



**FRENTE UNICO  
DE  
TRABAJADORES  
DE LA SALUD**

---

**PIT-CNT**



# FRENTE ÚNICO DE TRABAJADORES DE LA SALUD

PIT-CNT



## INTRODUCCION

Los trabajadores de la salud, conjugando nuestros esfuerzos con el PIT-CNT y con la participación informada y conciente de nuestro Pueblo, hemos desencadenado un amplio y complejo proceso para hacer efectivo el derecho a la Salud de todos los hombres de la patria y para mejorar las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores del gremio.

En estas dos tareas esenciales participamos todos los trabajadores de la Salud, desde médicos, estudiantes de medicina, odontólogos, enfermeras, dietistas y colaboradores del médico y todos los demás trabajadores del sector salud, tanto del ámbito estatal como paraestatal y privado. Lo hacemos integrados en el FRENTE UNICO DE TRABAJADORES DE LA SALUD (F.U.T.S.).

La defensa del derecho a la Salud, la concebimos como la lucha del pueblo unido, contra el hambre, la miseria, la ignorancia y las injusticias. La movilización es un eje central de la metodología que nos proponemos en el F.U.T.S.

Lucharemos por un Servicio Nacional Unico de Salud, que permita integrar y coordinar los recursos existentes en materia de Salud, para mejorar la asistencia médica a nivel público y privado y extender la misma a todos los sectores de población que no tienen ningún tipo de cobertura.

Definiremos las reivindicaciones económicas y laborales por las que luchan los trabajadores de la Salud, inscribiéndolas en el plan de lucha de los trabajadores en general.

En este sentido el FUTS creará comisiones necesarias para el estudio de los problemas laborales y para elaborar un proyecto de estatuto de los trabajadores de la Salud.

Con este espíritu los delegados de los gremios integrantes del F.U.T.S. ponen a disposición de los trabajadores para su consideración los siguientes documentos.

**DOCUMENTO 1.-** Informe de la Comisión Central Asesora de Salud del PIT-CNT, que analiza la situación actual de Salud del País y propone soluciones. Este documento se elaboró previamente a la iniciación de la Concertación Nacional Programática (CO.NA.PRO.), con motivo del Precongreso de trabajadores que finalmente fuera suspendido. Constituyó el documento básico que sirvió de argumento a los delegados del PIT-CNT en el grupo de trabajo de SALUD de la CO.NA.PRO.



La comisión central de Salud ha continuado trabajando hasta la fecha con representantes del F.U.T.S. y otras organizaciones vinculadas al área de la Salud (Policlínicas de F.U.C.V.A.M.; Asociep-Medicina; Coordinadora de Psicólogos, Sociólogos, etc.). Desde el inicio de la Concertación ha analizado los documentos presentados en el grupo de trabajo de Salud por los diferentes partidos políticos y organizaciones sociales y ha instrumentado modificaciones a los mismos para adaptarlos a los reclamos concretos de los trabajadores, lo cual se recoge en dos informes uno de los cuales se adjunta.

**DOCUMENTO 2.-** Informe aprobado por la 7ª Convención Médica Nacional, con respecto a Política de Salud.

**DOCUMENTO 3.-** Resoluciones de la Mesa Ejecutiva de la CO.NA.PRO. que recoge casi exactamente lo elaborado hasta el momento por el grupo de trabajo de Salud. En dicho grupo de trabajo el PIT-CNT ha sido representado por algunos de los integrantes de los gremios que constituyen el F.U.T.S.

A pesar de la interrupción de las sesiones de la CO.NA.PRO. hasta después de las elecciones nacionales, la comisión del PIT-CNT sigue reuniéndose para elaborar un documento que reúna la posición de los trabajadores sobre el tema: SISTEMA UNICO NACIONAL DE SALUD (en cuanto a objetivos, integración y financiamiento) cuya aplicación se irá instrumentando luego de poner en práctica las DIRECTIVAS POLÍTICAS DE APLICACIÓN A CORTO PLAZO ya aprobadas y resumidas en el Documento 03 de la Concertación. Dicho trabajo será difundido en los diferentes gremios para promover la discusión, recoger nuevas propuestas y tomar posición definitiva al respecto.

Por otra parte, en estos momentos se está discutiendo a nivel del F.U.T.S., la necesidad de realizar una SEMANA NACIONAL DE LA SALUD que pueda crear el ámbito adecuado para discutir, unificar y difundir las aspiraciones de los trabajadores en el área de la Salud y que comience a hechar las bases del futuro Consejo o Asamblea Nacional de la Salud. En este marco cambiante y en esta etapa de de transición todas nuestras acciones apuntan al desarrollo de instrumentos para la más amplia y profunda movilización de nuestros gremios.

Sólo la acción de éstos y su unión con los intereses de todo nuestro pueblo permitirán conseguir los objetivos de nuestra plataforma.

Esperamos que esta primera publicación del F.U.T.S. constituya un importante aporte de información sobre un tema de gran importancia para todos y además fomente la necesidad entre todos los trabajadores de seguir alentando la unificación real y efectiva de todos los gremios de



la Salud en la lucha por una Salud popular.

Montevideo, Noviembre de 1984.

- Comisión Intergremial Médica (CIM-SMU)
- Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP)
- Federación Médica del Interior (FMI)
- Federación Uruguaya de la Salud (FUS)
- Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas (UTHC)

**P.I.T. - C.N.T.**



## INFORME de la COMISION de SALUD de PIT-CNT

### 1.- La situación

La salud de los trabajadores, y de toda la población, ha empeorado durante la dictadura.

La falta de libertad, y el ejercicio del poder al servicio de las clases privilegiadas, permitió que las patronales desconocieran impunemente las leyes y reglamentos que amparaban al trabajador en lo relativo a seguridad laboral, condiciones de trabajo, estabilidad, horario, salario, etc. La represión de todas las organizaciones y actividades sindicales clasistas tuvo ese fin.

Nos vimos hostigados por exigencias de productividad en el trabajo; nos vimos mal protegidos ante la situación de enfermedad y empujados a continuar trabajando enfermos para evitar los descuentos, la pérdida de los "premios por productividad", las sanciones arbitrarias o el despido; debimos aumentar la jornada de trabajo, cuando fue posible, para suplir el descenso del salario real.

La inestabilidad laboral, la desocupación y los bajos salarios, sumados al destrato y la represión tuvieron serias consecuencias psicológicas, provocando el miedo, la inseguridad, el rencor, la ruptura familiar. Las dificultades de acceso a la vivienda, la educación, la alimentación, la vestimenta, la recreación, el transporte, etc, significaron un descenso general del nivel de vida y salud. A esto contribuyó además el retroceso del siste-

ma de seguridad social, y las jubilaciones ridículas, que obligan a la gente a continuar trabajando mientras pueden para escapar a la miseria.

Para un trabajador sin seguro de enfermedad o un jubilado, pagar la cuota de la mutualista es actualmente muy difícil, sino imposible. Peor aún si se enferma y debe pagar los tiquets por medicamentos, las órdenes, etc.

Las familias han tenido que elegir a quien mantienen afiliado (viejo, niño, embarazada, enfermo), y borran o se atrasan en el pago de los demás.

La propaganda del Ministerio de Salud Pública anunciando leyes y decretos para arreglar el mutualismo resultó un engaño.

Los seguros de enfermedad han quedado limitados a algunos sectores de trabajadores. En otros no se han conseguido, se han perdido, o han sido recortados, por la limitación de la actividad gremial, por los bajos salarios que hacen insuficiente el aporte bipartito, o por otras razones.

Hemos perdido en general la representación en el gobierno y el control en el manejo de estos fondos, cuya administración se centralizó en el Estado a través de DISSE y otros organismos.

En su mayor parte, los seguros se limitan a pagar cuotas mutuales y licencias médicas, y omiten todo tipo de acción colectiva para mejo-



rar la Salud del grupo social supuestamente protegido (Salud en el trabajo, vigilancia del medio ambiente, prevención de enfermedades, etc.)

En muchos casos no cubren ahora el grupo familiar, ni incluyen beneficios para los jubilados.

En los últimos tiempos, hemos tenido que enfrentar (con resultado variado) la exigencia de que paguemos tiquets y órdenes al mismo nivel que el afiliado individual.

En las Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada lo único que encontramos en general son servicios (muchas veces malos) para curar la enfermedad individual, y no para atender la Salud en forma integral.

No hay servicios a mano, y no hay fácil acceso a la atención: largos viajes, colas, esperas, etc. las prestaciones, los medicamentos, los análisis, las consultas con especialistas, etc, están limitados por ahorro. Hay muchos técnicos y médicos, pero en las mutualistas parece que faltan.

En Salud Pública, el desastre organizativo y la pobreza son extremos. Es una asistencia mala, para "pobres" que no pueden protestar, o que hasta ahora no han podido hacerlo.

En vez de tratar de solucionar los decretos y extender la asistencia a todos los que no la tienen, ha resuelto cerrar servicios y ahorrar. Mientras los organismos de "Seguridad" del Estado se comen una porción creciente del presupuesto nacional, el gobierno ha

restringido los gastos en sueldos, jubilaciones, Salud Pública, Educación, etc.

Ni el Hospital de Clínicas se ha salvado de la ruina, al punto que los enfermos tienen que comprar medicamentos, placas, o llevar su propia ropa de cama, y los técnicos no pueden planificar los tratamientos, porque todos los días falta un producto diferente.

El afán de reducción y cierre de servicios llegó también a Asignaciones Familiares, que cerró el Pacheco y otros servicios, mientras amplía la contratación de prestaciones con instituciones privadas. Así se pierden fuentes de trabajo, y se afloja el control sobre la calidad de servicios. Por esta vía, A.F. se dirige también a convertirse en un organismo administrador de fondos sociales para el funcionamiento de instituciones privadas, como ocurrió con DISSE y con los IMAE, o para derivación de esos fondos a otros sectores del Estado (...)

Mientras tanto, 600.000 personas en el país no están protegidas por ningún sistema de asistencia. Esto ocurre por dificultades económicas, administrativas, o de acceso a los servicios de atención. En este grupo encontramos desocupados, trabajadores en seguro de paro, familiares no amparados por los seguros de enfermedad, jubilados, zafrales, trabajadores rurales, domésticos, etc.

Como contrapartida absurda, hay muchos trabajadores (más de 2000 médicos, por ej.) desocupados, y una política expresa de reducción de



personal en los servicios. Para ocultar toda esta situación, la dictadura ha intentado amansar a los estudiantes y profesores, para formar enfermeras, médicos, psicólogos y otros técnicos acomodados a la situación. Para eso intervino la Universidad y toda la enseñanza, persiguió y destituyó a muchos, y trató de cortar toda discusión e investigación. Hoy la verdad prevalece, y es la Intervención la que se tambalea, junto con todo el régimen.

Pero las situaciones injustas persisten. Los trabajadores de la Salud padecemos una realidad salarial y laboral que nos hace muy difícil atender correctamente la Salud de la población.

No se trata solamente de los bajos salarios y de la amenaza de desocupación por cierres, fusiones o absorciones de Instituciones, o por ahorro. Se trata también de las malas condiciones de trabajo, la falta de materiales y elementos para desempeñarlo bien y a conciencia, los turnos rotativos permanentes que impiden la estabilidad familiar y social; el multiempleo, cuando es posible forzado por los ingresos insuficientes; el manoseo en el ingreso al trabajo y las suplencias; las trabas para la agremiación, y la represión sindical, etc.

## 2.- Las causas, los principios

La mala situación de salud del pueblo refleja la situación social general.

La salud y la enfermedad no son es-

aspectos opuestos de una misma realidad, que está en cambio continuo, y que depende de la evolución social.

Los cambios reales en el área de la Salud no son posibles sin cambios generales en el proceso social. Son cambios cualitativos (no sólo cuantitativos) que exigen cambios políticos globales, con transferencia del poder de decisión a manos de las clases populares. No hay transición en Salud, sino Salud en la transición.

Hoy, en nuestra sociedad dividida en clases, impera una Salud diferenciada según clases. La atención médica se enfoca con criterio individualista, considerando la Salud un problema personal, sujeto a compra-venta en transacción comercial, y se organiza con desviación tecnológica y paternalista, negando a las personas y a los grupos sociales su carácter de sujeto (y no objeto) capaz de opinión, participación y demanda.

La pésima situación de salud de la clase trabajadora se debe en última instancia a la injusticia fundamental de esta sociedad basada en la explotación del trabajador por el capitalista, que paga siempre al obrero menos de lo que vale su trabajo, y que sólo protege parcialmente su salud para preservar las fuerzas de trabajo.

Pero la Salud es un derecho, reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que en su artículo 25 establece:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le ase-



gure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene derecho asimismo a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."

El derecho a la Salud no es más el derecho al bienestar, a una vida digna y grata, y por lo tanto es un derecho inalienable, inherente a la persona humana. Es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente: como el derecho a la Libertad o a la soberanía nacional, se construye y se conquista. Su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad.

El derecho a la Salud implica el derecho a una alimentación adecuada, a la protección y la seguridad social, al pleno empleo, a la vestimenta, el descanso y la recreación, la educación, la libertad, los derechos civiles, políticos y culturales. Su plena vigencia no es posible en una sociedad basada en la explotación de unos hombres por otros: su conquista supone una transformación social, que haga de la Salud, más que un derecho, un estimable bien social, una necesidad primordial del hombre y la sociedad, protegida por la comunidad organizada y el Estado.

Afirmamos que en nuestro país no rige este derecho:

-porque el nivel en general de Salud del pueblo ha descendido.  
-porque hay distintos niveles de Salud y de atención médica para distintas clases sociales.

-porque hay 600.000 personas sin acceso a la asistencia.

-porque no se practica la atención médica integral.

-porque ni la ley ni la Constitución lo amparan.

La medicina integral dirige sus acciones al individuo, al ambiente con el cual interactúa, y al proceso social que integra, y que lo condiciona.

No se limita a tener en cuenta el aspecto físico de las personas, sino que las considera como una unidad biológica, psicológica y social.

No ve los problemas de Salud y enfermedad solo desde el punto de vista estrecho del individuo, sino fundamentalmente desde el punto de vista general y colectivo, realizando acciones desde y para la sociedad.

Salud para todos solo puede significar salud con y por todos, es decir, solo se puede obtener con la participación popular activa, para identificar correctamente los problemas, elaborar los planes, exigir y controlar servicios, y colaborar en las acciones concretas.

Para producir transformaciones en una realidad esencialmente social, como es la relación salud-enfermedad, es necesario tener en cuenta la interacción entre fuerzas y clases sociales, es decir, los problemas de poder. La participación po-



pular produce el poder y la fuerza de cambio.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) promueve la participación social organizada en lo que se llama "Atención Primaria de Salud" (APS), que es la parte fundamental de un sistema de atención de Salud integral. Consiste en el desarrollo combinado, en una zona y en todas, de todas las actividades sociales básicas que en un grupo humano contribuyen a mantener la Salud. Incluye, además de la asistencia médica en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de Salud, actividades de educación, suministro de alimentos, saneamiento y vivienda, etc. Se fundamenta y requiere la participación popular organizada, para plantear exigencias y organizar acciones y soluciones. No existe en nuestro país más que como proyecto, esbozo o aspiración.

### 3.- Las soluciones

La solución global de los problemas de Salud a nivel nacional pasa por la construcción de un **Servicio Nacional de Salud Unico** para todos los habitantes, que aproveche e integre **todos** los servicios y los recursos existentes (los privados y los públicos, de todos los ministerios), que desarrolle nuevos, y que financie con lo recaudado por el Estado a través de un esquema impositivo donde cada grupo social aporte según sus posibilidades.

Su dirección tiene que incorporar la participación popular organizada a través de un **Consejo Popular**

de Salud que sintetice la contribución de los sindicatos de PIT/CNT, y de todas las organizaciones sociales, incluyendo los **comités populares de salud** regionales y locales.

El centro de desarrollo de este Servicio debe producirse a nivel zonal, mediante la Atención Primaria de Salud.

El objetivo del Sistema Nacional Unico de Salud será lograr la efectiva vigencia del derecho a la salud para todos. Consideramos que es responsabilidad del Estado garantizarlo sin discriminación, y derecho y deber de la población a participar en su conquista, democratizando la gestión de Salud, y contribuyendo a la transformación democrática general de la sociedad.

Estas metas de democratización y socialización del sector Salud están al alcance, porque no se plantean en forma aislada, sino que se inscriben dentro del poderoso empuje de transformación democrática que promueve nuestro pueblo, con la clase trabajadora como vanguardia organizada. Es este proceso el que eleva a las mayorías populares de la situación de sometimiento que hemos padecido en la dictadura, a una posición de intervención activa e independiente en la vida democrática que estamos conquistando, y hace posible concretar soluciones de reconstrucción y de avance.

Para conducir las transformaciones por buen camino, es necesario que los trabajadores en general, y los de la Salud en particular, asuma-

mos la responsabilidad de plantear los pasos precisos y las metas parciales que nos llevarán hacia los cambios de fondo.

Que quede claro que los cambios reales tienen que ser globales, estructurales. Los objetivos inmediatos sólo valen como soluciones de emergencia, si además permiten progresar hacia los objetivos finales, y no los trancan prolongando la agonía de un sistema sin futuro. Es primordial ir construyendo los centros de fuerza que permitan disputar palmo a palmo el poder de decisión.

1. Para debatir y definir estos puntos, creemos necesario crear una comisión central asesora de Salud, que trabaje más allá del Precongreso, integrando los distintos sectores de trabajadores la Salud, y representantes de los otros gremios, en particular aquellos que tengan experiencias en seguros de enfermedad. Esta comisión podrá, con más tiempo y capacidad que ahora, sintetizar las aspiraciones de la clase en este tema, hacer formulaciones más acabadas con ayuda de los técnicos, con vistas al Congreso del PIT/CNT, y comenzar a echar las bases del futuro Consejo Popular de Salud.

2. Es fundamental la organización de comités de Salud en todos los sindicatos, para discutir los problemas concretos del grupo social, y plantear exigencias y soluciones al sistema institucional.

Conviene que fomenten o apoyen, además, el funcionamiento de comi-



tés de zona o de grupos habitacionales.

Estos comités populares de Salud, que ya existen en muchos casos para mejorar los seguros de enfermedad, para organizar atención en policlínicas, para desarrollar acciones de salud a nivel primario, como los comedores populares, son, en potencia, la fuerza motora y el testigo crítico y vigilante de la puesta en práctica de los cambios.

3. Debemos defender y desarrollar los seguros de enfermedad por sector industrial, buscando acentuar su coordinación de modo de evitar desigualdades, superposiciones y burocracia, pero atendiendo lo específico de cada área.

Democratizar su dirección y restituir lo que nos han quitado, exigiendo participación decisiva en su gobierno. Aquí recogeremos experiencia para la construcción del Servicio Nacional Unico de Salud. Controlar el manejo de los fondos, para evitar que se desvíen a cubrir otros gastos del gobierno; por el contrario, orientar la intervención del Estado a apoyar la extensión de los beneficios, la cobertura de los familiares, la protección gradual de los jubilados, el desarrollo de acciones de salud colectivas, más allá del simple pago de las cuotas.

Realizar convenios sólo con aquellas instituciones administradas en forma democrática, que demuestren buen nivel técnico, y que se avengan a reorganizarse y desarrollarse de acuerdo a los planes y los cambios estructurales que la



clase trabajadora promueve.

4. En la misma esfera de la seguridad social, es nuestro interés conservar y desarrollar los servicios asistenciales de Asignaciones Familiares, volcando a ellos los recursos, retornando a la codirección y cogestión de los trabajadores, y estudiando la posibilidad de ampliar los servicios, para atender a otros integrantes de la familia, como los ancianos.

5. Exigimos la participación efectiva en el gobierno de las IAMC, cuyas directivas son ahora con frecuencia instrumento de poder de camarillas dominantes. Participación de los trabajadores de la Salud, y de todos los trabajadores, a través de sus gremios y sus comités de Salud. Se debe democratizar la administración de las mutualistas, respetando además los mecanismos de cogestión previstos en los convenios colectivos.

Sustituir la ley del Mutualismo y los decretos reglamentarios por normas acordadas con todos los gremios de la Salud y la Central de Trabajadores. Terminar con la intervención del SMU, de las IAMC, de la Universidad y del Hospital de Clínicas.

Promover el desarrollo racional y coordinado de las IAMC, iniciando la extensión e integración de servicios a nivel local, en las zonas y los barrios, junto con el MSP, con los criterios de APS, para poner la asistencia integral al alcance de todos, y encaminarse a solucionar la atención de los cientos de miles de compatriotas desprotegidos.

Los comités populares de salud son los organismos capaces de impulsar este desarrollo en cada área.

6. Al igual que las IAMC, es necesario mejorar la calidad de los servicios de Salud Pública, destinando más dinero para su funcionamiento, y reorganizando su administración con participación y control de los trabajadores agremiados.

Los trabajadores defendemos en principio la supervivencia y el perfeccionamiento de toda la estructura de los servicios existentes: públicos, mutuales y privados, como fuente de trabajo, y como recurso para la construcción del Servicio Nacional Único.

Como medida de emergencia, hay que complementar la mejora de los servicios con la elevación del tope de ingresos para la adjudicación del carné de asistencia gratuito (el "Carné de pobre"), para que más gente acceda a la atención sanitaria.

7. Para avanzar en todos estos aspectos, lo primero es exigir la libre agremiación, el funcionamiento sin restricciones de la FUS, la Federación de Funcionarios de Salud Pública, la Unión de Trabajadores del Clínicas y demás gremios; el cese de la represión sindical, el aumento general de salarios con un mínimo indispensable actualizado, y la mejora de las condiciones laborales, con convenios colectivos negociados en forma igualitaria, y respetados en su cumplimiento.



## CONCERTACION NACIONAL PROGRAMATICA

### Informe de la Comisión Nacional de Salud del PIT-CNT al grupo de trabajo de Salud.

#### DIRECTIVAS POLITICAS DE APLICACION A CORTO PLAZO

##### Democratización de las Instituciones del Sector.

- 1.- Cese de la Intervención de la Universidad y el Hospital de Clínicas. Aplicación de la Ley Orgánica de la Universidad de 1958 y de la Ordenanza del Hospital de Clínicas del 11 de Noviembre de 1960.
- 2.- Cese de la intervención de todos los IAMC intervenidas. Cesede la intervención del SMU, con devolución de todos sus organismos y bienes, incluyendo el CASMU.
- 3.- Democratización real y efectiva de los organismos de gobierno de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, con participación de trabajadores y usuarios, que incluye necesariamente:
  - Libre funcionamiento gremial de la FUS.
  - Cese de la represión.
  - Elecciones con padrones abiertos.
  - Asambleas periódicas de usuarios.
  - Participación de los gremios de trabajadores en la codirección, como usuarios organizados.
- 4.- Disponer en forma inmediata el levantamiento de todas las medidas represivas para que los trabajadores de Salud Pública (FFSP), reconocida legalmente desde 1950.
- 5.- Estimular la participación y control de la FFSP en la elaboración del presupuesto. Reconocimiento de las comisiones internas de funcionarios. Funcionamiento en cada centro de una comisión de Salud integrada por representantes de los funcionarios (con equilibrio de las distintas categorías), representantes de los usuarios según sus formas organizativas y de los grupos organizados de sus zonas de influencia.  
Creación de una Comisión Central de Salud, con participación de los funcionarios organizados.
- 6.- Atención de Salud en todos los organismos oficiales del sector, a los usuarios que sean beneficiarios del Carnet de Asistencia del M.S.P.
- 7.- Ampliar la participación y el control de los trabajadores en el gobierno de los organismos de Seguridad Social que deberá instrumentarse en forma inmediata a través de:



- la revisión global del Acto Institucional Nº 9, que incluya la recuperación de las prestaciones de servicio que realizaba Asignaciones Familiares hasta 1973, y que asegure el regreso de los trabajadores en la Co-dirección de la misma.
- la coordinación de la administración de los servicios de Asignaciones Familiares con la de los Seguros de Enfermedad integrados en DISSE, que tendrán dirección tripartita similar.

8.- Estimular la formación y el funcionamiento de ORGANIZACIONES POPULARES DE SALUD con el propósito de desarrollar la participación organizada de la Comunidad en los problemas de la Salud.

9.- Instrumentar desde ya la convocatoria a una ASAMBLEA o CONSEJO NACIONAL DE SALUD, con la participación de PIT-CNT, de los trabajadores de salud en sus diferentes ramas, de la Universidad de la República, de FUCVAM, de ASCEEP, gremios de campesinos y de todas las organizaciones sociales de la ciudad y el campo

Esta será la herramienta central de síntesis de la participación popular en Salud, y recogerá los aportes de los Comités Populares de Salud regionales y zonales. Representará la opinión activa e independiente de las mayorías populares en el período de construcción y avance democrático y de allí saldrán los representantes para la Dirección del SERVICIO UNICO DE SALUD.

Entretanto, la Asamblea Nacional de la Salud podrá coordinar la participación de los representantes populares en la Seguridad Social, en las IAMC y el MSP.

En AFCASMU, Montevideo, 18 de Setiembre de 1984.

(participaron delegados de FUS, FFSP, CIM, UTHC, Coordinadora de psicólogos).



### 1. Fundamentos.

Al hablar de **politica** hablamos de un sistema de principios y procedimientos generales aplicadas a la producción de transformaciones en la sociedad, cuya dilucidación depende de problemas de poder, y por lo tanto de interacción de clases sociales. La política de Salud se aplica a la evolución del proceso salud-enfermedad.

La Salud concebida como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", tal como lo postula la OMS, es un objetivo planteado desde el ángulo de las aspiraciones y derechos del individuo. Presenta la salud como algo estático, sustentado en bases ideales.

**La salud y la enfermedad** no son estados aislados y diferentes, sino componentes de una relación dinámica: categorías biológicas y sociales que coexisten en una unidad dialéctica; partes constitutivas de un proceso, integrado dentro del proceso económico-social, que es su determinante, que varían históricamente con éste pero a la vez influyen sobre él.

En la naturaleza, y en sus relaciones con ella, el hombre realiza cambios que provocan modificaciones en los procesos naturales de su propio organismo. Así, los procesos patológicos no se pueden considerar simplemente como biológicos o naturales: son procesos mediatizados por la acción de los factores sociales.

**El condicionamiento social de la patología humana** señala el único camino seguro para combatirla: el perfeccionamiento del medio social, por la ruptura de la subordinación política y el atraso económico, y el pasaje a etapas superiores de desarrollo y organización social.

**El derecho a la Salud** no es más que el derecho al bienestar, a una vida digna y grata, y por lo tanto es un derecho inalienable, inherente a la persona humana. Es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente: como el derecho a la libertad o la soberanía nacional se construye y se conquista: su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad.

El derecho a la Salud implica el derecho a una alimentación adecuada, a la protección y la seguridad social, al pleno empleo, a la vestimenta, al descanso y la recreación, la educación, la libertad, los derechos civiles, políticos y culturales.

Su plena vigencia no es posible en una sociedad basada en la explotación de unos hombres por otros: su conquista supone una transformación social, que haga de la Salud, más que un derecho, un estimable bien social, una necesidad primordial del hombre y la sociedad, protegida por



la comunidad organizada y el Estado.

Al ser el hombre la unidad en proceso dialéctico de lo social y lo natural, las actividades de Salud deben dirigirse al individuo y el ambiente con el que interactúa, y al proceso social que los determina.

**La medicina integral** aborda el enfoque colectivo de las acciones de salud, y también el individual. Es universal, accesible a todas las personas en forma igualitaria, y produce en forma eficiente, oportuna y continua, acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del más alto nivel.

**La atención primaria de Salud** constituye la función central y el núcleo principal de un sistema de Salud concebido con criterio integral. Abarca todas las actividades que en el punto de contacto entre la comunidad y el sistema sanitario contribuyen al mejoramiento de la Salud.

El enfoque primario en materia de salud-enfermedad es el social, el colectivo, global. Su centro de desarrollo es la participación popular.

**La participación popular** no debe plantearse como alternativa de la responsabilidad y la acción del Estado, ni como simple instrumento capaz de amplificar la acción de los técnicos. Es la garantía de correcta identificación de los problemas y elaboración de los planes, de exigencia de compromiso y calidad de acción de los organismos y personas responsables, y de desarrollo completo, sencillo y ajustado a necesidad de las acciones concretas.

El enfoque político del tema Salud requiere tener en cuenta los problemas de Poder. La participación popular genera el poder y la fuerza de cambio.

## 2. Situación de Salud.

Todo análisis de una situación se hace teniendo como marco de referencia o punto de vista una base teórica. Del mismo modo, las propuestas de cambio se fundamentan en la visión de situación y en un criterio político. La puesta en marcha de acciones de cambio permite realimentar todo el proceso teórico, y avanzar.

El proceso de diagnóstico requiere más que la exposición descriptiva de datos sanitarios cuantitativos: exige la integración de los demás determinantes sociales, y la valoración interpretativa de los hechos, los procesos y las políticas en términos cualitativos, para visualizar un pronóstico, y permitir una programación operativa.

Para hacer una **caracterización global** diremos que en nuestro país el modo de producción predominante es el capitalista. Existe un nivel relativamente alto de salarización de la población activa, elevada urbanización, moderada industrialización, importante concentración de capital, y amplias capas de obreros calificados, profesionales y técnicos. Las tasas de mortalidad son relativamente bajas, y la expectativa de vida prolongada. Como causa de muerte predominan las enfermedades crónicas,



cardiovasculares y los tumores, y tienen gravitación menor las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Hacia los años '70 se plantea en nuestro país una violenta crisis, que habría de producir un cambio cualitativo en las relaciones de producción, para superar el estancamiento de las fuerzas productivas, o un reajuste hacia atrás de la organización social, para acompañarse al retraso en la producción.

Ocurrió lo 2º: reducción del gasto social, brusca comprensión salarial, emigración, represión, autoritarismo con ataque a toda la organización social, para apoyar la redistribución de ingresos en beneficio de los sectores de mayores recursos, y obtener la reacumulación capitalista de los supuestos protagonistas de la reactivación económica.

Globalmente, el salario de los trabajadores es hoy 60 % menor que en 1971, y 1 de cada 4 uruguayos no tienen ocupación plena. La distribución desigual del ingreso se ha acentuado. Se ha limitado el acceso a las pasividades y la vivienda, y relegado a la miseria a los trabajadores jubilados. Se ha destruido lo mejor de nuestro sistema educativo.

No es necesario recurrir a las estadísticas de un "proceso" que ha hecho del engaño y la desinformación un método de gobierno, para afirmar que nuestro pueblo está herido, que hemos retrocedido en materia de salud-enfermedad.

La falta de libertad ha sido el instrumento del régimen para producir este retroceso, que se obtuvo también con el hambre, el miedo, la tristeza, la inseguridad, la prisión, el exilio y cosas peores.

¿Quién se ha beneficiado con esta nueva forma de intervención del Estado en la economía, disfrazada bajo rótulo "neoliberal"?

No ha habido verdadera acumulación de capital ni desarrollo nacionales. En 1982-83, el PBI se redujo en un 15% aproximadamente.

El endeudamiento externo, la compresión de los ingresos de los trabajadores y la asistencia directa del Estado a la banca privada, funcionaron para exclusivo beneficio del sistema del capital financiero internacional.

El "Proceso" no ha cumplido incluso con su intención declarada ante el FMI de reducir los gastos estatales. Han aumentado los gastos inútiles, como los destinados a generar una "seguridad" cada vez más ausente. Lo que sí ha logrado es reducir los egresos por sueldos y pasividades, y los gastos en sectores como Salud Pública y Educación.

**El derecho a la Salud** no tiene vigencia práctica en nuestro país. Lo demuestran:

- el progresivo deterioro de la situación general de salud de la población.
- la existencia de distintos niveles de calidad de atención, con servicios de segunda clase, a cargo del MSP, para "ciudadanos de segunda clase".



-la presencia de más de 500.000 personas que no tienen acceso a ningún servicio de asistencia.

Tampoco tiene vigencia teórica, puesto que no hay texto legal que lo consagre.

En nuestra sociedad dividida en clases, existe una salud de clases. En todo el sistema institucional de Salud impera una filosofía individualista, que considera la salud un problema personal, y la atención médica una mercadería de compra-venta.

#### La "política" oficial de Salud.

Acompañando la política general del "Proceso", las directivas oficiales en la esfera de la Salud han involucionado a lo largo de estos 11 años, al amparo del repliegue forzoso de toda la organización popular capaz de construir el centro de fuerzas impulsor de las propuestas progresistas.

Como en la política general, también en Salud no estuvo nunca en discusión realmente el intervencionismo estatal: lo que ha sufrido variantes ha sido la orientación y los beneficiarios de esa intervención.

Coincidiendo con las directivas generales del FMI, el "proceso" promueve actualmente "la transferencia de la asistencia médica a las instituciones privadas".

La "Ley del Mutualismo" de agosto de 1981, jerarquiza la asistencia privada, particular y colectiva, y prohíbe la vinculación entre las instituciones y los organismos gremiales.

Los errores conceptuales de esta norma no han sido corregidos por los decretos que pretenden reglamentarla.

No existe en el MSP una política de Salud real, coherente y viable.

Existe, sí, una conducción tecnocrática, que pretende utilizar la ciencia y la técnica como instrumentos neutros y apolíticos, para planificar, coordinar, racionalizar, sin definir claramente los objetivos políticos y la ubicación económico-social, en términos de clase, de la planificación que realiza.

Porque pone la acción de los técnicos al servicio de un sistema autoritario que promueve el superbeneficio económico de los privilegiados, y actúa desde arriba rechazando toda participación popular, afirmamos que esta actitud es tecnocrática y autoritaria, además de ser "intervencionista". Ahí está la razón de su sinsentido y su fracaso.

#### Los servicios de atención médica.

Aún centralizando los 480.000 de carnés de asistencia vigentes que el MSP afirma tener; los 1:2 millones de personas cubiertas por las IAMC; las cerca de 300 mil que obtienen su asistencia en los SSFFAA y Sanidad Policial, y aquellos que se atienden en otros servicios públicos y privados, cerca del 20% de la población carece de cobertura asistencial. El déficit de cobertura afecta sobre todo a los grupos sociales



más pobres, por dificultades de acceso a los servicios o imposibilidad de cumplir con las cuotas de prepago. La tendencia global es a la reducción de cobertura.

Los seguros de enfermedad, que protegen a unas 250.000 personas, han de tenido su expansión por la represión a las organizaciones obreras y la reducción de sus ingresos. Se ha centralizado su administración, se ha suprimido la representación de los trabajadores, y se han eliminado beneficios, como el sustitutivo de tiques y órdenes.

Salud Pública posee la gran mayoría de las camas disponibles en el país para internación. La infraestructura que acompaña a esas camas es en general insuficiente, vetusta o inexistente, transformándolas en muchos casos en camas de hospedaje, y no de hospitalización.

Sus recursos son cada vez más limitados; las indicaciones médicas no pueden cumplirse muchas veces por falta de medicamentos o por falta o rotura de equipos y materiales adecuados.

Se han suprimido servicios, se han cerrado hospitales enteros sin suplir correctamente sus prestaciones. Se han difundido la improvisación, las carencias y las dificultades a que ha dado lugar el traslado parcial de los servicios de esos hospitales.

La catástrofe y la omisión no parecen preocupar al "Proceso". Quizá el objetivo implícito sea "demostrar" de manera didáctica la supuesta ineficiencia intrínseca de los servicios públicos, y estimular el apoyo del público a la política de privatización.

En la base del desfinanciamiento del sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada (IAMC) encontramos los factores económicos básicos: descenso del nivel de ingresos, desocupación y aumento de precios e insumos: ascenso vertiginoso de los costos de los insumos y la tecnología reciente, en comparación con el lento progreso de las entradas de las personas y las instituciones.

Según los datos de la Encuesta Familiar de Salud, de 380.000 familias afiliadas a las IAMC, más de 300.000 no tienen ingresos suficientes como para solventar los gastos mutuales.

El gasto de las IAMC en medicamentos equivale aproximadamente, en los últimos años, a la cuarta parte de su presupuesto. Su incidencia sube por aumento del costo de los mismos, y no por aumento de su consumo. El precio de los medicamentos aumentó más de un 90% en 1983.

El desfinanciamiento se traduce en disminución de insumos, con desmejora de la prestación de servicios médicos; contención salarial y despidos; ahorro y "contralor médico", con deterioro de las relaciones laborales y médico-paciente. Esta situación es sólo corregible a través de importantes modificaciones estructurales que suponen la ruptura de los moldes económicos y políticos establecidos por el "proceso", y constituye el fin del sistema de prepago voluntario.



El conjunto de leyes y decretos emitidos por el MSP intenta transformar el desorden en un sistema compuesto por un número limitado de instituciones privadas grandes manejadas en forma eficiente, con criterio de empresa, que paguen puntualmente sus obligaciones con el Estado, y que se encaminen a relevar a éste de sus obligaciones asistenciales, ampliando la calidad y el volumen de los servicios prestados, y aumentando su cobertura de población.

Los problemas de las IAMC, sin embargo, -y en general los del sector Salud- no son problemas de manejo gerencial. La idea es básicamente falsa y demagógica, como lo era en 1973 la idea de solucionar los problemas económicos del país por la vía de la represión de los ilícitos económicos. Son problemas financieros, estructurales y políticos o doctrinarios, y el MSP no puede solucionarlos ocultando su propia inoperancia con costosas campañas publicitarias y pomposos planes de escritorio.

Las supuestas soluciones conducen a un callejón sin salida:

- no hay extensión de cobertura, ya que la morosidad y la desafiliación de los usuarios -cuyo salario real baja-, son empujadas por el aumento de la cuota.
- no hay solución económica para las instituciones.
- no hay beneficio verdadero para los usuarios, los pacientes, que se ven perjudicados por el aumento de las cuotas, tiques, etc, y por la política de ahorro.
- no hay beneficio para los trabajadores, amenazados por la desocupación, la contención salarial y las exigencias de productividad laboral.

En el conjunto de medidas, se refleja la tendencia definida a la centralización absoluta de las decisiones. No hay ningún intento de promover la democracia interna en el mutualismo, frecuentemente gobernado por camarillas autoperpetuables.

Al costado de este sistema desordenado y deficiente se han desarrollado en los últimos años entidades de medicina privada con fines de lucro: los institutos especializados, donde con subvención social obtienen beneficios grupos de médicos y no médicos relacionados a empresas que comercian equipos y tecnología; la Unidad Coronaria y servicios similares, que prosperan a favor de las carencias de los servicios de urgencia de las IAMC; las empresas médicas de cobertura parcial, etc.

Los responsables de este sector conforman un grupo de intereses y poder que sumándose a otros (las direcciones de las IAMC, las multinacionales de la medicina y sus funcionarios locales) constituyen una fuerza a tener en cuenta a la hora de poner en marcha el proceso de cambio.

De frente a estas estructuras, la población, con sus demandas insatisfechas, promueve policlínicas, guarderías, ollas populares y otros tipos de acciones de salud, nivel primario, y exigen soluciones al sistema es



tablecido.

Su impulso, su conciencia y su organización permiten prever la posibilidad de acceder en breve lapso a transformaciones importantes.

### 3. Propuestas.

Las propuestas que se plantean apuntan al nuevo Uruguay democrático, que será de renacimiento, pero también de avance; que edificará con el material del sacrificio de miles de compatriotas durante la dictadura, la conquista de las aspiraciones comunes de las mayorías populares, de las organizaciones sociales, de los partidos democráticos.

Las propuestas se fundamentan en la definición precisa de objetivos y la jerarquización de la participación popular.

Se propone la construcción de un **Servicio Nacional de Salud**, a través de la creación en lo inmediato de un Sistema Nacional Unico de Salud como breve etapa de transición.

El **objetivo** de este Sistema será promover la efectiva vigencia y el ejercicio del Derecho a la Salud, siendo responsabilidad del Estado garantizarlo sin discriminación, y un derecho y deber de la población participar en su conquista.

Su finalidad será la elevación del nivel de vida y salud de nuestro pueblo a través de acciones multisectoriales, integradas con la más amplia participación popular, de modo de garantizar la democratización de la gestión de Salud, y potencializar la transformación democrática general de la población.

Deberá abarcar a toda la población, sin exclusiones ni superposiciones. Su financiación será a cargo del Estado, y su organización será regionalizada, con descentralización administrativa, y una estructura que jerarquice la participación popular organizada en los niveles local, regional y nacional, a través de los **comités populares de salud**.

El Servicio (y el Sistema) será un organismo público (que funcionará vinculado al MSP), con una Dirección o Consejo Central ampliamente autónomo, donde articularán su acción los representantes del Ministerio y los de la **Asamblea Nacional de la Salud**, organismo de amplia participación social.

El Servicio Nacional de Salud se debe desarrollar aprovechando **todos** los recursos actualmente disponibles para la Salud, ya que la situación del país no permite dependios, pero integrando los nuevos recursos en trabajo, materiales y financiación que requiere la extensión y el desarrollo propuestos.

#### Plan de emergencia.

En lo inmediato, y en camino hacia las soluciones de fondo, consideramos prioritario nuestro apoyo para la formación, y nuestra integración para el funcionamiento de los Comités Populares de Salud, que instrumen



tan la movilización por la conquista del derecho a la Salud desde los sindicatos, los barrios y todos los agrupamientos populares.

Entendemos necesario colaborar activamente en sus tareas concretas más importantes, como la de contribuir a paliar el déficit alimentario y nutricional de vastos sectores sociales: guarderías infantiles con comedor; comedores escolares, comedores populares.

Globalmente, la tarea inmediata de estos comités es exigir e instrumentar la ampliación de la cobertura asistencial, para abarcar a toda la población actualmente desprotegida, elevando al mismo tiempo la integralidad de la atención sobre la base de los principios de APS. Esta es la punta de la madeja.

Para ello se requiere la extensión y desarrollo integrados a nivel local de los servicios públicos y mutuales, con ocupación de más trabajadores, asignación de más recursos apropiados, y participación popular enmarcada en planes de APS.

De este modo, la exigencia de acciones concretas por parte de las comisiones populares se convierte en impulso de la transformación política y estructural hacia el sistema y el servicio propuestos.

Progresar en el sentido que marca esta exigencia y este impulso supone en lo inmediato también:

- Incrementar la asignación de recursos para el MSP y detener la pendiente de destrucción de sus servicios.
- Iniciar el proceso de democratización en la dirección de las IAMC, con amplia participación de los trabajadores de la Salud, de los gremios y de los consejos populares de salud.
- Revisar la "ley del mutualismo" y reconsiderar todos los decretos en acuerdo con los gremios.
- Apoyar la asistencia financiera del Estado a las IAMC a través de exenciones impositivas y control de precios de insumos y servicios, siempre que éstas cumplan con las exigencias operativas y estructurales ya expuestas, que las habilitan para incorporarse en el futuro Sistema Nacional de Salud.
- Ampliar la participación y el control de los trabajadores en el gobierno de los seguros de enfermedad. Extender cobertura y beneficios estimulando la vinculación orgánica con las instituciones orientadas a la integración en el Sistema.
- Iniciar el tránsito hacia el Estado de los IMAE y los organismos de seguro parcial, estudiando con los trabajadores agremiados del sector las medidas de transición que desestimen el lucro privado y fortalezcan el carácter de servicio público de las instituciones existentes, y creando nuevas en la esfera del MSP y el Hospital de Clínicas.



-Iniciar ya la implementación de una política de medicamentos, que se desarrollará plenamente a través de varias medidas combinadas: formulario terapéutico unificado prescripción por nombre genérico; intervención del sistema o servicio en todas las etapas de circulación de los productos; compra directa con apoyo de organismos internacionales; esfuerzos de producción; estandarización terapéutica; educación médica continua.

-Exigir el cese de la intervención de la Universidad, con reposición de destituidos, concursos libres y reimplantación plena del Internado.

-Exigir el cese de la intervención del SMU, como instrumento gremial para impulsar todos estos postulados, con democratización de la dirección del CASMU, libre ingreso médico, y extensión del sistema al resto de las IAMC.

Esta doble apertura permitirá, entre otras cosas, retomar y profundizar la participación de la población en las dos creaciones asistenciales más trascendentes de nuestro medio: El CASMU y el Hospital de Clínicas, o instrumentar su integración en el Servicio Nacional propuesto.



## CONCERTACION NACIONAL PROGRAMATICA

Area 7.3 Salud Documento 01

### TEMA: INTERVENCION DEL SMU/CASMU

La Mesa ejecutiva de la Concertación Nacional:

VISTO:

El informe del Grupo de Trabajo:

CONSIDERANDO:

1. La historia del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) desde su fundación en 1920.
2. Sus fines rectores, tanto en el plano social general como en el específico atinente a la profesión médica.
3. La creación de su órgano adscrito, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en 1935, sus fines y realizaciones en beneficio del nivel asistencial y Sanitario del país.
4. La dedicación y esfuerzo del SMU en el estudio y formulación de propuestas para una transformación de la estructura sanitaria y asistencial.
5. La carencia de fundamentos de la intervención decretada por el Poder Ejecutivo en 1975, que a más de ocho años de instalada no ha encontrado ni documentado las irregularidades que se adujeron.
6. Los efectos altamente negativos que ha tenido al desconocer normas, estatutos, reglamentos y derechos que regulaban la actividad de médicos y funcionarios.
7. La extralimitación de cometidos, al haber dispuesto del patrimonio social para destinos espúreos o planes inconsultos de dudosa utilidad y/o viabilidad.
8. La actuación de la Comisión Intergremial Médica (CIM) en la recomposición del gremio médico y en su lucha por la restitución del SMU y el CASMU a sus legítimos titulares.



CONCERTACION NACIONAL PROGRAMATICA

RESUELVE:

1. Declarar el CASMU parte indivisible del patrimonio social del SMU.
2. Considerar infundada y negativa la intervención de la institución, exigiendo el cese inmediato.
3. Reconocer al cuerpo médico organizado en el SMU como legítimo titular con potestades para resolver oportuna y libremente a través de sus órganos estatutarios los destinos del CASMU.
4. Reconocer en el CASMU la base material con la que cuenta el gremio médico, como aporte oportuno a esa reestructuración.

Montevideo, 4 Setiembre de 1984

\*PIT - CNT  
\*ASCEEP - FEUU  
\*FUCVAM  
\*P. NACIONAL  
\*P. COLORADO  
\*FRENTE AMPLIO  
\*UNION CIVICA



## CONCERTACION NACIONAL PROGRAMATICA

### Propuesta de grupo de trabajo a Mesa Ejecutiva

#### Area 7.3 SALUD Documento 02

En el día de la fecha se reunió en su sesión ordinaria la Mesa Nacional de Concertación Programática, con la presencia de todas las organizaciones miembros, integrada por los delegados cuya lista se adjunta.

#### TEMA: Políticas de Salud

Las fuerzas participantes en la Concertación Programática Nacional coinciden en los siguientes aspectos generales relativos al sector salud:

1. Los estados de salud y enfermedad están determinados por las relaciones que se establecen entre el individuo y el medio natural y social en que vive.
2. El nivel de salud de un individuo o de un grupo social, está condicionado por el sistema social, por el nivel de desarrollo socio económico, por factores demográficos y ecológicos, por las formas de administración de los servicios y por el grado de participación consciente y responsable de la población organizada democráticamente.
3. Entendemos por Asistencia Médica, el conjunto de actividades desarrolladas por los trabajadores de la salud con carácter multidisciplinario dirigidas a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de las personas sanas o enfermas.
4. En nuestro país, se comprueba la ausencia real y legal del derecho a la salud; la asistencia médica ha sido convertida en un artículo de mercado, sujeto a la ley de la oferta y la demanda. La política seguida por el gobierno seguida por el gobierno de facto ha acentuado las diferencias en los niveles de salud de las diferentes clases sociales, así como su carácter mercantilista, favorecido por la creciente privatización de la asistencia médica estimulada desde el gobierno.
5. El nivel de salud de la población ha sufrido un grave deterioro en la última década, como consecuencia de la disminución del nivel de vida y de la violación sistemática de derechos y libertades esenciales: derecho al trabajo digno y al salario justo; a la educación y la cultura; a las libertades de asociación, de reunión o de expresión, el derecho de una asistencia integral, igualitaria, eficaz, oportuna y humana.

El retroceso registrado en materia de seguridad social ha traído apare-



jado un crecimiento en las cifras de población no protegida así como la pérdida de diversos beneficios sociales.

El deterioro registrado a nivel de los servicios asistenciales del Sector Público y del Sector Privado, agrava aún más la situación.

Se cuentan por centenares las destituciones por razones ideológicas, de terminando la pérdida de valiosos profesionales, técnicos y auxiliares.

El deterioro de las condiciones de trabajo, el salario insuficiente, la falta de recursos materiales, el multiempleo, el autoritarismo del régimen y su traslado a las instituciones del sector, los cambios continuos de horario, constituyen importantes factores de deterioro.

Durante esta década han disminuído los recursos financieros destinados al sector salud. Dentro del sector, la distribución de recursos ha sido arbitraria y contraria a los intereses de las mayorías. Tomando como base 100 los gastos de la Administración Central en 1972, para 1982 los gastos de Salud Pública fueron de 171, los gastos de servicios sanitarios de las Fuerzas Armadas fueron de 1339 y los de Servicios Policiales fueron de 1674.

6. Se acepta que la actual estructura del Sector de Salud se caracteriza por su multiplicidad y superposición de servicios y organización anárquica, productos del desarrollo espontáneo; sus características más salientes son:

. Servicios insuficientes centrados en la reparación de la enfermedad, con escasos medios para la promoción y protección de la salud y muy escasos centros de rehabilitación.

. Organización de los recursos en forma antieconómica, yuxtaponiendo el derroche a la miseria, como consecuencia del desarrollo espontáneo y del predominio de intereses lucrativos.

7. Se coincide que la corrección de esta situación debe pasar necesariamente por la elaboración de un Plan Nacional de Salud que tendrá como lineamientos generales los siguientes puntos:

. La vigencia real y efectiva del derecho a la salud para todos los ciudadanos y la responsabilidad del Estado para hacerlo efectivo.

. La organización y puesta en marcha de un Sistema Nacional Unico de Salud, donde se coordinarán e integrarán todos los recursos existentes en el Sector Público y Privado, accesible a toda la población desde el punto de vista legal, geográfico y económico con la mayor participación activa de la comunidad organizada democráticamente.



#### 7A - Propuesta adicional\* de Mesa de Salud a Mesa Ejecutiva:

El objetivo final de los cambios de la estructura sanitaria es un Servicio Nacional Unico de Salud, que asegure el derecho a una salud universal e igualitaria, en el marco de una reformulación del papel del estado y de la participación popular en la solución de los problemas sociales y económicos.

#### 8. Se identifican tres grandes núcleos de población que sufren especialmente las actuales deficiencias del Sector Salud:

- Un 20% de la población ubicada sobre todo en las áreas rurales, no está amparada por ningún tipo de protección, esto determina una necesidad prioritaria a contemplar.
- La población de menores recursos que se atiende en el sistema público, se enfrenta a un conjunto de hospitales carentes de recursos, lo que impide alcanzar un nivel de asistencia decorosa.
- La población que recibe asistencia en las instituciones de Asistencia Colectiva, se ve obligada a retirarse en proporciones crecientes, como consecuencia de los costos elevados y de la brutal disminución del poder adquisitivo de los salarios. Estas instituciones están desfinanciadas y no se vislumbran soluciones.

#### 9. Se coincide en que ningún cambio podrá lograrse en la Salud, si no se practica previamente la democratización de las instituciones del Sector, la cual debe concretarse en lo inmediato en el cese de la intervención a los organismos públicos y privados y en el cese de la represión a las organizaciones sindicales del sector Salud; tampoco se podrá procesar ningún cambio sin establecer condiciones de seguridad laboral y de salario justo y adecuado para todos sus trabajadores.

Montevideo, 19 de octubre de 1984.



## CONCERTACION NACIONAL PROGRAMATICA

### Area 7.3. SALUD Documento 03.

Los integrantes del grupo de trabajo de la Salud aplicando las directivas políticas generales emanadas del Documento 02 acuerdan un grupo de medidas de aplicación a corto plazo. Ellas determinarán sustanciales modificaciones en la salud de los sectores prioritarios (población sin cobertura) y tenderán a fortalecer las estructuras actuales enmarcadas en los objetivos generales del Sistema Nacional Unico de Salud.

A pesar de estar estrictamente relacionadas entre sí, han sido divididas en cuatro sectores con fines expositivos.

#### A) Democratización de las instituciones del sector

1. Democratización de los organismos de gobierno de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, con participación de trabajadores y usuarios.
2. Establecer la necesidad de participación de los trabajadores en el gobierno de los organismos de seguridad social que desarrollen actividades en el sector salud.

#### 2.A. Propuesta adicional\* de Mesa de Salud a Mesa Ejecutiva.

- Se acepta la participación de los trabajadores en el gobierno de los organismos de Seguridad Social, considerando que estos aspectos deben ser tratados en el grupo de trabajo de Seguridad Social.
3. Desarrollar la participación de la comunidad organizada a través de estructuras definidas, estimulando y asegurando la participación activa de todos sus componentes en la planificación, organización, dirección y evaluación de los servicios del Sistema de Salud.
  4. Promover la participación de los trabajadores del sector público en los niveles adecuados, aportando a la gestión de los organismos correspondientes.

#### B) Aspectos asistenciales

1. Proporcionar de inmediato Carné de Asistencia del Ministerio de Salud Pública a la población que no tenga protección formal de Servicios de Salud y carente de los recursos necesarios para dotárselos.
2. Incorporar a los Seguros de Enfermedad administrados por el Estado, a todos los trabajadores, incluyendo trabajadores rurales y

\* sin consenso.



eventuales de todo el país, a través de instituciones integradas a un Sistema de Salud en cuya dirección participen representantes del Estado, del Personal de Salud y de la Comunidad organizada.

3. Incrementar las asignaciones presupuestales del Ministerio de Salud Pública y del Hospital de Clínicas para hacer posible, no solamente la superación de las carencias actuales de los Servicios, sino que permitan absorber la demanda de más de un cuarto de millón de personas, actualmente sin cobertura en atención médica.
4. Implementar medidas dirigidas a incrementar las actividades de promoción y protección de salud.
5. Reorganizar la asistencia médica a nivel primario utilizando todos los recursos disponibles y promoviendo la participación organizada de la Comunidad.
6. Reorganizar los servicios de salud mental, en el sector público y estimular su desarrollo a nivel de la asistencia médica colectiva.
7. Desarrollar los servicios de atención materno-infantil, a nivel de las instituciones públicas y privadas.
8. Estimular el desarrollo de los servicios de rehabilitación.
9. Desarrollar a nivel público y de la medicina colectivizada, los servicios de atención geriátrica.
10. Desarrollar la asistencia odontológica a nivel público y de la asistencia colectiva.
11. Promover la definición de normas en materia de dotación de personal y para la evaluación y control de calidad asistencial.
12. Las directivas políticas que identifican las áreas problema antes mencionadas, deberán ser objeto de programas específicos que integren el futuro Plan Nacional de Salud a formularse e iniciar su aplicación durante el primer año de Gobierno democrático.

### C) Administración de los servicios

1. Revisar la ley del Mutualismo, reconsiderar los decretos respectivos, con la participación de los gremios y los sectores involucrados y paralelamente diseñar medidas dirigidas a resolver la situación crítica de las IAMC.
2. Revisar la ley 14.897 relativa a la implantación del Fondo Nacional de Recursos y los servicios que brinda el IMAE.
3. Organizar un Sistema Nacional de Información, único y centralizado para todas las Instituciones de Asistencia Médica Públicas y Privadas.
4. Corregir el deterioro producido en la prestación de servicios de salud, públicos y privados, por las destituciones, reponiendo los destituidos y reparando las arbitrariedades cometidas, de acuerdo



a lo ya resuelto por la Comisión de Derechos, Libertades y Garantías.

5. Reimplantación del internado con revisión de su actual reglamentación.
6. Elaborar de acuerdo con los trabajadores de la salud y los demás sectores involucrados, un Estatuto con fuerza legal que comprenda a todo el personal de salud y que contemple entre otros los siguientes aspectos:
  - 6.1. Apertura progresiva y programada del ingreso de nuevos médicos y practicantes a todas las instituciones de asistencia.
  - 6.2. Normas de selección, educación en servicio y evaluación.
  - 6.3. Provisión de cargos mediante llamado a aspirantes o por concurso, según corresponda, sin discriminación alguna.
  - 6.4. Definición de escalafones, con normas de ingreso y promoción.
  - 6.5. Aplicación efectiva del máximo de 8 horas de jornada laboral para todo el personal, salvo razones especiales, respetándose además los derechos ya adquiridos por los trabajadores.
  - 6.6. Promoción de la concentración del trabajo profesional, como forma de asegurar un trabajo más eficaz y eficiente, y desarrollado de acuerdo a normas higiénicas.
  - 6.7. Establecer criterios justos de remuneración.
7. Iniciar el tránsito de los IMAE y los organismos de seguro parcial, a la órbita del estado y/o de los organismos de asistencia colectiva.
8. Iniciar la implantación de una política de adquisición y uso de equipos y materiales, que incluya la normatización en materia de especificaciones.
9. Iniciar la implantación de una Política Nacional de Medicamentos cuyos objetivos sean la mayor racionalidad en la producción, distribución y utilización de ese recurso terapéutico y el acceso de toda la población al medicamento, de acuerdo a las necesidades de una correcta asistencia.

Ello deberá incluir:

  - 9.1. Elaboración de un Formulario Terapéutico Unificado y reglamentación de acuerdo a las recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud.
  - 9.2. Acuerdos de complementación internacional para la fabricación y adquisición de materias primas.
  - 9.3. El desarrollo de los esfuerzos de producción nacional, minimizando el ingreso de productos terminados o semi-elaborados.
  - 9.4. La creación de Bancos de Medicamentos.
  - 9.5. Normas de fabricación, control de calidad y uso terapéutico



9.6. Disminución de costos reales para los usuarios a través de modificaciones en el sistema impositivo de actual incidencia en el precio de los medicamentos.

9.7\* Compras directas de materias primas. El desarrollo de esta política se basará en la utilización total y racional de los recursos humanos y tecnológicos actualmente disponibles, y asegurará el mantenimiento de las fuentes de trabajo y nivel salarial del sector.

\*sin concenso.

#### D) Aspectos financieros

1. Dotar de los recursos financieros necesarios para cumplir con sus cometidos específicos a los organismos de asistencia pública dependientes del Ministerio de Salud Pública y al Hospital de Clínicas.
2. Implementar formas de asistencia financiera a las INAC, siempre que esas instituciones cumplan con las exigencias de organización, de funcionamiento y de coordinación que se establezcan, y que los habilite para incorporarse al futuro Sistema Nacional Único de Salud.
3. Dotar de los recursos financieros a la Seguridad Social, que permita financiar la incorporación de nuevos sectores laborales.
4. Implementar medidas de apoyo financiero a los centros de atención primaria de Salud locales, barriales, cooperativas y gremiales, que actúen de acuerdo a las normas de coordinación que establezca el Sistema Nacional Único de Salud (orientados a su integración en el Servicio Nacional de Salud).

Montevideo, 19 de octubre de 1984.

Se acompaña lista de Delegaciones asistentes a las sesiones del 19.10.84 (Documentos 02 y 03).



### Concertación Nacional Programática

#### Mesa Nº 3. SALUD

#### Asistencia a la reunión del viernes 19.10.84.

Partido Colorado:	Bustos, Raúl. de Siano, Daniel Strozzi, Carlos Testoni, Carlos	Dr. Dr. Dr. Dr.
Partido Nacional:	Mendoza, Gloria Morelli, Daniel Rubio, Roberto	Dra. Dr. Dr.
Frente Amplio:	Caputti, Tabaré Villar, Hugo	Dr. Dr.
Unión Cívica:	García Otero, Ignacio Pastore, Mateo	Dr. Arq.
Asceep:	Buglioti, Marisa Pigato, Claudio	Srta. Sr.
Asociación Farmacias Interior:	Cataloñe, José Pereyra, Jacinto	Cr. Sr.
Asociación Productores Rurales:	Trobo, Mario C.	Dr.
Cámara de Industrias:	D'Alto, Mario Moldes, Manuel Soto, Héctor Posada, Octavio	Sr. Dr. Q.F. Sr.
Centro de Farmacias del Uruguay:	Bomio, Eric Cabrera, Fernando	Sr. Sr.
Centro de Policlínicas Populares:	Blanc, Lida Sollazo, Ana	A.Soc.
CLAEH:	Nápoli, Marta Terra, María del C.	Dra. Srta.





Sociedad Nacional de Médicos

Impreso en forma cooperativa en:  
GRAFICOM s.r.l. Daniel Muñoz 2218,  
Montevideo, tel. 41.43.24.  
D.L.202.708.