

Salud 2003: cambios y permanencias

En la salud tuvimos un verano movido; desde el 23 de diciembre de 2002, con la interpelación al ministro Dr. Alfonso Varela, hasta su renuncia el 19 de febrero de 2003 y la designación desde el 24 del mismo mes del Dr. Conrado Bonilla, que asumió el 26, pasamos varios episodios a gran velocidad, en un momento del año, en que generalmente la mayor parte de la población se dedica a descansar; este año más cerca, por las dificultades económicas del país.



DR. ANTONIO TURNES

Las primeras manifestaciones públicas del nuevo jerarca fueron alentadoras. Luego de declarar que al asumir "le corría un frío por la espalda", cuando pensaba en la complejidad de los problemas a enfrentar, emitió algunas señales muy positivas. Habló de aplicar los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia¹, siendo la primera vez en la historia, que un Ministro de Salud (médico, abogado, contador) se refiere al tema con tanta elocuencia. A renglón seguido anunció que el Poder Ejecutivo emitiría un decreto para la acreditación de los IMAE, introduciendo otro tema que hace a la calidad y al control necesario desde el Estado, de las prestaciones de salud. Y manifestó su interés por considerar los temas de su Cartera centrados en los usuarios, en la gente. Estos tres anuncios, bastarían para abrir un crédito amplio al equipo que bajó a la cancha. Son botones de muestra, de alguien que practicó la Medicina y la Cirugía, en el interior, que fue administrador de salud con formación académica en el país y el exterior, que ganó experiencia en EMC (Educación Médica Continua) y en la Dirección del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Todas condiciones saludables, necesarias, pero no suficientes para resolver con éxito los desafíos que encontrará.

El nuevo Ministro llega con las mejores intenciones, y un panorama cada día más complejo, en la medida que los principales problemas quedan sin resolver, de un Ministerio para el siguiente. Y que el tiempo de toma de decisiones, se va inevitablemente acabando. Esos problemas de la salud, son multifactoriales. Entre ellos, no es menor la sobreabundancia de médicos, en relación al sistema de salud vigente. Tenemos más de 13.000 colegas, principalmente jóvenes, y seguimos creciendo, con un ingreso a la Escuela de Medicina de 1200 a 1400 estudiantes por año, y un egreso anual de casi 400. Tenemos menos de 2000 enfermeras profesionales, cuando es sabido que son un recurso humano muy valioso para brindar atención de salud, y que en los países desarrollados están presentes en una proporción de 1 médico cada 4 enfermeras (cuando aquí superamos los 6 médicos por enfermera). De todos ellos, casi el 80% en Montevideo, donde se concentran la mayoría de los empleos, la tecnología, las empresas, los establecimientos públicos y privados de mayor porte. Y cada médico quiere trabajar, o generar ingresos. Mucho se ha hablado y escrito

sobre las graves denuncias que involucran a algún laboratorio que - aparentemente - no hacía los exámenes. Estos establecimientos, de confirmarse las denuncias en curso, en algún caso serían verdaderas cloacas (en sentido estricto) que extraerían o recibirían muestras, y las enviarían directamente al colector. Desde luego, de confirmarse, eso es delito.

Pero como no hay mecanismos legales y operativos que controlen la conducta (ética) profesional, difícil que - en caso que la Justicia encuentre responsables - les suspendan o quiten el título, y hasta es posible que en poco tiempo, superado y olvidado el episodio, continúen haciendo lo que saben. (De paso, estos hechos puntuales y aislados, opacan y ofenden a la inmensa mayoría de colegas que trabajan con dedicación y honestidad, cada día, en todo el país).

Mientras tanto, el Ministerio y la política de Estado en salud, sigue esperando el tren, cuando ya no corren casi trenes. Veamos algunos puntos, ni los más importantes, ni los únicos, sólo los que van surgiendo en una visión rápida.

Se habla de impulsar un cambio del modelo de atención, basado en la atención primaria de salud (APS); pero no sabemos cómo haremos para reciclar a casi 7.000 médicos indiferenciados (mal llamados "generales") para que puedan tener inserción y buen desempeño en el nuevo sistema. Tema que habrá que encarar y resolver, con eficiencia y economía, sobre la marcha.

Desde el informe Hall², de la década del 50, se sabe que el Ministerio es un mamarracho organizativo (dicho sea con el mayor de los respetos), concentrando en Montevideo la mayor parte de las decisiones, ocupando el 90% o más de sus recursos en la administración de la red de hospitales, centros de salud y policlínicas diseminados por el país.

Se han dado pasos para aliviar esta carga. En 1987, con la Rendición de Cuentas, se creó ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), para darle mayor autonomía a la gestión asistencial pública. La intención fue buena, pero el esfuerzo no tan eficaz, ya que sigue demasiado pendiente de las decisiones del Ministro, que tiene que incidir en todo. No se le ha dado a este organismo descentrado, la autonomía necesaria para que deje de pesar en la diaria tarea del Ministerio. Ya no es como en la época de Hall, que el Ministro tiene que autorizar desde la compra de una bolsa de papas para el Hospital de Bella Unión o Artigas, hasta fijar normas para la vacunación de tal o cual patología, analizar estadísticas sanitarias, o desarrollar políticas. Pero lo concreto es que, hasta ahora, sigue enredado en lo urgente, sin poder abordar lo importante.

Las buenas ideas, que cada ministro, o cada jerarca que pasó por el MSP ha legado, dejamos de lado las otras, son tiradas al canasto, como si fueran desechables.

El Dr. Julio César Macedo Saravia, que fue director de ASSE en 1990-95, trajo a un brasileño de OPS, ex Director del Hospital Uni-

versitario de Sao Paulo, Brasil, (Dr. Humberto de Moraes Novaes), Asesor Regional en Administración de Hospitales y Servicios de Salud, de la División de Sistemas y Servicios de Salud de OPS, Washington DC. Durante 5 días desarrolló y dirigió un Seminario sobre Acreditación de Hospitales y servicios de salud. Vino gente de todo el país, directores de hospitales públicos y privados. Se dejó un comité permanente, para estructurar pautas de acreditación, se distribuyeron manuales. Todo prolijo, guardado en las bibliotecas. No pasó, hasta ahora, que sepamos, más nada. Faltó darle continuidad a un proceso, del que ya hablaba el Dr. Joaquín Purcallas treinta años antes, como un medio para mejorar la calidad de los establecimientos y acreditarlos, en el marco de un proceso de mejora continua. Donde se controlaba cada sector, desde el registro hasta la hospitalización, desde la cocina al laboratorio, desde la policlínica al quirófano. Obviamente, hacer las pautas para cada país, requiere un nivel de acuerdos difícil de lograr, cuando se antepone los intereses parcelares, y luego falta empuje. El tema se muere ahí. Posiblemente si se hiciera realidad ahora, ese propósito del Ministro Bonilla de dar los hospitales públicos a administración de privados, enteros o por sectores, esa sería una herramienta clave para calificar la gestión y medir resultados de calidad. Pero significaría casi casi empezar de cero.

El ministro Dr. Alfredo Solari en 1995, planteó en el Presupuesto quinquenal, denominar al MSP Ministerio de Salud, (quitándole lo de pública), cosa no menor y sin irritación para nadie. Pero lo unió a la separación de ASSE, como ente autónomo, para quitarlo del Ministerio (cosa algo mayor, que generó rispideces y oposiciones varias). A mayor abundamiento, no faltaron voces que mencionaran que perderían la famosa inamovilidad de los funcionarios públicos. En cualquier país, el Ministerio de Salud es un pequeño conjunto (tanto edilicio como burocrático) que normaliza y controla. Que normaliza y controla en serio. (Estamos cansados de oír que debe ser el organismo rector de la salud.) Los servicios asistenciales, propios o ajenos, son separados, y bien controlados; sean municipales, constituyen un servicio nacional, o contratan con los hospitales de la seguridad social.

Como esa propuesta generó mucha resistencia, entre los funcionarios del MSP, y entre los médicos, los parlamentarios, siempre sensibles a los votantes, lo "desglosaron" para tratarlo por separado después, lo que en español moderno significa lo encapertaron, y nunca más fue discutido. Solari desapareció del gabinete un año y medio después. Y se perdió otra oportunidad de hacer cambios oportunos.

Otro factor importante, es la politización de la salud. El Ministerio es del sector tal o cual, los principales cargos son de éste o de aquel sector. No se seleccionan los candidatos a los principales cargos por su competencia, conocimiento, idoneidad o antecedentes de haber hecho cosas importantes. Cada nueva administración, cambia el equipo completo.

Revisando un libro premiado por el SMU en 1995, cuando sus 75 años: "El Sector Salud, 75 años de un mismo diagnóstico", de un joven salubrista (el Dr. Gustavo Mieres Gómez) hoy asesor de la Comisión de Salud de Diputados, el au-

tor hace una descripción objetiva y documentada del surgimiento de la atención de salud en Uruguay, en el siglo XX.³ En 1926, el presupuesto de la Asistencia Pública Nacional era de pesos \$ 9.000.000, y el del Consejo Nacional de Higiene \$ 150.000. Vale decir sesenta veces más recursos para asistencia curativa que para promoción y prevención de salud. Pasaron casi 80 años, pero todo sigue igual. La creación del Ministerio (Decreto-Ley 9.202, del 12 de enero de 1934) acogió tarde y mal, la idea del SMU, expuesta en 1921 por el Dr. Joaquín de Salterain, de reunir todo en uno (asistencia y prevención), pero no cambió las cosas. Además le puso la sal y la pimienta de la política, al fijar que todo se hiciera con cuota de 3 y 2, aunque en la letra se hable pomposamente de que todos los cargos, técnicos y administrativos, sean provistos por riguroso concurso.

A lo largo de 80 años, en diversos momentos, con intensidad y repercusión diversa, el seguro nacional de salud, el sistema nacional de salud, o el servicio nacional de salud; la colegiación médica o la colegiación profesional obligatoria, como mecanismo idóneo para el control de la ética, ha estado planteado y reclamado desde los gremios médicos. El eco legislativo ha sido escaso, y a la vista está, no ha coagulado.

NO TODO ES NEGATIVO, DESDE LUEGO

Mejoramos los indicadores de salud, bajamos la mortalidad infantil y la neonatal; aumentamos la expectativa de vida; extendimos los servicios a todo el país, impulsamos técnicas que aseguran mejor calidad de vida (todo lo que provee el Fondo Nacional de Recursos). Pero cambiar algo en ese importante organismo, que lleva 22 años de creado (1980),⁴ hacer que ingresen unas técnicas y salgan otras de esa financiación, generará batallas inacabables, aunque las autoridades del FNR hace tres años que están empeñadas en ponerle orden a un gasto que demostró tener mucha obesidad, y lo puso a régimen de adelgazamiento con resultados eficaces. Como siempre, en estos cambios, lo importante es mantener el peso alcanzado después de la dieta.

Seguimos en pleno siglo XXI apuntando, en los hechos, a la medicina curativa, tratando a 2400 insuficientes renales crónicos mediante diálisis en todo el país. Pero no mejoramos el diagnóstico temprano de las obstrucciones urinarias, de las infecciones, de la hipertensión o la diabetes, que llevan derecho a la insuficiencia renal crónica. Para tomar un ejemplo, de los más costosos en términos sociales y económicos.

Y nos creemos y le hacemos creer a todo el mundo (incluidos los políticos) que el sistema de salud debe bancar todo, y donde la plata no alcanza, el Estado debe intervenir y ponerla. Aunque estemos ahora en la lona, y no tengamos un peso, nos asombremos porque reciclamos jeringas y guantes descartables, algunas instituciones no puedan brindar medicación antiepileptica, y otras no paguen sus sueldos (a médicos y funcionarios) durante diez u once meses (y sigue dando servicios; otro milagro uruguayo), entre otras muchas y tristes cosas.

Un amigo argentino, me comentó que una hija suya, que como tantos miles ha ido a vivir y trabajar en New York, antes de tener cobertura por seguro, como ahora, tuvo que

ir a un hospital público newyorkino, por una infección urinaria. Le hicieron, luego de horas de espera, un examen clínico, un examen de orina, y le indicaron antibióticos. Le costó US\$ 580 la consulta y el análisis (la medicación la adquirió aparte). Eso sí, le dieron facilidades para pagar el servicio hasta en 18 cuotas, y se aseguran que lo pague. Pero tuvo que tragarse lo que son las ER (Emergency Room), cuya serial homónima es una "versión rosa" de la realidad, según me aseguró.

Podremos discutir si el porcentaje del PBI que gastamos en salud, ahora un 11%, con un PBI que cayó al 50% por las variaciones del dólar y la crisis económica general, es mucho o poco, o está mal distribuido o mal gestionado. Pero no discutimos cómo gastamos; cuánto hacemos como, y cuándo o a partir de cuándo lo vamos a corregir.

EN RESUMEN: Las opiniones del Ministro, son certeras y bienvenidas. Lo que pueda hacer para resolver estos grandes temas, dependerá del apoyo político, y de la conciencia que tomen los llamados "líderes" de opinión. Le deseamos éxito, porque ya estamos jugando los descensos. Y en materia de salud, Uruguay deberá emprender sin más trámite, la adopción de políticas de Estado, para darle estabilidad al sistema, reordenarlo, modernizarlo y hacerlo más eficaz; y equitativo, gastando lo justo. Para procesar de una buena vez los cambios, y no quedarnos siempre en las mismas y nefastas permanencias

¹ La Medicina Basada en la Evidencia (o EBM por su sigla en inglés) es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Practicar la MBE significa integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática... La mayor competencia se refleja de muchas maneras, pero sobre todo en un diagnóstico más efectivo y eficiente, y una identificación más prudente y manejo compasivo de los problemas, derechos y preferencias del paciente individual al tomar decisiones clínicas acerca de su cuidado... La MBE no es la medicina del recorte de los costos. Algunos temen que la MBE sea secuestrada por proveedores y gerentes para recortar los costos de la atención de la salud. Este no sólo sería un mal uso de la MBE, sino que sugiere un malentendido fundamental de sus consecuencias económicas. Los médicos que practican la MBE, basada en las pruebas, identificarán y aplicarán las intervenciones más eficaces para conseguir la máxima calidad y cantidad de vida del paciente individual; esto puede elevar, más bien que bajar, el costo de sus cuidados... Los buenos doctores usan tanto la maestría clínica individual como la mejor evidencia externa disponible y ninguna de las dos por separado es suficiente. Sin maestría clínica, existe el riesgo de que la práctica llegue a estar tiranizada por la evidencia, pues incluso una excelente evidencia externa puede ser inaplicable o a inapropiada para un paciente concreto. Sin la mejor evidencia actual, el riesgo es que la práctica quede rápidamente desfasada en perjuicio del paciente. British Medical Journal (BMJ) 1996; 312 (13 enero): 71-2. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: LO QUE ES Y LO QUE NO. Autores: David L. Sackett, William MC Rosenberg, JA Muir Gray, R. Brian Haynes y W. Scott Richardson.

² INFORME HALL: Estudio de reorganización administrativa del MSP, edición mimeografiada del MSP, 1956. Un estudio exhaustivo sobre la organización administrativa y funcional del MSP, realizada por un experto americano que vivió en Uruguay un largo período, emitiendo un informe extensivo en doce tomos, analizando sector por sector, y apuntando algunas líneas maestras para corregir los principales defectos registrados.

³ MIERES GÓMEZ, Gustavo: El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico. SMU, 1997. Los interesados pueden acceder por Internet a través del Portal WEB del SMU www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turene/

⁴ FONDO NACIONAL DE RECURSOS, creado por Decreto-Ley No. 14.897 de mayo/79. Inició sus actividades el 1º de diciembre de 1980. Modificado por Ley No. 16.343 del 24.12.1992.