

a todos los trabajadores de la Salud, debe existir un Capítulo dedicado especialmente a los Profesionales Médicos, donde se atienda la especificidad de la profesión.

· Se deberá reglamentar un período de transición, donde se respeten los derechos adquiridos y en el que participen los gremios involucrados en forma decisiva.

· También es necesaria la incorporación de normas que establezcan el concurso como mecanismo para el ingreso, y un régimen disciplinario en el que se den las garantías del debido proceso.

6. Proponemos para la transición un régimen de trabajo dual con distintas condiciones laborales que contemple conjuntamente los derechos adquiridos por los colegas y el nuevo modelo de concentración laboral para las nuevas generaciones de médicos que se incorporan al mercado de

trabajo y para aquellos que deseen migrar.

7. Rechazamos la pérdida de fuentes de trabajo médico y apoyamos el concepto de "a igual función igual remuneración" en el entendido de que actividades similares deben tener iguales condiciones de trabajo y remuneración.

Exigimos en cualquier escenario de Trabajo Médico, presente o futuro, en cualquiera de los Subsectores, estabilidad laboral y remuneraciones dignas.

8. Manifestamos nuestra preocupación por el Retiro Médico.

Propondremos y acompañaremos todos los proyectos que aseguran la mejora en el prolongamiento y calidad de vida de los médicos ya fuere en actividad o retirados.

9. Apoyamos una política de formación de recursos humanos en un contexto de racionalidad y calidad, con una estrategia convergente en la for-



Dr. Barrett Díaz Pose.

Estudio Fotográfico de la Calle de San

mación de pregrado, especialistas y Educación Médica Continua acorde a las necesidades sanitarias del país.

La formación de especialistas deberá tender a realizarse por medio del programa de las Residencias Médicas. Éste debe ser una poderosa herramienta para la inserción laboral del especialista joven.

10. Se resuelve impulsar un programa de reconversión de médicos generalistas y especialistas en actividad para cumplir funciones en el primer nivel de atención en el marco

del programa de Educación Médica Continua del SMU con la aprobación de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

EL ENCUENTRO SOLÍS III APORTA:

1. Documento de conformación de Equipos Básicos de Salud y Concentración Laboral.
2. Documento relativo a las llamadas "Tercerizaciones".
3. Proyecto de Estatuto del Trabajador de la Salud.
4. Proyecto de Reconversión de médicos y especialistas.
5. Proyecto de modificaciones en la Ley de Descentralización de ASSE.
6. Documento de Profesionalismo Médico.
7. Proyecto de nuevo Programa de Residencias Médicas.
8. Proyecto de Ley de Colegiación Médica.

SMU. Balneario Solís, 23 de abril de 2006

OPS, LA REFORMA DE SALUD Y SOLÍS III

Valentía para enfrentar cambios

El Dr. Fernando Dora es, desde 2004, el representante de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. En una charla con Noticias, analizó los aspectos centrales de la misión de OPS en Uruguay, así como el proceso de la reforma y el encuentro de Solís III.

2 FEDERICO LEICHT

- ¿Qué le pareció Solís III como experiencia?

- Nosotros seguimos muy de cerca todo el proceso. Un consultor nuestro, el Dr. Ruben Torres estuvo permanentemente allí. Nos pareció una experiencia muy rica. Esas discusiones deberían darse en muchas otras ocasiones y en muchas otras áreas. Es muy importante conocer la reali-



Dr. Fernando Dora

Estudio Fotográfico de la Calle de San

dad. Nosotros vemos con muy buenos ojos esas iniciativas de discutir los planes de gobierno. Es muy difícil controlar los procesos de transformación, es difícil transformarlos en ejecución. Lo que nos encantó fue

la buena voluntad de todas las partes para poner su opinión y defender legítimamente sus posiciones aportando al proceso de cambio y desarrollo.

- ¿Cómo evalúa la OPS el proceso de la reforma de la salud, ini-

ciado hace algo más de un año por la actual administración?

- En primer lugar hay que destacar dos aspectos de la sociedad uruguaya, hoy representada por las actuales autoridades. Una es la conciencia de que en el anterior modelo se venían agravando algunos aspectos de equidad, accesibilidad, y que no estaba a la altura de los requerimientos de la población uruguaya. El identificar eso con coraje -y el Sindicato Médico del Uruguay desde sus encuentros de Solís, ayudó a que se llegase a esta conclusión-, tomando conciencia de que hay algo que no estaba funcionando bien, es un aspecto positivo. El segundo aspecto es también la valentía de intentar generar un cambio. Porque yo creo que muchas otras autoridades han tenido la visión de que era necesario cambiar, pero

Sigue en la página 10

Viene de la página 8

el hecho de hacerlo es algo muy difícil.

- Esta claro que no es lo mismo un cambio de las estructuras que un cambio de todo el modelo...

- Exacto. Y cualquier cambio que se haga, cuando se habla de cambiar surgen los temores y las dudas. Y efectivamente, cuando se propone un cambio se sabe que el mismo va a tocar el *statu quo*, va a tocar intereses, y eso le duele a mucha gente que no le gusta perder. A ninguno de nosotros le gusta perder ¿no? Entonces ante el temor de la pérdida inminente de algún estatus que estaba muy establecido, hay que destacar el coraje de querer hacer algo. Por eso encaramos con mucha satisfacción nuestro deber de ayudar a Uruguay a que lleve a buen término posible los cambios que se propone, que no son fáciles y que no están exentos de la necesidad de un diálogo muy extenso. Es necesario que exista mucho "desprendimiento" de todos, para arribar a la mejor solución, que es justamente para la población. Esto es algo que no podemos perder de vista. El objetivo no es ahorrar plata sino facilitar

las condiciones de acceso a la salud para toda la población, ni en contra ni a favor de determinada clase social.

- ¿Cómo ve la OPS las concepciones economicistas que apuntan a reducir el estado como entidad reguladora de la salud pública?

- En muchos países la reforma se trató de eso, de reducir el estado, pero sin apuntar a mejorar la oferta de posibilidades de salud para la población. El objetivo va por este otro lado, justamente por el rumbo que está tomando Uruguay. Yo no puedo hablar de los anteriores gobiernos, pero sí de la experiencia de otros países, y creo que lamentablemente fue una concepción equivocada. Bajo la premisa de reducir el estado, se redujo la maquinaria estatal sin más consecuencias que el debilitamiento, arrojando como resultado sistemas frágiles y vulnerables a otro tipo de factores que fueron en detrimento del propio papel que antes tenía el estado como planificador, como normatizador y como fiscalizador; funciones todas que son inherentes al estado. Lamentablemente he visto muchos países que hasta el día de hoy tienen dificultades debido a las leyes que hicieron,

impidiendo el acceso de personal que imposibilitó el recambio natural que debiera ocurrir en la estructura de recursos humanos. Entonces, de repente pasaron diez o quince años sin que ingresara gente, determinando un vacío en la reposición.

- Este tipo de políticas llevan, en general, a un malgasto de recursos financieros, de los propios y los ajenos...

- Claro, muchos países buscaron la alternativa de contratar gente a través de empresas privadas, por corto tiempo, tres meses, seis meses, bajo formas de asesorías o consultorías, pero de gente que entraba y salía bajo la modalidad de contratos de "emergencia" y otros nombres, y que en definitiva no tiene el compromiso ni la preparación necesaria. No se puede invertir en gente que viene y se va.

- El proyecto de reforma puede demorar, y seguramente va a tardar varios años en consolidarse. ¿Cuáles entiende la OPS que son, mientras tanto, las áreas más vulnerables de la salud pública?

- Nosotros tenemos divididos los problemas en tres agendas. Una agenda "inconclusa" o "no resuelta", en la que entran las enfermedades en su gran mayoría transmisibles como la tuberculosis. Enfermedades que hace muchos años venimos luchando contra ellas pero no nos hemos podido liberado de ellas, siguen ahí. Esos son problemas por resolver. Por otro lado están los problemas que hemos resuelto y que hay que mantener, y mantenerlos implica un costo. Y luego están los nuevos desafíos, que cada vez son más, y más rápidamente pueden afectar a un país que está inserto en el mundo. Mucha gente sale, mucha gente entra, mercaderías, etcétera, todos aspectos que significan nuevos compromisos y nuevos desafíos.

Por ejemplo, los países del mundo pasaron cuatro años analizando el "Reglamento Sanitario Internacional" de la OMS que va a empezar a regir a fines de 2007, y que va a cambiar

las reglas para el traspaso de personas y mercaderías a través de los países con el fin de evitar las pandemias de enfermedades que están en evolución, como el caso de la gripe aviar. Eso va a significar que se capacite gente en Uruguay, a los efectos de que el país pueda estar al nivel de las exigencias que se vienen. Uruguay tiene algunas características muy importantes. Por otro lado, Uruguay tiene características muy importantes, como un trece por ciento de la población humana mayor a los 65 años de edad, lo que lo convierte en uno de los países con mayor carga de gente mayor, la que tiene que ser tratada, prevenida de ciertos males. Y Uruguay tiene, a la vez, un nivel de pobreza que no es menor. Naturalmente, el problema de toda la gente que vive en la periferia de Montevideo no es el mismo de la que vive en Pocitos.

En éste último el problema es el adulto mayor, mientras que en la periferia son los niños y las enfermedades infecciosas, muchas de las cuales Uruguay había superado, pero que ahora vuelven a resurgir. Entonces, la de Uruguay es una agenda muy compleja. En términos internos tiene estas tres agendas, pero tiene dos condiciones epidemiológicas muy marcadas que son, el adulto mayor y la infancia.

- ¿Cuál es el gran desafío en el proceso de la reforma de Salud Pública?

- Sin dudas, el de adecuar los recursos humanos a los nuevos requisitos. Por el excelente nivel que tiene a nivel profesional y de educación, tiene muchos médicos especialistas y pocos médicos en el área general.

Y en eso entendemos -coincidentemente con la visión del Ministerio y del Sindicato Médico- que hay necesidad de formar gente adecuada a la realidad epidemiológica del país, reconvirtiendo la labor específica de algunas personas que hoy están preparadas para algo que no es lo que más se necesita. n

COMPRIMIDOS

Coro del SMU

No es necesario tener conocimientos musicales ni experiencia previa.

A los médicos interesados se les invita a concurrir los lunes, a las 20.30 horas, a la sede del SMU (Estar médico).

El coro del SMU funciona desde el año 1999, creado por la iniciativa de un grupo de médicos del Departamento de Neonatología del Hospital Pereira Rossell.

Actualmente lo integran médicos de diversas especialidades, quienes manifiestan la necesidad de una actividad artística para equilibrar el estrés sufrido en su trabajo. Ha participado en numerosos eventos a través de estos años, en congresos médicos así como en festivales corales. Su directora es la Prof. María Lourdes Repetto. n

Una dirección para apuntar

Un nuevo servicio gratuito para los médicos que proporciona todo tipo de información relacionada con la profesión: www.DiarioSalud.net n