


reportan a los niños y niñas que nacen con una cardiopatía congénita, el centro coordinador elige el mejor lugar donde se puede operar, que en muchas ocasiones es fuera de la propia provincia, y la Nación se hace cargo de financiar el 100% de estas intervenciones quirúrgicas.

—¿Qué se está haciendo para reducir la fragmentación e integrar los sistemas?

—Hay varios ejes de integración con el subsistema de la seguridad social y el subsistema de salud privado. Estamos trabajando con la Superintendencia de Servicios de Salud, armonizando planes y carteras de servicios, uniformando los sistemas de información, como parte de un nuevo plan federal de salud hacia 2024. Por otra parte, estamos trabajando con los ministerios de salud y

obras sociales provinciales con una agenda que tiene 4 ejes: articular en la cobertura prestacional; la red de prestadores tanto públicos como privados; la salud digital, que tiene que ver con la receta electrónica, la telemedicina y la nube sanitaria a la cual todos los prestadores van a poder empezar a acceder para compartir información sobre pacientes que comparten; y la generación de modelos de compras de servicios más estratégicos asociados a calidad. Como lo hizo el programa Sumar, ahora las obras sociales provinciales, por ejemplo, van a poder contratar maternidades privadas que cumplan con las condiciones obstétricas neonatales esenciales. Ya estamos trabajando en mesas muy operativas con metas específicas y aproximadamente 20 provincias van a firmar un convenio en el cual hemos definido accio-

nes para estos objetivos. Estamos logrando una muy buena recepción de las autoridades sanitarias y políticas, todos los gobernadores creen firmemente en este concepto de una única salud para toda la población independientemente de la fuente de financiamiento. Por supuesto también estamos trabajando con los prestadores privados. Estamos avanzando en que las clínicas privadas sean parte del Programa Impulsa que promueve la transformación digital del sistema sanitario, para que puedan acceder a la historia clínica digital, reciban todas nuestras capacitaciones para integrar los sistemas de información, y utilicen nuestra plataforma de telemedicina. Estamos recibiendo una muy buena valoración y apoyo de las clínicas privadas. Este es otro eje para lograr la integración de los sistemas. 

ARNALDO MEDINA

“CERTIFICACIONES Y ACREDITACIONES, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PROTOCOLIZACIÓN DE PROCESOS SERÁN PARTE DEL PLAN NACIONAL DE CALIDAD”

El secretario de Calidad en Salud de la Nación abordó en esta entrevista los temas urgentes de su cartera que van más allá de la pandemia: la encuesta nacional a pacientes; el déficit de recursos humanos; la desmanicomialización pendiente; la atención de las emergencias, y las vacunas como prioridad

Arnaldo Medina, secretario de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, es médico especialista en Salud Pública

egresado de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y magíster en Economía y Gestión de la Salud de ISALUD. Durante su ca-

rrera se desempeñó como presidente de la Asociación Argentina de Economía de la Salud (AES) y como vicerrector de la nueva Uni-

versidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), donde también fue director del Instituto de Ciencias de la Salud y director del Programa de Investigación en Redes y Servicios de Salud. Fue director del Hospital El Cruce Néstor Kirchner y se desempeñó como subsecretario de Planificación, director provincial de Regiones Sanitarias y director de Programas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

—¿Cuáles son las políticas en términos de asegurar la calidad de las prestaciones?

—El Plan Nacional de Calidad, que se está elaborando y que se ha postergado su lanzamiento como tantas otras políticas en función de la pandemia, se apoya fuertemente en la experiencia previa que hay en nuestro país. Los aspectos más tradicionales han sido incluidos, tales como la certificación y la acreditación de establecimientos de salud, la seguridad del paciente o la protocolización de los procesos asistenciales a través de las vías clínicas.

La incorporación de las políticas hacia el talento humano y el capítulo de atención centrada en las personas guardan relación con aquel aspecto de la calidad que es menos tangible o que se refiere a aspectos más subjetivos. En relación con esto, se está evaluando llevar adelante una encuesta de percepción de usuarios a nivel nacional para poner en la agenda la visión de las personas que demandan el

“SE ESTÁ EVALUANDO LLEVAR ADELANTE UNA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE USUARIOS A NIVEL NACIONAL PARA PONER EN LA AGENDA LA VISIÓN DE LAS PERSONAS QUE DEMANDAN EL SISTEMA DE SALUD. CON LO CUAL, SE VA A HACER VISIBLE LA PERSPECTIVA QUE TIENEN LOS USUARIOS”



sistema de salud. Con lo cual, se va a hacer visible la perspectiva que tienen los usuarios.

En el mismo sentido es importante el desarrollo de mecanismos con el fin de escuchar las opiniones de los usuarios y también responder a sus quejas, es decir que existan dentro de las instituciones trabajadores de la salud que estén ocupados de atender sus demandas e inquietudes, y también de representarlos y defenderlos dentro de los procesos asistenciales.

—¿Cuál es el panorama en cuanto a recursos humanos, en especial en enfermería y especialidades escasas?

—En enfermería, nuestro país tiene un déficit importante en lo numérico con la presencia de 179.175 enfermeras y enfermeros, con una relación aproximada de 1,2 enfermeros por médico. La relación ideal sería de cuatro enfermeros por médico, lo que significa que estamos

muy por debajo de lo óptimo en relación con la cantidad de habitantes.

La Argentina desde hace algunos años viene avanzando en la profesionalización de los enfermeros y enfermeras. Ha aumentado el número de estos profesionales con título de técnicos y licenciados. Todavía nos queda una tarea importante: reconvertir auxiliares de enfermería, en enfermeros profesionales. Por otro lado, nos queda mucho para avanzar en especializaciones y posgrados en enfermería. Por ejemplo, la enfermería de prácticas avanzadas se logra a través de posgrados, como la enfermería comunitaria que requiere de una especialización o una maestría.

La política del ministerio es incentivar y promover ese tipo de posgrados para tener una enfermería más especializada y autónoma. En paralelo, tiene que avanzar la organización de

nuestro sistema de salud. Un gran avance significa tener por primera vez en el Ministerio de Salud de la Nación una Dirección de Enfermería.

–¿Cuál es la situación de la salud mental?

–Nuestro país tiene sancionada hace 10 años la Ley 26.657 de Salud Mental, la cual se reglamentó en 2013, que propone un cambio de paradigma en la salud mental. Fundamentalmente plantea que las personas con un padecimiento mental dejen de permanecer en hospitales monovalentes y aisladas, para poder estar en la comunidad con dispositivos de atención comunitaria.

Este año vencía el tiempo que planteaba la ley para lo que se denomina desmanicomialización, es decir que estos mal llamados manicomios dejaran de contener a estos pacientes y, en cambio, que las personas con padecimientos mentales concurren a los hospitales de agudos y tengan un seguimiento en un primer nivel de atención. Esta era la intención, hoy sabemos que más del 60% de las personas que están en estos hospitales monovalentes permanecen principalmente por cuestiones sociales porque no tienen a dónde recurrir. No se ha podido cumplir con la meta este año. Es que hubo un fuerte retroceso en los últimos años con respecto a la implementación de esta ley con el gobierno anterior.

Todo esto requiere una reade-

cuación de las instituciones para poder llevar adelante este cometido en el futuro. Nuestra política no busca sostener la internación de estas personas porque ninguna vida puede constituirse dignamente dentro de los hospitales. Queremos cerrar este capítulo de violación de derechos en nombre de la salud. Si el encierro sigue siendo una práctica es porque, entre otras

“ESTAMOS TRABAJANDO PARA HACER UN CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO Y SIMULACIÓN PARA QUE TODAS LAS JURISDICCIONES PUEDAN DISPONER DE UN ESPACIO CALIFICADO PARA PODER ENTRENAR A SUS RECURSOS HUMANOS PARA EMERGENCIAS”

situaciones, no se ha generado ningún acuerdo intersectorial para desarrollar salud en la comunidad y no se han logrado los consensos necesarios. Tenemos que generar nuevas prácticas para que estas personas puedan vivir en la comunidad. Durante este tiempo de pandemia se han creado nuevas respuestas como la atención remota y el acompañamiento a los equipos de salud. Pero, los problemas estructurales en los servicios de salud siguen siendo los mismos: hay barreras en el acceso, estigmas que se traducen en la discriminación de las personas con padecimientos mentales, y la falta de medicación. Estamos trabajando fuertemente para que los hospitales

generales de agudos puedan atender en todos los casos a las personas con padecimientos de salud mental. Queremos terminar con los estigmas a través de un cambio cultural.

Con respecto a los medicamentos medicación, se va a incorporar la medicación necesaria en el Plan Remediar para que esté disponible en los centros de atención primaria de la salud. Después hay otro aspecto muy importante que es el consenso entre las distintas áreas para dar una respuesta integrada que pueda garantizar una vida digna a estas personas. Esto requiere un trabajo interseccional que la ley prevé a través de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Mental (Conisma), el gobierno anterior la había sacado de la Jefatura de Gabinete para llevarla directamente a la órbita de la Dirección de Salud Mental. Nuestro gobierno considera que es importante devolver esa comisión al más alto nivel de decisión política para que desde allí puedan coordinar mejor todas las áreas de gobierno que tengan incumbencia en la aplicación de esta ley.

–¿Cuál es la situación de la atención de emergencias?

– Nuestro sistema de salud es federal. Entonces, la responsabilidad directa de los servicios de salud está en las provincias y la nación tiene fundamentalmente un rol rector. Los hospitales nacionales tienen una incidencia importante en el sistema de sa-

lud. Hay dos cosas que justifican que un establecimiento sea nacional. Por un lado, su nivel de referencia, en la medida que recibe pacientes de distintas regiones, por ejemplo, el Hospital Garrahan, pero también se justifica en la medida que esté a la vanguardia de las buenas prácticas en el ámbito de la salud.

Por eso, en el Programa Nacional de Calidad es tan importante lo que se haga en los hospitales nacionales porque generalmente están en el centro de la opinión pública y pueden transmitir esas buenas prácticas al resto de los servicios de salud en nuestro país. En el caso de emergencias, el Ministerio de Salud tiene la Dirección Nacional de Emergencias que tiene fundamentalmente un rol rector a nivel nacional. Allí lo que nos preocupa son las capacidades que tengan las jurisdicciones para poder atender eficientemente a través de sus servicios de emergencia. En el ámbito del Consejo Federal de Salud se discuten todas las políticas de salud y se recrean aquellas relacionadas a las emergencias sanitarias.

Además, estamos trabajando para hacer un Centro Nacional de Entrenamiento y Simulación para que todas las jurisdicciones puedan disponer de un espacio calificado para poder entrenar a sus recursos humanos. También estamos proponiendo al sistema de salud un nuevo rol profesional, el de técnico en emergencias sanitarias, entendemos que brindará un gran aporte como

lo viene demostrando en esta pandemia.

–De cara al futuro, ¿cuáles son los tópicos en los que planean enfocarse?

–Entre las prioridades que tiene el Ministerio de Salud es la accesibilidad a las vacunas. Nuestras secretarías a través de la Dirección Nacional de Emergencia y la Dirección de Acciones Territoriales colaboramos en operativos y formación de recursos humanos para poder dar respuesta a esta necesidad, La Secretaría de Equidad, colabora con los mecanismos de transferencias a las provincias.

También estamos enfocados en la cuestión alimentaria. Estamos trabajando fuertemente desde la Comisión Nacional de Alimentos en el derecho de la población a obtener información más precisa de los alimentos que se

“NUESTRA POLÍTICA NO BUSCA SOSTENER LA INTERNACIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PORQUE NINGUNA VIDA PUEDE CONSTITUIRSE DIGNAMENTE DENTRO DE LOS HOSPITALES. QUEREMOS CERRAR ESTE CAPÍTULO DE VIOLACIÓN DE DERECHOS EN NOMBRE DE LA SALUD”

consumen, instrumentando el Rotulado Nutricional Frontal (RNF) con el objetivo de revertir el aumento del sobrepeso y obesidad en el país. La propuesta busca incorporar el RNF en los envases de alimentos y bebidas

no alcohólicas, como una herramienta para proteger el derecho a la información de los consumidores y como una forma de protección del derecho a la salud y a una alimentación adecuada.

Otro desafío muy importante es instalar una cultura de calidad en los servicios de salud. Para eso, el Plan Nacional de Garantía de Calidad busca un liderazgo muy fuerte a través de la convocatoria de un Consejo Nacional de Calidad en el cual participen todos los sectores -privados, públicos y de la sociedad civil- y sean aliados estratégicos del Ministerio de Salud de la Nación para que los servicios de salud trabajen bajo una perspectiva de mejora continua.

Además, estamos enfocados en nuestra política de talento humano. Necesitamos solucionar algunos problemas que son estructurales como el de las especialidades críticas, como ocurre con la medicina general o la especialidad de terapia intensiva. Es importante generar incentivos concretos para que los jóvenes profesionales elijan capacitarse en estas especialidades y así planificar una mejor distribución de los trabajadores de la salud en nuestro país.

Finalmente, otro gran reto son las residencias médicas. Allí se ha tomado la decisión de brindar una formación transversal en bioética, derechos humanos, seguridad del paciente y perspectiva de género para todos los residentes, bajo el Sistema Nacional de Residencias Médicas. 