



Con el Dr. Hugo Dibarboure

Hay una falla estructural sistémica

El Dr. Hugo Dibarboure, un viejo y orgulloso médico de familia, cuestiona duramente el actual sistema de Salud basado en especialistas. Argumenta que el cambio hacia una mejor atención a la población debe comenzar por un modelo experimental, fuera del hospital, que cuente necesariamente con una firme decisión política

WALTER PERNAS

“El sistema no es equitativo. Todos los sectores sociales es-

tán disconformes, no se cumplen adecuadamente las funciones sociales de Salud Pública, hay un importante crecimiento del gasto distri-

buido con iniquidad. Los recursos humanos son inadecuados para el servicio, lo que produce malos resultados tanto en la prevención y en la atención como en el cuidado y en la promoción de la salud”. De esta manera directa, tajante, el Dr. Dibarboure comprime los cuestionamientos al actual modelo de Salud que -según sus textuales palabras- adolece de una “falla estructural sistémica”.

El profesional argumenta que, en principio, este diagnóstico surge “de la disconformidad de todos los sectores involucrados y de la discriminación de los uruguayos según el sistema de atención (económica y cultural)”.

El subsector público da cobertura a más de 50% de la población de Uruguay, “pero está muy mal dotado y no puede satisfacer la demanda de atención: un Papanico-

laou demora tres meses y el resultado de una biopsia, cuatro meses. Es lamentable que esto ocurra”.

El Dr. Dibarboure entiende que Salud Pública “no cumple funciones esenciales, como el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización”. En un indicador del propio Ministerio de Salud Pública (MSP) figura que “el cumplimiento de esa función, en una escala de 0 a 1, se cumple en 0,06. Es decir que, de acuerdo al MSP, no se cumple la normativa en Salud”.

Usando paralelismos de la jerga profesional, dice que existe un “crecimiento tumoral del gasto”. Y lo explica: “Un tumor aumenta pero no tiene ninguna finalidad biológica; acá el gasto aumenta pero no tiene ninguna finalidad de bien social”. Opina también que hay una “distribución patológica del gasto: el sector público aporta a la Salud el 46% del dinero con el que funciona el sistema, pero usa en sus propios servicios sólo 20%. Inversamente, el sector privado aporta 53% y usa el 80%”.

Pega, pues, en el centro de un tema urticante: los recursos humanos del sector. Según él, “es una cosa de locos”. “El sistema tiene 13 mil médicos y 19.370 especialistas porque los médicos hoy día tienen que tener más de una especialidad. En el Reino Unido y en Canadá, cada cinco enfermeras hay un médico; en Uruguay, cada cinco médicos hay una enfermera. Esta relación es inconcebible para un buen sistema de salud”, reafirmó.

HOSPITAL Y LUCRO

El médico señaló que las fallas en el sistema de salud

→ sigue en pág. 14



Premio Paciente Seguro 2004

Al desarrollo de prácticas de seguridad en la atención de pacientes

Podrán presentarse los IMAE y los equipos de trabajo que tengan actuación en al menos un IMAE.

Las propuestas deberán presentarse antes del 31 de octubre de 2004.

18 de Julio 985 4º piso de la Galería Cristal.



→ viene de pág. 14

de Uruguay están “básicamente determinadas por la hegemonía de un sistema nosocomial* de atención, la preponderancia de la corporación médica, un estilo dispendioso de práctica, y el predominio de los fines de lucro originados tanto en las características generales del modelo como en las propias de nuestra sociedad”.

“El modelo nosocomial está basado en el ‘establecimien-

to hospital’ y en la presencia del especialista y el ultraespecialista. Este sistema se perpetúa porque es lo que se enseña en Uruguay. No tengo nada contra los especialistas, pero están formados para trabajar en el hospital, si alguien los saca de allí no saben cómo aplicar la profesión”, cuestionó. Y ejemplificó su postura: “Si un especialista debe hablar con una persona que tira de un carrito, para realizar una tarea preventiva, no sabe qué palabras usar ni

cómo pararse en tal situación”. El Dr. Dibarbouré entiende que hay una razón económica que sostiene y perpetúa el modelo nosocomial: “El predominio social de una visión fundamentalista de una economía de mercado tiene como consecuencia una cultura cuyo principal objetivo es el enriquecimiento y el consumo. El paradigma lo constituyen los servicios privados con fines de lucro”. Remarcó que “en la medida en que la corporación médica participe de esa visión y esa cultura, se convierte en una estructura de poder cuyo principal objetivo es ganar plata”.

Apoyado en estadísticas internacionales, el Dr. Dibarbouré argumenta que los servicios organizados en estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) tienen resultados notoriamente mejores que los de un modelo nosocomial, donde predominan los especialistas: “Así lo indican los resultados en variables tan importantes como mortalidad general, mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por cáncer; expectativa de vida al nacer; mortalidad neonatal, tasa de bajo peso al nacer”.

Afirma también que, según un estudio realizado en Estados Unidos, resulta más caro para la población un modelo basado en especialistas.

ALTERNATIVA

Cambios en la atención, en el financiamiento y en los recursos humanos, es lo que propone este profesional que -según cuenta orgulloso- viaja todas las semanas para brindar sus servicios de médico de familia a un pequeño pueblo del interior del país, donde actuó per-

manentemente durante diez años.

“Hay que ir a un modelo basado en el médico de familia y en un sistema que yo bautizo como ‘sincomial’: un médico que se ocupe del conjunto de cosas que importan en la salud”, enfatizó. El camino hacia la solución -según su teoría- comienza por incentivar la reformulación de servicios: reacondicionar especialmente a pediatras e internistas hacia prácticas que abarquen mayores áreas: “Que un pediatra pueda atender a un adulto, que un internista pueda resolver algún problema ginecológico”, entre otras circunstancias. Propone, en el mediano plazo, “crear un modelo experimental orientado al desarrollo de la APS que afecte a un porcentaje reducido de la población, por ejemplo al 1% (algo más de 30 mil habitantes), a cargo de un equipo de salud permanente.

Creo que existen importantes factores facilitadores para este cambio: el progresivo aumento del gasto, la situación actual que se acerca a la cesación de pagos, el grado de vergonzosa iniquidad de los servicios, el recargo internacional de la implantación de políticas de APS, la posible existencia de una masa crítica de opinión favorable que ahora no tiene donde expresarse por miedo a represalias, porque la jerarquía del sector pesa mucho”. Pero la creación de un modelo experimental que involucre a todos los actores del sistema -según el Dr. Dibarbouré- debe apoyarse en una “decisión política muy firme”.

* Del griego *nosos*: hospital y *comial*: yo cuido, según explicó Dibarbouré ■