

Uruguay: Salud en situación alarmante

JUAN LUIS BERTERRETCHÉ :: 28/06/2014

Se comercializa sin ninguna restricción una base de datos que le permite saber a los laboratorios los fármacos recetados, los nombres de los médicos y los de los pacientes

9a. Convención Médica: "estamos lejos de una medicina de excelencia"

Le debo una explicación al Sindicato Médico del Uruguay. En artículos sobre la expansión del enclave sojero en Sudamérica he criticado al gremio por la falta de campañas públicas sobre la amenaza de los transgénicos y pesticidas a la salud de nuestros compatriotas. Luego de leer con atención los cuatro documentos elaborados por los profesionales para la 9a. Convención tomé consciencia de la real situación de la Salud en el país. Tengo entonces que empezar por señalar que felicito a todos aquellos médicos que agobiados por el multi-empleo y en medio del caos sanitario del país, desarrollan una esforzada campaña contra el mercantilismo en la Salud y a favor de una medicina de excelencia que tenga como centro la atención del paciente y una política preventiva saludable para toda la población. Ahora tengo claro que la situación actual de la Salud en el país impide tener objetivos unificados definidos o realizar campañas temáticas nacionales.

Para tener un panorama mejor sobre la situación de la Salud, es interesante transcribir en detalle los diagnósticos de la 9a. Convención Médica realizada por el SMU.

El presidente del sindicato médico -Julio Trostchansky- en su discurso de clausura de la Convención a principio de junio afirmó: "Estamos muy preocupados. Estamos alarmados. Si ya lo intuíamos, este proceso nos ha confirmado lo lejos que estamos de tener una medicina de excelencia en Uruguay" Y la declaración final de la Convención aseguró que: "corremos el riesgo de ahondar el rezago en términos de calidad", reconociendo además "las inequidades sanitarias aún existentes en el país" /1.

De los textos elaborados por la 9a. Convención del SMU, se entrevé una batalla interna en la profesión ante la retransca de un sector de médicos que se opone a democratizar, desmercantilizar, permitir evaluar científicamente la atención médica y mantener actualizados y certificados a los profesionales en actividad.

Lo de democratizar es en dos sentidos: brindar un servicio de igual calidad y excelencia a todos los ciudadanos sin ninguna clase de privilegios en la atención o utilización de recursos y a la vez, aceptar la opinión de los enfermos y satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, sobre la base de una información exhaustiva del profesional. Es decir, erradicar definitivamente la omnipotencia, el autoritarismo profesional y el desprecio a la opinión del enfermo.

Las sociedades médico quirúrgicas, que ya hace tiempo se escindieron del SMU mantienen un prolongado enfrentamiento con el sindicato. Y en evidente referencia a ese sector el presidente del SMU sostuvo que "no estamos dispuestos a detener este proceso porque unos pocos pretendan imponer sus intereses particulares"

La ideología de la Reforma

Debemos comenzar por decir que no existe en el país una evaluación global sobre la Reforma de la Salud. Hay aspectos muy parciales medidos, críticas de sectores de la población que no se consideran bien atendidos o de profesionales que detectaron variadas fallas en su aplicación, pero no existe una valoración global conceptual de la ideología en la que se basó el proyecto de reforma. Y esto es difícil de realizar, porque aunque hay profesionales capaces de hacerlo, hay un método gubernamental frentista estatuido que prescribe: “lo que es bueno se muestra y lo malo se esconde”. Y al que señala lo “malo”, de inmediato se lo estampilla como enemigo.

La 9a. Convención Médica comienza por afirmar que en la actualidad domina la “fragmentación” en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), pero al mismo tiempo considera que dicho fraccionamiento puede ser superado si se consigue una “complementación entre los servicios públicos y privados”. Y luego pasa a describir la desorganización que rige al Sistema:

“En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Un elemento consistentemente reportado es que, en la visión de los usuarios, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios” / 2.

En pos de esa supuesta ideal “complementación público/privada” el Grupo 1 propone buscar una “combinación de servicios”, que garantice “la asistencia longitudinal del usuario y la máxima eficiencia de los servicios sanitarios.”

Si partimos de los datos objetivos que aporta la encuesta médica nacional nos enteramos que sólo una cuarta parte de los profesionales considera muy buena la atención que reciben sus pacientes. O sea que 3 de cada 4 médicos son críticos de la atención médica en el país. Y 9 de cada 10 médicos considera a la formación de postgrado insuficiente, y lejos de estándares de excelencia. Es decir la atención de salud no se puede definir como “buena” y en los niveles de especialización profesional hay un gran déficit que la Reforma no intentó resolver.

No se puede hacer una evaluación seria sobre la Reforma si no comenzamos por poner en cuestión su carácter mixto. La complementación “ideal” entre los servicios privados y los servicios públicos de salud es inalcanzable pues los dos sectores que deberían complementarse no comparten los mismos objetivos. El servicio público debería tener como meta inamovible la mejora permanente de la salud de la población, pero el servicio privado tiene otro objetivo prioritario que es la obtención de lucros. La única posible asociación entre ambos servicios es que uno se subordine al otro y prime uno de los fines. Pero el SNIS no fue planeado para que la estructura privada de salud se disciplinara a las necesidades sanitarias de la población. Por eso prima la fragmentación que impone incoherencia entre los servicios que se prestan, respecto a las reales necesidades de los usuarios.

Un ejemplo lo dan los servicios oftalmológicos: la irrupción de variadas clínicas privadas en esa especialidad deviene de un acuerdo deplorable entre las mutualistas privadas y los cirujanos oftalmólogos que otorgó a estos últimos la exclusividad en la cirugía de cataratas con la tecnología más avanzada, renunciando el sistema mutual a realizarla sin costo agregado. Esto significaba que los cirujanos de dicha especialidad se apropiaran de un monopolio de mercado a partir de determinado nivel de ingresos de una capa de la población. Como eso dejaba fuera a un importante número de víctimas de la dolencia -que es muy generalizada en la 3ra edad- se recurrió a un acuerdo con los cubanos para hacer igual cirugía pero sin costo para los pacientes hasta determinado nivel de ingreso. El resultado: “duplicación de los servicios y la infraestructura” y “capacidad instalada ociosa” para garantizar los lucros de un sector que brinda servicios de “calidad” a quién pueda pagarlos.

No se podía esperar que el SNIS fuera a eliminar privilegios de mercado cautivo de algunos profesionales, cuando quien lo pergeñó es un empresario de una especialidad médica, que a escala mundial encarada como negocio, controla los más abultados recursos, utiliza los medicamentos y las instalaciones más costosas y produce los mayores lucros. El sistema mixto de la reforma es una retrógrada “solución” que tiene como objetivo “respetar los derechos adquiridos” del Capital a lucrar con la Salud.

La mala situación sanitaria del país no es consecuencia de la falta de preparación de la mayoría de los profesionales o la ausencia de soluciones propuestas. Esto se demuestra en la cantidad y calidad de sugerencias que surgieron de los convencionales /3. El problema es del proyecto de SNIS, que es una malograda amalgama de intereses privados y públicos en perjuicio de los pacientes y de los recursos estatales y en beneficio de mercados cautivos de algunos profesionales mercantiles, corporaciones farmacéuticas, y empresas que lucran con la Salud.

Como ejemplo de este caos tenemos que el 90% de las instituciones de salud rechazó una iniciativa para mejorar la conducta de su personal. Se trataba de una iniciativa para contrarrestar “conductas inapropiadas y disruptivas” del personal de salud. Este rechazo a mejorar la atención del paciente se expresa al mismo tiempo que el 90% de los médicos en una encuesta, aceptaban haber sido testigos de conductas bruscas, inconvenientes o equivocadas en perjuicio del enfermo /4.

SNIS: una estructura burocratizada y privatizadora

La nueva estructura denominada SNIS y caracterizada como sistema mixto, se compone de un sector público que lo integran: la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), un organismo “desconcentrado” del Ministerio de Salud Pública (MSP) que teóricamente brinda servicios integrales de salud, “libres de costo” para quienes no pueden pagar. Que se complementa con el Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad de la República, y la red de policlínicas de las Intendencias Municipales de todo el país. El sector público a su vez, incluye el Hospital Policial y el Hospital Militar, que dependen del Ministerio del Interior y del Ministerio de Defensa Nacional respectivamente; y el Banco de Previsión Social (BPS) que cuenta con una red propia que da servicios de atención materno-infantil.

Por encima del Ministerio de Salud Pública (MSP), una superestructura que depende directamente de presidencia, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) dirige varios programas dependientes que intervienen en la Salud, como Uruguay Crece Contigo, que define políticas de niñez e incluso algunas las ejecuta; la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC) y Salud Uy, que concretan políticas en sistemas de información en Salud y pretenden informatizar las historias clínicas de todos los habitantes; Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV) que evalúa programas y planes del Estado, en especial varios de salud, y que aportarían las medidas correctivas para alcanzar los objetivos.

Una gran estructura pública que debería desburocratizarse y racionalizarse, integrando oficinas del MSP y la OPP con objetivos similares, para simplificar y agilizar la organización general de la Salud y mejorar el aprovechamiento de los recursos.

El socio privado de esta estructura pública bastante complejizada, son las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas (IAMC), entidades privadas, en teoría “sin fines de lucro”, que “brindan” servicios integrales de salud por el pago de una cuota regulada por el Estado. Empresas privadas, que en realidad venden servicios de salud. Las IAMC son las únicas habilitadas para contratar con el seguro de salud administrado por el Banco de Previsión Social para dar cobertura a los trabajadores cotizantes. Este monopolio del IAMC le asegura el acceso a los recursos del estado dirigidos hacia la salud privada.

El modelo que existía antes del SNIS, en lo esencial no fue modificado. La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) tuvo como objetivo contar con un mecanismo financiero que dirigiera recursos públicos a las empresas privadas de Salud. El FONASA es quien paga a los distintos prestadores de las IAMC cuotas “ajustadas por riesgo”, además del (supuesto) componente de resultados, “metas de asistencia”, etc.

Se trata de una solución que no ha democratizado el sistema. No es cierto, por ejemplo, que el aporte individual esté en función de los ingresos de cada uno. Centenares de miles de usuarios paga una cuota fija, sin relación con los ingresos. Pero lo principal es que, lejos de disminuir, creció la desigualdad en la atención del usuario. Esas son las conclusiones de un estudio realizado por académicos del Instituto de Ciencia Política (quienes no pueden ser catalogados de opositores al gobierno), ellos desmienten los supuestos efectos igualitarios de la “reforma” /5.

Es el resultado inevitable de un sistema catalogado como mixto que se inscribe en la ideología de las asociaciones público-privadas, un mecanismo de privatización creado para sorber recursos del estado, dando a la operación neoliberal el aspecto de una “colaboración favorable” entre los recursos públicos y privados. Este mecanismo manejado financieramente por el FONASA desde el estado, desplazó hacia la atención privada centenares de miles de usuarios, funcionando como una privatización ostensible.

El sindicalismo “institucionalizado” apoya al SNIS

Tanto la Federación de Funcionarios de Salud Pública, como la Federación Uruguaya de la Salud (que reúne a los trabajadores de la salud privada) han actuado como apoyos corporativos incondicionales a los gobiernos frentistas. Lo que no puede sorprender a nadie,

ya que el PIT-CNT considera que la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), es uno de los “principales logros” del progresismo. Cuando está demostrado que se trata de un obstáculo para la democratización real de la Salud.

Y esto a pesar que se acumulan las protestas individuales frente a médicos, enfermeros, nurses y funcionarios administrativos en hospitales públicos. Otras veces las demandas parten de grupos de usuarios que alzan su voz no solo ante los profesionales que los atienden mal, sino ante gerentes de las empresas privadas donde el incumplimiento de los protocolos de control y la violación de derechos es algo cotidiano. Es que la inicial confianza que los usuarios tenían sobre el funcionamiento del sistema se evaporó. Ha quedado en evidencia que en realidad es un supuesto “sistema integrado” que tiene como doctrina reforzar la asociación pública-privada manteniendo todos los privilegios, beneficios e intereses de la Salud privada, que lucra con la Salud y se complementa con los monopolios y oligopolios de algunas especialidades médicas /6.

Necesidad de la re-certificación y actualización médica

Existe una aspiración de la profesión por promover “actividades de educación médica continua/desarrollo profesional médico continuo.” Es decir mantener a los profesionales actualizados con los últimos hallazgos médicos y a la vez promover que no se continúe con terapias en desuso o sobre las cuales ya hay serios cuestionamientos.

En particular, a nivel de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, un grupo “intenta uniformizar estas actividades” “Sin embargo, re-certificación como tal, como se acepta en otros países, aún no existe. Algunas especialidades, como el caso de Pediatría, están poniendo en funcionamiento un modelo de re-certificación, que aún no ha sido validado, ni mucho menos, universalizado a todas las especialidades” /7.

“En relación a la enseñanza de temas vinculados a la calidad en la asistencia médica, tanto en el pre, como en el postgrado, no está formalizada hoy como tal.” Es necesario entonces un programa nacional de re-certificación de los médicos y “deben implementarse actividades de formación en calidad y seguridad de los pacientes”.

Una exigencia clave para un programa que abarque la re-certificación y la enseñanza de la calidad en la asistencia, es el funcionamiento de un hospital universitario. Con la falta de presupuesto y el abandono a que fue condenado el Hospital de Clínicas, hoy en una crisis terminal, no existe en el país un establecimiento que cumpla las funciones de hospital universitario. El impotente edificio del Parque Batlle es desde hace décadas, un monumento al desinterés gubernamental con relación a la salud pública del país. Para la 9a. Convención el “deterioro extremo” del hospital universitario conspira contra la formación de recursos humanos y el desarrollo de la investigación clínica. El Grupo 2 (formación de recursos humanos) de la 9a. Convención elaboró una serie de propuestas para superar la ausencia de una oferta académica y estatal de actualización continua para la profesión.

La ofensiva neoliberal de las últimas décadas es la responsable principal de la pésima situación de la Salud en el país. Las deficiencias presupuestales en Salud decididas desde los gobiernos para impulsar la salud privada, han causado desastres sanitarios en todos los

países del continente. Al mismo tiempo con el retorno del fundamentalismo de la “mano invisible del mercado” que resolvería todas las desigualdades y armonizaría todas las ofertas y demandas hoy nos encontramos en una situación crítica. Faltan profesionales en algunas especialidades, otros hacen valer su escasez para imponer exigencias monetarias exageradas y en determinadas zonas del país faltan médicos o centros apropiados de asistencia.

“La Federación Médica del Interior (FEMI) que reúne las mutualistas del interior del país, calcula que faltan unos 450 especialistas en los centros de salud miembros de esa organización. Esta estimación no incluye la demanda de expertos en instituciones que no pertenecen a FEMI ni a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)”... “Oftalmología, Anestesiología y Pediatría son las especialidades que más faltan en el interior.” Pero por otra parte se afirma “que la falta de especialistas en el interior no implica que se necesiten más sino que están mal repartidos”...ya que el problema “radica en la concentración de estos profesionales en Montevideo”. Esta afirmación es relativa porque también existe una brecha entre la necesidad de especialistas y los egresos de la escuela de graduados. En 2013 mientras se necesitaban 34 oftalmólogos, los egresos fueron 12. Y en Medicina Familiar y Comunitaria se precisaban 28 y hubo 7 egresos. En Imagenología, no hubo egresos en 2013 y tampoco se recibieron neurólogos, médicos hemoterapeutas ni endoscopistas respiratorios /8.

En Uruguay donde los ancianos son el 14,1% de la población, hay 70 geriatras en actividad. Existe un médico geriatra cada 6.500 mayores de 65 años. No solo es escaso el número de profesionales, sino también deficiente el modelo de atención. Si el sistema de salud integrara a las residenciales de larga estadía que alojan ancianos, la insuficiencia de geriatras sería mayor aún.

Todo esto es producto de la ausencia total de planificación en Salud. Falta un “órgano planificador y regulador” que prevea las necesidades de asistencia médica en todos sus niveles y regiones para armonizarlas -vía incentivos, etc.- con las posibilidades de formación profesional. La propuesta del Grupo 3 de la 9a. Convención está dirigida en ese sentido. Y también en el de crear una estrategia que desaliente el multi-empleo, otra de las consecuencias indeseables de las directivas privatizadoras neoliberales /9.

El grupo 4 de la Convención Médica remarcó en su informe la necesidad de utilizar las accesibles tecnologías de la información y comunicación para poder realizar una efectiva valoración de la calidad de la atención médica. Solo uno de cada cuatro médicos considera buenos los registros en la historia clínica de los pacientes. La implantación de la historia clínica electrónica permitiría obtener indicadores que “pueden ayudar en la toma de decisiones tanto de las autoridades sanitarias como de los profesionales, instituciones de salud y de los usuarios, afiliados, pacientes y familiares.” En especial brindar al paciente “el ejercicio de su derecho en la toma de decisiones y en iniciativas de seguridad” /10.

De los informes al plenario de la Convención Médica de los 4 grupos formados, se deduce un diagnóstico deplorable sobre el actual SNIS. Hoy no es más que un rejunte de mutualistas, clínicas privadas, hospitales y policlínicas públicas sin planificación ni coordinación, donde se desperdician cantidad de esfuerzos parciales e individuales y malgastan los limitados

recursos públicos que se le asignan. Una estructura que mantiene privilegios y desigualdades en la atención, que no utiliza la informática para brindar información de estadísticas sanitarias confiables, que no coordina e integra los distintos centros de salud en un sistema único, que acepta que se superpongan y repitan instalaciones y equipos inútilmente y que es incapaz de tener objetivos unificados claros o realizar campañas temáticas nacionales. En esta situación es imposible evaluar con seriedad el desempeño y la efectividad de las instituciones de salud que forman parte del sistema sanitario. Y menos aún poder evaluar en toda su magnitud la Reforma vigente.

El indecente mercado de recetas y otros contubernios

“La relación estrecha entre la industria farmacéutica y los médicos es motivo de conflicto de intereses en todo el mundo. La diferencia es que a nivel internacional hay cada vez más regulaciones para transparentar los vínculos entre los médicos y la industria. Y en Uruguay, no” /11.

Lo más preocupante de la relación médicos/laboratorios es una base de datos que se comercializa sin ninguna restricción, que le permite saber a los laboratorios que fármacos receta cada médico. La firma que actúa abiertamente comprando las recetas a las farmacias -¿y también a las mutualistas?- que opera en Uruguay se llama Close Up International. Y define su actividad como “servicios de auditoría de prescripciones médicas” o como la primera empresa en el mundo en “informes de mercado de prescripciones”.

La base de datos sobre recetas médicas es masiva y a todas las farmacias les interesa comercializar las recetas. El Centro de Farmacias del Uruguay, admite sin ninguna clase de vergüenza que realizan un comercio con información que viola la privacidad de las personas y el secreto médico. Es decir que desconocen derechos individuales y profesionales en función del libre mercado y en beneficio de las corporaciones farmacéuticas internacionales. Es el manejo delictivo de una información que debería estar estrictamente prohibido por ley.

Aunque los ejecutivos de la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA), que reúne 14 grandes laboratorios internacionales desvaloricen la información obtenida “porque el 40% de los productos sale por el canal mutual, que tiene un vademécum restringido, y el 20% por Salud Pública” todas compran la información a Close UP. Como disculpa afirman que “no necesariamente se premia al que más receta”. También se “auspicia” al que no está recetando los productos del laboratorio para atraerlo al redil. En EEUU no se prohíbe este tipo desvergonzado de comercio en perjuicio del paciente en función del libre mercado. Solo se exige que si los “premios” obtenidos por el profesional superan los U\$S 5.000 esta situación de haga pública.

La Asociación de Laboratorios Nacionales, que agrupa a 30 empresas que fabrican medicamentos “genéricos” también adquiere la base de datos para planificar sus estrategias comerciales.

Y esto se puede hacer sólo con la complicidad abierta y explícita de los profesionales. Si los médicos recetaran con el nombre genérico del medicamento los laboratorios no podrían saber si se está recetando su producto o el de la competencia. Hay un decreto de 2002 que obliga a los médicos a poner en la prescripción el nombre genérico del medicamento, es

decir el principio activo o droga que lo compone, y no el comercial. Pero pocos médicos lo cumplen. Mientras tanto los pacientes ni se enteran que son víctimas de una estrategia de marketing de corporaciones sin escrúpulos. Y que en el precio de los medicamentos están incluidos los gastos de viaje y estadía en congresos en el extranjero de médicos que se prestan a esta operativa ya prohibida en algunos países -Brasil, por ejemplo-, las presentaciones de medicamentos en hoteles 5 estrellas y los regalos -laptos, tablets o canastas ejecutivas- que reciben a fin de año aquellos profesionales que recetan con asiduidad medicamentos de tal o cual laboratorio. Y esto es indiferente si el precio del específico lo paga el enfermo al comprar en farmacia o en la tasa por receta de la mutualista o el estado a través del presupuesto para la Salud. El resultado es el mismo, se encarece de manera innecesaria el costo de la atención sanitaria, para abultar los beneficios de las corporaciones farmacéuticas.

En algunos países una base de datos como la mencionada, sin el nombre del paciente ni del médico, se utiliza para prever y mejorar la atención médica. Es obvio que no en manos de una corporación transnacional, como en la actualidad en el país.

La permisividad comercial de los profesionales respecto a los usuarios va incluso más allá de la industria farmacéutica. Tengo una anécdota personal sobre la falta de ética médica en ese sentido. A mi hija menor le diagnosticaron una alergia y cuando fuimos con la madre a la entrevista con el profesional alergista este insistió en la peligrosidad del síndrome, aconsejándonos que tomáramos providencias inmediatas. Al mismo tiempo sacaba del escritorio unos folletos de la representante en el país de una empresa que distribuía productos especiales para alérgicos. En los textos aconsejaban adquirir un electrodoméstico especial para filtrar de polvo el aire de la casa. También ofrecía ropa de cama y cortinas de telas anti-alérgicas para el cuarto del paciente y no sé cuantos productos más. La representante era la esposa del alergista. Demás está decir, que era tan evidente el contubernio que salimos indignados y convencidos que el diagnóstico era un fraude. Y fue lo que resultó, se trataba de una reacción alérgica transitoria que pronto desapareció.

Se agrava el cáncer, sífilis congénita, VIH... ¿y lo que no se mide?

“Lo que no se mide, no se conoce”. Lo haya dicho o no Thales de Mileto cuando justificó su medición de la altura de la pirámide de Keops, es un principio que si se ignora en términos de índices de Salud es amenazante. Pues bien, en Uruguay es muy poco lo que se mide y sobre lo que se llevan estadísticas confiables en el campo de la Salud. Nos referimos no sólo sobre estadísticas que acumulen datos del pasado sino también, las mediciones necesarias para prever peligros sanitarios futuros. Y el problema es que el SNIS no mide la calidad de la atención médica, no lleva estadísticas confiables sobre todas las enfermedades y no posee un sistema de información centralizado. Pero peor aún, como la permisividad respecto a transgénicos y pesticidas es parte de una orientación económica estratégica gubernamental, todo lo que pueda medir su peligrosidad es ignorado. Lo que se complementa con el abuso en la fumigación de pesticidas, junto con la omisión total de una legislación en este sentido. Como ya se ignoró la contaminación ambiental con plomo de la refinería de Ancap durante años o la contaminación con plomo, cromo, azufre y cobre debido a combustibles de vehículos registrada en puntos céntricos de Montevideo /12.

Como ya lo hemos denunciado reiteradas veces no existe un seguimiento sobre la salud de los pobladores en las zonas afectadas por fumigaciones tóxicas. Ni controles constantes sobre el grado de contaminación en las víctimas posibles y comprobadas en las zonas del enclave sojero. Tampoco se realizan exámenes sistemáticos para identificar plaguicidas tóxicos en el agua de reservorios, cañadas, ríos, lagunas, tanques, etc. en las regiones de los plantíos transgénicos. Ni se investiga la contaminación con productos químicos de los vegetales o las frutas que se comercializan en el país. Y los grandes medios así como el gobierno censuran cualquier información al respecto. O como los inspectores del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP) que ante graves denuncias de contaminación por agro-tóxicos intentan acallarlas o desestimarlas

Y esta negligencia respecto a una de las peores amenazas a la salud y comprobadamente cancerígena que existe en la actualidad en el país y en el mundo, se tolera y disimula a pesar que, según la OMS, Uruguay en 2014 es el que tiene mayor índice de cáncer en América Latina y se ubica entre los peores países del mundo en esa estadística. Respecto a nuevos casos, Uruguay está en la situación más grave junto con América del Norte, Europa Central y Australia. La situación expansiva del cáncer de mama es dramática. También en mortalidad por cáncer Uruguay tiene las peores cifras /13.

Pero no sólo en cáncer Uruguay lidera con el mayor índice entre todos los hispano-hablantes. Además tiene la Copa sudamericana en sífilis infantil congénita con un índice de 3,2% -seis veces mayor a la tasa aceptable por la OMS- que no debería ser superior al 0,5% /14. Índice éste que viene creciendo velozmente, ya que en 2010 estaba en el 1,3% cuando ya era el mayor de América del Sur /15 y en 2012 alcanzaba 2,7%. La sífilis infantil congénita es una típica enfermedad del analfabetismo y la marginalidad (fácil de controlar, si no de eliminar). Hasta India tiene tasas menores a la uruguaya.

También creció la tasa de madres con VIH. En 2013 fue superior, ya que representó el 8,7 por mil (un valor que triplica los límites internacionales fijados por la OMS), acercándose de nuevo al récord de los últimos cinco años: 9,2 por mil en 2011. Estas situaciones negativas son por lo general resultado de ausencia de un estado operante. En el caso de Uruguay se trata de los efectos de un estado caótico e indolente en términos de Salud.

La persistencia de déficits sociales o ambientales son determinantes de la salud pública

Varios de los indicadores sanitarios que empeoraron, es difícil separarlos de los determinantes sociales y por tanto de las políticas económicas y sociales del país. Es importante entender la dependencia y las consecuencias en la Salud de las orientaciones generales del gobierno. No se trata entonces de centrar sólo las críticas en los protagonistas de la Salud. Antes de que Salud no responda a las mejores prácticas de las exigencias sanitarias, hay múltiples cosas que fallaron previamente. El niño que se murió de una neumonía, ¿se murió de neumonía? Vivía en una casa en pésimas condiciones, la madre sola, sin trabajo, sin la escuela terminada, consumidora de pasta base. Pero cuando se registra o informa se dice que “el niño murió de neumonía”.

En igual sentido hay que comprender que monitorear con regularidad la calidad del agua es una cuestión de salud pública. Esto no significa que es la Salud que debe ocuparse del

problema sino que el estado debe controlar permanentemente las características físicas, químicas y biológicas del agua. Esto es imprescindible para medir la calidad de los recursos hídricos, en especial del agua que se direcciona al abastecimiento público /16.

En Uruguay el “idilio” del gobierno frentista con la inversión extranjera ha atraído varias corporaciones dedicadas a la extracción de materias primas. Minería a cielo abierto, forestación para la producción de celulosa, monocultivos transgénicos, significan una alteración profunda de la matriz productiva del país, sin dejar de ser una matriz agro-exportadora. Estos emprendimientos estimulados de varias formas por el gobierno frentista -sin ninguna clase de consulta con la ciudadanía- tienen terribles secuelas económicas y ambientales. Por ejemplo nos transforman en exportadores de agua embutida en los rubros de nuestro comercio exterior, lo que aumenta nuestra huella hídrica y nos amenaza a mediano plazo con la escasez de agua.

Pero además consumen para sus procesos productivos cantidades desmesuradas de agua que se transforma en “agua gris”, en términos de huella hídrica, como resultado de dichas actividades. La huella de agua gris es el volumen de agua contaminada que se asocia con la producción de los bienes y servicios. Por eso es imprescindible la recolección de datos y el muestreo en locales específicos en intervalos regulares de tiempo de modo de generar informaciones que controlen la calidad del agua dirigida al consumo de la población.

En Uruguay no existe una Agencia Nacional de Aguas -como en otros países- que realice este control permanente en ríos, represas o acuíferos subterráneos. Por eso en 2013 Obras Sanitarias del Estado (OSE) distribuyó por cañerías agua contaminada biológicamente, que fue lo que reconocieron. Pero luego las fotos mostraron que los campos de soja transgénica llegaban hasta la orilla del Río Santa Lucía, que es de donde se extrae el agua corriente para Montevideo. De modo que el glifosato también estaría presente. El tema de Seguridad Hídrica que se debate mundialmente, es algo que aún no ha inquietado al FA que hoy está absorbido en el reparto de candidaturas para las elecciones de octubre próximo.

Con esta indolencia gubernamental pueden estar relacionadas otras cifras preocupantes: los óbitos fetales y la tasa de mortalidad infantil cuyo origen en casi un 50% proviene de malformaciones congénitas. Y se acepta que ambos síndromes están relacionados con la ingestión de agro-tóxicos. Esta responsabilidad quedó comprobada en el juicio ganado por Madres de Ituzaingó (Córdoba) en agosto de 2012 contra fumigadores de pesticidas. Pero las autoridades no han brindado datos nacionales al respecto. Y menos aún se han hecho pesquisas sobre los posibles territorios afectados.

El sistema mixto impone una medicina deficiente para los pobres

Si como vimos desde el punto de vista de los profesionales reunidos en el SMU, el SNIS es un sistema fragmentado, descoordinado en los distintos niveles, con atención en locales inadecuados, con desperdicio de recursos y mal aprovechamiento de las instalaciones, con falta de acceso a los servicios y pérdida de continuidad en la atención, para los usuarios en zonas de pobreza, la situación es mucho peor.

En una pesquisa periodística en el Centro de Salud del Cerro se comprobó que “el primer nivel de atención es el eslabón más endeble del sistema de salud, sobre todo en aquellos

territorios donde la pobreza y la marginalización han hecho estragos”...y “los controles en salud para esta población más vulnerable, no se cumplen”. El FONASA cuenta con algo de 300 mil socios pero “tiene un problema de gestión muy grande, muchas oficinas con muchos gerentes con mucha burocracia, pero para negociar con los Centros de Salud hay una sola persona”. Dejando de lado los elogios oficiales al sistema, funcionarios que atienden Centros en zonas carenciadas afirman: aquí “seguimos teniendo medicina para pobres” /17. Y esto lo dice una profesional “señalando el edificio de la policlínica que, bien mirada, parece una fábrica abandonada”.

“La reforma no funcionó” asegura el personal del Centro de modo unánime, “en gran medida por haber puesto, por cuota política, en lugares clave a gente que no está preparada.” Sin lugar a dudas eso es parte del problema, y una metodología repetida a todos los niveles por el gobierno frentista, pero lo central es que las asociaciones público-privadas, así se llamen sistema mixto, son un mecanismo privatizador disfrazado para que las empresas privadas capturen recursos estatales. En otros servicios es sólo un mecanismo de rapacería que le quita recursos al estado. En la Salud es un atentado contra la sanidad y la vida de la población.

Notas

1/ 9a. Convención Médica - Presidente del SMU: “Estamos lejos de tener una medicina de excelencia”. Uypress, 09 06 2014 http://www.uypress.net/uc_51910_1.html

2/ 9a. Convención Médica Nacional 2014 Informe Grupo 1 - Mejora del Modelo de la Práctica en la Atención Médica http://www.uypress.net/uc_51910_1.html

3/ Podemos citar entre las múltiples propuestas positivas para reestructurar y mejorar el SNIS: la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), para evitar la fragmentación y falta de continuidad en la atención de usuarios; los Centros de Referencia por Patologías, para brindar una atención multidisciplinaria -y trabajo en equipo- a pacientes con necesidades complejas o de alto costo; programas que generen cultura de calidad y seguridad en cada centro sanitario, para superar la falta de evaluación permanente que permita “identificar campañas” y “oportunidades de Intervención”. Aquí se señala la ausencia de encuestas públicas continuas para ubicar fallas e insuficiencias del servicio, una metodología impuesta internacionalmente.

4/Marcelo Barbato: Invertir en seguridad del paciente “es un imperativo ético” Ser Médico, Portal informativo del SMU. Junio/2014
http://www.sermedico.com.uy/cara-a-cara/-/asset_publisher/6CIW7KbUdPWi/content/marcelo-barbato-invertir-en-seguridad-del-paciente-es-un-imperativo-etico-?template_sofis=10719

5/ Marcelo Setaro, “La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance”, en “Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez”. Edición de Fin de Siglo/CLACSO/Instituto de Ciencia Política, Montevideo, 2010.

6/ Ernesto Herrera. Uruguay Salud: Una letal asociación pública-privada Correspondencia

de Prensa 28 03 2012 <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=147090>

7/ 9a. Convención Médica Nacional 2014 Informe Grupo 2 - Mejora del Modelo de la Práctica n la Atención Médica http://www.uypress.net/uc_51910_1.html

8/ El interior tiene un déficit de 450 especialistas médicos, dice FEMI El País 26 06 2014 <http://www.elpais.com.uy/informacion/interior-deficit-especialistas-medicos-dice.html>

9/ 9a. Convención Médica Nacional 2014 Informe Grupo 3 - Mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales... http://www.uypress.net/uc_51910_1.html

10/ 9a. Convención Médica Nacional 2014 Informe Grupo 4 - Información confiable y oportuna http://www.uypress.net/uc_51910_1.html

11/ Sebastián Cabrera. Santo Remedio El País.uy Suplemento Que Pasa. 08 09 2012. Este subtítulo se basa en la amplia pesquisa periodística sobre el mercado de recetas médicas de S. Cabrera.
http://historico.elpais.com.uy/suplemento/quepasa/santo-remedio/quepasa_662144_120908.html

12/Montevideo tan contaminado como ciudad de China, según estudio. Muestreo realizado durante los años 2010-2011-2012 en 17 puntos sobre 18 de julio y Avda. Italia y llevado a cabo por la Facultad de Ciencias con el apoyo del Instituto de Geofísica de la Universidad Autónoma de México. Subrayado 12 07 2012.
<http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/14285/montevideo-tan-contaminada-como-ciudad-es-de-china-segun-estudio>

13/ Uruguay está entre los peores del mundo en estadísticas de cáncer El Observador 05 02 2014 <https://www.elobservador.com.uy/noticia/270978/uruguay-esta-entre-los-peores-del-mundo-en-estadisticas-de-cancer/>

14/Pereira Rossell mejoró indicadores de salud materna, pero no pudo con la sífilis. El Observador 03 06 2014
<http://observador.com.uy/noticia/280071/pereira-rossell-mejoro-indicadores-de-salud-matern-a-pero-no-pudo-con-la-sifilis/>

15/ Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis World Health Organization 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf

16/ Larissa Straci. Monitorar qualidade da água é questão de saúde pública. EcoDebate 25 06 2014.
<http://www.ecodebate.com.br/2014/06/25/monitorar-qualidade-da-agua-e-questao-de-saude-publica/>

17/ Tania Ferreira y Raúl Zibechi Medicina pobre para pobres. Diagnóstico sobre el Centro de Salud del Cerro y la Primer Infancia Brecha 19 07 2013. [postaporteñ@ 994](mailto:postaporteñ@994) - 2013-07-19 La Fragua 20 07 2013

<http://lafraguaperiodicoobrero.blogspot.com.br/2013/07/diagnostico-cerro-y-la-primer-infancia.html>

La Haine

https://www.lahaine.org/mm_ss_mundo.php/uruguay-salud-en-situacion-alarman