



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

1

**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
FACULTAD DE MEDICINA**

Sesión del día 22 de julio de 2004

ACTA N° 14

ASISTEN: **Por el orden docente:** ANGEL GINES, ROSALIA RODRIGUEZ, LAURA BETANCOR, DANIEL BORDES, CARMEN CANDREVA, GONZALO ESTAPE, ANGELA CIRILLO, ROSARIO CAVAGNARO, DEBORAH KESZENMAN, ISABEL FERNANDEZ y GUILLERMO CARRIQUIRY.

Por el orden de egresados: JUAN J. DI GENOVA, SILVIO RIOS, MYRTHA FOREN LOTUFFO, JUAN P. CESIO e IGNACIO AMORIN.

Por el orden estudiantil: VICTORIA FRANTCHEZ, MARIO ROMERO, DAIANA PAULINO, HERNAN CERVETTO, ALEJANDRA NIKICER y GABRIEL DOS SANTOS.

SEÑOR PRESIDENTE (Ríos).- Está abierto el acto.

(Es la hora 13)

Asuntos Entrados

—Han llegado a la Mesa varios documentos relativos a distintas Maestrías, así como lo que tiene que ver con la enseñanza de la Bioética, un tema de gran importancia para ser discutido por el Claustro.

Asimismo, estamos tratando de coordinar una entrevista con el Prorector de Enseñanza, doctor Pebé -ex Decano de la Facultad de Odontología- para plantearle nuestro punto de vista sobre formación por créditos, títulos intermedios, tránsito horizontal, etc., a fin de ver la posibilidad de ir resolviendo.

El jueves pasado no fue posible reunir a la Mesa, por lo que compartimos con el doctor Di Génova algunas inquietudes. Nos preocupa el tiempo que le ha llevado al Claustro decidir sobre algunos temas. Este primer período lo ocupamos prácticamente todo en el tema de Docencia en Comunidad, a pesar de que es necesario un trabajo más a fondo. Además, se había pensando en la posibilidad de proponer un nuevo Plan de Estudios para la Facultad de Medicina durante este período 2003/2005, puesto que creemos que varios Claustros han discutido bastante el tema y algún día habrá que poner un cable a tierra y llevarlo adelante. Para eso tiene que haber un compromiso muy importante de todos los Órdenes, a fin de trabajar duramente para fijarnos metas que nos permitan, en el transcurso de este año y medio, presentar a la Facultad un nuevo Plan de Estudios que recoja todas las tendencias.

Declaración del Claustro sobre el Sistema Nacional de Salud

—Vamos a ocuparnos ahora de la Declaración sobre el Sistema Nacional de Salud, que ya fuera dada a conocer en la sesión anterior.

SEÑOR DI GÉNOVA.— La propuesta de declaración dice lo siguiente:

"INFORME COMISION SALUD DEL CLAUSTRO - JUNIO/04

El Claustro de la Facultad de Medicina ante el grave y progresivo deterioro de la salud en el Uruguay, hace las siguientes reflexiones:

- 1- *Se ha evidenciado un pronunciado descenso de los niveles de vida de la población con casi 1:000.000 de personas bajo el nivel de pobreza y casi un 50% de niños pobres, indigentes y muchos en situación de calle. El alto índice de desocupación, subocupación, informalismo y precariedad de trabajo así como las rebajas salariales impuestas, van llevando a una desintegración de los núcleos familiares y un descenso de la calidad de vida y de los índices de salud física y mental incluyendo los fenómenos de violencia, drogadicción y delincuencia.*
- 2- *La situación de la salud se ha visto enormemente resentida por: cierres mutuales (8 en los últimos 4 años), desocupación médica y funcionarial creciente, precariedad del trabajo, rebajas salariales y enormes adeudos como únicas salidas para evitar otros cierres institucionales, pérdida de camas sanatoriales y gran descenso de los afiliados mutuales. En el subsector público, disminución importante de las partidas presupuestales (tanto para ASSE como para el Hospital de Clínicas y otros) debiendo a la vez atender la mayor demanda por empobrecimiento de la población;*

Ha disminuido una vez más la accesibilidad a la atención, persistiendo múltiples situaciones injustas: grupos corporativos y empresariales con enormes ingresos frente a desocupación médica, sueldos dispares público-privado, usuarios mutuales frente a los usuarios públicos. Cuota mutual única para personas de muy diferentes ingresos. Copagos muy limitantes, verdadero impuesto a la enfermedad.

- 3- *¿Cómo se llegó a esta situación?*

Es un largo proceso multicausal, pero con diferentes grados de responsabilidades e importancia:

- *Encarecimiento de la atención de la salud en todo el mundo.*
- *Empobrecimiento de la población.*
- *Dedicación casi completa a la curación de la enfermedad sobre la promoción de la salud y prevención de afecciones.*
- *Ausencia de planes de salud claros, completos y permanentes.*
- *No cumplimiento de los convenios acordados, firmados y comprometidos sobre cambios concretos en salud, por parte de **todos** los partidos políticos y sectores gremiales y sociales, en los acuerdos de la CONAPRO en 1985.*
- *Hostigamiento permanente al sector mutual, intentando destruirlo y suplirlo por Seguros Privados extranjeros con fines de lucro.*
- *Mala gestión administrativa de muchas IAMCS, con actitud prescindente del control real y efectivo, que por ley, debe ejercer el Ministerio de Salud Pública.*
- *Ausencia de controles serios y responsables sobre tecnologías, en sus necesidades reales, costos, número y ubicación geográfica, entre otros.*



- *Ausencia de regulación racional sobre medicamentos.*
- *Permitir y alentar el libre mercado para la salud.*
- *Padecer un Ministerio de Salud Pública, órgano político por excelencia, caótico con múltiples deficiencias (denunciado en su momento por propios ministros de salud pública).*
- *Ausencia de severos controles sobre seguros parciales, creando una competencia desleal frente a las IAMC, estas multicontroladas en sus obligaciones y en sus ingresos, pero no en sus egresos y gestión.*
- *“Ahorro” del gasto público en las partidas presupuestales para ASSE, Hospital de Clínicas, incluso a Hospital Policial y Militar.*
- *Finalmente caos económico financiero del año 2002, con apoyo casi ilimitado a los bancos privados, que privo de ayuda a la salud y la población.*

4- Salidas propuestas:

a- Bases en que se apoya:

- *Entender y llevar a la práctica que la salud es un derecho humano fundamental.*
- *Cumplimiento de la universalidad, integralidad y accesibilidad plena para toda la población por igual.*
- *No debe estar regida por las leyes del mercado.*
- *Nadie puede quedar sin atención por limitaciones económicas.*
- *Debe integrarse en una política de cambio a largo plazo, verdadera política de estado, cualquiera sea el gobierno de turno.*
- *Es fundamental una necesaria y perentoria elevación de la capacidad económica-laboral-educacional de toda la población.*

b- Cambios que se entienden necesarios:

• **Cambio en el modelo asistencial:**

- *Creación de un SISTEMA NACIONAL DE SALUD estructurado e integrado entre lo Público y Privado existente, sin fines de lucro, aplicando toda la infraestructura existente y recursos humanos necesarios, llevando a la realidad la estrategia de ATENCION PRIMARIA EN SALUD (PROMOCION, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN, realizando el primer nivel de atención accesible a todos, con las debidas y eficientes coordinaciones con el 2° y 3° nivel de atención) encuadrado dentro de una centralización normativa, descentralización ejecutiva y regionalización de la atención.*

• **Cambios en el modelo de gestión:**

- *Profundos cambios operativos y de gestión en las instituciones, controladas por un Ministerio de Salud Pública eficiente.*
- *Participación de funcionarios médicos y no médicos, así como usuarios en el control de gestión y eficiencia institucional.*

• **Cambios en el modelo de financiación:**

- *Aplicación de un Seguro Nacional de Salud con la base de pago proporcional a los ingresos familiares, con un mínimo no imponible, mas los aportes estatales correspondientes. Las instituciones de asistencia pública y privada recibirán aportes según el número de usuarios corregidos por sexo, edad y eventualmente por patologías. Cada institución deberá llevar un registro de usuarios al día.*
- *Definición de una política de medicamentos.*

- *Definición de una política de tecnologías (incluyendo el mantenimiento, control y mejoramiento del Fondo Nacional de Recursos).*
- *Recuperación del Hospital de Clínicas, como centro fundamental de asistencia, docencia e investigación. Será institución clave para el control y la enseñanza de las diferentes tecnologías.*
- *Elevación del nivel de inversión en ASSE para dignificar y elevar la atención de los usuarios públicos, así como otros hospitales.*
- ***Papel muy activo en la transformación hacia el nuevo sistema, por parte de la Facultad de Medicina y Área de la Salud de Universidad:***
 - *Formando integralmente médicos generalistas, tal cual lo ha definido y aprobado nuestra Facultad, con plena consubstanciación de la verdadera APS, así como los RRHH de las otras facultades, instituciones y Escuelas del Área.*
 - *Integrando órganos de dirección y contralor del nuevo sistema.*
 - *Junto al Hospital de Clínicas, controlando las diferentes tecnologías en todas sus etapas de introducción y demostración de eficiencia costo-beneficio.*
 - *Puesta en marcha de un Ministerio de Salud Pública eficiente y despartidizado que cumpla fielmente lo que las leyes le indiquen.*
 - *Que este Ministerio de Salud Pública sea el controlador de la Salud y de los cambios a crear.*
 - *Exigir que como parte del proceso de cambios estructurales y financieros del Sector Salud, se cumpla con metas de estabilización y normalización del trabajo médico: incentivos para único empleo bien remunerado, una carga horaria de trabajo compatible con la vida personal y familiar, plena ocupación, retiro decoroso, nivelación del trabajo público- privado.*
 - *Exigir concretar que la Ley de Colegiación Médica y un Código de ética nacional, sea una realidad en breve plazo.*
 - *Seguir adelante con el desarrollo profesional médico continuo y llegar a la recertificación médica como una necesidad para elevar la capacidad de los profesionales.*

Todas estas son aspiraciones nuestras.

Si todos estamos de acuerdo (sectores universitarios, sociales, gremiales y políticos) en la existencia de una severa crisis de la salud, progresivamente acentuada desde hace más de 20 años y en la necesidad perentoria de cambios profundos, debemos preguntarnos ¿porqué no se producen? Entre las fuerzas oponentes al cambio hay que citar los fuertes intereses económicos de empresas multinacionales del medicamento, y los que importan e imponen sofisticadas tecnologías, así como grupos empresariales poderosos que lucran con la salud y fundamentalmente con quienes políticamente los representan. El grave problema sanitario, no podrá resolverse al margen de un proyecto decidido de desarrollo social integral del país y de los cambios reales que lleven a esto.

Como claustristas integrantes de la salud y ciudadanos responsables aspiramos lo mejor para el trabajo médico y de funcionarios, así como la elevación de la calidad de vida, salud plena y la mejor atención de la salud de los usuarios del Uruguay, que somos todos.

*Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina
Universidad de la República".*



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

5

SEÑOR BORDES.- En un pasaje de la propuesta de Declaración se expresa: "*Se ha evidenciado un pronunciado descenso de los niveles de vida de la población con casi 1:000.000 de personas bajo el nivel de pobreza y casi un 50% de niños pobres, indigentes y muchos en situación de calle*". Según los últimos datos, este porcentaje es del 53%, por lo que habría que poner "*más de un 50% de niños pobres, indigentes y muchos en situación de calle*".

SEÑOR PRESIDENTE.- En base a esta propuesta, con los compañeros de FEMI pensamos que había que hacer algunas precisiones, por lo que resumimos algunas frases, aunque básicamente hay acuerdo en todo. Aclaro que los datos son tomados del Instituto Nacional de Estadísticas, del mes de junio. En este período se pasa de 400.000 a 800.000 personas que están por debajo de la línea de pobreza, con una clara infantilización de la pobreza y una duplicación del número de indigentes, que hoy llegan a 80.000 en Uruguay.

En cuanto a la atención médica, es muy claro lo que ha pasado en el sector privado y en el área pública, y cómo se llegó a esta situación a partir de las propuestas emanadas de la Concertación Nacional Programática, en 1985. Lo que ocurrió fue que, en lo declarativo, se planteaba la atención primaria de la salud, pero en los hechos ese tema no se trabajó. Respecto al desarrollo de la alta tecnología, se planteó que había que planificar su ingreso y sin embargo se hizo de la peor forma. Concordamos en lo que se expresa respecto al marco regulatorio, a la fusión de algunas sociedades médicas, a los seguros parciales de salud y a las propuestas de seguros privados extranjeros, así como en lo que tiene que ver con la restricción de las partidas presupuestales en el área pública para ASSE, el Hospital de Clínicas, el Hospital Militar y el Hospital Policial.

Entendemos que es muy importante plantear que la salud es un derecho humano fundamental, y que así debe figurar en la Constitución de la República. También estamos de acuerdo con la necesidad del cambio del modelo asistencial y la descentralización -en un futuro- del Sistema Nacional de Salud, y planteamos que se deben realizar todos los esfuerzos que permitan la mejor transición, a fin de profundizar en el verdadero sistema de salud que queremos para todos.

Proponemos soluciones muy similares respecto a la financiación, y ampliamos el rol de la Facultad de Medicina a las Escuelas y a todos los recursos humanos que allí se forman. Entendemos que debe haber una participación activa en el nuevo Sistema Nacional de Salud, que promueva el protagonismo del Hospital universitario, estimule la investigación en las áreas básica, clínica y de atención primaria, y que armonice la especialización de los recursos humanos en salud con las especialidades futuras. Este es un objetivo que todos tenemos, pero resulta muy difícil de llevar adelante.

Consideramos que si hay cambios verdaderos de política en materia de salud, estos se van a tener que orientar a la promoción de la colegiación profesional, en un escenario de integración regional, como un elemento que reúna a todas las profesiones universitarias, y en especial a las profesiones médicas. También coincidimos en cuanto a la promoción del trabajo, con remuneraciones similares y retiro decoroso. En nuestra propuesta hay algunas diferencias respecto a la anterior, pero lo hicimos para tratar de contribuir a la discusión.

SEÑORA CAVAGNARO.- Estamos de acuerdo con lo relativo al Sistema Nacional de Salud, pero nos parece que en la propuesta hay algunas contradicciones. Una de ellas es la siguiente. Si tenemos un Sistema Nacional de Salud, ¿para qué debe existir el Fondo Nacional de Recursos? Consideramos que en FNR socializa la tecnología, mientras que el Sistema Nacional de Salud socializa toda la salud. Por lo tanto, si la salud está financiada no se

necesitaría ese Fondo.

Por otro lado, se habla de lo público y de lo privado. Según interpreté, el Sistema Nacional de Salud va a atender a toda la población en forma igualitaria. Tal vez este planteo sea mientras no tenemos el Sistema Nacional de Salud, pero me parece que nos contradecimos si lo incluimos en el informe.

En general, la propuesta me parece muy positiva.

SEÑOR DI GÉNOVA.- La inquietud de la doctora Cavagnaro es razonable. El problema radica en que el país está en una situación de crisis financiera muy importante, con una desestructuración completa de la atención de la salud. Entonces, aplicar una nivelación de la capacidad y de la calidad asistencial implica un largo y duro proceso, porque no se trata de bajar el nivel sino de subirlo. Hay que llegar a un Sistema Nacional de Salud aprovechando las estructuras físicas existentes, porque perderlas sería inadmisibile.

Para que tengan una idea, en España demoraron 17 años para estructurar un sistema de salud, desde la planificación hasta llegar a un nivel aceptable, a pesar de que no estaban pasando por la crisis económica que hoy tiene el Uruguay.

Como decía, todo esto es parte de un largo proceso. Estoy de acuerdo en que el Fondo Nacional de Recursos podría eliminarse progresivamente, a muy lejano plazo, pero hoy eso es impensable por los costos de la alta tecnología que posee, así como por su capacidad instalada. Este va a ser un largo proceso, pero en algún momento hay que iniciarlo. Aquí se propone un camino de transición. Inclusive, hay quienes hablan de un sistema no integrado sino totalmente estatal, con expropiaciones de lo privado, lo que me parece un disparate absoluto.

SEÑOR CESIO.- Quiero felicitar a la Comisión por su trabajo, puesto que no es fácil reunir la información, discutirla y tratar de darle coherencia en un texto.

Lamentablemente, la realidad de Montevideo no es la misma de la del interior, y allí tampoco es la misma en las capitales, en los pueblos o en las zonas rurales. Depende de dónde uno esté para ver las cosas con distintos perfiles o matices. Entonces, si queremos sacar una declaración que cuente con un apoyo mayoritario o unánime del Claustro, deberíamos ponernos de acuerdo en conceptos básicos y generales, porque creo que en el diagnóstico todos estamos de acuerdo. El problema es que si este Claustro, como voz de la Facultad de Medicina, se va a expresar en referencia a temas concretos van a surgir visiones distintas que le pueden quitar fuerza a una Declaración sobre el Sistema de Salud del Uruguay.

Si ponemos etiquetas, vamos a querer incluir los nombres de cada uno de nosotros, y de esa forma no nos pondremos de acuerdo en aspectos fundamentales sobre un tema tan importante. Me refiero a que todos coincidimos en que el modelo asistencial actual está agotado, en que se necesita un cambio y hacia dónde debe estar dirigido. Asimismo, debemos ser coherentes en lo que hemos aprobado antes en cuanto a la prevención, a la rehabilitación y a la atención no destinada solamente a lo curativo. En todo eso estamos de acuerdo, así como en que existe una fuerte crisis económica.

En la declaración se toca también el tema de lo público y lo privado. Un grupo grande de gente del interior sostenemos que lo público y lo privado no deben competir, sino que deben ser complementarios. Tampoco creemos que haya que destruir lo que hay sino aprovechar lo existente. El problema es que si empezamos a hilar demasiado fino y a concretar elementos, quizá no nos pongamos de acuerdo y empecemos una discusión que va a llevar



mucho tiempo.

SEÑOR BORDES.- Creo que este informe tiene la virtud de plantear generalidades en las que todos podemos estar de acuerdo. No intenta inventar la pólvora. En lo que podemos concordar es en que necesitamos un Sistema Nacional de Salud diferente al de ahora, que sea profundamente equitativo, donde la gente aporte según su capacidad y reciba atención según sus necesidades. Sin duda, instrumentar este sistema nos va a llevar muchísimo tiempo.

Comparto con la doctora Cavagnaro que seguimos hablando del Fondo Nacional de Recursos y de aumentar los aportes a ASSE. Creo que todos coincidimos en la necesidad de contar con un Sistema Nacional de Salud con estas características, pero mientras tenemos que implementar medidas de urgencia de este tipo. Por eso creo que un informe que no sea tan preciso en la instrumentación y en el plan del sistema es mucho más sencillo de apoyar y de llevar adelante.

Por último, el doctor Di Génova hacía mención a las cosas que hemos ido perdiendo en los últimos tiempos. Sin embargo, peor aun es la pérdida de recursos humanos. Tenemos una emigración médica bestial. Cada día se solicitan por lo menos tres reválidas de títulos para el extranjero. Ese capital humano que nos ha costado muchísimo esfuerzo económico y académico formar, lo estamos exportando sin recibir nada a cambio. Como no encuentran trabajo aquí, se van a otro país, y como contrapartida dejamos a la gente sin asistencia. Digo esto porque por un lado se dice que sobran los médicos, pero mientras tanto cientos de miles de personas están sin asistencia. Me parece que esa pérdida de recursos humanos es mucho más onerosa para nuestro país que las camas que se puedan estar desaprovechando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a leer la propuesta elaborada por los compañeros de FEMI. Dice lo siguiente:

"DECLARACION DEL CLAUSTRO EN RELACION AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1) Se ha evidenciado un pronunciado descenso de los niveles de vida de la población.; lo demuestran las publicaciones del Instituto Nacional de Estadística en un informe de junio de 2004, en el que el número de habitantes cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza se duplicó y hay 800.000 personas en esa situación y con otros agravantes. La clara infantilización de la pobreza y la duplicación de indigentes que hoy llegan a 80.000. Esto es la resultante de una política económica que dismanteló el aparato productivo con gran desocupación y subocupación, informalismo elevado, precariedad en el trabajo, situación ésta vivida con gran dramatismo en el área de la salud con pérdida de 2.000 puestos de trabajo médico y más de 4.000 no médicos. La fragmentación de la sociedad, la exclusión social con altos índices de delincuencia, violencia y drogadicción agravan aún más el panorama.

2) La atención médica se ha visto enormemente resentida por un fuerte impacto de la crisis económica del país sobre el sector salud. En el Sector PRIVADO finaliza con el cierre de 8 Instituciones con pérdidas de puestos de trabajo para médicos y no médicos generando gran incertidumbre en todo el personal de la Salud.

El área PUBLICA con recursos presupuestales recortados comprometen seriamente las prestaciones asistenciales oportunidad, accesibilidad, e integralidad. Además el aumento notorio de la demanda asistencial generada por el empobrecimiento de la población por caída del empleo (DISSE) e imposibilidad de afrontar la cuota mutual

3) *Cómo se llegó a esta situación?*

Los avances conseguidos en la Concertación Nacional Programática (1985) no fueron instrumentados por los sucesivos gobiernos y el sector profundizó las desigualdades e inequidades pues el Ministerio de Salud Pública no ejerció la función NORMATIVA que le confiere su Ley Orgánica.

El cambio de Modelo Asistencial ya reclamado en ese momento orientado a la Promoción y Prevención con una fuerte estrategia de APS, quedó en lo declarativo.

El desarrollo de la Alta Tecnología sin planificación, control ni coordinación multiplicó el GASTO en SALUD.

Los problemas de GESTION ADMINISTRATIVA de algunas IAMCs y MUTUALISTAS que las condujeron a la inviabilidad.

Ausencia de un MARCO REGULATORIO en relación al medicamento.

Estímulo al libre mercado en la salud con Seguros Parciales no regulados, propuestas de Seguros Privados extranjeros en sustitución del sistema mutual.

Restricción de partidas presupuestales al área pública tanto ASSE, Hospital de Clínicas, Hospital Militar y Policial hoy en riesgo de inviabilidad financiera.

4) *Salidas Propuestas*

Conceptualización

Entender y llevar a la práctica que la Salud es un derecho humano fundamental y así debe explicitarse en la Constitución de la República.

Asegurar los atributos de universalidad, accesibilidad, equidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones.

Orientar todos los esfuerzos hacia una transición que permita en el menor tiempo posible llegar a un Sistema Nacional de Salud que asegure ese derecho fundamental con una participación armónica de todos los sectores involucrados: Prestadores públicos y privados, usuarios y población en general.

Apostar fuertemente a un CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL atento a la transición demográfica y epidemiológica del país con un modelo de Promoción y Prevención con un 1er. Nivel de atención desarrollado integralmente con todos los componentes del área de la salud, con sistemas de referencias y contrarreferencias que aseguren la integralidad y eficiencia de las prestaciones.

Descentralización. El Sistema si bien debe tener una CENTRALIZACION NORMATIVA debe tener una DESCENTRALIZACION REGIONALIZADA DE RECURSOS ECONOMICOS que permitan la DESCENTRALIZACION OPERATIVA que necesita el SISTEMA.

5) *Cambios en el Modelo de Financiación*

Establecer un período de transición que posibilite mantener y mejorar las prestaciones actuales.

Mayor coordinación de Sectores Públicos y Privados

No establecer la competencia en el área como forma de mejorar los servicios

Ampliar a través de la Seguridad Social el beneficio al titular y su familia

Optimizar y mejorar las prestaciones del área Pública

Concomitantemente integrar la financiación del Sector Salud a la NUEVA TRIBUTACION que necesariamente debe darse el país asegurando la universalidad, equidad y accesibilidad al nuevo SISTEMA DE SALUD

6) *Rol de la Facultad de Medicina*

Formación integral de los recursos humanos del área tanto de la Escuela Médica como las



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

9

otras Escuelas, Institutos o Facultades.

Participar activamente en los órganos de dirección del nuevo Sistema Nacional de Salud.

Promover la participación del Hospital Universitario en los 3 niveles de asistencia utilizándolo como referencia y contrarreferencia.

Protagonismo del Hospital Universitario en el área de Tecnología de punta tanto diagnóstica como terapéutica asignándole un rol estratégico en la incorporación y desarrollo de la misma a nivel de país.

Estímulo a la INVESTIGACION en áreas básicas, clínicas y de APS que le devuelva a la Facultad los niveles adquiridos en otros tiempos.

Armonizar la especialización de los recursos humanos en salud con las necesidades futuras.

Desarrollar un Sistema de Desarrollo Profesional Médico Continuo que aseguren la competencia de los recursos humanos promoviendo la calidad de las prestaciones.

En un escenario de integración regional promover la Colegiación Profesional y en particular la Colegiación Médica.

Promover un trabajo estable, saludable, con remuneraciones similares en el Sector Privado y Público y con un retiro decoroso que descongestione el actual mercado de trabajo.

Lo expresado es la aspiración de los claustristas de la Facultad de Medicina en tanto ciudadanos responsables, que entendemos deberíamos tener en cuenta en las instancias de la 8ª. Convención Médica Nacional y a quienes constituyan el nuevo gobierno.

**ASAMBLEA GENERAL DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA".**

Estamos trabajando junto a la gente del Sindicato Médico del Uruguay para dar un impulso a la colegiación de todas las profesiones universitarias, porque con el libre tránsito de bienes y personas que implica el MERCOSUR pueden venir al Uruguay ingenieros, arquitectos u otros profesionales universitarios, y tiene que haber un marco regulatorio como ocurre en otros países. Tal vez la estrategia del área médica sea seguir sumándose al resto de las profesiones, para así ejercer un mayor peso en la sociedad y en los órganos legislativos. En este momento el Uruguay tiene un Código de Ética Médica pero este no tiene fuerza de ley.

SEÑOR GINÉS.- Comparto prácticamente toda la propuesta presentada por el señor Presidente. Cuando se planteó el tema no era para que el Claustro se pusiera a trabajar en la transformación del Sistema Nacional de Salud sino que en aquel momento político que vivía el Uruguay era muy importante que un órgano tan representativo como el Claustro dijera que entiende que uno de los cambios políticos centrales es el relativo al sistema de salud. También era importante que se dieran lineamientos generales acerca de en qué consistiría esa transformación. No se trataba de meternos a transformar un sistema de alta complejidad, en el que hay muchos intereses en juego. Simplemente se trataba de decir a la opinión pública y a la Convención Médica que tendrá lugar próximamente que entendemos que este sistema de salud no puede resolver los problemas de la población y que se necesita una transformación profunda. De esta forma no entramos en situaciones que se pueden resolver de muchas maneras.

Soy partidario de quitar del texto la referencia al Fondo Nacional de Recursos, no porque no sea correcta sino porque puede crear dificultades para entender el sentido de la declaración. Tal vez podríamos hablar de democratización o asimilación de la alta tecnología, y de este modo estamos incluyendo al Fondo Nacional de Recursos. Se trata de establecer en esta declaración -no se trata de un informe de la situación sino de una declaración- nuestra posición en el sentido de que el Claustro de la Facultad de Medicina entiende que esta forma de asistir es inaceptable, y que es necesario un nuevo sistema con determinados principios aceptados por la Organización Mundial de la Salud, etc. No es un hecho menor que en la discusión pública que seguramente se va a dar en función de todas las personas que van a

intervenir se sepa que la Facultad de Medicina entiende que hay que transformar este sistema porque ya está perimido.

SEÑOR DI GÉNOVA.- Cuando el señor Presidente hizo su exposición sobre el aporte de FEMI a la propuesta, pensé que podía haber matices importantes. Sin embargo, prácticamente no encontré ninguna diferencia con la propuesta original.

Se hizo hincapié, por ejemplo, en la transición, y eso es algo evidente. Cuando la doctora Cavagnaro planteaba su preocupación al respecto hice referencia a lo ocurrido en España, donde el proceso llevó 17 años. Además, esos cambios no tienen que ser planteados en la competencia sino en la complementación, fundamentalmente por negociación y no por imposición. Creo que todos estamos de acuerdo en esto.

También estamos totalmente de acuerdo en el protagonismo que debe tener el Hospital de Clínicas y en el tema de la colegiación. Al respecto, en el Parlamento hay dos proyectos, uno específico para los médicos y otro que abarca a todas las profesiones menos la médica. Ambos tienen como objetivo el Código de Ética, que es fundamental.

SEÑOR BORDES.- El profesor Ginés nos ha dado la clave. No se trata de una propuesta y mucho menos de un proyecto de instrumentación del Sistema Nacional de Salud sino de una declaración del Claustro sobre una situación existente actualmente que pretendemos cambiar.

Por otra parte, debo decir que este sistema no está perimido. Si no cambian algunas cosas, vamos a seguir teniendo este mismo sistema, que apunta a que quienes tienen dinero compren salud y quienes no lo tienen se embromen. Por eso digo que este sistema no está perimido sino que la situación es mucho peor. Esta es una situación profundamente injusta, y nos rebelamos contra la injusticia que supone. Para los sistemas de dominación y poder, esto funciona de manera sensacional, y por eso nos rebelamos y decimos que es injusto. Como queremos que la justicia y la salud se repartan entre la población, pretendemos cambiar esta situación.

Seguramente nos van a preguntar de dónde se va a sacar el dinero para este nuevo Sistema Nacional de Salud, pero de lo que se trata aquí es de hacer una declaración de principios universitarios en cuanto a la distribución de la salud que se ha dado nuestro país.

SEÑORA KESZENMAN.- Estoy de acuerdo con el doctor Bordes.

Quiero hacer un aporte a la propuesta de la Comisión. En lugar de decir que nadie puede quedar sin atención por limitaciones económicas, debería decir que nadie puede quedar sin atención por ningún motivo, ya sea económico, racial o el que sea. Además, por tratarse de una declaración general, en el capítulo "Cambios en el modelo de financiación", comparto donde dice:

"Aplicación de un Seguro Nacional de Salud con la base de pago proporcional a los ingresos familiares, con un mínimo no imponible, mas los aportes estatales correspondientes", porque es bastante general a pesar de ser detallado. Sin embargo, me parece que no corresponde establecer que "Las instituciones de asistencia pública y privada recibirán aportes según el número de usuarios corregidos por sexo, edad y eventualmente por patologías. Cada institución deberá llevar un registro de usuarios al día", porque es demasiado específico y va a la instrumentación del Sistema.



SEÑOR GINÉS.- Estoy de acuerdo con el planteo de la doctora Keszenman.

SEÑOR ESTAPÉ.- El documento nos pareció muy bueno sobre todo porque es sintético. Sin embargo, ahora se han hecho nuevos aportes y se han agregado elementos. Debido a que la Convención Médica va a tener lugar antes de la próxima sesión del Claustro nos quedan dos posibilidades. Una es citar a una reunión extraordinaria para votar la declaración y la otra es facultar a la Mesa para que haga una redacción final incorporando las modificaciones propuestas.

SEÑOR PRESIDENTE.- En realidad, cuando trabajamos sobre este tema tuvimos como norte que el texto fuera lo más declarativo posible. Por eso suprimimos una cantidad de frases. Sin embargo, seguimos el orden de los puntos de la iniciativa original, para que fuera más fácilmente entendible por todos y pudiera contar con un amplio respaldo. En ese sentido, acompaño el criterio planteado por el doctor Estapé.

SEÑOR CESIO.- Podríamos votar en general la propuesta y facultar a la Mesa para hacer los ajustes necesarios.

SEÑOR ROMERO.- Los estudiantes estamos de acuerdo con la declaración, pero entendemos que es muy importante que queden bien remarcados algunos aspectos que, aunque parecen obvios, tal vez no lo son. Es obvio, por ejemplo, el tema de la atención integral de la salud, pero la Facultad no lo hace. Es obvio, también, que la salud es un derecho y una obligación, y que en la atención se deben integrar aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

Entonces, estamos de acuerdo en aprobar la propuesta presentada, pero si se quiere hacer una declaración mucho más abarcativa deberíamos tener en cuenta todo esto. Cuando yo sea médico quiero atender a todos por igual.

SEÑORA CAVAGNARO.- También es importante plantear que el actual sistema es injusto, como decía el doctor Bordes.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la declaración, facultando a la Mesa a hacer la redacción final con las directivas establecidas en Sala.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad (23 en 23)

Se levanta la sesión.

(Es la hora 14 y 30)

(Texto de la Resolución adoptada por el Claustro:)

***"DECLARACION DE LA ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
EN RELACION AL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD***

1.- Se ha evidenciado un pronunciado descenso de los niveles de vida de la población así como de los índices de salud física y mental; lo demuestran las publicaciones del Instituto Nacional de Estadística en un informe de junio de 2004, en el que el número de habitantes cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza se duplicó y hay 800.000 personas en esa situación y con otros agravantes. La clara infantilización de la pobreza y la duplicación

de indigentes que hoy llegan a 80.000. Esto es la resultante de una política económica que desmanteló el aparato productivo con gran desocupación y subocupación, informalismo elevado, precariedad en el trabajo, situación ésta vivida con gran dramatismo en el área de la salud con pérdida de 2.000 puestos de trabajo médico y más de 4.000 no médicos. La fragmentación de la sociedad, la emigración de jóvenes, la exclusión social con altos índices de delincuencia, violencia y drogadicción agravan aún más el panorama.

2.- La atención médica se ha visto enormemente resentida por un fuerte impacto de la crisis económica del país sobre el sector salud. En el sub-Sector PRIVADO finaliza con el cierre de 8 Instituciones con pérdidas de puestos de trabajo para médicos y no médicos generando gran incertidumbre en todo el personal de la Salud. El área PÚBLICA con recursos presupuestales recortados comprometen seriamente las prestaciones asistenciales oportunidad, accesibilidad, e integralidad. Además se instala un aumento notorio de la demanda asistencial generada por el empobrecimiento de la población por caída del empleo (DISSE) e imposibilidad de afrontar la cuota mutual y los copagos, verdadero impuesto a la enfermedad.

3.- ¿Cómo se llegó a esta situación?

** Los avances conseguidos en la Concertación Nacional Programática (1985) firmadas y comprometidas por todos los partidos políticos; no fueron instrumentados por los sucesivos gobiernos y el sector profundizó las desigualdades e inequidades pues el Ministerio de Salud Pública no ejerció la función NORMATIVA y de contralor que le confiere su Ley Orgánica.*

** El cambio de Modelo Asistencial ya reclamado en ese momento orientado a la Promoción y Prevención con una fuerte estrategia de APS, quedó en lo declarativo.*

** El desarrollo de la Alta Tecnología sin planificación, control ni coordinación multiplicó el GASTO en SALUD.*

** Los problemas de GESTION ADMINISTRATIVA de algunas IAMCs y MUTUALISTAS que entre otras causas las condujeron a la inviabilidad.*

** Ausencia de un MARCO REGULATORIO en relación al medicamento.*

** Estímulo al libre mercado en la salud con Seguros Parciales no regulados, propuestas de Seguros Privados extranjeros en sustitución del sistema mutual.*

** Restricción de partidas presupuestales al área pública tanto ASSE, Hospital de Clínicas, Hospital Militar y Policial hoy en riesgo de inviabilidad financiera.*

5.- Salidas Propuestas - Conceptualización

** Entender y llevar a la práctica que la Salud es un derecho humano fundamental y así debe explicitarse en la Constitución de la República.*

** Asegurar los derechos de universalidad, accesibilidad, equidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones.*

** Considerar que la salud no debe estar regida por las leyes del mercado.*

** Considerar que nadie debe quedar sin atención por algún tipo de limitación (económica, geográfica, etc.).*

** Debe ser integral en una política de cambio a largo plazo, verdadera política de estado.*

** Llevar adelante una necesaria y perentoria elevación de la capacidad económica-laboral-educacional de toda la población.*

** Orientar todos los esfuerzos hacia una transición que permita en el menor tiempo posible llegar a un Sistema Nacional de Salud que asegure ese derecho fundamental con una participación armónica de todos los sectores involucrados: Prestadores públicos y privados sin fines de lucro, usuarios y población en general.*

** Apostar fuertemente a un CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL atento a la transición*



demográfica y epidemiológica del país con un modelo de Promoción y Prevención con un 1er. Nivel de atención desarrollado íntegramente con todos los componentes del área de la salud, con sistemas de referencias y contrarreferencias que aseguren la integralidad y eficiencia de las prestaciones.

** Descentralizar. El Sistema si bien debe tener una CENTRALIZACION NORMATIVA debe tener una DESCENTRALIZACION REGIONALIZADA DE RECURSOS ECONOMICOS que permitan la DESCENTRALIZACION OPERATIVA que necesita el SISTEMA.*

** Poner en marcha un Ministerio de Salud Pública eficiente y despartidizado que cumpla fehacientemente lo que las leyes le indiquen.*

6.- Cambios en el Modelo de Financiación

** En un comienzo ampliar a través de la Seguridad Social el beneficio al titular y su familia, así como otros sectores de la población.*

** Optimizar y mejorar las prestaciones del área Pública.*

** Integrar la financiación del Sector Salud a la NUEVA TRIBUTACION que necesariamente debe darse el país asegurando la universalidad, equidad y accesibilidad al nuevo SISTEMA DE SALUD. Llegar a la financiación en base al pago proporcional a los ingresos familiares más los aportes estatales correspondientes.*

** Establecer un período de transición que posibilite mantener y mejorar las prestaciones actuales.*

Mayor coordinación de Sectores Públicos y Privados

No establecer la competencia en el área como forma de mejorar los servicios

7.- Rol de la Facultad de Medicina

** Formación integral de los recursos humanos del área de la salud tanto de la Escuela Médica como las otras Escuelas, Institutos o Facultades.*

** Participar activamente en los órganos de dirección del nuevo Sistema Nacional de Salud.*

** Promover la participación del Hospital Universitario en los 3 niveles de asistencia utilizándolo como referencia y contrarreferencia*

** Protagonismo del Hospital Universitario en el área de Tecnología de punta tanto diagnóstica como terapéutica asignándole un rol estratégico en la incorporación y desarrollo de la misma a nivel de país.*

** Estímulo a la INVESTIGACION en áreas básicas, clínicas y de APS que le devuelva a la Facultad los niveles adquiridos en otros tiempos*

** Armonizar la especialización de los recursos humanos en salud con las necesidades futuras*

** Desarrollar un Sistema de Desarrollo Profesional Médico Continuo que aseguren la competencia de los recursos humanos promoviendo la calidad de las prestaciones*

** En un escenario de integración regional promover la Colegiación Profesional y en particular la Colegiación Médica y un Código de Ética Nacional.*

** Promover un trabajo estable, saludable, con remuneraciones similares en el Sector Privado y Público y con un retiro decoroso que descongestione el actual mercado de trabajo.*

Finalmente entendemos que el gran problema sanitario nacional, no podrá resolverse al margen de un proyecto decidido de desarrollo social integral y de los cambios reales que lleven a esto.

Lo expresado es la aspiración de los claustristas de la Facultad de Medicina en tanto ciudadanos responsables, que entendemos deberíamos tener en cuenta en las instancias de la 8ª. Convención Médica Nacional y a quienes constituyan el nuevo gobierno.

(21 en 21, unanimidad)

Montevideo, 22 de julio de 2004".

