

Gente de a pie

Mario Rovere y Claudio Berardi con Mario Wainfeld en "Gente de a pie" Radio Nacional

<http://gentedepie-radionacional.blogspot.com.ar/2012/10/mario-rovere-y-claudio-berardi-en-gente.html>

3 de octubre 2012

M.W: Mario Rovere es egresado de la facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, especialista en administración de servicios de salud Universidad Nacional de Salta, Decano organizador del departamento del área de salud de la Universidad de la Matanza, Director de la Maestría de Salud Pública del Instituto Lazarte, fue secretario de políticas sociales durante el gobierno de la Alianza. Voy a acabar acá con el currículum, es evidentemente un profesional calificado, un sanitarista.

Claudio Berardi es médico, especialista en clínica médica del Hospital José María Penna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es adscrito docente de medicina interna y Jefe de trabajos Prácticos de fisiología en la facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, milita en el frente de trabajadores de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gracias, desde ya a ambos por estar acá, por la buenísima onda.

Arrancamos entonces, primera pregunta.

En buena medida toda nuestra idea es hablar mas de lo que se debe hacer, lo que hay que hacer, no necesariamente lo que falta hacer porque a veces algunas cosas son continuidades, pero en fin, mas de lo que debe hacerse o los desafíos que existen que de lo que se ha hecho.

Pero la pregunta sería, pienso un poco leyendo, y uno podría decir leyéndolos a ustedes, o leyendo a personas que conocen mucho mas de estas cosas que uno que es un profano.

Uno ha escuchado por ejemplo que en la Argentina hay una inversión per cápita en materia de salud muy elevada y un rinde, digamos un desempeño social, no proporcional. Y a la vez uno sabe que en la Argentina por imperio de la decisión de las políticas neoconservadoras de los noventa el sistema de salud se distribuyó, se desguasó en tantas jurisdicciones como provincias, se federalizó, diría yo en un sentido malo me parece a mi o critico, la pregunta es, dado que eso por lo menos en principio es de difícil reversión, por lo menos en el corto plazo. ¿Son pensables reformas importantes de salud con esta dificultad que es casi institucional? Mario Rovere hará la primera.

M.R: Muchas gracias por la invitación y un saludo a toda la audiencia.

Bueno, definitivamente si, es posible pensarlo, es posible encararlo, y al mismo tiempo es tremendamente complejo pero yo diría, no mas complejo que otras transformaciones profundas que ha encarado el país en los últimos años, es decir

que no se trata de algo cercano a lo imposible aunque me parece que a veces hay quienes lo presentan así, como imposible de revertir.

El sistema de salud de la Argentina es fragmentado, evidentemente, hace muchos años que empezó la fragmentación, nosotros ubicamos la fragmentación casi desde la revolución libertadora para acá con operaciones muy concretas de ir dividiendo, lo que hoy tenemos esta especie de archipiélago, pero este archipiélago adquiere una característica muy extraña que es que es un archipiélago exitoso si uno lo piensa en términos de captación de recursos. Cuando hoy hablamos de un 6% del PBI dedicado a educación nos parece enorme, y hoy el sector salud captura arriba del 10% del PBI de la Argentina haciendo que la fragmentación sea hoy mas visible que nunca en el sistema de salud de la Argentina. Pero es posible revertirlo, sí claro.

M.W: Claudio Berardi tuvo opinión sobre el mismo tema, su parecer.

C.B: Primero gracias por la invitación y por poder estar con la audiencia y en la mesa con el Dr. Rovere.

Por ahí traslado esto especialmente a mi lugar de trabajo.

Yo trabajo en el Hospital Penna, queda al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ustedes saben que la ciudad de Buenos Aires está dividida desde el sector público en cuatro regiones sanitarias, que si uno sigue las agujas del reloj e la región sudeste a la noroeste se dividen en 1-2-3-4. La zona 1 y 2 quedan en el sur y uno podría pensar que este no es un proceso mas de fragmentación, puede pensar que es lógico que la ciudad se distribuya así, que se subdivide en regiones sanitarias para su mejor administración. Pero cuando uno va a los números uno ve que esto no es así, uno ve que por ejemplo el sur de la CABA que es la región de mayor hacinamiento, donde la tasa de mortalidad infantil, neonatal y post neonatal son las mas altas, para las cuales hay explicaciones que podrían ir desde que es verdad, que podrían haber aumentado las malformaciones congénitas y cuestiones relacionadas no con cuestiones de pobreza, etc. Pero también ha aumentado la mortalidad post neonatal esto significa que hay muchos mas chicos que se mueren después de los 30 días de vida, que sí están relacionadas con situaciones que tienen que ver con salud y esto paradójicamente se supone en un lugar del mundo donde la mortalidad infantil está disminuyendo.

Dos cosas que suenan paradójicas con esto de la fragmentación justamente acá en el sur es que cuando uno se pone a ver cual es la principal causa de mortalidad en los chicos, por qué se mueren a los 30 días de vida, uno dice bajo peso al nacer, esto está en estadísticas, se puede testear, y cuando uno va a buscar uno presupone que en el sur de la CABA debería haber mayor cantidad de chicos con bajo peso, sin embargo no. Por ejemplo si uno va a la recoleta el porcentaje de chicos que nacen con bajo peso es mucho mayor que muchos barrios humildes del sur. Entonces lo que primero uno podría decir si mira los números nada mas es que, probablemente en esta fragmentación de los recursos entre norte y sur, entre la fragmentación de cómo se distribuyen los recursos demográficamente, sociológicamente entre el norte y sur de la CABA, en el norte un chiquito que nace con bajo peso tiene mas probabilidades de sobrevivir que en el sur.

M.W: Una pregunta casi de cajón para Mario Rovere, si esto que nos cuenta Claudio para la CABA se reproduce en la geografía nacional de alguna forma, es decir, si hay

mucha asimetría entre provincias que hacen de sur que muchas veces son del norte (risas), es decir si hay provincias en las cuales mas allá de la geografía la situación es mucho mas afligente, los índices son muy disímiles y si esto tiene alguna forma de abordaje que mejorara esta cuestión que nunca va a pasar de un día para el otro pero algún día puede cambiar.

M.R: Si, efectivamente, nosotros tenemos dos tipos de indicadores, unos que comparan el indicador consigo mismo en el tiempo, en este sentido podemos identificar que han mejorado indicadores de salud materno-infantil en los últimos años, no a la velocidad que nos gustaría pero han mejorado. Pero hay otros indicadores que son lo que podríamos decir los diferenciales, es decir los que miden la inequidad y efectivamente la inequidad entre las jurisdicciones del país se mantienen, lo cual a grandes rasgos es un problema nacional reconocido a lo largo de las estadísticas, pero hay otro factor que no está tan reconocido que es el tema de las inequidades en el área metropolitana que son peores que las inequidades en el país. Es decir que las diferenciales que se dan entre la CABA y el tercer anillo del conurbano marcan distancias en los indicadores que son más graves, hay una brecha mas profunda.

M.W: Definamos tercer anillo para los que no conocen

M.R: Tercer anillo podría ser Florencio Varela, Moreno, y deberíamos también en el caso específico de La Matanza, hablar de por ejemplo González Catan, Virrey del Pino, donde aparecen indicadores de necesidades básicas insatisfechas, indicadores de cobertura de agua potable, pero también de mortalidad infantil que son y establecen esta brecha y por supuesto también por ejemplo cobertura de obras sociales, la población sin cobertura de obras sociales en CABA es de un 17% , en Virrey del Pino es de un 75%. Entonces cuando uno dice “la carga que tiene el sector público” no es solamente la carga que tiene el sector público en relación a la población sino también al número de población no cubierta que es mucho más fuerte en el segundo y tercer anillo.

Entonces el país efectivamente tiene un problema serio vinculado al tema de la equidad y no tiene herramientas para compensarla por la fragmentación del sistema justamente.

M.W: Yendo a Claudio y a su experiencia, ¿cuántos años tenés?

C.B: Tengo 41 años

M.W: ¿Y experiencia de médico cuanto?

C.B: De marzo del '98 recibido en la UBA

M.W: O sea que tenés unos buenos 14 años. Vos en tu praxis y en lo que estudian aparte ustedes, decinos para un público muy interesado pero por ahí no tan especializado en medicina, cuáles serían medidas veloces. Hay medidas que son de largo sin lugar a duda en política pública, hay otras que son por ahí mas inmediatas, mas rápidas que podrían mejorar la prestación de salud, no digo mañana pero si en poco tiempo. Desde tu vivencia que cosas se podrían hacer ya en

hospitales públicos, todo cuesta plata y todo cuesta organización no hay vuelta, pero medidas realizables en corto plazo que podrían mejorar la prestación a los pacientes hoy mismo.

C.B: Yo creo que hay dos puntas, una que es de mediano plazo que tiene que ver con el proceso de formación. Acá el Dr. Rovere tiene mas experiencia, pero uno como docente lo vive, una cosa que estábamos comentando antes es que por ejemplo es llamativo que en 11 años de currícula contando los años del CBC, los 6 años de medicina, mas la especialización 3, 4 años, mas una jefatura de residentes, uno suma 11 años y no tiene una materia compuesta en la cual uno podría hacer un abordaje integral de un paciente y compartila con otros efectores de salud importantes, estoy hablando de psicólogos, antropólogos, asistentes sociales, enfermeros, y no hay ni una materia en la cual uno en esos 11 años pueda cursar con ellos.

Después la inequidad se da en la formación en el sentido en que uno ingresa en el primer año en la facultad de medicina y se encuentra con cadáveres, uno en el primer año de la facultad de medicina se encuentra con cadáveres y fetos en embriología, y no tiene una aproximación, salvo una semana en sus primeros dos años, a un centro de salud a participar con la comunidad de esa experiencia. Entonces yo creo que primero se debería revertir eso, eso no va a cambiar mañana, no sé si pasado, va a tardar un poco mas, creo que es a mediano plazo pero creo que hay que revertirlo, instaurar el tema de salud y por ahí hacer la pregunta de que médico y que profesional de salud quiere la comunidad que esté ahí en su barrio.

Entonces yo creo que el centro de salud, los centros médicos barriales de la CABA que se han constituido como centros para proteger la salud de los habitantes, creo que lo que habría que hacer es un esfuerzo mancomunado de estos mismos efectores, psicólogos, antropólogos, que hay pequeñas islas, eso se está haciendo en algunos lugares, salir a la comunidad y empezar a preguntar esto, empezar a preguntar qué tipo de formación quieren, qué tipo de atención quieren. Porque uno lo que ve frecuentemente es pacientes que se acercan y por ahí tienen el pensamiento de que el tomógrafo o la mejor resonancia le va a salvar la vida, y vienen a veces con cajas con 40-50 fármacos y uno cuando ve eso, está diciendo, algo está mal. Cuando los fármacos son responsables de la vía o un tomógrafo o un resonador y no es el profesional que está ahí con ellos, hay algo que está mal.

Entonces creo que la medida mas rápida sería esto, tomar la decisión dentro de los centros de salud, dentro de los centros barriales, dentro del hospital, por supuesto, es una solución política fácil de empezar a llevar el tema salud a los barrios, a la comunidad. Muchas veces se hace esta disquisición entre si lo importante es el hospital o es el centro de salud que está en el barrio, yo creo que lo importante es compartirlo con la población.

M.W: Cuando Claudio nos comentó, cuando le preguntamos acerca de experiencias de realizar cierto tipo de acciones muy alternativas, novedosas, Rovere se quedó con algo en el tintero. Mario te escuchamos.

M.R: Si, tiene que ver también con lo que vos habías comentado o preguntado al principio, también se puede cambiar la educación médica.

Esto es muy interesante porque por un lado lo estamos experimentando en este momento en la Universidad Nacional de La Matanza, donde como ustedes saben 85% de los alumnos son primera generación de universitarios, y donde además estamos trabajando sobre la base de los problemas reales de un municipio con grandes dificultades en salud y grandes diferencias sociales, pero no es una experiencia aislada, tenemos el orgullo de formar parte de una nueva red que es la red de decanos y de facultades públicas de medicina somos trece facultades incluida la UBA por supuesto todas las cuales, algunas tienen mas dificultad porque tienen mas historia, pero todas estamos pensando y repensando la idea de cómo formar el médico que el país necesita y mas difícil todavía el médico que el país va a necesitar.

M.W: Y entonces algo que forma parte de esta mesa, esta pregunta que haré la hemos experimentado pero la vamos a seguir probando de nuevo, un ejercicio de un poquito de imaginación. “Acaba de llamarnos Oscar Parrilli, secretario de la presidenta, dijo que interesante lo que están hablando. A la presidenta le interesaría conversar con ellos, escucharlos un ratito, 20 minutos, máximo, y la presidenta también habla, 3 o 4 ideas, 3 o 4 planteos, de lo que podría sugerir personas con la experiencia y con la vivencia de ustedes respecto al sistema de salud.”

Lo escuchamos Dr. Berardi.

C.B: Primero por ahí tratar de llevar a la práctica algo que estaba en el programa de la reelección de la presidenta, esto de trabajar con un médico y con un psicólogo, sociólogo digamos con un equipo de salud, para llevar justamente un debate público a la salud que estaba claramente en el programa de salud de la presidenta y que todavía no se está haciendo para justamente proteger la salud.

Primero voy a hablar de algo positivo que sí se está haciendo y que habría que profundizar y dos medidas que por ahí se pueden hacer desde salud nación.

Uno es, cuando uno habla de qué cosas buenas se están haciendo para salud desde Nación desgraciadamente son cosas que están por fuera del Ministerio de Salud pero que claramente afectan la salud de la población. Cuando uno habla de la asignación universal por hijo y embarazo, está hablando de chicos que tiene que ir a la escuela, a educarse, a comer, a inmunizarse porque tienen la obligatoriedad de tener todo el calendario de vacunaciones, ir por lo menos dos veces al año a concurrir a su médico pediatra a hacerse los controles, cuando se hace una ampliación de la red de las cloacas a lo largo y ancho de todo el país, eso impacta claramente en las condiciones de salud de la población aunque no se visualiza como algo importante desde salud, entonces yo creo que la profundización de estas cosas es un dato importante que ya se está haciendo pero que profundizándolo impactará mucho mas.

Cosas pendientes, una creo que es terminar con la fragmentación múltiple que se está viendo en cada uno de los hospitales de las comunas y las regiones sanitarias, uno es terminar con la terciarización de los sistemas, por desgracia la mayor parte cuando hablamos de terciarización es aportar dentro del gasto público en salud al sector privado, es pasar claramente dinero que tendría que estar dedicado al sector público en salud al sector privado entonces se contratan hasta servicios de limpieza privados, hasta tomógrafos y servicios de resonadores y medicación a empresas que poco le importa la salud, que su ganancia está por el dinero que

reciben y poco le importa cualquier otro indicador que el profesor Rovere pueda decir acá.

Y la tercera propuesta mas complicada y que por ahí si tendría que ver con como Nación debería articular, como este proyecto que se está haciendo en La Matanza, es correr justamente del debate público la mirada del médico hegemónico. Desgraciadamente por cuestiones de elite los médicos nos hemos formado con esta mirada hegemónica en la cual estamos en la punta de la pirámide y debajo de todo de hecho las llamamos carreras conexas a las demás, yo creo que hay que invertir esta pirámide claramente.

M.W: Te pregunto, hegemónico respecto de quién, ¿a quién te referís?

C.B: De la atención para con el tercero, de la atención que tenemos con el restante trabajador de la salud, es decir, tratar de que el médico sea un operador mas de salud, y no el centro de esto, un poco a la manera de una palabra que recién estaba escuchando, una disquisición entre alumbrar o educar, esto de romper con esta idea o traer esta idea que dice Ranciere en “El maestro ignorante” que dice como hacen las profesiones mas importantes, él estaba hablando de educación pero yo puedo hacer el traslado e inferir que en salud se puede hacer algo así, como hacemos de alguna manera para romper con esta idea de médico hegemónico y que al mismo tiempo reproducimos desde las aulas, la facultad, el hospital y desde nuestra atención cuando lo sentamos al paciente del otro lado del escritorio y no nos acercamos, no le tomamos la presión arterial, no lo revisamos, no nos tomamos el tiempo para entender su conflicto socio cultural y un poco reproducimos de esta manera lo mismo que decimos que queremos curar. A esto me refería con esta idea.

M.W: Rovere, la audiencia.

M.R: Bueno voy a tomar el número cuatro para tratar de armar las patas de esta mesa.

La primera me parece que es relativamente sencilla, consistiría en mirar la Ley Federal de Educación, es decir, nosotros hemos hecho el ejercicio de tomar la Ley Federal de Educación, cambiar la palabra educación por la palabra salud y descubrimos la cantidad de respuestas que la Argentina podría dar a algo que es desde mi punto de vista es políticamente inaceptable, que es la inequidad en el gasto público de salud en la República Argentina, que me parece que requiere de la existencia de un mecanismo de distribución y compensación, una especie de fondo nacional de salud que sea capaz de garantizar que el gasto público territorial, por municipio y provincia sea equitativo y equitativo significa el perfeccionamiento de lo que es justo incluso mas a quien mas necesita y no solamente igualitario.

El segundo que me parece muy importante podría también tomar el aprendizaje de lo que sucedió con YPF y con Aerolíneas Argentinas que es el apoyo más contundente a la producción pública de medicamentos, me parece que Nación tiene todos los mecanismos.

M.W: Qué quiere decir más contundente, ¿qué se está haciendo algo?

M.R: Claro, exactamente, la Argentina tiene 14 laboratorios públicos algunos de ellos incluso con producción comercializable, es decir reconocida por el ANMAT, como pasa con Aerolíneas, no tendría monopolios pero si es importante tener en cuenta esto porque el gasto en salud está disparado a nivel mundial y tener estas herramientas son herramientas hasta para negociar con la industria y realmente hay laboratorios de altísima calidad de producción pública en todo el país.

M.W: De eso ¿algo se hizo, se hizo bastante o hay que hacer mas?

M.R: Estamos con varias cosas en salud, tenemos una ley no reglamentada, tenemos una ley de producción pública de medicamentos que le falta reglamentación y le falta apoyo político mas contundente por parte del poder ejecutivo.

La tercera es que me parece que hay que usar mejor la ley de prepagas.

Yo quiero en principio reconocer aquí que todo el mundo sanitario estábamos convencidos que la ley de prepagas no iba a salir nunca, quiero confesarme aquí en este sentido de tal manera que para mi la ley de prepagas es una gigantesca noticia en la Argentina, pero me parece que hay que equilibrar el uso de la ley de prepagas entre, digamos, la autoridad de Moreno y la autoridad del Ministerio de Salud, es decir necesitamos un poco mas Ministerio de Salud en el control de esto, porque además me parece que está en zona gris el tema de que las prepagas tienen 2.000.000 de afiliados propios, pero tiene 4.000.000 de afiliados que vienen de las obras sociales, eso está en zona gris y para mi, digo algo que va a sonar un poquito fuerte, pero para mi esos 4.000.000 están en un limbo parecido al de las AFJP, deo picando esa reflexión.

Y el cuarto punto se refiere a algo que me parece mas de fondo, más estructural, se refiere al tema de recuperar soberanía sanitaria. Tenemos demasiados créditos y demasiadas manos de bancos metidos en este ministerio más que en otros ministerios, y están colocados, por así decirlo en la cabina de control del Ministerio, estoy hablando del Plan Nacer y otros planes que ustedes conocen.

Me parece que la Argentina está yendo sin debate a través de créditos a una política de aseguramiento público que nunca ha sido debatida y que se consolida prácticamente como línea de Estado porque comenzó en la época de Duhalde y no ha sido discutida y puesta en entre dicho para enriquecerla y para ver si esa es la salida para la Argentina tener seguros provinciales de salud.

M.W: Nora Veiras

N.V: Con respecto a lo que dijo el Dr. Rovere al principio de la exposición sobre que pasa con la salud en Argentina, hay un dato que realmente es muy significativo y es esto de que el 10% de los recursos del país se invierten en salud. Ahora cómo se distribuye ese 10%, qué es lo que aporta la Nación, qué es lo que aportan las provincias. Un poco usted lo desarrolló al decir como se tendría que reestructurar esto, pero para entender que es lo público realmente, qué es lo de las obras sociales sindicales, qué es lo de las prepagas, y cómo esto contribuye a la inequidad del sistema.

M.R: Bueno, nosotros tenemos que tener en cuenta que estamos frente a un sector que inflaciona mas que la economía, esto es una característica mundial, uno podría

asustarse si sabe que EE.UU ya pasó la barrera de los \$U 8.000 por habitante por año, que si nosotros aplicáramos esa barrera estándar podríamos gastar el 50% del PBI en salud, como para darnos una idea de que estamos hablando.

Ahora la apropiación del crecimiento es diferencial, porque el crecimiento se está haciendo fundamentalmente sobre la base de gasto de bolsillo, la Argentina tiene un tremendo gasto de bolsillo, uno de los mas alto de América Latina, se acerca al 45% del total de ese presupuesto sale directamente del bolsillo de las personas. Esto es lo más injusto de todo, es decir, aún una prepaga es más justa que pagar de bolsillo, porque por lo menos hay una lógica de previsión, de pagar antes.

Entonces en el caso de la Argentina nosotros tenemos una estructura pública, un gasto público amesetado, y tenemos un gasto privado en expansión, por arriba de la inflación. En este sentido lo que está significando es que el sector privado está capturando cada vez mas recursos y brindándoles cada vez mas a menos gente en términos proporcionales y al mismo tiempo está impactando sobre el sector público en una variable que es increíble para la Argentina, que es por ejemplo hoy el sector público está en problema de carencia de médicos, es decir faltan médicos en un país que sobran médicos.

N.V: ¿Cómo es esto?

M.R: Esto es, por ejemplo si uno se desplaza en toda la red del municipio de la costa no hay pediatras, en la provincia de Chubut el gobernador Das Neves tuvo una política muy activa de generación de hospitales, no se pueden habilitar porque incluso tienen menos médicos que antes, en el tercer anillo del conurbano por ejemplo en el km 32 en el Hospital Simplemente Evita tienen servicios que no se pueden abrir porque no tienen médicos, la provincia de Buenos Aires abre residencias, el 20% de las residencias quedan bacantes y el 40% de las residencias de medicina general quedan bacantes. En un país donde hasta hace poco incluso desde el Ministerio de Salud se dijo “sobran médicos, apelemos a la calidad” es una especie de agujero negro donde obviamente la pregunta es dónde están, y creo que están en buena medida en este 2% extra de crecimiento del PBI que es fundamentalmente crecimiento del gasto privado.

Entonces, qué es lo que pasa, en cierta manera el sistema de salud está tan estratificado que podemos encontrar entre 30 y 35 modelos prestadores distintos según el nivel de ingreso y según la cobertura que cada uno tenga, y hay diferencias hasta dentro de una prepaga o de una obra social según el lugar donde uno vive o según el lugar donde uno está.

MENSAJES

1: Muy interesante. En salud, un caso pequeño en el hospital de ciudadela Carrillo, dan turnos solamente una vez por mes.

2: Me gustaría que den una forma de comunicarse con los médicos porque yo coincido con ellos, soy psicóloga y quería ver si podría colaborar. Gracias.

3: El problema de salud es que están los municipios, está la provincia como nos pasa acá en la provincia de Buenos Aires, y eso altera totalmente la cantidad de

médicos, los pagos y todas las manos que pasan en el medio, tendría que manejarlo todo Nación, todo por una sola carrera hospitalaria.

N.V: El Dr. Berardi también al principio de la charla hacia hincapié en la inequidad en distribución en la CABA, lo que pasa en las comunas del sur frente a las del norte. Ahora, por sentido común uno diría, si en el sur las necesidades son mayores en los hospitales públicos, por qué la distribución no es desigual en un sentido positivo, no se aplica una discriminación positiva para poder atender a poblaciones más carenciadas, ¿esto es así, o no?

C.B: Yo no sé si es así porque en realidad cuando uno mira el recurso del gasto público total de norte y sur uno presupone que debería no ser el mismo, pero me parece que hay otras condiciones que separan justamente norte y sur, que no solamente tiene que ver con lo demográfico que yo nombré, con el poder de hacinamiento que tiene el sur, con la falta de algunas instalaciones. Pero también con la ruptura de algunos lazos sociales que por ahí antes estaban, por ejemplo antes funcionaba en el sur, que sigue funcionando como tal obviamente, que son talleres protegidos pero que cumplían otra función mas, que estaban mas articulados con los centros de salud, y con los centros médicos barriales. En muchos de estos se hacían distribución de medicación de acuerdo a las necesidades que tenían los pacientes del lugar, en general en los centros de salud la medicación que se distribuye está mucho mas acorde porque hay un trato mucho mas personalizado entre todos los sectores que componen salud y las personas que asisten cosa que en el hospital por ahí se despersonaliza mas de esto. Yo no podría decir que hay una discriminación positiva como tal, o por lo menos no puedo sustentarlo con pruebas, si me parece que hay cosas que van en contra de lo que estamos nombrando y cosas que por ejemplo lo que el Dr. Rovere está haciendo en la Matanza. Una de las medidas que se tomó desde el gobierno de CABA es no permitir que alguien que no sea médico dirija un centro de salud, esto está a contramano de lo que acá por lo menos estamos proponiendo justamente, hay casos particulares de psicólogos con 12 años dirigiendo un centro de salud con una gran articulación, docentes en maestrías y postgrados de salud social y comunitaria, que viajaban a lo largo del país conociendo la estructura, y que o han sido desplazados o con intento de desplazamiento, diciéndoles, “no, ni siquiera va a poder concursar para dirigir este centro de salud”. Por ejemplo en educación escolar pasa algo, hay asistentes sociales que no se los deja participar como administrativos o jerárquicos en esta institución.

Yo creo que estas pequeñas cosas, que no son pequeñas, que son las que llegan a la gente son las grandes inequidades que se producen justamente. Todo lo demás yo no lo puedo testear, porque no llega el recurso eficientemente cuando en realidad yo creo que llega pero creo que se distribuye mal, etc.

Creo que estas pequeñas cosas, el desmantelamiento de terapias intensivas neonatales como en el Durand en el momento de peor epidemia, desmantelar talleres protegidos, entrar en horas nocturnas con sector militarizado al Borda para intentar hacer una reestructuración que muy bien todavía no se conoce, son cosas que atentan mas y que van con cada uno de los pobladores y que a la vez tiene la otra faceta mala, que al ser casos que por ahí se toman como individualizados no se toman como un problema de salud total de la comunidad directamente.

M.W: A Mario Rovere y después también a Claudio, los ciudadanos ¿cómo perciben en general el sistema de salud? ¿Cómo lo ven, cómo lo viven? ¿Comprenden como está dividido, actúan con una racionalidad propia frente al desorden o la dificultad propia que hay?

M.R: Nosotros tenemos un contraste muy fuerte respecto a Brasil, yo creo que en términos generales la población no ha entrado en debate sobre el sistema de salud de la Argentina y te diría más, los profesionales de salud tampoco. A veces los profesionales de salud no saben o no sabemos en que sistema vivimos.

Voy al contraste con Brasil porque hay dos cosas muy fuertes e el sistema único de salud de Brasil, primero es el tema de que cualquier profesional de salud de cualquier lugar del territorio brasilero te explica el Sistema único de salud de Brasil, parece como si fueran publicistas del sistema. Y lo otro es algo que el presidente Lula instaló, es que el sistema único de salud ya es un patrimonio cultural del pueblo brasilero, es decir que el pueblo que ha llegado, que ha accedido al servicio de salud por primera vez en la historia se lo ha apropiado como parte de u capita. Me parece que nosotros recordamos a Carrillo, recordamos momentos históricamente importantísimos en la historia de la salud pública, pero no tenemos hoy esa energía, ese entusiasmo, ese sentir que hay un proyecto sanitario en el medio y que llegue a involucrar a los propios trabajadores de salud pero también a la población que evidentemente, y esto es fantástico poder conversarlo en una radio como esta que tiene esta profundidad territorial. Aprovecho un pequeño vuelo para saludar a Rodolfo de Lago Puelo que es un colega, inimaginado que me lo encontrara por esta vía, para señalar que justamente estamos esperando un momento de articulación para poner de pie la salud pública argentina.

M.W: Claudio, yo tengo médicos en la familia, y una de las cosas que me cuentan es que hay pacientes que se vienen desde el conurbano por ejemplo a atender a un chico y por ahí se toman muchas horas para ir, en situaciones climáticas a veces complicadas y por ahí el médico que los atiende les dice “por qué no fuiste a la salita” y dicen que no porque acá me atienden mejor, y tal vez no sea del todo así. Te pido que nos cuentes tu vivencia y tu saber sobre esto.

C.B: Si, bueno también quiero hablar bien de los médicos porque sino me van a echar después de todo lo que dije (risas).

Una es la capacidad, por ejemplo cuando uno mira el Hospital Penna donde yo trabajo, en el año 2010 tuvo 15.000 internaciones promedio, si uno toma parámetros de cuanto de estas fueron internaciones por nacimientos, por partos se calcula entre 3.400 y 4.200 hay años donde ha sobrepasado a la maternidad Sarda que está a cuadradas, a metros de allí, con lo cual la cantidad de gente que asiste es muy importante.

Yo creo que los hospitales públicos siguen dando, a pesar de estar acumulados en la CABA porque son muchísimos, sigue teniendo un número de camas disponibles muy pero muy amplios, el mayor número de camas justamente está en los hospitales que pertenecen al sur de la CABA y esta es un razón, por ahí encuentran que los tiempos para ser atendidos son tal vez mucho más rápidos.

Después y a beneficio de mis colegas creo que, si el sistema sigue funcionando a pesar de todas las fallas que uno pueda conectar, creo que hay un montón de profesionales humanos y que por mas de que unos descrean, incluso algunos digan, tengan esta postura de diferenciar a aquel que venga del norte del país , que esto sucede también en los hospitales, aquel que venga del conurbano, que esto es muy frecuente de escuchar, a la hora de atender esa discriminación no se hace, atienden como tienen que hacerlo y no hay diferencias en esto, yo creo que el material humano es fundamental. Esto no es desmedro y no da una explicación de porque no están en su lugar, pero creo que por ahí la capacidad, y estamos hablando de un distrito de la CABA de 2.800.000 habitantes versus La Matanza que define una elección, por ejemplo, por el caudal de gente, es una de las razones.

M.W: Bueno les agradecemos a los dos, Mario Rovere y Claudio Berardi por haber estado acá, espero que la hayan pasado tan bien como nosotros y vamos a volver a seguir charlando. Para lo público esto es muy ilustrativo, este tipo de charlas, que hasta donde yo entiendo esto es parte de la función de la radio pública, porque no es fácil en otro tipo de emisoras hacer este tipo de debate, por una lógica que tampoco se va a cuestionar, la radio pública tiene tiempo, cadencias que permiten algunas cosas.

Gracias por la compañía.

M.R: El agradecido soy yo, tenemos una comunidad académica escuchándonos, literalmente hablando y a la cual le envío por supuesto un cariñoso saludo. Cerrar fundamentalmente en el sentido de expresar la voz de los que menos tienen que a veces también no tienen nada en salud, es decir que nosotros no estamos pensando la salud como un territorio autónomo sino como parte de la construcción de ciudadanía dentro de un proceso que nos enorgullece en términos de la inclusión y de todas las modificaciones que se han ido generando.

C.B: Primero agradecer por la invitación, la oportunidad de todos los oyentes al programa, al Dr. Rovere el compartir la mesa con él nuevamente y lo mismo, mandar un fuerte abrazo por el acompañamiento a todos los trabajadores de salud en todo el país y en la CABA porque hay mucho para hacer y por mas de que parezcan islas de lo que se está haciendo creo que hay un proceso de construcción, con medidas muy grandes desde arriba pero que nosotros tenemos que ser partícipes de ese cambio y creo que se va a lograr y que se está haciendo.