

Hugo Magonza

Buenas tardes a todos, muchas gracias a las autoridades de FEFARA y a mi amigo Carlos Vassallo por esta invitación.

Tengo una presentación para mostrarles pero prefiero aprovechar esta oportunidad para transmitirles nuestra preocupación con respecto a la necesidad de que en una agenda presidencial, por primera vez, nuestro Sistema de Salud sea considerado una política de Estado.

En general la salud le importa a muy pocas personas, a los que están enfermos, a los familiares de los que están enfermos y a nosotros que trabajosamente componemos los equipos de salud desde hace mucho tiempo.

Yo no soy médico sino licenciado en Administración de Empresas, la carrera la hice trabajando en la institución en la que estoy y he convivido en la organización con médicos, enfermeras, terapeutas, y hoy son mi familia. Por lo cual lo que van a escuchar es una mirada íntima, desde el sector. La mirada de aquéllos que forman parte de los equipos de salud y que yo trato de interpretarlos de alguna manera.

Actualmente me desempeño como presidente de ACAMI que es una organización que reúne a instituciones sin fines de lucro, tanto prestadoras como financiadoras de todo el país. Entre ellas están asociaciones como los hospitales de comunidad, otras instituciones prestadoras sin fines de lucro y obras sociales que prestan servicios para los voluntarios o a personal de dirección.

Hace aproximadamente 12 años en un Congreso en Córdoba presentamos algo que intentamos llamar de una manera bastante pomposa, Plan Nacional de Salud. Después nos dimos cuenta que era un exceso de soberbia y le bajamos el tono y, hoy, decimos que son unos borradores conceptuales. Además tampoco crean que nosotros sabemos demasiado de esto, ni que tenemos la verdad.

En ese tiempo lo que hicimos fue juntar representantes de Instituciones del interior del país, a lo largo de un año, en pre coloquios. Pertenecían a la Seguridad Social, al sector privado, al público y el gremialismo.

Cuando terminó el año habíamos llegado a algunas conclusiones que llevamos después al coloquio que se hizo en Córdoba. En esta oportunidad, en la mesa inicial había 1200 personas presentes, lo cual fue para nosotros una cuestión realmente sorprendente, que alguien estuviera ahí para escuchar lo que teníamos para decir.

La realidad era que después de mucho discutir y haber transitado años por reuniones, coloquios y congresos, veíamos como se sentaba la gente del sector público por un lado, los de la seguridad social en el fondo y los del sector privado que eran un grupo pequeño y mirado con recelo por el resto, por otro.

Hoy nos damos cuenta de que en realidad los problemas del sistema de salud son comunes y que si en lugar de estar en una organización sin fin de lucro, estaría en el sector público haría más o menos lo mismo que hago ahora, con la misma vehemencia y con las mismas ganas. La manera de llevar a cabo las cosas no son muy distintas en uno u otros, la única diferencia es que obviamente tiene que haber alguien rector de toda esta actividad y ese rol le corresponde exclusivamente al Estado.

Lo que ocurre es que los roles de rectoría conllevan costos que se miden en el corto plazo y beneficios que se miden en el largo plazo. Esa es una de las razones por la cual no

encontramos este tema en las agendas de los políticos. Hace un tiempo atrás le preguntábamos a un candidato a la Presidencia a la Nación qué iba a decir de salud en la campaña y nos contestó del tema salud, nada. Explicó que salud está en el puesto número 8 cuando se hace la encuesta sobre qué le preocupa a la gente. Y, los que estudiaron psicología y sociología tienen en claro que el campo de atención dura poco, es decir, a la gente hay que hablarle muy poco tiempo y solamente de los temas que son verdaderamente críticos, por ejemplo, la inseguridad, la estabilidad laboral, la economía y la corrupción que últimamente se ha incorporado a la agenda.

Para corroborar estos datos hace dos años atrás, hicimos una encuesta para presentar en un congreso sobre 4000 casos y nos encontramos con que el tema salud no estaba en el número 8 sino en el número 12 en la preocupación de la gente. Y en términos porcentuales era el 0,2 % de la preocupación, muy cerquita de educación que era el 0,4 %. Por lo cual es muy difícil convencer a la gente que Salud es importante y que la tenemos que poner en la agenda diaria del día a día y también planificarla a muchos años.

Quiero transmitirles algunos conceptos. El primero es que, salvando diferencias, la salud en la República Argentina, para los que acceden, debe ser una de las que tiene mayor cobertura en el mundo y una de las mejores en cuanto a la calidad de la atención. Entonces no tenemos un problema de calidad o de cantidad en la cobertura, es más, creo que la cantidad de la cobertura es tan obscena y tan ilimitada que es muy difícil de suponer que vamos a mantener este sistema perdurable en el tiempo.

El mayor esfuerzo que deberíamos estar haciendo es tratar de lograr que la buena calidad y la enorme cantidad de cobertura que tenemos hoy, con algún grado de moderación y raciocinio, se haga sostenible en el tiempo y se extienda a los 42 millones de argentinos. Es decir que uno de los conceptos que nadie duda es la universalidad de la cobertura.

El otro de los conceptos es el tema de la solidaridad del sistema. No nos imaginamos un Sistema de Salud no solidario y el nuestro intrínsecamente lo es, aún en las entidades privadas donde hay pequeños grupos que financian la atención médica de otros que están dentro de ese grupo. Por eso hay que tener mucho cuidado cuando se modifica la balanza de la cobertura o la inclusión de pacientes con patologías preexistentes si no se tiene un elemento adecuado que nivele el concepto del egreso con el concepto del ingreso. Es tan así que no hay ninguna persona, ni ninguna organización mediana e incluso grande que pueda soportar el costo de la atención médica en el largo plazo, cuando estamos hablando de patologías de alto costo.

Antes decíamos, si recuerdan, alto costo y baja incidencia, hoy casi podemos decir solamente alto costo, porque tenemos las de alto costo con alta incidencia y las crónicas que hacen casi imposible el financiamiento de la salud por pequeños grupos de personas. Por lo tanto esto nos pone ante un planteo que es ético-social: todos somos pobres ante el sistema de salud, salvo rarísimas excepciones.

Si partimos sobre esa premisa no nos queda otra cosa que imaginar un modelo universal de cobertura, independientemente de cómo jueguen los actores.

Cuando digo esto hago una primera aclaración, nosotros proponemos un plan de modificación del sistema en forma gradual, basándonos en las cosas que andan bien, no como se hace normalmente en la República Argentina que el que comienza, rechaza todo lo que se llevó a cabo anteriormente. Las reglas en salud deben ser modificadas en el largo plazo. En este proceso virtuoso se tiene que trabajar sobre la mejora continua de los actores de salud para se eleve la calidad pero que se le proporcione el tiempo suficiente y la capacitación para que la gente pueda mejorar y acreditar las condiciones que se les va a exigir porque tampoco hay equidad sin calidad.

Por ello, no es lo mismo una clínica que no tiene los elementos necesarios para la atención de un paciente crítico o poder ingresar a algunos de los buenos hospitales públicos. Entonces la equidad no se puede dar si no está apoyada con calidad garantizada de la prestación.

Hoy es muy difícil la financiación por ello estoy convencido que ante las grandes enfermedades y los tratamientos consecuentes la única forma de financiarlas es a través de un modelo universal solidario. Con esto que menciono, sé que hasta en mis propios amigos y compañeros tengo detractores, 50 y 50. Algunos dicen cómo vas a crear otro fondo más, quién lo va a controlar, se van a abusar del fondo, los dineros van a ir a parar a otra cosa que no sea el objetivo original. Yo les contesto que no podemos descreer de nuestra humanidad y dejar de encarar algo que esté bien hecho. Estoy comprometido y convencido que tenemos que empezar a creer de que nosotros podemos ser eficientes, inteligentes, racionales y honestos. Si no trabajamos sobre esa pauta les aviso me levanto, me voy porque todo el resto de la conversación y mi presentación está asentada sobre sobre estas premisas.

Hoy también conversábamos que no se puede definir una Universalidad en la cobertura si no se define una canasta prestacional. Esa canasta prestacional no puede ser anárquica, tampoco definida exclusivamente por uno de los sectores como ha sido el caso del PMO. Se han hecho incorporaciones a través de leyes y yo tengo mis dudas que el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y a través de la Superintendencia haya tenido algo que ver con el proceso de la discusión de la ley o con algunos de los actores de esa discusión. Conclusión, ninguna de las leyes dice cómo se financia.

Si nosotros vamos a discutir la incorporación de una cobertura tiene que estar dentro de una estrategia del Plan Nacional de Salud y esto tiene que estar en la cabeza de un órgano rector y ese órgano rector debería ser, el Ministerio de Salud de la Nación acompañado de los Ministerios de Salud provinciales.

Con esto no digo que sean los únicos involucrados pero no pueden ser evitados, deben ser consultados y participados en forma activa. Esto quiere decir también que hay una restricción al legislativo como debería haber una restricción al poder judicial.

Muchísimas de las cosas que hoy estamos cubriendo, probablemente las que producen el mayor desfinanciamiento de nuestras organizaciones, son las que vienen por medidas cautelares. Estas medidas cautelares que muchas veces no tienen sustento científico, es más, los profesionales que las indican en general no son los expertos en ese tema.

Nosotros estamos hablando con los jueces, nos cuesta ahora un poco menos que antes. A los jueces les toca decidir sobre todo, desde la estructura de un puente hasta un litigio en la calle por un choque y, por ejemplo, un caso de cobertura médica de una paciente que tiene una leucemia y tiene una tercera recidiva de la enfermedad y le quieren indicar un medicamento que no tiene la indicación precisa pero que es una terapia de rescate.

Al juez le suena como la última alternativa y tiene al individuo adelante pero no ve a la sociedad en su conjunto y que los fondos mal usados son detraídos de los recursos de toda la sociedad para la atención médica. Entonces toma la decisión que puede tomar, que es la decisión por el individuo. Normalmente ante una situación de perentoriedad y de urgencia decide por el que tiene en frente es el "in dubio pro paciente". Ese "in dubio pro paciente" le cuesta al sistema enorme cantidad de recursos, y para que ustedes tengan una idea remota, porque últimamente los datos pueden haber cambiado, hace aproximadamente 4 años el sistema judicial se llevaba del sistema de salud el 2 % de los recursos. Es una cantidad enorme, 2 años después lo volvimos a medir y era el 4 %. Entonces algo tenemos para hacer porque en realidad no es que los recursos del sistema sean tan escasos, siempre son

escasos en virtud de las necesidades, porque la verdad es que creer que vamos a poder parar el avance de la medicina es como querer parar el sol con la mano, eso es imposible esto va a avanzar, los costos de salud van a crecer lo único que nosotros podemos ser es eficientes.

Eficientes en el manejo de los recursos, tener a los mejores para consultar y en esos casos tomar decisiones éticas. Cuando recién comenzaba con mi carrera fui a un seminario que lo daba uno de los directores del PAMI en ese momento, y decía la ética y la eficiencia van de la mano. No hay ninguna posibilidad de que si una persona es ineficiente en el manejo de los recursos de terceros no tenga un costado no ético, eso lo escuché hace mucho tiempo y nunca más me olvide. Por esa razón, también le tenemos que dar a los jueces, las herramientas necesarias para que tomen las mejores decisiones.

También le tenemos que dar a los médicos las herramientas para defenderse porque otra de las porciones enormes del gasto en salud, es la medicina defensiva, la que hacen para evitar ser demandados con posterioridad por no acceder a los pedidos de pacientes. En realidad si el médico está bien formado tiene un respaldo adecuado, tiene la actualización en su formación y estamos sujetos y librados a su criterio profesional y en eso nosotros nos entregamos confiados, puede equivocarse por supuesto. Pero si esa persona está convencida que el que entra por la puerta no es un paciente y está sino es un futuro demandante su manera prescriptiva cambia totalmente estudiado que un porcentaje que ronda el 20 % del gasto médico, prescripción del medicamento y estudios, es en vano.

Es solamente para protegerse de una potencial demanda, ese paciente que se le sienta adelante al profesional y le dice porque no me pide una resonancia magnética o una tomografía que me duele la cabeza y el médico le dice pero mire que la verdad que no tiene indicación y la persona le insiste dos o tres veces y a la tercera vez dice y si le pasa algo y se la indico, y ahí el sistema otra vez vuelve a gastar recursos que seguramente son para otra cosa.

En relación a la Agencia de Evaluación de Tecnología yo sé que es un elemento no determinante pero para mí es importante. Una Agencia de Evaluación de Tecnología es imprescindible para poder conformar correctamente la canasta prestacional, porque cuando hablamos de cobertura universal, nos estamos refiriendo a 42 millones de personas que tienen la misma cobertura, accesibilidad y calidad básica de prestación médica.

Pero si no tenemos una Agencia de evaluación de tecnología, todo esto es un flan. Porque podemos poner normas razonables para las cosas que son habituales pero la incorporación de la tecnología alguien la tiene que evaluar y esa evaluación nuevamente debe estar en manos del Estado. Nosotros podemos ayudar, colaborar, contribuir, también las asociaciones profesionales, la Academia de Medicina porque hay un montón de documentación en todo el mundo. Muchas veces no hace falta nada más que entrar en el NICE y en otras organizaciones que hacen su trabajo y buscar documentación, compararla y tomar decisiones. Pero el que toma las decisiones finales tiene que ser en este caso el Ministerio de Salud.

Porque no se puede dejar a los particulares que diriman estas decisiones en pos de lo que pueden llegar a ser intereses contrapuestos. Entonces tiene que ser un tercero y ese tercero es el Estado. Nosotros a veces nos olvidamos cual es el rol del Estado. Ustedes saben que el Estado somos nosotros que le hemos delegado las decisiones que nosotros como individuos en la sociedad no podemos tomar.

Entonces el Estado no es un ente externo, es a quien nosotros empoderamos para que tome las decisiones que nosotros como individuos no podemos tomar porque estaríamos en litigio todo el tiempo incluso con la seguridad la salud y otras tantas decisiones.

Ese rol, en mucho tiempo no ha sido querido ser asumido muy fervientemente por los funcionarios públicos, porque tomar decisiones de este tipo tiene costo político. Decir que no, tiene costo político, y muchas veces el oponerse a gastos innecesarios es muy complejo si no cuentan, los funcionarios, con una estructura jurídica que le dé el respaldo para que no se sientan solos. En esas condiciones va a ser muy difícil que alguien tome decisiones.

Ahora, una vez que tengamos la estructura jurídica, también tenemos que tener los funcionarios técnicos adecuados y que no los cambien todos los días cuando cambian los colores políticos. Yo me imagino una Agencia de Evaluación de Tecnología con profesionales calificados que perduren en el tiempo más allá de los cambios políticos.

Lo que podemos hacer ahora es fervientemente y en forma rápida trabajar sobre los 4 ó 5 conceptos que estamos hablando, cobertura universal, evaluación de tecnología, evaluación de la calidad y alguna forma de garantizar que las coberturas de alto costo sean solidariamente afrontadas y mejorar enormemente lo que es la formación del recurso humano que de por sí, en general, es bastante bueno todavía. Y, nosotros no debemos permitirnos que el proceso de deterioro y el desánimo nos alcance, porque si no esto que es tan bueno se va a perder.

Respecto a la encuesta que llevamos a cabo sobre 4000 individuos, hemos censado a los distintos subsectores, sector público, de la seguridad social, el privado y el PAMI. La sorpresa que nos llevamos es que había enormes preconceptos cruzados entre los subsectores, por ejemplo nadie del sector privado decía que el sector público era bueno pero cuando se le preguntaba a la gente que se atendía en el sector público, los niveles de satisfacción eran muy altos.

En el caso de PAMI también pensábamos que iba a dar mal, por todo lo que escuchábamos, además porque en cada Congreso que hacemos alguien levanta la mano y dice que el PAMI no funciona bien, tiene problemas de accesibilidad, pero cuando se le preguntaba a los usuarios el 76 % decían que tenían altos niveles de satisfacción.

Entonces lo que tenemos no es tan malo, debemos trabajar para preservarlo y mejorarlo, y en esa tarea hay algo que debo reconocer como un error de todos los dirigentes del sector, entre los cuales me incluyo, y es no haber hablado entre nosotros, no haber sabido convocar al diálogo y tampoco comunicarnos correctamente con el exterior. Este error nace de organizaciones a las que pertenecemos, que hacen la tarea técnica muy bien y entonces creen que con eso alcanza y yo les quiero transmitir que con hacer lo que hacemos nosotros todos los días muy bien, no alcanza. Hay que dialogar y comunicar. Así que ese fue mi mensaje.

Muchas Gracias.