



Centro de Estudios de la Salud



## REUNIÓN DE ANÁLISIS E INTERCAMBIO SOBRE CONCENTRACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO

14 de agosto de 2008

Panelistas: Dr. Gustavo Bogliaccini (Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas)  
Dr. Antonio L. Turnes (Sindicato Médico del Uruguay)  
Dr. Federico Ferrando (Facultad de Medicina)  
Ec. Daniel Olesker (Ministerio de Salud Pública)

Moderadora: Dra. Graciela Fernández

---

Sr. VICEPRESIDENTE DEL SMU (Dr. Trostchansky).- Les damos la bienvenida a todos.

Para el SMU, este evento que organiza el Centro de Estudios representa un hecho de importancia no sólo por lo que significa para el propio Centro -al que consideramos un instrumento de relevancia fundamental, sobre todo en momentos como el actual, en el que las reformas se producen, se instalan y se van desarrollando-, sino también por la trascendencia del tema que se va a analizar en el día de hoy.

No es una novedad para nadie que desde el SMU venimos insistiendo constantemente en la necesidad de encontrar un nuevo modelo, un nuevo contrato laboral en el sistema actual. Lo hemos dicho repetidas veces y lo seguimos afirmando. No es posible un nuevo sistema sanitario, una reforma sanitaria, que no implique necesariamente, al mismo tiempo, un reforma en el mercado de trabajo y en el contrato laboral que los médicos tenemos en la actualidad.

Uno de los aspectos de esa reforma, que se va a tratar hoy, es el de la concentración laboral, que ha sido una reivindicación largamente sostenida por este gremio. Cada uno expondrá su visión sobre la concentración laboral y cada uno podrá plantear, desde su enfoque particular, distintos elementos; para unos será una carga horaria, para otros será el nivel mínimo de entrenamiento que debe tener el profesional, y otros considerarán otros elementos. Lo que sí debe quedar claro para todos es que este nuevo contrato laboral, esta nueva forma de trabajo, esta posibilidad de transitar hacia elementos como el de la concentración laboral, entre otros, tiene como único objetivo la mejora de la asistencia, del proceso asistencial. De eso no deben quedar dudas cuando estamos discutiendo cambios: nuestro objetivo, nuestro fin es mejorar el proceso asistencial. Y el proceso asistencial debe comenzar por tener grandes objetivos, que van implícitos en un futuro sanitario mejor. Uno de ellos, sin duda, va a ser la concentración laboral.

Por lo tanto, deseamos al Centro de Estudios y a todos los que están aquí el mejor de los éxitos en esta jornada y esperamos que este sea el primero de una serie de eventos que terminen plasmando en la realidad los cambios que seguramente todos queremos ver.

(Aplausos)

Sra. MODERADORA.- Conforme a la dinámica que queremos dar a este encuentro, los diferentes expositores van a disponer de treinta minutos para presentar su ponencia y, posteriormente, los presentes podrán formular preguntas o realizar consideraciones sobre las opiniones vertidas.

El orden que se definió para la realización de las exposiciones es el siguiente: en primer lugar, intervendrá el Dr. Gustavo Bogliaccini, en representación de la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas; por el SMU, lo hará el Dr. Antonio Turnes; por la Facultad de Medicina, hará una presentación el Asistente Académico Dr. Federico Ferrando, y finalmente, por el Ministerio de Salud Pública, escucharemos la exposición del Ec. Daniel Olesker, Director General de Secretaría del MSP.

Dr. BOGLIACCINI.- Traigo la posición de la Mesa de las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas sobre concentración del trabajo médico.

Las Sociedades que integran la MSAQ son catorce: Sociedad de Anestesiología, Sociedad de Angiología y Cirugía Vasculat, Sociedad de Cirugía, Sociedad de Cirugía Cardíaca, Sociedad de Cirugía Pediátrica, Sociedad de Cirugía Plástica, Sociedad de Cirugía Torácica, Sociedad de Ginecología y Obstetricia, Sociedad de Neurocirugía y Neurología, Sociedad de Oftalmología, Sociedad de Otorrinolaringología, Sociedad de Urología, Sociedad de Traumatología y Ortopedia y Sociedad de Endoscopía. Aproximadamente, somos unos 1.400 especialistas.

Hemos analizado los principales factores que gravitan como determinantes de la situación actual de la asistencia por las especialidades quirúrgicas en nuestro país, el origen de sus dificultades, sus desafíos más inmediatos y los eventuales caminos a seguir para efectivizar los cambios necesarios en pos de su impostergable mejora en el plano laboral, asistencial -fundamentalmente-, científico y académico.

La cirugía se ha desarrollado muy rápido desde los años ochenta. Los procedimientos quirúrgicos actuales son mejores, pero con frecuencia mucho más complejos, más riesgosos y de mayor duración que antes. Los avances en la anestesia y en la reanimación han logrado cambiar nuestro panorama.

El entrenamiento y desarrollo requerido por los cirujanos, para mantener un adecuado nivel, requiere un esfuerzo de toda la vida; es decir, muchas horas de estudio y de práctica durante muchos años.

Este documento surge del deseo de los especialistas anestésico-quirúrgicos de prestar servicios efectivos, seguros y de alta calidad a los pacientes del SNIS. Él refleja nuestro compromiso básico de profundizar el desarrollo de una asistencia departamentalizada y de un trabajo en equipos, en línea con el plan nacional de salud.

¿Por que estamos aquí? Para expresar, en concordancia con los fines primarios de nuestras Sociedades -que es la mejora y la protección de nuestros pacientes-, el propósito de asistir a los clínicos, planificadores, administradores y estudiosos del tema para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes quirúrgicos, promoviendo altos estándares de la práctica quirúrgica y del entrenamiento dentro del SNIS.

¿Cuál es el fundamento de nuestra posición? El trabajo de los especialistas se debe realizar en equipos, incluyendo a los otros médicos, así como a licenciados en enfermería y otros profesionales de la salud.

Sin embargo, el profesional anestésico-quirúrgico tiene un deber personal, legal -eso lo hemos aprendido actualmente- y moral, único e intransferible, hacia el paciente y su cuidado, por lo cual debe asumir el liderazgo y la responsabilidad de su asistencia.

Además de los requerimientos comunes a todos los médicos del hospital para el trabajo en la consulta externa, en sala de internación, en la enseñanza y entrenamiento de los más jóvenes, en la investigación, en auditorías y en educación médica continua para nosotros mismos, la cirugía y la anestesia requieren una serie de habilidades y destrezas que hay que usar en la sala de operaciones.

¿Cuáles son las exigencias formativas? Formar a un cirujano o a un especialista anestésico-quirúrgico, después que sale de la Facultad de Medicina, lleva más de diez años de estudios de posgrado, entre los diferentes cargos, dado el bajo volumen de trabajo que tenemos actualmente en nuestros servicios.

Se requiere una educación de la habilidad deductiva y una larga experiencia asistencial para obtener las habilidades fundamentales que "hacen" a un cirujano.

Muchas condiciones quirúrgicas son raras y sólo con una experiencia prolongada se logra obtener una razonable competencia.

Como contrapartida, son pocos los servicios que, por sus posibilidades asistenciales en cuanto a frecuencia y diversidad de casos, pueden ofrecer el necesario entrenamiento. La consecuencia es una formación insuficiente o más prolongada en el tiempo.

Aún más: como consecuencia del exceso de especialistas quirúrgicos -y esto es propio de nuestro país-, los recién formados son detenidos en su inserción en el sistema laboral por un período variable y, cuando la logran, se insertan en tareas que inicialmente no son específicamente quirúrgicas; no practican la cirugía y tienen que esperar un tiempo para hacerlo. O sea: los formamos, logramos lo mejor que pueden lograr nuestra Facultad y los estudios de posgrado, y después los detenemos en un "freezer" -como dijo alguien que integra la Comisión de Residencias, "los ponemos en barbecho"- hasta que alguien se retira, se jubila o muere, en vez de aprovechar los momentos de mejor formación y de mayor utilidad.

Los resultados de los actos quirúrgicos son más fácilmente visibles; los riesgos son mayores y existe menos margen para la delegación. Por ello, los cambios requeridos comprenden temas generales y aspectos particulares referidos a las diferentes especialidades anestésico-quirúrgicas. Ustedes van a ver que en algún momento me referiré específicamente a la cirugía general.

Veamos ahora los objetivos.

El principal objetivo de la reforma debería ser mejorar la atención médica de la población y, sobre todo, la de aquellos sectores donde la misma es deficitaria.

Por otra parte, esta reforma es una oportunidad para que los médicos seamos capaces de transformar la realidad de nuestro trabajo, yendo hacia las formas de trabajo a las que venimos aspirando históricamente.

Y lo siguiente se dirige al MSP, que está acá: también debemos estar alerta para que esta reforma no sea financiada con parte de nuestros ingresos, como al parecer se ha pretendido por parte del Ministerio, sino, como corresponde, con el aporte de toda la sociedad.

Este es el credo. Las condiciones laborales deberán:

- 1° Garantizar la más amplia independencia en el ejercicio profesional. Esto está en el Código Internacional de Ética Médica, de la Asociación Médica Mundial (1948). Lo traje ya que mi amigo Antonio Turnes escribe sobre la historia de la medicina.
- 2° Asegurar los más elevados niveles posibles en la calidad de los servicios profesionales.
- 3° Proteger al médico, asegurando una labor en condiciones higiénicas y una remuneración compatible con una adecuada calidad de vida.
- 4° Garantizar la libre elección, que se justifica en la necesidad básica del hombre enfermo de depositar su confianza en quien va a intentar curarlo, aspecto fundamental de la relación médico-paciente.

¿Cómo proponemos que sea el ingreso?

1. Por un llamado a concurso para el número de cargos que se requieran, teniendo en cuenta la cantidad de población a asistir. Se podría empezar por el subsector público, dado que allí existe una cultura previa. El subsector privado, hasta ahora, se ha distinguido por un sistema de ingresos que no necesariamente privilegia los méritos formativos. Como desde ahora está inserto en el Sistema Nacional Integrado de Salud, debería adecuarse a los mismos códigos del sistema público.

La presencia del Dr. Praderi en esta reunión me recuerda que su primo, el Dr. Yannicelli, luego de terminada la dictadura de Terra, impulsó y rápidamente puso en marcha el sistema de concursos en el MSP y logró la apertura de todos los cargos a su provisión por riguroso concurso. Pero, casi veinticinco años después del retorno a la democracia, todavía no hemos aplicado el Reglamento de Concursos que está vigente en el MSP.

2. Libre aspiración entre todos los profesionales del país. Ya sabemos que hay lugares que están reservados y no se ha logrado que todos seamos iguales ante la ley.
3. Imposibilidad de desempeñar otros cargos en el sistema, salvo aquellos cargos considerados docentes.

Todo esto está en línea con nuestras tradiciones universitarias.

¿Cuáles son los requerimientos?

1. Título de especialista inscripto en el MSP.
2. Práctica documentada cuando corresponda.
3. Cumplir con los requisitos necesarios para el ejercicio profesional como médico especialista en nuestro país, y no saltarlos, como se hizo en el tema de los cubanos para solucionar el problema oftalmológico en el país.
4. Los requerimientos específicos, si cabe, para el desempeño de la función pública.

¿Cómo deberán ser los concursos?

Los concursos serán de oposición por méritos y pruebas para los cargos de inicio -única posibilidad de ingreso-, o de oposición por méritos para los de ascenso.

Eso asegurará una carrera funcional dentro del sector.

Todos los cargos de inicio y de ascenso se llenarán según el sistema de vacantes y por concurso.

Habrá un reglamento único de concursos, que deberá contemplar todos los cargos del sector, de inicio y de ascenso, y que será elaborado por quien designen las autoridades correspondientes -que son las responsables-, incluyendo en forma obligatoria a un integrante de la especialidad, designado por la Sociedad correspondiente o en acuerdo con el SMU, la FEMI y las SAQ.

En cuanto al desempeño:

Los cargos deben ser desempeñados obligatoriamente en titularidad, con las interrupciones legales correspondientes a licencias, congresos, etc.

Deberá existir una evaluación anual por parte de las autoridades técnicas correspondientes, debiendo integrarse el comité de calificaciones con un delegado de los profesionales a evaluar.

¿Cómo debe ser la forma de trabajo? Puede ser departamentalizada o no departamentalizada.

Será departamentalizada cuando la población cubierta por el centro asistencial justifique, por el número de profesionales que requiera, la existencia de un departamento. Los técnicos Grados II, III, IV y V cumplirán funciones de policlínica, sala y coordinación operatoria, siendo las guardias opcionales. En cuanto a los escalafones y funciones desempeñadas por cada grado, ya están definidas por el Decreto 504/986, actualmente vigente.

Será no departamentalizada cuando el volumen de la población a ser asistida no justifique la existencia de un departamento, o sea, cuando no se requiera la cantidad de técnicos que integran un departamento. En este caso, los técnicos cumplirán todas las funciones.

Las funciones a desempeñar serán diferentes: las de urgencia, las de policlínica y las de sala.

Las de urgencia estarán cubiertas por una guardia de retén o interna. Eso depende de la cantidad de casos a asistir en el lugar donde se requiere la guardia.

La guardia interna se cubrirá con cargos de 96 horas mensuales, o sea, una guardia semanal de 24 horas.

Las guardias de retén se cubrirán con cargos de hasta 175 horas mensuales de guardia, continuas o discontinuas. Esto se debe a que la frecuencia de los llamados es muy baja en los cargos de retén. En aquellas instituciones en las que el volumen lo justifique, las guardias serán de hasta 96 horas mensuales.

El límite horario, en todo caso, no debe superar las 48 horas semanales, entre todas las tareas desempeñadas, teniendo en cuenta la forma actual de cálculo para incluir las horas de guardia de retén.

Mientras se hacen los cambios, se respetarán las actuales situaciones de trabajo, siempre y cuando sean más beneficiosas para el técnico, no impliquen una peor cobertura asistencial y cuenten con el acuerdo del profesional en cuestión.

Pasamos ahora a la parte de ascensos y rotaciones.

Se realizarán de acuerdo con el sistema de vacantes generadas dentro del propio servicio o en otro lugar del país.

Se definirán por concurso de oposición por méritos -son cargos de ascenso-, que cumplirá con todas las consideraciones previas que expusimos al referirnos al ingreso al sistema. En caso de existir paridad en los méritos, deberá realizarse un concurso de oposición por pruebas.

La permanencia en el mismo lugar geográfico, a los efectos de los ascensos, será considerada un mérito. La forma de premiarla, así como la exclusividad, se hará multiplicando el total del puntaje obtenido por concepto de méritos por un factor a determinar. Pero dicho factor no debe ser tan alto como para borrar la diferencia que se logre por méritos.

¿Qué propone el documento del CES como forma de remuneración? Un salario base por el tiempo de dedicación, a lo que se agregan conceptos de preparación, grado universitario, etc. Esto está en relación con un escalafón profesional.

¿Qué proponen las SAQ? Como contrapartida, nosotros optamos por medir la calidad y la competencia, es decir, la productividad.

Y ahora viene algo que, luego de tanto luchar por lograrlo, para nosotros se ha transformado casi en un evangelio.

En primer lugar, la forma de remuneración debe reconocer y recompensar la experiencia y la mejor capacitación profesional, lo que es fundamento de la parte fija o salario base de acuerdo con el escalafón profesional y lo que propone el documento del CES.

En segundo término, debe reflejar la calidad y magnitud del trabajo realizado, es decir la productividad, parte variable que debe ser directamente proporcional a la cantidad de actos médicos y responsabilidad compartida, y no necesariamente a la carga horaria.

Por último, debe ser la misma para igual capacitación y dedicación en todo el sistema.

¿Cómo no perder el recurso humano que se forma en el país? Si ustedes entran en un sitio de Internet que se llama "Workforce", verán que los países centrales tienen, entre sus formas de obtener recursos humanos, al extranjero. Está escrito en todos los documentos que los recursos humanos de esos países se nutren de lo que producen sus universidades, de lo que producen sus estudios de posgrado y de lo que traen del extranjero. No es algo que esté escondido; no es que haya una emigración espontánea, sino que, directamente, se calcula a los que van a venir del extranjero. Hay un trabajo del Royal College of Surgeons que es magistral; no lo traje, pero está en Internet y se puede leer.

Los especialistas anestésico-quirúrgicos formados deben trabajar en condiciones que les resulten atractivas para permanecer dentro del SNIS.

Los especialistas académicos tienen un rol fundamental en superar los estándares científicos, en la investigación y en la formación del recurso humano, pero actualmente su reclutamiento y los recursos de que disponen son muy deficientes, puesto que la Facultad se ha transformado en un lugar de ocupación laboral y no de expresión únicamente de una vocación de docencia. Hay vocación de docencia, pero además es también una forma de llegar a fin de mes. Hay gente que no hace todo lo que puede hacer, porque la Facultad es sólo algo subsidiario.

¿Cómo debe ser el cese?

1. Los médicos cesarán en su actividad al cumplir los 65 años de edad, o puede ser a los 70. Nosotros pensamos que debemos retirarnos a los 65 años.

2. Podrán optar por el cese al computar 30 años de trabajo en la profesión.
3. Ningún técnico podrá ser cesado o suspendido en sus funciones sin las garantías del debido proceso (sumario administrativo).

¿Cuántos procedimientos son necesarios anualmente para mantener un adecuado entrenamiento en cirugía? Aquí empiezo a referirme a la cirugía general.

Hay un mínimo de 250/300 operaciones anuales para mantener un adecuado entrenamiento, por debajo del cual los resultados son inferiores y caen en forma notoria.

Hay que considerar también el efecto centro, sobre todo para los procedimientos complejos y de menor frecuencia. El cirujano no puede ser el único que sepa realizar la operación, porque si todos los que están alrededor no tienen práctica en el proceso, se genera un enorme foco de tensión, ya que todos los elementos que tienen que estar alrededor de la operación, que normalmente deben fluir con facilidad, son objeto de la atención del cirujano, en lugar de centrarla específicamente en su tarea.

¿Quién audita la actividad médica y las indicaciones?

Al respecto, deberíamos discutir si lo hacemos sólo los médicos (peer review), si lo hacen las instituciones, si lo hacen los pacientes -como defensa ante una situación médica no adecuada- o si lo hace un comité acordado entre todas las partes.

¿Existe una tasa de cirugías para una población determinada? Sí, existe y es para todas nuestras especialidades. Si agregamos los estudios endoscópicos y los procedimientos financiados por el FNR, la tasa es de 120 procedimientos cada 1.000 habitantes aproximadamente. Si nos refiriéramos sólo a la cirugía, diríamos que en nuestro país, históricamente, se dan unos 67 procedimientos cada 1.000 habitantes en el sector mutual, y algo menos en el sector público.

Por lo tanto, cada uno de los especialistas uruguayos estaría realizando un promedio de 247 procedimientos. Quiere decir que estamos en el límite necesario para mantener una práctica con un entrenamiento adecuado.

Hay algo que me llamó la atención al revisar las listas de la Sociedad de Cirugía. ¿Cuántos cirujanos generales necesita el Uruguay?

Las cifras internacionales dicen que se requiere, aproximadamente, entre 6,9 y 7,3 cada 100.000 habitantes. Inglaterra tiene muchos menos: 4 cada 100.000 habitantes. Tiene un cirujano cada 25.000 habitantes.

Para nuestro país, eso haría un total de entre 240 y 255 cirujanos.

La Sociedad de Cirugía tiene exactamente 403 socios, o sea que la proporción es de 11,4 cada 100.000 habitantes. Sin embargo, revisando la lista, se observa que hay 88 socios de la Sociedad que no ejercen la cirugía; y como el Dr. Piñeyro me dijo ayer que acaba de jubilarse, son 89.

Suponemos que realmente hacen asistencia quirúrgica directa unos 315, de los cuales, revisando la lista, se constata que hay 50 aproximadamente que sólo trabajan como ayudantes, en tareas colaterales, sin tomar responsabilidad directa como cirujanos. Esa es gente joven, excelentemente formada, que todavía no se ha insertado en el sistema y tiene que estar esperando que alguien se retire, se jubile o emigre. Algunos de ellos emigraron. Recuerdo en este momento a cuatro: dos están en Chiloé y dos en Copiapó; los conozco personalmente y algunos de ellos me ayudaron a operar.

¿Cuán extensa es la vida útil de un cirujano y cuántos se requiere formar por año?

La vida útil de un cirujano no supera los 30 años, por lo que una tasa de recambio de 10 por año, en cirugía general, es más que suficiente para absorber los ceses naturales y las pérdidas inesperadas.

Un mayor número de candidatos lleva a:

- 1º Pérdida de calidad por menor experiencia quirúrgica, porque la población y el número de docentes a los que se puede acceder son relativamente fijos y no se pueden incrementar. En la Facultad tenemos la posibilidad de tener a todos los que están en formación en nuestro

Departamento y se advierte una diferencia bastante clara -se ve año a año- entre los que se entrenan en algunos lados y los que se entrenan en las Cátedras de la Facultad de Medicina.

2° Demora en ingresar o búsqueda de oportunidades de trabajo no retribuidas para el sistema. Eso, para nosotros, es una pérdida imperdonable del sistema: preparar gente que después emigra o demora en integrarse.

¿Cuál va a ser la población del Uruguay dentro de 35 años? Esto, para nosotros, es algo absolutamente imposible de saber. Recordamos que Aldo Solari, en la década del cincuenta, ya decía que la población del Uruguay envejecía rápidamente.

Hay que tener en cuenta las pérdidas por:

- abandono del entrenamiento (gente que descubre que su vocación no es la cirugía);
- muerte prematura;
- incapacidad;
- retiro, voluntario o no;
- emigración;
- inactividad por licencias etc., que debería llegar a ser un 8 % del total de la fuerza laboral.

Veamos el caso del Hospital de Canelones. Los especialistas anestésicos-quirúrgicos en formación -esto no es algo que se me haya ocurrido a mí, sino que es una resolución de la Justicia europea- no deberían realizar tareas asistenciales no supervisadas por:

- el deterioro de "su" oportunidad formativa;
- por la mayor posibilidad de conflictos médico-legales;
- por el riesgo para los pacientes;
- porque eso sucede cuando asisten a la población más socialmente deprimida (que es donde, lamentablemente, está más restringida la docencia);
- no deberían realizar guardias sin supervisión directa, especialmente de noche.

Esto está en todos los libros actuales que estudian este tema.

Las SAQ están de acuerdo en ir hacia la concentración del trabajo médico, bajo las siguientes premisas:

- 1) Desde el punto de vista científico-técnico, la concentración debe asegurar la calidad de la asistencia -que no puede bajar de ninguna manera- y a cada profesional anestésico-quirúrgico un número crítico de procedimientos para mantener sus habilidades y destrezas (por ejemplo, en cirugía general, 250 procedimientos por año). Si el especialista anestésico-quirúrgico ve que se deteriora la calidad, abandona o se va; esa es la solución más fácil. Cuando alguien se siente oprimido por la situación, lo más rápido -lo sentí personalmente- es irse.
- 2) Desde el punto de vista gremial, si la misma no genera aumento del subempleo y/o desempleo ya existente.
- 3) Requiere, además, de mejoras en las instalaciones y mejor organización de las instituciones para prestar una asistencia eficaz y con una eficiente relación de costo-beneficio (número crítico de usuarios y separación entre pagador y prestador). Hay instituciones que no deberían existir por su baja cantidad de afiliados; o sea: no pueden tener un servicio quirúrgico o anestésico o de especialidades. Tendrían que estar integradas en instituciones mayores.

Internacionalmente, se habla de que los hospitales hechos para cubrir a menos de 250.000 habitantes no son adecuados. Esa es una cifra bastante importante y, aplicada en nuestro país, llevaría a que existieran las instituciones públicas y prácticamente tres instituciones mutuales.

Eso también tiene una relación -que los economistas deben saber- de costo-beneficio.

El otro problema que presenta esta reforma -que tiene sus puntos que apoyamos y sus puntos que criticamos- es que, a pesar del aspecto externo, no ha separado al pagador del prestador, porque el prestador recibe la misma cantidad de dinero preste los servicios o no los preste. Lo que pretende es tener un número de afiliados, pero, una vez que los tiene, el pagar por lo que se haga a esos

afiliados no lo asegura esta reforma. Habrá que ajustarla, modificarla y buscar la manera de que realmente se aplique en beneficio de los pacientes y no en beneficio de las instituciones.

Muchas gracias.

(Aplausos)

Dr. TURNES.- En esta jornada vamos a hablar del nuevo contrato de trabajo médico.

Debemos tener en cuenta los cambios de siglo y los cambios de modelo.

El siglo XX se ha caracterizado por gigantescos avances científicos y tecnológicos, con profundas repercusiones en el trabajo profesional médico: descubrimientos que cambiaron la muerte por la vida, drogas revolucionarias, nuevos modos de realizar intervenciones en el feto, el niño y en el adulto. En una palabra: una revolución científica.

El siglo XXI ha profundizado esos cambios con las tecnologías de la comunicación e información, la telemedicina, mejores resultados con más sobrevida de calidad (trasplantes, hemodiálisis, etc.).

En Uruguay, desde comienzos de 2008, rige el Sistema Nacional Integrado de Salud, que procura cambiar la racionalidad del sistema para acercarlo a la gente, con eficiencia y economía. Estos son los objetivos.

Sin embargo, en lo laboral, las relaciones de trabajo del profesional se mantienen invariables desde el Laudo de 1965 -el famoso Laudo del Grupo 50-, que con mínimas modificaciones congeló un modelo de atención perimido y obsoleto -como diría el Maestro Carlos Quijano-, más propio de la Edad Media que del siglo XXI y de un nuevo SNIS.

Para que ustedes tengan una idea, en 1965, cuando este Laudo fue aprobado, no existía en Uruguay el primer CTI, que se fundó en 1971; no se hacían las intervenciones que ya practicaba en Estados Unidos Michael DeBakey, que acaba de morir a los 99 años, y aunque quiso practicarle una intervención al Prof. Pedro Larghero, éste, por falta de dinero, no pudo hacer frente a la operación y se vino a morir, con su aneurisma de aorta abdominal, al Uruguay, a los 63 años. El examen que se hacía para el diagnóstico de embarazo era la vieja prueba de Galli Mainini, introduciendo orina de la mujer presuntamente embarazada en la cloaca del sapo (del *Bufo arenarum Hense*). Y en el laboratorio lo que se hacía era contar los glóbulos con pipetas, a diferencia de hoy, en que contamos con autoanalizadores automáticos y está todo informatizado.

O sea: ¡si habrá habido cambios brutales en la medicina!, que por supuesto no están reflejados en las normas laborales de este viejo Laudo del Grupo 50, del año 1965. Gardel decía "veinte años no es nada", pero aquí pasaron más de veinte años y ya esto es demasiado.

Sin cambio de contrato de trabajo, el nuevo SNIS estará condenado al fracaso.

El médico pierde su tiempo en tareas inespecíficas por defectos de la organización, que no se han atendido ni corregido. En una palabra, el médico se desprofesionaliza.

¿Cómo trabaja el médico hoy? Con multiempleo, gastando su tiempo como chofer, secretaria y enfermera, porque la mayor parte de los médicos son mujeres. Las tres cuartas partes de su tiempo las dedica a tareas inespecíficas, no médicas, y destina solamente un cuarto de su jornada a su tarea profesional. O sea que hay un desperdicio total. ¿Por culpa de quién? Tal vez porque entre todos no se han puesto de acuerdo para reformar su modelo de trabajo.

Las condiciones en que se desempeña, que no van de acuerdo sino en contra del profesional y su ejercicio, favorecen la mala relación con sus pacientes y lo exponen continuamente a la mala praxis.

Las jornadas que realiza son extenuantes, con múltiples empleadores, en diferentes lugares, sin apoyaturas informáticas para una historia clínica electrónica. La informática está al servicio de la administración de salud desde hace más de 45 años, pero no ha entrado en el área clínica con carácter general. Esto es un déficit brutal en el cual no se ha insistido debidamente ni por parte de las autoridades, ni por los legisladores ni por los profesionales; y, por supuesto, tampoco por las instituciones, porque esto supone una inversión y un cambio cultural.

Veamos ahora el tiempo de la jornada de trabajo prevista para el médico.

Hay un tiempo previsto por Laudos y Convenios Colectivos para el trabajo profesional que determina 6 pacientes por hora para la medicina general y algunas especialidades, y 4 para otras especialidades. Y una guardia de 24 horas, seguida por otra de 24 horas en otro lugar, que contraviene las más elementales normas higiénicas y de prevención. En el mundo, en todas partes, están de vuelta de este mecanismo y han determinado que las guardias prolongadas, por encima de las 12 horas, son uno de los factores principales por los cuales se incurre en mala praxis.

El médico también trabaja haciendo papeleos burocráticos, llenando formularios, pidiendo horas para coordinar pacientes, realizando curaciones y otras tareas que personal no profesional podría hacer con ventaja y economía. O sea que estamos siendo altamente ineficientes en la administración de nuestro propio trabajo, y también lo son las instituciones, que no se han dado cuenta de esto o, sabiéndolo, se manejan torpemente. Si esto se modificara, permitiría al médico liberarse de ese lastre y concentrar su atención en sus pacientes y en sus historias clínicas, que todo el mundo reconoce que son de mala calidad.

Estas cuestiones son tanto o más importantes que la financiación de los servicios, donde se ha puesto el acento principal, porque de ellas depende en gran medida la satisfacción del usuario, la buena relación profesional y los mejores resultados para todos y para el sistema. Si el sistema es inteligente, tiene que reconocer que aquí radica la calidad de la prestación.

¿Qué cambios en la regulación habría que realizar?

Se ha planteado aquí mismo, en este salón, desde hace más de 15 años, modificar este estado de cosas, pero, lamentablemente, eso tuvo una duración breve en función del convenio de partes.

Los profesionales de la salud, particularmente los médicos, son los únicos intelectuales profesionales que negocian sus honorarios en Consejos de Salarios. Vean ustedes si los ingenieros y los arquitectos van, junto con el SUNCA, a negociar sus honorarios, o si lo hacen los escribanos o los abogados junto con los funcionarios judiciales, etc. Aquí, nosotros mismos nos hemos puesto la montura encima.

Los médicos se han ubicado progresivamente, de una manera "inconsciente colectiva", en la situación de los trabajadores manuales, que sólo ponen su fuerza de trabajo al servicio del empleador. Estamos en la misma bolsa con los choferes, los cocineros, los limpiadores, etc., y esto, en realidad, es un grave factor de desprofesionalización. Cuanto más nos acercamos a los trabajadores manuales, menos profesionales somos. Pero esto no es una cuestión de construcción teórica; hay que actuar en la praxis.

Paradójicamente, la responsabilidad del médico es totalmente diferente, sujeta a una legislación más severa y con obligaciones de actualización específicas.

Si esta situación no se revierte, la calidad de la prestación será inevitablemente mala, con tendencia a la peoría. Cada vez vamos a estar peor.

Las fuerzas centrífugas del sistema irán prevaleciendo, para lograr ambiente y condiciones de trabajo favorables por fuera, como ha venido ocurriendo en las últimas décadas. El sistema no daba satisfacción y se fueron generando islotes de trabajo privado por fuera del sistema; pero después eso genera quejas.

¿Cómo debería trabajar el médico?

Debería trabajar una jornada de 8 horas diarias, tal vez 40 semanales, concentrada en un único lugar, donde pudiera asistir a pacientes de cualquier prestador; y con la apoyatura necesaria de recursos humanos e informáticos. Esto es elemental. La historia clínica electrónica, que está en práctica en todo el continente, tendría que entrar al Uruguay.

El médico también tendría que trabajar con eficaces apoyos administrativos y en buenos ambientes para relacionarse y dialogar con pacientes y familiares. ¿Dónde creen ustedes que un médico hoy trasmite a los familiares o al paciente que el resultado de su operación fue tal o cual? En un corredor, de parado y rapidito. No hay un ambiente para establecer un diálogo adecuado, en el que

cada uno pueda escuchar al otro y en el que el paciente o sus familiares puedan entender qué fue lo que pasó y hacer todas las preguntas del caso.

No se dispone de lugares de descanso con comodidades apropiadas. Hay instituciones en las que los médicos que van a entrar a un centro quirúrgico tienen que poner sus valores en una media o atados en la cintura porque no tienen un "locker" donde guardar sus pertenencias. Esto es vergonzoso y también es responsabilidad de la autoridad rectora de la salud, además de las instituciones.

Debe haber facilidades para la consulta bibliográfica "on line" y para el Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) -lo que antes se llamaba la Educación Médica Continua-, que debe estar incorporado al ambiente de trabajo. Un médico que no se actualiza y que no puede hacer consultas en su lugar de trabajo, es un médico del siglo XX y no del siglo XXI.

El médico debe tener facilitada la asistencia a congresos y reuniones científicas y de actualización. En la otra esquina han echado a varios Profesores de la Facultad de Medicina por ir a congresos; no les dieron licencia y algunos fueron igual. Uno de ellos fue un Profesor de Neurología, fallecido hace un año y medio. Era el Vicepresidente del Congreso Mundial de Neurología y se le negó la licencia; se fue igual y, cuando volvió, estaba despedido. Estas arbitrariedades, que son realizadas por una persona que anda siempre de túnica porque dice que no terminó la escuela, son cosas que se han aceptado, pero que deberían ser rápidamente modificadas.

Debe haber un sistema de calificación por capacitación y rendimiento. En esto se ha explayado el Dr. Gustavo Bogliaccini.

El médico debe trabajar con respeto institucional y profesional, hoy en gran parte perdido. El médico hoy ya no es el que fue a principios y a mediados del siglo XX. Cada vez se lo respeta menos en las instituciones y está sometido a los dictados de la burocracia, que generalmente de medicina no sabe nada, aun cuando se trate de médicos. Esto es un tema bastante complejo, en el que habría que entrar a trabajar.

El médico debe actuar con libertad para ordenar exámenes y prescribir medicación e indicaciones, porque eso está en la base del ejercicio de la profesión. Sin libertad, el médico estaría en el modelo de la esclavitud que teníamos antes de Hipócrates, cuando los médicos eran los esclavos de los señores.

El médico debería estar apoyado por un sistema eficiente de relación con el paciente, que canalice sus preocupaciones, quejas y sugerencias. Esto está en la letra de un decreto, pero todavía dista mucho de estar instalado en las instituciones, para beneficio de ellas mismas, de los usuarios y de los médicos.

Es preciso eliminar el trabajo superfluo, que, como dijimos, no es profesional y obstaculiza el desempeño correcto y eficiente del médico.

Esto generará economía, eficiencia y satisfacción de profesionales y usuarios.

El médico debería tener un sistema de remuneración acordado y actualizado, de acuerdo con la complejidad de la prestación, su ubicación escalafonaria y su lugar de trabajo, con estímulos para quien trabaja en zonas aisladas, sin apoyaturas ni reemplazos.

Hay algunas metas que son factibles y que se podrían plantear en el corto y mediano plazo, porque, como dijo el economista Keynes, en el largo plazo estamos todos muertos.

Se podría plantear modificar progresivamente en el corto y mediano plazo la situación, generando un nuevo modelo de contrato de trabajo que permita, entre otras cosas:

- El ingreso por la Residencia Médica al nuevo régimen.
- Facilitar que aquellos que se encuentran entre los 40 y los 55 años puedan optar por el régimen que mejor les convenga, como de libre opción.
- Conservar el modelo actual para quienes superen los 55 y hasta la edad de retiro temprano, no más allá de los 65 años.
- Que la residencia sea la única puerta de entrada al sistema, sea el prestador público o privado. Esto lo vienen reclamando los residentes desde el año 1985. ¿Qué hacen cuando terminan la

residencia? Quedan tirados a la vera del camino. ¿Y por dónde ingresan los profesionales al sistema? Dependerá de los padrinos que tengan, porque realmente no hay un sistema que prevea cómo van a ingresar.

- Que a partir de ese ingreso regulado por la Ley de Residencias Médicas, mediante el concurso respectivo, se inicie la carrera de progreso, calificación y ascenso.
- Que las guardias presenciales y de "retén" tengan un régimen horario admisible -las guardias presenciales no pueden ser superiores a 12 horas, como ya dijimos- y condiciones para preservar la seguridad del paciente -aspecto en el que está en uso ahora insistir- y la estabilidad psicofísica del profesional, que es un tema que ha sido dejado de lado durante muchas décadas.
- No más guardias de 24 horas.
- Un período libre de 48 horas entre una guardia y otra, aun con diferente empleador; es decir, no salir de una para empezar en la otra inmediatamente, lo que supone que la segunda guardia sea hecha por alguien que está con las baterías fundidas.
- Cese automático por edad para cada actividad o especialidad, según las exigencias psico-físicas de cada una, no más allá de los 65 años, y asegurando un retiro digno, en el cual el SNIS podrá complementar los beneficios jubilatorios, como estímulo para que esto ocurra.
- La actividad docente debe estar compatibilizada con la tarea asistencial -porque la docencia enriquece a la asistencia- y deberá preservarse y resguardarse su retribución, pero compatibilizándola con el régimen horario; o sea: no más horas, sino integradas al resto de la actividad asistencial.
- El suministro de equipos, instrumental y material fungible deberá ser responsabilidad del SNIS y de las instituciones prestadoras. No puede haber más médicos que llevan su instrumental y sus equipos para ponerlo al servicio de la institución, que debe invertir en esos elementos y cuidarlos.
- Las instituciones y el Sistema deben asumir la responsabilidad civil por los profesionales a su cargo, y no hacerse los distraídos en esto.
- Conformar en la retribución la cobertura de riesgos por eventuales reclamos, a cargo del empleador y del SNIS.
- Y cuidar el profesionalismo y combatir la desprofesionalización.

Esto es lo que reclaman los médicos, con crecientes porcentajes de aceptación, según lo revelan las Encuestas Médicas Nacionales realizadas desde 1985 hasta el presente. Ustedes las pueden consultar; están en los Cuadernos del CES y en Internet.

¿Y por qué los médicos reclaman esto? Porque quieren vivir como personas, llevando una vida que se acerque a las condiciones de la población general, y no morir en el intento.

Tenemos que recordar que los médicos, en Uruguay, tienen una expectativa de vida que está un 25%, para el género masculino, y un 50%, para el género femenino, por debajo de la población general.

Un reciente estudio que hizo la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios demuestra que los profesionales de la salud tienen una morbilidad superior a la media de las demás profesiones, lo cual está vinculado seguramente al estrés laboral y a las condiciones de empleo.

Aspiramos a que esta situación se modifique sustancialmente, porque un mejor sistema de salud debe atender y escuchar a sus profesionales, y no ignorarlos, que es lo que en buena medida ha venido ocurriendo.

Además, debe corregir los errores y falencias del pasado, y no perseverar en ellos.

Y debe cuidar las condiciones de trabajo en materia tan delicada.

¿Qué ha ocurrido en los países que han hecho reformas de la salud?

Han generado nuevos modelos de trabajo para sus profesionales, corrigiendo los defectos denunciados por la profesión.

Es el caso del sistema nacional de salud británico -el National Health Service (NHS)-, que desde hace pocos años, desde 2004, ha modificado drásticamente su contrato de trabajo, y lo sigue haciendo año a año, para evitar la fuga de médicos del sistema.

¿Ustedes saben quién dirige el reclutamiento de médicos en el sistema nacional de salud británico? Un médico coruñés, que está tratando de contratar dos mil gallegos por año para que vayan a trabajar a Inglaterra porque los médicos ingleses se van. Esto está en la página de la British Medical Association y lo pueden encontrar en muchos sitios de Internet. Pero para eso hay que leer y enterarse, porque, como decía un gallego, el que no sabe es como el que no ve. Y aquí creo que hay varios ciegos.

Los países reformados cuidan a todos los componentes del sistema; no a unos sí y a otros no.

No establecen falsas antinomias entre usuarios y profesionales.

Monitorean permanentemente los defectos denunciados y los corrigen.

Saben que las reformas son procesos, perfeccionados en el tiempo, que requieren inteligencia -cosa escasa-, coraje, tolerancia y ponderación.

Apuestan al desarrollo de sus recursos humanos, dándoles respaldo y poniendo a su disposición los recursos tecnológicos más adecuados.

Para terminar, recordemos algo que dijo alguien que no tenía nada que ver con los sistemas modernos de atención médica, ni con las reformas, ni con las clínicas privadas, ni sabía de las lentillas intraoculares. Pero sabía de algo sobre lo que escribió una obra que se llamó "De la decencia". Fue Hipócrates, de quien todo el mundo se acuerda por el juramento, pero nadie recuerda otras cosas que escribió y que son muy importantes.

Dijo Hipócrates de Cos en el siglo V antes de Cristo: "Hay que conducir la sabiduría a la medicina y la medicina a la sabiduría. Pues el médico filósofo" -y él lo era- "es semejante a un dios, ya que no hay mucha diferencia entre ambas cosas. En efecto, también en la medicina están todas las cosas que se dan en la sabiduría: desprendimiento, modestia, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de toda superstición, excelencia divina".

Y seguía diciendo: "De hecho tienen estas cualidades en contraposición a la intemperancia, la vulgaridad, la codicia, el ansia, la rapiña, la desvergüenza. Pues eso es conocimiento de las cosas que vienen a tu encuentro y utilización de lo que guarda relación con la amistad, al igual que con los hijos y con la propiedad. En consecuencia, a la medicina le está asociada una cierta sabiduría, porque también esas cosas las tiene en su mayoría el médico".

Muchas gracias por vuestra amable atención.

(Aplausos)

**Dr. FERRANDO.-** En primer lugar, quiero agradecer la oportunidad de presentar, en nombre del Decano y del equipo del Consejo de la Facultad de Medicina, la visión actual y el trabajo que viene haciendo la Facultad para alinearse con la concentración del trabajo médico. En algún momento vamos a emplear algunos términos que consideramos como sinónimos de trabajo concentrado. No vamos a utilizar la misma palabra, pero sabemos que nos estamos refiriendo al mismo concepto.

El contexto en que nos hallamos es una Facultad de Medicina en medio de una segunda reforma universitaria, con una propuesta en el ámbito universitario que surge de negociaciones y de un diálogo intenso, pero que no por ello deja de ser a veces dificultoso, entre la Facultad y el Ministerio de Salud Pública, específicamente en los últimos tiempos con la Administración de los Servicios de Salud del Estado, como prestador público del SNIS.

Se parte de la voluntad de evolucionar y de dar un paso importante y firme hacia un nuevo modelo de atención de salud que esté centrado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y en la formación de los profesionales con mucho mayor hincapié en el primer nivel de atención que en el segundo, en el tercero e, incluso, en el cuarto nivel.

Además, esa propuesta está dirigida a la formulación y posterior organización y ejecución de un programa que sea de mutuo acuerdo entre la Universidad y el SNIS en el marco de una reforma de salud de tanta trascendencia como la que en este momento estamos enfrentando.

Es conocida la determinación de la Facultad de Medicina de formar egresados o productos profesionales -vamos a decirlo así desde un punto de vista no material; después veremos cuál esa visión en otras partes del mundo- que trabajen en el nuevo modelo de atención.

También es conocido que la Facultad de Medicina ha hecho grandes esfuerzos para la acreditación regional de la carrera de Doctor en Medicina en el marco del MEXA, hoy ARCUSUR, que han resultado en un aval por cinco años como Servicio Formador de Recursos Humanos de calidad, siguiendo determinados estándares regionales que en el último año han elevado su calidad, por lo que dentro de cinco años, o antes probablemente, tendremos que presentar al MEXA, hoy ARCUSUR -el sistema que regula las acreditaciones-, estándares incluso más elevados o de mayor calidad que cuando fuimos acreditados.

Es conocido el interés de la Facultad en que su Hospital Universitario, su ámbito de formación intrahospitalaria histórico, sea un integrante del Prestador Integral Público de Salud en el nuevo Sistema.

Y es conocida la exigencia de una nueva dedicación docente, de una nueva figura que genere una nueva cultura y una masa crítica de profesionales radicados en el trabajo docente, para que puedan afrontarse las necesidades formativas y de atención que genera el SNIS, que son nuevas, muchos más extensas y de una calidad totalmente diferente.

Por lo tanto, lo que nos centró en esta discusión y nos lleva a presentar nuestra postura, es la consolidación de Unidades Docente-Asistenciales (UDA), mediante el aporte imprescindible de núcleos estratégicos con personal que tenga alta dedicación o -para decirlo en la forma como está titulada esta jornada- con trabajo concentrado.

Las Unidades Docente-Asistenciales pasan a ser consideradas, como en muchas partes del mundo y luego de una prolongada lucha de la Facultad de Medicina durante la discusión del tema, como los ámbitos naturales de trabajo.

Artificializar la formación en medicina con un acto médico de calidad puramente asistencial es totalmente demente. Eso de que existe la posibilidad de formar buenos médicos sin que haya un buen modelo de roles o un acto médico de excelencia, es mentira; es una excusa que quizás nos hemos dado los propios médicos a nosotros mismos para poder de alguna manera tapar o esconder falencias formativas y asistenciales que tenemos, muchas veces no voluntariamente. Hay un aforismo viejo que indica que la excelencia en la educación no viene si no hay excelencia en la asistencia. Tiene que haber un acto asistencial que sea modelo de roles como condición necesaria para generar actitudes o ámbitos de enseñanza y aprendizaje de excelencia.

Las Unidades Docente-Asistenciales en la actualidad son servicios en el primer nivel de atención -Policlínicas, Centros de Salud- y en el segundo y tercer nivel de atención son el Hospital de Clínicas con sus IMAE, los Hospitales Maciel, Pasteur, Saint Bois, Pereira Rossell y Vilardebó, el Instituto de Ortopedia y Traumatología y el Instituto de Higiene (Servicio ASSE más Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina). Además, hay servicios en el interior y hay varios servicios que están en desarrollo o que se perfilan como Unidades Docente-Asistenciales nuevas.

La asistencia en las UDA de segundo y tercer nivel, en general, hoy por hoy tiene estos enormes problemas:

- Atención matutina en Sala de Internación: lunes a sábado.
- En Clínicas Quirúrgicas se coordinan cirugías dos tardes por semana (esas actividades muchas veces no son remuneradas).
- Atención en Policlínicas: en general una tarde a la semana.

- Atención en Emergencia por régimen de guardia: 20 horas adicionales por semana, con todos los problemas que ya mencionó el Dr. Turnes y que vamos a volver a subrayar, en cuanto a las guardias prolongadas.

El contexto es la situación que tenemos en los servicios encargados de la formación y asistencia en el primer nivel, que se está reposicionando, con un gran trabajo de la Facultad de Medicina, como la generación y ampliación de un ámbito que permita actividades de enseñanza y aprendizaje de la misma calidad que los ámbitos intrahospitalarios, para lo cual hay que "derivar" a los estudiantes de pregrado y posgrado hacia ámbitos de formación del primer nivel, con toda las complejidades que tienen en cuanto a desarrollo de Unidades Docente-Asistenciales y de condiciones de enseñanza, aprendizaje y, por lo tanto, de asistencia que sean tan óptimas como en el ambiente hospitalario, en algunos lugares con sus heterogeneidades.

Por consiguiente, hay que generar ámbitos que tienen especificidades de enseñanza y aprendizaje nuevas.

La situación actual es la siguiente:

- Hay atención en policlínicas periféricas de lunes a sábado, de 8 a 16 horas.
- Hay Coordinadores y Directores radicados principalmente en el Hospital Saint Bois e Instituto de Higiene.
- Hay un insuficiente cuerpo docente titular para poder afrontar la formación en el primer nivel.
- Hay baja dedicación horaria semanal, como ocurre prácticamente con todo nuestro cuerpo docente.
- Hay dificultades para consolidar un perfil profesional que sea acorde con el nuevo modelo. Esto supone conflictos, problemas, discusiones, "conflictos" de poder académico entre disciplinas que son más tradicionales y concepciones correspondientes a un modelo asistencial con grandes carencias. Hoy por hoy, en los corredores, las clínicas médicas dicen que quizá estemos poniendo en riesgo la formación clínica de una cantidad de profesionales si volcamos, sin una adecuada preparación, la formación de determinadas habilidades clínicas en el interrogatorio, en el examen y en la comunicación, a la periferia, si antes no podemos tener una etapa de transición en la que todo ese cuerpo docente quizás tenga la sólida formación científica que les correspondió a esos clínicos durante décadas, y en la que además, quizás, las condiciones de gestión y de cuerpo docente, de gente que pueda hacer la formación, estén lejos de ser las óptimas de un día para otro. La Facultad está trabajando en eso desde hace años y en estos momentos está dando un vuelco bastante grande al respecto, pero esto le insume esfuerzos enormes desde del punto de vista de los costos y de los recursos humanos que pone a disposición, así como las necesidades de negociación en cuanto a la gestión adecuada para lograr esos ámbitos.

El nuevo Sistema está en marcha. Eso es una realidad que la Facultad de Medicina la ha visto. La Facultad está en los conflictos de la transición, en medio del "tifón", por decirlo así. La transición del sistema de salud está generando a todos los organismos, a todos los cuerpos gremiales, conflictos internos, pero está en marcha; hay que poner sobre la mesa las discusiones y hay que empezar a tomar las decisiones, que luego el paso del tiempo demostrará si fueron las adecuadas o si no lo fueron tanto.

Hay que "ponerse a rueda" con el SNIS ya y, para eso, se requiere:

- Atención en internación y policlínicas periféricas y centrales: al menos de 8 a 16 horas de lunes a sábado.
- Atención en Emergencia: turnos de 12 horas en régimen de guardia.
- Dedicación horaria semanal: de 40 a 60 horas. Nosotros consideramos que tendrían que ser 40 horas; estamos de acuerdo con todos los planteos generales del SMU y de las SAQ. Las 40 horas serían para quienes no tienen régimen de guardias. Para las disciplinas que requieren régimen de

guardia quizás tengamos que pensar en alta dedicación o radicación o en trabajo acumulado un poco más prolongado.

Estamos de acuerdo en que los turnos del régimen de guardias no sean de más de 12 horas. Ustedes ya conocen que los estudios al respecto fueron publicados en el "Medical Journal" en la década de los noventa y el sistema se empezó a aplicar en las disciplinas de medicina intensiva porque era una especialidad que, como ustedes ya saben, únicamente se desarrolla en régimen de guardia. Hay un estudio que mostraba que después de las 12 horas los médicos comenzaban a tener más errores médicos y empezaba a haber más juicios a las instituciones, derivados de los errores médicos y de lo que ustedes ya saben que es la primera causa de juicios contra los seguros de salud, que son los problemas comunicacionales médico-paciente.

Hay una necesidad de mostrar resultados inmediatos o de tener resultados a corto plazo:

- En la formación y la carrera docente, dando un vuelco en toda esta cultura que ustedes conocen, sobre lo que son los docentes universitarios, y por lo tanto dar un vuelco grande hacia profesionalizar la carrera docente y profesionalizar al docente como un protagonista indispensable en la transición del sistema.

Hay cambios inmediatos que deben llevarse a cabo y que están focalizados en diversas estrategias:

- en el fortalecimiento de la formación en el ámbito de APS;
- en la implementación de un Instituto de Atención Primaria en Salud, que va a ser una red que de alguna manera regule todos esos cambios en la formación;
- en la enseñanza de grado; se acaba de aprobar un Plan de Estudios acorde con el modelo implícito en el SNIS, donde se generan una cantidad de problemas por la transición curricular, pues los docentes tienen que afrontar dobles responsabilidades formativas durante al menos seis, siete u ocho años;
- en la investigación (sobre todo clínica, que está bastante más quedada que en las ciencias básicas);
- en el papel del Hospital de Clínicas, que tiene que reposicionarse y que tiene mucho para trabajar a fin de consolidar su presencia como prestador de servicios de segundo y tercer nivel y no exclusivamente como una "bolsa de IMAE", como mucha gente piensa que debe ser.
- sobre la situación laboral en el SNIS, que es, a nuestro modo de ver, el único antídoto efectivo contra el multiempleo y la emigración. No pensamos que los antídotos efectivos estén en evitar la migración de forma punitiva. Pensamos que el antídoto efectivo es proveer ofertas seductoras en el medio, que sean factibles de ser ocupadas; no megaofertas para gente que tiene cuarenta empleos y no se anima a jugársela y meterse en un cargo al que no sabe qué le pasará en pocos años, sino ofertas factibles y realmente seductoras.

En este Programa que se ha venido discutiendo y que está avanzando a pasos firmes, con dificultades, pero con la necesidad de cumplir plazos enormemente perentorios, dada la velocidad de los cambios en el sistema, hay varios Subprogramas.

El Subprograma 1 -que es el que hoy está más a la luz y más sometido a la exposición mediática- tiene que ver con el fortalecimiento del régimen de residencias como oferta educativa no exclusiva -en eso tenemos una pequeña diferencia con el Dr. Turnes-, sino claramente predominante a nivel de posgrado. Sabemos que hay una cantidad de situaciones de profesionales que están haciendo una primera y una segunda especialidad y que precisan tener la oferta educativa a nivel de posgrado y no una formación de posgrado en régimen de residencias. Sabemos que tenemos que ir evolucionando hacia que el régimen de residencias sea el predominante, pero no en forma exclusiva, por una cantidad de situaciones de contexto que podemos discutir en otros ámbitos, pero que tienen muchas puntas.

En esta visión, la Escuela de Graduados ya estaba trabajando antes de que se pusiera en marcha el SNIS, en un trabajo arduo de negociación, de empuje, para tratar de aumentar los cupos en el régimen de residencias, con esta visión de tener una oferta educativa predominante a nivel de

posgrado en régimen de residencias, que había tenido un crecimiento sostenido ya desde el año pasado, pues en el llamado anterior había aumentado más del 15% del número de residencias, pero se requería una aceleración mucho mayor para los residentes que ocuparan su cargo desde el 1° de abril de 2009. En eso se trabajó en todo el último año, y ayer el Consejo de la Facultad de Medicina aprobó el llamado a residentes, que pasa de una oferta de 218 residentes a 329. Es un aumento del 50%.

Además, se han consensuado los siguientes criterios al definir este llamado:

- que haya más incremento en las disciplinas que tienen mayores responsabilidades en el nuevo modelo y en aquellas en las que se han detectado falencias ante la puesta en marcha del SNIS, o sea, medicina familiar, las cuatro disciplinas básicas y, probablemente, algunas necesidades específicas que han surgido por determinadas condiciones de contexto complejas, que no ameritan ser discutidas ahora;
- que todas las disciplinas tengan residentes -absolutamente todas-, lo cual, en algunas de ellas, va a ser algo totalmente innovador y va a requerir, incluso, replantearse y reprogramar la formación a nivel de posgrado;
- que se descentralicen en el interior del país los cupos de residentes y se puedan empezar a formar nichos y Unidades Docente-Asistenciales con ámbitos de formación de calidad en el interior, por más que esos sean pequeños nichos;
- y que se consoliden Unidades Asociadas ya existentes y se creen y desarrollen otras.

Quizás haya un problema de nomenclatura. Hablamos de Unidades Docente-Asistenciales en general y tenemos un vicio que es llamar Unidades Docente-Asistenciales a las que clásicamente la Facultad de Medicina ya tiene radicadas -por ejemplo, en el Hospital Maciel, en el Pasteur, en el Instituto de Higiene y policlínicas periféricas-, pero el tener un número mayor de residencias obliga a un aparataje de acreditación de Unidades Docentes Asociadas de calidad, que la Escuela de Graduados hoy asume y que va a tener que correr en paralelo con todas estas expectativas de tener ese número de residentes. Un trabajo que ya es intenso va a tener que acelerarse mucho más para poder hacer la acreditación y asegurar al sistema que los residentes están yendo a formarse en lugares donde existe la supervisión adecuada y la gestión, coordinación y derivación adecuada de pacientes para actos médicos docente-asistenciales de calidad.

Las necesidades específicas ya las conocen ustedes. Surgen de determinadas condiciones de contexto relativamente complejas, pero es bastante claro ubicarlas en base a casuísticas, a impresiones generales, a "agujeros asistenciales", a problemas con procedimientos quirúrgicos mínimos, etc. Se dan en urología, traumatología, anestesia, imagen, oncología, oftalmología -y oftalmología en nuevos ámbitos, como el Hospital de Ojos en el Saint Bois-, radioterapia, endocrinología, etc.

El Subprograma 2 nos centra un poco en la concentración del trabajo. No podíamos pensar ni en más residentes ni en el nuevo Plan de Estudios ni en una profesionalización de la carrera docente si no hablábamos de cambiar la estructura, la cultura y la forma de pensar de nuestros docentes. Esto no es nada nuevo; está en la cabeza de los docentes desde hace muchos años y yo he tenido el privilegio de conocer a docentes que trabajaban en este ámbito desde mucho tiempo atrás. En sus últimos años conocí a un oftalmólogo muy famoso que trabajaba desde la siete de la mañana hasta la cuatro de la tarde en el Hospital de Clínicas. A las cuatro de la tarde se iba a su casa a dormir una siesta de una hora, y después veía a cuatro pacientes oftalmológicos en el consultorio que tenía en su casa. Luego cenaba con su familia, descansaba, leía dos horas de noche, y al día siguiente empezaba de nuevo su actividad. Y yendo a una imagen más monetaria, pero que pone en claro lo que era el país y la situación asistencial y docente en aquel momento, de esa manera, a los cuarenta y cuatro años, llevó los cajones de su escritorio llenos de billetes y compró una estancia en Florida, con un casco que yo llegué a conocer, que tiene 1.700 hectáreas y que hoy se vendió a U\$S 7:800.000. O sea que la situación era tan distinta que uno no puede extrapolarla a la de hoy,

pero lo que sí se puede decir es que la idea de los médicos radicados en su trabajo docente-asistencial en una estructura universitaria existió siempre y hoy hay un contexto único para ponerlo en marcha. Eso debemos tenerlo claro. En ese sentido, quizás sea una cuestión de hoy o nunca.

Además, eso no es una nueva figura en el nuevo mercado laboral, porque el mercado laboral que hoy abre el SNIS es totalmente diferente.

Entonces, el Subprograma 2 plantea la necesidad de radicar/concentrar el trabajo a través de contratos de alta calidad docente-asistencial; es un trabajo concentrado, pero con una gestión mixta entre los efectores y la Universidad, que no tiene, por tanto, todas las complejidades de las que habló el Dr. Turnes, que responden a las especificidades de cada una de las disciplinas, como por ejemplo las quirúrgicas. Pero tenemos un enorme problema, que es una baja carga horaria en general y una muy baja relación entre alta y baja carga horaria, definiendo como alta la que es por lo menos de 40 horas, y como baja la que está entre 20 y 24 horas.

Además, no hay docentes clínicos en régimen de dedicación total. Este régimen surgió y fue armado para mantener una renovación continua en un régimen de alta productividad, pero en el ámbito científico de las disciplinas básicas. Y eso no sucede con los clínicos; hay prácticamente tres o cuatro docentes clínicos que actúen en régimen de dedicación total.

En cuanto a los requerimientos -esto es sólo para mostrar la necesidad y la complejidad de poner en marcha un Subprograma como éste; lo llamamos Subprograma porque está dentro de un Programa mayor, pero tiene una enorme complejidad-, se plantea que la gestión es tanto o más importante que aumentar la carga horaria de una persona y pedirle una cantidad de indicadores. Como decía el Dr. Turnes -y los "slides" que voy a exhibir a continuación no pretenden ser detallados-, no se puede pensar en la misma gestión para un trabajo concentrado que para un trabajo no concentrado. No es tampoco ni siquiera el número de horas que se requieren para la gestión. Es una gestión totalmente diferente y, por lo tanto, pensar en estas figuras significa pensar en sistemas de gestión en cierta medida nuevos en su visión, en sus tareas, en las regulaciones y, si se quiere, en los caminos de gestión, etc.

Pensamos que la puesta en marcha en esta etapa de transición de cualquiera de estos programas, como en cualquiera de los ámbitos de concentración del trabajo, tiene que ser hecha en forma escalonada. Tanto es así que uno puede estimar las horas extras de gestión que se requieren en un programa de este tipo, calculando un porcentaje de horas de gestión que se agregan, pero de todas maneras estos "slides" muestran, o pretenden mostrar, que no se puede pensar en reforzar o crear un trabajo concentrado solamente pensando en aumentar al doble la carga horaria y generar de alguna manera un control de asistencia del doble de carga horaria. Esto requiere aspectos de contratación totalmente diferentes y aparatos de gestión con un trabajo también mucho mayor.

## Subprograma 2

- La necesidad de avanzar en los servicios con tareas asistenciales:

<b>Servicios</b>	<b>Gdo. 1</b>	<b>Gdo. 2</b>	<b>Gdo. 3</b>	<b>Gdo. 4</b>
Clinicos	0,2	0,2	0,03	0,1
DTE	3	0,4	0,08	0,1
Básicos	0,007	0,2	0,4	0,4

TABLA 3: Relación docentes alta carga horaria / baja carga horaria agrupados por calidad de Departamento y escalafón. Noviembre 2007. Recuérdese que los cargos de Servicios Clínicos y de DTE de grado 2 incluyen aquellos docentes que cumplen funciones de la disciplina en régimen de guardia.

La Facultad vio hace muchos años que necesitaba avanzar. La relación entre docentes de baja carga y docentes de alta carga es de 0,2, lo que significa que hay cinco docentes de baja carga por cada docente de alta carga. Vean las relaciones espantosas que tenemos: en los Grados III, 0,03 en los Departamentos clínicos y 0,08 en DTE, que es donde podríamos pensar que hoy por hoy, por determinadas condiciones, tenemos a una persona en el máximo de su productividad docente y asistencial. Eso quiere decir que sólo 3 de cada 100 tienen 40 horas. Inclusive, esta cifra está enmascarada y es mucho peor, porque los docentes que consideramos que tienen alta carga tienen esas 40 horas a expensas de su guardia de 24 horas. Eso los deja el resto de los días trabajando únicamente de 8 a 12. Por lo tanto, debajo de algunas de estas relaciones están estas cargas que son ficticias, que no son reales. Los Departamentos básicos tienen una relación bastante mejor en el Grado III y en el Grado IV, e inclusive en el Grado II, donde tienen un full-time cada cinco part-time, frente a lo que ocurre en el Grado III y en el Grado IV, donde hay dos y medio por cada uno part-time; pero esto se debe al régimen de dedicación total, tan conocido por nosotros.

## Subprograma 2

### ■ RESULTADOS ESPERADOS. ETAPA I:

<b>Servicios</b>	<b>Gdo. 1</b>	<b>Gdo. 2</b>	<b>Gdo. 3</b>	<b>Gdo. 4</b>
Clínicos	0,2	<b>0,5</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
DTE	3	<b>1,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>
Básicos	0,007	0,2	0,4	0,4

TABLA 8: Relación docentes alta carga horaria / baja carga horaria agrupados por calidad de Departamento y escalafón. Obsérvese que para los cargos de impacto de I Programa (Gdo. 2 y Gdo. 3 de Servicios Clínicos y de DTE, en negrita) la relación ya mejora considerablemente, pasando de relaciones de 1 docente de alta dedicación cada decenas de baja dedicación a relaciones de al menos 1 docente de alta dedicación cada 5 de baja dedicación.

## Resultados esperados. Fin etapa II.

### CARGOS SERVICIOS CLINICOS

GRADO	Relación cargas horarias semanales (alta/baja)?		
	G2	G3	G4
2007	0.2	0.03	0.1
2008	0.5	0.2	0.2
2009	<b>0.6</b>	<b>0.7</b>	0.6

\*Definiendo alta carga horaria semanal mayor o igual a 40 hs. y baja carga horaria semanal menor o igual a 24 hs.

## Resultados esperados. Fin etapa II.

### CARGOS SERVICIOS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

GRADO	Relación cargas horarias semanales (alta/baja) *		
	G2	G3	G4
2007	0.4	0.08	0.1
2008	1.5	0.4	0.2
2009	<b>3</b>	<b>1</b>	0.4

\*Definiendo alta carga horaria semanal mayor o igual a 40 hs. y baja carga horaria semanal menor o igual a 24 hs.

En cuanto a los resultados esperados, si empezamos a dar vuelta la situación con los escalones que tenemos planificados, al final de la etapa 1 podríamos pensar en subir bastante las masas críticas que son los Grados II y los Grados II de los Departamentos clínicos y de diagnóstico y tratamiento especializado, para por lo menos empezar a acercarnos y mejorar bastante las relaciones, sobre todos en los docentes jóvenes, en los que nos parece que tenemos que imprimir esta cultura.

Esto podría ser muchísimo más promisorio si llegamos a alcanzar las metas que nos proponemos y podríamos lograr tener para fines de 2009 relaciones incluso de hasta más de 2 a 1 para los Grados II y III y los servicios clínicos, llegando inclusive a cifras bastante más ambiciosas, en algunas disciplinas donde existen necesidades específicas muy grandes, con una relación de 3 a 1, de modo de tener más gente en régimen de full-time que de part-time.

¿Cuál es la nueva oferta laboral en el SNIS que puede plantearse con una concentración del trabajo de este tipo, tanto en un ámbito universitario como el que estamos planteando, en una negociación con ASSE, como en todos los otros ámbitos que se van a plantear? La nueva oferta laboral es revolucionaria, en el sentido de que todos van a empezar a hacer sus movimientos. En eso no hay mucho misterio porque ha pasado en todas partes del mundo. Todas las instituciones prestadoras de salud, ante ofertas como éstas, prácticamente se mueven como ante cualquier oferta del mercado: tienen que empezar a hacer sus movimientos para ofrecer a la gente que radique su trabajo, porque de eso depende una cantidad de ventajas tan brutales con respecto al multiempleo, que eso redundará en actos médicos de tanta o mayor calidad, por lo que los usuarios van a presionar tremendamente a las instituciones para que empiecen a ofrecer figuras de este tipo.

El siguiente cuadro muestra los salarios para 24 y 40 horas semanales, en régimen de dedicación total y con compensación salarial máxima, pero está en discusión cuál es la remuneración acorde a una figura de éstas.

## Resultados esperados sobre la oferta laboral

### LA NUEVA OFERTA LABORAL DE LA UR EN EL SNIS

GRADO	Salario \$ (1)		
	G2	G3	G4
UR 24 hs./sem (baja carga horaria)	8 157	10 387	12 202
UR 40 hs./sem (alta carga horaria)?	17 888	22 777	26 763
Régimen DT	28 621	36 443	42 820
Régimen DT + compensación salarial MÁX. (2)?	33 401	42 529	49 971
<b>Programa SNIS (3)?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>

(1) Salarios nominales en pesos uruguayos \$ estimados considerando aumentos salariales UR 2008.

(2) En su régimen de dedicación con máximas compensaciones, opción salarial que en general es discontinua.

(3) Cifras aproximadas, considerando un cargo de 40 hs semanales (sin incluir ingresos por Convenios establecidos con ASSE u otras Instituciones para tareas específicas) y las escalas salariales del MSP a enero de 2008.

En la etapa II podríamos pensar en algunos cientos de docentes que estén en esta situación -en su mayoría Grados II y III-, y en el fin de la etapa II pensamos considerar una figura asistencial y docente de alta calidad que se ha extinguido, pero que es totalmente necesaria para las generaciones jóvenes y para la puesta en marcha del nuevo sistema. Hay cambios en el mercado laboral que ya señalamos; hay una necesidad de uniformizar los derechos laborales; hay una necesidad de poner ahínco y trabajar muchísimo en la calidad de los contratos que se ofrezcan; hay una necesidad de ofrecer beneficios de formación a todos los médicos, y no sólo a los que tengan estas figuras, porque, como sabemos, esta gente, en trabajo concentrado, tiene aportes indispensables para todos los médicos, tanto por convenios o por investigación conjunta, como por Desarrollo Profesional Médico Continuo.

(Aplausos)

Ec. OLESKER.- La presentación que traje -a la que voy a agregar algunos elementos, a la luz de lo que se ha dicho- aporta algunas cifras de cómo está distribuido el trabajo médico e incluso, en algunos cuadros, el trabajo en general en la salud.

Ustedes saben que a partir del año pasado incluimos en el SINADI una información que no existía, que es la relativa al sistema de recursos humanos. Sólo una vez en la historia -el Dr. Pérez del Castillo era Ministro de Trabajo- se había hecho un censo montevideano sobre recursos humanos en las mutuales. Era montevideano, referido sólo a las mutuales y su único objetivo era calcular los coeficientes de trabajo cada mil afiliados, de modo de distribuir después los recursos humanos cuando cerraran las mutualistas.

De modo que no había ningún censo de recursos humanos. Nosotros construimos uno; tenemos un programa informático que tiene toda la información. Hemos tenido de parte de las instituciones algunas resistencias a enviar la información, tanto de los seguros privados como de las mutuales, pero hoy, por lo menos para el sistema mutual, la información es completa; cubre el universo del 100% de las mutuales y, obviamente, tiene la información de ASSE. Ahora estamos trabajando en lo que sería el componente marginal agregado al sistema de trabajo, que serían las emergencias móviles, los seguros privados, Sanidad Militar y Sanidad Policial, para completar el 100% del sistema.

De modo que el porcentaje que ahora traemos corresponde a las IAMC y ASSE.

En el siguiente cuadro definimos la dotación de recursos humanos cada mil usuarios -el cuadro dice "afiliados", pero debería decir "usuarios", que es lo que hay en ASSE- y simplemente quiero explicar que, dado que hay un viejo contencioso sobre si la información individual se puede dar o no -hasta ahora el criterio que ha asumido el Ministerio es que no lo puede hacer-, hemos hecho una división en tres grupos.

## Dotación de Recursos Humanos

Cargos cada mil afiliados

	Montevideo	Interior	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total IAMC	ASSE
Administración	3.71	3.67	3.41	3.32	4.26	3.69	3.34
Serv. y Oficinas	3.31	2.85	1.61	2.61	4.34	3.12	2.53
Enfermería	6.71	5.28	2.85	5.90	7.71	6.13	5.25
Médica	8.90	6.09	6.11	7.11	9.20	7.76	4.25
Téc No Médica	3.36	2.34	1.78	2.39	4.08	2.94	2.36
Total	25.98	20.22	15.76	21.33	29.57	23.64	17.74

Creo que el más representativo es el grupo 3. Los tres grupos se diferencian por el grado de integración vertical que tienen las instituciones. El grupo 1 está integrado por las que compran más servicios afuera -sanatoriales, de policlínicos, etc.- y, por lo tanto, su indicador de recursos humanos es poco representativo. El grupo 2 es un poco más integrado, y el grupo 3 representa a las instituciones que compran menos del 10% de los servicios que dan; son prácticamente instituciones verticalmente integradas. Más menos cada grupo representa aproximadamente un tercio del mutualismo.

En el grupo 3 estamos hablando de un orden de 30 trabajadores cada mil usuarios, 20 no médicos y 9,2 médicos. Cuando comparamos esto con aquellas cifras calculadas medio al barrer y sin auditoría, estamos más o menos en lo mismo. Había, cada mil afiliados, 10 médicos y 18 no médicos, o sea que en 2008 estamos en una cifra bastante parecida a la de 2001.

En número absolutos -no traje el cuadro para no aburrirlos con cifras- eso representa 40.000 cargos; aquí hablamos de cargos, porque muchos de los que trabajan están también en el grupo 2, en ASSE, etc.

Quiero señalar dos diferencias. La primera es entre Montevideo y el interior, tanto en el general -26 contra 20-, como en el caso de los médicos, que es 9 contra 6. Y, a su vez, hay que marcar la diferencia entre el grupo 3 de las IAMC -el integrado verticalmente- y ASSE: 30 contra 18, y en el caso de los médicos, 9 contra 4,25.

Aquí se trata de cargos. Todos tenemos claro que la dedicación horaria, en el caso de los médicos, es un problema a la hora de comparar cargos. No los trajimos hoy, pero tenemos cuadros ajustados por dedicación horaria.

Otra información que queríamos incorporar es la relación entre el personal de enfermería -auxiliares y licenciados- y el personal médico. También figura en el cuadro -no corresponde al tema de hoy, pero igual la dejé- la relación entre auxiliares y licenciados en enfermería.

## Dotación de Recursos Humanos

Relación entre médicos y enfermeras

	Enf/ Médicos	Aux/ Lic enfermería
Montevideo	0.75	4.23
Interior	0.87	6.62
Grupo 1	0.47	5.21
Grupo 2	0.83	5.03
Grupo 3	0.84	4.70
Total IAMC	0.79	4.88
ASSE	1.23	7.65

Nuevamente hay diferencias entre Montevideo e interior, hay diferencias entre los grupos y hay diferencias entre las IAMC y ASSE. En el caso de ASSE, el personal de enfermería supera al personal médico -la relación es 1,23- y las auxiliares son bastante más que las licenciadas. En el caso de las IAMC esas proporciones se reducen. De cualquier manera, en la relación entre personal de enfermería y médicos, Uruguay está por debajo de los estándares que la OPS tiene al respecto. Como todo estándar, siempre es discutible y es difícil determinar cuál es el mejor.

Luego tenemos, dentro de los médicos, la distribución cada mil afiliados, obviamente con respecto a su población de referencia, o sea, en el caso de los pediatras, para los menores de 14 años; en el caso de ginecología, para las mujeres mayores de 14 años; y en el caso de medicina general, para la población en su conjunto.

## Dotación de Recursos Humanos

### Especialidades básicas en relación a la población de referencia

	Montevideo	Interior	G 1	G 2	G 3	Total	ASSE
Cirugía	0.32	0.26	0.25	0.26	0.35	0.29	0.15
Ginecología	0.97	0.95	1.07	0.85	1.06	0.96	0.51
Med. General	2.36	2.27	1.89	2.18	2.66	2.33	2.27
Pediatría	3.74	2.52	2.18	2.86	4.25	3.20	1.54
Total	3.35	2.91	2.57	2.93	3.71	3.17	2.25

### Distribución de los médicos según tipo de especialidad

	AQ	EM	EB	OT	Total
Total	0.17	0.35	0.45	0.03	1.00

Ahí están también los indicadores de los tres grupos y, si tomamos el grupo 3, nuevamente vemos diferencias importantes entre Montevideo y el interior -que son notoriamente más importantes en el área de pediatría-, y también hay diferencias entre el grupo 3 de los privados -las IAMC- y ASSE. Debajo tenemos -esto ya es para el conjunto del sistema, IAMC y ASSE sumados- la distribución del número de cargos entre anestésico-quirúrgicos, especialidades médicas y especialidades básicas. Así es como se pide la información a las instituciones. Un sexto corresponde a anestésico-quirúrgicos, un tercio a las especialidades médicas y casi la mitad a las especialidades básicas. A continuación vamos a ver la distribución de las horas médicas por nivel asistencial.

## Distribución de las horas médicas efectivas por nivel asistencial

	G 1	G 2	G 3	Total
Policlínica	0.46	0.28	0.52	0.39
Radio	0.15	0.14	0.14	0.14
Ambulatorio Urgencia Desc.	0.17	0.27	0.13	0.21
Puerta	0.21	0.31	0.21	0.26
Tot Ambulatorio	1.00	1.00	1.00	1.00
Sanatorio	0.25	0.22	0.34	0.29
C. Mod Guardia Interna	0.70	0.49	0.26	0.38
Tot Sanatorio	1.00	1.00	1.00	1.00
CTI adultos	1.00	0.86	0.84	0.86
CTI CTI pediatría	-	0.14	0.16	0.14
Total CTI	1.00	1.00	1.00	1.00
Ambulatorio	0.66	0.80	0.56	0.68
Sanatorio	0.29	0.17	0.32	0.25
CTI	0.05	0.04	0.12	0.07
Total	1.00	1.00	1.00	1.00

Hay una distribución general, que se refleja en el cuadro que está al final, entre Ambulatorio, Sanatorio y CTI: un 68% de las horas son ambulatorias, un 25% en sanatorio y un 7% en CTI. Y luego, dentro de cada uno de los tres, se hace la división según los criterios con los que se registra la información: policlínica, radio, urgencia, etc.

Quiere decir que en este momento casi el 70% de las horas a nivel asistencial están dedicadas al ambulatorio.

Nosotros hemos auditado esta información y hemos encontrado algunas dificultades que hemos resuelto en cuanto a cómo se envía la información. La distinción entre ambulatorio y sanatorio, en términos de horas, cuando las mismas personas realizan ambas tareas, se vuelve bastante complicada para las instituciones. No lo hacían bien al comienzo -esto ya lleva dos años-, pero esta información, que es de noviembre de 2007 -pedimos la información de mayo, agosto y noviembre; son los tres meses que se piden-, está auditada y creemos que refleja bastante la realidad.

Hablar en Uruguay del número de médicos o de pediatras cada mil usuarios es manejar una cifra que no nos dice nada.

## Dotaciones

	IAMC y ASSE	
	total médicos c/1000 usuarios	total pediatras c/mil usuarios
Montevideo	9,8	2,8
Artigas	2,2	0,8
Canelones	5,6	1,8
Cerro Largo	2,4	1,4
Colonia	3,3	1,9
Durazno	2,9	1,5
Flores	2,8	1,7
Florida	4,0	2,2
Lavalleja	3,5	2,7
Maldonado	3,5	2,4
Paysandú	3,0	1,1

## Dotaciones

	IAMC y ASSE	
	total médicos c/ mil usuarios	total pediatras c/mil usuarios
Río Negro	2,2	1,4
Rivera	2,4	1,4
Rocha	3,1	2,1
Salto	3,9	1,9
San José	2,6	1,6
Soriano	3,5	2,6
Tacuarembó	2,8	1,3
Treinta y Tres	2,6	0,6
Total interior	3,3	1,3
Total	6,3	1,9
Norte de Río Negro	2,8	1,3
Sur de Río Negro	7,0	2,1

Este cuadro pretende demostrar que no nos dice nada, porque en Montevideo hay 9,8 médicos cada mil usuarios, pero después están todos los departamentos que siguen, con proporciones muy diferentes, de 2,2, de 2,4, etc. Observen al final que para Montevideo es 9,8 y para el interior 3,3; al norte del río Negro 2,8, y al sur del río Negro -obviamente, incluye Montevideo- 7; y el promedio total es de 6,3.

O sea que cuando se habla de si hay muchos o pocos médicos, primero hay que discutirlo eventualmente en función del cambio de sistema asistencial, que pretende aumentar la dotación de consultas y demás. Pero, además de eso -que, en todo caso, es una cuestión prospectiva; habrá que pensar en nuevos estándares en función del modelo de atención y, de hecho, la DIGESA ya lo está haciendo-, lo primero es decir que, por ejemplo, en Río Negro hay 2,2 médicos y 1,4 pediatras cada mil usuarios, o en Treinta y Tres hay 0,6 pediatras cada mil usuarios de población de referencia.

En cuanto al multiempleo, tema al que también se ha hecho referencia, acá tenemos información.

## Multiempleo

Incluye IAMC y ASSE

	Nº de Instituciones en que trabaja					Total	% multiempleo
	1	2	3	4	5 y más		
Médicos	56,41	32,14	8,11	2,44	0,68	100	44%
	91,64	8,34	0,03	-	-	100	8%
	86,87	11,93	1	0,19	-	100	13%
	79	16,96	2,9	0,84	0,22	100	21%

Nosotros habíamos evaluado la información con la primera nómina de datos que nos llegó y, en el caso de los médicos, el 45% tenía un solo empleo y el 55% más de un empleo. Eso bajó diez puntos ahora. Parece ser un síntoma de que hay una tendencia a reducir el multiempleo; son diez puntos de diferencia, entre 57,41% que hay ahora con un solo empleo y 45% que había en la información del año 2005. Con tres o más empleos había casi un 20% y ahora estamos en un 11%. Está claro que en esta información faltan las emergencias, Sanidad Militar, Sanidad Policial y los seguros privados, aunque en estos últimos es muy poco lo que se agrega.

Lo otro es la distribución de los trabajadores de la salud por quintiles de ingreso entre todos los que reciben ingresos por trabajo, ya sea que los reciban bajo forma de relación asalariado o bajo forma profesional.

## Ingresos

### Distribución entre quintiles de ingreso laboral dentro del subsector privado

Quintiles de ingresos por trabajo	Médicos	Adm. Serv. y Oficios	Enfermería	TNM
1	0,02%	5%	1%	0%
2	3,33%	12%	13%	5%
3	11,09%	16%	20%	18%
4	23,67%	21%	26%	27%
5	61,89%	47%	41%	50%
	100,0%	100%	100%	100%

En todas las categorías -un poco más en los médicos y un poco menos en la enfermería- entre un 40% y un 60% de las personas que trabajan en la salud pertenecen al 20% que recibe más ingresos del trabajo. Es decir: el sector salud tiene, en la media poblacional, un ingreso promedio superior a la media del resto de los trabajadores.

Hasta ahora toda la información se refería a IAMC y ASSE. La que sigue es sólo para las IAMC.

## Ingresos

### Distribución médica por tramos de ingreso laboral (subsector privado)

tramos de ingresos por trabajo	personas	cargos
menos de 14999	52,7%	49,6%
entre 15000 y 29999	18,7%	19,0%
entre 30000 y 59999	16,9%	17,7%
entre 60000 y 99999	8,0%	9,0%
100000 y más	3,7%	4,7%

Se indican los tramos de ingresos por trabajo, distinguiendo entre personas y cargos. Quienes tienen ingreso de \$ 100.000 y más está en un entorno del 4%. La mitad tiene ingresos menores a \$ 15.000.

Sólo quisiera hacer dos comentarios más sobre unos números que no traje en la presentación porque los estamos terminando de armar. Son dos comentarios que no tienen tanto que ver con la dotación de recursos humanos, sino con la masa salarial.

Para las IAMC, en este período que va de 2005 a 2007, el dinero que las instituciones destinaban a recursos humanos era, en el balance de 2004 -el último previo al comienzo de este gobierno-, el 47%; es decir: de cada 100 pesos que las instituciones gastaban, 47 se destinaban a salarios y 53 a no salarios. Hoy estamos en 58,4%, o sea, 58 pesos en salarios y 42 pesos en no salarios. Eso, obviamente, tiene mucho que ver con que, entre 2005 y 2007, el salario real de los trabajadores ha aumentado más o menos, en términos reales, un 20%, superando lo que se incrementó el salario general tanto en el sector público como en el sector privado. Recordemos que en el primer Consejo de Salarios los trabajadores de la salud recibieron un incremento por encima de la pauta y en éste va a ocurrir lo mismo, por lo que esto va a incrementar más ese porcentaje. Estimamos que la masa salarial va a estar, al final del período de gobierno, en el entorno del 60%.

Salvo en una institución donde la distribución es 50% y 50% entre médicos y no médicos, en todo el sector la distribución es 60% para no médicos y 40% para médicos. Quiere decir que si calculamos el 40% del 60%, tenemos que un cuarto del gasto de una institución mutual promedio se destina al pago de salarios médicos. Reitero que eso es así salvo en una institución, donde tienen mucho mayor peso los salarios médicos que los no médicos, por lo que se aleja del promedio.

En la segunda parte de esta exposición quería plantear el tema de las políticas de recursos humanos. Nosotros definimos diez objetivos, que voy a enumerar rápidamente, ya que en realidad sólo dos o tres de ellos están más ligados al tema de la concentración laboral.

El primer objetivo es tener recursos humanos de calidad. En esto, tanto el Dr. Bogliaccini como el Dr. Turnes han sido bastante enfáticos en sus exposiciones en cuanto a entender que la reforma había tenido muchos más objetivos de accesibilidad de los usuarios institucionales y no se había metido a fondo en el tema del trabajo médico.

Para nosotros hay una primera etapa de reconstitución del trabajo médico, y del trabajo en general en la salud, que tenía dos objetivos que eran la recuperación salarial de lo enormemente perdido en el período de gobierno anterior y la restitución del mecanismo de negociación colectiva como ámbito de discusión de los temas salariales y laborales. Creemos que hay una segunda etapa, que va a comenzar ahora y que se debería consolidar en la segunda generación de la reforma, en el próximo período de gobierno -si es que quien gana el gobierno decide continuar con esta reforma de salud-, que tiene que ver con este primer objetivo, relativo a las condiciones de trabajo.

Igual quiero remarcar un artículo de la ley de reforma de la salud y un artículo del decreto reglamentario, que están relacionados con lo que decía el Dr. Bogliaccini acerca de que pagamos por que tengan usuarios y no porque hagan las cosas.

Hay dos artículos que de alguna manera tratan de superar esa carencia que él comentaba. El primero es el artículo 14, que dice que la Junta tiene que evaluar, respecto a estándares establecidos, la dotación de recursos con relación a los afiliados. De hecho, ya hicimos un estudio que está a consideración de la Junta, que analiza las diez instituciones que más crecieron desde agosto hasta ahora y cuál es su dotación de recursos médicos en general y, en particular, pediátricos. Estamos trabajando con esas instituciones, porque hemos encontrados que algunas han adecuado bien su capacidad de recursos humanos en función del crecimiento que tuvieron, mientras que en otras no ha sido tan así, sobre todo en el área pediátrica. El artículo 14 de la ley nos habilita a hacerlo y la Junta lo va a hacer.

Lo segundo es el nuevo contrato de gestión -supongo que ustedes ya se habrán enterado por los medios de prensa y, además, varios de los que están aquí, que son integrantes de la dirección del SMU, deben saberlo ya que el gremio es propietario de una de las instituciones que están en la negociación-, que ha generado gran resistencia en las instituciones para su firma. Uno de los puntos de resistencia es que el contrato de gestión tiene unas veinte metas; no son las famosas metas

asistenciales que se pagan, sino metas del tipo de atender de tal manera, de tener el 70% de las personas con un equipo de primer nivel -de las cuales la mitad tiene que estar atendida antes de los dos años-, además de plantearse la georreferenciación y demás. El contrato de gestión dice que por el incumplimiento de esas metas -no por las de los \$ 46- la Junta puede retener temporal o definitivamente, parcial o totalmente, el pago de la cuota del FONASA. Es decir que ahora no sólo lo puede retener por no haberse entregado la información al SINADI -el único motivo por el cual el Ministerio hasta ahora podía decir que no se pagaba lo que vulgarmente hemos conocido como el cheque DISSE, que ahora es la cuota salud-, sino que también lo puede hacer si las instituciones no cumplen con la georreferenciación o con el equipo de primer nivel o con las pautas de atención preestablecidas en los protocolos de la propia DIGESA, porque el contrato de gestión dice que contratamos instituciones para que cumplan todos los planes de los que el MSP es responsable.

Creo que este primer objetivo tuvo una etapa inicial de recomposición de ingresos y de ámbitos de negociación, y va a tener una segunda etapa fuerte, con la Junta, de control del cumplimiento de la relación institución-recursos humanos.

El segundo objetivo, que refiere a la formación profesional continua, es un viejo objetivo en el que el Ministerio empezó a trabajar desde el comienzo de este período. Lo que yo planteo en esta presentación es prácticamente la formulación que hizo en su momento y que me enseñó a entender el Dr. Ángel Ginés, que está aquí, de modo que en realidad le estoy robando sus ideas. Creo que varias de las cosas que están en esta presentación las aprendimos durante su pasaje por el Ministerio.

Básicamente, los componentes son la capacitación, la capacitación continua y creemos que al igual que en España, donde se está trabajando mucho en este tema, debería introducirse la formación por competencias. Para los trabajadores -yo lo viví directamente en mi anterior función de Director del Instituto Cuesta-Duarte- es muy ríspido meterse en la discusión sobre formación por competencias si no hay claridad en cuanto a cómo se miden las competencias, para que no termine en una especie de arreglo laboral complicado.

Y los instrumentos para la formación profesional continua son la acreditación de instituciones y de actividades, y lo que ya hemos decidido: que en enero de 2009 se va a pagar un complemento por metas asistenciales, para aquellas instituciones que realicen formación profesional continua entre sus trabajadores. Decidimos hacerlo en enero y no ahora, en junio, porque creemos que no tenemos todavía el suficiente conocimiento -por eso tenemos que discutirlo- para ver cómo se va a implementar eso. Pero está decidido que, a partir de enero, el pago por metas, que actualmente es el 7%, llegue al 10% -o sea que estamos hablando de un 3% adicional, unos \$ 30 por afiliado; pensemos en una institución que tenga 30.000 ó 40.000 afiliados y significaría casi un millón de pesos más por mes que recibiría-, contra el cumplimiento de un programa de formación para todos sus trabajadores de la salud.

La siguiente diapositiva da algunas definiciones de competencia que me pareció importante incluir en esta presentación:

- La competencia es "la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor". Esta es una definición de la OIT, que se usa normalmente en los pagos por competencia.
- La competencia se define como una característica subyacente a la persona que está causalmente relacionada con una actuación exitosa en un puesto de trabajo.
- La competencia se define como un conjunto de comportamientos observables que están causalmente relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo concreto y en una organización concreta.

El tercer objetivo es una dotación adecuada de recursos humanos. Aquí básicamente retomo el artículo 14 del que hablaba hoy.

Lo que hoy podemos hacer es ver cuántos son los recursos humanos que el sistema tiene y compararlos con los afiliados que las instituciones tienen, y luego analizar si eso es más o menos que en 2004, si falta o si sobra. Pero nos puede pasar -y, de hecho, cuando presentamos los resultados en la Junta el otro día así nos lo hizo ver, por ejemplo, el delegado de las instituciones y el propio Presidente de la Junta, que es médico- que cuando comparemos con la media del sector o con estándares internacionales, no necesariamente esos estándares tengan que ver con el cambio del modelo de atención. Fíjense, por ejemplos, en las cápitas. Ustedes recuerdan que las cápitas son una "U", ¿y por qué está tan bajo el valor de los que tienen entre 20 y 44 años? Porque no consultan; por eso está tan bajo. Pero deberían consultar; en un modelo de atención diferente, en el que se exige que las personas consulten una vez cada tanto tiempo, deberían hacerlo. Entonces, ahí se va a levantar el estándar de médicos generales o de primer nivel que se necesitan. Capaz que el estudio que acabamos de terminar, del cual surge que hay capacidad ociosa en materia de médicos generales y ginecología, y no en pediatría, con otros estándares de modelo de atención nos da que no hay capacidad ociosa. Hoy nos da que la capacidad instalada es adecuada al crecimiento de los afiliados en materia de ginecología y medicina general y no lo es en materia de pediatría. Por eso queremos planificar el uso de los recursos humanos, cosa que normalmente se hace en todos los países del mundo que tienen sistemas sociales. Planificar quiere decir sólo planificar; no comparto lo que en algún momento planteó el Dr. Turnes, de que el SNIS debería, además de planificar, financiar algunas cosas de las instituciones que tienen que ver con insumos de trabajo médico. Las que financian son las instituciones y para eso están las cápitas.

Paso rápidamente por el cuarto objetivo, porque ya lo mencioné al referirme al tema del Consejo de Salarios. Creemos que hay que optimizar la productividad, pero lo primero que hay que hacer es tener relaciones laborales adecuadas.

Hay algo que nosotros introdujimos con respecto a las instituciones. Ustedes saben que nadie va a poder firmar el contrato de gestión si no creó su Consejo Consultivo y Asesor, con participación de trabajadores y usuarios. Todas las instituciones están trabajando sobre la base de que los dos delegados de los trabajadores sean un médico y un no médico. Hasta ahora 27 instituciones ya enviaron sus delegados y han usado ese criterio para la delegación de los trabajadores; faltan algunas de las grandes, pero en general las del interior, que son las que en su gran mayoría han culminado ese proceso, lo han hecho con ese criterio y creemos que entre el Consejo de Salarios, la participación de los trabajadores en la Junta y los Consejos Consultivos por institución, podríamos llegar a este objetivo de relaciones laborales adecuadas.

En el quinto objetivo -priorizar los recursos humanos para un modelo de atención de APS- no me voy a detener porque es lo que ya hemos venido diciendo.

Compartimos con el SMU -hay compañeros del Ministerio que hoy son responsables de distintos sectores, como por ejemplo la Dra. Gabriela Praderi, que es nuestra responsable del área de Recursos Humanos y de la División Economía de la Salud- el trabajo sobre Equipos Básicos de Salud, que se realizó en conjunto y que es de alguna manera una referencia para poder empezar la implementación de los equipos básicos de primer nivel como puertas de entrada al sistema. Creemos en ese trabajo y creemos que hay que empezar a implementarlo. Y creemos también que desde la Junta tenemos para cumplir un rol fundamental en cuanto a la obligatoriedad. Los artículos 26 a 33 del nuevo contrato de gestión, que las instituciones se llevaron y que esperamos que firmen -si no lo firman, no tendrán afiliados FONASA-, deberán ser cumplidos en lo que respecta -repito- a la obligatoriedad de tener equipos de primer nivel, la georreferenciación, etc.

El sexto objetivo refiere a lo que abordaron los compañeros antes, tanto el Dr. Ferrando como el Dr. Bogliaccini, en cuanto a concentrar el empleo. Aquí no hay discusión sobre el objetivo, porque desde hace muchos años -por lo menos, desde que yo recuerdo los documentos de las Convenciones Médicas y del SMU- hay un acuerdo sobre esto.

Es cierto que para pasar a un único empleo hay que considerar muchos factores, varios de los cuales fueron mencionados por el Dr. Bogliaccini. Nosotros estudiamos, por ejemplo, el modelo israelí, donde efectivamente los médicos trabajan 40 horas semanales, en régimen de 8 horas, en un hospital único. También es verdad que, en esa misma lógica, el profesional dispone de una parte de su jornada, en ese mismo lugar, para realizar tareas profesionales propias; se le asignan una o dos horas en las que puede, en el mismo hospital, realizar consultas particulares, con lo cual se ha logrado equilibrar la posibilidad de que permanezca en el lugar durante una jornada con la oportunidad de obtener ingresos adicionales.

Para nosotros, el instrumento clave es el aumento del valor hora. Seguramente, el Decano lo sabe bien; yo era Secretario General de ADUR cuando promovimos cambiar la escala de remuneraciones en la Universidad. Antes quien trabajaba 40 horas ganaba el doble que quien trabajaba 20, y por 1993 ó 1994 -debe de haber sido con el Presupuesto de 1994, si no recuerdo mal- eso se cambió. Hoy un trabajador que hace 40 horas gana el triple que el que hace 20; gana como si fueran 56. Por lo menos, eso era así hasta hace dos o tres años; no sé si ha ido cambiando.

Ese sistema, al menos en las Facultades que yo conozco y que he estudiado, ha tenido un efecto de retención muy importante de las personas. Creo que eso hay que aplicarlo. Lo planteó el Dr. Ángel Ginés en el documento que hizo cuando estaba en el Ministerio, que se lo presentamos a los gremios en 2007. Él planteaba el valor hora diferencial a medida que se incrementaba la carga horaria, como un factor de retención. De hecho, el acuerdo firmado recientemente en Salud Pública con los trabajadores médicos incorpora ese factor, muy levemente por razones de restricción fiscal, pero lo incorpora, y la idea es que se profundice en eso.

Otro objetivo que tengo que mencionar dentro de este repaso que estoy haciendo tiene que ver con el tema de la nivelación salarial público-privado. De hecho, también esto está en el documento firmado con los gremios médicos, que incluye el objetivo de una convergencia salarial. Cuando uno mira la relación salarial médica público-privado, ve que la brecha se ha reducido, pero aún estamos lejos de la convergencia y tenemos que seguir trabajando para que en el período próximo esto se dé. Creo que hay que atenuar los impactos de la emigración. Considero que la libertad de emigrar es un derecho humano -cada uno puede tener ese objetivo-, pero creo que hay que preservar la formación nacional de recursos humanos. El acuerdo del Ministerio con el gobierno de Portugal para la formación de recursos humanos durante períodos fijos y con contrapartidas es un ejemplo. Pienso que este es un punto que hoy tiene menos relevancia que hace unos años. De hecho, en noviembre va a haber una conferencia sobre migraciones de recursos humanos en salud, de la que Uruguay va a ser sede. Sobre esto, nuestro Subdirector de Salud, Dr. Gilberto Ríos, está trabajando y seguramente él podrá formular más consideraciones que las que yo pueda hacer.

El noveno objetivo es el Estatuto del Trabajador. Nosotros hicimos un intento de crear un Estatuto del Trabajador en 2005 y fracasamos. La economía política del fracaso y las resistencias darían para hablar mucho. Pero vamos a insistir. Aprendimos que no es posible hacer un Estatuto del Trabajador demasiado ambicioso porque las diferencias entre los distintos profesionales de la salud son muy grandes, pero insistimos en que debe haber un Estatuto con fuerza de ley, que genere el marco general de los principios comunes a todos los trabajadores de la salud. Vamos a convocar nuevamente a un Consejo Consultivo para insistir en este tema y queremos enviar un proyecto de ley al Parlamento en el próximo año, para dejar un Estatuto marco antes de que finalice este período de gobierno.

Finalmente, el último punto que quería plantear es el relativo a los sistemas de remuneración, que obviamente están ligados al tema de la concentración.

## Objetivo 10: Redefinir el Sistema de Remuneración

Sistema de pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad
Pago por servicio médico	Se paga al servicio más desagregado	Maximizar el número de actos médicos	Suele recaer sobre el financiador	a) no prevención b) alta tecnología y calidad c) inducción de demanda d) "corrupción" e) discriminación de tarifas f) desigualdad	Incentiva actividad y sobreutilización	+

## Objetivo 10: Redefinir el Sistema de Remuneración

Sistema de Pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Minimizar el esfuerzo en el trabajo	a) salario puro: riesgo sobre el prestador b) fijo más variable riesgo compartido	a) importancia del ascenso y promoción b) crecimiento de las plantillas c) cooperación entre médicos	a) puede incentivar la actividad y sobreutilización b) sobredimensión de los médicos	+ -
Pago per Cápita	Se paga la afiliación, la asistencia al individuo	Maximizar la afiliación y minimizar los costos de la Asistencia	a) per cápita sin ajustes: riesgo sobre el prestador	a) prevención	fomento de la integración de servicios y de la prevención cuando es eficiente	-

Lo que incluimos como décimo objetivo es algo en lo que ya trabajamos en 2005, junto con nuestros consultores, encarando distintos sistemas de pago. Está el pago por servicio médico o por acto médico, el concepto, los incentivos y las ineficiencias que genera.

Después están los pagos por salario, que los dividimos en dos: todo salario fijo, o salario fijo más variable, también con los incentivos que genera y los que no genera. Y luego está el pago por capitación, también con los incentivos e ineficiencias que genera.

Creemos que no tendría por qué haber un sistema único de remuneración para todo el personal médico. Pensamos que el sistema debe ser mixto, combinando salario con un componente variable, y -sabemos que esto es algo que quizás va a llevar tiempo hacerlo y que tiene algunos riesgos- el pago por capitación a los médicos para el primer nivel de atención.

Por supuesto, en instituciones que son integradas y que hacen por sí todo el primer nivel, así como el segundo y el tercero, serían ellas mismas las que tendrían que asumir dos formas de remuneración: capitación para el primer nivel de sus trabajadores y un salario con componentes fijo y variable para el segundo y tercer nivel.

Planteamos qué elementos debería tener la retribución variable:

- que relacione los incentivos con el plan de organización;
- que el sistema sea simple;
- que fije objetivos específicos;
- que permita integrar los esfuerzos;
- que sea de una cuantía relevante -si el salario variable es el 5% o el 10%, es como si no fuera nada; estamos pensando por lo menos en un orden de un tercio del salario como componente variable-;
- que estimule el trabajo en equipo; y
- que no genere una demanda inducida.

¿Cómo se podría pagar? Por performance. Nosotros creemos que el concepto de productividad está muy asociado a la cantidad de atenciones y somos partidarios de ir a un sistema de performance, que se relacione con la calidad de la atención. Es mucho más difícil, pero tenemos que hacerlo. Creemos que el acuerdo médico en ASSE con las especialidades anestésico-quirúrgicas, que genera una bolsa que se distribuye con ciertos criterios, es un camino insuficiente, pero es un camino.

Creo que hay que valorar la reducción de costos asociados. Cuando hay una performance que reduce los costos asociados a través de políticas de promoción y prevención, ese ahorro debe ir a una bolsa que también integre la retribución variable.

Pienso que también hay que incluirlo en el ingreso global. Por ejemplo, un criterio podría ser que, fijada una relación entre masa salarial e ingresos en una institución, sería adecuado que cuando los ingresos de la institución crezcan, la masa salarial, sea por aumento de salario o por aumento de dotación, acompañe ese crecimiento, cosa que no pasó en los años 2000 y 2004; ahora está pasando lo inverso.

Creo que habría que incluir el incremento del horario en esa retribución variable. Es lo que yo decía en el sentido de que a medida que aumenta el horario, el valor hora se incrementa.

Y habría que incluir capacitación y formación profesional, así como trabajo en la comunidad. No creemos que el trabajo en la comunidad y la formación profesional deban hacerse fuera de horario. No tiene sentido que sean componentes que se agreguen, sino que tienen que estar en esas 8 horas a las que eventualmente podemos aspirar; en ese horario debe estar incluida una porción destinada a formación interna, remunerada por el valor salarial, y al trabajo en la comunidad, como ocurre en la Universidad, donde el trabajo de extensión está incluido en la carga horaria que nos asignan cuando accedemos a un cargo docente.

Ya me referí en el punto anterior a las principales ventajas del componente variable para el segundo y tercer nivel. Ahora vamos a ver las principales ventajas del pago por capitación: incentiva la contención de costos; aumenta la eficiencia en la provisión de los servicios; e innova hacia tecnologías ahorradoras de costos, hacia tratamientos alternativos menos costosos y hacia métodos de prevención de la salud.

Es muy importante, a pesar de que es una dificultad -como lo acabo de decir-, que sea una misma institución la que integre el sistema mixto de remuneración, porque si son separados, se genera una contradicción: si yo pago por capitación al primer nivel, así como en el pago por acto puede haber una tendencia a inducir actos, en este caso puede haber una tendencia a desinducir actos y tratar de enviar todo al segundo y tercer nivel. Si el sistema es integrado -yo, particularmente, creo que las instituciones integradas verticalmente son las mejores para el sistema, y no esas oficinas que todo lo contratan afuera-, se logra que sea la propia institución la que, al planificar el pago de sus recursos,

defina estándares para el pago por capitación y estándares para el pago por retribución fija y variable.

En Canadá, donde el pago por capitación se aplica al médico del primer nivel -pero son médicos privados, que cobran individualmente-, se generan riesgos de distorsión en cuanto a la integración del primer nivel con el resto del sistema.

Esto es todo lo que tenía para decir. Dejé sin exhibir dos transparencias que señalaban la importancia de incorporar la evaluación por desempeño. ASSE va a empezar a incorporar la evaluación por desempeño, que es un instrumento fundamental para poder introducir la retribución variable. Al respecto, traía varios criterios, pero no me da el tiempo para exponerlos.

(Aplausos)

Sra. MODERADORA.- Ahora vamos a abrir una instancia de debate, en la que podrán formularse preguntas o comentarios sobre las exposiciones realizadas.

Dr. SCHELOTTO.- En primer lugar, agradecemos que se nos haya convocado a esta instancia de intercambio.

Quería recordar, sólo para reforzar la pertinencia de esta inclusión, que la Facultad tiene 1.600 cargos docentes, de los cuales la mayor parte son médicos. Por tanto, se trata de un sitio también importante de trabajo médico. Es diverso, distinto, por sus características, a los otros lugares, pero es también muy importante en términos de trabajo médico.

He visto que el tema de la concentración del trabajo médico ha sido enfocado desde distintos puntos de vista. Desde el punto de vista de la Facultad, nos interesa mucho la concentración, en el sentido de radicar, aumentar la dedicación horaria y evitar el multiempleo, y, por otro lado, nos interesa la desconcentración, en el sentido de que haya una mejor distribución del trabajo e incluso de la formación en distintos puntos del país.

Varias de las consideraciones que quería hacer iban dirigidas al Ec. Olesker, por lo que lamento que en este momento no esté presente, pero en realidad no apuntan tanto a él, sino a la autoridad sanitaria.

Veo que aparece nuevamente en las formulaciones la categoría médicos generales y, además, aparece con una indicación de que, si bien hay algunos sectores de especialistas que tienen una cantidad insuficiente respecto al número de personas a atender, habría un número excesivo de médicos generales o un número que está por arriba de lo necesario.

Me parece que la categoría médicos generales está mal definida, primero porque no existe como tal; no hay una especialidad de médico general. Aun cuando el estudio realizado incluso por técnicos de la OPS señala que la principal especialidad a la cual se vuelcan los médicos es la de médico general, eso es un absurdo; no existe.

Se coloca en esa bolsa, por un lado, a los médicos internistas, que sí son una categoría bien definida, con un trabajo bien delimitado; por otro lado, se coloca también al médico que se desempeña en funciones de médico general, aun cuando no haya una especialidad definida para ello; y se coloca también a los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, que constituyen un grupo laboral progresivamente más importante y al que la Facultad apuesta para atender al cambio de modelo de atención, al desarrollo del primer nivel de atención y a la conformación de los equipos del primer nivel, que creemos que son fundamentales para este nuevo sistema de salud.

Se ha hecho un estudio sobre los equipos básicos de salud -lo hemos dicho cuando ese estudio se presentó a partir de una reunión del CES-, que no tiene en cuenta, por ejemplo, al especialista en medicina familiar y comunitaria. No creemos que ese estudio sea apropiado ni que eso se pueda tomar como base de la organización del primer nivel de atención y como base de los estudios sobre la remuneración de los médicos. El propio MSP, la propia ASSE -la Administración de Servicios de Salud del Estado- financió más de un estudio a este respecto y hay otro estudio sobre los equipos de salud en el primer nivel que es mucho más apropiado que el que apareció. No desde el punto de vista del estudio económico, ya que es muy bueno, pero sí desde el punto de vista de la composición

de los equipos de salud, el estudio que apareció publicado en el primer Cuaderno del CES no es el más ajustado a la realidad y hay otro estudio, que incluso nosotros hemos traído como aporte, que procede de un equipo apoyado por los técnicos del Ministerio -el Dr. Tabaré González, la Dra. Gloria Magnífico- y nuestros especialistas en medicina familiar y comunitaria, y que define un equipo de salud en el primer nivel de modo mucho más apropiado que el que está presentado en ese estudio, que es muy importante, pero muy sesgado en cuanto al aspecto económico y poco apropiado desde el punto de vista del perfil técnico que debe tener el equipo de salud en el primer nivel.

Estas discusiones acerca del trabajo médico, la conformación de los equipos de trabajo, la remuneración, etc., se conducirían mucho mejor si el sistema de salud en este momento contara con una Junta Nacional de Salud en la que estuvieran oficialmente representados de algún modo los médicos e incluso la Universidad de la República, como institución formadora que tiene que contribuir al desarrollo del sistema de salud. Eso no está previsto. La Junta Nacional de Salud tiene una conformación muy loable, pero no estamos directamente involucrados en la conducción de un sistema de salud al cual tenemos decididamente que aportar.

Esto es una dificultad. He oído hablar de compromisos de gestión, de conformación de equipos de salud, y todo esto se está haciendo sin una participación oficial de instituciones que realmente tendrían un aporte para hacer en todos estos aspectos.

Tampoco está esto contemplado en la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. Al respecto, hemos señalado que ha habido un grado de detalle muy interesante en cuanto a los aspectos del seguro de salud, los aspectos económicos, la cobertura a las personas, los aportes que deben realizar las personas y los grupos sociales -todos esos aspectos que hacen al seguro han sido estudiados muy definidamente-, pero la ley del sistema no contiene prácticamente nada -sólo alguna mención lateral- en cuanto a la formación de recursos humanos, y tampoco contiene más que alguna mención lateral al tema investigación. Esos son dos aspectos que para la Facultad son sustanciales.

En este momento me voy a concentrar en el tema formación de recursos humanos. En ninguna disposición de la ley del sistema se dice, como debería decirlo, que el SNIS debe ser campo de formación y de práctica de los recursos humanos en salud. Es un aspecto sustancial de todo sistema de salud y no está contemplado en la ley del sistema. Es un trabajo arduo y complejo conseguir que esto sea visto como algo importante, deseable y crucial para el propio desarrollo del sistema. Lo mismo vale para la parte de creación de conocimientos y de investigación.

De tal modo que creemos que en la perspectiva de construcción de las características del trabajo médico, de los equipos de trabajo, de las pautas de trabajo en los distintos niveles, debe tenerse en cuenta que el futuro que imagina la Facultad es un primer nivel de atención donde el protagonista es un especialista que se llama especialista en medicina familiar y comunitaria, que no es el médico general y que debe trabajar en conjunto con otros recursos humanos en el primer nivel. Esta especialidad conforma, por ejemplo, la parte sustancial del llamado 2008-2009 para residencias -50 especialistas en esta área- y además constituye buena parte de la apuesta formativa de la Facultad. Estamos pensando en un médico graduado, con capacidad de trabajo en el primer nivel -primer gesto-, en un especialista en medicina familiar y comunitaria que sea el principal aporte al desarrollo del primer nivel de atención -segundo gesto-, y un tercer gesto consiste en la formación continua, adaptando la formación del médico en desempeño al trabajo en el primer nivel de atención. Son los tres aportes que en este momento tienen que hacer la Universidad y la Facultad y debe tenerse en cuenta esta interacción, este punto de vista de la institución formadora, al estudiar la conformación de los equipos de trabajo, el planteo de las remuneraciones, el planteo de las condiciones de trabajo médico, etc.

Dr. PRADERI.- Agradezco la invitación a esta reunión, poco concurrida, pese al magnífico nivel que tiene y las excelentes intervenciones que se hicieron desde distintos puntos de vista. Pero hay temas que no se trataron, tal vez porque son demasiado jóvenes los integrantes del panel.

Los que vivimos la época feliz de la medicina uruguaya, los que vivimos el inicio de la cirugía cardíaca, la inauguración del Hospital de Clínicas -que era el mejor sanatorio de Montevideo- y la inauguración del CTI, vivimos una época de oro que terminó más o menos en el año 1980. Cuando el Dr. Bogliaccini habla de la cirugía, lo dice.

Entonces, nos llama la atención que no vayan a las causas. Los escuché hablar poco de las causas de esta situación de desastre. Churchill decía que detrás de un gran desastre hay que buscar muchos pequeños errores. Algunos los buscaron. Por ejemplo, la Academia de Medicina -la cual integro desde hace muchos años-, repetidas veces, durante veinte años, le señaló a la Facultad de Medicina que la superpoblación de estudiantes era una mala cosa, porque si entraban mil y se recibían doscientos, había ochocientos que no terminaban la carrera y, mientras tanto, molestaban el trabajo de los otros. Aquí no se habló de eso.

No se habló acá de la inexistencia actual de la medicina privada. ¿Cómo era el sistema que funcionaba bien en el Uruguay? Trabajábamos prácticamente gratis en el hospital, por sueldos muy bajos, pese a que conseguíamos los cargos por concurso de oposición. El Dr. Bogliaccini se refirió a la época de Yannicelli. En esa época se llamaron a concurso todos los cargos de Salud Pública, y la Sección Concursos del Ministerio -se lo he dicho a la Ministra- era un ejemplo de buen funcionamiento. Además, había una muy buena costumbre en el Ministerio: se llamaba a un concurso, por ejemplo, para la lista de cirujanos, que desempeñaban cargos a término, y cuando pasaba ese período y había cargos vacantes en el Ministerio, el propio Ministro llamaba a su despacho a los cirujanos, les decía que estaba vacante tal cargo de tal clínica y, siguiendo el orden del concurso, lo elegíamos. Yo nunca en mi vida ocupé un cargo que no fuera por concurso en ningún lado. Me ofrecí una vez en IMPASA a ser cirujano y, cuando pregunté si había concurso, me dijeron que no; trabajé sólo en el CASMU.

El concurso fue la gran institución. Entraba la gente más capaz y que trabajaba más. En el Ministerio no hay más concursos. ¿Cómo nombran a la gente? No sé.

Segundo elemento: ¿cómo trabajamos los médicos? El joven representante de la Facultad habló de la siesta. La siesta es una institución de la medicina, porque un médico de guardia tiene que dormir la siesta. Un cirujano que va a tener que operar toda la noche heridas y puñaladas, a la hora de la siesta, en que no hay movimiento, tiene que estar durmiendo un rato para estar bien. En el único lugar donde hay movimiento a la hora de la siesta es en el Sanatorio del Banco de Seguros, donde van los obreros que se lastiman cuando están trabajando. Pero hay que tener boliche médico, se tiene que haber hecho puerta de hospital para opinar de medicina.

La siesta ya la defendí. Ahora voy a defender a los gallegos.

Galicia e Inglaterra son países muy parecidos: siempre llueve y siempre están verdes y húmedos. Y los gallegos no son bobos. El profesor actual de la cátedra de Santiago de Compostela es un cirujano que estuvo seis meses becado en mi clínica. Es el Dr. Solórzano, que se formó en Córdoba y está en un programa de trasplante de hígado.

¿Por qué se van los ingleses? Antes había una calle de Londres en la que estaban todos los consultorios de los grandes médicos. Venían los maharajas hindúes a atenderse, y todos los magnates del Imperio Británico. Un día no vinieron más y, entonces, los médicos, después de la guerra -luego de la cual Inglaterra quedó muy mal-, hicieron un sistema por el cual se les paga muy poco. Cantidad de médicos ingleses -algunos alumnos míos- se fueron a Suiza y a Estados Unidos, y eran de excelente nivel. Pero les pagaban muy poco. Y los gallegos se van porque no les alcanzan los cargos que tienen, pero no porque sean bobos, pues seguramente atienden bien.

La otra cosa que quería señalar -es de carácter formal- es que, por favor, las diapositivas deben tener diez renglones a lo sumo, porque de lo contrario no se pueden leer. Y en la parte inferior de las diapositivas no pongan letra chica porque no se lee. Por eso algunas cosas me las perdí, pese a que la intención era muy buena y lo que se estaba diciendo era muy interesante.

Vuelvo a lo que dije al principio: trabajábamos prácticamente gratis en el hospital. En Salud Pública quedé por cobrar mucha plata, pese a que entré primero en un concurso para cirujano. Ahí atendíamos a todo el mundo, y los enfermos del hospital eran de repente los más agradecidos; aunque de vez en cuando había que operar a algún malandra al que lo tenían esposado a la cama, pero no había problema, porque se portaban bien. En el Maciel, donde estuve diecisiete años -operábamos a todos los delincuentes del barrio-, un día me dijeron: "No tenga miedo, doctor, que a su auto nunca le va a pasar nada". Y, efectivamente, en los diecisiete años que estuve nunca me lo tocaron; tienen sus reglas.

Después entramos a operar en las mutualistas. Yo trabajé en el CASMU, pero iba a arreglar desastres en otras mutualistas muchas veces. El CASMU llamaba sus cargos a concurso y operábamos por cifras bastante baratas; sacábamos un páncreas por cuatrocientos pesos. Y existía la clientela privada. Un páncreas que se sacaba por cuatrocientos pesos en la mutualista, cuando se trataba de clientela privada -que existía- se cobraba siete mil u ocho mil dólares, y no eran los dólares de ahora. Eso nos permitía ejercer prácticamente gratis la medicina en el hospital, porque lo sustentábamos con el ejercicio privado.

Y no coimeábamos. De la coima no habló nadie aquí. La coima -o "mordidita" en la Argentina- es una modalidad que ejercen algunas especialidades sistemáticamente. Sépalo, señor Decano, ya que usted, de repente, no tiene roce con esa gente. A quien le manda un enfermo para que se opere de tal patología, el cirujano, después de operarlo, le da la tercera parte de lo que cobró. Eso en la Argentina es sistemático; hasta en un examen de orina se cobra la "mordidita". Aquí, yo nunca lo hice en mi vida, y lo digo públicamente, pero mucha gente lo hacía y hay especialidades que lo hacen sistemáticamente; algunas de las que están acá arriba, y ustedes ya lo saben.

¿Qué pasó en el interior? En el interior todos los médicos eran cirujanos o médicos de puerta del hospital; médicos generales, señor Decano, porque el título que nos da usted en su Facultad dice: "el título de médico"; no habla de títulos militares, ni general ni coronel; sólo médicos. Los especialistas, en el fondo, tenemos que saber un poco de medicina, porque si estamos en un lugar y a una persona le da un soponcio, tenemos que atenderla aunque seamos cirujanos o especialistas del oído. Así que, en el fondo, todos tenemos que ser médicos generales, y si sabemos mucha medicina general, eso es bueno porque sabemos más.

En cuanto a la medicina familiar, yo he atendido familias compuestas por varias generaciones, y entonces sé que tienen un Recklinhausen u otra enfermedad hereditaria; para eso sirve solamente la medicina familiar y para comadrear si la tía Lola se murió o hace tal cosa. Eso del médico de familia es un invento. Es como ese invento nuevo de la medicina primaria, o no sé cómo le llaman, que al Dr. Carlevaro le encantaba. El Dr. Carlevaro nunca había atendido ninguna gripe y entonces le encantaba. Esos inventos de nombres nuevos y siglas son puro cuento. Lo que vale es el ojo clínico, la clínica, y la honestidad médica.

¿Qué pasó en el interior? Todos los médicos del interior atendían y operaban a todos los enfermos, hasta que se fundaron las mutualistas del interior. Y esas mutualistas tienen propósito de lucro, a diferencia del CASMU, que no lo tiene. Los médicos y cirujanos del interior cobran un porcentaje de las ganancias de la mutualista, además de lo que les corresponde por su trabajo. Entonces, los médicos del interior -entre los que tengo muchos amigos y discípulos- se fueron yendo de Salud Pública y pasaron a las mutualistas, donde hacen las cosas muy bien; los enfermos hacen lo indecible por llegar a ellos. Eso fue lo que cambió todo. El nivel de los médicos y cirujanos de Salud Pública en el interior ha bajado. A Salud Pública se le vino todo para abajo.

Los oculistas, a los que les gusta mucho la plata y operan por aquí arriba, tienen mil problemas y por eso hubo que importar cubanos para que vinieran a operar. Los pobres cubanos, que están muertos de hambre allá, vinieron aquí y operan encantados; están contentísimos.

Esa es la medicina actual. ¿Y por qué pasaron todas estas cosas? Porque se acabó la clientela privada, porque aumentó el asunto de las coimas y las "mordiditas", porque a los médicos no les

interesa más trabajar gratis, porque no les interesa hacer una cosa sin cobrarla y la hacen donde pueden cobrar. Y eso deteriora al Ministerio, que no tiene más concursos, y así estamos. Arréglense. Yo ya no ejerzo más.

Dr. MINASSIÁN.- En lo que respecta a la concentración del trabajo médico, ya que tenemos aquí al Ministerio, a las SAQ, al SMU y a la Facultad, quería preguntar cómo se piensa ir a esa concentración, que es lo que hoy más preocupa. Hoy partimos de la base de que la Convención Médica definió esto hace años y, por eso, el CES convocó a esta reunión para tratar el tema. Actualmente, frente al cambio, existen las resistencias normales y lo que preocupa mucho es cómo avanzamos y cómo nos interrelacionamos -lo cual es uno de los objetivos de esta reunión- para buscar la forma de llegar a la concentración del trabajo médico.

Me gustaría saber qué piensa al respecto la unidad rectora, en este caso a través del Ec. Olesker, como Director General de Secretaría, porque creo que las organizaciones que hoy están aquí se sumarían todas a participar en aquellos espacios que se convocaran para trabajar en los objetivos que hacen a los recursos humanos en salud. El organismo rector tendría que buscar un espacio de intercambio e interrelación para poder llevar este objetivo adelante.

Por otro lado, lo que me llama la atención es que haya dos temas que aquí no se plantearon.

Se habla generalmente del sistema, y las organizaciones sindicales, formativas, etc., ven a ASSE, pero también están la Española, el CASMU, Casa de Galicia. Cuando se habla del ingreso y ascenso por concurso, hay como una visión fragmentada de lo que es el sistema. El sistema también es la Española, Casa de Galicia, el CASMU. En cuanto a la política de ingresos al sistema, ¿va a haber un sistema único de ingreso? Después de la residencia -que se dijo que no va a ser el único sistema de formación-, ¿la forma de ingreso al mercado de trabajo, al sistema integrado, va a ser única? A lo que aspiro para mis hijos es que, si van a elegir la medicina, tengan algo justo, equilibrado e igualitario para todos; que todos tengan la misma posibilidad de acceder al sistema.

El segundo tema es algo que me genera mucha preocupación: el primer nivel de atención. Hay una hipertrofia total de la discusión sobre el primer nivel de atención. Me imagino lo que debe ser la Facultad ahora: se debe ir a niveles de abstracción que generalmente van a implicar que se seguirá discutiendo, y el sistema está puesto en práctica. Yo recomendaría basarnos un poco en la experiencia de la primera organización institucional en la que para mí se generó el comienzo del cambio en este país hacia un sistema. Me refiero a la experiencia que entre 1990 y 1995 hizo el gobierno municipal de Montevideo, donde el área del sector salud estuvo dirigida por el Dr. Tabaré González. Habría que aprovechar esa experiencia acumulada y generadora de cambios, y acelerar los procesos, porque el sistema va a avanzando y los tiempos de discusión se acortan y llega el momento en que hay que tomar decisiones.

En cuanto a la exposición del Ec. Olesker, en ese agrupamiento en grupos 1, 2 y 3 de las instituciones que entregaron la información, lo que pude percibir, en medio de la rapidez con que se exhibieron los datos, fue que en el grupo 3 hay un porcentaje de ocupación de cargos en la parte sanatorial mayor que en la parte ambulatoria. En el grupo 2 se veía la inversa, y en el grupo 1 se da más o menos igual. Esto está demostrando que hay que acelerar mucho y apretar bastante a las instituciones en cuanto al cumplimiento de las metas, porque, evidentemente, por lo que uno ve ahí, hay algunas instituciones que están cubriendo lo ambulatorio y contratando todo lo sanatorial. Esa es la interpretación que hago de los datos exhibidos. Y, por otro lado, se advierte que hay un fortalecimiento de lo sanatorial y poco o no nada en cuanto al primer nivel de atención.

Entonces, esto me da la pauta de que hay una disparidad fuerte entre las instituciones asistenciales mutuales -yo no les digo privadas, porque son mutuales- y ASSE. Hay que entrar a medir con parámetros diferentes lo que antes era la cuota DISSE, tomando en cuenta el cumplimiento, a fin de atender a los desiguales con criterios de exigencia de cumplimiento de metas de acuerdo con las distintas realidades de las instituciones.

Dr. BOGLIACCINI.- El Dr. Minassián me deja mal delante del Decano -de pronto, me echan porque mi capacidad docente fue cuestionada. Lo que expresé en la exposición -veo que no fue entendido- fue que debe haber concurso para todos, y no sólo para ASSE; para todo el sistema. Está planteado como forma de ingreso y de ascenso, y para todo el país.

En segundo lugar, lo nuestro era absolutamente instrumental. Ya hemos logrado una parte en el acuerdo con ASSE. Costará trabajo instrumentarlo y habrá que perfeccionarlo, pero va a incidir para lograr que la gente joven se instale en los hospitales públicos en forma más prolongada y más distribuida en todo el país.

Creemos que lo que planteamos se puede empezar a hacer, sobre la base de las prevenciones que incluimos en la última diapositiva. Podemos sentarnos a negociar y a instrumentar, porque aquí todo es instrumentable; no es teoría. Es como nosotros vemos las cosas y como las consensuamos en Asamblea. Podemos empezar a hacerlo.

Sra. BARREDA.- Primero que nada quiero agradecer que me hayan invitado a concurrir a este evento en representación de la Asociación de Usuarios. Son actividades que siempre enriquecen.

Escuchándolos a todos ustedes -yo soy una mujer de a pie, como se dice hoy; no estamos en el gremio, pero sí tratamos de trabajar juntos para el bien de todos-, se reafirma lo que pensamos y sentimos. Se apuró demasiado la implantación del sistema, para el cual no estábamos preparados -ni siquiera el MSP estaba preparado para encaminar esto-, y ahora nos encontramos en una situación que no quiero calificar, pero la verdad es que me siento muy mal por lo que le está pasando a la gente, que no está informada sobre este sistema integrado.

Más aún me preocupa que se sale a la prensa a manifestar cosas que implican muy buenas intenciones, pero que todavía no se han discutido. El Parlamento no discutió suficientemente esta ley.

No tenemos claro por dónde vamos. Al escuchar el otro día al Dr. Baltasar Aguilar decir que ASSE atiende menos usuarios que antes, realmente los que estamos al lado de la gente sentimos su propia problemática y vemos las grandes dificultades que hay ahora con los quirófanos, donde hace más de dos meses que no se opera. Incluso, los Directores de hospitales del interior no saben qué hacer con la gente, porque la envían a Montevideo y no hay capacidad para atenderlos. Los propios Directores de hospitales me dicen -y puedo dar nombres-: "No podemos hacer nada". Pero se puede hacer cuando ellos tienen obligación de derivar los problemas grandes. Y les pongo un solo ejemplo: el de un señor de Mercedes que tiene un cálculo de 29 milímetros, lo cual me pareció impresionante -ustedes, los hombres, lo sabrán mucho más que yo- al compararlo con el caso de mi hijo, que tuvo un cálculo de 11 milímetros. Nosotros somos socios del Círculo Católico y yo pedí que lo operaran en el Hospital Maciel porque ahí está lo máximo, y el Círculo pagó \$ 16.000. Ese señor con el cálculo de 29 milímetros fue atendido en el Hospital de Mercedes, donde el Director estaba de licencia y la segunda responsable no estaba en el país. La funcionaria administrativa fue realmente una belleza por la forma en que actuó, pero, aun así, el problema no está totalmente resuelto, porque hoy mi secretaria fue al Hospital Maciel a retirar la historia clínica y las placas para depositarlas en Tres Cruces a fin de que lleguen al Hospital. ¿Cómo es posible eso? Es increíble. Y como eso hay cuarenta cosas. Pero lo peor de todo esto es que uno entra al Ministerio y las puertas están cerradas; no tenemos quien nos conteste. Yo las abro porque estoy acostumbrada y porque viví ahí adentro, pero la gente no tiene quien le conteste.

A un paciente oncológico antes se le daba un carné gratis. Ahora se lo sacan a una paciente -¿dónde está escrito que se lo tienen que sacar?- porque el marido gana en UTE \$ 22.000, pero la familia todavía no está incluida en el FONASA. Entonces, ¿qué pasa con esa señora en el interior? FEMI no la va a tomar por su patología.

¿Es que pusieron la carreta delante de los bueyes y hoy nos encontramos en esta situación? Yo pregunto: ¿adónde vamos con esto? Los usuarios no tenemos la menor idea. Lo que sí ocurre es que nos encontramos peor que antes.

Sra. MODERADORA.- Si no hay más preguntas o comentarios, vamos a dar la palabra al Miembro Responsable del Centro de Estudios de la Salud del SMU, Dr. Jorge Lorenzo, para que culmine este encuentro.

Dr. LORENZO.- La intención del Centro de Estudios al realizar esta jornada -la intención inicial, porque creo que los resultados fueron un poco distintos- fue, fundamentalmente, reunir a los gremios y al Poder Ejecutivo, que no se reúnen habitualmente para otra cosa que no sean negociaciones sobre cuestiones concretas y específicas. Naturalmente, un ámbito de debate sobre estrategias que necesariamente tienen que pasar por el mediano y largo plazo, aunque no están exentas de la toma de medidas casi inmediatas, es un ámbito de conversación totalmente diferente a aquel en el que habitualmente muchos de nosotros nos hemos encontrado, que es el ámbito de la negociación con propósitos puntuales. Esa es una diferencia cualitativa.

Elegimos, dentro del inmenso espectro del trabajo médico, el tema concentración laboral por muchos motivos. Primero, porque la serie de encuestas cuatrienales que viene realizando el SMU, desde 1988 -si me equivoco en la fecha, el Dr. Turnes podrá corregirme-, ha mostrado una queja permanente por parte del sector médico con respecto al multiempleo. La concentración laboral sería la contrapartida del multiempleo y la solución al problema.

Hay algunos aspectos que vamos a comentar a continuación y que nos han llamado la atención, particularmente en cuanto a las cifras que ha dado el Ec. Olesker, pero vamos a intentar, en una buena -como dicen mis hijos-, extraer de los distintos planteos que se han hecho cuáles son aquellos elementos en los cuales nadie tiene diferencias sustanciales, porque, por supuesto, hay muchas diferencias de detalle en aspectos específicos, de acuerdo con el lugar que ocupamos en el proceso productivo, el lugar que ocupamos en la dirección del proceso productivo y, además, dependiendo, dentro de los propios médicos, de cuál es nuestra manera de producir salud, pues hay diferencias que son notorias y no pueden ser obviadas. La intención de obviarlas, a lo largo de muchos años, desde el punto de vista sindical, nos ha llevado a divisiones, a peleas y a líos, cuando en realidad las tendríamos que haber reconocido desde los primeros momentos.

El resumen de las coincidencias que hemos encontrado no va a ser nada genial, porque esas coincidencias son bastante obvias para todos ustedes, pero las voy a reseñar rápidamente antes de dar por terminado este encuentro.

Hay una coincidencia clara acerca de la necesidad de concentrar el trabajo médico, lo cual, naturalmente -no se ha dicho, pero se da por supuesto-, debe darse en un marco de estabilidad de las fuentes de trabajo. No fue dicho, pero estuvo implícito en todas las intervenciones, por lo que creo que no está de más señalarlo.

Es absolutamente necesario -creo que es un trabajo que viene haciendo el MSP, y nosotros lo hemos en forma sistemática desde hace muchos años, en la medida de nuestras posibilidades- estudiar detenidamente el mapa de los recursos humanos, porque existen asimetrías de todo tipo. Como vimos en la presentación que hizo el Ec. Olesker, hay asimetrías geográficas, hay asimetrías de distribución del personal del equipo de salud, hay asimetrías en cuanto a especialidades, pues hay concentraciones de algunas en ciertos lugares y ausencias totales en otros, si tomamos en consideración todo el territorio del país. Y, seguramente, si tomamos sólo Montevideo, también hay asimetrías.

Entonces, el tener una buena base de datos, con información veraz, es absolutamente central para que las decisiones políticas estén basadas en conceptualizaciones técnicas que sean confiables.

Creo que, en este sentido, durante estos últimos años el MSP ha realizado un trabajo de mucho esfuerzo y muy meritorio, que empieza con el proceso de presupuestación, cosa que era prácticamente impensable que se pudiera concretar, teniendo en cuenta el desastre que era el MSP desde el punto de vista organizativo. Quedan algunos problemas menores que creo que cada vez se van a ir negociando con más facilidad.

Eso fue la piedra de toque. Después vino la inclusión en la información del SINADI de los datos del censo, y los estudios reiterados que se han hecho en materia de recursos humanos en salud, uno de ellos en una publicación -es un mapa muy extenso de todos los recursos humanos que tenemos en salud- cuya autoría comparte nuestro asesor, el Ec. Luis Lazarov, con autoridades del Ministerio. Son datos que a la hora de tomar decisiones son absolutamente imprescindibles.

Está muy claro que la Facultad de Medicina se ha puesto en marcha -es algo que a esta altura rompe los ojos- en muchos aspectos. El inicial fue llenar los requisitos de calidad dentro del MERCOSUR, de acuerdo con las normas del MEXA, ajustarse a ellas, cumplirlas, cambiar el Plan de Estudios, conformar definitivamente el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, generar programas de pregrado y de posgrado para ese Departamento, generar el Departamento de Atención Primaria en Salud, preocuparse por la profesionalización docente, ir a cargas horarias de los docentes mucho más extensas y promover la creación y el desarrollo de las Unidades Docente-Asistenciales. Creo que todos estos son elementos que, si bien no son idénticos, se orientan a denotar, a través de cambios reales, que existe la conciencia de que la reforma es necesaria y de que ya no es una cuestión de la cual hablamos, sino que es algo que estamos haciendo.

Aparentemente -volviendo a la concentración laboral-, las cifras sobre multiempleo, tomando en cuenta los datos que dio el Ec. Olesker, han mejorado en los últimos cuatro años. La sospecha que nos queda es que lo más probable es que la mayor parte de ese 55% de médicos que tienen un solo cargo sean subempleados. Si eso es así -no sé si está desagregado-, tiene también su lado engañoso, porque, si no vamos a mecanismos fuertes de concentración laboral, la vía que van a tener para aumentar su carga horaria va a ser el multiempleo. No van a tener otra posibilidad -repito: si eso es así, y creo que lo es-, porque vivimos esta situación muy directamente con los técnicos de ASSE. En las Asambleas de los primeros años de este gobierno y en los dos años en que me tocó ocupar la Presidencia del Sindicato, vimos que había una cantidad muy grande de colegas que tenían un único empleo en ASSE y que estaban con sueldos que, al inicio de esta gestión, eran realmente miserables.

Hay una coincidencia en mantener y desarrollar el concepto de profesionalismo médico. Sin embargo, también hay que destacar que hay un intento -que es también de elaboración teórica- de ir por la vía de la profesionalización médica, pero dentro del marco de la multidisciplinaria y del trabajo en equipo. Aquí puede haber diferencias. El Dr. Bogliaccini ha sido muy claro en este aspecto; los cirujanos, por su propia característica, no pueden trabajar solos -trabajan en equipo- y, desde el punto de vista de las SAQ -y a mi juicio, por lo menos, es comprensible-, el médico es el motor, el líder o el director del equipo de salud. En otras circunstancias esto se puede repetir también en disciplinas no quirúrgicas, y en otros casos, no. Por ejemplo, tal vez en una situación de rehabilitación de un niño con trastornos de aprendizaje, el líder sea una maestra especializada o una psicopedagoga; no necesariamente es el médico. Así que tenemos una amplia gama de posibilidades en torno a quién manda qué cosas, lo cual no lo determinamos siguiendo un orden jerárquico, sino en función de necesidades de funcionamiento. En todo caso, son cuestiones a discutir de acuerdo con cada sesgo profesional o cada actividad en particular.

Asimismo, hay otra coincidencia total: nadie quiere hacer nada que no vaya en pro de la mejora de la asistencia. Eso es central y creo que es un valor ético muy destacable. Tendremos algunas diferencias en cuanto a los caminos a seguir, pero, sin duda, todos estamos pensando en la calidad de las prestaciones.

El Dr. Turnes planteó un nuevo contrato, con el cual estamos totalmente de acuerdo, porque es necesario crear un nuevo contrato entre la profesión médica y la sociedad, que implique una serie de variantes. Al respecto -no sé si estoy recogiendo algo que está más en mi mente que en lo que dijeron los expositores; si me equivoco, ustedes me corregirán-, se habló básicamente de que no sólo debe redundar en la calidad de vida de la población, sino también en la calidad de vida del equipo de salud y del médico en particular, reduciendo su morbimortalidad, que hoy está en límites

altamente peligrosos en el Uruguay. No vamos a hablar de la judicialización, porque sería una cuestión totalmente aparte, pero es una situación que bien conocemos y que también se agrega a todo este proceso.

Los regímenes de trabajo tendrían que ser los mismos que para cualquier uruguayo. La carga horaria tendría que variar entre las 40 y las 48 horas semanales y, eventualmente, podría llegar a 60 -son las cifras que se manejaron acá-, según las circunstancias, las especialidades, el trabajo docente, etc. Pero nadie plantea que el médico trabaje más de 8 horas de lunes a viernes o de lunes a sábado. Las guardias tienen que ser de 12 horas -terminando con las de 24 horas- y no pueden hacerse en forma consecutiva, sino que deben tener un período de descanso en el medio.

Hay que incluir -es un planteo que venimos haciendo desde hace mucho tiempo y que fue recogido en la ponencia del Ec. Olesker- todo el desarrollo profesional médico continuo dentro de la carga horaria del médico.

En el tema de las remuneraciones, hay que ir a mecanismos de nivelación salarial, que se puede lograr de distintas maneras. Aquí se planteó el salario único por parte del Dr. Turnes. Es un planteamiento muy respetable, pero no estoy muy convencido al respecto. Cuando hablamos de un salario único, nos referimos a que no nos convence totalmente el pago mixto entendido como salario y acto médico; eso es lo que queremos decir.

Aquí se habló de un salario mixto que incluya un valor fijo por formación, por categoría, por calidad profesional, y un factor variable que, según manifiesta el Ec. Olesker, con otro concepto distinto, podría llegar a ser hasta un tercio del total. En el caso de las SAQ, ese elemento variable sería por productividad, pero el Ec. Olesker hacía la objeción -yo no doy opinión; simplemente lo señalo- de que productividad no es lo mismo que performance, porque cuando se maneja el concepto de productividad se toma como componente la cantidad de actos, mientras que performance daría una visión bastante más amplia.

Dr. BOGLIACCINI.- Performance no es un término español. Hay que hablar de productividad, que significa magnitud y calidad. Yo hablo en mi idioma. El colonialismo no me ha llegado.

Dr. LORENZO.- En definitiva, están hablando de lo mismo, así que hay coincidencia.

Hay algunos elementos que, por lo menos para mí, resultan novedosos. Es el caso del pago por capitación en el primer nivel, que es una cosa que puede ser muy interesante. En realidad, no es novedosa porque estaba incluida en el trabajo sobre equipos básicos de salud, pero no tenía clara conciencia de que hubiera sido tomada por las autoridades. Una capitación no obligatoria, como la que se plantea, es muy interesante. Sobre eso no opinaron ni el SMU ni las SAQ porque no sabíamos que íbamos a transitar por esas aguas.

Si entendí bien, el pago por capitación sería para aquellas instituciones que se ubican en el grupo 3 que mencionaba el Ec. Olesker, que tienen integración vertical.

Ec. OLESKER.- Las que tengan primer nivel.

Dr. LORENZO.- Que son las instituciones grandes, que en general tienen una estructura más desarrollada. Ahora no serían muchas, pero como todo el tema de la concentración laboral va prendido absolutamente al cambio de modelo de atención, en lo cual insistió mucho la Facultad de Medicina a través del Dr. Ferrando, creo que podríamos tener cada vez más instituciones y, al mismo tiempo, ASSE estaría cada vez más en condiciones de generar alternativas de estrategias de atención primaria y, por lo tanto, se podría ir a un régimen más vasto de capitación como forma de remuneración.

El tema del primer nivel y de las estrategias de APS fue mencionado muy superficialmente, pero hay un aspecto que es muy importante: la concentración laboral no necesariamente genera pérdida de fuentes laborales. Ese es un aspecto que hay que tener en cuenta, porque si al mismo tiempo se cambia el modelo de atención, se abren fuentes laborales en otros sectores.

Estas son relaciones muy complejas, que después implican negociaciones y creación de escenarios y estrategias posibles para llegar a cumplir esas metas de un modo que no resulte demasiado traumático.

El MSP retoma la idea de los equipos básicos de salud. En esa materia hay mucho para caminar a fin de llegar a lo que yo recuerdo -no sé si hubo desarrollos intermedios- que era la formulación inicial de ese concepto, pero me parece que es un camino muy interesante. No me doy cuenta muy bien de qué relación tiene con la propuesta de la Facultad de Medicina sobre Unidades Docente-Asistenciales. Se me ocurre que no debe andar muy lejos, porque allí debería haber algún tipo de articulación para no duplicar. De pronto, el Dr. Ferrando hizo alguna precisión al respecto, pero, como habla muy rápido, no la pude recoger.

El último punto que quería mencionar es el del ingreso. Las SAQ plantean el concurso y el SMU plantea el ingreso a través del régimen de residencias médicas. Creo que seguramente en esto habría que ir a situaciones combinadas; no creo que se pueda hacer únicamente por una vía o por la otra. Además, hay que plantear escenarios intermedios, porque una cosa son las metas estratégicas y otra cosa es el camino transicional.

Se mencionó por parte del Dr. Turnes -es una posición nuestra- la coexistencia de dos modelos simultáneos, lo cual es seguir el modelo del Laudo de 1965 para el sector privado, que preveía que quienes ya tenían generadas ciertas formas de trabajo podían optar entre pasar al nuevo sistema o permanecer en la misma situación, más allá de que se hagan experiencias piloto -a las que los uruguayos somos muy reacios; las experiencias piloto no nos gustan mucho- para ver cómo funcionan determinados cambios de modelo asistencial, particularmente a nivel de atención primaria, a fin de tener referencias más concretas.

Hemos recogido -va a salir en el tercer Cuaderno del CES, que aparecerá posiblemente la próxima semana- una serie de experiencias que se han hecho, que han sido muy puntuales, pero que resultan interesantes. En algunos casos tienen que ver con la concentración laboral, pero fundamentalmente esas experiencias -algunas de las cuales han sido semiespontáneas- refieren a algunos elementos de cambio de modelo y a la complementación público-privado. Además, sobre eso recogemos opiniones del MSP y de ASSE.

En suma, vemos este tipo de encuentro como un camino a transitar. Tal vez lo ideal sería que esto se diera no necesariamente en régimen de jornadas, y creo que, en ese sentido, algo se está haciendo en el Consejo de Salarios, tratando de aproximar a las partes en temas que son un poco más estratégicos y en torno a metas u objetivos finales o intermedios comunes.

Sra. MODERADORA.- En nombre del SMU y del CES, agradecemos a los panelistas sus exposiciones y a todos ustedes por haber participado en este evento.

(Aplausos)