

Entrevista con Fernando Tomasina, Decano de la Facultad de Medicina

En busca de un hospital más universitario

El Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Fernando Tomasina, participó en la construcción de la propuesta de reestructura de la planta física del Hospital de "Clínicas Dr. Manuel Quintela" que se aprobó a fines de marzo en el Consejo Directivo Central (CDC). En esta entrevista, Tomasina habla del proyecto, que es integral y no exclusivamente edilicio. Y expresa que, en cuanto a la financiación "pretendemos el 100%", aunque manifiesta que "con criterios adecuados no se debería descartar ninguno de los modelos".

-¿Qué es lo que destaca de la propuesta que se aprobó en el CDC sobre la refuncionalización de la planta física del hospital?

-Primero, que es un proyecto que tiene un grado de acuerdo y de consenso interno, tanto en la Facultad de Medicina (FMED) como en la Universidad de la República (UDELAR). Eso es muy importante, fue un proyecto consensuado.

Es un proyecto que varios expresaron como básicamente edilicio, que resuelve las grandes contradicciones que, en principio, tenía el edificio; si era viable, el aspecto de la circulación verticalidad. Esos aspectos, creo que el proyecto los ha resuelto y lo ha hecho de una manera muy buena.

Pero no es solo edilicio, el proyecto edilicio es funcional a la propuesta que fuimos construyendo, por lo menos, desde el 2014. En ese año se conformó la comisión de líneas estratégicas a nivel de la FMED, con participación de los órdenes y también de los funcionarios no docentes y esa comisión fue generando los criterios del nuevo HC.

Se pensó un HC que tenía que conciliar los aspectos que hacían, o hacen, a la complejidad de lugares de alta tecnología, con un hospital que tuviera niveles de segundo y tercer nivel de atención. Esa compatibilidad necesaria, siempre estuvo en tensión. Hubo algún proyecto, en algún momento, que iba hacia un hospital básicamente de alta tecnología, casi sin camas de hospitalización de cuidados moderados; con una mirada de que sea el hospital donde se concentrara la tecnología. En la comisión de líneas estratégicas se fue conciliando esta tensión y se encontró un punto de equilibrio.

Queremos un hospital, además, que sea cada vez más universitario, en el concepto de las funciones y también en la política. Las líneas políticas son definidas como tal en el espacio cogobernado.

Si bien lo que se presentó, principalmente, era un modelo edilicio, es un proyecto que está acorde con estas reflexiones y definiciones políticas a nivel de líneas estratégicas, que tiene su base en la nueva forma de dirigir el hospital a través de la ordenanza. Y en la nueva ordenanza hay un cambio sustantivo en cuanto a la gobernabilidad, se le dota a la dirección de mayor capacidad de la toma de decisión, acorde a los tiempos necesarios que tiene que tener un hospital, que es diferente a un servicio a un servicio universitario exclusivo.

-¿Lo que se busca es lograr una propuesta integral y no solo edilicia?

-Sí. Esboza además esta propuesta una necesidad de seguir profundizando las funciones universitarias. Cuando decimos: "Queremos un hospital menos de clínica y más universitario", estamos diciendo: "Queremos un modelo distinto de atención a la salud dentro del hospital que, acorde a los tiempos modernos, no estén divididos en clínicas y no estar en relación al docente sino al paciente y los recursos ordenados de acuerdo a sus necesidades". Hay cambios en ese sentido, que son los más difíciles de operar, porque son culturales, institucionales que están muy en la raíz del hospital. Queremos cambiar el concepto del HC.

También se busca que todos los estamentos sean más universitarios. Nosotros estamos apostando de que, progresivamente, los cargos técnicos y licenciados, que hoy no son docentes, sí lo sean, que sean docentes asistenciales. Intentamos así ampliar la plataforma docente en nuestro hospital, facilitando la capacidad de formación, que hoy está, por ejemplo, comprometida en las tecnicaturas y las licenciaturas de la escuela de tecnología. Y este es el otro concepto del hospital más universitario.

-¿Le encuentra algún punto débil a esta propuesta?

-El hospital no es una isla, está dentro de un sistema de salud. Nosotros ahí hemos tenido avances y algunos retrocesos o a veces situaciones contradictorias. Entendemos necesario continuar la profundización a la integración del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Han existido avances, sin duda; el HC ha tenido una serie de convenios, en particular con ASSE, que han sido muy importantes en los últimos tiempos. Tenemos todavía pendiente una profundización de ese acuerdo, que supone recursos pero no solamente económicos, sino la importancia de poder articular correctamente los servicios de acuerdo a las necesidades y las demandas del sistema, y es ahí que tuvimos dificultades para avanzar.

El HC tiene que ir hacia un modelo en donde, para lo que es el segundo y tercer nivel de atención, tenga cierta territorialidad, es decir, referencias y contrarreferencias claramente establecidas con quien es su socio natural (ASSE). Me consta que la actual presidencia tiene interés en avanzar en este sentido, y hemos tenido alguna instancia pero no avanzamos todo lo suficiente.

Hay también algún tema con los fármacos, sobre todo, con la consulta ambulatoria. Todavía hay trámites que todavía no son adecuados, y son parte de los temas que son desafíos y debilidades.

El convenio con ASSE y el Ministerio de Salud Pública (MSP) creemos que es un buen instrumento para seguir canalizando recursos financieros, en la medida que otros modelos como puede ser la capitación, es decir, el aporte por parte de del SNIS, del FONASA, todavía están débiles. Entonces ahí, nosotros creemos que los convenios firmados de complementación, identificando población a asistir, pudieran ser una forma de acercar recursos que son, ya no, estrictamente de la UDELAR, porque están vinculados a lo asistencial. Y ahí está la otra parte del proyecto: la financiación del hospital en su conjunto. Hay una parte asistencial que necesariamente tienen que ser afectado de los recursos que existen en salud, y claro los componentes que hacen a la enseñanza y a la investigación son los que tiene que hacerse cargo la Universidad.

-¿Cómo fue el trabajo de la Universidad en todo este proceso de aprobación de la propuesta?

-Fue extremadamente crítico, con posiciones en algún momento hasta muy polarizadas, pero fueron bien resueltos. La sesión del CDC en diciembre del 2015, parecía que no iba a ayudar por cierto grado de polarización pero fue muy bien resuelta. Entiendo que el trabajo del Rector, de distintos consejeros de los órdenes y de los servicios ayudó a encontrar un punto de equilibrio frente a una discusión que se estaba dando, mientras estábamos trabajando en el proyecto, una respuesta a la propuesta de una consultoría.

Estamos ahora en la etapa de ver cómo logramos la financiación, y allí se está en conversaciones.

-En la Universidad hubo un consenso en la propuesta, ¿y en la financiación?

-Ahora tenemos un proyecto propio de la UDELAR y ese es el que queremos financiar. Por supuesto que pueden haber modificaciones, quizá, en la discusión del ejecutivo. Nosotros pretendemos el 100%, pero cuando uno busca y negocia pueden haber modificaciones.

Estamos en esa instancia y estamos abiertos, en la medida que tenemos un proyecto; que es distinta a la situación que teníamos en diciembre en donde veníamos construyendo esta propuesta y surge la propuesta de una consultora.

No discuto la buena voluntad de tratar de encontrar soluciones al HC. Es insostenible si no tenemos un proyecto para cambiar el hospital, entonces no lo discuto que el Ejecutivo, en busca de soluciones, haya presentado un proyecto. Pero ese proyecto no tenía la sintonía del trabajo que veníamos elaborando.

Del informe de la consultoría, lo que nosotros destacamos, es que queda muy claro que el HC es necesario, a pesar de las condiciones y las dificultades que se tienen. Comparativamente en cantidad de producción y cualitativamente en cuanto a complejidad de lo que produce, es mayor a los otros hospitales generales de ASSE. Es necesario para el país en su conjunto. Hay argumentos que el propio Ejecutivo nos da a partir de la consultoría.

-Frente a la consultoría, el consejo de FMED no aceptaba la participación público privada (PPP). Hoy en día, ¿las aceptaría?

-La UDELAR ha sido crítica con las PPP. En el acuerdo de diciembre decía que: "Al momento de hoy no sería conveniente que se financiara bajo esta participación". Pero las cosas cambian; el rechazo estuvo muy vinculado al modelo que se estaba planteando a partir de la consultoría, creo que pesó mucho eso.

Ahora tenemos este proyecto y creo que, si bien nos mantenemos críticos con el tema, en la medida que haya determinadas condiciones que garanticen que el proyecto universitario pueda avanzar, no estaría cerrando ninguna puerta; pero teniendo en cuenta el proyecto y ciertas condiciones.

En la sala de docentes fueron muy claras esas expresiones, todos fueron críticos con las PPP, pero lo peor es seguir teniendo un HC con estas condiciones. Fijando reglas de juego, criterios adecuados, no se debería descartar ninguno de los modelos, pero hay que explorarlos todos, no solamente hablar de un modelo de financiación.

-¿Lo que se busca es que la financiación no afecte la parte universitaria del hospital?

-Claro. La financiación no debería afectar la gestión universitaria.

-¿Cuál es el costo estimado?

-Lo que se estima es en el entorno de 120 millones de dólares y es en base a los metros cuadrados. La idea es que se haga en etapas, por lo tanto la financiación no es toda junta y se piensa que existen posibilidades reales de mantener la asistencia mientras se construye el nuevo hospital.

-¿Cuáles son los pasos a seguir?

-El rector está teniendo un protagonismo en el tema que nos ha facilitado el proceso. Hay una comisión que se conformó a partir del CDC que está integrada por el Rector, por la directora del Hospital, yo también la integro y delegados de órdenes. Estamos en la fase de ir definiendo las distintas entrevistas con el Ejecutivo y con el Parlamento.

Lo pensamos como un tema nacional, no somos solo los universitarios que decidimos sobre el mismo; tiene que participar, necesariamente, la ciudadanía en su conjunto, los actores políticos en este tema. El HC es un bien público y por tanto estamos en esa fase de conversación con otros actores.

-Los participantes del juicio ciudadano recorrieron el HC y era notorio que hay sectores deteriorados y otros completamente nuevos, ¿por qué cree que es así?

-Ha existido una baja inversión. Si miramos 20 años atrás, en lo que pide la UDELAR para el hospital y lo que finalmente recibe, hay una brecha brutal. En los últimos cinco años, la inversión edilicia no llegaba a los 30 millones de pesos; existió una fuerte inversión en el primer gobierno del Dr. Tabaré Vázquez, vinculado con el préstamo donación de la República Bolivariana de Venezuela, los 17 millones de dólares y eso permitió sustituir los ascensores centrales, hacer parte de las columnas sanitarias, pero no transformar los baños, por ejemplo.

Está en relación a la baja inversión. La Universidad en general ha crecido en metros cuadrados, pero no creció en servicios, en limpieza, en vigilancia y tenemos un déficit crónico en cuanto a mantenimiento. Eso en el Hospital fue muy claro y muy sentido. Hay algunas áreas que lograron algún presupuesto particular.

Hay otras dificultades vinculadas a la gestión. Creemos que en ese sentido, la nueva ordenanza permite que, aunque sean magros los recursos, se gestione mejor.

-En varias áreas, como en la de fisioterapia, los recursos materiales son los adecuados y tienen buen estado, pero hay falta de recursos humanos. ¿A qué se debe esa falta?

-Creemos que tenemos que articular más con el sistema. Hay recursos que no deben venir del presupuesto de la educación sino también de la salud.

La rehabilitación es un tema todavía muy pendiente, es de los temas que todavía tienen ciertos retrasos. Hay recursos, pero requiere de mayor personal. Este tema en particular, en lo público ha tenido poco desarrollo y tenemos la posibilidad de tener un gimnasio de gran calidad en el HC, pero tenemos que trabajar en la articulación con el sistema.

La imagenología ha tenido una fuerte inversión en estos últimos años; el resonador es el de mayor es el de mayor resoluntividad, pero teníamos grandes problemas para mantener el personal de esa área.

Se generan ciertas asimetrías en cuanto al recurso humano, al salario. Ahí hemos avanzado con algunas formas como ha sido el programa de fortalecimiento y formación de los recursos humanos del subsector público que eso permitió lograr cierta equiparación en cuanto a salarios, pero eso no es suficiente.

-¿Por qué el HC no está integrado en el SNIS?

-En la ley no está. Formalmente hemos avanzado a través de los convenios; informalmente estamos, porque si somos más de un tercio de la asistencia de ASSE en los niveles de hospitalarios, de emergencia, internación, tenemos IMAES como el centro cardiovascular, no podemos decir que no estamos.

Estamos en el sistema, pero la ley no lo previó. Sabemos que en su momento la discusión se centraba en cuidar al hospital porque también era universitario y así no interferir en su autonomía. La realidad es que se avanzó a través de convenios con el prestador integral público que es ASSE. Ese es el camino a seguir profundizando.

-¿El hecho de no estar integrado al SNIS perjudicó al HC?

-No se si es tan lineal. ASSE creció en recursos, no nos pasó a nosotros y creemos que ahí el tema estaba en la indefinición si dependemos solamente del presupuesto de la enseñanza. Para seguir avanzando necesitamos seguir con los convenios de ASSE.

Valentina Caredio