

CAPITULO 4: Hacia un nuevo modelo de atención a la salud

Hemos manifestado en capítulos anteriores que el actual modelo de atención no se compadece con el perfil demográfico y epidemiológico del país.

El modelo actual está basado en el trabajo casi exclusivo o preponderante del médico en detrimento del trabajo en equipo, en la inexistencia de un mecanismo de referencia y contrarreferencia ágil y eficiente, en un enfoque altamente especializado y tecnificado de la asistencia médica que coexiste con carencias elementales (en algunos casos se puede acceder más fácilmente a una tomografía computarizada que a un antihipertensivo), centrado en el hospital o en el sanatorio o en la clínica y poco en la comunidad, que funciona a demanda de los pacientes, que asiste con un criterio preponderantemente biológico en detrimento de la consideración y atención a otros determinantes del proceso salud-enfermedad, que cree posee carencias notorias en lo que tiene que ver con la atención longitudinal de las personas, entre otras características de lo que daremos en llamar el viejo y caduco paradigma de atención a la salud.

En lo que se refiere a su demografía, Uruguay tiene una población con alto porcentaje de adultos mayores, relativo bajo porcentaje de jóvenes y en lo epidemiológico, exhibe un predominio claro de las enfermedades crónicas como causas de morbilidad y mortalidad.

La siguiente tabla muestra la evolución de la población mayor de 65 años y otras variables:

AÑO	Población en millones	% de población mayor de 65 años	Esperanza de vida al nacer
1963	2:595	7.6	68.5
1975	2:788	9.8	68.8
1985	2:955	11.2	71.7
1996	3:164	12.8	73.3

Fuente: Proyecto FISS

La mayor parte de las enfermedades crónicas son prevenibles o se puede retardar su aparición, y una vez presentes, es necesario poner en práctica medidas de rehabilitación y de reinserción social que tienen una buena relación costo-beneficio.

Esta Comisión cree que el cambio de modelo de atención será un proceso gradual en el que habrá que lograr la convergencia de los objetivos de muchos sectores:

-la Facultad de Medicina y otras organizaciones de formación de recursos humanos, que deberán dar cabida primero y prioridad después a la formación de personal de salud con conceptos claros en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación física y social de los

enfermos; mientras tanto, quizás, habrá que reconvertir a muchos profesionales médicos ya egresados o a punto de egresar con el fin de contar con una masa crítica que permita comenzar con estas actividades teniendo una razonable expectativa de continuidad:

- el Ministerio de Salud Pública que, como normatizador y generador de políticas de salud, deberá explicitar una política clara en ese sentido, sustentable económicamente y que tenga continuidad;

- las Instituciones públicas y privadas que integren el Sistema Nacional de Salud, que deberán crear espacios para la Promoción y la Prevención;

- el Organismo Financiado, que deberá establecer formas de premiar las acciones de promoción y prevención con sumas adicionales de recursos, en tanto y en cuanto cumplan con lo que previamente se ha definido como una política nacional de salud;

- los organismos que tienen que ver con la negociación sobre la fijación del salario médico y las condiciones de trabajo de todo el personal de salud, que deberán avanzar hacia formas de retribución que estimulen a los médicos y al personal de la salud que dediquen una carga horaria significativa o exclusiva a actividades de promoción y prevención.

Deseamos aclarar que no se trata de sustituir o debilitar las actividades curativas o paliativas. Tampoco de relegar, sino de racionalizar, el uso de la tecnología de diagnóstico y tratamiento, generalmente de alto costo. Se trata, sí, de incorporar a los servicios de atención de los efectores tanto públicos como privados, estas actividades para hacer realidad el paradigma de la Asistencia Integral.

DE LA ESTRATEGIA DE APS A LO POSIBLE Y DE LO POSIBLE A LA ESTRATEGIA DE APS.

La Conferencia Internacional de Alma-Ata OMS-UNICEF de 1978 definió a la Atención Primaria de Salud (APS) como la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación.

La APS es una estrategia definida como válida para obtener niveles de salud aceptables de los pueblos: el lema inspirador fue, entonces, "Salud para todos en el año 2000".

Así definida, la APS se vincula al cambio de modelo asistencial. Implica, entre otros, el siguiente repertorio de conceptos y acciones:

- atención sanitaria esencial

- accesible
- participación comunitaria
- costo razonable
- intersectorialidad

El fracaso de la APS en muchos países, incluido el nuestro, se debe a varios factores, entre ellos, la falta de una política clara y continua de las autoridades sanitarias, la falta de convicción de amplios sectores de poder y técnicos sobre las virtudes y resultados de esta estrategia, el haber relegado a la APS a un lugar secundario por parte de quienes manejan la tecnología y los medicamentos, etc. Pero también por parte de quienes desarrollaron, quizás sin proponérselo, estrategias disolventes con respecto a la APS: de un lado, rebajando el concepto hasta prácticamente disolverlo en la práctica médica tradicional y anodina, y de otro, quienes depositaron tantas expectativas en la APS que la transformaron en una panacea para todos los males del sistema de atención médica.

Hoy es necesario rescatar el concepto de APS, darle su verdadero alcance y significado, y avanzar en ese sentido: como muy bien lo dice F. Tobar, ni desvalorizando a la APS ni exponiéndose, como Icaro, a que se nos quemen las alas por volar cerca del Sol.

La APS no es sinónimo de una atención de baja calidad. Es una estrategia integradora que permite lograr y consolidar un verdadero Sistema de Salud.

Hay algunos aspectos que merecen ser rescatados para avanzar en esa dirección.. Avanzar en esta dirección compleja y de alcance multisectorial, implica crear, abrir, aprovechar, espacios para la APS:

-fortaleciendo el primer nivel de atención, donde se resuelven la enorme mayoría de los problemas de salud, y establecer que ese primer nivel es la puerta de entrada al sistema;

-elaborando un plan nacional de promoción (que tienda a mantener o mejorar la salud), de protección de la salud de las personas y del medio contra riesgos físicos, químicos, biológicos, etc..; de rehabilitación y reinserción social de las personas, y de cuidados paliativos. O sea, un Plan Nacional de Salud Integral. En este sentido, y con respecto a la prevención y promoción, deseamos enfatizar que ellas constituyen actividades que cruzan horizontalmente a todos los niveles, es necesario, posible y oportuno realizarlas no sólo en el primer nivel de asistencia sino en toda la estructura, y a lo largo de toda la vida de las personas.

-creando ámbitos de participación comunitaria efectiva, no solo en la identificación de problemas, sino además, en la priorización de los mismos y en la determinación de las mejores estrategias para resolverlos; si bien hay que articular las necesidades percibidas con las reales (y ello es tarea de la

autoridad sanitaria), también es necesario superar el concepto de que la participación comunitaria puede ser una estrategia para abaratar costos de asistencia mediante el trabajo comunitario, o para transferir a la población la responsabilidad total de su salud. La asistencia médica integral deberá estar a cargo y ser de responsabilidad de un equipo de salud, y el mantenimiento, perfeccionamiento, y garantía de los mejores índices en materia de salud, es responsabilidad del Estado.

-concebir a la salud no como un subprograma social más sino como el eje articulador de las políticas sociales. El Ministerio de Salud Pública debe jugar un rol fundamental en la armonización de las políticas sociales públicas. Es una estructura a la vez centralizada y descentralizada-desconcentrada, con presencia nacional, que fungiría eficaz y eficientemente en ese sentido.

-provisión de medicamentos, alimentos y material de uso médico esenciales

-aplicación de normas de diagnóstico y tratamiento aceptadas y validadas a través de Consensos.

MEDICAMENTOS Y ALTA TECNOLOGÍA

Una política nacional de medicamentos y alta tecnología es esencial para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

No sólo porque ello permitiría contribuir a la racionalidad consustancial del Sistema sino también porque generaría ahorro de recursos que podrían ser volcados a otros fines.

En cuanto a medicamentos, proponemos la confección de un vademécum único nacional, avanzar hacia la concreción definitiva y total de la prescripción de genéricos, e instrumentar la compra centralizada de medicamentos y material de uso médico.

En cuanto a tecnología, deberá crearse una Comisión Nacional de Tecnología Médica que realizará un detallado informe de los recursos existentes, distribución de los mismos, uso y eficiencia, seguridad y obsolescencia, posibilidades de complementación, y evaluación de las necesidades del país en materia de alta tecnología y tecnología de alto costo.

Dr. Baltasar Aguilar