

Entrevista al Dr. Jorge Basso

Nuevos aires en el MSP

El director general de la Salud adelantó a **Noticias** las políticas en las que se está trabajando para lograr cambiar el modelo de atención

ALEJADRA FRUTOS

Al asumir uno de los más complejos y criticados cargos del Ministerio de Salud Pública, el doctor Jorge Basso tiene más de un desafío por delante. Y como nuevo director de la Dirección General de Salud parece dispuesto a encararlos. Reconoce que “la crisis estructural de la salud es tan potente que ninguna de las instituciones del sector público y privado salen adelante exclusivamente administrándolas mejor”, sino con políticas de Estado. El Dr. Basso aseguró que se necesita un funcionamiento “distinto al actual, mucho más exigente en los controles”. Para poder realizar esto se propone organizar un censo de instituciones de salud, públicas y privadas, especialmente de las casas de salud; crear un Fondo Nacional de Salud que administre también el dinero de las mutualistas privadas; prohibir las políticas de marketing, e instaurar un sistema de cuotas diferenciales según la salud y los ingresos de los usuarios.

¿Cuáles fueron las razones para aceptar este puesto en una de las reparticiones más complejas del



ANTONIO SCURO

MSP?

Lo primero que me siento es médico, pero por las vueltas de la vida soy cooperativista de vivienda de ayuda mutua y he trabajado en FUCVAM, en las llamadas policlínicas comunitarias, y a partir de ahí comencé a pensar en una utopía de que hay una

manera distinta de encarar la atención de la salud, desde un primer nivel, trabajando más con la gente, removiendo la gestión comunitaria, trabajando en la prevención y en la promoción de la salud. Eso me llevó a hacer un posgrado de Salud Pública, y cuando el Frente Amplio ganó por pri-

mera vez la Intendencia, entré en el Departamento de Higiene. Con muchos de los que trabajamos allí, ahora estamos en el Ministerio. Siempre tuvimos la idea de trabajar a una escala diferente. En aquel momento desarrollamos la descentralización, por ejemplo, con la idea de cómo lograr que la

YOKOHAMA UNA VUELTA ADELANTE

LAS GRANDES MARCAS ELIGEN YOKOHAMA. ¿QUÉ ELIGE USTED?

→ YOKOHAMA EL NEUMÁTICO DE ORIGEN DE:
→ ASTON MARTIN, PORSCHE, MITSUBISHI Y ALFA ROMEO.

TECNOLOGÍA JAPONESA DISPONIBLE EN LAS MEJORES DOMESTICAS

AVS SPORT ASCE9

población trabajara en la propia propuesta de planificación de la salud. Una tarea muy compleja, innovadora y muy conflictiva. Ahora tenemos la voluntad de cambiar, aunque sabemos que es complejo, y más en esta área, que es complicada y que siempre ha traído problemas.

¿Cuánto de esa experiencia municipal es trasladable a lo nacional?

Creo que hay una cosa macro que tiene que estar arriba de la mesa y es una política de gobierno, que es el conjunto de los temas que la salud implica resolver, que son muchos y variados. Lo que nosotros ya estamos percibiendo es que la estructura es muy determinante, tiene una dinámica propia, sumamente fragmentada. Cuando uno habla de salud, habla de la resultante de una cantidad de factores que inciden en la calidad de vida de la gente, y si uno no tiene una línea que dé cuerpo al conjunto de esos te-

mas, en realidad lo único que logra son pequeñas y fragmentadas soluciones que no responden a las necesidades de la gente. Por ejemplo, si uno no tiene una política de extensión integral, que no solo sea educativa, consensuada, que todos los que tengan que ver con la salud participen en su elaboración y después la apliquen -obviamente controlada por las autoridades-, si uno no tiene eso normatizado, cómo puede definir una política de medicamentos, de ingreso de tecnología, de educación o una política de actualización. Cada uno de esos elementos tiene que tener una línea de continuidad y que se haga viable. Por ejemplo, estamos empeñados en fortalecer el subsidio público, a ayudar al sector privado para que se sostenga, pero para eso debemos tener las líneas de conducción.

¿Cuáles son esas líneas?

Nuestra gran apuesta es saber hacia dónde vamos en cada una

de las áreas: un sistema nacional integrado de salud, cambiar el modelo de atención hacia algo más preventivo, en el que puedan participar todos los actores. Tenemos el discurso de promover el primer nivel de atención y a la hora de ver lo que se gasta, no nos cierra.

Ese discurso de promover la salud no es nuevo en el MSP. ¿Qué pasaba que no se estaba cumpliendo?

Cuando uno hace este discurso tiene que acompañarlo con una planificación del trabajo del sector público y privado que coincida. Acompañarlo con un trabajo con los pacientes con enfermedades crónicas, promover determinados hábitos y conductas saludables. El sistema actual no las transmite con la suficiente fuerza y homogenización. Aspiramos a que las instituciones tengan que acreditarse y cumplir con una serie de exigencias que apunten a la calidad de las prestaciones con determinados indicadores para asegurarnos, por ejemplo, que todo esto que mencionamos, de darle énfasis a la prevención y promoción de la salud se pueda identificar. Si a una institución se le exigen determinadas instancias con aquellos socios que no consultan pero tienen factores de riesgo ligados al sedentarismo, tipo de alimentación o al hábito de fumar, va a quedar más claro entre la población cuáles son las instituciones que desarrollan actividades no tradicionales que apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas. Hay un montón de experiencias en el mundo que van en esta línea, no estamos diciendo nada nuevo y hay muchas personas capacitadas en el tema acreditaciones y en el cambio del concepto sobre cómo los servicios de salud tienen que desarrollar actividades que no sean exclusivamente curativas. Hay instituciones que hoy las realizan, pero nosotros aspiramos que eso sea cotidiano. Y que la calidad de la institución no sea algo que se mida exclusivamente a través de la tecnología o del equipamiento, sino que la población

conozca que esa institución realiza determinadas acciones que estimulan determinadas prácticas saludables.

¿Cuáles son las necesidades del sector público y privado?

Ninguno sale adelante sin políticas de Estado. La crisis estructural de la salud es tan potente que ninguna sale exclusivamente administrando mejor las instituciones. Y si queremos cambiar el modelo hacia algo más preventivo que privilegie la atención integral y no se quede exclusivamente en lo curativo necesitamos un funcionamiento distinto al actual, mucho más exigente en los controles. Apuntamos a crear un Seguro Nacional de Salud como forma del financiamiento del sistema que va a implicar que todo el ámbito de la recaudación de las mutualistas e instituciones privadas va a ser administrado por un fondo. Por lo tanto, la institución no va a tener contacto con el dinero en el sentido de la recaudación y ese fondo va a pagar a las instituciones en función de una serie de variables que tienen en cuenta la edad del abonado, determinados factores de riesgo, entre otras. De esa forma se intenta que la recaudación se haga en forma equitativa a través de un porcentaje del ingreso de la persona y no a la cuota única. Se le pagará más por un socio de 65 años que por uno más joven. Pero también se les exigirá a las instituciones hacer un seguimiento de aquellas personas jóvenes que no consultan para averiguar qué sucede con la salud de ellas, si tienen factores de riesgo porque se alimentan mal, no practican deportes o tienen adicciones, para evitar que en un futuro engrase la lista de egresos económicos. El seguro vendría a ser una especie de DISSE ampliado.

¿Qué cosas cambiarían con ese Seguro Nacional de Salud?

En primer lugar apuntamos a que las instituciones no seleccionen a los abonados. Se evitarán las políticas de marketing. Se van a prohibir los gastos en marketing. Pero la población va a tener acceso a información clara sobre la calidad de prestación para poder



**ANUNCIA LA
REALIZACION
DE LAS:**

**12^{as} Jornadas de Actualización
en Medicina Ambulatoria**

10^{as} Jornadas de Nutrición

**4^{as} Jornadas de Actualización
en Enfermería**

21-23 de Junio de 2005

**CENTRO DE CONVENCIONES DEL
RADISSON VICTORIA PLAZA HOTEL**

Inscripciones:

Hasta el 15 de Junio	\$ 240
Al inicio de Jornadas	\$ 300

LUGAR DE INSCRIPCIONES:

****C.M.E.- Acevedo Díaz 1024**

****RED ABITAB DE MONTEVIDEO
e INTERIOR**

hacer una correcta elección. Con eso democratizamos la información y el usuario podrá elegir con todos los elementos a la vista.

¿No cree que el sistema privado se va a oponer?

En general las mutualistas conocen esta propuesta. Hay instancias ya previstas para conversar y se van a escuchar todas las sugerencias. Cuando hablamos de que el sistema de salud tiene una crisis estructural, solo se sale con fuertes políticas por parte del Estado.

¿Y para el sector público, qué se está estudiando?

El principal tema es luchar contra la desigualdad. Hasta ahora se ha venido trabajando con una parte del sector público vinculado a ASSE, pero hay otras instituciones públicas que tienen servicios de salud que no están coordinados. Ha aumentado la cantidad de personas que se atiende en este sector, pero con menor cantidad de dinero como producto de la crisis. Por eso encontramos la necesidad de hacer grandes inversiones en el ámbito público a fin de que esas instituciones puedan tener el mínimo aceptable para cuando el propio MSP empiece a realizar los controles de acreditación anteriormente mencionados.

Ha manifestado su preocupación con el tema salarial en el MSP y específicamente sobre la desproporción de sueldos a causa de los incentivos que reciben algunos funcionarios. ¿Qué solución se está manejando al respecto? Debido a esos incentivos es difícil encontrar dos funcionarios que cumplan la misma tarea y que ganen lo mismo. No hay una pirámide salarial, un sistema de remuneraciones con pautas claras, lo que es muy complejo porque a su vez muchas veces gracias a esos incentivos es que se sostiene parte de la red asistencial. Habrá que estudiar caso por caso cada una de las situaciones para corregirlas. Por ejemplo, dentro de esos incentivos están los cargos políticos, que ya se decidió que no van a cobrar un complemento salarial por estar en una comisión de apoyo.



Por otro lado, hay funcionarios que están por varias comisiones de apoyo y acumulan hasta cuatro o cinco contratos, lo cual nos llama la atención, y se irán clarificando porque es algo inaceptable. Este es un tema no menor de la política de recursos humanos, principalmente cuando estamos pensando en que vamos a trabajar para el programa nacional integrado de salud en todo el país, definiendo áreas -grandes barrios- en donde todos los recursos públicos y privados existentes van a trabajar articuladamente en una serie de programas. Estas diferencias de sueldos tan distantes, de 3 mil pesos a 30 mil pesos, por ejemplo, para una misma función, hacen bastante complejo el trabajo en equipo. Por eso aspiramos a que haya una política de recursos humanos, una escala de salarios, concursos para acceder a cargos a fin de evitar esas diferencias que son muy irritativas y no crean la condición de equipo a la que aspiramos.

¿Se va a conseguir más dinero para los funcionarios que hoy no tienen un incentivo?

Más dinero no, hay un sentimiento general sobre que se está gastando mal el dinero destinado a la salud.

Últimamente el MSP ha tenido flancos muy débiles con respecto a su función como policía sanitaria. ¿Se va a incrementar esa función?

Es cierto que en los últimos ministerios esto de la supervisión ha generado grandes problemas.

Hemos visto que varias instituciones hacen controles y que cada una ve la cuota parte que le corresponde y si encuentra algo mal, pero que escapa a su órbita, no realiza el procedimiento. Es necesario coordinar más estas situaciones. Apostamos a que desde las intendencias y otros organismos que controlan los servicios de salud se racionalicen las acciones para las funciones de policía sanitaria. Como Ministerio nos solapamos en muchos temas con las intendencias, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca o el de Medio Ambiente. No hay una adecuada coordinación.

Queremos hacer un censo en todo el país porque nos consta que no están actualizadas ni registradas todas las instituciones de salud y ni qué hablar de las casas de salud y de los laboratorios. El Estado tiene que ser más eficiente y, como parte, este Ministerio no tiene necesariamente que pensar en poner más funcionarios y oficinas, sino en cambiar la forma de funcionar y articularse mejor con el resto del Estado.

Hay un tema que me tiene enormemente preocupado y que es el de tener un sistema nacional de información a través de una página web. Si alguien quiere hacer una investigación hoy día tiene una enorme dificultad para encontrar información, tiene que recorrer un montón de oficinas con sistemas informáticos que no dialogan entre sí. Queremos que cualquier ciudadano pueda acceder a la información sin dramas. Estamos trabajando muy fuerte en cómo montar un sistema de vigilancia epidemiológica en la población. Pero si no existe un buen sistema nacional integrado de salud, no es posible un buen sistema de vigilancia epidemiológica. Hoy tenemos un cuerpo médico casi totalmente desestimulado para la vigilancia porque cuando lo hace no tiene respuestas del MSP, no sabe si se lo tuvo en cuenta, no se le agradece. Estamos pensando que en cada hospital haya un responsable de informar los aconteci-

mientos rápidamente al MSP y haya una retroalimentación. Esto que parece sencillo es bastante complejo y por eso queremos contar con la participación de la gente, descentralizando, y estamos empeñados en que los directores departamentales recientemente designados generen ámbitos de participación para recoger inquietudes y la gente sepa hacia donde vamos.

Recientemente se creó una Comisión de Ética y Calidad Asistencial. Algo nuevo que no existía en el MSP, que va a ser presidida por el Dr. Gómez Haedo, y que apunta, entre otras cosas, a que todas las instituciones públicas y privadas tengan una oficina de atención al usuario. Hoy es un drama cuando alguien tiene que efectuar una queja. No en todas las instituciones se encuentra con facilidad alguien que ponga la cara y asuma la responsabilidad.

Esta comisión también va a generar políticas en el área de la investigación médica. Apostamos a que exista un ámbito desde el MSP que regle y normate el trabajo de investigación porque hemos percibido en esta fragmentación que sufre el Estado que existe una multiplicidad de comités que no están reglados.

Con todas estas nuevas iniciativas, ¿qué papel jugará el laboratorio Dorrego?

El tema de los medicamentos es sumamente complejo. La propia ministra está trabajando fuertemente. Hace unos días visitamos el polo tecnológico de la Facultad de Química, en la ciudad de Pando, donde se están generando áreas de investigación y producción, en las cuales tenemos enormes expectativas en cuanto puedan generar microproyectos que sirvan para las políticas de salud y de apoyo para el laboratorio Dorrego. Estamos convencidos de que queremos ir a una política de genéricos y en ese sentido el ámbito regional nos va a ayudar. La gran apuesta es que la población tenga acceso a la medicación científicamente comprobada con pautas terapéuticas consensuadas. n