

Curso Anual de Auditoría del Hospital Alemán

Monografía

Tema: Asociación entre Calidad en la Atención Primaria en salud y las hospitalizaciones evitables: El rol de la Auditoría Médica

Alumna: María Eugenia Teruel.

Asociación entre Calidad en la Atención Primaria en salud y las hospitalizaciones evitables: El rol de la Auditoría Médica

Introducción

Es posible considerar las tasas de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria como un buen indicador de la calidad de los servicios de la atención primaria en salud¹⁻².

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

El rol de la atención primaria es coordinar las prestaciones en áreas ulteriores del sistema, así el mejoramiento y expansión en su cobertura por medio del incremento en la calidad de atención a este nivel, promueve la organización de un sistema de salud más eficiente³.

Es importante identificar cuáles son las intervenciones eficaces en el ámbito de la atención primaria que realizadas de manera oportuna y efectiva, reduzcan el riesgo de hospitalización.

En función de esto, es necesario enfrentar en nuestro país el incremento de la cobertura con recursos limitados y los costos elevados de la atención hacen necesaria la búsqueda de herramientas de gestión que permitan la elevar la calidad de la atención primaria. Cuando se hace referencia a calidad en el sector de la salud, se adapta el modelo industrial midiendo la diferencia que existe entre las expectativas del paciente y el servicio recibido⁴.

La Auditoría Médica, en la búsqueda de lograr una atención efectiva, eficiente, adecuada y con calidad técnico-científica en un marco de equidad, traduce la multidimensionalidad y relatividad del concepto de calidad desde el punto de vista práctico, utilizando métodos de evaluación de la calidad son como fuente de permanente retroalimentación del sistema.

Las múltiples estrategias educacionales han confluído en el abordaje de la enseñanza por la metodología de la identificación de problemas y desarrollando notablemente en las últimas tres décadas la Medicina basada en la evidencia que se ubica como un instrumento imprescindible para la gestión clínica, conformando un escenario cambiante que no debemos perder de vista al evaluar la calidad de la atención⁵.

En adición, el rol de la auditoria médica en la implementación de estrategias de retroalimentación y de educación, favorece el cambio organizacional, de esta manera, se hace posible la coordinación de intervenciones de componentes múltiples, los cuales serían más efectivos en la reducción de la tasa de hospitalizaciones evitables.

Hospitalización por enfermedades sensibles a los cuidados ambulatorios

Este concepto surge en Estados Unidos como un indicador de acceso de la población a la atención primaria. Su aplicación refleja mayores tasas de hospitalización en zonas de menor nivel socioeconómico y en grupos poblacionales con una menor cobertura de salud, representando la falta de eficiencia del sistema de salud para proporcionar acceso a la atención ambulatoria primaria de buena calidad⁶.

El fundamento de la utilización de este indicador de acceso a la salud reside en que un oportuno y efectivo cuidado ambulatorio puede reducir el riesgo para ciertas condiciones médicas previniendo el comienzo de una enfermedad, controlando el episodio agudo de una enfermedad o condición o manejando la enfermedad crónica o condición de manera tal de prevenir la progresión de la misma a un estado que requiera hospitalización⁷.

A continuación se definen algunas condiciones agudas y crónicas que representan hospitalizaciones prevenibles⁸.

Asma:

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que se caracteriza por una obstrucción del flujo aéreo, el cual es reversible espontáneamente o con tratamiento. Esta inflamación se asocia con el aumento de la reactividad de las vías aéreas ante una variedad de estímulos. Clínicamente se expresa por episodios recurrentes de respiración sibilante, falta de aire, opresión en el pecho y tos improductiva que suelen estar relacionados con eventos específicos de activación.

El asma afecta tanto a niños como adultos. La prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial es de 7 a 10 %. Se estima que en el mundo hay 300 millones de personas que están afectadas por esta enfermedad, provocando aproximadamente 250.000 muertes por año en el mundo y la tasa bruta de mortalidad por esta enfermedad es de 3,73 por 100.000 habitantes⁹⁻¹⁰.

La morbilidad del asma afecta tanto el desempeño laboral y social de los individuos afectados como así también su calidad de vida

La carga del asma, evaluada por años de vida ajustados por discapacidad es de 15,3, una de las enfermedades crónicas con mayor carga del mundo¹⁰.

Gastroenteritis:

La gastroenteritis es una condición que usualmente se presenta con diarrea, con o sin vómitos, que puede definirse como aguda (hasta 14 días de duración), persistente (14 a 30 días) y crónica (más de 30 días). Las gastroenteritis agudas son en su mayoría de origen infeccioso, virales o bacterianas, mientras que las no infecciosas son usualmente causales de diarreas persistentes o crónicas. Los episodios de gastroenteritis suelen estar acompañados de dolor abdominal y, cuando los síntomas son severos, pueden llevar a la deshidratación (principalmente en niños), siendo una causal de muerte en algunos casos.

La incidencia de gastroenteritis en la población general es diferente en países desarrollados en comparación con aquellos que están en vías de desarrollo.

En Inglaterra, la incidencia reportada en el año 2000 fue de 0,19 episodios por persona-año¹¹. En Estados Unidos, se estima que en los años 90 ocurrieron 200.000 hospitalizaciones por año, y 300 muertes en niños menores de 5.

Se estima que durante los primeros cinco años de vida, la gastroenteritis por rotavirus provoca en promedio 246 consultas externas, 24 hospitalizaciones, 0,6 muertes por cada 1 000 niños nacidos en 2003 en los ocho países estudiados de América Latina y el Caribe¹² (Rheingans et al. 2007)

La gastroenteritis en niños es una condición con un elevado impacto en salud. Se estima que más de 10 millones de niños menores de 5 años mueren cada año, siendo los países de bajos y medianos recursos los principales afectados, y siendo la gastroenteritis la causa de aproximadamente el 20 % de estas muertes.

Infecciones del tracto urinario:

Parte de las infecciones del parénquima renal pueden derivar en un ascenso de alguna bacteria por la uretra y la vejiga.

La pielonefritis aguda es una infección urinaria que usualmente progresa desde el tracto urinario bajo hacia el tracto urinario alto. Se presenta con dolor abdominal, dolor en región lumbar y fiebre, pudiendo presentar también náuseas y vómitos, y síntomas urinarios bajos.

Aunque la mayor parte de los casos son ambulatorios, en algunos casos se requiere la hospitalización.

En algunos casos, la pielonefritis aguda puede complicarse como consecuencia de la obstrucción del tracto urinario, la disfunción urológica, la resistencia antibiótica bacteriana, y en los casos de pacientes con diabetes.

Cuando la pielonefritis desarrolla complicaciones, presenta tasas de mortalidad que pueden oscilar en el 20-80%.

La hospitalización se basa en el cuadro clínico del paciente, principalmente si presenta vómitos, sospecha de sepsis u obstrucción. Y puede tenerse en consideración en casos de pacientes mayores de 60 años, inmunocomprometidos, anomalías anatómicas o dificultad para un adecuado seguimiento.

En EE.UU se observó una incidencia de 12-13 por cada 10.000 mujeres ambulatorias y 3-4 por cada 10.000 internadas. En la población masculina estas tasas se reducen al 2-3/10.000 y 1-2/10.000 respectivamente, siendo este cuadro más frecuente en las estaciones estivales y es desarrollado por el 20-30% de las mujeres embarazadas cuando no reciben tratamiento por bacteriuria asintomática¹³.

Neumonía:

Es una infección aguda del parénquima pulmonar que puede ser causada por diferentes agentes infecciosos. Se estima que la incidencia anual de neumonía está entre 5 y 11 casos cada 1000 adultos. La mortalidad por varía de 1 a 5% en pacientes ambulatorios, 5,7 a 14% en pacientes hospitalizados y 34 a 50% en los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos.

Existe una variación estacional, con mayor número de casos de neumonía durante los meses de invierno. Su frecuencia es mayor para hombres que para mujeres y las tasas de enfermedad son más altas en los extremos de la vida. En la población infantil, la neumonía es la principal causa individual de mortalidad en todo el mundo. Se calcula que produce la muerte de 1,4 millones de niños menores de cinco años por año, lo que supone el 18% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo¹⁴.

Angina pectoris:

Se trata de un síndrome caracterizado por dolor de carácter opresivo en el pecho, acompañado por dolor en hombro, espalda, brazo o maxilar.

Generalmente es causada por enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias. Causas más raras, incluyen la enfermedad valvular cardíaca, la cardiomiopatía hipertrófica, la hipertensión no controlada, el vasoespasmo o la disfunción endotelial no relacionada con la aterosclerosis¹⁵.

Estudios epidemiológicos realizados en Gran Bretaña estiman que 6 a 16% de los hombres y 3 a 10% de las mujeres entre 65 y 74 años experimentaron síntomas de angina.

Anualmente, aproximadamente el 1% de la población realiza una consulta con síntomas de angina.

La enfermedad coronaria es la causa número uno de muerte en el mundo Occidental, lo que la constituye en un enorme problema de salud pública de trascendencia mundial. La tasa anual de mortalidad varía entre el 0,9% y el 1,4% por año, 45 con una incidencia anual de infarto de miocardio no fatal que oscila entre el 0,5% y el 2,5%¹⁶.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:

Se trata de una enfermedad prevenible y tratable que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo. La limitación del flujo aéreo es generalmente progresiva y asociada con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas o gases. También tiene efectos extra-pulmonares que pueden contribuir a la gravedad de los pacientes individuales¹⁷.

La EPOC es una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La carga de esta enfermedad está aumentando, en particular en países en desarrollo. Se ha convertido en la cuarta causa más común de muerte en el mundo.

Según estimaciones de la OMS, 65 millones de personas padecen de EPOC moderada a severa. Más de 3 millones de personas murieron de EPOC en 2005, lo que corresponde al 5% de todas las muertes a nivel mundial.

La prevalencia de la EPOC fue sensiblemente mayor en hombres que en mujeres.

Insuficiencia cardíaca congestiva:

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico que se origina cuando el ventrículo izquierdo es incapaz, por deterioro contráctil o dificultad en el llenado, de generar un volumen minuto adecuado a los requerimientos metabólico-tisulares, o bien lo hace a expensas de excesivas presiones de llenado. La insuficiencia cardíaca puede ser causada por disfunción sistólica o diastólica, y se asocia con cambios neurohormonales¹⁸.

El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca diastólica puede ser difícil. La prevención de la IC requiere de la detección temprana y el tratamiento de condiciones predisponentes.

Tanto la incidencia como la prevalencia de la insuficiencia cardíaca aumentan con la edad. Estudios en los EE.UU. y el Reino Unido encontraron una incidencia anual en personas de 45 años o más entre 29 y 32 casos/1.000 personas / año, y en los mayores de 85 años de edad, de 45 a 90 casos/1.000 personas / año. La insuficiencia cardíaca ocurre en el 3% a 4% de los adultos mayores de 65 años, por lo general como consecuencia de enfermedad coronaria o hipertensión, aunque en los países menos desarrollados también cobran importancia otras causas como enfermedad de Chagas o fiebre reumática. La prevalencia de la insuficiencia cardíaca es mayor en hombres (130 casos/1.000 hombres), en comparación con las mujeres (115 mujeres casos/1.000) ¹⁹.

La prevalencia de la insuficiencia cardíaca en Latinoamérica: 69%. La mortalidad a los 5 años en personas con insuficiencia cardíaca sistólica varía entre 25% y 75%, a menudo debido a la muerte súbita por una arritmia ventricular.

La Insuficiencia cardíaca representa el 2,23% de las causas de muerte en Latinoamérica y el Caribe pero la principal causa de muerte, la cardiopatía isquémica con la que está íntimamente relacionada, representa el 11,69%²⁰.

Diabetes:

Según la OMS la diabetes es un trastorno progresivo del metabolismo de la glucosa en la cual los individuos pueden variar entre normogluemia (<100 mg% ó 5,6 mmol/L), intolerancia a la glucosa o hipergluemia en ayunas e hipergluemia franca.

Existen 2 tipos de diabetes, en la diabetes tipo 1 el páncreas segrega muy poco o nada de insulina, debido a un proceso autoinmune de destrucción de las células beta de los islotes pancreáticos.

Hay una predisposición genética en las personas con este tipo de Diabetes y pueden presentar otros trastornos autoinmunes.

La diabetes tipo 2 se debe a defectos en la secreción de insulina y en la acción de la insulina como consecuencia de la incapacidad del cuerpo para utilizar la glucosa como fuente de energía, como consecuencia se eleva la glucosa en la sangre y pueden aparecer síntomas tales como sed, poliuria, visión borrosa, o pérdida de peso.

El riesgo de diabetes tipo 2 aumenta con la edad y la falta de actividad física, y ocurre más frecuentemente en personas con obesidad, hipertensión y síndrome metabólico.

La diabetes tipo 2 también es más frecuente en las mujeres con diabetes gestacional previa, y en ciertos los grupos étnicos. También hay evidencia de predisposición familiar.

Los efectos a largo plazo de la diabetes incluyen la retinopatía, nefropatía y neuropatía. Las personas con diabetes mellitus también están en mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular²¹.

La prevalencia de la diabetes tipo 1 es de 0,02% en personas de 0 a 14 años, y se estima que 479.000 personas en este grupo de edad tienen diabetes tipo 1 en todo el mundo, con un aumento anual de la incidencia del 3%.

Hay un aumento en la incidencia en todo el mundo de la diabetes infantil con edades de inicio cada vez menores.

Esta menor edad de inicio significa que las complicaciones aparecen a una edad temprana, y la dependencia de la insulina para toda la vida impone una pesada carga sobre las personas, así como sobre los servicios de salud.

La diabetes tipo 2 representa alrededor del 85-95% de todos los casos de diabetes en países desarrollados y dicho porcentaje es aún mayor en países en vías de desarrollo y en estos últimos parece ser cada vez más común en adolescentes y adultos jóvenes. Se ha estimado que, en el año 2006 el 5% de la población adulta, padecían diabetes. La prevalencia global estimada del 5% para la diabetes tipo 2 oculta una considerable variación en la prevalencia, que oscila entre menos del 2% en algunos países africanos a 14% en algunas poblaciones²².

Hipertensión:

La OMS define como Hipertensión de grado uno a la tensión arterial sistólica entre 140 y 159 mmHg y diastólica entre 90 y 99 mmHg; hipertensión de grado 2 a la tensión arterial sistólica entre 160 y 179 mmHg y diastólica entre 100 y 109 mmHg e hipertensión de grado 3 a la tensión arterial sistólica igual o mayor de 180 mmHg y la diastólica de 110 mmHg o más.

En nuestro país la prevalencia global de hipertensión arterial es de 34.5% de la población adulta mayor de 18 años (31.6% en hombres y 36.8% en mujeres) ²³.

El número de pacientes con hipertensión crece a medida que la población envejece, llegando a afectar más del 50 % de la población mayor de 65 años.

La Hipertensión es el principal factor de riesgo cardiovascular y el riesgo relativo de eventos adversos asociados con la hipertensión es continuo y gradual. El riesgo de los eventos adversos son el tabaquismo, diabetes y niveles anormales de lípidos en sangre así como también del grado de la elevación de la tensión arterial²⁴.

Intervenciones sanitarias en Atención primaria que disminuyen la hospitalización

La atención primaria implica los tres niveles de prevención, donde el objetivo de la prevención primaria es eliminar los factores de riesgo en personas sanas, la secundaria apunta a la detección precoz y al tratamiento de la enfermedad asintomática y la prevención terciaria implica disminuir las complicaciones cuando aparece la enfermedad. En este nivel de atención médica se brindan también las intervenciones tempranas en el tratamiento ambulatorio provisto tradicionalmente por el profesional médico y más recientemente también por el profesional de enfermería²⁵.

Es posible evitar la necesidad de hospitalización para ciertas condiciones de salud que pueden ser abordadas en el primer nivel de atención a través de una práctica médica adecuada y efectiva.

Para que los servicios de atención primaria sean efectivos deben estar orientados a la comunidad, conociendo sus necesidades, enfocándose en la familia, para evaluar de manera adecuada las necesidades de salud de sus miembros y establecer estrategias de comunicación en capacidad cultural para comunicarse adaptadas a los diversos grupos poblacionales²⁶.

Otra característica importante es la integralidad en la atención ambulatoria que implica que el reconocimiento por parte del equipo de salud de la amplia gama de necesidades de los pacientes, requiere fundamentalmente la provisión de servicios preventivos, como así también curativos y la garantía de todos los tipos de servicios para los distintos grupos etarios²⁵.

La coordinación, otro atributo de la atención primaria, reúne las diversas acciones y servicios para resolver las necesidades menos frecuentes y más complejas. Implica también la capacidad de garantizar la continuidad de la atención al interior de la red de servicios. Para alcanzar este objetivo, es necesario disponer de tecnologías de gestión clínica y mecanismos adecuados de comunicación entre profesionales con la finalidad de realizar un seguimiento longitudinal del paciente. Cuando el médico clínico coordina la atención al paciente proporciona un mejor seguimiento, en especial de quienes son portadores de males crónicos o de morbilidad múltiple. Coordinar los cuidados se hace cada vez más indispensable en razón del envejecimiento poblacional, de los cambios en el perfil epidemiológico, con prevalencia de enfermedades crónicas y de la diversificación tecnológica en las prácticas asistenciales²⁷.

Conclusión

El objetivo primordial de la atención primaria inclusiva es constituirse como servicio de primer contacto, puerta de ingreso al sistema de salud, para lo cual el requisito indispensable es la accesibilidad, eliminándose las barreras financieras, geográficas, organizacionales y culturales.

Para que se produzca un adecuado acceso a los siguientes niveles de atención y no sobrecargar ninguno en particular, como puede ser prevenir la hospitalización por condiciones susceptibles de atención primaria, es necesario lograr la calidad metodológica de los procesos asociados a la atención primaria de salud. La auditoría médica provee las herramientas de evaluación para garantizar que una institución de salud utilice sus recursos con el máximo de eficiencia. La importancia de su rol para de la misma es la de coordinar los instrumentos de gestión que garanticen la calidad de los procesos.

Es fundamental la identificación de factores que afecten el buen desempeño del sistema, luego la implementación de mejoras y el seguimiento de los procesos para mantener un nivel óptimo del servicio. De esta manera, es posible articular las herramientas que provee la Auditoría Médica para mejorar el desempeño de las instituciones en el logro de los objetivos planteados tendientes a cubrir un servicio de atención primaria de la salud de elevada calidad.

Bibliografía

1. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. 1998. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. BMJ 317:1354-60.
2. Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Ratchet B. 2005. Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1, performance indicators closely linked to clinical care. BMJ. 330 (7505): 1426-31.
3. Starfield B. 1995. ¿Es la atención primaria esencial? Lancet (ed. esp.) 26 (3): 58-62.
4. Brook C. 1999. Motivation for improvement in quality personal and international perspectives. Intern J for Quality in Health Care 11(1): 1-3.
5. Sackett DL et al. 1996. Evidence - based medicine: what it is an what isn't BMJ 312: 71-2.
6. Bindman, A. B., K. Grumbach, D. Osmond, M. Komaromy, K. Vranizan, N. Lurie, J. Billings, and A. Stewart. 1995. Preventable hospitalizations and access to health care. JAMA no. 274 (4):305-11.
7. Gornick M. Physician payment reform under Medicare: monitoring utilization and access. 1996. Health Care Financing Rev. 1993; 14:77-96.
8. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent finding on preventable hospitalizations. Health Aff (Millwood). 15:239-249.
9. Lazarus, S. C. 2010. Clinical practice. Emergency treatment of asthma. N Engl J Med N^o. 363 (8):755-64.
10. OMS. 2007. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach.
11. Wheeler, J. G., D. Sethi, J. M. Cowden, P. G. Wall, L. C. Rodrigues, D. S. Tompkins, M. J. Hudson, and P. J. Roderick. 1999. Study of infectious intestinal disease in England: rates in the community, presenting to general practice, and reported to nacional surveillance. The Infectious Intestinal Disease Study Executive. BMJ no. 318 (7190):1046-50.
12. Rheingans, R. D., D. Constenla, L. Antil, B. L. Innis, and T. Breuer. 2007. Economic and health burden of rotavirus gastroenteritis for the 2003 birth cohort in eight Latin American and Caribbean countries. Rev Panam Salud Publica no. 21 (4):192-204.

13. Czaja, C. A., D. Scholes, T. M. Hooton, and W. E. Stamm. 2007. Population-based epidemiologic analysis of acute pyelonephritis. *Clin Infect Dis* no. 45 (3):273-80.
14. Fine, M. J., M. A. Smith, C. A. Carson, S. S. Mutha, S. S. Sankey, L. A. Weissfeld, and W. N. Kapoor. 1996. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. *JAMA* no. 275 (2):134-41.
15. Boden WE. 2011. Angina pectoris and stable ischemic heart disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, PA:Saunders Elsevier; 2011:chap 71.
16. Fox, K., MA. Alonso García, D. Ardissino, P. Buszman, PG. Camici, F. Crea, and C. Daly. 2006. Guías sobre el manejo de la angina estable. Versión resumida. *Rev Esp Cardiol* N°. 56.
17. Rabe, K. F., S. Hurd, A. Anzueto, P. J. Barnes, S. A. Buist, P. Calverley, Y. Fukuchi, C. Jenkins, R. Rodriguez-Roisin, C. van Weel, and J. Zielinski. 2007. "Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary." *Am J Respir Crit Care Med* N°. 176 (6):532-55.
18. Poole-Wilson PA, Colucci WS, Massie BM, et al. 1997. Heart failure. Scientific principles and clinical practice. Churchill Livingstone :269-277.
19. Curtis, L. H., D. J. Whellan, B. G. Hammill, A. F. Hernandez, K. J. Anstrom, A. M. Shea, and K. A. Schulman. 2008. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons. *Arch Intern Med* no. 168 (4):418-24.
20. OPS. 05/11/2011. Leading causes of death 201105/11/2011]. http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp.
21. Betterle, C., F. Zanette, B. Pedini, F. Presotto, L. B. Rapp, C. M. Monciotti, and F. Rigon. 1984. Clinical and subclinical organ-specific autoimmune manifestations in type 1 (insulin-dependent) diabetic patients and their first-degree relatives. *Diabetologia* no. 26 (6):431-6.
22. International Diabetes Federation. The diabetes atlas, 4th ed. Brussels: International Diabetes Federation.
23. INDEC. 2005. Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

24. Greenland, P., M.D. Knoll, and J. Stamler. 2003. Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *JAMA* no. 290.
25. Lavoie, J. G., E. L. Forget, M. Dahl, P. J. Martens, and J. D. Neil. 2011. Is it worthwhile to invest in home care? *Healthcare Policy*: 35-48.
26. Guanais, F., and J. Macinko. 2009. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*: 115-22.
27. STARFIELD, B. 2002. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.