MESA REDONDA

CIR URUGUAY 1990; 60: 185–207

Realidad y perspectivas de la profesión quirúrgica en el Uruguay

Coordinador: Dr. Gustavo A. Bogliaccini
Panelistas: Dres. Gustavo Piacenza, Ernesto Bastarrica,
Lic. Ricardo Meerhoff

Introducción

Dr. Gustavo A. Bogliaccini

Palabras clave: Cirugía. Uruguay.

Agradecemos, como es de estilo, a las Autoridades del XXXIX Congreso Uruguayo de Cirugía que nos hayan confiado al coordinación de esta Mesa.

Como Uds. saben existen dos clases de hombres, aquellos que miran los hechos que se suceden y se interrogan el por qué de los mismos y una segunda categoría, entre los cuales siempre he tratado de encontrarme, aquellos que sueñan sueños y se preguntan ¿por qué no?

Hemos optado por tratar de mostrar la realidad descarnada y señalarles sus fundamentos socioeconómicos, tratando de resaltar su relación de causa–efecto.

El objetivo es entonces crear una conciencia colectiva, diríamos una masa crítica que inicie el camino de los cambios. Creemos que ha llegado el tiempo, y que todos los intentos de provocarlos, van a hallar eco esta vez. Restan entre nosotros reductos recalcitrantes del statu quo o de la restauración con afeites de un pasado que no ha de volver, soplan vientos de cambio en un área cada vez más extendida y diversa de las actividades sociales y económicas de nuestra comunidad. Basta mirar en derredor para ver que estos cambios se han producido a pesar de políticas oficiales o de ideologías que bajo el reclamo de cambios irreales, propenden a conservar y aún a expandir estructuras anacrónicas y antieconómicas.

Deben comprender los más jóvenes de entre nosotros, que salvo contadas excepciones, éste sistema profundamente injusto de dependencia laboral, les va a cerrar las puertas por diferentes causas y los va a llevar insensiblemente a prostituir la profesión que con tanto amor han abrazado.

Hemos dividido la exposición en cinco capítulos; separando dos aspectos adicionales que por su importancia y actualidad serán tratados en Conferencias que siguen a esta Mesa. «El Control de la Calidad de la Asistencia», motivo de la exposición del Dr Hannu Vuori, y «La Formación y Educación del Cirujano» a cargo del Dr. Enrique Beveraggi, a las que solo aludiremos colateralmente. Un primer capítulo entonces, a cargo del Dr. Guillermo Piacenza, abordará la realidad a través de la visión que tiene un cirujano inmerso diariamente en los problemas de su práctica. El Lic. Ricardo Meerhoff, economista, sustanciará en números un análisis del por qué de esta situación. A cargo de quien les habla quedan las propuestas de un cambio factible, con nuestra infraestructura asistencial. Por último el Dr. Ernesto Bastarrica neurocirujano, por todos Uds. conocido, abordará la tarea de explicar la organización de su especialidad a nivel nacional, desde un punto de vista racional, que asegure para la comunidad, con quien tenemos nuestra primera obligación, los mejores resultados con los recursos asignados.

No escapará a nuestro entender que son todos aspectos parciales de una realidad muy compleja y, que ha medida que se corrijan surgirán nuevos problemas a solucionar.

Presentado como Mesa Redonda al XXXIX Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, diciembre de 1988
Dirección: Dr. G. Bogliaccini. Juan Paullier 1276 Apto. 601, Montevideo.

Realidad y perspectivas de la profesión quirúrgica en el Uruguay

Dr. Guillermo Piacenza *

Palabras clave: Cirugía. Uruguay.

Introducción

El análisis de la situación actual de la cirugía nos enfrenta a un panorama sombrío. Estamos lejos de acceder a lo que un día consideramos el ideal, por el contrario, nos vemos frente a una realidad plagada de limitaciones e inconvenientes que conducen al inconformismo. Una autocrítica sincera es imposterga ble para corregir errores y revertir la misma.

Encararemos su estudio evaluando por un lado los aspectos inherentes a la formación científica. Por otro, aspectos laborales que determinen la realidad asistencial en que actuamos. Ambos, son inseparables, puesto que sus problemas repercuten entre sí para conformar en conjunto el panorama de inconformismo por el cual transitamos.

Existen, justo es reconocerlo, excepciones a esta realidad, pero en el balance global predominan carencias y errores tanto en la formación como en la faz asistencial que nos alejan cada vez más de lo que un día aspiramos como ideal para nuestra especialidad.

Formación quirúrgica

Acceder al título de cirujano exige una formación escolástica y práctica que en último término capaciten al médico para cumplir su gesto máximo, la intervención quirúrgica. Esta, implica una responsabilidad que va más allá de aspectos puramente técnicos.

El acto quirúrgico puede dar lugar a situaciones médico–legales con mayor frecuencia que otros actos médicos. En este sentido es común que los juristas utilicen al mismo como ejemplo de situaciones de negligencia o mala práctica. El margen de error es estrecho o inexistente en la práctica quirúrgica.

Una formación inadecuada o insuficiente repercuten en la tarea asistencial, en el bienestar del enfermo e incrementan los riesgos médico–legales de quien la practica.

A las bases teóricas, la cirugía agrega la necesidad de un entrenamiento imprescindible para acceder a una correcta labor asistencial. Surge aquí una de las mayores dificultades en la correcta formación de nuestra especialidad.

A un número creciente de aspirantes, se agrega una disminución real de pacientes hospitalarios. La población activa, a través de los seguros de enfermedad, acceden a la asistencia mutual privando al hospital, único centro habilitado para la docencia, de un caudal importante de operaciones.

Salas de aproximadamente 20 camas, eran atendidas hasta hace 10 años por un practicante interno, un asistente y un profesor adjunto que participaban de todas las operaciones. En la actualidad, para un mismo número de camas, existen promedialmente dos internos, dos residentes, dos asistentes y eventualmente dos profesores adjuntos. El número de operaciones a que pueden acceder hoy es sin duda significativamente menor al que accedían los grados 1 y 2 años atrás. El entrenamiento quirúrgico se hace difícil y altamente competitivo, el riesgo de carecer de una formación práctica correcta, casi la regla.

En el último año la Escuela de Posgraduados, recoge esta realidad. Al limitarse el ingreso a la especialidad, exigiendo la obtención previa del título de Residente, busca sin duda mejorar la formación quirúrgica. Debe insistirse en este aspecto. Creemos que el desempeño titular de un grado 2 debería ser requisito para la obtención del título. Cirujano sin entrenamiento adecuado no puede brindar una asistencia con las garantías que requiere el paciente.

La falta de reciclaje, así como la ausencia de una educación médica continua, bien programada, que permitan el correcto control del médico en el ejercicio de su profesión, imponen una revisión para su adopción. El título de cirujano, lejos de ser una meta, es sin duda el comienzo de un perfeccionamiento constante. La cirugía es una ciencia dinámica, evolución y cambio son la regla.

Una educación médica continua encarada sobre una metodología teórico–práctica bien elaborada redunda en beneficio de una mejor preparación que se vierte en una mejor asistencia. La misma crea un incentivo y una exigencia, pero además evita la formación de autodidactas.

Nuestra especialidad, está basada en el individualismo más que en la "Escuela Quirúrgica" que fue precisamente, pilar fundamental en la evolución de la cirugía en nuestro país.

La actividad científica, tanto a nivel de los servicios de Facultad, M.S.P o entidades privadas no sigue una actividad científica basada en un programa previo que complemente los esfuerzos y objetivos. Por el contrario, presenciamos una sucesión de eventos que en última instancia autolimitan sus posibilidades tanto económicas como de concurrencia. Afortunadamente, la integración entre los diver-

* Prof. Adjunto Cirujano del Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

sos servicios de Facultad, ha comenzado. En un medio reducido como el nuestro, con menos de tres millones de habitantes, y aproximadamente 400 cirujanos, es imprescindible el trabajo conjunto si pretendemos acceder a trabajos científicos con proyección internacional.

La proliferación de publicaciones referidas a no más de 2–3 casos clínicos no nos van a permitir sacar conclusiones serias. La integración es necesaria si queremos lograr la proyección científica basados en números estadísticos que den fundamento al trabajo. Carecemos de centros de referencia que permitan centralizar patologías poco frecuentes que redunden en una mejor formación del cirujano con el logro de mejores resultados.

La faz económica influye sin duda en la formación científica. Las bajas remuneraciones impiden muchas veces, la dedicación diaria que la función docente exige. Ello repercute en los grados de inicio, que pueden verse privados del apoyo y asesoramiento que los primeros pasos de la cirugía imponen.

Dentro de este panorama, la correcta formación quirúrgica se torna difícil. El entrenamiento quirúrgico puede llegar a ser insuficiente. Si bien el esfuerzo personal es necesario, se le deben brindar las posibilidades mínimas para su expresión. La falta de un entrenamiento adecuado, va a ir en aumento a menos que busquemos soluciones para extender su práctica y asegurar su continuidad.

La falta de integración promueve al individualismo. La educación médica continua y el reciclaje, a la vez que incentivan la superación personal y la competencia leal, promueven una mejor tarea asistencial basada en la "Escuela Quirúrgica" y no en el autodidacta.

La "Escuela Quirúrgica Uruguaya", supo ser ejemplo en la formación de sus técnicos. Hoy, hemos perdido gran parte de ese prestigio. La infraestructura socio–económica incide, pero sería engañarnos nosotros mismos el no reconocer nuestra responsabilidad directa en la planificación de una formación quirúrgica acorde con la responsabilidad que impone la práctica de la cirugía.

Hemos eludido la responsabilidad, justo es reconocerlo.

Condiciones laborales y asistenciales

Si bien la formación científica enfrenta limitaciones, en el campo laboral y asistencial la situación es crítica.

Sin duda aquí radican las causas de gran parte de los problemas que afectan nuestra profesión.

Somos responsables directos al aceptar amparados en una pésima remuneración, condiciones de trabajo que nos sitúan muchas veces al borde de la negligencia u omisión de asistencia.

Nuestra situación laboral promueve al multiempleo. Superposición de guardias, coordinaciones sucesivas y policlínicas asistenciales en diversos hospitales y sanatorios crean condiciones de higiene laboral incompatibles con una buena asistencia.

Como consecuencia directa, el acto quirúrgico, la relación médico–paciente, las fuentes de trabajo y las remuneraciones económicas se van deteriorando.

Acto quirúrgico

Es difícil concebir la cirugía dentro de un sistema que no reconoce ni jerarquiza al acto quirúrgico como la esencia de la especialidad.

Es nuestra responsabilidad el haber tolerado su deterioro así como su exclusión en muchas formas de remuneración. Salarios fijos donde valen lo mismo 1, 10 ó 30 intervenciones, o destajos que sitúan la intervención por debajo de otros actos médicos. Al 1 de junio de 1988 la alta cirugía es cotizada en N$ 4634 ó N$ 6951 si es de urgencia. Estos números hablan por sí sólos, más aún si los comparamos a otros actos médicos cotizados muy por encima, caso de ECG, endoscopías, estudios radiológicos, etc.

Esta realidad parece indicar y promover una escala de valores donde es más cotizada la inversión en cualquier tipo de aparato que la capacitación técnica que requiere el acceder a efectuar una intervención quirúrgica.

El acto quirúrgico supone riesgos, horas de formación y genera responsabilidades asistenciales y médico–legales, que le confieren el centro, en torno al cual gira la especialidad.

Desarrollar una técnica quirúrgica perfecta es la meta de todo cirujano. Si en ella centramos una parte muy importante de nuestra formación, es lógico que aspiremos a su justo reconocimiento tanto en la organización laboral como en la remuneración. El acto quirúrgico debe regir nuestro trabajo, centrar nuestra remuneración ya que es en último término quien da forma y perfil propio a nuestra especialidad. Por sus características, no puede ser medido en horas de trabajo, su valoración exige el análisis del tipo de maniobra quirúrgica, los riesgos que crean, calidad de resultados, aspectos que dan lugar a su división en corriente, mayor o altamente especilizada, en función de su mayor o menor complejidad. Aceptar su exclusión es equivalente a negar la cirugía.

Relación médico–paciente

El multiempleo contribuye a alterar la relación médico paciente en perjuicio de una labor asistencial que se resiente en calidad.

La relación médico–paciente, es la base de una asistencia correcta. Esta relación, está hoy en día, en vías de extinción. El acto médico, tiende a ser un acto impersonal en ambos sentidos. Es común que el paciente desconozca el nombre del cirujano que

lo operó. En contrapartida, es más fácil recordar a un enfermo por su patología que por su nombre. La falta de tiempo a que conduce este sistema de trabajo es la causa principal de este problema. Radiollamadas que suenan en sala de operaciones, carreras por la ciudad de un lugar a otro, descentralización total del trabajo, son incompatibles con una correcta asistencia. La clínica ve su espacio más reducido en favor de estudios paraclínicos que elevan costos y no son siempre bien indicados.

La relación se va perdiendo, el cirujano poco a poco va limitando su tarea al gesto de operar. Se descansa en cuidados intensivos, intermedios, salas de recuperación, el cuidado y control del paciente. El post–operatorio parece transformarse en algo diferente a la cirugía. A la inversa, se reciben enfermos dirigidos por otros especialistas donde hasta se nos indica el tipo de intervención que debemos realizar. Poco a poco el cirujano parece transformarse en un mero instrumento limitado a efectuar la intervención. La cirugía va mucho más allá del sólo gesto de operar. Es nuestro deber conservar los espacios e impedir la transformación del cirujano en simple operador.

El no reconocimiento del acto médico, la pérdida de relación médico–paciente van gradualmente llevando a una pérdida de incentivo que estimule el esfuerzo y capacitación técnica.

Fuentes de trabajo

Constituyen el mejor ejemplo del desorden en que debemos ejercer. La amplia superioridad de la demanda transforma a las mismas en centros de lucha para subsistir. En su mayoría, la dependencia laboral se dirige a Consejos Directivos integrados por personas que nada tienen que ver con la profesión.

El ingreso depende más de vínculos personales que del grado de capacitación técnica. La falta de concursos en la gran mayoría impide racionalizar su ingreso. La continuidad laboral para quien termina un cargo docente, no existe.

Las generaciones jóvenes se enfrentan así a la imposibilidad de acceder a ellas. Una vez terminado el cargo Hospitalario las posibilidades de mantener un entrenamiento quirúrgico se hacen difíciles o imposibles. Con ello ven deteriorarse una formación científica que insumió esfuerzos y necesita del entrenamiento constante (*).

Es necesario racionalizar el trabajo quirúrgico para revertir esta situación. Los cirujanos no hemos sido capaces de lograr una unidad que nos permita crear las condiciones mínimas de higiene laboral. No hemos sido capaces de arancelar nuestros actos tal cual ocurre en otras especialidades y profesiones. Con ello favorecemos la proliferación de fuentes de trabajo que nos transforman en asalariados dependientes de instituciones que normatizan a su antojo nuestra tarea. El carácter liberal de nuestra profesión ha desaparecido.

Es impostergable que exijamos el reconocimiento del acto médico como base de nuestra remuneración. La responsabilidad de practicarlo es nuestro deber. Darle la jerarquía que corresponde, nuestra obligación. Basados en el acto médico debemos estudiar la oferta y demanda quirúrgica de modo de lograr una mejor distribución de la tarea asistencial creando un mejor horizonte de trabajo al que se inicia. Con ello lograremos reestablecer una relación médico–paciente adecuada así como obtener condiciones de higiene laboral que den el margen de tiempo necesario para el estudio, perfeccionamiento y asistencia correcta.

Factor económico

No desconocemos su incidencia en nuestra realidad laboral. A bajos salarios, mayor número de cargos. Se inicia así un círculo vicioso que en último término se refleja en una mala asistencia. La fatiga mental y física no es infrecuente pudiendo promover errores. Si aceptamos la responsabilidad médico–legal que todo acto médico implica, es lógico que exijamos las condiciones laborales que nos permitan desarrollar al máximo nuestra capacidad. En el sistema actual, estas no se dan, más aún casi no existen, de ahí el riesgo de negligencia u omisión al que hicimos referencia.

Pero no debemos olvidar que hemos sido los propios cirujanos quienes aceptamos en algún momento estas formas de trabajo y remuneración. Es nuestra la responsabilidad de haber permitido la transformación de una profesión liberal en una dependencia salarial. Es por ello nuestra la responsabilidad de revertir esta situación.

La unidad quirúrgica es imprescindible si queremos mejorar la realidad. El conformismo de buscar soluciones personales para acceder a más fuentes de trabajo o mejores salarios no es solución, más aún es causa de esta situación. El impulso personal no puede ser la única forma de superación.

Conclusión

La situación actual de la cirugía es grave tanto en el aspecto científico como asistencial. Nuestro prestigio internacional ha desaparecido. Es necesaria la unión de todos para revitalizar nuestra profesión. Reestructurar nuestra formación y metodología de trabajos son indispensables si aspiramos defender el nivel y jerarquía que con tanto sacrificio lograron los Maestros que forjaron la Escuela Quirúrgica Uruguaya.

(*) Cierre, desfinanciamientos, retraso en los pagos, feriados quirúrgicos, se agregan como factores de deterioro creando una inestabilidad laboral constante.

Análisis económico y censal de la profesión quirúrgica

Lic. Ricardo R. Meerhoff [1]

Palabras clave: Cirugía. Economía. Uruguay

El autor agradece a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto haber autorizado el uso de información procesada en su seno. asimismo, agradece a la Analista Programador Martha Pelayo la elaboración del programa de computación para sistematizar información específica a la profesión quirúrgica en el Uruguay.

Introducción

En la presente ponencia cubriré tres áreas, basado en información obtenida de un estudio que conduje yo mismo y que inicié cuando era asesor del Ministro de Salud Pública Dr. Antonio Cañellas, y que motivó más tarde, de 1985 a la fecha, una serie de publicaciones realizadas desde la Oficina de Planeamiento y Presupuesto bajo el título general de «Investigación en Personal de Salud», serie patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud. Las tres áreas que serán mi tema refieren en primer lugar a la situación laboral del cuerpo médico en su conjunto al mes de mayo de 1980, fecha del relevamiento original, para pasar en segundo término a estudiar el caso especial del mercado de trabajo de la cirugía en el Uruguay. En tercer y último lugar procuraré enfocar perspectivas en este campo y eventuales soluciones. La información completa acerca del cuerpo médico nacional se puede consultar en la tercer publicación de la serie mencionada, que lleva por título «El mercado de trabajo médico en el Uruguay» (Montevideo, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, marzo de 1988, 191pp).

Debo mencionar de antemano que una de las dificultades que existen en nuestro país radica en el aparente consenso existente acerca de la identificación de áreas–problema, consenso que sin embargo en la mayor parte de las veces no va acompañado por los estudios cuantitativos que le brinden la necesaria dimensión documentada. La discusión, por lo tanto, queda en apreciaciones de carácter general, que repiten frecuentemente lugares comunes y que no aportan soluciones realistas y efectivas. Las soluciones que se plantean suelen enfocar aspectos segmentados de los problemas, no tiene en cuenta repercusiones laterales, ni parten de una visión global e integrada. En definitiva, más contribuyen a perturbar la situación, que a resolverla.

Mi aspiración en esta Mesa se encamina a compartir con Uds. la información que hemos podido recoger y sistematizar para que, de su conocimiento y adecuado análisis, podamos superar yo diría que no sólo el estado de empirismo en que se encuentra hoy la discusión, sino también la relativa inmovilidad y carencia de vías de cambio constatables, y sea cuales fueran las soluciones que se propongan o discutan, desearía que partiesen todas ellas de un mismo conocimiento fidedigno de la realidad. Inclusive, aspiraría a que los datos que presentaré abran nuevos caminos de pensamiento, pues como se apreciará, la situación es más compleja de lo que podamos pensar a priori, y más difícil por lo tanto el procurar soluciones equilibradas y de largo plazo.

La situación laboral del cuerpo médico del Uruguay

Composición por edades y por sexo

Soy de la opinión que dice mucho más una figura que un texto o un conjunto de números. Por lo mismo, en la figura 1 aprecian Uds. la pirámide por sexo y edad del cuerpo médico nacional. Del lado izquierdo se representa el sexo masculino, y del lado derecho el femenino, en grupos de edad que se escalonan de cinco en cinco años, comenzando en el tramo de 25 a 30 años y terminando en el grupo de 85 y más años. En la primer parte de la figura se presenta la situación al 31 de mayo de 1980, fecha del relevamiento, y en la parte inferior la situación al 31 de diciembre de 1987. En trasfondo más oscuro se indican los profesionales relevados, es decir, los médicos que se encontraban en el mercado laboral al mes de mayo de 1980. Por exclusión, las partes en blanco indican los médicos que estaban en condiciones de ejercer según la Caja de Jubilaciones y de Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU), pero que debemos presumir que no estaban trabajando; nos dan idea, por lo tanto, del desempleo existente en tanto que ejercicio de la medicina. La gráfica inferior muestra la expansión acaecida con motivo de los egresos de la Facultad de Medicina desde esa fecha de 1980 a 1987, aunque en dicho gráfico no se han ajustado los grupos de edad correspondientes a los profesionales partícipes en el mercado laboral a 1980, pues a 1987

1. Licenciado en Economía y en Filosofía de la Universidad de la República, Uruguay, Master en Economía de la Universidad de California, EE.UU., Profesor universitario, Jefe del Departamento de Política Social de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (Presidencia del Uruguay), consultor internacional en temas de Economía de Salud, e investigador en temas afines a su especialidad.

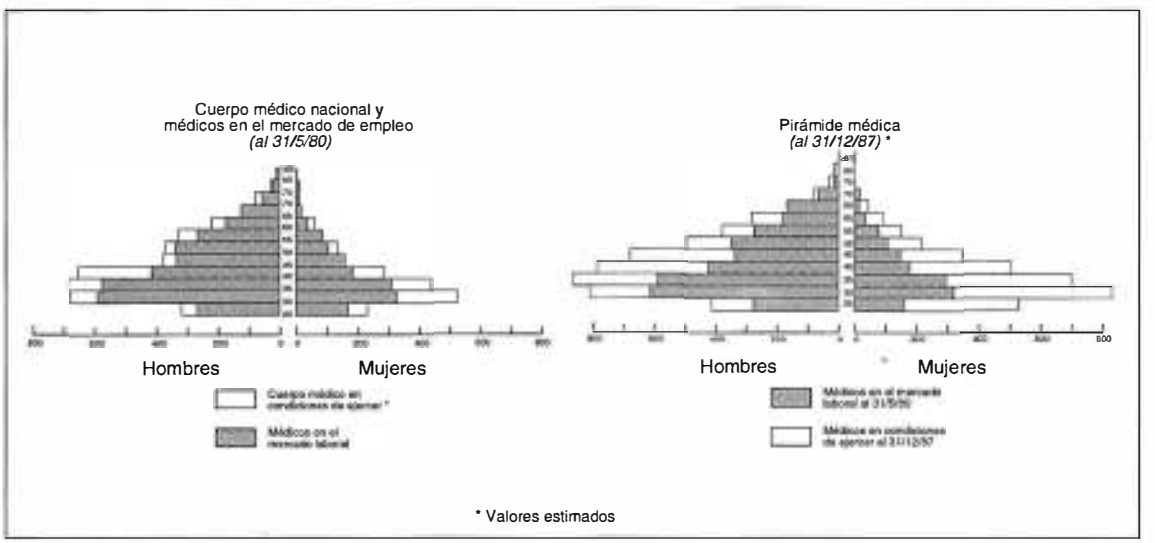

Figura 1 Pirámides comparativas.

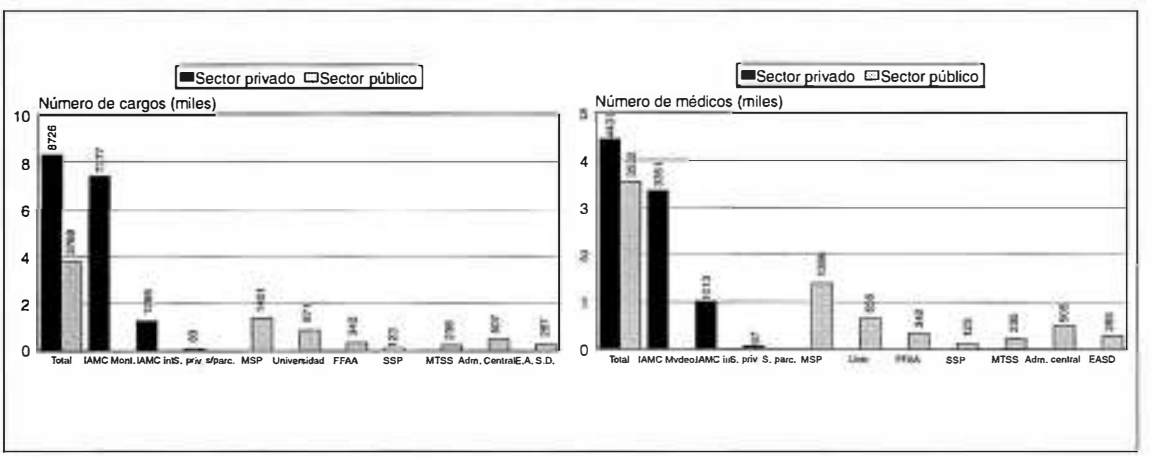

Figura 2 Número total de cargos y de médicos en cada subsector

estos envejecieron siete años, algunos se retiraron o fallecieron, ingresaron otros nuevos, etc. A pesar de que dicha actualización no se presente, las gráficas ilustran el cambio acelerado ocurrido y el significativo aumento del número de profesionales en condiciones de ejercer la medicina, que contrasta frente a la conocida situación en el país de una demanda institucional por médicos relativamente rígida y de tiempo atrás saturada.

Cargos y profesionales relevados

Lo que nos interesa señalar es que el relevamiento fue un censo al mes de mayo de 1980, y que se captó la información a partir de los registros de las diversas instituciones que componen los subsectores del sector salud. Los datos se compactaron mediante el número de CJPPU, que es único. En total se recogió información acerca de 4.712 profesionales, que tenían vínculo laboral en 12.495 cargos. No todos los 4.712 profesionales percibieron remuneración, sino sólo 4.423; en contrapartida, solamente 11.061 cargos generaron ingreso a sus poseedores. En otras palabras, el estudio detectó la existencia de 1.434 cargos sin remuneración y 289 profesionales que no recibieron ingreso alguno. El multiempleo vuelve complejo el análisis, pues la mayor parte de los profesionales posee más de un empleo, incluyendo algunos sin remuneración. La distribución de médicos y de cargos por subsecto-

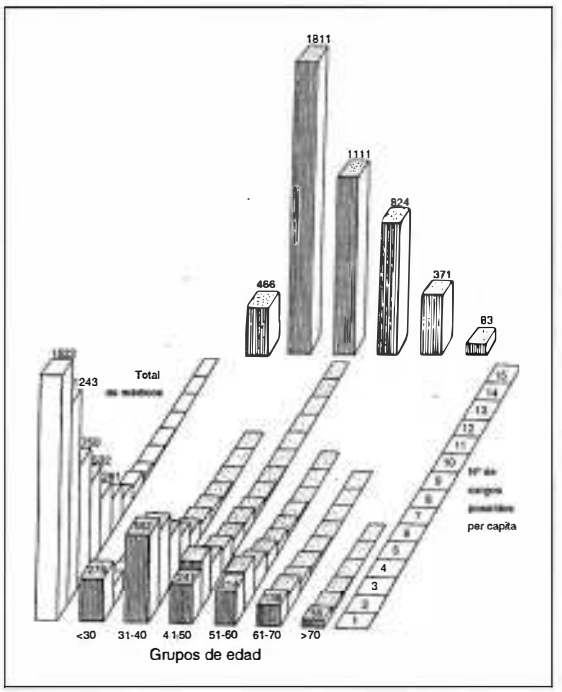

Figura 3 Número de médicos según grupos etareos y cantidad de cargos poseídos per cápita.

res se ilustra en la figura 2. A su vez, una visualización del multiempleo, abierto por grupos decenales de edad, se aprecia en la figura 3.

Empleo y desempleo

En breve síntesis, digamos que cada profesional ocupa en promedio 2.7 cargos, aunque 32% de los profesionales posee un solo cargo, en oposición a 25%, que posee tres y más cargos, reuniendo este último grupo la mitad de todos los cargos relevados. El mayor empleador es el sector privado colectivo, que ofrece 69% de los cargos; el sector público, con 3.769 cargos, posee 31% del total. El desempleo es extenso: de los 5.972 profesionales registrados en la CJPPU a la fecha del estudio, en vínculo institucional y percibiendo ingreso había sólo 4.423 médicos, de modo que por diferencia se obtiene que 26% no se desempeñaba como médico (recordemos que la medicina liberal privada exclusiva, es decir, sin poseer absolutamente ningún vinculo institucional, prácticamente no existe en el Uruguay, de modo que al haber relevado los datos a partir de las planillas de personal y de sueldos de cada institución, debemos presumir que a la fecha del estudio no hay médicos nacionales de quienes no se haya captado información).

Quiero reiterar este último comentario. Al mes de mayo de 1980, 26% del cuerpo médico nacional no se desempeñaba en tanto que médico. A esa fecha había 5.972 profesionales. Hoy, diciembre de 1988, están en condiciones de ejercer la medicina mas de 8.500 profesionales –un aumento de 42%–, y han ingresado a la Facultad de Medicina cerca de 7.000 estudiantes (*). Sin embargo, el número de puestos de trabajo no ha aumentado en forma correlativa: muchas instituciones inclusive cerraron, y si bien hubo un aumento importante en los servicios privados de asistencia médica colectiva del interior del país y algunos otros cambios, que veremos, en términos generales se puede afirmar que las instituciones del sector han llegado a su límite de crecimiento natural, bajo las condiciones prevalecientes.

Pues bien, si ese es el panorama respecto del desempleo, para poner un toque de aún mayor realismo, debemos mencionar que no es ésta toda la historia, sino que es aún más grave: dentro del grupo de 4.423 médicos que fue relevado como en situación de trabajo, el subempleo es un fenómeno extendido. Este problema se aprecia en forma indirecta a través de las remuneraciones percibidas y de la distribución del ingreso, aspectos que veremos un poco más adelante. Lo que quiero señalar es que el mercado parece haber llegado a su agotamiento hace ya años, y que existe una inercia histórica por parte del instituto formador de recursos humanos, que continúa capacitando profesionales ajenos a los requerimientos reales de la sociedad, sin que o bien nadie se percató de ello, o bien a nadie le importa, o bien se teme hablar del asunto, o bien se desea que así sean las cosas. Pues el tema en el país no se debate.

Distribución por sexo

Pasemos a considerar la apertura de cargos según sexo. 74% está en manos masculinas, cuando la participación de los hombres en el cuerpo médico nacional a la fecha del estudio es de 66%. No creo que deba verse en esto una discriminación laboral, sino más bien un reflejo del acceso más tardío de la mujer a la profesiones liberales, fenómeno que si bien comienza en la década del 20, se acelera recién en los últimos 30–40 años. Al momento actual, la proporción de ingresos a la Facultad de Medicina es de 60% mujeres y de 40% hombres (con tendencia posiblemente a aumentar aún algo más), lo que apunta a que en el futuro habrá cambios significativos en cuanto a la participación relativa de hombres y mujeres en el mercado de trabajo.

(*) El segundo trabajo de la serie publicada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto presenta una proyección de egresados así como del cuerpo médico nacional para el período 1986-2030, bajo diversas alternativas de ingresos a la Facultad de Medicina. Los resultados son preocupantes.

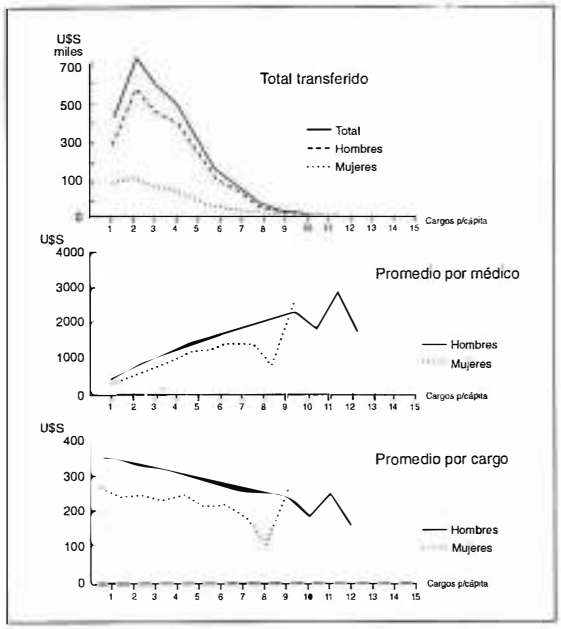

Figura 4 Ingreso según cantidad de cargos per cápita poseídos al 31/5/80 actualizado al 31/5/87 Excluye cargos con remuneración cero

Distribución del ingreso

Veamos el corte de la información según el ingreso percibido. El promedio general se ubica en U$S 252 por cargo, pero cuando excluimos los puestos que no generaron remuneración, el ingreso por cargo sube a U$S 285. Pero considerar meramente cargos lleva a error: debemos tomar en cuenta el poliempleo, es decir, el ingreso que obtiene un profesional por la acumulación de cargos que posee. Bajo esta última consideración el promedio por profesional aumenta a U$S 668 y si, nuevamente, excluimos a los médicos que no percibieron ingreso, se ubica en U$S 712. Ahora bien, considerar promedios es igualmente engañoso, pues éstos no nos dicen nada acerca de la concentración del ingreso. En este sentido, y como ilustración acerca de la magnitud de la concentración existente, baste mencionar que 20% de los profesionales captan 50% de toda la remuneración transferida. A este grupo de altos ingresos se contrapone el hecho que 18% del total abonado se capta por 50% de los profesionales, circunstancia que nos retrotrae al comentario realizado antes de que el subempleo es extendido, y que una de us expresiones está constituida por los bajos ingresos percibidos por un número importante de profesionales. Mencionaremos como ejemplo que hay a 1980 (por supuesto, actualizado a hoy por los índices correspondientes), 862 profesionales, 18% de los médicos relevados, que perciben menos de dos salarios mínimos nacionales, esto es, menos de U$S 160 por mes.

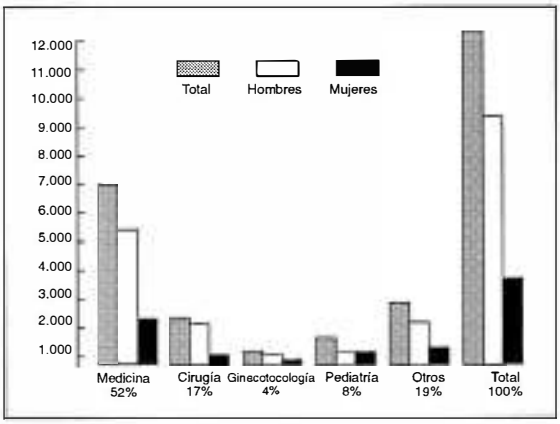

Figura 5 Distribución por sexo de los cargos en cada especialidad básica.

Multiempleo e ingreso personal

Un aspecto interesante, que se visualiza en la figura 4, se refiere al vínculo entre número de cargos poseídos e ingreso. El relevamiento muestra la racionalidad económica de tener muchos empleos: a medida que aumenta el número de cargos poseídos, la remuneración promedial percibida por empleo va disminuyendo, pero no mucho. Sin embargo, la acumulación progresiva de cargos permite un continuado incremento en el ingreso personal. La siguiente serie lo ilustra, en la que se tendrá en cuenta que incluye los cargos que llevan remuneración cero: para cuatro cargos se gana en promedio U$S 1.032; con 8 cargos se percibe en promedio U$S 1.712; con 12 cargos se pasa a ganar promedialmente U$S 2.953, etc. Por supuesto, dentro de cada grupo existe a su vez una distribución del ingreso específica. Por ejemplo, en el grupo de médicos que poseen cuatro cargos hay 72 profesionales que tienen cargos que no generaron remuneración; si excluimos estos cargos, la remuneración promedio crece a U$S 1.144 (en lugar de U$S 1.032). Para este grupo el abanico de ingreso personal abarca desde un profesional que percibió U$S 5 por todo concepto, a otro colega que percibió U$S 4.254. Y cargos con nula remuneración se encuentran en todos los niveles de ingreso.

Ahora bien, si se considera la distribución del ingreso según el sexo, se aprecia que las mujeres sistemáticamente perciben una remuneración más baja, que en promedio se ubica en 60% respecto de la propia de sus colegas masculinos: las mujeres perciben U$S 455 frente a un promedio de U$S 759 de los hombres (dato incluyendo cargos sin remuneración). Dicha proporción se mantiene en todos los grupos de edad.

Tabla 1. Cirugía en el Uruguay. Número de profesionales a mayo de 1980.

Concepto	Total hombres y mujeres		Hombres	Mujeres	Indices		
	nº	%			Total	H	M
Cirugía general	389	45	352	57	100	90	10
Especialidades quirúrgicas	471	55	385	86	100	82	18
Total	860	100	737	123	100	86	14
Personas	783		671	112	100	86	14

Fuente: Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP). Relevamiento directo.

Tabla 2. Cargos quirúrgicos en el Uruguay a mayo de 1980.

Concepto	Total	%	%	S. privado	%	S. público	%
Total de cargos quirúrgicos	2.015	100	17	1.637	100	378	100
Cirugía general	693	34		518	32	175	46
Especialidades quirúrgicas	1.322	66		1.119	68	203	54
Resto de cargos	10.480		83	7.089		3.391	
Número total de cargos	12.495		100	8.726		3.769	

Fuente: OPP, relevamiento directo

Conclusiones

Resumiendo, hemos visto:

- Distribución de profesionales por subsectores, por sexo y por cargos.
- Distribución de médicos y de cargos según grupos de edad.
- Indicadores de empleo múltiple, subocupación y desempleo.
- Nivel de ingreso. Distinción entre cargos con y sin remuneración.
- Distribución del ingreso por cargo, por médico y por sexo.
- Distribución del ingreso según el número de cargos poseídos.

Los comentarios que hemos hecho y las gráficas que hemos incluido nos permiten ubicar el marco general dentro del cual se inscribe el problema de la cirugía. Como verán Uds. seguidamente, la situación se reitera: son estos, problemas comunes a toda la profesión y por lo tanto, no son fáciles de resolver ni tampoco pueden tener tratamiento o solución parcial, por especialidades específicas.

Situación de la cirugía en el Uruguay

La cirugía en el contexto de las demás especialidades médicas

Procederé en este caso siguiendo igual aproximación, de lo general a lo particular. En primer término ubiquemos a la cirugía en el contexto de la profesión médica nacional, lo que Uds. pueden observar en la figura 5: los cargos propiamente quirúrgicos constituyen 17% del total, cuando los cirujanos componen 12% del cuerpo médico (*). Esta relación o mayor proporción de cargos por persona puede ser reflejo de las características de la actividad desarrollada, de mayor especificidad y selectividad y por lo tanto, de demanda más restringida, lo que determina o tiene por efecto un más extenso desempeño simultáneo en varios lugares de trabajo, que el vigente para otros colegas. Esta hipótesis puede tener aún mayor respaldo al considerar el caso de las espe-

(*) En el anexo se transcribe la apertura de la tipificación de especialidades y de cargos que hemos incluido en "Cirugía General" y en "Especialidades Quirúrgicas".

Tabla 3. Distribución por edades y sexo de cirujanos y cargos quirúrgicos

Grupo de edad	Totales			Hombres			Mujeres		
	Cargos	Médicos	C/M	Cargos	Médicos	C/M	Cargos	Médicos	C/M
	Incluye cargos y médicos sin remuneración			Excluye médicos y cargos sin remuneración					
30 y menos	33	26	1.27	21	18	1.17	7	4	1.75
31 - 40	598	260	2.30	414	196	2.11	109	51	2.14
41 - 50	669	218	3.07	528	182	2.90	77	31	2.48
51 - 60	486	167	2.91	419	152	2.76	29	12	2.42
61 - 70	199	87	2.29	173	76	2.28	20	9	2.22
71 y más	19	14	1.36	18	14	1.29	-	-	-
Sin datos	11	11	-	5	5	-	1	1	-
Total	2.015	783	2.57	1.578	643	2.45	243	108	2.25

Fuente: OPP, relevamiento directo

cialidades quirúrgicas (*), donde apreciamos que su participación en el total absoluto de cargos se ubica en 11%, mientras que los especialistas que los detentan constituyen 7% del total de los médicos en el mercado laboral. De la misma figura se desprende que el sector privado ejerce una notoria mayor demanda que el sector público (19% versus 10%, en cuanto a la distribución interna a cada subsector, o sea prácticamente el doble), mayor proporción privada que para el caso de las Especialidades Quirúrgicas se vuelve una diferencia aún más significativa (13% frente a 5%, un índice de 260% para el sector privado frente a 100% del sector público).

Parece natural concluir que el sector privado es mucho más dinámico que el sector público, y en estas cifras no está reflejado el efecto de la Ley 14.897 de Institutos de Medicina Altamente Especializada, pues el relevamiento, como ya dije, corresponde a mayo de 1980. Repito: el sector privado parece ser más dinámico, parece incorporar más rápidamente los avances de la medicina, y parece estar en condiciones de brindar mayor respaldo al cuerpo médico desde el punto de vista laboral, profesional, científico, y de desarrollo personal. Valga este comentario como reflexión para aquellos que aspiran a estatizar la medicina aún más de lo que ya está: bien podría ser dicha posición contraria a los intereses profesionales de la comunidad médica, y sin entrar en consideraciones de eficacia, eficiencia, aceptación del público, y de otros aspectos o criterios igualmente importantes.

(*) En el anexo se transcribe la apertura de la tipificación de especialidades y de cargos que hemos incluido en "Cirugía General" y en "Especialidades Quirúrgicas".

Apertura por especialidades y por sexo

La figura 5 ilustra la proporción relativa de cargos según las cuatro especialidades básicas (medicina 52%, cirugía 17%, ginecotocología 4%, pediatría 8%) y el resto de cargos (19%), así como la apertura por sexo. Visualmente se aprecia que la proporción de mujeres es más baja en la cirugía que en las restantes especialidades. En efecto, 86% de los cargos son poseídos por hombres y sólo 14% pertenece a mujeres, la proporción más extrema (pediatría constituye el caso más equilibrado, si corresponde denominarlo así, pues la participación femenina es de 48%; sin embargo, recordemos que la participación de la mujer dentro de la profesión médica, a la fecha del relevamiento, se cifra en 34%, y que su participación en la posesión de empleos se ubica en 26%).

Número absoluto de cargos y de profesionales

En las tablas 1 y 2 se visualizan cirujanos y cargos en términos absolutos. Vemos que en total había 783 médicos, de los cuales 86%, como ya dijimos, son hombres (671 médicos). Según la suma de cirugía general y de especialidades quirúrgicas, habría 860 profesionales, lo que señala la existencia de profesionales con clasificación doble, en cada una de estas dos grandes categorías.

Los cargos quirúrgicos relevados en mayo de 1980 suman 2.015, de los cuales 81% (1.637 puestos) estaba en el sector privado y 19% en el sector público. La relación entre las especialidades y la cirugía general es de prácticamente 2 a 1: 1.322 contra 693 cargos, o sea 66% para las especialidades y 34% para cirugía general.

Tabla 4. Cirugía en el Uruguay. Indicadores de empleo y remuneración al 31 de mayo de 1980 (1)

Cirugía	Cargos por médico	U$S por cargo	U$S por médico	U$S hombres	U$S mujeres
Total (2)	2,3	300	698	745	419
Cirugía general	1,8	343	563	602	188
Especialidades quirúrgicas	2,8	277	696	747	465
Total de cargos	2,65	285	668	759	455
Sólo con ingreso +			712	805	488

Fuente: OPP, relevamiento directo
(1) Actualizado al mes de mayo de 1987.
(2) Existen duplicaciones.

Distribución por edad y sexo de médicos y de cargos

Acotemos en primer lugar que también en el caso de la cirugía hay cargos sin remuneración, en total 194 de los 2.015 relevados, o sea 9,6%, que tanto son de profesionales que no percibieron remuneración alguna —32 personas—, como de médicos con muy altos ingresos, como veremos más adelante. En realidad, el grueso de los cargos sin remuneración pertenece a los profesionales con alta participación en el mercado. Los cirujanos con remuneración ascienden a 751 personas (96% del total), y éstos en promedio poseen 2.42 cargos per cápita. Los 32 profesionales que no percibieron ingreso se distribuyen en todos los grupos de edad, e igual observación vale para los cargos que no generaron retribución.

El comentario anterior permite comprender la lógica de la tabla 3, en que se representan 6 grupos de edad. Dicha tabla está dividida en dos grupos: cargos y médicos totales incluyendo aquellos sin remuneración, y por otro lado cargos y cirujanos con exclusión de los que no generaron o no tuvieron ingreso. Este último grupo, a su vez, está dividido por sexo. En ambos casos se indica el número de cargos por persona, que sigue una distribución sesgada hacia los grupos de mayor edad. El que muestra mayor frecuencia de cargos per cápita es el grupo de 41–50 años, con tres cargos por persona en promedio. Las mujeres, en todos los casos, están por debajo del sexo masculino; el grupo de 30 años y menos no debe ser tenido en cuenta pues no es significativo (7 cargos y 4 profesionales).

El promedio general se ubica en 2.57 cargos, que baja a 2.42 al excluir los cargos y los médicos sin remuneración; para este último caso la distribución para hombres y mujeres es de 2.45 y de 2.25 cargos por persona, respectivamente. Se habrá de tener presente que estos indicadores son promedios y que en cada grupo de edad hay una distribución per cápita, que abarca desde un mínimo de un cargo por médico a un número significativamente mayor, como constataremos al considerar el multiempleo.

Nivel del ingreso personal

La remuneración total devengada en mayo de 1980 fue actualizada al mes de mayo de 1987 a través de índices de actualización específicos suministrados por la Dirección General de Estadística y Censos, y convertida a dólares estadounidenses para tener un patrón de referencia estable. En la tabla 4 se indican los promedios vigentes para cada caso: cargos, profesionales y sexo, contemplando a la totalidad de cargos y de profesionales, esto es, incluyendo los casos de remuneración nula.

Al comparar con los valores vigentes para el cuerpo médico en su conjunto, se concluye que los cirujanos, con U$S 300 por cargo y U$S 698 por profesional, perciben por sobre sus colegas de otras especialidades (el promedio de estos últimos se ubica en U$S 285 y U$S 668, respectivamente). En cuanto a la apertura por sexo, los médico–cirujanos hombres se ubican en U$S 745 frente a un monto promedio de U$S 419 para las mujeres (56% del ingreso de sus colegas). Cuando se toma en cuenta «cirugía general» y «especialidades quirúrgicas» se aprecia que si bien la remuneración por cargo es mayor en el caso del primer grupo, dicho margen se pierde al pasar a considerar el ingreso por profesional, a causa del mayor multiempleo vigente entre los especialistas. Así, la diferencia entre unos y otros se ubica en U$S 563 para cirugía general, y en U$S 696 para las especialidades (24% más alto). Se observará que el valor que corresponde al casillero de «total», que debería normalmente encontrarse entre los dos valores citados inmediatamente antes al ser un promedio, se ubica por sobre ambos (U$S 698 está por encima de U$S 563 y de U$S 696). Esta aparente paradoja se debe al multiempleo intergru-

Tabla 5. Mercado de trabajo quirúrgico en el Uruguay. Distribución del ingreso a mayo de 1980 actualizado al mes de mayo de 1987 y expresado en U$S.

Estrato de Ingreso		Profesionales por estrato			Ingreso en U$S en cada estrato			
Nro.	U$S	Nro	%	% Acum.	Promedio	Total	%	% Acum.
1	0-0	32	4,09	4,09	0	0	0	0
2	1-20	22	2,81	6,90	11	242	0,000	0,000442
3	21-60	34	4,34	11,24	35	1,190	0,002	0,002619
4	61-90	19	2,30	13,54	76	1,368	0,002	0,005121
5	91-150	28	3,58	17,12	120	3,360	0,006	0,011268
6	151-200	34	4,34	21,46	166	5,644	0,010	0,021592
7	201-250	73	9,32	30,78	211	15,403	0,028	0,049768
8	251-300	22	2,81	33,59	254	5,588	0,010	0,059989
9	301-350	26	3,32	36,91	307	7,982	0,014	0,074590
10	351-400	18	2,30	39,21	353	6,354	0,011	0,086213
11	401-450	30	3,83	43,04	397	11,910	0,021	0,107999
12	451-500	24	3,07	46,11	453	10,872	0,019	0,127887
13	501-550	49	6,26	52,37	517	25,333	0,046	0,174227
14	551-700	66	8,43	60,80	645	42,570	0,077	0,252098
15	701-800	51	6,51	67,31	768	39,168	0,071	0,323745
16	801-950	44	5,62	72,93	872	38,368	0,070	0,393929
17	951-1050	26	3,32	76,25	986	25,636	0,046	0,440824
18	1051-1200	28	3,58	79,83	1112	31,136	0,056	0,497779
19	1201-1300	17	2,17	82,00	1229	20,893	0,038	0,535997
20	1301-1400	28	3,58	85,58	1336	37,408	0,068	0,604425
21	1401-1650	40	5,11	90,69	1505	60,200	0,110	0,714545
22	1651-1900	25	3,19	93,88	1723	43,075	0,078	0,793340
23	1901-2350	30	3,83	97,71	2033	60,990	0,111	0,904905
24	2351-2800	11	1,40	99,11	2562	28,182	0,051	0,956456
25	2801-3750	6	0,77	99,88	3211	19,266	0,035	0,991698
26	3751 y más	1	0,12	100,00	4538	4,538	0,008	1
Total		783	100,00		698	546,676	1	

Fuente: OPP. relevamiento directo.

pos, que ya hemos mencionado antes: cuando la información se depura de duplicaciones y se muestra el ingreso por persona física, el monto es más elevado.

Distribución del ingreso

Hemos abierto 26 estratos de ingreso, comenzando con un estrato mínimo de «U$S 0» hasta un máximo de «U$S 3.751 y más». En la tabla 5 se indican los promedios de cada estrato y el número de profesionales que se encuentran en cada uno, así como el ingreso total por estrato y las frecuencias y frecuencias acumuladas correspondientes. La línea que corta el cuadro entre el estrato 14 y 15 marca el promedio de ingreso de este grupo profesional, que como hemos visto inmediatamente antes se sitúa en U$S 668 cuando se considera el número total de cirujanos, y en U$S 712 cuando se excluyen los profesionales que no percibieron remuneración. Hay un cirujano que percibió U$S 4.538, el valor máximo registrado para todo el cuerpo médico nacional en el relevamiento.

La comparación entre el porcentaje acumulado de profesionales y de remuneraciones muestra, que 60,80% de los cirujanos capta 25,21% del total monetario transferido, y que se debe llegar al 79,83% de profesionales para obtener 50% de las remuneraciones pagadas. En otras palabras, esto último significa que 20% de los profesionales capta 50% de la masa total de remuneraciones.

Los vínculos mencionados se visualizan en la figura 6, que se suele denominar «Curva de Lorenz»

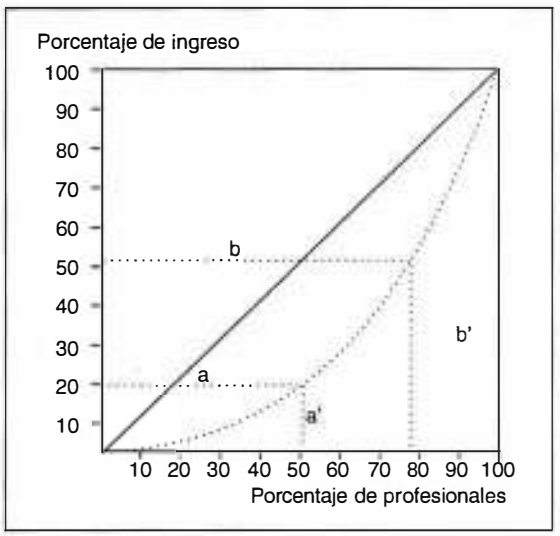

Figura 6 Concentración del ingreso médico. Total general.

o de concentración de la distribución del ingreso. En el eje horizontal se grafica el porcentaje acumulado de médicos, y en el eje vertical el respectivo porcentaje acumulado de ingresos. El grado de alejamiento de la curva respecto de la diagonal brinda una medida del grado de concentración de las remuneraciones: cuanto más alejada esté dicha curva, tanto más regresiva es la apropiación de ingresos. El corte de aa' y de bb' nos están señalando las parejas de puntos (52,37; 17,42) y (79,83; 49,78), que identifican en cada caso el número acumulado de profesionales y el ingreso acumulado, respectivamente. En los últimos tramos se aprecia que 6.12% de los profesionales capta 20,67% del ingreso.

El grado de concentración observable es algo más pronunciado que el prevaleciente en el cuerpo médico en su conjunto, a idéntica fecha.

Ingresos según número de cargos poseídos

Hemos señalado el vínculo entre ingreso y multiempleo para el gremio médico en su conjunto. Situación similar se constata para los profesionales de la cirugía, como se aprecia en la tabla 6. Allí se clasifican los médicos y las remuneraciones según el número acumulado de cargos que posee cada uno, en un espectro que abarca desde 341 profesionales que tienen un sólo cargo (con un ingreso medio de U$S 311, al incluir aquellos que no tuvieron ingreso), a un profesional con 14 cargos y U$S 2.217 de ingreso total. La distribución por sexo, que también se indica, muestra que el empleo múltiple es más frecuente y extenso entre el personal masculino.

Perspectivas

Principales cambios institucionales ocurridos de 1980 a 1988 con efectos sobre el mercado de trabajo

Han transcurrido ocho años desde la fecha del relevamiento. Es razonable cuestionar el grado de validez o de actualidad de los datos, pues han ocurrido diferentes cambios en este período, con efectos sobre el mercado laboral. De inicio diremos que dichos cambios sólo pueden haber exagerado los desequilibrios existentes: mayor desempleo y subempleo, mayor concentración del ingreso, menor capacidad de absorción del mercado, mayor intención de seguir especialidades y consiguientemente, mayor presión sobre la Escuela de Posgraduados y en particular, para este caso que nos está ocupando, sobre la especialidad básica cirugía, y dentro de ésta, presión para ingresar a las especialidades quirúrgicas.

Pasaremos a ver los hechos que en mi concepto han sido los más relevantes en cuanto a modificar el mercado laboral, pero cuyo impacto específico no podemos cuantificar. Para ese conocimiento habría que proceder a un nuevo relevamiento de datos, aunque no creo que dicha actualización cambie lo que ya se constataba en 1980, salvo para mostrar su agravamiento.

Uno de los aspectos que debe haber afectado el mercado de trabajo y la distribución del ingreso es la reglamentación de la Ley Nro 14.897, que introdujo la figura de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Dicha Ley de IMAEs estableció el Fondo de Recursos que financia las acciones médicas respectivas y que son, en su esencia, de carácter quirúrgico. Si bien el número de cargos y de actos médicos no es significativo en el contexto de la profesión médica, sí lo son en el seno de la cirugía, pues posiblemente sea el cambio de mayor importancia en los últimos años para los profesionales desempeñándose en la rama respectiva.

También en el orden institucional–jurídico debemos recordar a la Ley 15.181, aprobada en 1981, que reemplaza al Decreto Ley 10.384 del 13 de febrero de 1943 y que refiere a la atención de salud en el país, y a sus decretos reglamentarios, aprobados en 1983. En virtud de los mismos, así como por resultado del continuado deterioro económico–financiero de algunas instituciones de asistencia médica privado–colectivas, se reduce el número de servicios médicos de este tipo. Es dable pensar que la oferta de cargos se contrae de alguna forma concomitante en virtud de este proceso de concentración institucional. Como posible factor de neutralización cabe mencionar que el número de afiliados al sector colectivo–privado en los departamentos del interior del pais aumentó en forma sustancial, lo que debe haber incidido en el número de cargos quirúr-

Tabla 6. Uruguay - Multiempleo quirúrgico al 31 de mayo de 1980.

Número de cargos per cápita	Número total de médicos (con y sin remuneración)	Ingreso promedio U$S [1]	Médicos sólo con remuneración		
			Total	Hombres	Mujeres
1	341	311	337	286	51
2	151	604	154	127	27
3	104	857	94	84	10
4	61	1,153	65	59	6
5	49	1,370	46	42	4
6	30	1,350	25	18	7
7	22	1,439	12	10	2
8	9	1,817	5	4	1
9	7	2,251	5	5	
10	3	2,255	4	4	
11	3	1,633	3	3	
12	1	2,014	1	1	
13	1	2,612	-	-	
14	1	2,217	-	-	
Total médicos cirujanos	783	698	751	643	108
Total de cargos quirúrgicos	2,015		1.821	1.578	243

Fuente: OPP, relevamiento directo.
(1) Actualizado al mes de mayo de 1987

gicos, aumentando su número, o bien aumentando la cantidad de trabajo de los cargos existentes. La resultante entre ambas tendencias no la sabemos, sería un punto a investigar.

En el sector público comienza a funcionar el Hospital Policial que debe haber afectado la oferta de cargos quirúrgicos, aunque no tanto como sería esperable, pues faltan inaugurar o poner en marcha camas de internación. El reciente comienzo de actividad de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) podría tener un impacto futuro, eventualmente reduciendo la oferta de cargos por consolidación de servicios estatales duplicados o paralelos. El énfasis en el médico de familia, la atención primaria de salud, etc., tendrá repercusión sobre el mercado de trabajo médico, aunque no respecto de la cirugía.

Finalmente, el restablecimiento de la actividad gremial en el país gracias al advenimiento del gobierno democrático y el restablecimiento de los laudos y los convenios colectivos, tiene evidente repercusión en la actividad profesional. En lo atinente al nivel y tipo de remuneración, dicho impacto lo hemos recogido aquí a través de los índices de actualización de remuneraciones que prepara la Dirección de Estadística y Censos, específicos a la actividad médica.

La dinámica universitaria

Un factor de fuerte impacto exógeno respecto del mercado laboral es la formación de recursos humanos realizada por la Universidad de la República, en concreto la Facultad de Medicina. Si en 1989 estaremos en un entorno de los 9.000 médicos en condiciones de ejercer, se habrá de tener en cuenta que en la Facultad están estudiando cerca de 8.000 estudiantes, muchos de los cuales en algún momento se sumarán al ámbito de la actividad profesional. Si a su vez recordamos que en 1980 cerca de 4.500 médicos estaban trabajando en forma efectiva y que en ese momento había 6.000 médicos en condiciones de ejercer (según datos de la Caja Profesional), se aprecia que el número de médicos que habrá para fines de 1989 duplica el número de colegas que se desempeñaban en forma activa en 1980, y que aumentara en forma importante el número de médicos que no ejercerá la medicina.

Pero no queda ahí el problema. La dinámica de la Universidad es continua, y es de carácter autónomo, cuando el mercado ya hace tiempo que se encuentra saturado. Parece un dilema respecto del cual la sociedad uruguaya no es capaz de actuar ni es capaz de resolver.

Opciones

La situación, como se ha podido ver, es compleja. El problema particular de la cirugía no se puede solucionar, a mi criterio, en forma autónoma, aunque

posiblemente se puedan encarar algunas soluciones parciales, que en todos los casos deberían partir de una discusión abierta y honesta entre todos los involucrados. La problemática, por otra parte, posee ritmo de agravamiento propio: el mero transcurrir del tiempo vuelve más seria la interacción de factores y de fuerzas desequilibrantes. En lo que sigue presentaré un conjunto de posibles soluciones, más que nada como ejemplo y como estímulo al pensamiento, pues como ya dije, creo que las soluciones deben surgir del propio cuerpo médico.

No hacer nada

Dicha tesis presupone que el propio mercado se encargará de regular la situación pues la mayor oferta profesional presionará los salarios a la baja, provocará desempleo, subocupación, etc., y estos elementos influirán en que menos estudiantes deseen estudiar medicina.

Esta alternativa puede ser una solución atractiva para quienes ya estén plenamente asentados en la profesión. No resuelve la situación de los médicos que están hoy desempleados o subocupados, ni las perspectivas de los estudiantes cursando hoy la Facultad de Medicina. Por otro lado, hay un rezago importante en materia de información: cuando a los 18–19 años se toma la decisión de entrar en la Facultad de Medicina, la decisión se tomó incluso antes, a los 16 años, en virtud de nuestro sistema educativo, excesivamente rígido, unidireccional y con limitadas opciones. Y esa temprana decisión se toma sin conocimiento del mercado. Cuando la información llega a la persona, ya es demasiado tarde, o se han perdido años valiosos, con dificultad para una nueva decisión y un retorno. También se debe tener en cuenta que la existencia de un laudo impide que los salarios desciendan, y por lo tanto, muchos jóvenes no son concientes de que el mercado no tiene ya capacidad de absorción, y se guían erróneamente por el ingreso pecuniario de los médicos que están trabajando hoy y para quienes el desempleo de los colegas no constituye un factor de depresión salarial en lo personal.

También sucede que los hijos de profesionales, sean sus padres médicos o no, tienen fuerte tendencia a seguir una carrera universitaria. Al ser las opciones limitadas, y aumentar el número de candidatos, por mera acción de la ley de los grandes números aumenta la cantidad de ingresos a medicina, por más que en términos relativos, respecto del porcentaje y del número que se inscribe en otras profesiones, el número que accede a esta casa de estudios descienda. En términos absolutos en los últimos años los ingresos se han mantenido constantes y elevados.

Reformar el sistema de servicios de salud

Las discusiones cumplidas durante el actual gobierno democrático en torno a un «sistema nacional de salud», «servicio nacional de salud», y «seguro nacional de salud», no permiten anticipar ninguna solución que encare el problema médico. Dichas soluciones más bien agravarían el problema del desempleo. El «médico de familia» apunta en una dirección distinta al perfil de graduados de la Facultad, y más en particular aún, en dirección diferente del perfil de egresados de la Escuela de Posgraduadoss. Por otro lado, ya hemos mencionado que uno de los efectos de la acción de ASSE podrá ser el agravamiento de la brecha entre la oferta de profesionales y la demanda institucional por médicos, si ASSE procede a consolidar, compatibilizar o fusionar servicios médicos públicos, como contempla el orden legal que instauró a dicho organismo.

Jubilación temprana obligatoria

Se puede establecer el requisito de retiros compulsivos de la vida profesional activa cuando se llega a cierta edad, o a disminuciones escalonadas en el desempeño laboral. Sin embargo, el estudio por edades muestra que la participación de médicos de mayores años no es de carácter significativo, pues el grueso de los cargos está en los grupos de edad entre 40 y 55 años (figura 3), y el desempleo y el subempleo es de mayor prevalencia entre los 25 y los 40 años.

Modificar el laudo

El laudo vigente para el sector es súmamente complejo. Por otra parte, ¿quién lo revisaría? ¿Delegados del Sindicato Médico? Parece un callejón sin salida, pues una revisión que procurara disminuir el desempleo, corregir la distribución del ingreso, etc., afectaría a los intereses de los integrantes del propio Sindicato, y difícilmente sus representantes actuarían en contra de sí mismos. Y una revisión del laudo ajena al gremio no es pensable.

Limitar el multiempleo

Puede constituir una medida que contribuya a racionalizar el trabajo médico, a garantizar una mayor calidad de atención, a volver más equitativas las posibilidades de acceso al trabajo para los profesionales más jóvenes, etc. Pueden haber dificultades jurídicas para implementar una solución de este tipo.

Establecer un impuesto a la renta personal

Si bien no se puede pensar en una reforma del sistema impositivo nacional como medio para resolver el problema del mercado laboral de la profesión médica, podrían haber mecanismos fiscales que desestimularán la acumulación progresiva de cargos. Se puede pensar en estratos de ingreso con tasas impositivas progresivas, de modo que a partir de cierto número de empleos, acumular puestos adicionales pueda involucrar una pérdida neta de ingreso. Inclusive, se pueden aplicar tasas que combi-

nen monto de ingreso y número de cargos. Por ejemplo, un ingreso de U$S 1.000 en un cargo sólo conlleva un impuesto a la renta personal del 10%; U$S 1.000 en dos cargos un impuesto del 15%, etc. Si bien no a través de un cambio en el sistema impositivo nacional, podrían haber tasas diferenciales o un régimen de aporte especial en la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (como acotación marginal, dicha Caja tendrá dificultades de financiamiento futuras a causa de los desequilibrios que hemos señalado).

Exigir cabal cumplimiento del laudo

Evidentemente, si los profesionales con un elevado número de cargos cumplieran el horario estipulado en sus contratos, no podrían tener la cantidad de empleos que surgen a partir de la encuesta.

Régimen de alternancia

Hemos dicho que todas estas medidas se plantean a vía especulativa, como estímulo a la búsqueda de soluciones. Dentro de esta línea de pensamiento, se puede pensar en el establecimiento de suspensiones voluntarias u obligatorias en el desempeño de los cargos, para permitir el ingreso y la práctica médica a otros colegas.

Respecto de las ocho medidas precedentes cabe decir que todas son cuestionables, de difícil implementación, y de efectos imprevisibles, especialmente en cuanto a la reacción de aquellos que se sentirían o que serían afectados. Yo no me inclino en favor de ninguna, o en favor de combinaciones de ellas. Aquí los que deben opinar son los propios médicos. Se tiene que tener en cuenta que la Universidad, como ya dijimos, continúa formando profesionales, en ignorancia o ajenos a estos problemas. Cualquier solución que se encare, que simultáneamente no introduzca racionalidad en la Facultad de Medicina, es simplemente inútil. A continuación plantearé opciones en materia de formación profesional.

Facultad de Medicina

Las opciones que existen en otros países, tanto capitalistas como socialistas, con:

1) exámenes de ingreso;
2) números clausus (cupos);
3) cierres temporales;
4) combinaciones de las medidas anteriores.

Escuela de Posgraduados

En forma similar, se puede pensar en el establecimiento de exámenes de ingreso a posgrados específicos, el establecimiento de cupos, y la suspensión de ingresos.

Reforma de la enseñanza

En forma independiente de las medidas u opciones precedentes, soy de la opinión – y esto sí lo señalo como medida necesaria, como convicción personal – que el país debería someter a revisión la estructura actual de todo el sistema educativo, y no meramente la enseñanza universitaria. En lo particular, respecto de esta última, la Universidad debería superar la división por facultades y escuelas y establecer un sistema de créditos acumulables según asignaturas libremente escogidas, y una vez obtenido un título universitario genérico, recién entonces ingresar a carreras profesionales. Si se entendiera necesario establecer exámenes de admisión, cupos al ingreso, u otras medidas selectivas, éstas deberían introducirse como forma de garantizar la excelencia y no meramente como medidas limitantes o restrictivas.

Pero no basta con reformar la Universidad; se debe reformar todo el sustrato educativo a nivel secundario, cuyo rol actual tampoco se orienta en función del mercado laboral y que incluso canaliza estudiantes en forma unilateral y masiva hacia la enseñanza superior universitaria.

Ajustes horizontales

La situación de los alumnos que actualmente cursan la Facultad de Medicina, cuyo número prácticamente equivale al de los profesionales activos, debería también ser encarada, para permitir movimientos de carácter horizontal entre Facultades y Escuelas o según las opciones que surjan de una reforma universitaria integral. La situación tal cual existe hoy no es sostenible. Los desequilibrios y los costos sociales y personales serán cada vez mayores, si nada se hace para encararlos.

A su vez, se debe considerar la situación de los alumnos preuniversitarios y su elección vocacional. No sólo se debe suministrar información a los jóvenes, sino que se deben arbitrar opciones de estudio y de empleo válidas, que sean efectivas para el desempeño laboral en la vida adulta.

Y con esto termino esta presentación, esperando haber suministrado elementos de juicio que permitan la discusión posterior y la búsqueda de soluciones.

Hacia un cambio posible

Dr. Gustavo Bogliaccini [1]

Palabras clave: Cirugía. Uruguay.

A la generación que actualmente comienza a desempeñar los roles de mayor responsabilidad en la actividad quirúrgica, le caben dos posibilidades:

a) permanecer en el inmovilismo y apostar a que el deterioro va a ser lento y, en el intento de salvarse cada uno por su lado, tratar de acceder al mayor número de cargos o ambos a crear estructuras anárquicas y de dudosa necesidad, que justifiquen remuneraciones que honestamente no seamos capaces de ganar;
b) intentar un cambio que reconociendo la base económica que regula las actividades humanas, trate de revertir este deterioro inaceptable en los resultados de nuestra labor.

Pretender cambios que, en primera instancia beneficien a los pacientes, mejorando la calidad de la asistencia que reciben, implica señalar algunos puntos concretos para poder iniciarlos.

En esquema un sistema de salud, cualquiera que sea, tiene tres productos finales por los que se puede medir:

1) el nivel de salud logrado en la población que cubre;
2) el personal entrenado que forma;
3) la calidad de la investigación médica que realiza.

Nos referiremos exclusivamente a los dos primeros puntos y por último señalaremos sólo algunos aspectos organizativos.

Aspecto asistencial

Ya en 1981 la Sociedad señalaba la preocupación de los cirujanos por el deterioro progresivo de la calidad de la asistencia quirúrgica en nuestro país.

Un análisis cuidadoso mostraba que este deterioro tenía un origen fundamentalmente económico y de organización.

En lo organizativo, ya no debía quedar en 1981 lugar sobre la tierra en que se considerara que un especialista quirúrgico pudiera trabajar en diversos lugares a la vez. En el Uruguay sin embargo y, especialmente en Montevideo, donde reside 50% de la población del país, la diversificación de los lugares de trabajo es la regla.

Estamos firmemente convencidos que más de 90% de nuestros problemas laborales quedarían solucionados si trabajáramos en un sólo lugar. Los hechos son demostrativos:

- no habría superposición de guardias con su inevitable secuela, la omisión;
- no estarían nuestros pacientes diseminados por diferentes hospitales y sanatorios, sin que haya tiempo material para visitarlos o ver que sucede con ellos durante el resto de la jornada;
- centralizando nuestras operaciones, estaríamos rigiendo en forma efectiva el funcionamiento de los quirófanos. Su dirección en manos de idóneos no muy calificados ha llevado a la improvisación, accidentes e infección;
- por supuesto que el realizar operaciones en diferentes lugares, con equipo y personal auxiliar diverso hace que la experiencia del equipo considerado como una unidad sea menor. Ello empeora los resultados, como ha sido demostrado para grandes series [(1)].

El agotamiento físico e intelectual que significa esta tarea dispersa e irracional no sólo va en perjuicio del cirujano, sino que en primer lugar afecta al paciente. El cansancio es mal consejero en la sala de operaciones.

Pero en el aspecto humano, ¿qué medicina hacemos? Si ni siquiera conocemos los nombres de nuestros pacientes. Muchas veces ni ellos saben el nombre del cirujano que los operó. Que larga es la distancia que nos separa de «El Doctor» que llegaba a nuestra casa y se le tenía preparada hasta una toalla limpia para que se lavara las manos después de revisar al paciente, hace sólo treinta años atrás.

Si en los diez minutos que dura una consulta mutual debemos sentar diagnóstico y un pronóstico que tal vez implique un pronóstico fatal a breve plazo en un paciente que nunca habíamos visto antes.

Esta es una medicina despersonalizada con baja calidad de los actos quirúrgicos. Con alto costo de exámenes repetidos y poco confiables. En la que las técnicas que se apoyan en algún aparato son más remuneradas de lo que lógicamente debería ser. Porque a la lógica amortización del capital invertido, se agrega, de contrabando, el pago de honorarios médicos que de otra manera no se obtienen.

Y en la cual somos responsables legales en medio de circunstancias que nos son impuestas. Con un aumento explosivo de las demandas judiciales contra los médicos. Este es el síntoma, que expresa una forma de defensa de la Sociedad, correcta o no, frente a una medicina que no satisface sus expectativas.

1. Prof. Adjunto Cirujano. Departamento de Emergencia, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina y Jefe de Servicio de Emergencia, Hospital Maciel, M.S.P.

Aspecto formativo

Nos circunscribiremos exclusivamente a la formación de los cirujanos. Tema tratado ya en la Mesa Redonda dirigida por el Dr. Walter Suiffet [2] y publicada en Cirugía del Uruguay; nos sentimos obligados sin embargo, a señalar algunos puntos delicados que no pueden ser obviados.

1) Estamos obligados a formar los mejores cirujanos que podamos lograr.
2) El número de los mismos estará limitado por las necesidades que la comunidad tenga. A este grupo humano se le deberán asignar todos los recursos disponibles, tanto materiales, intelectuales como docentes.
3) No se deberían distraer recursos ni disminuir el número de actos operatorios que cada individuo en formación pueda razonablemente hacer, para obtener así un mayor número de cirujanos con un entrenamiento menor o peor aún, insuficiente. No olvidemos que la cirugía es una disciplina que exige un entrenamiento técnico prolongado y una sólida formación ética.

Para aquellos que no tengan expectativa de ser absorbidos por el mercado laboral del país es preferible advertírselo previamente, a que luego de una difícil y frustrante lucha por obtener una formación mediocre se encuentren cinco años más viejos, con un panorama laboral cerrado.

Le cabe a cada uno de nosotros juzgar cual ha de ser la actitud moralmente correcta de los encargados de la docencia y de aquellos que tienen opinión decisoria en este delicado tema.

En cuanto al tema de los extranjeros, todos sabemos que somos una sociedad pobre, con recursos limitados. Y que nuestra primera obligación es con la población que financia nuestros servicios, tanto con impuestos como con bajos sueldos o inflación.

Estos podrían ser aceptados luego de un cuidadoso análisis de los recursos disponibles, contemplando tres aspectos:

1) que no constituyan, por sus conocimientos escasos un riesgo para la población que sirve de área docente;
2) que no determinen una disminución de las posibilidades de quienes están en su propio país;
3) que obtengan una formación útil, cuando retornen a su país de origen.

Obviamente todos conocemos situaciones como las precedentemente señaladas, sabemos también quienes son los responsables, ello no va en desmedro de honrosas excepciones. Otro aspecto de importancia, lo constituye la educación médica continua y el reciclaje de quienes trabajan en un área dinámica como es la nuestra. La Sociedad de Cirugía, no ha llevado una política de largo aliento en ese sentido como su propio estatuto la obliga.

A estos fines se podría formar una comisión de 3 ó 5 colegas, que elaboren un proyecto adecuado.

Imaginen Uds. que se pudiera ir planificando con un par de años de antelación, los trabajos, cursos, invitaciones a extranjeros, aportes de la empresas farmacéuticas y los propios cursos de los congresos para que todo ello tenga una cierta unidad de criterio. De esa manera la Sociedad de Cirugía auspiciaría aquello que sirva para corregir carencias, introducción de nuevas técnicas, etc.

Aspecto económico–organizativo

Las bases económicas de un cambio, a nuestro juicio deben basarse en algunos puntos esenciales, a saber:

Fuente laboral única

Si todos tuviéramos una sola fuente laboral, ¿no estaríamos peleando todos por una mejor remuneración económica? Porque a nadie se le oculta que con este sistema, entre nosotros están sentados los que en realidad se oponen a cualquier cambio. El multiempleo favorece que no se sepa donde están trabajando ni por cuanto dinero lo hacen. En una época de crisis y de sobreoferta de cirujanos están dadas las condiciones para que se trabaje mal pagados. O realizando tareas ajenas a nuestra especialidad con el afán de satisfacer legítimas aspiraciones económicas.

Remuneración por acto médico

Todos somos seres humanos de carne y hueso. Trabajamos en razón de una serie de estímulos, uno de ellos, quizás el más determinante es la remuneración. No hay teoría económica que no considere que la misma debe guardar una adecuación lógica al trabajo realizado. La única forma de medir la producción de los cirujanos es por la cantidad de actos médicos que realizan. Ya que es lógico asumir que la calidad de los mismos va a ser evaluada por los propios pacientes, quienes tienen que conservar el derecho de elegir.

Cualquier forma que elijamos de organizar nuestro trabajo debe respetar esta premisa.

Remuneración fija por guardias y consultas

Ella asegurará las prestaciones mínimas y a su vez una remuneración básica para un número de colegas que sea acorde a las necesidades de la población.

Fijación de nuestro propio arancel

El artículo 54 de la Constitución reconoce el derecho a una justa remuneración. Es lógico que seamos nosotros mismos los que fijemos el valor de nuestro trabajo. La determinación de un arancel común, va a traer de suyo, que todos peleemos juntos por el mismo y no por situaciones particulares. Ello nos dará la imprescindible fortaleza en la negociación con los agentes intermediarios. Que de otra manera buscarán la manera de dividirnos tratando de negociar esas situaciones supuestamente privilegiadas.

Mantener el prepago

El prepago, como toda forma de ahorro previa, asegura al paciente que en el momento de la enfermedad cuando debe dejar de producir tenga cubiertos los gastos que la prestación de su asistencia demande y ello por una cantidad moderada de dinero, que puede ser variable de acuerdo a las posibilidades de cada uno. Por otra parte nos asegura a nosotros que el cobro de nuestros honorarios sea una realidad.

Libertad de elección

La propia Constitución de la República declara la libertad de trabajo. En nuestra forma de organización social y con las tendencias que ella muestra a la defensa de los derechos de los individuos, a la igualdad de oportunidades y a que cada uno pueda ser dueño de las decisiones que lo involucren, esta es una premisa natural.

Por otra parte ella llevará a que a través de la demanda de los propios interesados se vaya seleccionando un grupo que por su mayor capacidad o dedicación a ellos va a tener mayores remuneraciones. Lo cual es absolutamente justo según nuestro punto de vista, y además necesario para ir mejorando en forma progresiva la calidad de los servicios que se prestan por la competencia atenuada que se introduce.

Topes laborales higiénicos

Ellos permitirán salir en forma ordenada de un régimen perverso de trabajo a una lógica del mismo, que asegure la calidad de las prestaciones por un lado y por otro que las remuneraciones sean acordes a la capacidad y necesidades de cada uno.

Ser dueños de nuestro trabajo

El mutualismo que actúa de intermediario, fija nuestras condiciones de trabajo y por consiguiente las remuneraciones en una Sociedad con excesivo número de cirujanos. Nunca nos permitirá poner las reglas de la negociación. ¿Pero por qué no ser nosotros mismos los dueños de nuestro destino? Porque no puede haber cirugía sin cirujanos pero sí, sin instituciones intermediarias.

Podríamos así organizar el trabajo quirúrgico:

1) en consultorio recibiendo un pago por horas de consulta con un tope razonable de pacientes por hora. Dividiendo la población cubierta en forma groseramente equitativa entre todos;
2) guardias internas para los más jóvenes, aquellos que razonablemente no tuvieran una entrada suficiente por el cobro de sus actos quirúrgicos; podrían agregar las ayudantías;
3) retenes de urgencia para aquellos que no llegaran a un tope a determinar por las operaciones de coordinación, al que podrían acceder de esta manera;
4) para el resto, los que pudieran llegar a los topes con su propio volumen de coordinación, tendrían la actividad casi completamente reglada. De acuerdo a la lógica serían los de edad mayor del grupo.

Con el dinero obtenido por el prepago deberíamos organizar un fondo que administrado por nosotros mismos o por una empresa de seguros, ademas de pagar nuestros honorarios nos permitiera generar un fondo de retiro que nos asegurará una pensión digna en el momento de la jubilación (complementando lo que obtuviéramos por otras cajas en cada caso para lograr el honorario de la actividad). Este fondo podría ser progresivamente decreciente, ejemplo:

- 100% a los 65 años
- 80% a los 66 años
- 60% a los 67 años
- 40% a los 68 años
- 20% a los 69 años
- 0% a los 70 años

Que nos cubriera en caso de incapacidad tanto temporal como definitiva. Que protegiera a nuestra familia en caso de muerte por un plazo prudencial. Y por último que nos cubriera en caso de reclamaciones legales.

Para que nos diga, si existe alguna posibilidad de organización económica para lograr un sistema con estas características.

Bases para la planificación de la neurocirugía en el Uruguay

Dr. Ernesto Bastarrica

Palabras clave: Neurocirugía. Uruguay.

Introducción

Hasta fines del siglo pasado, la neurología era una especialidad casi exclusivamente diagnóstica, basada fundamentalmente en la clínica y cuya práctica consistía en una semiología tremendamente larga y complicada, reservada exclusivamente para iniciados, y con muy pobres resultados terapéuticos. Al mismo tiempo la falta de conocimientos sobre el funcionamiento del sistema nervioso sano y enfermo obligaban a una sistematización de las afecciones neurológicas, puramente descriptiva, materializada en infinidad de formas clínicas que dificultaban grandemente su estudio. La neurocirugía nace en Inglaterra, en 1886 cuando un cirujano general, Sir Víctor Horsley es nombrado «Cirujano para los paralíticos y epilépticos» en el National Hospital en Londres. A principios de este siglo, Harvey Cushing es el primero que se dedica en exclusividad a la neurocirugía. La introducción de la neumoencefalografía en 1918, permitiendo individualizar estructuras normales y lesiones dentro del cráneo, aporta una herramienta tosca pero sumamente útil para el diagnóstico topográfico, elemento esencial en el desarrollo de la neurocirugía moderna. La arteriografía, en 1935, ensancha aún más el campo de acción de la especialidad. La tomografía computada, la reanimación cerebral y el microscopio quirúrgico provocan una verdadera revolución de la neurocirugía en la década del 70. Al mismo tiempo que la neurocirugía otras especialidades nacen a partir de la neurología: la neuroanatomía, la neurofisiología, la neuropatología, la neurorradiología, la neurooftalmología, la neurootología, la neurofisiología clínica, la reanimación cerebral, etc. A la par que se perfecciona el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones neurológicas, se fue comprendiendo mejor la fisiopatología del sistema nervioso lo que ha permitido sistematizar la clínica sobre bases más racionales y simplificar la semiología. El estudio del sistema nervioso sano y enfermo es el vínculo conceptual de todas estas especialidades y la base del moderno concepto de neurociencias. La integración en una misma área geográfica y administrativa de diversas especialidades vinculadas por un interés común ofrece posibilidades enormes de desarrollo en el campo asistencial, pero sobretodo en el campo docente y académico. La creación del Instituto de Neurología en 1926 determinó un avance conceptual notable para la época y ello permitió que en 1945 se realizara en Montevideo el primer Congreso Latinoamericano de Neurocirugía, que era al mismo tiempo el primer evento científico internacional de la especialidad realizado en el mundo. La falta de actualización tecnológica, particularmente tomografía computada y reanimación cerebral, entre otros motivos, ha provocado un deterioro del nivel científico del Instituto en los últimos 15 años, manteniendo sin embargo vigente la concepción que le dio origen. Es así que constituye el único centro de referencia, para la atención de tercer escalón de afecciones neurológicas y el ámbito natural de toda la actividad docente y académica de las neurociencias.

Estado actual de la neurocirugía

El microscopio quirúrgico fue introducido por Kurze en 1957, pero su uso en neurocirugía se incrementa a partir de 1970 y en el momento actual es inconcebible la realización de determinadas operaciones sin microscopio. El microscopio no sólo aporta magnificación, sino también iluminación coaxial y sobretodo visión estereoscópica a través de una brecha de sólo 16 mm. La microcirugía no sólo ha facilitado intervenciones clásicas como aneurismas, malformaciones arterio–venosas, neurinomas del acústico, craniofaringiomas, etc., sino que ha permitido reincorporar al tratamiento quirúrgico ciertas patologías de resultados mediocres en la era premicroscópica, como los tumores de la región pineal, el abordaje transesfenoidal de la hipófisis, los tumores y malformaciones medulares, etc. y ha facilitado la creación de nuevas técnicas como la decompresión del V y el VII pares en la fosa posterior, las anastomosis vasculares de la circulación extracraneana con la circulación encefálica, etc.

Junto con el microscopio se han desarrollado técnicas microquirúrgicas y se han diseñado instrumentos de microcirugía, que no sólo son muy costosos sino también muy delicados. En los últimos años se han incorporado a la microcirugía el aspirado ultrasónico y el láser, instrumentos ambos sumamente costosos y en pleno desarrollo tecnológico.

El número de pacientes que requiere microcirugía es relativamente bajo, probablemente un cuarto de todos los pacientes neuroquirúrgicos, aunque en constante ascenso. Ello motiva, que por un lado se pueda y se deba concentrar todos los pacientes en uno o dos centros, de modo de aprovechar al máximo el equipamiento. Por otro lado, es deseable la

1. Prof. Agregado de Neurocirugía. Instituto de Neurología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

superespecialización, de modo de corregir la situación actual en la cual una patología poco frecuente se distribuye más o menos arbitrariamente entre muchos cirujanos, con la consecuencia de que ninguno de ellos adquiere familiaridad, conocimiento ni destreza.

En 1972, la tomografía axial computada (TAC) provoca una revolución en el diagnóstico neurológico, aportando un método rápido, inocuo y preciso, cuyo desarrollo tecnológico aún no ha concluido y que ha desplazado por completo a la neumoencefalografía y la ventriculografía y en gran parte a la arteriografía. Representa el estudio de elección en TCE, AVE, procesos expansivos, hidrocefalias y complicaciones post–operatorias. Es un elemento imprescindible para la neurocirugía de urgencia. La resonancia nuclear magnética es la última sofisticación del diagnóstico neurorradiológico. Se trata de un equipo muy caro en pleno proceso de desarrollo. En términos generales se puede decir que ha perfeccionado los resultados de la TAC en el diagnóstico de la patología intracraneana, pero en cambio ha revolucionado el diagnóstico de la patología medular y raquídea y de algunas afecciones sistémicas como la esclerosis múltiple. Aunque todavía es prematuro para hacer pronósticos, no se supone que ha de sustituir a la TAC, sino complementarla.

La angiografía digital es un aparato sumamente costoso que no ha aportado un progreso significativo en el diagnóstico neurorradiológico. En cambio es imprescindible para la realización de la neurorradiología intervencionista. técnica sumamente sofisticada, que se realiza en contados lugares del mundo y que comienza a implementarse en nuestro país.

La neurocirugía de urgencia se ocupa del paciente neurológico crítico cuyo substractum patológico es la injuria cerebral aguda. Desde el punto de vista nosológico la gran mayoría de estos pacientes se pueden integrar en tres grandes grupos:

1) Traumatismo cráneo–encefálico.
2) Accidentes vasculares encefálicos.
3) Post–operatorio de neurocirugía.

En los últimos 20 años se ha modificado la actitud fatalista anterior, para encarar un tratamiento agresivo, particularmente en el TCE grave. Este enfoque, basado en el supuesto de que gran parte de las lesiones son reversibles, y apoyada en los avances tecnológicos recientes, ha dado resultados significativos. Desde el punto de vista terapéutico, la cirugía mantiene un rol preponderante, particularmente para la evacuación de hematomas traumáticos, espontáneos o post–operatorios. En este terreno, no se han modificado las técnicas clásicas y no se requiere instrumental sofisticado. Su eficacia, en cambio, se ha incrementado notablemente por la incorporación de técnicas complementarias. En primer lugar la TAC, imprescindible como arma diagnóstica en todo paciente crítico. En segundo lugar la reanimación cerebral, notablemente desarrollada en la década pasada, sobre la base de la experiencia anterior en reanimación respiratoria y cardiocirculatoria, complementada con algunos métodos específicos como la monitorización de presión intracraneana. Por último, la Organización de Servicios de Emergencia. Se trata de una distribución de los recursos de modo de obtener un máximo de eficacia en la asistencia. Dado que la situación de emergencia ocurre en cualquier lugar y en cualquier momento, el problema consiste no sólo en contar con el conocimiento actualizadó de su tratamiento y de los recursos humanos y materiales para realizarlo, sino también poderlos aplicar oportunamente. La demora de algunos minutos puede muchas veces condicionar la muerte del paciente, y en el caso del paciente neurológico, también graves secuelas.

La neurocirugía en el Uruguay

Es un conglomerado de servicios, que se ha ido desarrollando en forma espontánea sin ningún tipo de planificación. Tanto las modificaciones como la incorporación de tecnología se ha realizado por impulsos individuales y condicionado por hechos circunstanciales. Se realizó neurocirugía en casi todos los sanatorios de Montevideo y en algunos del interior. El Hospital de Clínicas, donde se realiza un tercio del total de operaciones (308 operaciones de promedio en los últimos cuatro años), funciona desde hace 30 años como centro de referencia, pero recién hace pocos meses, con la inauguración del tomógrafo, reúne los requisitos mínimos indispensables para serlo, aunque mantiene graves carencias en el cuidado de pacientes críticos. En el resto, la falta de coordinación y la superposición de servicios determina una dilapidación de recursos y una falta de eficacia, agravada notablemente en el subsistema de emergencia.

Es un estudio realizado en el Instituto en 1984, se comprobó que 47% de TCE graves ingresaban al Hospital de Clínicas y el resto se distribuían en 19 centros diferentes. Sólo 6 de un total de 87 pacientes estaban internados en un establecimiento que contara con tomógrafo. Hubo 87 traslados innecesarios, 15 de ellos realizados en condiciones inadecuadas y con consecuencias desfavorables para el paciente en 7 de ellos. De 25 pacientes operados por hematoma intracraneano 18 se operaron tardíamente. Dieciséis de ellos que presentaron un perfil evolutivo con agravación secundaria, el promedio de tiempo entre el inicio de la descompensación y la operación fue de 10 horas. 25% de los pacientes falleció por un grosero error asistencial, en general demoras, y la mitad de ellos en casos en que se

podría esperar la recuperación, es decir que se trataron de muertes evitables.

Junto con la baja calidad de la asistencia, la dispersión de los pacientes dificulta el registro y la recolección de datos, desperdiciándose una gran cantidad de material desde el punto de vista epidemiológico, de la investigación clínica y para la docencia.

La planificación futura

La situación actual, totalmente insatisfactoria, tanto para los trabajadores de salud como para los usuarios, condiciona la necesidad de una racionalización de los servicios, materializada en los distintos proyectos de sistemas de salud. La planificación de un sector relativamente pequeño en el sistema sanitario, como la neurocirugía, parte de varios presupuestos:

1) cada especialidad tiene sus problemas particulares y deben ser considerados en forma específica dentro de cualquier proyecto global de salud;
2) si bien la decisión de cambio es de nivel político, es responsabilidad de los profesionales de cada sector, que sienten las necesidades y conocen los problemas, de impulsar esos cambios y facilitar las soluciones;
3) no es condición previa para la reorganización de un sector, la racionalización total del sistema. Estamos convencidos que se puede reestructurar la neurocirugía dentro del actual sistema, y lo mismo puede ocurrir para otros sectores, que por otra parte facilitarían el proyecto global;
4) la racionalización debe orientarse alrededor de los problemas médicos y secundariamente, aunque sin ignorarlos, de los problemas de los médicos. Quiere decir que hay que contemplar las situaciones creadas, pero que ellas no pueden convertirse en un obstáculo insalvable para el cambio;
5) en el momento actual toda la actividad neuroquirúrgica está financiada y existen en el país todos los recursos necesarios, tanto de personal como de equipamiento como para realizar una asistencia actualizada. De lo que se trata, entonces, es de aprovechar al máximo lo existente, redistribuyendo los recursos sobre una base racional de modo de mejorar la eficacia y en segundo lugar la eficiencia del sistema.

Existe un cierto tipo de pacientes neuroquirúrgicos, perfectamente caracterizados, que por su número limitado y las exigencias técnicas de personal y de equipamiento que requieren, justifican la creación de un tercer nivel de asistencia. Como por otra parte es en ese sector que se individualizan los defectos más groseros y donde es más sencilla la planificación, creemos que constituyen la primera prioridad en la reestructura. Se trata de la neurocirugía de urgencia centrada en la injuria cerebral grave, y de una parte de la neurocirugía de elección: la microcirugía y la cirugía corriente del encéfalo.

La planificación puede ser realizada en base a dos principios básicos de organización: la regionalización y la categorización de servicios; y de una situación establecida, por lo menos para la especialidad: por un lado servicios estatales y por otro servicios mutuales y privados.

Regionalización

Tomando en cuenta el número limitado de pacientes, la pequeñez y las características geográficas de nuestro territorio, la facilidad de comunicaciones y la concentración de la población y de los recursos en Montevideo, no se justifica la creación de centros de referencia en el interior. Ya existen neurocirujanos en el litoral, en Artigas, Salto y Paysandú, capaces de resolver toda la neurocirugía de urgencia y parte de la de elección. Esta forma de organización plantea la necesidad de una planificación futura de los traslados, particularmente para la neurocirugía de urgencia y la creación de centros de referencia periféricos donde se puedan solucionar problemas extraneurológicos y preparar las condiciones del traslado, fundamentalmente en relación a la vía aérea.

Categorización de servicios

Cada categoría tiene requerimientos diferentes desde el punto de vista asistencial en relación a personal y a equipamiento. Es deseable que la asistencia de tercer nivel concentre los recursos constituyendo centros de referencia. La neurocirugía de urgencia y la neurocirugía de elección tiene problemas y requerimientos diferentes, de tal modo que podría resolverse separadamente como ocurre en muchas partes del mundo. De hecho, en Estados Unidos, la neurotraumatología funciona aisladamente del resto de la neurocirugía, en los Centros de Trauma. Nos parece sin embargo, probablemente por nuestra formación en el Instituto de Neurología, que existe una gran ventaja en resolver conjuntamente toda la neurocirugía de urgencia y aun misma la microneurocirugía y la neurocirugía del encéfalo. Un centro de referencia de neurocirugía de urgencia requiere:

a) equipo neuroquirúrgico completo a la orden las 24 horas del día;
b) tomografía axial computada trabajando en el mismo regimen;
c) cuidados especiales para pacientes neurológicos críticos.

El problema de la neurocirugía de urgencia no es un problema técnico sino de organización y de oportunidad en el tratamiento. La neurocirugía de elección, particularmente la microneurocirugía, plantea problemas de técnica quirúrgica y de equipamiento

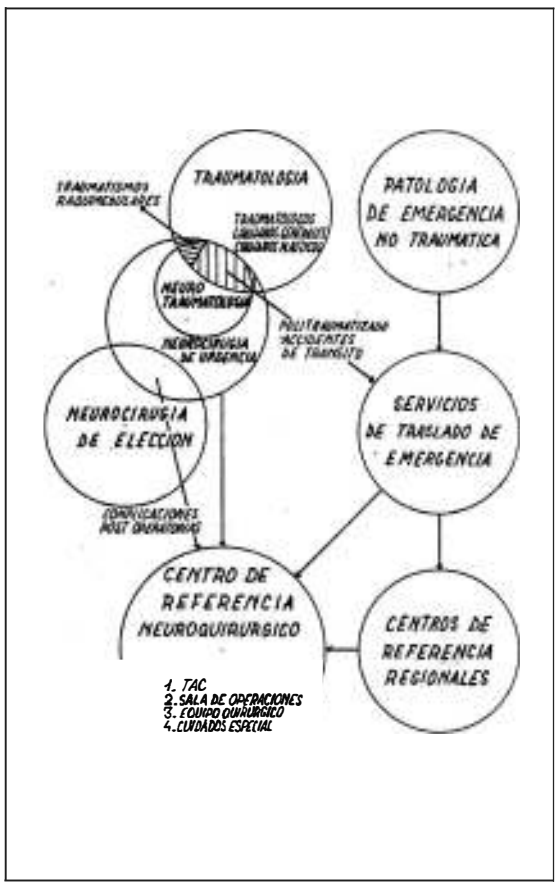

Figura 1 Organización de servicios de emergencia

de sala de operaciones. Sin embargo, existe un punto de confluencia con la urgencia. En primer lugar el posoperatorio habitual requiere cuidados especiales. En segundo lugar, el posoperatorio complicado participa de todos los problemas de la injuria cerebral y requiere por lo tanto tomografía de urgencia y algunas veces cirugía.

Problemas concretos de la situación actual

El Instituto de Neurología ha sido, es, y deberá seguir siendo, el núcleo de la actividad neuroquirúrgica en el plano asistencial, docente y académico, concentrando todos los pacientes de la órbita estatal. Un grave problema del Instituto es la atención de niños y particularmente de lactantes, por la falta de infraestructura y de familiaridad y gusto del personal para tratar este tipo de pacientes. Creemos que tanto la Facultad de Medicina como el Ministerio de Salud Pública, debe concentrar sus esfuerzos en la creación de un servicio de neurocirugía pediátrica en el Hospital Pereira Rossell.

Fuera de la órbita estatal, un sólo centro de referencia neuroquirúrgico, en cualquiera de los centros asistenciales de Montevideo, equipado adecuadamente, es capaz de hacerse cargo de toda la neurocirugía de urgencia y de elección.