

# Mensaje del Ministro de Salud Pública en la última edición 2002

*"Lo más importante de un país son sus habitantes, para sus habitantes lo más importante es la salud." F.J.S.*



Al asumir como Ministro de Salud Pública lo hice consciente de lo que eso significaba, ser celoso guardián de lo que más importa: **LA SALUD.**

Rápidamente comprendimos ejerciendo nuestra labor, que la verdadera misión del Ministerio es velar por las integridad física, psíquica y social del individuo; es decir, la me-

dicina preventiva y que una vez perdida la salud, la relación médico paciente, teniendo al servicio una medicina actualizada, es el eje sobre el que se debe articular toda la asistencia médica.

La meta es: para el pueblo, la mejora permanente de la calidad de vida y evitar la enfermedad y para los médicos, que estén debidamente formados, con posibilidades de actualización, perfeccionamiento, especialización y que dispongan de los medios y ambientes de acción necesarios que impone el desarrollo permanente de la medicina.

¡Qué fácil sería, si todo esto estuviera hecho! Pero la respuesta es

negativa. Constató en algunos sectores de la población insatisfacción, así como en algunos sectores médicos y de sus colaboradores. Pero esto no ocurre sólo en nuestro país. El descontento es común a todas las sociedades. **En el mundo está planteado este desafío: darle satisfacción en salud a la población y que todos sus médicos y colaboradores tengan para la asistencia sus necesidades cubiertas, y que su formación personal, vida familiar y condiciones de trabajo sean compatibles con el honor, la dignidad y la conciencia de cada uno de ellos.**

Lamentablemente no es esta la situación actual, por lo que debemos realizar los mayores esfuerzos para darle a la población la seguridad de tener una buena asistencia y a los

médicos que obtengan sus justificadas demandas.

Debemos tener presente también que a los aportes científicos y al enriquecimiento tecnológico debemos sumar mayor contenido social a la medicina, que por esta razón los médicos tienen mayor compromiso con la sociedad.

Un hecho positivo a destacar y que nos debe enorgullecer como uruguayos, son los indicadores de salud de las Américas 2002, publicados por la O.P.S. Estos demuestran lo que en salud ha alcanzado nuestro país, standars cercanos a los de EEUU y Canadá y muy por encima de los de la mayoría de los países americanos. El haber logrado que la esperanza de vida sea una de las más altas de América es el fruto de la labor de los médicos, de

nuestra Facultad de Medicina, de las Organizaciones de Asistencia, de vuestras organizaciones gremiales, debiendo reconocer también la labor rectora de quienes nos precedieron en este Ministerio.

Conocé como Ministro los servicios asistenciales de Montevideo y buena parte de los del Interior del país, comprendí de cerca el valor de la dedicación y trabajo del médico y sus colaboradores.

Compartimos un objetivo común: aunar esfuerzos para alcanzarlo es un imperativo. Que las diferencias no sean motivo de desviarnos de nuestra meta y que la honestidad de pensamiento y acción nos guíe.

**Dr. A. Varela (Ministro de Salud Pública).**

DE LA DIRECTORA GRAL. DE SALUD DEL M.S.P.

## Los periodos adversos suelen ser momentos de oportunidades

*Los periodos adversos suelen ser también momentos de oportunidades. En ellos debemos establecer una "praxis" diferente a la existente, debemos adecuarnos a la nueva realidad.*



Producir bienes o servicios eficaz y eficientemente es un principio básico ineludible e indelegable de cualquier organización, en especial de aquellas que se mueven en las áreas de *Políticas Sociales*, mejorando la calidad y alcanzando satisfacción de las necesidades sentidas de su población.

En momentos como estos la acción a emprender es el diseño de políticas sanitarias basadas en los datos científicos, con creatividad, apuntando a la reducción de riesgos y a la promoción de la salud.

Esta administración sigue estos principios generales.

Durante este año en particular enfrentamos situaciones extremadamente complejas. Sin embargo se ha comenzado a sentar bases para acciones cuyo horizonte no se había establecido en los habituales tiempos políticos que nuestro país presenta.

Sabemos que la Salud está influenciada por múltiples factores (ambientales, genéticos, socioculturales y por la oferta de Servicios), de los cuales algunos escapan a la órbita y potestades legales que el Ministerio de Salud Pública tiene.

Por estos motivos, estamos abocados a la coordinación intersectorial como estrategia para promover la mejora en la calidad de vida de la población. Inicialmente las acciones deberán operativizarse mediante una acción conjunta, coordinada y enérgica entre las grandes estructuras organizacionales del Ministerio de Salud.

La Dirección General de la Salud: estableciendo el marco rector, político y normativo.

La Administración de Servicios de Salud del Estado: ejecutando en sus servicios las políticas esta-

blecidas

La Dirección General de Secretaría, refrendando los aspectos formales de estas acciones, desde una clara voluntad del Ministro coordinando los mismos.

Llevar las expresiones políticas a la practica no es tarea fácil, sin embargo estamos asumiendo con alta responsabilidad los riesgos de este desafío, en un periodo en que la desesperanza y los problemas parecen ser lo cotidiano.

Romper estructuras es establecer cambios en los pensamientos y conductas, no solo cambiar objetos de lugar o modificar organi-

gramas, que es mucho más fácil y menos riesgoso.

Esta administración estableció que promover el desarrollo de la Atención Primaria de Salud es la propuesta operativa en la que basarse para el desarrollo social y la mejora de la calidad de vida de nuestra población.

Parar ello se implementarán en cada región del país "Comités Departamentales" quienes serán los encargados de establecer el plan de desarrollo de dicha estrategia, considerando las condicionantes propias de cada región, apostando a una efectiva descentralización y a una fuerte coordinación intersectorial, respetando el espíritu de la Declaración de Alma-Ata, y operativizando los programas o planes desde las

Oficinas de Desarrollo de Atención Primaria de Salud locales. (DAPS)

Somos conscientes de la magnitud de la tarea y de las dificultades que seguramente se presentaran durante este ambicioso proyecto. Inicialmente se comenzara a mejorar los servicios sanitarios del primer nivel (puerta de entrada al sistema) y se generará desde el personal sanitario el espíritu de promotor del desarrollo local, liderando el mismo.

Estas acciones son las que pautarán la voluntad de esta administración y se tratará de establecer con quienes la reemplacen un acuerdo en la Política Sanitaria en la que se halla logrado el consenso entre los actores políticos y sociales. En el que todos seamos promotores de la

idea y que el protagonismo esté dado en el cumplimiento de los objetivos y no por el protagonismo en sí.

Estamos ante una oportunidad histórica que no debe ni puede perderse. Varios actores políticos y sociales de nuestro país están de acuerdo en la imprescindible e ineludible modificación del modelo de atención sanitario, transformándolo en un modelo basado en la prevención y promoción de salud, en la integralidad, en la búsqueda de la equidad y de la calidad, que trascienda lo biomédico y contribuya al desarrollo humano sostenible.

**Nuestro mensaje es optimista. Conocemos la magnitud del desafío y el camino que aspiramos transitar.**

**Dra. Ofelia López**

## En el final del 2002

**Termina el año 2002. En dos años más cumpliremos 50 años de vida médica, ¡medio siglo! Muchas conquistas ha hecho la medicina desde esa fecha, particularmente la medicina clínica, la que hemos cultivado con toda nuestra responsabilidad y vocación**

La clínica ha dicho Gregorio Marañón, es un amor apasionado. Y por tanto desde esta convicción queremos despedir éste 2002 con algunas reflexiones que proponemos compartir. Más ha adelantado la medicina clínica en conceptos básicos, en conceptos surgidos de la biología, que en las impactantes conquistas técnicas que son sin duda originada por aquellos. Esta está cimentada en diez leyes o principios generales, cada uno de los cuales tiene su vertiente hacia la patología:

1-La inmodificada sistemática propuesta por Linneo (1758) que permitió nombrar a los organismos y diferenciarlos; 2-Nace como consecuencia la morfología o anatomía comparada que permitió comprender la organización con la obra de Lamarck, Cuvier, Geoffroy Saint-Hilaire (1799-1830) y que condicionó la medicina anatomoclínica; 3-La historia de la Tierra y sus modificaciones seculares, que expuso Charles Lyell (1831-1833) y que fue su consecuencia la biogeografía nosológica; 4- La teoría celular, todos

los organismos están formados por una unidad cuántica: la célula, formulada por Schleider y Schwann (1855); 5. Que toda célula proviene de otra célula: omnis cellula e cellula que desarrolló Virchow en su Cellular Pathologie, origen de la histopatología; 6-La teoría de las hojas germinales de von Baer (1827) y Huxley (1847) y teoría de la Gasterrea de Haeckel (1865) que dio a la medicina su ontogenia; 7-Las cinco teorías de la evolución por la selección natural creadas por Darwin (1859) que sitúa a nuestro organismo en la evolución y la medicina darwiniana; 8-La formulación de las leyes de la herencia por Mendel (1865) que da origen a la genética clásica tanto como posteriormente a la cromosómica y molecular con la del ADN en 1953, con todas sus consecuencias actuales de individualización génica; 9-La biología experimental, iniciada por la escuela alemana (Ludwig, du Bois Raymond, Müller, van Helmholtz) y la francesa (Magendie y Claude Bernard). Nacen así la fisiología, la fisiopato-

logía y la farmacología; 10-La sociobiología, rama nueva de la biología creada por E. Wilson en 1955 decir la evolución y filogenética aplicada a las estructuras sociales, tanto animales como humanas.

Estos diez postulados presiden y fecundan el progreso tanto conceptual como práctico de la medicina ya sea en su vertiente clínica como en la preventiva y social.

De ello surge como consecuencia univoda la medicina en su afirmación científica, en su metodología biológica, en sus dos métodos, inductivo experimental y descriptivo-evolutivo. Los fenómenos biológicos, tanto normales como patológicos se inscriben en el proceso histórico de la vida que lleva 3.500 millones de años, la cadena de la vida, de la cual somos uno de sus últimos eslabones, pero ligados a ese pasado sobre el que obra en la diversificación, la selección natural, motor e inspector de calidad de la vida.

Es a la luz de estos postulados que hoy debemos promover la medicina basada en la evidencia. Esta preocupación la ha tenido la medicina clínica desde sus orígenes, no logrando mayores aproximaciones hasta la institución de la medicina anatomoclínica: lesión-enfermedad, enfermedad es lesión. El básico método ana-

tómico, a ver la lesión, a la autopsia, sucede el comprender e inferir la entidad mórbida mediante la semiología, que es controlada por la evidencia concreta que le aporta la lesión y caracterización funcional. La medicina clínica se hace ciencia cuando empieza a estudiar a la muerte como lo ha dicho Michel Foucault.

A ésta básica aproximación se van sucediendo complementos cada vez más sofisticados al determinismo de la afección, lesión anatómica, alteración primaria o secundaria de la lesión, resultante fisiopatológica, concreción a nivel celular (citología, citogenética) y a nivel molecular (enzimas, inmunología)

Es pues hoy prioritario volver a concretar estos recursos de los que tanto promueve el movimiento conceptual de la medicina basada en evidencias. Siempre se estuvo preocupado por ello, pero es ahora que conviene renovar la postura para hacer intervenir en la especificación de toda circunstancia nosológica, los ajustados recursos que lleven a un diagnóstico irrefutable, concreto tanto en la morfología (descriptivo-evolutivo) como en lo funcional (inductivo-experimental), como en lo social (psíquico y espiritual).

**FERNANDO MAÑÉ GARZÓN**