

Dr. Gustavo Giachetto

Es hora del aterrizaje de la reforma de la salud en la realidad

Victoria Alfaro

Gustavo Giachetto fue designado recientemente director del Programa Nacional de la Salud de la Niñez, del Ministerio de Salud Pública (MSP). Pediatra y farmacólogo, desde su experiencia entiende que la atención en salud debe ser multidisciplinaria para ser efectiva en la población. Realizó su carrera con rapidez aplicando la Farmacología en la clínica pediátrica de la cual se enamoró. En base a su experiencia como subdirector de especialidades del hospital pediátrico del Pereira Rossell, espera cambiar el modelo de atención de los niños uruguayos en una especie de micro reforma.



-¿Cuáles serán sus prioridades al asumir este nuevo cargo de director del Programa Nacional de Salud de la Niñez del MSP?

-Quienes estuvieron al frente del Programa en el período anterior trabajaron y desarrollaron una actividad muy importante. O sea que lo primero, además del reconocimiento de lo que se hizo, es continuar con las líneas que se fijaron, relacionadas al control del crecimiento del niño sano.

Ya se realizaban las pesquisas neonatales y se empezó a trabajar en la evaluación del desarrollo del niño en el aspecto nutricional.

Esta administración es distinta, porque el Ministerio se propone una reforma en su funcionamiento, los programas ya no están aislados porque forman parte de un departamento de planificación estratégica en salud.

Dentro de eso se pretende que los programas funcionen en forma integrada y articulada, teniendo como centro la familia.

La niñez integra lo que se denomina “Ciclos de la vida”. Junto a la adolescencia y la juventud que es otro programa, al adulto y al adulto mayor, conforman un núcleo programático y definirían acciones en conjunto: objetivos y metas

Ahora hay una visión más holística, integral, una visión intergeneracional de la salud. Además está el tema de la salud entendida como parte de los derechos ciudadanos y todo lo que tiene que ver con la bioética y la ética, así como la prevención y la promoción.

Hay una serie de líneas que transversaliza y que hace que tengamos que posicionarnos en esta administración con una concepción de la salud distinta, con un nuevo pa-

radigma en salud y atendiendo un enfoque de género, de derechos, de prevención, promoción e integral.

Desde este punto de vista el desafío para mí es doble, continuar haciendo lo que está, pero con un enfoque en torno a una micro reforma.

Se avanzó mucho en la “normatización”, pero ahora tenemos que aterrizar propuestas concretas.

Además se cruza con el tema de la emergencia habitacional. Uno también tiene que aportar a este plan. Contribuir al desarrollo de una política pública y articulada que tenga vivienda, educación, desarrollo social y salud.

Articularlos juntos para construir las dos metas que se propuso el gobierno, reducir la pobreza a la mitad y eliminar la indigencia.

En lo particular desde el área del Programa de la Niñez, estamos contentos porque la mortalidad infantil disminuyó, y porque hubo logros en la atención de los niños.

Pero creemos que no hay que bajar los brazos porque cuando uno hace un análisis minucioso de los indicadores como la mortalidad infantil, sigue teniendo problemas no resueltos, inequidades, en lo relativo a estratos económicos y culturales.

Y también es diferente entre Montevideo y el interior del país. Tenemos problemas de inequidad, hay zonas que concentran pobreza, bajos índices de desarrollo humano, con elevados índices de mortalidad y con problemas de salud no resueltos.

Queda mucho por hacer, hemos delineado que tenemos que contribuir de alguna manera para mejorar los cuidados del embarazo, desde la concepción en adelante.

Hay dos problemas en lo neonatal, la prematuridad y la patología perinatal, dos componentes de la mortalidad neonatal importante.

Ahí hay una serie de cosas donde creemos que no estamos en todo lo que el sector salud puede.

- ¿Cómo cuáles?

- Desarrollar políticas para mejorar todo lo que se relaciona al embarazo: la captación precoz, el número de controles, las políticas integrales dirigidas a controlar las infecciones de transmisión vertical, como la sífilis y el VIH.

Políticas que contemplen los aspectos nutricionales de la madre. Si mejoramos todos los cuidados, el recién nacido va a tener una mejor salud.

La otra cuestión es apostar a mejorar la calidad de los cuidados neonatales. Que si bien han mejorado creemos que todavía hay que hacer más esfuerzos.

Todavía hay un componente blando en la mortalidad neonatal que se puede seguir abatiendo, apostar a indicadores que no tenemos: morbilidad y calidad de la atención.

Obviamente que el sector salud no va a dar respuestas a todos esos problemas, tiene que articular y ahí tenemos lo de las políticas públicas. Tiene que haber diversos actores en el desarrollo de las políticas sociales, que apunten a un cambio profundo.

No es que no se hizo nada, se hicieron muchas cosas pero todavía nos falta una política estatal articulada e integrada.

- ¿Falta más coordinación entre los participantes?

- Sí, así como evitar la superposición. Hay cosas que la salud sabe hacer bien, pero hay otras que no y en ese camino estamos.

La coordinación con el MIDES y con el MEC es muy importante, la educación es capital y se ha definido como una prioridad.

Después tenemos todo lo relacionado a los niños y la mortalidad, así como el componente pos neonatal. Ahí hay que tomar acciones sobre la importancia de las patologías congénitas.

Creemos que hay que hacer un programa de detección de tratamientos congénitos, que hasta ahora se ha abordado en forma parcial. Se ha hecho mucho en pesquisa neonatal, pero en realidad tenemos que hacer un enfoque más global.

No es solo la sordera congénita, ni la displasia de cadera, hay un montón de defectos congénitos, donde tenemos que saber primero qué dimensión tiene y segundo qué peso tiene en la sociedad.

En tercer lugar le vamos a dar respuesta a enfermedades que generan mucha discapacidad.

Después está todo lo que se puede hacer en prevención y promoción, donde el componente de inmunizaciones es muy importante.

Ahora estamos introduciendo cambios muy importantes en el esquema de inmunizaciones. Uruguay es un país pionero en esta materia.

En el año 2008 introdujo la antineumocócica pentavalente y este año cambió a trecevalente y es un salto muy importante. Hay que lograr que la cobertura de inmunizaciones se mantenga.

Todo lo que se pueda hacer es fundamental, sobre la educación de la familia y de los médicos en relación a la identificación de casos graves, la detección de signos de alarma y la consulta oportuna para que se derive en forma apropiada. Asimismo se debe dotar a los servicios de los recursos necesarios para que se haga la mejor atención, eso es fundamental.

Estábamos pensando en implementar algunas estrategias, que por supuesto habrá que pensar, como es el caso del control y seguimiento de niños de alto riesgo. Y así definir una población objetivo de niños de riesgo biológico y con vulnerabilidad social.

Hay que tomar una población objetivo, probablemente sean los niños menores de un año, que tengan determinados riesgos biológicos y sociales que habrá que definir.

Y sobre esos niños hay que promover la captación, el seguimiento y que no se pierdan de los sistemas de salud. Conectados con todas las redes de protección social.

Estamos pensando en algunas estrategias, que ya en algunos efectores está funcionando, pero queremos universalizar esas prestaciones. Que tienen que ver con el acercamiento de los servicios de salud al usuario, a través de las visitas.

- ¿Alude al programa que se refiere a la visita de enfermeros y médicos en los primeros diez días de vida?

-Sí, creemos que hay que acercar el servicio de salud con un objetivo que es identificar al niño. Ver si está conectado, si tiene el acceso apropiado y también la visita como un instrumento de autocuidado y prevención.

Ahí integraríamos el entorno, donde vive el niño.

En otros países donde tienen estas estrategias bien desarrolladas, este tema ha impactado en la mortalidad.

- Además de este nuevo desafío ¿en qué otros aspectos está trabajando?

-Soy profesor de una de las Clínicas Pediátricas, de la Facultad de Medicina, desde noviembre del año pasado.

Me estaba desempeñando como subdirector del departamento de pediatría y especialidades, del hospital pediátrico Pereira Rossell. Ese departamento es una estructura administrativa que surgió hace unos años a impulsos de las profesoras de pediatría de las clínicas anteriores.

Estoy hablando de la profesora Ferrari, así como de Ivonne Rubio, Alicia Montano, junto con la dirección de este hospital. También la doctora Beatriz Silva, quienes en su momento pensaron en una organización administrativa que favoreciera la integración y el uso más apropiado de los recursos humanos materiales y la planificación de la gestión de otra manera.

Soy el subdirector de este nuevo departamento. Tengo un cargo por el cual concursé en el año 2008 y estaba actuando como la figura que articulaba las gestión entre los servicios de ASSE que integran el departamento y la tres clínicas de la Facultad de Medicina y la Dirección del Hospital.

Digo que tenía, porque ahora con esto del programa no voy a poder hacer todo. En esta etapa estoy reacomodando mi cuerpo (risas).

Creo que debo conservar mi presencia en el hospital y esforzarme en estar lo que más pueda en el programa

- No perder el contacto con la realidad

- En lo individual el hospital y la Facultad de Medicina le dan sentido a todo lo que hago. Trato de dirigir este servicio, dirigir la cátedra de pediatría lo mejor que puedo.

- ¿Cómo entra la Farmacología en todo esto?

- Bueno la deje (risas). Fui docente, llegué ser profesor agregado de Farmacología y después, cuando entré en la

gestión del hospital y en la dirección de la clínica, conservé mi vínculo con todo este equipo humano de gente que quiero mucho y sigo trabajando, pero no soy docente del departamento. No obstante gran parte de la actividad que hago en lo que tiene que ver con la investigación que promuevo y en el desarrollo de la extensión tiene a la Farmacología incluida, porque es mi formación básica.

-¿Empezó con la Farmacología?

- Sí, siendo docente de Farmacología Terapéutica y después agregué la docencia en Pediatría. Desde hace unos cuantos años que vengo desempeñando esa doble actividad.

La Pediatría de mañana y la Farmacología de tarde. Primero fui docente de Farmacología Pedagógica cuando era estudiante. En quinto de Facultad concursé por el grado uno y después seguí concursando y tuve la suerte de encontrar una vacante para concursar.

No tuve interrupciones en la carrera, ni en Farmacología, ni en Pediatría, siempre hubo un lugar para mi concurso.

La Farmacología me ha dado una visión de las cosas muy diferente. Creo que las personas que tienen formación básica como Farmacología, después puede desarrollarse en la clínica cosa que a mí me paso. El conocimiento lo entiendo de otra manera.

Más de



locales.

Para estar más cerca tuyo.





-¿Aplicarlo en la práctica con la teoría?

- Ahí está, cuando venís de disciplinas que tienen un componente metodológico muy duro, que tiene un corpus teórico fuerte, pensando a través de la investigación, y de modelos y después pasás a resolver problemas clínicos, ahí es donde se da el quid del asunto.

Hay que buscar el enganche porque hay gente que se pierde un poco. Mis colegas más jóvenes me preguntan cómo hice, pero no lo sé. Lo que sé es que cuando comencé en Farmacología, trabajé en experimentación básica con el actual profesor Gustavo Tamosiunas.

Cuando entré al departamento él ya era Grado dos. En algún momento hice el quiebre y cuando empecé mi formación clínica me enamoré de la Pediatría y no trabajé más en la investigación básica. Pero seguí desarrollando la Farmacología Clínica y entonces encontré mi sentido.

Hemos impulsado la incorporación de esta disciplina a la práctica clínica, tratando de impulsar que funcione el Comité de Terapéutica y Farmacia.

Que la Farmacología se tomara en cuenta en la selección de medicamentos, mostrando patrones en el uso de medicamentos sobre cómo deberían usarse, eso nos ha llevado muchos años.

No es más que articular e integrar la Farmacología con la clínica. Ahora se llama interdisciplina, todavía estamos un poco lejos.

-Ese enfoque se utiliza cada vez más

- El abordaje interdisciplinario en la salud es fundamental.

-Es uno de los objetivos del nuevo modelo de salud

-Sí, enfocar la salud desde varios lados, políticas de salud integradas e intersectoriales. Tenemos que capacitarnos para trabajar en equipo, en la comunicación, etc.

-En la comunicación con el público y con el paciente

-Claro, la enorme mayoría de los problemas que ocurren en nuestra práctica tiene que ver con la comunicación que se hace con el usuario, el colega y con la población en general.

-¿Falta comunicación con el paciente?

-Se ha perdido mucho, pero además los estilos de vida han cambiado. Quizás con esta cuestión del E-mail, de los celulares, hemos perdido la esencia de lo que es la comunicación.

-¿Más allá de los 10 minutos que tienen los médicos para atender en las mutualistas?

-Sí, porque pueden ser 10 minutos de calidad o 10 minutos muy malos. Es todo un tema.

En el contacto con el usuario también hay que hablar de la organización del trabajo médico, entre otros temas.

-¿En qué año ingresó a la Facultad de Medicina?

-En el año 1983, no perdí ningún año.

-¿Cuándo nació?

-Nací el 16 de setiembre de 1964. Me hubiese gustado contar con mis padres, porque ya no los tengo. Vengo de una familia de trabajadores, me dieron buenos valores para la vida. No vengo de una familia de profesionales, sino de enormes luchadores sociales.

Una de las cosas que más satisfacción me dio fue que la gente se alegró mucho cuando me nombraron. Mi carrera está a la vista, vengo de una lucha constante. Mis padres no terminaron la escuela, sin embargo mi viejo era muy inteligente.

Hicieron miles de sacrificios para que pudiera estudiar y tuve unos tíos, que hoy no están conmigo, que me apoyaron mucho en todo lo relacionado con mi formación.

La otra cuestión tiene que ver con la transparencia, tengo muchos defectos sin lugar a dudas, soy muy exigente y a veces parezco muy autoritario, lo reconozco. Pero en realidad tengo una fortaleza: soy tal cual soy.

Mi pensamiento y mi forma de actuar es coherente, cuesta, es dura y genera problemas, pero trato, en el acierto y en el error, de mantener esa coherencia.