

Política Nacional

Entrevista a Héctor Lombardo (*)

Queríamos empezar preguntándole respecto de las políticas prioritarias que tuvo el Gobierno para el área de salud.

Lo primero fue la elaboración de una propuesta para tener un plan de salud. El sistema de salud argentino es un sistema fragmentado con tres subsectores: el privado, el público y el de la seguridad social. El de la seguridad social abarca las Obras Sociales sindicales, las provinciales, el PAMI, las Obras Sociales de las fuerzas armadas. Lo inicial fue elaborar una propuesta que empezase a integrar los sistemas. Nosotros somos proclives a la integración público- privado, para que se complementen y no para que se enfrenten, como ha sucedido en nuestro país y que trajo como consecuencia duplicación de ofertas, duplicación de recursos (en algunos lugares donde hay un tomógrafo público se pone uno privado para competir y después los dos tienen capacidad ociosa, en lugar de complementarse y tener otro tipo de tecnología). Así las cosas, un elemento fundamental es cómo hacer para que el sistema de salud se interrelacione y tengamos la posibilidad, a través de lo que nosotros denominamos competencia regulada, de lograr un sistema integrado con movilidad entre sí, donde el efector público sea un efector de salud con características distintas y diferentes a las que ha tenido hasta ahora, que realmente fue una respuesta a la demanda. Hay que empezar ahora a estimular la oferta, la oferta de salud, la oferta de vacunas, la oferta de consultas. Es decir, romper el sistema e ir hacia la medicina preventiva.

Para esto era imprescindible cambiar los ejes por los cuales transitó el cuidado de la salud en la Argentina, que fue eminentemente reparador. Es decir, nos formaron como médicos reparadores y hasta hace 15 años, 12 años, ninguna Obra Social, ningún prepago pagaba un chequeo, porque decían no, nosotros lo atendemos cuando Ud. se enferma, no entendiendo que lo mejor era cuidar la salud y que esto era además más económico. Y el Nomenclador Nacional fijaba esto, pues decía que a quien que tenga un sistema de salud se le va a dar visita a domicilio, visita en el consultorio, se le va a pagar la terapia intensiva por 7 días, se le va a pagar la medicación, 50% de medicamento ambulatorio, tomografía computada y demás. Era todo reparador. Y el Programa Médico Obligatorio (PMO), que son las acciones de salud que se deben brindar a un paciente y que fue una buena partida de lanzamiento para lo que tenemos hoy, también repitió el mismo error: fue muy reparador. En cambio el nuevo PMO, que hemos dictado, tiene un sesgo eminentemente preventivo, pues reivindicamos la figura del médico de cabecera, la figura del agente sanitario de referencia, y que este médico de cabecera trabaje con aspectos de prevención, con población a cargo y que rinda los resultados que tenga con sus pacientes y no simplemente por la cantidad de consultas o de análisis pedidos. Esto de acuerdo a cambiar el eje.

En realidad nos encontramos con una grave dificultad porque no teníamos médicos formados, ya que la Universidad direccionaba de otra manera. Descubrimos circunstancialmente que nunca hubo relación entre la Facultad de Medicina y el Ministerio. Yo soy el primer ministro en la historia que visitó la Facultad de Medicina de Córdoba, de Rosario y de Corrientes. Esto significa que, por un lado, se diseñaban las políticas de salud y por otro lado se preparaban los recursos humanos. ¿Dónde se formaba el recurso humano en salud? En los Hospitales Escuela. ¿Quiénes están internados en los Hospitales Escuela? Las enfermedades complejas. Cuando después de formarse en los Hospitales Escuela salían afuera a buscar esa patología, no existía, porque estaban todos internados (esto figurativamente). Pero el resto lo constituía la gran población que tenía que cuidar su salud, para lo cual no se los había preparado. Entonces, lo que nosotros hemos hecho es realizar convenios con las Universidades. Lo que tenemos que hacer es cambiar ese Plan Médico Obligatorio que hemos fijado ahora, que tiene un sesgo preventivo muy particular. Y los médicos de cabecera, que nosotros nombramos desde el Ministerio para los que no tienen cobertura, también trabajan con el criterio de población a cargo.

Es decir, lo que estamos cambiando es la historia. Va a llevar su tiempo, porque la primera camada de médicos formados en estas líneas va a tardar 6 años, pero ningún sistema de salud se modifica en poco tiempo. Hemos firmado convenios con la Universidad de Buenos Aires, Córdoba, Rosario y La Plata para modificar la carrera de pregrado - hemos dado un subsidio para esto -, un convenio con recursos económico- financieros, y trabajando en esta línea, también convinimos con la Universidad Nacional de Tucumán, que es la que más experiencia tiene en atención primaria. Esto es lo que queremos nosotros, tener cubierto todo lo que es el sistema del primer nivel de atención, porque el segundo nivel en la Argentina puede funcionar. Los hospitales están preparados para funcionar, algunos habrá que mejorarlos, otros están en muy buenas condiciones.

Otro aspecto que estamos marcando en nuestra gestión es fundamentalmente un sistema que le de garantía a todos los argentinos en el sentido de que tendrá su agente sanitario de referencia. Para ello implementamos el Plan Anahí, para atención de las poblaciones indígenas y que ya está funcionando. También estamos elaborando la propuesta del médico de cabecera a todo nivel,

tanto en el sector de la seguridad social como en el sector público. El que no tenía cobertura, tenía el hospital y el centro de salud; por demanda, lo atendían. Ahora vamos a cambiar el sistema y van a trabajar con criterio de población a cargo.

Un aspecto al que le estamos dando mucha importancia es a la función preventiva. Yo quiero destacar que este Ministerio, el año pasado, distribuyó más de 21 millones de dosis de vacunas, la cifra histórica más importante en la historia del país entregada por el Ministerio en un año. Además hemos implementado como vacuna obligatoria la antihepatitis B en el calendario obligatorio, lo cual significa que es gratuita para toda la gente.

Por otra parte, en este momento hay en los medios de difusión tres campañas del Ministerio: una que es prevención de enfermedades cardiovasculares, otra de donación de órganos y otra de SIDA. En donación de órganos hemos trabajado no solamente con la propaganda masiva, sino que también hemos capacitado médicos, que son coordinadores de hospital, para procurar conseguir órganos. Esto nos dio muy buen resultado en la Ciudad de Buenos Aires y hoy lo tenemos en 56 hospitales del país: 56 médicos capacitados para la procuración. En dos meses triplicaron la cantidad de tejidos y se está incrementando notablemente la cantidad de órganos. Esto acompañado de un INCUCAI y de un sistema que funcione.

La otra campaña, la de SIDA es una campaña muy fuerte de prevención y va a tener cuatro etapas en el año. Esto, más la línea del SIDA, la línea telefónica "Disque salud, consulte SIDA", 0800 gratuito, es un elemento más agregado a lo que han hecho las juventudes políticas. Las Juventudes Políticas para la Salud, que son jóvenes de todos los partidos políticos, hicieron campañas de prevención, trabajando en forma conjunta. Hicieron campaña en todo el noroeste argentino de prevención del dengue, lo que fue un éxito no solamente de los jóvenes, fue un éxito de toda la población, de la gente, de los municipios, de las provincias y del Ministerio de Salud de la Nación: hemos alcanzado cero dengue en la Argentina. Y también ellos han hecho una campaña de prevención del SIDA: trabajaron como 200 jóvenes durante 15 días en la costa haciendo campaña de prevención, luego fueron a Jujuy, a Salta, a Villa Carlos Paz, a Tucumán. Y este mismo grupo está montando la campaña de prevención de drogadicción, que se lanzó en Ushuaia, y ya fueron a Río Negro y a Chubut. Y van a seguir yendo porque se extiende desde Ushuaia a La Quiaca. Jóvenes trabajando en la prevención de la drogadicción. Y la semana que viene sacamos una campaña de prevención de osteoporosis. Hemos comprado 18 aparatos de osteoporosis, el primer aparato lo compramos para un hospital público, el Hospital Ramos Mejía, en nuestra gestión en la Ciudad de Buenos Aires. Ese fue el primer densitómetro instalado en un hospital público en el país; en la actualidad hay 18 en diferentes lugares. En la prevención de la osteoporosis estamos trabajando intensamente.

Otro aspecto al que le hemos dado mucha importancia y mucha trascendencia es a la investigación. De los ahorros conseguidos, por el modelo de gestión aplicado (ahorramos el 95% en drogas que se compraban en este Ministerio, y otros gastos de funcionamiento), tenemos en este momento 1009 médicos de cabecera, pero aparte tenemos 200 becas para investigación clínica e investigación de laboratorio. El año pasado se presentaron 449, elegimos 146 y tenemos 146 grupos subsidiados por el Ministerio. Queremos ampliar el número a 200 grupos, porque vamos a dar becas para investigadores jóvenes, los que no pueden entrar en un grupo ya formado, porque recién empiezan. Y por otro lado habrá 30 becas para ver si rescatamos investigadores formados en el exterior o aquí en la Argentina en el intento de dar un nuevo impulso a la investigación. También hicimos convenios con el exterior para trabajar con gente que se irá fuera del país a capacitarse y tiene que volver a reinsertarse en el grupo del cual la sacamos.

¿Cuáles son las temáticas de investigación?

La temática es abierta, la propuesta la tienen que hacer ellos, hay un jurado que selecciona. El jurado que selecciona no es anuente con el Ministerio, no hemos tenido un solo reclamo ni una sola queja, esto es importante, y el día que fue la lista el jurado se sorprendió porque salió la lista que el jurado había presentado. El Ministro no vio la lista ni pidió por nadie. Esta es la manera en que estamos actuando: generar confianza en que las cosas se hacen bien. Y a esas 200 becas ahora se agregan 50 más para investigación epidemiológica en patologías de alta prevalencia en el país.

Una pregunta con respecto a los médicos de cabecera. ¿Cuál va a ser la articulación que tengan con los centros de atención provinciales?

Son médicos que tienen que tener una articulación, porque el segundo nivel, el de derivación para la interconsulta o para el estudio, es el hospital; de tal manera que son médicos que deben tener esa relación. Nosotros no designamos a los médicos; los pagamos, pero los eligen los lugares donde hacemos los convenios. En este momento hay más de 400 municipios que han firmado convenios con el Ministerio; son los municipios los que se encargan de gestionar la articulación.

En relación al segundo nivel, ¿cómo se verá afectada la atención considerando la cuestión del incremento de la población demandante y el déficit fiscal por el cual están pasando las provincias?

La demanda se incrementa porque la gente no puede sostener el prepago y porque perdió su trabajo; hay menos gente con cobertura y entonces la demanda es mucho mayor. Yo creo que hay un problema: si el país no crece vamos a tener problemas todos en salud y en otras áreas. Uno apuesta a que el país salga de esta postración que lleva más de tres años y que empiece a reactivarse. Hay algunos indicios en estos días que nos permiten ser un poco más optimistas con respecto a la cuestión económica. Bajó el riesgo país, está casi en 900 puntos, esto significa que ahí empieza a generarse un grado de confianza y de acción. De alguna manera esto nos está diciendo que si se aumenta la recaudación van a aumentar los recursos a nivel nacional y provincial. Si hay crecimiento tendrá que verlo la gente, y entonces tendremos mejor presupuesto para los hospitales. Hoy los hospitales tienen que mejorar su eficiencia, pero lo cierto es que ha aumentado mucho su demanda y está siendo atendida en la mayoría de los casos con los mismos recursos. Yo creo que hay modelos de gestión dignos de destacar en los hospitales públicos de nuestro

país; hay hospitales que funcionan muy bien, que tienen altísima efectividad. Fíjese Ud. que, cuando llegamos a la función de gobierno en 1995, en el Argerich se había hecho un trasplante hepático, y en este momento, en el primer trimestre del año, en el mismo Argerich, la cifra es de 27. Y aparte de esto, es en el hospital público donde se hacen más trasplantes. Las cosas han cambiado.

¿Cómo prevé que va a continuar el proceso de desregulación?

Hay dos mecanismos. Nosotros seguimos insistiendo en la competencia regulada para que la gente pueda optar por quién le va a cuidar la salud; creemos que la cautividad no fue buena, que esto fue un elemento negativo, y además que en esto hay dos caminos: o la justicia se decide a largar el fallo que está en la Cámara – el gobierno ha recusado a la jueza, porque es una jueza del fuero de la seguridad social la que dio lugar al recurso presentado-, y hemos pedido a la Cámara que se explaye. Por otro lado estamos trabajando en una Ley de Salud que lo contempla y ya estamos terminando esto para empezar a discutir con los distintos sectores. Si hay consenso, normarlo por ley.

Pero en relación al tema de la cautividad, su "aspecto negativo" se compensaba con la solidaridad entre los que aportaban más y los que aportaban menos. ¿Cómo evitar la aparición de obras sociales ricas y pobres?

Al contrario, la propuesta nuestra era mucho más solidaria. Nosotros suspendimos los decretos de necesidad y urgencia, porque eso hubiera generado que estuvieran cabalgando dos sistemas en forma paralela. Hoy el sistema recauda a través del 8% que se le descuenta a todo trabajador. De ese 8%, el 10% si es una Obra Social sindical va al Fondo Solidario de Redistribución, y si es de una Obra Social de conducción va el 15%. Con esto se garantiza que toda familia de un trabajador tenga \$ 40 como mínimo. Lo que nosotros proponíamos es que del 8%, los salarios hasta \$700 pongan el 10% (en el fondo de redistribución), los salarios hasta \$1500 pongan el 15% y los de más de \$1500 pongan el 20%. De tal manera que era un sistema mucho más solidario, porque los que más ganan, aportan más de ese 8% para los que no tienen. Y esto garantizaba \$20 por afiliado, más \$1 de seguro por la alta complejidad. Si Ud. tiene una familia de cinco personas, dos padres y tres chicos, con la nueva propuesta pasaría de \$40 a \$100 más \$5 por el seguro de la alta complejidad. Esto es muchísimo más solidario, ayuda más a los que menos tienen, que generalmente son los que tienen familia más numerosa.

Nos está quedando una pregunta respecto de cuál cree que debe ser el rol del Estado en todo el tema del avance tecnológico que está habiendo en la salud, fundamentalmente la cuestión del genoma humano.

El Estado no puede renunciar a los derechos que son propios y que le dan la razón de ser. El Estado debe garantizar la salud, debe ser el que controle y regule el funcionamiento y debe ser el que normatice el funcionamiento del cuidado de la salud. Estos son elementos propios del Estado. En el caso del que tenga prestaciones de salud, deben ser regulados, controlados y auditados, y en el caso del que no tenga, el Estado debe hacerlo. Nosotros no somos estadistas pero sí entendemos que el Estado tiene un rol al cual no puede renunciar. El Estado debe fijar las políticas, y en cuanto a todo el adelanto tecnológico (que es irremediable, es irreversible, este mundo avanza tecnológicamente mucho y no lo podemos frenar, lo cual va a requerir mayor cantidad de gastos, de inversión, pero nos aporta mayores posibilidades), va a tener que trabajar. No sólo en el genoma humano. Va a tener que trabajar en el genoma humano, en la inseminación, en la esterilización y en un montón de prácticas que ahora rompen los viejos esquemas y generan otra problemática ética, pero que también la va a generar el funcionamiento de la técnica. Hoy hay países del mundo que a un paciente de 65 años le dicen: "Si Ud. no entra en un plan de trasplante, no hay más diálisis para Ud.", y esto es una decisión ética / moral, en la que tiene que asumir el Estado la responsabilidad; de tal manera que lo que hay que hacer es empezar a mejorar la utilización de los recursos para que realmente con los recursos que hoy tenemos en este país (nosotros gastamos mucho para tener magros resultados), tengamos mejores resultados.

Es mucho lo que gastamos para los resultados que tenemos.

Sesenta pesos por cada habitante por mes. Al no haber integración y haber compartimentos estancos, aquí se cae un sanatorio y se levanta un hospital, se cae un hospital y se levanta un sanatorio. Hay un tomógrafo computado y se compra otro para que compitan, no para que se complementen. Entonces hay ciudades que en lugar de tener 5 tomógrafos tienen 12.

¿No cree que la salud se ha mercantilizado mucho?

No, yo creo que fue toda una orientación. Cuando se dice en el Nomenclador Nacional: "Señores, si Ud. es médico yo le pago \$2,50 la consulta, si a esta consulta le agrega un aparato, un electrocardiógrafo, esto vale \$15, si le agrega un ecógrafo vale \$ 60 y si le agrega un tomógrafo vale \$260", hay tres mensajes implícitos. Uno para los médicos: "Si Uds. no se compran un aparato no van a vivir"; lo que vale aquí es el aparato. Entonces los médicos compraron aparatos. Los médicos, el 80% se hizo especialista, si no, no podrá vivir. La gente aprendió este discurso y dice: "¿No me hace un análisis, no me hace una tomografía?" Y el médico dice: "A \$2,50 yo tengo que ver 100 pacientes por día, pero si veo 100 pacientes por día no los puedo revisar, los miro y les pido un análisis, y vuelva". Entonces ¿se mercantilizó? No, se hizo un sistema de uso tecnológico de gran cantidad; el 90% de las radiografías en los hospitales públicos son normales, el 40% de los análisis no se retira. ¿Esto por qué se da? Porque no es un médico el que lo atiende, hoy lo atiende Juan, mañana Pedro, después otro médico. Por eso la reivindicación de la figura del médico de cabecera va a generar, aparte de volver a una relación médico paciente importante, una reducción del gasto.

(*) Médico sanitario, ex Secretario de la Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y actual Ministro de Salud y Acción Social de la Nación.