

Argentina necesita claramente médicos de familia y generalistas.

Entrevista al Dr. Adolfo Rubinstein, Secretario de Gobierno de Salud.

Por: *Patricio Jorge Cacace, Editor Ejecutivo de la revista Archivos de Medicina Familiar y General.*

Contacto: pcacace@gmail.com



El cargo de máxima autoridad del sistema sanitario de nuestro país es desempeñado desde 2017 por un médico de familia. Tras haber tenido el privilegio de contar con su presencia en el acto de apertura de nuestro último Congreso Anual en la provincia de San Juan. El Dr. Adolfo Rubinstein nos recibió en su oficina en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación para compartir una interesante charla sobre diferentes temas vinculados a la salud de nuestro país.

A: ¿Cuáles son, a su modo de ver, los principales desafíos que enfrenta hoy el sistema de salud en la Argentina?

B: Padecemos un sistema de salud con muchísima segmentación, fragmentación y pluralidad en el financiamiento de la organización, lo que hace mucho más difícil consolidar, integrar y articular políticas públicas. Esto es un tema que se ve en todos los sub-sectores, entonces, el desafío más importante es ver cuáles pueden ser los denominadores comunes desde la base, que pueden empezar a darle cierta consistencia y homogeneidad en la implementación. Uno de los ejes fundamentales de nuestra gestión tiene que ver con la Cobertura Universal de Salud (CUS). Entendida desde el punto de vista conceptual, cobertura universal de salud significa ofrecer los servicios necesarios y apropiados a toda la población sin que eso implique penurias financieras en el punto de atención, es decir, pago de bolsillo o algún tipo de perjuicio financiero que obstaculice la utilización de esos servicios. Esa definición que es global, universal, es el objetivo principal tanto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) de Naciones Unidas (ONU); donde dentro de los 17 objetivos, el número 3 tiene que ver con Salud y Bienestar, y una de las metas es la implementación de la cobertura universal. Cada país tiene que adaptar este concepto a las características propias de su sistema de salud, de su cultura, de su contexto económico, social, político, su historia, etc. En Argentina, uno podría decir que desde el punto de vista funcional que existe cobertura nacional: cualquier ciudadano argentino, cualquier residente, es más, cualquier persona que está de paso, tiene derecho a recibir atención en cualquier efector público, se trate de un hospital o de un centro de atención primaria. Eso es lo que yo definiría como Cobertura Nominal. Y muchas veces tiene acceso a servicios que, en buena medida, son “servicios aspi-

El actual Secretario de Gobierno de Salud de la Argentina es médico recibido con honores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1982; graduado como Magister en Epidemiología Clínica en la Escuela de Salud Pública de Harvard en 1996; y Doctor en Medicina con orientación en Salud Pública de la UBA en 2001.

Considerado uno de los pioneros de la Medicina Familiar en nuestro país, fue fundador y Jefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre 1989 y 2010; y en 2001 fue parte del grupo fundador y primer presidente de nuestra Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG).

En el ámbito académico en el año 2002 fue creador y Director General del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Director de la Maestría en Efectividad Clínica de la Facultad de Medicina de la UBA; y en 2015 fue nombrado por concurso investigador de carrera del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

En el ámbito político se desempeñó como Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación desde febrero a noviembre de 2017, cuando pasó a ser Ministro de Salud, y actualmente es Secretario de Gobierno de Salud.

racionales”, que uno dice “está todo cubierto”, pero en realidad no es así al momento de la autorización. Nosotros vamos a aterrizar ese concepto a lo que es la Cobertura Efectiva: esto quiere decir garantizar que esos servicios ofrecidos sean realizados con efectividad, equidad y calidad. Eso es pasar de la cobertura nominal o aspiracional, que es lo que tenemos en nuestro país, a que verdaderamente se produzca la cobertura efectiva, actual y real.

A: ¿Por qué piensa que a pesar de todo lo que uno entiende y ve como un beneficio al aplicar esta política, hay algunos grupos que le oponen resistencia al término, sea porque viene de organismo internacionales o por cuestiones ideológicas?

B: La verdad que me cuesta entenderlo, yo todavía no lo pude desentrañar. Esto no viene de ningún organismo financiero internacional, esto es un objetivo que está presente en la “carne” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de Naciones Unidas (ONU). Así como estuvieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), hoy están los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), y uno de ellos es, de nuevo, el logro de la Cobertura Universal en Salud (CUS), porque es la única manera de que se pueda dar protección a toda la población, empezando por los grupos más vulnerables.

Sinceramente no encuentro razones por las cuales alguien pueda oponerse a esto, más allá que no sea desde los prejuicios o la ignorancia. Reconozco que en la gestión que nos precedió se habló de una serie de cosas que no representaban adecuadamente a la CUS. A partir de ahí se empezó a construir un discurso como si la CUS estuviera pegada a los organismos financieros internacionales. Yo creo que nada más lejos. La CUS no tiene nada que ver con eso, es un concepto con el cual nadie puede estar en desacuerdo. Después, por supuesto que su implementación tiene distintos matices y diferentes matices, pero claramente nosotros entendemos que tiene que ver con mayor cobertura territorial y digital, y una ampliación de la cobertura prestacional, justamente para disminuir la inequidad y mejorar la calidad de las prestaciones con métricas e indicadores específicos. Yo no se quién se pueda oponer a eso, que además es lo que está publicado en todos los documentos de la página web del Ministerio, y es lo que estamos comentando y contando a todos.

Yo creo que al principio había mucha más resistencia porque había más desconocimiento y menos comunicación, me parece que eso está bajando, de hecho 22 de las 24 provincias ya se adherieron.

A: ¿Cuáles son las dos provincias que no han adherido hasta ahora?

B: Hasta ahora no han adherido Santa Fé ni Formosa.

A: ¿Cuál sería la forma de articular esto en los otros

subsistemas que hay en la Argentina: la seguridad social y los seguros privados?

B: Nosotros empezamos ahora en el Ministerio. La política comienza con que en la Argentina no podemos desconocer que existe esta segmentación que comenté anteriormente. Más allá de que el 100% de los argentinos están en teoría cubiertos y tienen derecho a recibir atención sanitaria en los efectores públicos, la realidad es que dos terceras partes de nuestra población tienen además obras sociales o seguros privados. Hay un tercio de la población que solamente tiene acceso al sistema público, que solo puede atenderse en los efectores públicos, donde existe una enorme disparidad en la calidad de atención. Está disparidad en la calidad de atención se refleja en la disparidad en los resultados sanitarios. Cuando se ven las tasas de mortalidad infantil en las provincias más pobres de nuestro país respecto a las provincias más ricas, hay diferencias de entre 2 ó 3 veces; o de mortalidad materna, que llega a diferencias de hasta 5 veces; o de mortalidad por cáncer de cuello de útero donde son más de 8 veces de diferencia; y esto también lo podemos ver en los resultados relacionados con el control de la hipertensión, de la diabetes, la mortalidad cardiovascular, etc. Claramente tenemos un sistema que no está garantizando buena calidad de atención y equidad en la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Entonces, nosotros vamos primero a tratar de comenzar a trabajar sobre todo en el sector público con las provincias, y tratar de ir cerrando esas brechas.

A: ¿Cómo se pueden ir cerrando esas brechas?

B: Nosotros tenemos tres grandes estrategias. La primera es una estrategia de cobertura territorial, es cambiar el sistema del modelo de atención. Esto lo estamos empezando en muchas provincias con la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ES-FyC), que es desarrollar los equipos de salud familiar, idealmente con un médico de familia o generalista, enfermera, agentes sanitarios con población definida a cargo, en áreas georeferenciadas, y con población nominalizada. De las 24 provincias en nuestro país, ya hay 22 que se han adherido a la estrategia de la implementación de la cobertura universal, que es esto que dije anteriormente sobre la ampliación de la cobertura efectiva a través de la estrategia de cobertura territorial con equipos de salud familiar. Y estamos implementando los “Proyectos Provinciales Escalables” (PPE) en 14 de las 22 provincias que ya han adherido, en las otras estamos avanzando. Eso es salud familiar.

La segunda estrategia es la Cobertura Digital. Esto tiene que ver con la infraestructura que se necesita para asegurar la continuidad de los cuidados, por ejemplo, que se nominalice a la población, que se georeferencie adecuadamente, que se conecte en los centros de salud, en los hospitales, con las consultas; y que haya

una Historia Clínica Electrónica (HCE) que asegure la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles, entre el centro de salud y el hospital; y que haya sistemas de referencia y contrareferencia apropiados. Todo esto lo estamos logrando con la implementación de esta HCE, que está también en muchos de estos Proyectos de Provinciales Escalables que ya cuentan con zonas geográficas con conectividad digital, historia clínica electrónica, médicos de familia, equipos de salud familiar con población a cargo, etc. De hecho, así como la Dra. Sandra Fraifer es quien está a cargo de la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, y es médica de familia; el Director Nacional de Sistemas de Información es el Dr. Alejandro Lopez Osorio, otro médico de familia.

El tercer eje tiene que ver con la ampliación de la línea de cuidados, y esto tiene mucho que ver desde la historia del programa SUMAR, que ahora lo estamos reconvirtiendo en el programa PACES. Esto tiene que ver con la priorización de nuevas líneas de cuidado sobre las tradicionales, que estaban muy orientadas a salud materno-infantil. Ahora tenemos líneas que tienen que ver con prevención y control de enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, hipertensión, etc.

A: ¿Cuál sería el grado de alcance de objetivos que tiene hasta hoy?

B: De acá a diciembre queremos dejar los cimientos de la Estrategia de la Ampliación de la Cobertura Efectiva y de los proyectos provinciales. De las 22 provincias que se han adherido, la mayoría son opositoras, no son oficialistas, así que esto es un proyecto que tiene que ver con políticas sanitarias, no con políticas partidarias ni con contextos electorales. La verdad tenemos mucho apoyo en ese sentido. Queremos dejar los cimientos para quien continúe la gestión avance en la implementación y lo vaya escalando. El objetivo es escalar esta estrategia, no estamos reinventando la rueda, es lo que se tiene que hacer.

A: En cuanto a la cobertura digital destinada a georeferenciar, nominalizar y generar redes integradas ¿en qué consiste?

B: Básicamente es desarrollar primero la base de conectividad. Nosotros estamos con un Plan Nacional de Salud Digital, que hemos presentado hace 2 semanas a nivel nacional, y que lo estamos implementando. Vamos a desarrollar toda una red de conectividad para más de 3000 centros de salud en la Argentina, y eso ya lo estamos empezando a hacer tanto con fibra óptica como con conectividad satelital, justamente para alcanzar a las zonas rurales y a las zonas con mayor dificultad de acceso geográfico. Sobre esto se montan los sistemas de información. Más allá de que cada distrito, cada jurisdicción en el sistema público, inclusive hospitales, están haciendo sus propios desarrollos, de historia clínica electrónica por ejemplo,

y hay muchas provincias que están muy avanzadas en el sistema público, nosotros hemos definido lo que se llaman “estándares de interoperabilidad”: generar estándares tanto en terminología clínica como en los protocolos de comunicación, como en los procedimientos, para que puedan dialogar todos los sistemas entre sí. Existe un estándar federal, el “federador”-se llama así-, que permite que si vos vivís en una provincia, viajás, y tenés un problema en otra provincia, allí exista la posibilidad de recuperar la información de tu HCE. Obviamente con todos los recaudos de privacidad, confidencialidad, etc. Eso es un avance enorme que estamos teniendo, y ahí estamos poniendo muchísimos recursos, muchísima inversión.

A: ¿En que consiste el PACES?

B: El PACES o Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva de Salud, es un nuevo programa que comenzó ahora, que va a reemplazar al programa SUMAR. Se apalanca sobre la lógica de SUMAR, que tiene dos grandes características: por un lado es un seguro, o sea lo que hace es desarrollar seguros públicos provinciales, con población nominalizada, y por otro lado cambia la lógica del del sector público, que es un sector de financiamiento de la oferta y no de la demanda. Y la segunda es que financia por resultados, es decir, paga por cumplimiento de resultados de indicadores que son acordados entre la nación y las provincias. Esa lógica se mantiene con el PACES, pero la ampliación tiene más que ver con las nuevas líneas de cuidado que se van a desarrollar y están mucho más orientadas a condiciones crónicas (infarto de miocardio por ejemplo, además de la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer, etc.). Y otro de los componentes muy importantes del PACES va a ser el financiamiento de la creación de equipos de salud familiar, de población a cargo, de indicadores de calidad prestacional, todo eso es parte de la nueva operación del PACES. Su objetivo principal es seguir cerrando las brechas de disparidades sanitarias que hoy existen respecto a un set de indicadores que han sido y están siendo acordados entre la nación y las provincias.

A: La propuesta de cambios sanitarios de la Secretaría de Gobierno tiene experiencias que han sido exitosas en otros países ¿Cuáles son esas experiencias exitosas a las que hacen referencia?

B: Hay varias, por ejemplo en todo lo que tiene que ver con la estrategia de ampliación territorial con equipos de salud familiar, el modelo en el cual más nos estamos refiriendo es el de Brasil, de hecho tenemos muchas relaciones con ellos y la Dra. Sandra Fraifer, con su equipo, estuvieron hace poco allá. También otras experiencias internacionales de otros países europeos, y de la misma región, como Costa Rica. Estamos tratando de sacar lo mejor de cada sistema, obviamente adaptado a nuestra realidad. Por

supuesto que el modelo que más se asemeja a lo que nosotros queremos implementar, de la manera en que queremos implementar la cobertura territorial es Brasil. Después diría que en todo lo demás estamos recogiendo las mejores prácticas que están ocurriendo en distintos países, tanto en lo que tiene que ver con cómo estamos armando el financiamiento de la organización de los programas que estamos llevando a cabo para financiar la cobertura universal, o todo lo que tiene que ver con el programa de cobertura digital.

A: Durante el año 2018 el tema del aborto ocupó una parte importante en la agenda pública ¿Cómo entiende hoy el rol del médico de familia frente a esta temática?

B: Yo creo que lo que tuvo de bueno el tema del aborto, más allá de que el desenlace que fue el rechazo a su legalización, es que visibilizó el problema, le dio una trascendencia pública. Lo importante es que fue la primera vez -que yo recuerde- que un tema de salud pública tuvo tal visibilidad y tanta discusión en la agenda social y política en el país. No es sólo Salud Pública, pero es sobre todo Salud Pública. Dejó también otras enseñanzas: creó una gran división de aguas en el país, que en algunas cosas yo hubiera pensado que iba a significar un enorme avance, por ejemplo en educación sexual, entrega de anticonceptivos, prevención del embarazo adolescente y no se si esto está ocurriendo. Respecto al rol del médico de familia, claramente creo que tiene que estar -hoy por hoy- más allá de las creencias, las actitudes y los juicios, que son totalmente respetables a nivel individual. Desde la autoridad sanitaria de aplicación nosotros tenemos que velar por los derechos colectivos, sobre todo por garantizar la seguridad y la calidad, y que no terminen como lo hacen muchos abortos, con grandes complicaciones por no decir muertes, que son absolutamente terribles. Hoy existe una enorme brecha entre aquellas mujeres que tienen la posibilidad de acceder a un aborto seguro de las que no la tienen. Esto tiene que ver claramente con el nivel educativo, socioeconómico, y eso es inadmisibles en nuestro país.

Más allá de eso, yo creo que el médico de familia tiene un rol muy importante. Hoy, entre el 80% y el 90% de las interrupciones del embarazo legales son ambulatorias, por eso el médico de familia debe tener un adecuado manejo de la farmacología, conocer cuáles son los criterios y las causales que exceptúan y permiten la interrupción del embarazo, de acuerdo a la normativa vigente. Creo que el médico de familia tiene que conocer perfectamente bien cuáles son los métodos y las drogas, y aplicarlos sobre todo en el ámbito ambulatorio.

A: En su experiencia como médico, como sanitarista, como docente, y como investigador, si tuviera la oportunidad de juntarse a charlar tomando un café con dos sanitaristas argentinos ¿A quién invitaría?

B: A Ginés Gonzalez García (Ministro de salud de la Nación entre 2002-2007) y a Aldo Neri (Ministro de salud de la Nación 1983-1986); son dos grandes sanitaristas que además han estado en la gestión. En la Argentina existen muchos sanitaristas de escritorio, y yo vengo de la práctica. Muchos años dirigí un servicio de medicina familiar, vi pacientes, vi familias. Se lo que es la atención, se lo que son las complejidades de la práctica de la medicina familiar, estuve en investigación mucho tiempo, estuve en la docencia y sigo estando, pero sobre todo en la gestión, estoy en el día a día. Estoy desde lo que son los grandes proyectos, los grandes hitos que se marcan como para poder desarrollarse. Si vos me decís cuáles son mis tres grandes líneas estratégicas para concluir mi mandato a fin de año habiéndose logrado algo, una es la ampliación de la cobertura efectiva -incluyendo la estrategia de salud familiar-; el mejoramiento de las políticas de acceso a medicamentos y de reducción de precios a través de estrategias innovadoras, la cobertura de nuevas tecnologías; y todas las políticas de control y prevención de enfermedades crónicas, que hoy están focalizadas en el tema más álgido que tiene que ver con el sobrepeso y la obesidad infantil. Yo diría que esas son mis grandes líneas. A veces por supuesto, bajo éstas te encontrás con que tenés que resolver los temas del día a día, de la provisión de insumos críticos, de vacunas, medicamentos, etc. Y a veces la gestión del día a día te contamina pero también se aprende. Si tuviera que elegir dos grandes sanitaristas, con los que además tengo una excelente relación, son Ginés y Aldo.

A: ¿Qué consejo que le daría a un estudiante de medicina que está terminando la carrera, y está dudando en elegir la medicina familiar como especialidad?

B: Por un lado está la cuestión vocacional, para mí es la especialidad más hermosa, la que estás más cerca de la gente, el puente entre la atención médica y la salud pública y los determinantes sociales, y poder entender la medicina como algo mucho más amplio, más allá de que un médico de familia capacitado está en condiciones de resolver la gran mayoría de los problemas, de poder asegurar la continuidad de los cuidados, de ser un especialista en la persona, y no solo en un sistema. También es cierto que eso no alcanza, eso no es suficiente. Es una especialidad muy demandante, muy trabajosa, muy esforzada, muy dura; y hay un cambio también que yo veo generacional y cultural, que se ve en los jóvenes, en los graduados, que no están muy dispuestos a bancarse una especialidad con la demanda que tiene la medicina familiar. Eso es un tema cultural. Para mí es muy preocupante que hoy se estén ocupando menos de un 40% de las vacantes en residencia de medicina familiar o general, y no es solo una cuestión de incentivos financieros, de pagar más o menos. Eso puede ayudar pero no es solo eso. Entonces es, por un lado es trabajar en el aspecto vocacional y tratar -desde

la facultad- de generar los modelos de rol, los modelos de enseñanza, que permitan que el estudiante de medicina a lo largo de su carrera vea el modelo de un médico de familia, lo vea en la práctica y aprenda, cosa que hoy se ve con cursos muy cortos que no generan esa transferencia de actitudes, de valores o de prácticas. Por otro lado, hay que generar mejores condiciones de mercado, esto si tiene que ver con asegurar que esos residentes sean absorbidos por los sistemas de salud, que se les pague dignamente, y se le den facilidades porque Argentina necesita claramente médicos de familia y generalistas.