

# Aproximación a una identificación de las resistencias a la reforma

**DR. JORGE LORENZO**

El debate generado en los últimos meses a partir de los trabajos preliminares para la 8ª Convención Médica Nacional permite vislumbrar algunos de los impedimentos más evidentes a la reforma. Su análisis parece imprescindible para la iniciativa de crear un polo de liderazgo social -no exclusivamente médico- pero sí con la opinión de los médicos.

La construcción de este polo de liderazgo o mayoría de opinión proclive a la reforma es una de las finalidades básicas de esta Convención. Las políticas sociales son difíciles de modificar para la clase política si la necesidad de cambio no surge desde la ciudadanía. Por este motivo es que planteamos una Convención diferente, de cara a la gente, en la cual los médicos uruguayos -históricamente comprometidos con las causas populares- generemos un programa que contemple las políticas de salud, los problemas del trabajo médico, de la educación y la ética sobre la base de una equidad externa e interna al sistema.

Para cumplir con este objetivo es imprescindible reflexionar acerca de los factores de resistencia al cambio.

## LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

Es una trágica omisión. La ausencia desde 1985 de una política de salud de carácter estatal que defina objetivos, responsabilidades, y vele activamente por el derecho

a la salud dejó a la deriva al dudoso “sistema” uruguayo, y omitió legislar en torno a un verdadero y universal derecho a la salud. Es, sin dudas, el principal factor de resistencia.

## LAS RESPONSABILIDADES MÉDICAS

1) La carencia de diagnósticos completos de situación es, en alguna oportunidad, señalada como una resistencia. Es cierto que no disponemos de un panorama actualizado, compacto y compartido de datos, sin embargo la opinión generalizada de los expertos en salud es que con lo que tenemos alcanza para comenzar.

2) Los diagnósticos difieren, así como difieren los escenarios finales, hechos estos que se evidencian ni bien se comienzan a discutir aspectos concretos de la reforma. Estas discrepancias se refuerzan ocultando las coincidencias dada la condición de expertos de la mayoría de los actores, por lo menos en estas primeras fases del debate. A esta situación se suma un malentendido que subtiende las discusiones: implícitamente se parte de la base de que será la Convención la que decida los detalles de la reforma, cuando lo más importante es explicitar la voluntad de cambios y las tendencias generales que, a juicio del cuerpo médico nacional y sus gremiales, estos cambios deben tener. La tarea de legislar y gobernar no es asunto de la Convención. No parece arriesgado sostener que si tenemos en cuenta estas consideraciones

podemos superar dificultades internas.

3) El “sistema” no tiene los mismos problemas, no ofrece las mismas prestaciones y no obtiene resultados similares en lo referente a la salud de la gente ni a la relación costo-beneficio en Montevideo y en el interior del país. Esta afirmación debe tomarse en términos muy generales ya que existen asimetrías muy marcadas tanto dentro del sistema IAMC de Montevideo como en FEMI. Identificar estas diferencias, discutir las en un ambiente de respeto y confianza, es esencial para llegar a una posición común.

4) El corporativismo médico fue una de las mayores trabas a cualquier cambio en la salud, y particularmente, es el que creó la mayor resistencia al cambio de modelo asistencial. Se agruparon por diversos motivos:

- alrededor de los intereses de grupos muy minoritarios de médicos vinculados, en general, a tecnologías costosas como los agrupados en los IMAE,

- cohesionados como resultado de un salario históricamente sumergido como la SAE en su momento,

- en su condición de propietarios de cooperativas médicas y de clínicas privadas, actuando como generadores y autoderivadores del gasto,

- empresas con fines de lucro, como los seguros parciales, sin normativa ni controles estatales. Conformaron *lobbys* con diversos grados de poder que actuaron históricamente como grupos de

presión en los niveles de decisión política. No se trata de satanizarlos, en muchos casos estos colegas invirtieron años y esfuerzos en su capacitación. Lo verdaderamente importante es que hoy no son ajenos a la crisis, ven igual que el médico de a pie que el “sistema” se cae. Tal vez estemos frente a una oportunidad histórica de buscar y lograr una equidad interna en los sistemas de remuneraciones. Seguramente no obtendremos unanimidades, pero es una discusión interna que nos debemos,

- la indecisión con respecto a la producción de médicos, enfermeras universitarias, técnicos, etcétera, lleva a una creciente sobrecapacidad de la oferta médica. No se nos escapa que este es un problema que toca aspectos muy sensibles para las autoridades universitarias, es evidente que no es sólo responsabilidad de la Facultad de Medicina y la UDELAR. Este es uno de los ejemplos más claros de “responsabilidad sin dueño”. La política de recursos humanos en sus aspectos globales debería ser decisión del cuerpo social y de sus representantes democráticos; excede ampliamente los límites de la autonomía y del cogobierno.

La 8ª Convención, realizada en el ojo de la tormenta, centrada en el eje ético de la equidad y basada en la histórica tradición social y progresista de los médicos, contribuirá a la creación de un polo de liderazgo para la reforma y firmará de cara a la sociedad un nuevo convenio. ■