

# Una cumbre sobre la salud de los argentinos



Cinco ministros de carteras sanitarias y expertos nacionales e internacionales analizaron durante dos jornadas el panorama del sistema sanitario del país, sus desafíos y las nuevas políticas y herramientas por instrumentar; casos de éxito

“**S**abemos que la gestión del hospital público debe mejorarse porque es la piedra angular del sistema sanitario y este encuentro marca el pensamiento de nuestra casa respecto a este tema”, señaló Carlos Garavelli, rector de la Universidad

ISALUD, al dejar inaugurado el V Encuentro Nacional de Hospitales, realizado el 19 y 20 de noviembre pasados y declarado de Interés Nacional por la Secretaría General de la Presidencia de la Nación. El encuentro sirvió una vez más para reunir a

los principales responsables de las políticas de salud de nuestro país y a destacados especialistas del exterior, quienes brindaron un detallado panorama de la situación general de los hospitales públicos y de las nuevas herramientas que ayudan a lo-

grar una mayor eficiencia en la organización y el servicio.

En el acto de apertura, el ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, recordó “el quiebre que provocó en el país la crisis de 2001 cuando los pronósticos económicos auguraban un efecto devastador en la salud de la población”, que en ese entonces tenía un índice de mortalidad infantil del 17 por mil, y que fue disminuyendo año tras año hasta descender al 13,3 por mil. “No había fondos y fue entonces cuando se empezó a reestructurar la línea de los créditos internacionales y se tomó la decisión política de dirigirlos hacia los sectores más vulnerables”. Se lanzó una batería de programas, que en 2003 incluyó la vacunación contra la hepatitis A que entonces registraba 61.248 casos y que en el registro de este año no llega a los 300 chicos en todo el país. Además, el ministro señaló que “es necesaria la regionalización y orientación de las redes perinatales”.

Por su parte, el ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Claudio Zin, rescató las palabras de Manzur al destacar que se produjo un cambio en el mundo en cuanto a la visión que hay de la salud pública: “Países desarrollados que no tenían problemas hoy los tienen, con ciudadanos sin cobertura médica o personas mayores a las que ya no se las transplanta o tienen que esperar 18 meses para operarse. Y Argentina, que tiene un sistema claramente solidario, también se tendrá que replantear su actitud frente a una demanda cada vez mayor y un sistema altamente

fragmentado. Estamos en un punto de inflexión de modelos que no se resuelve solamente pidiendo más presupuesto -el ministro pidió no engañarse con dicho reclamo-. Más que eso, se trata de una cuestión ideológica, de saber que sistema queremos y hacia dónde vamos”.

En la mesa sobre *Financiamiento del sistema hospitalario*, coordinada por Zin, estuvieron presentes los ministros de Salud provinciales de Misiones, José Guccio-



ne; San Juan, Oscar Balverdi; y Jujuy, Víctor Urbani; acompañados también por Alejandro Robba, quien hizo un detallado

Ginés González García: “En el hospital público el problema es la diferencia en la calidad. Hay que descentralizar, hacer un hospital abierto y con incentivos que ayuden a recuperar el sistema de valores.”

## Historias clínicas que “hablan”



“Los asturianos del norte fuimos una especie en extinción durante el franquismo. Entre la política y el hambre nos tocó emigrar a muchísimos estudiantes. Mi abuelo, que fue de los que perdió la guerra me dijo que si alguna vez tenía oportunidad

de estar con ustedes, pues que se los agradeciera. Y es lo que hago, cumplir la promesa de mi abuelo, no sólo por aquellos que vivieron el exilio de la política y el hambre sino por los que se quedaron y recibieron los barcos llenos de trigo”, dijo Eduardo Vigil Martín, asesor en aplicación y desarrollo de historias clínicas electrónicas en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

El caso de los “hospitales universitarios Virgen del Rocío” llevó a transformar un depósito de papeles del hospital, amenazados por el agua, en la principal fuente para gestionar el conocimiento, a través de la elaboración de una historia electrónica de datos, lo que redundó en tres aspectos: la mejora en la atención de la gente; la accesibilidad a la información vía online; y la utilidad para gestionar y elaborar programas de investigación. Si las historias clínicas se agrupan en forma inteligente gestionar el conocimiento se transforma en un valor”, afirmó el expositor.



Juan Manzur: "La crisis de 2001 provocó un quiebre, los pronósticos económicos auguraban un efecto devastador en la salud de la población. Entonces teníamos un índice de mortalidad infantil del 17 por mil, que fue disminuyendo año tras año hasta descender al 13,3 por mil".

análisis de las estimaciones económicas que finalmente no se verificaron. Guccione destacó la ley de salud misionera que arrancó con un 10% del presupuesto para salud, previendo el aumento de un punto por año hasta llegar al 15% del presupuesto provincial, con el que se piensa cubrir al 60% de habitantes sin cobertura social que hoy tiene la provincia. La inversión

hospitalaria con financiamiento provincial es de más \$ 45 millones y la terminación del Hospital Escuela Ramón Madariaga, que formará parte de un Parque de Salud con Facultad de Medicina y centro de formación, prevé un costo de \$ 140 millones, contó. Balverdi, su par sanjuanino, resaltó las dificultades para llevar adelante un cambio cultural. Describió la experiencia en su provincia de pasar a todo profesional anestésista a trabajar en la órbita del hospital público, ante las dificultades que tenían en el pago. Se les asignó el mismo sueldo que el personal médico, se amplió el horario de atención en el hospital y en las zonas periféricas que lo requerían, el hospital público enviaba el pro-

fesional. Así se pasó de tener pacientes con 20 días de espera para la internación por falta de anestésistas, a tener cirugías en 48 y 72 horas. Se destrabaron la atención de otras patologías como la de las operaciones de cataratas que en el hospital público no superaban de 2 a 3 por semana, y se derivó su prestación al sector privado. En tanto, Urbani describió las dificultades de accesibilidad que tienen en su provincia los sectores más vulnerables a una atención primaria. Con un presupuesto en salud de \$ 46 millones, la tasa de mortalidad infantil por departamento ascendió al 15,2 por mil. Pero con grandes desniveles en la periferia donde se llegó a bajar del 63,7 por

## Pasó el encuentro, pero el debate sigue

Del V Encuentro Nacional de Hospitales, que tuvo lugar en el NH City & Tower de la Ciudad de Buenos Aires, participaron 423 personas, entre profesionales y representantes de organizaciones, se desarrollaron 22 mesas, hubo 21 disertantes del exterior e interior, y se presentaron 48 trabajos de investigación, de los cuales 11 recibieron mención y 4 de ellos una mención especial, en un acto oficiado por el vicerector de la Universidad ISALUD, Eugenio Zanarini. Fue presentado el libro *Gestión de Servicios Asistenciales ¿Cómo convertir a un jefe de servicios en un gerente?*, de Carlos Díaz, y el

programa incluyó además distintas mesas sobre las nuevas herramientas que se vienen aplicando mundialmente para mejorar la organización de los hospitales.

En la mesa correspondiente a *Historia clínica electrónica* se describieron aspectos legales de la firma digital; experiencias de aplicación en casos contrapuestos como el de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y el Hospital Materno Infantil de Salta; y el proyecto *Cómoestás*, de historia clínica interactiva. La situación de los servicios de salud mental y el debate sobre una integración posible. La experiencia francesa en el fortalecimiento de la evaluación para una mejora en la actividad hospitalaria que estuvo a cargo del experto Paulo de Rezende. De España, María Ángeles Gogorcena Aoiz y Sara Pupato disertaron sobre las tendencias mundiales en los sistemas de información hospitalarios, y en particular sobre el uso de los GRD. Mientras que Teresa Puppo contó el caso uruguayo sobre el programa de estadísticas vitales en el Ministerio de Salud Pública de Uruguay.





El rector de la Universidad ISALUD, Carlos Garavelli, junto al embajador argentino en Chile, Ginés González García, quien estuvo a cargo del cierre del encuentro.


Claudio Zin: “Estamos en un punto de inflexión de modelos que no se resuelve solamente pidiendo más presupuesto. Más que eso, se trata de una cuestión ideológica, de saber que sistema queremos y hacia dónde vamos.”

mil a 42 por mil en la Puna; en la Quebrada, a 28 por mil; y en la zona del valle a 16,7 por mil. Mientras que el 54% de los jujeños no cuenta con obra social. Se lograron acuerdos con el sector privado para descentralizar la atención, y se firmó un convenio con el PAMI, que le reconoce a la Provincia una capitalización mensual por la prestación que se le brinda a todos sus afiliados, obteniéndose un préstamo de 4.500.000 pesos con el que se financiará el hospital nuevo Abra-pampa, que actualmente es el más precario de la provincia.

Un caso paradigmático en cuan-

to a experiencias locales, explicado por Carlos Rubinstein, lo constituye Hospital Federico Abete ubicado en el municipio de Malvinas Argentinas del conurbano bonaerense, donde funciona un centro de cirugía robótica que insumió una inversión estimada en más de US\$ 7,5 millones. Uno de los 2 robots denominados “Da Vinci” con los que cuenta el municipio ya realizó su primera intervención. Hay 7 de estos equipos en Latinoamérica (el otro hospital que cuenta con uno similar es el Hospital Italiano), y disponen de tecnología de última generación, mínimamen-

te invasiva, lo que permite períodos pos-operatorios más breves. Además, el Hospital Abete, ofrece entre otros servicios el hospital domiciliario que resultó una innovación al mantener un seguimiento de los tratamientos en forma particular, evitando así internaciones prolongadas (el sistema atiende unos 1.000 pacientes mensuales).

El cierre del V Encuentro Nacional de Hospitales estuvo a cargo del embajador argentino en Chile, Ginés González García, quien señaló al referirse a la situación de los hospitales del “descompromiso con los fines de una sociedad y del lugar que a uno le da la institución cuando se adopta la postura de la victimización”. Y en ese sentido, agregó que “es un desafío político y social enorme recomponer el vínculo con los objetivos de las instituciones”. El ex ministro de Salud de la Nación también destacó que la Argentina tiene resuelto el tema de la sensibilidad pero que “en un hospital público el problema es la diferencia en la calidad. Hay que descentralizar, hacer un hospital abierto y con incentivos que ayuden a recuperar el sistema de valores. Tenemos que ponernos de acuerdo en torno a un gran tema como el de los hospitales públicos para, en vísperas del Bicentenario, seguir alimentando los sueños y que éstos se vayan concretando”. 

## GRD, la apuesta española por la planificación

Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes que permite agruparlos según la complejidad o gravedad de los casos, facilitando la estimación de estancias y recursos que deben consumir. Las primeras experiencias de Grupos Relacionados de Diagnósticos se realizaron en los Estados Unidos, aplicados en la administración sanitaria y se extendió a los hospitales españoles. Sara Cristina Pupato Ferrari, directora del ministerio de Sanidad y Política Social de España, resaltó las ideas fuerza de esta herramienta: “Primero, ofrece una buena codificación y la calidad de la historia clínica; segundo, su eficacia para la medición de la complejidad y seriedad de los procesos de ingresos a los hospitales, y para la estimación de los costos; tercero, la aplicación de calidad en la evaluación del desempeño y *benchmark* que en algunos países no son bien aprovechados; y cuarto, que son útiles para financiadores, proveedores de servicios, administradores, gestores y profesionales sanitarios”.



# Sylvestre Begnis: “En emergencias, ningún privado supera al hospital público”

**Juan Héctor Sylvestre Begnis hace un balance de su gestión como presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados. La situación sanitaria del país y los proyectos que esperan sanción en el Senado.**

“**L** “La Comisión de Salud de la Cámara de Diputados trabajó muy bien y en general logró consensuar todos los proyectos, pero también es cierto que muchos de esos proyectos a los que les dimos media sanción duermen en el Senado. Uno de ellos es el de venta libre de medicamentos, que tenemos que devolverlos a las farmacias en forma exclusiva [N. de la R.: el proyecto fue aprobado con posterioridad a esta entrevista]. Esta modificación que se había hecho por decreto del artículo 1° de la Ley 17.565 de Farmacias, propició tres grandes vicios: la automedicación; la comercialización de medica-

mentos adulterados, falsificados o robados; y la creación de un mercado paralelo de venta bajo receta. Además una falla grave del sistema es que esta venta en comercios no está al alcance de la fiscalización del área de salud, pero sí de inspectores municipales que de medicamentos no saben nada”, señaló el diputado nacional Juan Héctor Sylvestre Begnis, presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la cámara baja, al hacer un balance de su gestión que culmina el 10 de diciembre.

“La incorporación de 140.000 kioscos y muchísimos más comercios generó una sensa-

ción de mejor acceso a los medicamentos, lo cual era una presunción falaz –aseguró el diputado-. El daño a la salud lo muestran los casos de internaciones en terapia intensiva por error de diagnóstico de la propia gente, al mismo tiempo que esta comercialización creó un mercado paralelo de venta bajo receta (antibióticos, antiinflamatorios, sedantes), de medicamentos robados que son caros y que en la mayoría de los casos está alterada su cadena de frío. Con esta ley, entre otras cosas, se obliga a la industria a poner un tester que si vira de color determina que ese medi-



**“En relación con el nivel médico, el hospital sigue siendo muy bueno, a pesar de la creencia de que el médico viene y está pocas horas, es un lugar donde hay mucha interconsulta”.**

camento no se puede consumir. Una segunda ley en espera es la que establece y tipifica los distintos delitos y condenas carcelarias y multas aplicables. Le dimos dictamen y ahora le estamos por dar media sanción a otra ley que se llama de trazabilidad, que es la que permite hacer el seguimiento del medicamento desde su origen hasta que llega al paciente”.

Cirujano de profesión, Sylvestre Begnis disertó en el V Encuentro Nacional de Hospitales sobre la judicialización de la atención médica. El legislador asegura que desde siempre tuvo vocación por la administración de sistemas de salud. Un día decidió seguir el consejo de uno de sus maestros, que le había dicho: “Cirujanos hay muchos, lo que faltan son conductores políticos de salud”. Corría 1984 cuando decidió dejar de operar.

**—¿Qué otras leyes están esperando su aprobación?**

—Se está abusando en la Argentina de la investigación clínica. ¿A qué hago referencia con esto? A que las multinacionales y los laboratorios vienen notando desde hace ya décadas que no hay nuevas moléculas, antes aparecían 30 o 40 moléculas por año, y ahora aparecen 5, entonces la orientación a la cual ellos le han impuesto a las drogas es a darles nuevos usos a las mismas drogas. Y estos nuevos usos para las mismas drogas se están investigando en la Argentina, que es elegida como la *rusa blanca* por tres razones: la raza que nosotros tenemos es un fenotipo igual al europeo y al hemisferio norte de manera tal que lo que se investiga acá es trasladable directamente a Europa. Segundo, el nivel profesional con que se trabaja en las investigaciones

es plenamente satisfactorio para los laboratorios. Y tercero, una investigación hecha en la Argentina es más barata que hacerla en los Estados Unidos. ¿Cuál es el problema? Que al no haber una ley que lo regule cualquiera hace un acuerdo con una multinacional, se inventa un tribunal de ética o de bioética, y se autoriza así una investigación, lo que ya nos ha traído algunos problemas, como en el caso de los chicos muertos en Santiago del Estero por unas vacunas contra el neumococo, promovidas sin control alguno.

**—¿En qué situación financiera se encuentra el sistema sanitario argentino?**

—Siempre digo que primero no hay que olvidar que en los 90 se planteaba la privatización de la salud. Se decía que cada uno pague lo suyo según ten-

ga en el bolsillo, y esto iba en contra de la solidaridad social. Así que hubo que recuperar capacidad de financiamiento, que con el crecimiento sostenido del país y la generación de empleo, creció la masa salarial y proporcionalmente aumentó la recuperación económica de las obras sociales, que llegaron a liquidar sus deudas. Además tenemos una ley que les permite el refinanciamiento en condiciones muy favorables a la deuda tributaria, con un interés fijo bajísimo del 6% que no solo se aplica en el plan de cuotas sino también sobre el total del monto de la deuda. Esto significa, y que fue la queja de algunos sectores de la oposición de haberse hecho una licuación de la deuda, pero de no haberla hecho los prestadores tampoco la hubie-

ran podido pagar y con esto se consiguió una estabilización del sistema y la finalización de los riesgos, de un crash del sistema.

### —¿Cuál es la situación de los hospitales?

—Como nuestro sistema de salud es federal y esto es responsabilidad de cada provincia, depende de cada una de ellas. En relación al nivel médico sigue siendo muy bueno, a pesar de la creencia de que el médico viene y está pocas horas, el hospital es un lugar donde hay mucha interconsulta. También tenemos que pensar que el hospital está lejos de ser aquel al que uno accedía con confianza, y hasta visto desde afuera deprime, con sillas que faltan en las salas de espera y pacientes que están con algún problema



“Se está abusando en la Argentina de la investigación clínica. Las multinacionales y los laboratorios vienen notando desde hace ya décadas que es más difícil desarrollar moléculas nuevas, entonces se busca darles nuevos usos a las mismas drogas. Y al no haber una ley que lo regule surgen problemas como el caso de los chicos muertos en Santiago del Estero por unas vacunas promovidas sin control alguno”.

y tienen que estar parados, los familiares angustiados, y en lugar de atemperar ese malestar lo aumentamos por falta de confort. En cambio cuando entra al consultorio la gente sale conforme con la atención y, en general, en las emergencias no hay ningún establecimiento privado que lo supere. El hospital público tiene residentes, médicos de guardia, anestesiastas. En las provincias tienen un sistema público suficiente, por ahí no tan desarrollado tecnológicamente pero la diferencia con el conurbano es que allí la población creció a una velocidad tan grande que siempre faltan hospitales en todos lados. Vas a La Matanza y te das cuenta por las colas en el Hospital del Niños, vas al Hospital Belgrano en San Martín, y ocurre lo mismo a pesar del esfuerzo de las direcciones, los profesionales y administradores. Hay municipios que antes tenían un millón de habitantes y hoy tienen el doble de población para la misma cantidad de camas de un hospital. Y así nunca se alcanza a satisfacer la demanda.

## Los recursos humanos, más importantes que los edificios

Según el diputado nacional Juan Héctor Sylvestre Begnis, el desafío sigue siendo alcanzar un plan de recuperación del sistema público y hacerlo progresivamente, no solo con el agregado de nuevos edificios o poniendo más camas en los hospitales sino pensando también en seguir teniendo recursos humanos capacitados: “A nosotros, muchos recursos humanos se nos fueron yendo, estamos con escasez en áreas críticas como terapia intensiva, unidad coronaria, neonatología, y tanto en medicina como en enfermería están siendo tentados desde el exterior. Se los llevan y tenemos una necesidad de recuperación, y en ese sentido desde hace siete años Afasimera, la entidad que regula todas las facultades de medicina, se viene reuniendo con el Ministerio de Salud, casi mensualmente, para discutir las nuevas currículas, la formación de nuevos técnicos y profesionales, y esto hay que tomarlo como un hecho positivo”.

# Paulo de Rezende: “En los tiempos que corren, garantizar la gratuidad es un hecho relevante”

**El experto brasileño, que lideró en Francia una serie de reformas que ayudaron a casi 700 hospitales a mejorar su organización, llamó a “informatizar los hospitales y medicalizar los sistemas informáticos”**

**P**aulo de Rezende fue uno de los impulsores en 2003 de una serie de reformas, financiadas con fondos públicos, que ayudaron a los establecimientos de salud públicos y privados franceses a mejorar su organización. En los 90 se inició en Francia un proceso de informatización de los hospitales, de *medicalización* del sistema informático, como lo denomina el especialista, ya que poco se sabía de la operatividad y de sus costos. “La organización estaba ausente del hospital, hubo que calificar toda la información disponible promoviendo la calidad del servicio, la eficiencia en la economía y las condiciones de trabajo sa-

tisfactorias. Para esto hubo que facilitar al internado de experiencias y difundir las buenas prácticas organizativas”. En línea con lo expresado por el embajador argentino en Chile, Ginés González García, Rezende resaltó que “sin la participación de los actores que tienen que ver con la organización, sin su compromiso, llámese médico, enfermero o personal administrativo, el fracaso está asegurado”.

Y aclaró: “No se trata de aplicar modelos prefabricados, sino de poner en práctica las ideas que hagan progresar el sistema y los resultados nos permitirán juzgar el grado de pertenencia de las acciones. Correcciones

mínimas pueden generar soluciones grandes, como el que se logró en el centro hospitalario de Beauvais donde se obtuvo una disminución del tiempo de estancia en las urgencias, evitando que se la utilizara como sala de espera de resultados de exámenes de laboratorio”. Unos 675 establecimientos de salud participaron de esta experiencia en Francia, que contó con una ayuda financiera de 5000 millones de euros en cinco años. “En Francia tanto la salud pública—donde se atienden los casos de alta complejidad— como la privada son financiadas con fondos de la seguridad social. El área de la salud recibe el 10% de su PBI y todos tienen acce-




so al sistema”, señaló Rezende, quién además analizó los dos grandes problemas que deberá afrontar el sector de la salud de su país en el corto plazo. “Uno es el desempleo, que actualmente llega al 10% y lo que implica que hay una parte de la población que no contribuye y recibe la prestación médica. Y otro es el de la esperanza de vida que en Francia va en aumento y es una de las más altas (88 años)”.

Pero a cuentas de los delicados desafíos que debe afrontar los Estados Unidos en materia de salud, la situación en Francia le resulta mucho más predecible a la hora de consolidar el sistema sanitario de salud, como así también más saludables las perspectivas en países en vías de desarrollo y emergentes como la Argentina: “Yo tengo



una hija que reside en los Estados Unidos y regresó a Francia para operarse. Aquí me ha pasado un hecho insólito: una persona que no conocía se me acercó para comentarme de los problemas de salud que tenía y le pregunté: ¿tiene seguro? Y me dijo no, que se atiende en un

hospital público. ¿Sabe el valor emocional que eso tiene para la salud? Garantizar la gratuidad del sistema en los tiempos que corren, de grandes desigualdades, y con las imperfecciones que pueda tener, no deja de ser un hecho relevante y meritorio para tenerse en cuenta”. 

**AstraZeneca** 

**“Somos una compañía mundial centrada en la investigación, desarrollo, producción y comercialización de medicamentos innovadores para controlar las enfermedades y mejorar la calidad de vida de los pacientes.”**

