



Declaración pública de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES - Uruguay

Este es un intento desde la Medicina Social de convocarnos a la reflexión y al debate sobre los procesos de reforma sanitaria en nuestro continente, tomando conciencia del extremo al que ha llegado la penetración de los valores capitalistas en algunos grupos de profesionales de la salud.

Releyendo el reciente libro de Miguel Márquez y Francisco Rojas Ochoa sobre Juan César García, resulta evidente, una vez más, lo limitado de cualquier análisis sectorial que no integre adecuadamente el contexto histórico y el modelo de desarrollo.

La utopía que se ha sostenido en Uruguay, es que es posible construir un sistema de salud equitativo en el seno de una sociedad capitalista en su fase actual de consumismo acelerado. Quizás afianzados en la idea de una acumulación histórica de ciertos intentos de construcción y de ciertos fracasos de demolición de lo que comúnmente denominamos Estado de Bienestar.

Fernando Borgia, coordinador de ALAMES, Región Cono Sur, fernando.borgia@gmail.com

La paradoja es que en nuestro país aún sobrevive un sistema de educación público-gratuito-universal, que incluye todos los niveles educativos y para la que no existen cupos o exámenes de ingreso. Las barreras de acceso a la educación son, en primer término, geográficas, por la centralización creciente a medida que se avanza de grado educativo y de capacidad económica (tanto para la adquisición de los materiales de estudio, como para el desarraigo y la supervivencia individual y familiar). Se perpetúan monopolios de las empresas estatales de servicios básicos (energía eléctrica y telefonía básica) y se acaban de reestatizar los servicios de agua potable y saneamiento (mediante la movilización popular que logró una reforma constitucional), por lo que el poco menos del 10% de "consumidores" que tenían prestadores privados, ahora tienen al único prestador estatal. La empresa de petrolera nacional/estatal (ANCAP) viene ampliando su porción del mercado interno y recientemente adquirió una red de estaciones de servicios... y en la salud?

En ninguno de estos casos se vio la población amenazada con la provisión de servicios y, menos aún, la población más vulnerable. No hubo manifestaciones de los empresarios del agua y el saneamiento amenazando con dejar sin servicios a la población que atendían. Tampoco las multinacionales salieron a reclamar que eran "expulsadas del país", sino que se dio un proceso de negociación, en el marco de las reglas de mercado, y se compraron empresas extranjeras, las que fueron cerradas y sus bienes traspasados a las empresas públicas y sus utilidades socializadas al conjunto de la población.

Ahora: ¿Qué pasa en el sector salud?

Pues el sector privado de la salud ha venido sufriendo una serie de crisis recurrentes, desde cuando menos el año 1985 en que se da la recuperación democrática, tras 13 años de dictadura infame. Estas crisis, han tenido como saldo el cierre de múltiples "empresas prestadoras sin fines de lucro", siendo que las personas afiliadas a las mismas fueron incorporadas

a otras prestadoras "similares", lo que en muchos casos fue generando la "fusión" de las prestadoras, porque los propios gobiernos de turno entendían que por razones de escala económica, las mismas no eran viables de manera independiente. En este proceso, con el cierre de empresas, fueron miles los trabajadores que quedaron sin trabajo y con deudas salariales, sociales y jubilatorias incobrables y nunca pagas. Las estrategias de traspaso de afiliados incluían compromisos de las empresas captadoras de afiliados, de captar trabajadores en la misma proporción. El sector público fue entonces el "refugio" de muchos profesionales... pero ahora ¡NADA ES LO QUE PARECE!

En primera instancia, la organización sindical y la movilización en defensa de los intereses de un colectivo de trabajadores no se aleja en nada de la historia del movimiento sindical, incluso de los sindicatos o colegios de profesionales. Sin embargo, no puede ni debe pasar por desapercibido que, en este caso en particular, los profesionales han elegido ser representados por una firma consultora "al momento de negociar" y no por sus dirigentes gremiales o, al menos, no por ellos solamente.

Por otro lado, el primer argumento fue que "la huelga" se debía a que: 1) existen condiciones inadecuadas de trabajo (como falta de equipamiento), lo que genera demoras y plazos largos para la coordinación de cirugías... siendo que "el médico debe poner la cara ante el paciente", 2) que el componente del conflicto por la mejora salarial era "claramente secun-

dario", porque el objetivo principal es que se cuente con las condiciones adecuadas de trabajo, 3) considerándose un hecho grave que no fueran "anestesiistas" quienes están aplicando anestesia en operaciones coordinadas.

Un hecho no poco curioso es que en estos días, en el contexto del conflicto, se llegó a alegar que, una vía para destrabarlo, era que el Ministerio de Salud Pública (MSP) eximiera de toda responsabilidad a los médicos anestesiistas ante cualquier reclamo, por estar trabajando en condiciones impropias. No es poca cosa, en momentos en que es procesado con prisión un médico anestesiista, aunque nadie puso en duda que en ese caso contaba con las condiciones de trabajo adecuadas. El movimiento nacional de usuarios de salud manifestó su total rechazo a esa propuesta, en el entendido de que si existen condiciones inadecuadas que comprometen la salud de un paciente, entonces la responsabilidad del médico es denunciarlas y cancelar la intervención, pero no puede alegarse que debido a las condiciones de trabajo no hay responsabilidad alguna sobre la praxis.

Frente al argumento de las largas esperas para cirugías coordinadas, cabe señalar lo establecido en el reciente informe realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) "Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento" muestra en la página 30, cuadro N° 28: que las personas que debieron esperar hasta un mes para dicha intervención fueron un 51% en el MSP y 54% en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

(IAMC), hasta dos meses 69% en el MSP y 73% en las IAMC, y más de dos meses 31% en el MSP y 27% en las IAMC, concluyendo que: "Los menores tiempos se verifican en los servicios de sanatorios privados, donde casi el 60% debe esperar menos de un mes. No existe una diferencia demasiado relevante en el tiempo de espera para concretar las intervenciones entre el MSP y las IAMC. En ambos tipos de servicios en poco más de un 50% de los casos, las esperas son menores al mes. En el servicio público es algo mayor el porcentaje de quienes deben aguardar más de dos meses.". La pregunta entonces es si esos tiempos de espera son inadmisibles, al no existir diferencias relevantes entre las esperas en el MSP y las IAMC ¿Por qué no se realiza entonces la huelga en las IAMC?

El tercer argumento tenía que ver con la falta de idoneidad de quienes hacen anestesias. En este sentido, los residentes se forman en el sector público, por lo que su práctica es en esos hospitales, y se realiza tanto en las coordinaciones como en las urgencias. Por lo que es discutible este aspecto, pero sin lugar a dudas, la estrategia mediática que ha dado a entender que "cualquiera se pone a hacer anestesia", busca generar alarma en la población y no tiene fundamento, porque en todos los casos son médicos (no el vecino que pasó por la puerta del hospital), los que están en proceso de formación (residentes) y especialistas con título de anestesiista.

Del informe de la Oficina nacional de la Organización Panameri-

cana de la Salud "Perfil de los recursos humanos del sector salud en Uruguay" (OPS, 2007), extrajimos algunos datos y conclusiones relevantes:

- "La cantidad de médicos que realizan estudios de postgrado presenta una tendencia creciente (...) en el año 1998 el 66% de los médicos contaban con estudios de postgrado, en el año 2004 (...) 73%".
- "En lo que hace al peso relativo de las diferentes especialidades (...) las especialidades médicas representan en 28,1% y las especialidades quirúrgicas 7,3%".
- La cantidad de plazas disponibles para cursar las especialidades agremiadas en la Sociedad Anestésico Quirúrgicas (SAQ) son las siguientes:
"Neurocirugía 1, Cirugía Plástica 2, Cirugía Cardíaca 2, Urología 3, Traumatología 6, Anestesiología 10, Oftalmología 10, Cirugía General 11, Ginecología 15". Mientras que por ejemplo en otras especialidades los cupos eran los siguientes
"Cardiología 24, Medicina Familiar 25, Medicina Interna 28, Pediatría 24".
- "(...) la brecha salarial que existe entre los médicos anestésico-quirúrgicos y el resto de los médicos se incrementó de un 20% en el año 2000 a 58% en el año 2005.

Si bien hay versiones periodísticas respecto de la existencia de un informe de la Facultad de Medicina, en el que se sostiene que es necesario rever el número de anestesistas que ingresan y egresan anualmente, también según esa versión, se coloca como problema la emigración del 10% de los especialistas en anestesia. En

este sentido, parece ser que la solución de mediano plazo pasa necesariamente por la formación de un mayor número de especialistas, no solo en anestesia, sino en el conjunto de especialidades agremiadas en la SAQ, pero además, por el compromiso escrito, por ejemplo, de que quienes accedan a una residencia financiada por el MSP u otro organismo público, generen un contrato laboral obligatorio por un período similar o mayor a la residencia, de forma que se conjugue el aumento de especialistas y un freno temporal a la emigración de los mismos. Sin duda, facilitar políticas que promuevan la equidad de género en el acceso a las especialidades agrupadas en la SAQ, debe ser también un factor relevante a considerar.

Por otro lado, no es admisible que exista una doble moral, o una concepción de que existen médicos que deben ser mejor remunerados, simplemente porque el acceso a la especialización está más restringido. El valor social de la tarea realizada por los profesionales de la salud en el primer nivel de atención, es clave para el cambio de modelo de atención y no merece de forma alguna una retribución menor que otros profesionales. La brecha salarial del 58% es inmoral, ilegítima e injustificada, y permitir que se agudice sería un grave error por parte de las autoridades sanitarias.

Entonces volvamos al segundo argumento: la cuestión salarial es secundaria en este conflicto. Esto simplemente no es creíble. No lo es porque, el problema de las condiciones de trabajo, "se resolvió" en la negociación, con la

propuesta del MSP de formar grupos de trabajo y hacer un relevo de las dificultades, y reunirse nuevamente con esa valoración a los efectos de "acordar soluciones" a los problemas que pudieran existir. Este fue el primer acuerdo, el que se alcanzó casi de inmediato, pero el conflicto sigue, y se realizó un paro médico de 48 hrs. Lo que está trabando la situación en el conflicto entre la SAQ y el MSP es la cifra innegociable que la consultora contratada por la SAQ o la SAQ plantean, habiendo rechazado varias propuestas de aumento sobre la base de un compromiso de trabajo en régimen de guardia con un mínimo de 96 horas mensuales y un máximo de 192 horas. ¿Por qué eso no se acepta?

Y LA REFORMA?

En momentos en que se discute en el Parlamento Nacional el proyecto de ley, que supone la ampliación progresiva del Fondo Nacional de Salud (FONASA), los conflictos salariales ponen arriba de la mesa elementos nuevos. Es decir, el financiamiento previsto, supone un aumento real de los recursos volcados al sector salud, por lo que se está dando ahora una discusión anticipada de cuál es el destino de esos recursos. Las proyecciones del gobierno implicaban niveles importantes de inversión en la infraestructura y equipamiento para los efectores públicos nucleados en la nueva Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), mientras que los gremios demandan recursos para la mejora salarial. Al mismo tiempo, la nueva dinámica de afiliación a ASSE o a

una IAMC a través del FONASA, lleva a situaciones paradójales. La no realización de inversiones importantes en infraestructura del sector público, mantendrá la imagen de insatisfacción sobre esos aspectos de la calidad de los servicios, con la consecuencia de otras opciones al momento de elegir la cobertura asistencial. Estas opciones por otros prestadores, generarán progresivamente una merma de recursos para el sector público, con el consecuente agravamiento de las dificultades para disponer de recursos para inversión, e incluso pudiendo llegar a comprometer la permanencia de fuentes de trabajo, complicando la viabilidad del sistema en su conjunto.

Todo parece indicar que es razonable pensar que el sector público debería realizar fuertes inversiones, orientadas a responder a las demandas de calidad de prestaciones, siguiendo un cronograma que vaya de la mano de los grupos de población a los que se va a abrir la incorporación al FONASA. Es decir, si se abre la incorporación a la población infantil, entonces es ahí donde las inversiones deben ser mayores y ejecutadas con mayor urgencia...

¿Será entonces casualidad que el conflicto NAZCA en el HOSPITAL PEREIRA ROSSELL? ¿Será entonces casualidad que se denuncien las condiciones de trabajo, alegando que las mismas podrían incluso llegar a comprometer la vida de los pacientes? ¿Será entonces casualidad que la asistencia deba garantizarse recurriendo a los efectores privados? ¿Qué familia preocupada por la salud de sus hijos optará por la cobertura de salud de ASSE que implica la hos-

pitalización en el PEREIRA ROSSELL, si le advierten que quienes sedan no son anestelistas? ¿Qué por las condiciones de funcionamiento la vida de los niños corre peligro? Más aún, ¿que a las malas condiciones edilicias se le suma que falta personal? Para completar el panorama, se inicia el paro con amenaza de inicio de huelga y ocupaciones por parte de los funcionarios no médicos... y la amenaza de renuncias masivas de los anestelistas y demás especialistas agremia-

estudios diagnósticos? ¿No se está olvidado el impacto sanitario positivo que ha tenido la incorporación de médicos de área, y el acercar los servicios públicos a cada barrio y comunidad? ¿No se está desconociendo el trabajo de los equipos sociales, y la relevancia de la visita domiciliar de captación y seguimiento?

¿No tendrá que ver que la cápita de los recién nacidos y de los menores de un año es la que mejor paga el nuevo sistema a través del FONASA?

¿De verdad pensamos que lo que se está discutiendo son solamente las condiciones de trabajo y el aumento de salario de los anestelistas?

¿Quiénes son los grandes beneficiados con estos conflictos?

Quiénes pensamos que para que exista un SISTEMA INTEGRADO DE SALUD, debe existir un SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, que sea referen-



dos en la SAQ en los demás hospitales públicos de Montevideo...

¿Es ese el mensaje que debe darse a la población para CONVOCARLA A AFILARSE A LA NUEVA ASSE?

¿Cuáles son las razones objetivas para pensar que la infancia va a estar mejor atendida si se asiste en las instituciones privadas? ¿No se están olvidando de las barreras geográficas que hacen difícil el acceso de las personas a servicios fuertemente centralizados? ¿No se obviando las barreras de acceso que significan el cobro de órdenes para la atención, medicamentos y

cia nacional en calidad, y que dé cobertura a no menos de la mitad de la población, a fin de mantener un rol relevante como prestador y no sólo como rector, debemos entonces llamarnos SIN LA MENOR DEMORA A LA DEFENSA DE LA SALUD PÚBLICA!

Montevideo, Uruguay, 1 de octubre de 2007

- El Hospital Pereira Rossell es el Hospital Pediátrico Estatal de Referencia Nacional.