

GUILLERMO GONZÁLEZ PRIETO: “PARA QUE LOS PROGRAMAS DE SALUD FUNCIONEN ES CLAVE LA CONSTRUCCIÓN DE CONFIANZA”

Magíster en Economía y Gestión por ISALUD es subsecretario de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación y está al frente del Plan Operativo de Reducción de Mortalidad Materno Infantil de Adolescentes. Un desafío que significa revertir una cuenta pendiente con los sectores más vulnerables.

A partir del año 2000, cuando la Organización de Naciones Unidas (ONU) estableció los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los cuales se encontraban la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna, los índices en nuestro país –incluido el de los adolescentes y de las mujeres– no eran satisfactorios en relación a las tasas de mortalidad de otras naciones de la región. A su vez, la distribución de la mortalidad en Argentina mostraba un mapa muy desigual.

Para hacer frente a esta situación, en 2008 los ministros reunidos en el Consejo Federal de Salud, acordaron poner en marcha líneas de acción sobre esta problemática. Guillermo González Prieto realizó la maestría de Economía y Gestión en ISALUD, y fue para él una experiencia interesante que le permitió adquirir herramientas de planificación, organización y abordaje de problemas que como profesional de la salud no

había tenido en su formación. Participó en el diseño inicial del Plan Remediar y en el desarrollo e implementación del Plan Nacer.

–¿Qué balance se puede hacer al día de hoy del Plan Operativo de Reducción de Mortalidad Materno Infantil de Adolescentes?

–En sus comienzos el plan contemplaba algunas líneas de trabajo como el alta conjunta de la madre y el niño, la contra referencia, pero apenas se formalizó como una carta de intención. Recién en julio de 2009 con el equipo del actual ministro de Salud, Juan Manzur, se inicia cierto desarrollo porque hasta entonces había un plan conceptual pero no un modelo operativo de trabajo. Al principio nos encontramos con algunas dificultades porque si queríamos abordar la mortalidad materna infantil había que trabajar con algunos aspectos que tienen que ver con el programa de educación sexual y reproductiva, y para la infan-

til había una línea un tanto gris entre lo que es infantil y adolescencia. El primer trabajo entonces fue interno, armar un plan de trabajo que incluyera a los distintos programas en objetivos comunes. Decidimos ampliar el plan de reducción de mortalidad a adolescentes y mujeres por cáncer de cuello de útero e hicimos hincapié en priorizar aquellas provincias que tuvieran los índices más altos.

–¿Cómo fueron esos primeros resultados?

–No se puede hacer un análisis lineal porque las respuestas han sido variables y ello ha dependido mucho del fuerte liderazgo que hayan tomado los ministros provinciales para poder cumplir con las metas, y en algunos casos ese compromiso se dio y en otros no. No solo fue dispar entre las provincias sino que también la evolución fue dispar en función de la línea de mortalidad, por ejemplo Jujuy pudo avanzar muchísimo más en la disminución de mortalidad por cáncer de cuello y poner en marcha un programa que antes no existía para detección precoz con un aumento notable de la cantidad de mujeres que se empezaron a hacer estudios, lo que permitía la captación de aquellas que tenían resultados patológicos y quienes debían iniciar tratamiento; mientras hubo otras provincias como



La meta principal sigue siendo acelerar sobre todo la reducción de la mortalidad materna que quizá es uno de los índices que nos diferencia del resto de los países de la región como Chile y Uruguay que tienen la mitad de la nuestra.

Misiones en la que se abordó mucho el armado de redes perinatales para darle a las mujeres parturientas el lugar más seguro de acuerdo al riesgo. Nosotros no podíamos imponerles líneas de trabajo a las provincias.

–¿Cuáles eran las provincias que iniciaron el Plan?

–En una primera etapa nos enfocamos a las provincias del NEA, es decir Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa, y el NOA, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, La Rioja y Salta, que no entró todavía en el Plan Operativo, a las que se sumaron las cuatro regiones sanitarias del conurbano bonaerense, que son las que tienen los índices más altos de mortalidad materna e infantil. Se agregaron también provincias que tienen indicadores relativamente buenos comparados con la media nacional como Mendoza y San Luis. Las del conurbano son las que rodean estrictamente a la Capital Federal, la región sexta, la séptima, la quinta y la doce, que es quizá la más grande (La Matanza, con casi 2 millones y medio de habitantes). Un aspecto clave para que los programas de salud funcionen a nivel provincial e interactúen con los equipos nacionales es la construcción de confianza, y eso es lo que se logró con estas reuniones de trabajo que son muy buenas para generar estos espacios.

–¿La realidad de las provincias es similar a la de los municipios?

–Bastante similar aunque con sus matices. La Matanza, por ejemplo, desarrolló muy bien las redes perinatales en el tiempo de trabajo que tuvimos y logró disminuir muy significativamente la mortalidad infantil, no tanto la materna y empezó a trabajar con adolescencia y cáncer de cuello también. Pero la experiencia implicó para ellos un trabajo muy grande porque no existía el hábito de realizar una planificación y una reorganización de los servicios en función del desafío planteado y los resultados esperados también se pudieron ver reflejados allí.

–¿Cómo enfrentaron los problemas de acceso y educación?

–Si bien ambos temas surgen, tanto la accesibilidad desde el punto de vista geográfico como el tema de la educación que son determinantes importantes de la salud, no fueron los mayores inconvenientes que vimos. La atención estuvo mucho más enfocada a cuestiones que tenían que ver con aquellas herramientas que el propio sistema sanitario no estaba brindando como por ejemplo nos encontramos que en una región los centros de salud solamente les daban anticonceptivos gratuitos a las mujeres si venían

en el horario que estaba el ginecólogo o cuestiones que tenían que ver con algunos laboratorios donde se tomaban los Papanicolaou, pero esos exámenes citológicos se acumulaban y no los retiraban. O sea que los determinantes para la salud que tenían que ver con cuestiones sociales, geográficas, económicas los reconocemos y son importantes, pero lo que se hizo muy visible mientras desarrollábamos estos planes de trabajo fue que muchas de las limitantes eran puestas por el propio sistema de salud y en muchos casos eran de sencilla resolución. Es decir que el margen para empezar a mejorar que teníamos era muy alto, y que si bien los determinantes sociales de la salud sabemos que existen, el sistema sanitario por sí mismo todavía tenía un margen amplio para dar.

–¿De qué manera se planificó el plan en las provincias y municipios?

–Al principio se le ofreció a cada provincia y municipio que integraba el operativo un par de herramientas para las cuales nosotros teníamos un financiamiento específico, una de ellas se llama capacitación en servicio, esto además del plan de trabajo que tenía cada provincia. Le proponíamos trabajar en forma conjunta durante tres o cuatro días, con intercambio de enfermeras y profesionales hasta realizar un primer diagnóstico, y de esa manera llegamos a tener hasta 200 capacitadores en servicio trabajando en todo el país, en distintas áreas de la salud de la mujer.