

Con el Dr. Homero Bagnulo

“Que cada quien asuma sus responsabilidades”

En el último número, *Noticias* publicó un artículo con el título “Crisis en el FNR y en los IMAE: diálisis a la venta” en el que se informó que los centros de diálisis solventados por el Fondo Nacional de Recursos atraviesan actualmente una severa crisis. Se hacía referencia además a que la venta de cuatro de éstos, en abril de este año, a una multinacional, inquieta a los nefrólogos de todo el país.

Para un tema de tanta trascendencia, hemos recabado también la opinión del presidente (A) de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, el Dr. Homero Bagnulo, como forma de obtener una visión más amplia de lo que está ocurriendo en este sistema que cubre la medicina altamente especializada a través de la actividad de los IMAE.

Dr. Bagnulo, el FNR está atravesando una severa crisis ¿cómo afecta esta situación a la población del país y al trabajo de los médicos y funcionarios de los IMAE?

En primer lugar, el Fondo Nacional de Recursos no tiene una crisis reciente. ¿Alguien puede creer que la crisis comienza en el momento en que los recursos dejaron de alcanzar para cubrir las aspiraciones de un grupo reducido de empresarios? En mi opinión es justamente al revés. La verdadera crisis del FNR era la anterior, cuando se avanzaba hacia la liquidación del sistema sin tomar ninguna medida. Lo nuevo no es la crisis sino que la Comisión Honoraria está exigiendo a cada uno que asuma su parte de responsabi-

dad. Por eso es que algunos se están viendo obligados a ajustar sus gastos y rebajar sus ingresos. Pero llamemos a las cosas por su nombre: es una situación que afecta a algunos empresarios y a pequeños grupos de médicos y funcionarios de los IMAE que aún tienen ingresos muy por encima de lo habitual en nuestro medio. De ninguna manera la situación afecta a la población ni a la mayoría de los médicos del país y no debería afectar tampoco al personal contratado en los IMAE con salarios normales. Si algunos IMAE están haciendo pagar el costo de estos ajustes al personal contratado, las gremiales que los representan deberían dirigirse a los empresarios que los contratan y no contra el FNR.

No podemos aceptar que 150.000.000 de dólares al año sean insuficientes para financiar la actividad de un grupo de médicos que representan un porcentaje muy menor de todos los que trabajan. Lo que seguramente ocurre es que dicha suma no llega a todos de manera transparente.

Cuando se dice que el FNR tiene seis meses de atraso en los pagos a los IMAE debería decirse que el Fondo nunca pagó antes de los 60 días debido al sistema de declaración y liquidación de actos que siempre existió. Por lo tanto, el verdadero atraso es de cuatro meses. ¿Qué opinan de esto los médicos y los funcionarios que en tantas instituciones cobran sus salarios con mucho mayor atraso o que han debido aceptar rebajas de sueldo y han quedado con deudas incobrables? Dicho sea de paso, dejemos claro lo siguiente: cuando en el número anterior de *Noticias* se dice que el FNR paga 1.600 pesos mensuales por paciente en hemodiálisis, debe decir 1.600 pesos por cada sesión de diálisis que son tres por semana y por paciente.

Por lo tanto, decir que la atención de la medicina especializada en Uruguay está en crisis y que peligra la cobertura, no es cierto. Decirlo para que lo crean los médicos que no



Dr. Homero Bagnulo: "la crisis del FNR no es de ahora: es la anterior".

trabajan en los IMAE y que hace años que viven las dificultades del sistema de salud, es oportunismo. Y decirlo para crear alarma en la población está peligrosamente cerca del terrorismo. Nunca el FNR ha brindado tanta atención a la población como en este último periodo. Mal que les pese a los empresarios de los IMAE y a sus gerentes, el FNR sigue adelante haciendo lo que es su obligación: asegurar el acceso de la población a los procedimientos y controlar que los mismos se realicen con buenos resultados de calidad.

Nadie ha planteado cerrar centros de diálisis para hacer economías o que dejen de estar dispersos en el interior del país, cerca de donde están los enfermos. No sé de dónde salen esos comentarios, salvo que se quiera crear alarma en la población.

En su opinión, el FNR en realidad está mejorando...

El FNR está tratando de salir de una crisis estructural. Quienes quieren hacer creer lo contrario tienen intereses económicos en el sistema y están, al menos, equivocados. Por dos motivos.

En primer lugar, el FNR está cubriendo hoy más procedimientos que hace unos años. Un reciente pedido de informes ha solicitado que comparáramos los actos que se brindan hoy con los que se brindaban en el año 1998. Tal vez alguien sospechó que podría existir un misterioso proyecto para dejar a la gente sin salud. Pero resulta lo contrario: en 1998 el FNR autorizó 1.548 actos por mes. En 2001 se realizaron con cobertura del FNR, 1.510 actos por mes. En diciembre de 1998 había 1.986 pacientes en diálisis, en agosto de 2001 había 2.202. ¿De qué crisis podemos hablar? ¿Qué restricción se está haciendo? Decir que el acceso de la población a la medicina especializada está en crisis, son palabras vacías. Todo pone en evidencia lo contrario.

En segundo lugar, el Fondo Nacional de Recursos está cumpliendo su obligación de evaluar la calidad de las prestaciones que se realizan con recursos de la población. Este es un tema del que nadie quiere hablar. No estamos acostumbrados en Uruguay a hablar de esto en público. Pero en realidad todos sabemos que sólo en Uruguay es posible eludir este tema y que todos los sistemas serios del mundo evalúan, informan a la población y toman decisiones sobre la base de los resultados medidos por profesionales independientes y no por el mismo médico que los realiza. El FNR cuenta hoy con información en ese sentido. Y las prestaciones de medicina altamente especializada no tienen los mismos resultados en todos los IMAE.

Por eso decimos que la población del país debe recibir un mensaje de tranquilidad: el Fondo Nacional de Recursos no sólo no está en crisis sino que está en mejores condiciones. Se están brindando las prestaciones necesarias que son hoy más que hace unos años, y se está evaluando la calidad de lo que están haciendo los IMAE. ¿De qué crisis se habla?

Dr. Bagnulo, lo que usted dice no deja de sorprender, porque la información que uno recibe parece ir en sentido contrario.

Le voy a explicar por qué ocurre eso. Las cifras que le estoy dando muestran lo que el FNR brinda a la población y afirmo que eso no sólo no disminuyó sino que aumentó. Y eso es así porque el FNR acompaña las nuevas indicaciones que se demuestra científicamente que son útiles para el tratamiento de los enfermos, pero además porque se cubren nuevos grupos de pacientes: por ejemplo, desde el año pasado el FNR está

participando con la asociación de padres de niños sordos congénitos para posibilitar 15 implantes cocleares anuales en etapas preescolares; también se ha ampliado la cobertura del implante de cardiodesfibrilador a edades más avanzadas; se está cubriendo el tratamiento de las secuelas y la rehabilitación de los niños quemados del Pereira Rossell... Por lo tanto, existen motivos racionales para que en alguna medida aumenten las prestaciones del FNR.

Pero hay que decir también que muy superior a ese aumento "racional" es el incremento "irracional" o injustificado: mientras en 1998 se solicitaron al FNR 1.585 procedimientos por mes, en el año 2000 se solicitaron 1.744. No existe explicación posible para ese aumento de un 10% en la demanda. No hay cambios en la población que puedan explicar ese aumento y por ende el FNR ha tenido que aumentar también el número de rechazos de solicitudes. Ese es el motivo por el cual un pequeño grupo de médicos-empresarios se siente afectado en las expectativas económicas que se había planteado.

Seamos muy claros: los que hoy están en crisis son quienes habían previsto un incremento de un 10% en su actividad médico-económica y se han visto frustrados. Y esto sí tiene que saberlo el conjunto de los médicos y de la población que sostiene el sistema. Mientras la mayoría de la población y de los médicos hace años que están tratando de no perder su empleo o están aceptando rebajas salariales para no perderlo, hay grupos empresariales que se enojan porque no pueden seguir creciendo. Cuando el FNR dice que hoy se brinda la misma asistencia que en 1998, estamos diciendo que con un enorme esfuerzo estamos contrarrestando un aumento inducido de la demanda de un 10%.

¿Qué evidencia tiene usted de que esos procedimientos que se están pidiendo no se justifican?

Esa pregunta está planteada al revés. El que debe tener evidencia suficiente para pedir algo (sobre todo si se trata de un procedimiento invasivo y con riesgos) es el que lo pide. Es su responsabilidad fundamentar científicamente lo que hace. Eso es así en cualquier nivel de la medicina. No se trata de pedir procedimientos invasivos para dejar "conforme" al paciente o a su familia. Menos aún pedir bajo presión del que lo realiza.

No es el FNR el que tiene que explicar hechos como estos: entre 1998 y 2001 la demanda de angioplastia creció un 30% sin que descendieran un ápice otras técnicas de revascularización coronaria. Cuando pedimos explicaciones se nos dice que es por envejecimiento de la población. ¿En tres años? ¿Quién va a explicar que en tres años las solicitudes de prótesis de rodilla por artrosis crecieron un 70%? Y algo más sorprendente aún: ¿por qué cuando el FNR puso

en marcha mecanismos de segunda opinión médica para evaluar pacientes se "autorrestringieron" las solicitudes de litotricia y bajaron un 14% no porque se nieguen sino porque no se solicitan? Esas son las cosas que alguien tiene que explicar.

¿Quién va a explicar que más de un 20% de los pacientes operados con prótesis de cadera por fractura resultó inubicable a los seis meses del procedimiento? ¿O que un 30% de los sometidos a angioplastia coronaria a los seis meses no tienen un médico de referencia que realice los controles adecuados y oriente su tratamiento y su rehabilitación?

¿Tiene sentido seguir prodigando tratamientos sin hablar de estos temas y sin ningún tipo de restricción?

¿Es verdad que el FNR está restringiendo los gastos imponiendo límites de edad para los procedimientos?

Lo único que ha hecho el FNR en los últimos años respecto a los límites de edad es ampliarlos, correrlos en el mismo sentido que va la medicina en el mundo: a medida que se comprueban mejores resultados y cuando existe evidencia científica de que se obtienen mejores condiciones de vida, el FNR ha ampliado las edades de cobertura. O sea que es lo contrario de lo que se ha afirmado.

Todos los protocolos médicos del mundo incluyen la edad del paciente como uno de los factores a tener en cuenta en la indicación de un procedimiento. En el FNR los límites de edad que figuran en los protocolos fueron puestos por los propios especialistas que los elaboraron. No son una disposición administrativa. Eso es así para el trasplante cardíaco, para el trasplante hepático, para el trasplante de médula ósea y se han ido modificando a medida que se cuenta con evidencia científica favorable. Ya se ha ampliado la edad para implante de cardiodesfibrilador y se está estudiando la posibilidad de ampliarla para el trasplante de médula ósea que todavía se encuentra en las mismas condiciones que cuando fue propuesto por los especialistas para ingresar a la cobertura del FNR. No es cierto que se hayan creado límites más restrictivos respecto a la edad de los pacientes. Es lo contrario.

Se está tratando de alarmar a la opinión pública con datos que no tienen ninguna sustancia: ¿sabe cuántos trasplantes de médula ósea se rechazaron por sobrepasar el límite de edad en este año? Cuatro. ¿Sabe cuántos se rechazaron en el año 2000? Dos sobre un total de 100 realizados. Por lo tanto, el FNR no tiene inconveniente en tratar este tema a nivel científico, pero no va a acompañar que alguien que no tiene conocimiento del tema lo agite ante la opinión pública para hacer una campaña personal que no tiene nada que ver con la medicina.

Como cualquier seguro, el FNR define prioridades para sus gastos. No cabe en la cabeza de nadie que el FNR vaya a cubrir financieramente todo lo que se hace en algún lugar del mundo. Pero esas prioridades son analizadas y definidas en base a evidencia científica y no a presiones políticas.

Usted decía anteriormente que el FNR ha creado mayores mecanismos de control de la actividad médica, ¿en qué consisten?

Parece asombroso que se haya generado tanta preocupación porque se ponen en marcha mecanismos sumamente sencillos y que existen en todos lados. Tal vez en realidad lo que ocurre es que se pueden poner en evidencia algunos problemas graves.

Cada vez que se solicita la cobertura financiera del FNR para un procedimiento, va un médico a ver al paciente. Así de simple. Ante ese incremento inexplicable de un 10% en la demanda, el FNR tenía dos posibilidades: o ponía en marcha mecanismos administrativos de restricción o ponía en funcionamiento mecanismos médicos. Se optó por esta segunda alternativa. No se fijaron topes ni se cambiaron las normas. Se puso en marcha un sistema de segunda opinión médica. Actualmente, médicos independientes de los IMAE van a ver a los pacientes y hacen algo tan "escandaloso" como llenar una historia clínica, examinarlos y emitir una opinión.

Me parece importante que los médicos sepan que la puesta en marcha de este sistema generó entre los médicos-empresarios de los IMAE una fuerte reacción antimédicos internistas y antigeneralistas. Se nos ha acusado de permitir que los médicos generales y los internistas opinen sobre los actos de la medicina altamente especializada. Pero en realidad así debe ser, son los médicos quienes deben discriminar entre indicaciones correctas, incorrectas y dudosas. En última instancia estamos devolviendo a los médicos el papel que nunca debieron haber perdido. Hoy día hay 50 médicos internistas, generalistas, cardiólogos, médicos de familia, trabajando para el sistema. Y esos médicos hacen lo que saben hacer mejor que nadie: evaluar a los pacientes, evaluar su calidad de vida, evaluar sus posibilidades de rehabilitación y opinar de manera científica y fundamentada con independencia de los intereses empresariales en juego.

Por supuesto que alguien ha salido a hacer preguntas peyorativas contra estos médicos: cómo se seleccionaron, qué méritos académicos tienen... No hay nada que ocultar: se convocó por la prensa a presentar propuestas por parte de grupos médicos. Se presentaron 16 grupos y se seleccionaron cuatro. Actuó una comisión designada por el FNR y hoy día trabajan 50 médi-

cos, entre los cuales hay tres profesores titulares grado 5, cuatro profesores agregados y 15 profesores adjuntos grado 3 de la Facultad.

¿Y cómo percibe el FNR el hecho de que se estén vendiendo IMAE a empresas extranjeras?

En primer lugar, el FNR no tiene ninguna constancia que tal cosa esté ocurriendo. Pero todos hemos escuchado que se está transfiriendo la propiedad de algunas de estas empresas llamadas IMAE. Algunos hacia empresas extranjeras y otros entre instituciones de asistencia médica de nuestro país. Pero en realidad lo que me preocupa es que se hable de eso y no se hable de algo mucho más importante: cuáles son los IMAE que hacen buena medicina y cuáles los que no hacen buena medicina. Que ciertamente existen de los dos. Eso es más importante que quién es el dueño del IMAE. Un sistema que nació estimulando la puesta en marcha de servicios por parte de empresarios, hoy no debería rasgarse las vestiduras por la nacionalidad de esos empresarios. El FNR fue creado para que algunos grupos médicos pudieran ejercer su especialidad sin limitaciones económicas. A lo largo de 20 años la enorme mayoría de esos grupos son privados. Está en la lógica de ese sistema que ocurra lo que está ocurriendo. Si se venden centros de diálisis o si se mudan IMAE de una institución a otra no es porque el sistema esté en crisis. Es porque el sistema fue pensado para empresas privadas que actúan con lógica de empresas privadas. Por eso digo que no nos distraigamos ahora con algo que era previsible que iba a ocurrir. Más bien discutamos qué medicina estamos haciendo.

Se ha aprobado recientemente un decreto que permite adoptar resoluciones en el Fondo Nacional de Recursos con los votos del sector público ¿eso permitirá un mejor funcionamiento?

Esa es otra falacia. Es una forma de plantear los problemas que no refleja la realidad. En el Fondo Nacional de Recursos no existe una contradicción entre el sector público y el sector privado. La

única contradicción verdadera, que no sería negativa si se hiciera con transparencia, es entre los proveedores (que son los IMAE que venden sus servicios al FNR) y los administradores de los recursos (que es toda la Comisión Honoraria) que deben resolver sobre la compra de servicios a los IMAE. ¿Sabe cuál es el problema? Que progresivamente esos roles de comprador y vendedor se han ido confundiendo y la mayor parte de las instituciones son a la vez IMAE. Por lo tanto cuando se está en la Comisión Honoraria representando a instituciones públicas o privadas hay que recordar siempre que uno está defendiendo los aportes del sector que representa y no los intereses de los vendedores que muchas veces están dentro de esas mismas instituciones. Esta confusión ha generado muy recientemente que a la Comisión Honoraria le costó una larga discusión aceptar un importante descuento ofrecido por un proveedor. Este hecho, que parece "del mundo del revés", sólo es explicable porque se superponen los administradores con los proveedores, los compradores con los vendedores.

Fíjese, por ejemplo, que entre enero y agosto de 2001 se realizaron 10.875 actos con cobertura del FNR. De ellos, sólo 219 (sí, sólo doscientos diecinueve actos) se hicieron en IMAE que se encuentran en hospitales del sector público. Mientras tanto, 10.656 se hicieron en el sector privado. Hay una institución del sector privado que hizo el 20% de los actos pagados por el FNR entre enero y agosto de 2001. Es decir que transformó en ingresos propios el 20% de los egresos del FNR. Esas instituciones están a la vez tomando decisiones como administradores del FNR.

Con esas cifras es difícil decir que el problema es si tiene mayoría el sector público o el sector privado. El verdadero problema es asegurar que la mayoría la tengan los que representan a la población que pone los recursos y no quienes representan a los que facturan.

En una palabra, lo principal es otorgar transparencia al sistema ante la opinión pública. ❖

Lista de médicos de MIDU

El Sindicato Médico del Uruguay ha enviado al CASMU una lista de médicos de MIDU, cuyos 39 primeros lugares están ordenados de acuerdo a criterios gremiales ya conocidos. Queda a la espera de una reinserción laboral en el plazo más breve posible de un número de médicos proporcional a la cantidad de socios de la exMIDU incorporados al CASMU, dentro del marco de la resolución de asamblea que salvaguarda la estabilidad económica de la institución.

EL COMITÉ EJECUTIVO