar 24 horas por día porque a los dos o cuatro años es obsoleto, se use con frecuencia o no”.* Dijo que el sistema actual tiene *“altos costos que se pueden absorber con una simple coordinación”.* Uno de los profesionales

dijo que *“no hay un protocolo de atención terapéutica”* y por ello se *“subutiliza”* la tecnología: *“Es un tema de voluntad política”.* Hubo coincidencia grupal en cuanto a la **racionalización de los recursos y al control del ingreso de la tecnología por parte de un organismo especializado.**

Una de las médicas señaló que se debería realizar una integración regional de la salud. Recordó que España y Francia tienen un sistema de coordinación para ciertas intervenciones quirúrgicas y que tal modelo se puede trasladar al Mercosur: *“Argentina puede dedicarse a un área, Brasil y Uruguay a otras. Si hay que operar a alguien (en casos de trasplantes) que se lo traslade al país especializado”.* Remarcó que esa coordinación abarataría costos y permitiría una mejor calidad en la atención al paciente: *“Un trasplante de hígado cuesta 40 mil dólares en (el Instituto argentino) Favaloro y acá cuesta 100 mil”;* ejemplificó.

La ñata contra el vidrio

Una de las participantes en el taller aseveró: *“Hay que atacar el multiempleo. Si a uno le pagaran bien no tendría por qué trabajar en tantos lugares y habría más empleo para los médicos jóvenes”.*

Un documento de la Comisión del Médico Joven del SMU analizó la problemática del ingreso de estos profesionales al mercado laboral e identificó ciertos puntos críticos. La comisión solicitó el ingreso por concurso y la jerarquización de la evaluación en formación (obtenida por el especialista durante la residencia o el posgrado) en los mecanismos de inserción laboral. Pidió la implementación de un cupo para médicos jóvenes y la regulación del multiempleo. Una de las médicas jóvenes sostuvo en el taller que el país cuenta con 300 nuevos médicos por año y que el periodo estimado para la inserción laboral de estos profesionales es de diez años. *“Además, en muchos lugares los médicos se eligen a dedo”;* destacó. La mayoría acompañó la idea de **ingresos**

por concurso y del cupo para médicos jóvenes. Un bachiller propuso contratos a término para que los médicos jóvenes ganen experiencia, pero al planteo se opuso la mayoría. *“No te pueden dejar en la calle luego de los 27 o 28 años, que es la edad promedio para la obtención del título universitario”;* dijo una de las participantes.

Entre tanto, uno de los médicos propuso la **creación de una bolsa de trabajo** dentro del gremio: *“El SMU no puede transformarse en un sindicato de los médicos que trabajan”;* aseveró.

Se coincidió en la **implementación de la recertificación médica,** mecanismo que permitiría el *“aggiornamento”* constante de los profesionales de la Medicina. 📍

LOS PARTICIPANTES

Solis II fue fruto de un trabajo colectivo realizado bajo la coordinación del Dr. Ignacio Olivera, encargado de la Comisión de Asesoramiento Técnico (CAT) del SMU. El equipo contó con la asesoría del economista Luis Lazarov, del escribano Jorge Lorente y del periodista Fernando Butazzoni. Los seis talleres estuvieron coordinados por los doctores Ariel Montalbán (grupo 1), Enrique Soto (grupo 2), Ana Inés Ruiz (grupo 3), Álvaro Berrutti (grupo 4), Ignacio Lezama (grupo 5) y el bachiller Rafael Mila (grupo 6). Cada taller contó a su vez con alrededor de una docena de participantes en representación de los más diversos sectores de la Institución, entre ellos el presidente del Consejo Directivo del CASMU, Dr. Tito Pais.

“Estado debe pagar al BID”

(Taller I)

Marco general

- * Hubo acuerdo “implícito” con el documento de “Políticas y Proyectos de Reforma del Sector Salud”.
- * Medidas concretas para implementar un régimen, integrado e integral de derechos universales de la salud.
- * Separar las funciones de prestación y financiación.
- * Control del usuario hacia el gasto y hacia los prestadores de servicio.

Financiación

- * Un organismo que gestione un presupuesto integrado por el de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el de las Instituciones Médicas de Asistencia Colectiva (IAMC). Gradualmente se deberá incorporar todo el presupuesto del sistema de Salud estatal.
- * Participación directa de los usuarios en el organismo de financiamiento.
- * Aporte de los usuarios proporcional a sus ingresos. En un período de transición se propone realizar el cálculo sobre las personas (individual), y en una segunda etapa se deberá tener en cuenta la conformación de la familia (número de hijos).
El nuevo sistema pone fin al mecanismo del prepago (ahora se realizará un descuento directo sobre los ingresos).
- * El Estado debe aportar por los sectores más desposeídos.

Políticas concretas

- * Jerarquizar el primer nivel de atención.
- * Incorporación racional de tecnología y medicamentos.
- * Políticas de Recursos Humanos (Educación Médica Continua y mecanismos para el ingreso y jubilación de funcionarios).
- * Control del gasto a través de auditorías.

Socorro inmediato

- * Medidas para asegurar la viabilidad del sistema (hubo discrepancias en cuanto a las iniciativas concretas a aplicar). Se propuso solicitar un cambio de categoría de riesgo sectorial del Banco Central (la entidad monetaria considera que los créditos para la salud se encuentran en la franja de más alto riesgo).
- * Obtención de créditos blandos.
- * Suspensión de pagos o moratoria de los créditos actuales.
- * Negociar que el préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo se pueda manejar libremente, sin la obligación de utilizarlo para cubrir las deudas con los laboratorios.
- * Este préstamo internacional lo debe pagar el Estado y no las instituciones prestadoras del servicio de salud.

Declaración del SMU

Jornada de Solís

Durante los días 19, 20 y 21 de abril de 2002, el Sindicato Médico del Uruguay se reunió en el Balneario Solís, para considerar las POLÍTICAS Y PROYECTOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD.

Atento a la crítica situación que se viene observando en dicho sector, con preocupación creciente, se ha considerado oportuno efectuar una honda reflexión colectiva para extraer conclusiones que conduzcan a propuestas de cambio, que se reflejen en la vida de todos los uruguayos.

Los participantes de la Jornada consideraron que en el ámbito de las instituciones de salud privadas, la situación es dramática: mutualistas con severos déficits, médicos que no cobran sus haberes, trabajadores mal remunerados, dificultades en la relación comercial con algunos laboratorios y, como corolario, una afectación en la calidad de la atención a los pacientes.

Esto debe cambiar, y para ello se estructuró en “Solís II” una serie de propuestas a ser implementadas de inmediato por las autoridades nacionales, las que permitirán evitar un colapso de incalculables consecuencias. Estas propuestas de emergencia serán dadas a conocer en los próximos días. En este Encuentro, en el que estuvieron representados los afiliados de la Institución, a través de todas las instancias de organización gremial, se definieron los PRINCIPIOS DEL SISTEMA SANITARIO, los cuales están inspirados en los trabajos y declaraciones adoptadas en la Jornada “Solís I”, efectuada en agosto de 1999. Entre esos principios deben subrayarse los que hacen a la equidad, la calidad, y la solidaridad del sistema, para alcanzar así una atención de la salud igualmente digna para todos.

En los meses previos, tuvo lugar la elaboración de varios documentos y estudios técnicos, así como diversos encuentros y debates con parlamentarios, referentes sindicales de la salud, autoridades del mundo académico vinculadas a la economía, sociología y otros abordajes científicos de la problemática, que permitieron llegar a este Encuentro con un enriquecimiento de las propuestas.

El SMU considera que la grave crisis por la que atraviesa el sistema de salud debe resolverse apelando a nuevas propuestas, que recreen el patrimonio histórico que se generó a lo largo de muchas generaciones. No puede considerarse siquiera que la variable de ajuste para la crisis sea, una vez más, el salario de los médicos, medida que por añadidura resultaría insuficiente como solución al extremo deterioro actual.

Del análisis de esta compleja realidad, se desprende la necesidad de introducir en forma gradual la reforma total del sistema, transitando hacia una organización sanitaria única que brinde cobertura a la totalidad de la población y cuyo financiamiento incorpore progresivamente criterios de equidad vinculados a los diferentes ingresos de cada uno, cimentando un Seguro Nacional de Salud.

Es intención del SMU coordinar acciones concretas con los demás gremios de la salud, con las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), con los usuarios y con los diversos actores, tanto públicos como privados, para impulsar de forma decidida la implementación de esa reforma. Buena parte del trabajo realizado en “Solís II” está destinado a afinar dicha propuesta y presentar ante la sociedad toda, al más breve plazo posible, un proyecto articulado, serio y viable. Finalmente, los participantes de este Encuentro hicieron un llamado a todos los colegas, a los demás trabajadores de la salud, a las Autoridades Nacionales y a la Población, para generar los ámbitos de reflexión, debate y decisión necesarios que permitan concretar la impostergable reforma del sistema de salud en Uruguay. El SMU se compromete a brindar todos los apoyos necesarios para alcanzar estos importantes objetivos.

Sindicato Médico del Uruguay, 21 de abril de 2002.