

Revista

APORTES

*para el Estado y la
Administración Gubernamental*

La salud en el área metropolitana

Entrevista

a Aldo Neri (*)

¿Cómo encontró el panorama de la salud en la Ciudad de Buenos Aires y cuáles son las propuestas centrales que pretende llevar a cabo?

Conviene diferenciar la situación de la salud de la gente de la situación de los servicios de salud. La salud de la población está muy condicionada por factores que están mucho más relacionados con la calidad de vida que con los servicios en sí.

En ese sentido, la Ciudad de Buenos Aires refleja esa vertiente: la salud como problema social. En cierta medida refleja el cuadro nacional, pero de manera atenuada. Es la única jurisdicción del país que tiene una mortalidad infantil por debajo de los dos dígitos: un poco más del 9%, es decir una mortalidad infantil propia de un país desarrollado. Pero además en nuestra ciudad sólo el 20% de la población no tiene cobertura de servicios, índice que en el país se duplica. Me refiero a cobertura de servicios legalmente formalizados, ya sea mediante una obra social o prepago comercialmente contratado.

Pero aún así evidencia el deterioro que, en estos últimos 25 años y más aceleradamente en los últimos 10, hemos sufrido los argentinos como sociedad en su conjunto, pues hoy asistimos a un crecimiento de la desigualdad, a un deterioro del acceso a muchas cosas básicas de la vida –como lo es la calidad de la composición de los alimentos– y sobre todo a una creciente polarización social, en la que muchos millones de argentinos padecen de privaciones cada vez mayores. Este fenómeno se detecta también de manera atenuada en la Ciudad de Buenos Aires.

Aquí no hay indicadores de salud dramáticos. Pero muchos de los chiquitos que no se nos mueren de hambre, llevan una vida de muy baja calidad, con deterioro biopsicológico, que les impide una adecuada adaptación y dificulta su futura inserción social. Y si bien es cierto que en el ámbito de nuestra ciudad no se registran indicadores graves, a pocos metros, cruzando la General Paz, nos encontramos con la más grande concentración de pobres de la Argentina. Pero esto se trata de una mera división administrativa, porque, en los hechos, constituimos una sola área metropolitana.

Ahora bien, desde el punto de vista de la salud que recibe la población, en nuestra ciudad está lo mejor que ofrece nuestro país, tanto en el sector público como en el privado en términos de calidad tecnológica y profesional, diversificación, niveles de especialización, sofisticación. Ciertamente aquí está la mejor oferta de salud que tiene la Argentina. Pero, al mismo tiempo, están los visibles deterioros que sufren esas instituciones en el país como resultado de la sociedad que somos.

En Buenos Aires es muy difícil decir que alguien tiene problemas de accesibilidad absoluta a un servicio de salud. Ahí están los centros de salud, los hospitales. Puede haber algunas dificultades institucionales para la atención de esa demanda, pero no hay rechazo de esa demanda. La dificultad de acceso se da afuera, se da por la situación social, en el seno de la familia, en el marco de los problemas laborales, en el crecimiento de la proporción de mujeres solas desocupadas, con hijos a cargo. Este tipo de cosas es lo que dificulta que la gente llegue. Y no tanto que no llegue en absoluto. El problema es que llegue agravado. Este es uno de los problemas: llega agravado.

Entonces, en términos de infraestructura tenemos la infraestructura estatal mejor del país. Con muchos vicios de ineficiencia, es cierto, pero realmente con una capacidad notable. Y también con muchos desequilibrios, por ejemplo el referido al nivel de atención primaria de la salud con respecto a lo que es el nivel de atención secundaria o terciaria, es decir, el de complejidad creciente. Este desequilibrio también está presente en Buenos Aires. Y aquí empalmaría con lo que estamos priorizando: la búsqueda de un balance mejor y más equilibrado. Esto no significa bajar un platillo para subir otro, sino tratar de mejorar la situación del platillo que está más rezagado, que es, como ya dijimos, el de la atención primaria.

Esto no implica para nada una desatención del nivel hospitalario, porque cuando uno dice énfasis en la atención primaria, en realidad lo que se plantea es una revisión integral de todo el sistema de salud. Porque, por ejemplo, atención primaria quiere decir no sólo el servicio de salud metido más intensamente en el interior de la comunidad barrial, sino también mayor componente

preventivo, ese componente preventivo más integrado a lo curativo, y además está planteando una preocupación por el tema rehabilitador, que en realidad se desatiende una vez que el paciente sale del hospital.

Hablar de prevención, curación y rehabilitación con una visión más integrada presupone todo un desafío organizativo y de jerarquización. Porque esto no lo hace cualquiera: esto lo tiene que hacer gente bien capacitada, y aunque todavía es insuficiente, gente de este nivel hay mucha en Buenos Aires, si bien es cierto que aún es insuficiente y hay que poner bastante más énfasis en la capacitación y en la refuncionalización de ese nivel, incluso en uno de sus aspectos: la articulación con el hospital. Poner énfasis en la atención primaria ayuda a descomprimir un poco el hospital, que está muy sobredemandado en la consulta externa por un 40% de consultas de no residentes en el área capitalina y que carece de capacidad resolutive suficiente. Este es un desafío que estamos encarando a través de la reflexión sobre estos temas, salvando y valorando todo lo que hay de bueno en este camino ya hecho, pero introduciendo innovaciones que no necesariamente pasan sólo por mayores recursos financieros, sino también por replanteos de la modalidad operativa de ese nivel primario.

Emparentado con esto e inserto en la estrategia global de gobierno, y articulados con la Jefatura de Gabinete de Ministros, tenemos particular interés en constituir el subgabinete social. Recién hemos empezado a trabajar de manera más orgánica a nivel de la Jefatura de Gabinete con los Secretarios que tienen mayor afinidad inmediata con estos temas (Promoción Social y Educación prioritariamente), a los efectos de buscar que lo que se hace en Salud también esté mucho más integrado con los otros componentes de la acción social en general y del problema educativo. Somos conscientes que la familia tiene integrados los problemas a su nivel, los tiene absolutamente integrados. Nosotros los compartimentamos. Entonces hay que buscar alguna forma desde la convergencia de programas. El poder usar mucho más eficientemente los recursos, por un lado, y por el otro llegar más adecuadamente a lo que hay que llegar y a la vez dar una contención más racional. Quiero decir que no tiene sentido que haya tres asistentes sociales distintos que tengan que visitar familias por problemas diferentes: uno que viene por la escuela, otro que viene por la salud y un tercero que viene por promoción social. El servicio

social es un eje para una política de integración de todo el paquete social a nivel barrial.

Junto con las otras dependencias, estamos buscando ese camino para mejorar la llegada de todo lo que hace el gobierno de la ciudad en ese campo, incluso estableciendo prioridades dentro de los grupos humanos. Porque son reformas difíciles y de mediano plazo, no hay cambios espectaculares en el corto plazo, pues hay muchas subculturas que tienen las mismas organizaciones que hacen que la inercia sea demasiado fuerte para cambiar. Estos son datos de la realidad que uno tiene que contabilizar y después avanzar paulatinamente. Y en ese sentido uno puede definir algunas prioridades en la población, buscando siempre arrancar por los sectores más castigados para ir poco a poco levantando, porque en el caso de salud, por ejemplo, nosotros insistimos mucho en que atención primaria en definitiva no es una atención diferenciada para los pobres. El Estado, en este caso el Estado de la ciudad de Buenos Aires, debe tener como prioridad asistir primero al más desabastecido, pero esto no quiere decir que tenga que ser un servicio que se cierra ahí. La atención primaria es buena para todos. Es un concepto bueno para cualquiera de los que no estamos en ese estrato social.

Idealmente, en algún momento de su desarrollo –y esto vincula lo que es el desarrollo de la atención primaria con lo que es la maduración del sistema hospitalario-- el sistema asistencial porteño brindado por el Estado en su conjunto, solo o asociado con áreas del sector privado, debería estar en condiciones de ofrecerse como prestador integral para distintos sectores sociales. Esto ya está pasando en alguna medida, tímida aún y un poco inorgánica. A esto hay que darle más formalización y más eficiencia. Incluso se va asistir más gente, pero también, al mismo tiempo, es una fuente adicional de financiamiento del área.

Lo que hay que cuidar es que esto no implique un desbalance de poder interno en el sistema. Las clases medias cubiertas con la seguridad social tienen una capacidad de reclamo mucho mayor. Poder, entonces, llegar de alguna manera a la afiliación de la población indigente, el indigente asistencial, tener a esa población bajo programa y a la vez bien articulado el sistema primario con el hospital, otorga una especie de reaseguro, en el sentido de que ninguna práctica discriminatoria de los sectores, de los grupos humanos, seguramente no voluntaria, pueda funcionar.

Pero, en el largo plazo, sí imagino al sistema prestador como una unidad funcional y policlasista. Y no es una opinión meramente personal, pues el gobierno de la ciudad es un gobierno que piensa lo social desde una forma de derecho de ciudadanía. Y esto implica superar esa vieja diferencia según la cual ciertos derechos los tenían los que estaban dentro de la economía formal, los trabajadores formales, mientras el resto lo que tiene es una especie de paternalismo de Estado. No, acá hay un derecho de ciudadanía que es común a todos y que el Estado tiene que garantizarlo. No es un camino corto ni fácil. Por el contrario, es un camino largo.

¿Y cómo garantizarle la atención a la población que no tiene ningún tipo de cobertura?

Tiene que ser población bajo programa. Lo ideal es que lleguemos a un punto en que la población que no tiene cobertura, que no puede pagar una prepaga y no está en la economía formal y por tanto no tiene obra social, llegue a tener un carnet igual que cualquier otro. Lo que pasa es que ese carnet está cubierto y garantizado no por una obra social ni por una prepaga, sino que está cubierto y garantizado por el gobierno de la ciudad. Éste es un carnet de derechos y no el certificado tradicional de pobre. Lo que pasa que ahí paga el Estado. Ésta es la diferencia. En definitiva, cuando uno dice que paga el Estado, en realidad paga el conjunto de la población, incluidos por cierto los más pobres, a través del sistema impositivo general, de modo que ahí no hay ninguna actitud benéfica. Lo que sí hay es un proceso redistributivo. Enhorabuena. Esto es precisamente lo mejor del concepto de seguridad social, en última instancia un concepto redistributivo de mayor equidad.

Por eso, el salto al derecho se da en el momento en que uno le otorga identidad, lo identifica, y adquiere una pertenencia a un sistema. No es solamente la demanda espontánea de la gente suelta, que llega y pide asistencia. Eso por supuesto va a seguir haciéndolo, pues Buenos Aires no puede rechazar, de ninguna manera, las demandas que vienen de otras áreas que están subatendidas. Pero sí tiene el compromiso con sus residentes, con su población propia, de dar un paso más adelante. Éste sería el *desiderátum* al que uno debería aspirar.

¿Cómo es el presupuesto de la ciudad para el área de salud en relación a las necesidades?

Creo, honradamente, que no es mal presupuesto. Por cierto hay carencias, pero no nos podemos comparar con Suecia o Dinamarca, no digamos con Estados Unidos que despilfarra. Debemos compararnos con lo que nosotros somos, esto es, el país de América latina que más gasta por habitante: 700 dólares por habitante y por año. No tengo el cálculo de cuánto gastamos los porteños, pero seguramente muchísimo más que eso; debe estar bastante más arriba de 1000, mil y pico seguro. Claro, nos referimos al total, es decir a lo que gastan las obras sociales y el pago de los privados. No nos olvidemos que en el gasto de la gente, el gasto en salud, hay una proporción de gasto privado muy alta. En el promedio nacional estamos en el orden del 40, 42% de gasto privado. El resto es lo que va por presupuesto del Estado, por presupuesto de obras sociales y por seguros voluntarios, como son los prepagos. Pero que casi el 40% sea gasto directo de bolsillo es muy pesado para un país que gasta mucho. Y lo es porque buena parte de ese gasto también es gasto de los pobres. El pobre está gastando, proporcionalmente, mucho en medicamentos. Gasta menos en consultas porque eso lo tiene en el hospital, pero en medicamentos gasta una proporción bastante significativa de su ingreso familiar. Y se trata de un gasto que, aparte de que sea médicamente dudoso en su magnitud, socialmente es un gasto regresivo. Esto también se da en Buenos Aires. Pero además diría que en el presupuesto de este Estado, de este municipio que es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde existe un presupuesto notoriamente holgado en relación a otras jurisdicciones.

Esto no quiere decir que no haya carencias significativas. Las hay, al igual que ineficiencias y despilfarros fuertes. Y esto, para decirlo con el lenguaje de los economistas, son costos de oportunidad altos que se pagan. Porque lo que estamos gastando de manera excesiva en algunas cosas, acaso abuso de laboratorios, radiología, medicamentos, o duplicación de estudios por mala organización de las cosas, o demasiado en un rubro personal y demasiado poco en el otro, todo este tipo de cosas generan distorsiones fuertes que hacen que a lo mejor el monto global es suficiente, pero después se aplica mal, y entonces operativamente nos enfrentamos a cuellos de botellas. Tal como ha sido históricamente, por ejemplo, para ir a lo más evidente, el problema de enfermería. Eso también lo tiene Buenos Aires. Pero si uno lo ve desde un punto de vista macro, no se puede decir que es un presupuesto mezquino.

Respecto de los problemas humanos del área, ¿ya está planteada alguna política en particular?

No en particular porque hay muchas cosas en marcha. Nosotros hemos llegado con la convicción de que todo lo bueno que hemos heredado hay que valorizarlo, continuarlo y jerarquizarlo. En esta ciudad que es el supermarket de la capacitación y de la formación de recursos humanos, lo que sí queremos es que algunos énfasis que ponemos en las políticas, se reflejen en las políticas de recursos humanos. Por ejemplo, nosotros necesitamos más profesionales, de los distintos rubros: no sólo médicos, sino también odontólogos y enfermeras ; profesionales que tengan una mejor capacitación en lo que es atención primaria, que es un objetivo central actualmente. Necesitamos profesionales capacitados en esto, y ello debe ser la prioridad.

Y no se trata sólo de capacitar al que pueda operar el último equipo de la tecnología de punta que se incorpora a un servicio cardiovascular o de neurología, sino también preocuparse por poner énfasis en lo otro. De la misma manera que Educación, Salud es recurso humano intensivo, y si no tenemos la gente apropiada, cualquier diseño en el papel, aunque sea académicamente óptimo, puede malograrse porque el personal no esté en condiciones, o no tenga motivaciones o capacitación adecuada para hacer lo que tiene que hacer, aunque puede servir para otra cosa pero no para la que ha sido destinado. Eso le pasó al PAMI hace muchos años, cuando empezó con los médicos de cabecera. La idea era excelente, pero iban médicos que no tenían la formación adecuada para hacer una medicina general, que es un área que, valga la aparente paradoja, requiere una especialidad, que exige una tecnología distinta: mucho más tecnología intelectual intensiva y mucho menos aparato intensivo.

Una pregunta sobre el tema de la desregulación, por ahora indefinida: ¿cuál es su opinión respecto de la posibilidad de que esto dé origen a la existencia de obras sociales ricas que se quedan con los sueldos altos, y las pobres, que generan diferencias en cuanto al acceso a la salud según sea el nivel de ingresos?

El tema es evitar el descreme. En este sentido hasta ahora no pasó nada. Hubo intentos que se frustraron y que fueron parados por razones judiciales. Pero pasó que, con el gobierno de Menem, empezó el descreme, y avanzó bastante. En lo que salió como desregulación hubo algunos recaudos interesantes en términos de tratar de nivelar; si no igualar del todo al menos aproximar más la cobertura financiera de cada beneficiario, fortaleciendo mucho –tal como estaba en el proyecto ahora paralizado– el fondo de redistribución. Esto me parece un paso muy importante y positivo para que realmente la cobertura, en términos financieros de cada beneficiario, tienda a igualarse.

Se trata entonces, por un lado, de tender a igualar la cobertura financiera y, por el otro, llevar a cabo el Programa Médico Asistencial Único. Porque, en buena medida, la puja se instaló aquí porque lo que quiere el área comercializadora es programa libre, un programa básico garantizado por la seguridad social y, después, que el beneficiario opte por programas más caros que le amplían la cobertura. Esto lleva necesariamente a la muerte total del programa básico, porque nadie tendrá interés en él. La sustancia está en otro lado. Tal cosa generó mucha discusión, y al final se consiguió definir –está en el texto del decreto de necesidad y urgencia– que el programa es único. O sea que lo único que puede aparecer es algún programa complementario que

cubra lo sustuario, porque es legítimo que el que quiera y pueda pagar (por razones que van desde el capricho hasta gustos razonables) elija internación en habitación sola, libertada de elección de un profesional de primer nivel, etc. Es decir que se trata de un lujo preferencial que paga con un *plus* de seguro.

Estos son los reaseguros: cobertura financiera cada vez más igualitaria, por un lado, y Programa Asistencial Único, por el otro. Así las cosas, esto puede generar que el sector empresario más comercial puede perder un poco de interés en el mercado de la seguridad social. Lo cual no es malo, de ninguna manera es malo. En los países más adelantados –salvo Estados Unidos, que no es un país adelantado en este sentido- tienen claro que en el "mercado de la salud" el Estado debe tener un protagonismo fuerte y que tienen que estar las organizaciones intermedias de carácter *non profit*, de carácter comunitario, etc. En nuestro medio son la obras sociales o los hospitales de comunidades las que se encuadran en este modelo. Pero no está mal que el sector privado más comercial entre dentro de estas reglas del juego y que sea eficiente y brinde buena calidad de servicios. Y que gane dinero. Pero las reglas de juego tienen que ser comunes a todos. Éste es el punto.

La situación genera tensiones a dos puntas. Por un lado, el sector comercial considera que así el negocio no es tan bueno, pues se tienen que quedar con los seguros voluntarios para sectores de clase media alta para arriba. Y genera también tensiones por el lado del Estado, porque un sistema hospitalario, un sistema que empieza a funcionar como captador de beneficiarios de la seguridad social, tiene que pensar en términos de eficiencia con mucho más rigor de lo que lo hacía antes. Se trata de un desafío. Y ésta es una de las vías en las que tenemos que pensar en serio la reforma del Estado, pues éste es apenas un pequeño capítulo de tal reforma.

¿Existe alguna línea por la que crea que hay que transitar para modificar la cultura de las organizaciones y la inercia de las instituciones, que particularmente en el área de salud, con el tema de los hospitales, es tan importante? ¿Qué estrategia o que herramienta le parece que habría que usar en este caso?

Una de las cosas es cómo readequamamos los sistemas de premios y castigos. En definitiva el sistema de incentivos. Se trata de un desafío que tiene inevitables componentes conflictivos, que se los puede soslayar, minimizar o gradualizar en el tiempo. Pero no puede ser el solo atributo de durar el que realmente garantiza una situación de desempeño que en definitiva termina por ser muy poco equitativa. Al fin y al cabo, ¿dónde está la diferencia entre los que duran y los que se comprometen y se exigen? Muchas veces no se ve la diferencia en la práctica. Entonces hay que generar incentivos para que el más capaz, el más trabajador, el más cumplidor realmente esté en mejores situaciones. En todo sentido, de lo económico para abajo. Y también para que no quede totalmente indemne la inversa de esa situación.

Esto no es fácil de realizar en el ámbito del Estado. Y tampoco se trata de trasladar a este ámbito los castigos más discriminatorios que hace el mercado laboral más salvaje. De ninguna manera puede hacerse así. Pero hay que cambiar: revisión de sistemas de concursos, recalificaciones periódicas de la gente en las que haya una valoración del desempeño. No puede ser que todo quede bajo la responsabilidad del profesional.

Dentro del Estado, como en otros ámbitos, existen resortes y carreras que pueden adaptarse y modernizarse. Modernizarse para ir cambiando el sistema de incentivos. Esto me parece fundamental. Y el primer paso que se podría dar, con una inspiración de este tipo, es revisar la legislación, las normas que hay, las carreras, etcétera.

En el tema de los títulos, que usted mencionó, ¿la Secretaría tiene competencia sobre la fiscalización y regulación del ejercicio profesional?

Aún no la ha incorporado. Están previstas porque las contempla la Constitución y la ley básica de salud. Lo que pasa es que son algunas de esas funciones que aún no han sido traspasadas de la jurisdicción nacional. Precisamente por eso ahora vamos a cubrir la Dirección. Hay una Dirección General de Fiscalización y Regulación, que por el momento es nada más que un raviolito en el organigrama, que abarca el amplio espectro de las profesiones y establecimientos públicos y privados. Es una tarea enorme debido a la cantidad de efectores que hay en la ciudad de Buenos Aires. En ese sentido nuestra ciudad no tiene que replicar literalmente lo hecho, sino que tiene que tratar de dar un más intenso paso innovador. Tiene que dar el ejemplo. Su crecimiento como ciudad autónoma y las competencias que va tomando deberían constituirla en ejemplo de lo que se ha hecho y de lo que hay que hacer en el país. Por ejemplo, el tema de regulación de las profesiones tiene que hacerse con pautas más severas y más exigentes de lo que son las nacionales.

Cuando hablamos de cambio de cultura nos referíamos a cambio de cultura del sistema de salud, pero también hay un tema cultural en las personas, hablando del primer nivel de atención y de lo que es el segundo y tercer nivel. En la ciudad de Buenos Aires la población todavía prefiere ir al hospital también por una cuestión de decir "están los mejores especialistas, éste es el mejor lugar". Y creemos que es todo un desafío el cambio de cultura en la gente.

Seguro. Porque, en definitiva, un sistema de servicio de salud, aparte de las decisiones políticas o técnicas que se tomen, es un producto cultural. Los ingleses y los holandeses, que tienen la mitad de sus profesionales trabajando en medicina general, no lo hicieron meramente por la resolución de un planificador. Lo hicieron por una tradición que les venía muy de atrás. Cuando el Servicio Nacional de Salud Inglés, después de la segunda guerra mundial, se organiza y se constituye como un servicio estatal y organiza el sistema de médicos de familia y después referencia los hospitales, tiene el 48% de los médicos trabajando en eso. Cuando existe tradición y hay que introducir cambios que conllevan una transformación que abarca lo cultural, la cosa es más lenta.

Y vuelve nuevamente el problema de los incentivos. La medicina argentina en general y las obras sociales en particular ha sido un sistema que, básicamente, atiende episodios de enfermedad, es un sistema curador, curativo y en donde, además, tienen un peso muy grande las especialidades. ¿Pero por qué esto es así? Porque esto es lo que pagaba, porque eso es lo que se pagaba. El Nomenclador Nacional era, en definitiva, un instrumento de política.

Se trata, entonces, de ir cambiando las cosas. Dicen, por ejemplo: "¿Cómo, yo, que soy cirujano, voy a ganar igual que el que practica medicina general?" Y sí, por qué no. Usted tiene la misma demanda de capacitación y tiene que demostrar su dedicación. Pero éstos no son cambios que se pueden hacer de un día para otro. Y en lo relativo a la cultura de la población, también hay que trabajar al respecto, porque en el consultorio externo del hospital probablemente, como tiene mucha presión, van a atender acaso más rápido todavía que en el centro de salud, pero... está el hospital y la magia que hay a su alrededor. Y es así. Bueno, la medicina tuvo, tiene y va a tener siempre un componente mágico. Por eso, en este sentido, hay que cuidar los símbolos. Y hay algunos símbolos que el nivel primario también tiene que rejerarquizar. Los símbolos pesan mucho.

(*) Médico Sanitarista, ex Ministro de Salud y Acción Social de Nación y actual Secretario de Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Profesor Universitario y consultor de diferentes organismos internacionales.