

ADRIANA BRESCIA: “LA SALUD NO ES SÓLO AUSENCIA DE ENFERMEDAD”

Médica ginecóloga, educadora sexual y especialista en gestión de Servicios de Salud, es directora general de Coordinación del Ministerio de Salud del Uruguay y tiene a su cargo la coordinación de las direcciones y los distintos programas de los ministerios

Adriana Brescia es médica ginecóloga y directora general de Coordinación del Ministerio de Salud del Uruguay. Fue directora departamental de Salud de Florida entre 2005 y 2013, y luego subdirectora general de la Salud hasta 2015. Ahora trabaja en la coordinación de todos los prestadores públicos y privados regulados por el Ministerio de Salud Pública. Su otra tarea es la coordinación con todos los demás actores del Gobierno y no solo de la salud sino del Ministerio de Desarrollo Social, de Trabajo y Vivienda, teniendo muy presente como premisa que “la salud no es solo ausencia de enfermedad”. En su visita a ISALUD tras su participación en el I Encuentro Presencial de Líderes de Redes Integradas de Salud, dialogó con la Revista.

–¿Cómo se alcanza la eficiencia en los servicios de salud?

–Un aspecto esencial es el trabajo con los determinantes sociales, tratar de moverse en esas áreas. Con Redes lo venimos haciendo desde que tenemos la ley de sistemas integrados de salud en diciembre de 2007, cuando nos planteamos en la reforma de salud cambiar el modelo de gestión, el modelo de financiamiento y el modelo de atención. Y logramos tener un seguro de salud que financia prácticamente el 70% del sistema, incorporamos actores sociales para hacer el cambio en el modelo de gestión con trabajadores sociales y usuarios, y aunque en algunos casos el proceso es lento, en cada uno de los prestadores y órganos del

Carmen Tatiana Guerrero Díaz Directora nacional de articulación de la Red Pública y Complementaria del Ministerio de Salud Pública de Ecuador

“En Ecuador la gente se moría en las salas de espera”

“Todo nuestro sistema de salud está basado en redes. Tuvimos un cambio estructural político muy fuerte en 2008 cuando se creó una nueva Constitución y se reglamentó el tema de la red pública y el nuevo sistema nacional de salud. A partir de 2012 apareció la red y el objetivo de ese cambio fue dar una mayor calidad y mayor acceso a un sector importante de la población que no tenía garantizado el acceso a salud y se moría sin atención, en las salas de espera, no teníamos nada que nos permitiera atenderla o derivarla a otro centro. Todo se hacía de manera independiente y aislada. Ahora no hay una prestación a la que no se pueda acceder y eso ha beneficiado, sobre todo, a las personas de los quintiles más bajos de pobreza”.





sistema hay actores de gestión a nivel nacional y departamental.

–¿Dónde flaquea el sistema?

–En lo que nos queda mucho por hacer todavía es justamente en el cambio en el modelo de atención. Es fundamental para nosotros establecer redes, complementar servicios, tenemos una cantidad de tecnología dispersa, infraestructura repartida a nivel nacional y escasez de recursos humanos. Tenemos grandes carencias en el Norte, en los puntos más lejanos de Montevideo. Esta situación hace ineficiente los equipos disponibles y las prestaciones que damos. Por eso, establecer redes desde la rectoría, desde el Ministerio de Salud para todo el territorio nacional, es fundamental.

–¿Cómo se ha desarrollado el sistema de redes en Uruguay?

–Nosotros tenemos presencia a nivel de territorio y en cada uno de los 19 departamentos. Montevideo es el más pequeño, pero tiene la mayor población y más cantidad de prestadores públicos y privados. Y en el resto del territorio nacional tenemos departamentos como Colonia, donde se producen cinco nacimientos por día y hay siete maternidades, por lo tanto, dos maternidades no funcionan y tenemos un exceso de recursos distribuidos en esa área.

Es fundamental para nosotros establecer redes, complementar servicios, tenemos una cantidad de tecnología dispersa, infraestructura repartida a nivel nacional y escasez de recursos humanos

Fabiola Jaramillo Subdirectora de gestión asistencial del Servicio de Salud del Ministerio de Salud de Reloncaví, Chile

“Nuestros funcionarios son usuarios del sistema de salud público”

“Chile tiene una historia larga del trabajo en redes de por lo menos unos 15 a 20 años y es imposible trabajar sin un sistema de redes. Lo importante del trabajo es que empezamos a visualizar la complejidad como un actor para trabajar y que no esté asociado o ligado necesariamente a un establecimiento determinado. Otra particularidad es que tenemos a muchos de nuestros funcionarios como usuarios del sistema de salud público y están sensibilizados en que mejorar la prestación les va a mejorar a ellos la calidad de vida. Como obstáculo, uno de los problemas es la resistencia al cambio, a la gente le es mucho más fácil trabajar con unidades y con una lógica fragmentada. ¿Qué hacemos para modificar ese cambio cultural? No hay una receta de cocina, pero en base a nuestra experiencia en el servicio de salud la clave es que los equipos y funcionarios mismos sean protagonistas de esos cambios, que sean parte interesada, eso les da sentido de lo que hay que hacer”.



–¿Qué han hecho para corregirlo?

–Nos pusimos a trabajar en lo que llamamos maternidades únicas para establecer una red de baja complejidad a nivel departamental y una red de maternidades de alta complejidad a nivel nacional. Desde el ministerio estamos georeferenciando los recursos del sistema de salud a nivel nacional en cuanto a recursos humanos,

infraestructura, servicios y tecnologías para definir mapa sanitario. Con eso queremos evitar que una paciente, una embarazada o un recién nacido, tenga que ir hasta Montevideo con los riesgos que ello conlleva de traslado y seguridad.

–¿Y en lo tecnológico cómo están llevando adelante esos cambios?

–Comparado con otros países de la región, Uruguay es pequeño, tiene 3.286.000 habitantes. Estamos trabajando en una historia clínica electrónica nacional. Hay varios proyectos de nivel departamental de prestadores públicos y privados pero que no son interoperables, y lo que

Roney Alcides Martínez Cantarero Director del departamento de servicios del primer nivel de atención de Honduras

“Cómo hacer más con poco dinero”



“Dos años llevamos apenas de renovación del sistema sanitario que coinciden con el nuevo Gobierno. Para diseñar este modelo de atención recorrimos Brasil, México, Paraguay, República Dominicana, El Salvador. Fuimos eligiendo países con algunas características similares a las nuestras y focalizamos el trabajo en dos regiones pilotos,

donde mantuvimos en uno (El Paraíso) el esquema tradicional de atención y en otro (Lempira) la gestión de los servicios descentralizada en alcaldías locales. El modelo nuestro está sustentado en el enfoque familiar y comunitario. Y eso está haciendo que los proveedores de los servicios tengan que modificar sus formas de atención a las personas, salir a las comunidades y hacer visitas domiciliarias, desarrollar un diagnóstico familiar y comunitario. Con eso iniciamos los procesos de intervención y fuimos identificando los riesgos y los daños, canalizando el diagnóstico de acuerdo a la complejidad y el sistema se fue ordenando. El tema de trabajar en red no es fácil, porque hay que vincular a múltiples actores de la salud con diferentes competencias, formas y niveles de complejidad. Y todo esto requiere de logística, desarrollar más protocolos y guías, disponibilidad de medicamentos y un buen manejo de nuestros escasos recursos. Cómo hacer más con poco dinero es fundamental”.

queremos tener es una historia clínica nacional que siga al paciente allí donde esté. Su historia recorre diferentes prestadores, y dentro el mismo prestador los distintos niveles de atención, el primero, segundo y tercero y esto hace a la calidad de atención, a la integralidad, a la referencia y contrareferencia y a tener una historia clínica única. En ese desafío estamos.

–¿Cómo suplen la falta de recursos humanos?

–Estamos trabajando con la Universidad de la República, se cambió el esquema de educación de los médicos que teníamos una currícula de siete años, más un año de internado obligatorio y ahora son seis años, un año de internado. También hay mucho trabajo territorial para potenciar el primer nivel de atención. Y la obligatoriedad para que una de esas pasantías se haga en el interior del departamento y los estudiantes conozcan también el contexto en el cual se desarrollan. Además, estamos trabajando con otras universidades para visibilizar las carencias de recursos humanos que tenemos y en qué especialidades para compatibilizar las necesidades y carencias con una visión a largo plazo.

–¿Cuál es el desafío inmediato que tienen?

–A corto plazo tenemos la creación de un centro de referencia -estamos elaborando un anteproyecto de ley- y un sistema de urgencias y emergencias para toda la población para que cada usuario pueda atenderse en cualquier lugar público y privado, en el lugar más cercano y donde haya complementación de servicios. Es fundamental que el usuario tenga esa cobertura y ya a más largo plazo lograr lo de las maternidades. Con respecto al resto de la región vamos comparando y compartiendo situaciones de trabajo con países limítrofes como Argentina y Brasil, en temas que nos son afines como el dengue o el zika, con políticas de salud acordadas. Tenemos fronteras secas, cruzamos una vereda o un puente y saltamos de un país a otro, por eso necesitamos acuerdos a nivel del Mercosur o de la región. Así lo hicimos con las políticas de medicamentos para pacientes con HIV y se bajaron mucho los costos, lo que significó un gran avance. Y en ese sentido debemos continuar.

Queremos evitar que una paciente, una embarazada o un recién nacido, tenga que ir hasta Montevideo con los riesgos que ello conlleva de traslado y seguridad