

CARLOS ROSALES: “NO HAY UNA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE SALUD”

Con más de 30 años de experiencia en la gestión de recursos humanos, Carlos Rosales habla de los principales problemas de los sistemas de salud y ofrece un panorama sobre la región. Trabajó durante una década en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfocado en los recursos humanos y formó parte del programa *Mais Médicos*, que en Brasil impulsó la expresidenta Dilma Rousseff con el aporte de profesionales cubanos.

Actual docente en la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad habla de la atención primaria, del desbalance entre la cantidad de médicos y enfermeras, de la mala distribución de los profesionales de la salud y de un boom de escuelas que en muchos casos no tomaron en cuenta para la formación lo que el sistema necesita.

–¿Hay una brecha entre la oferta y la demanda de profesionales en la región?

–En la región hay un predominio de hospitales públicos. Lo que significa que el Estado se hace cargo y es el garante del desarrollo de la salud. Esto implica que en función del modelo del sistema elegido se determine cuál es la demanda del personal de salud. Desde los años 80 hasta hoy, la presión grande fue el desarrollo de la Atención Pri-

En salud casi el 70% del presupuesto se va en personal y es un sector con mano de obra intensiva porque todavía no se inventó la maquinita que haga el diagnóstico de un paciente

maria de la Salud, pero ese desarrollo no siempre se dio de acuerdo con lo esperado. La atención primaria muchas veces se confundió con el primer nivel de atención, el básico, cuando debe garantizar el acceso del paciente a todos los niveles de la atención especializada. En la práctica y durante muchos años, se pensaba que el primer nivel podía ofrecerse con un equipo mínimo de salud y en muchos lugares se hablaba de que no hacía falta un médico porque bastaba con un enfermero o un agente comunitario. Ahí está la confusión. La atención de un médico es imprescindible. Desde 1978 hasta 2005, hubo un desarrollo totalmente desigual de los sistemas de salud en la región en el marco de la atención primaria.

–¿Qué países trabajaron mucho y bien en atención primaria?

–Cuba, Chile y Costa Rica son los países insignias en el desarrollo de la atención primaria en la región con tres modelos diferentes (también Uruguay). Argentina realizó muchos esfuerzos en algunas provincias, el problema ha sido que el federalismo hizo que cada una tenga un desarrollo desigual. Por otro lado, a partir de los años 80, Brasil empezó con el Sistema Único de Salud (SUS) que apuntó a la atención básica, en-

tendida como el primer nivel de atención, y que alcanzó más de 20 mil equipos de salud, siendo la meta final de 40 mil. Hubo otros casos como el de Colombia, que privatizó el tema de la prestación del servicio, y Chile, que apuntó a un modelo mixto, pero los recursos humanos no son independientes de los sistemas de salud, porque según la visión que se tenga es también la demanda y la escasez de personas.

–¿El desbalance entre médico-enfermero es grande en la región?

–En teoría, se estima que debería haber dos enfermeras por médico, pero con la desregulación del mercado, lo que ha ocurrido es que haya más médicos que enfermeras. El desarrollo de la salud adquirió una dinámica propia y se abrieron muchas más escuelas de medicina en la región (República Dominicana llegó a tener más de nueve escuelas de medicina; Costa Rica, ocho, y Brasil más de un centenar). Hubo un boom de la formación, pero con variables diferentes en relación con la calidad y la pertinencia de los perfiles que necesita el sistema. Y son pocas las escuelas que han formado desde la lógica de la atención primaria y la promoción de la salud, como lo ha sido en el caso de Cuba, donde han formado médicos con la lógica de atención y espacio poblacional. En la región, además de un desbalance en la proporción médico-enfermero, también hay muy mala distribución porque los trabajadores de la salud se concentran en los centros urbanos para tener mejor calidad de vida, mejor infraestructura y más acceso a servicios, tecnología y capacitación.

–¿De qué manera los procesos migratorios recientes pueden contribuir a una distribución más equilibrada de los recursos humanos?

–Si cada país tuviera claro cuál es el sistema de salud que quiere, podría planificar qué recursos humanos necesita y alentar la formación de personal. ¿Qué ocurre con eso? Los países no trabajan de manera sistemática y como política de Estado el desarro-



Más Médicos revirtió muchos números en salud: bajó la cantidad de internaciones, mejoró el control del embarazo y la atención al niño en lugares donde no había profesionales y benefició la atención de las enfermedades vinculadas a la atención primaria

llo de un modelo de salud. La lógica política muchas veces interviene sobre la lógica cultural de generar una visión mucho más permanente y sustentable, por ejemplo, el SUS en Brasil empezó en los ochenta y se mantuvo como una política de Estado. Ahora el brazo operativo del sistema ha sido el desarrollo de la medicina familiar y comunitaria. Cuando se trabaja con esa lógica a 20 o 30 años se puede generar un movimiento permanente hacia ese modelo, pero cuando la lógica política cambia cada cuatro o seis años y se empieza todo de nuevo, no hay tiempo para transformar algo y siempre hay un alto grado de incertidumbre.

–¿Qué pasa cuando el contexto económico y social ahoga el modelo?

–El tema recursos humanos ha tenido épocas complicadas, en salud casi el 70% del presupuesto se va en personal y es un sector con mano de obra intensiva porque todavía no se inventó la maquineta que haga el diagnóstico de un paciente. Aun así, la variable de ajuste más importante siempre son los trabajadores. En los 90, una época de mucha flexibilización y precarización de las condiciones de trabajo se constató que había como cinco formas de contratación diferentes y el personal no tenía ninguna estabilidad. Cuando las condicio-

nes laborales son precarias no hay ninguna posibilidad de fidelizar a las personas para prestar el mejor servicio posible. El pluriempleo del médico, que atiende en el sector público y privado y tiene su consultorio, hace que la organización del trabajo en el sector sea muy compleja. Tenemos problemas de dotación y distribución, con condiciones de empleo totalmente precarias. Así, mientras los europeos mediante la OCDE han logrado una mejor dotación de formación y fueron generados estándares únicos que les garantizan cierta estabilidad laboral, en la región, siempre vamos a la cola de los cambios políticos. Si uno tropieza cae al precipicio.

–¿El programa Más Médicos (Mais Médicos) de Brasil es replicable a otros países?

–Yo creo que sí, pero eso implica tener una política de salud clara y el financiamiento adecuado para cumplirla. Ahora América latina a nivel mundial es una de las regiones que tienen más movimiento y desarrollo en los temas referidos a salud, distinta a Europa que tiene un gran nivel de estabilidad y cuando uno analiza la región es como un laboratorio. El programa Más Médicos revirtió muchos números en salud, bajó la cantidad de internaciones, mejoró el control del embarazo y la atención al niño en lugares donde no había médicos y benefició la atención de las enfermedades vinculadas a la atención primaria. Surgió por una fuerte presión social, que se había manifestado con la participación de gestores y secretarios municipales de salud impulsores de toda una movida que reclamaba dónde están los médicos. Hubo movilizaciones sociales donde no había médicos y esa urgencia llevó a un empoderamiento de la proclama que, surgida en tiempos de Vilma Rousseff, cuando sube Temer no se atrevieron a tocar. Y no lo harán salvo que en las próximas elecciones gane Jair Bolsonaro (el candidato de la ultraderecha y cuestionador del programa). De hecho, se firmó una entre la OPS y el ministerio de salud del Brasil su extensión hasta el 2023. Es decir que el programa tiene sostenibilidad porque tocarlo afectaría gravemente la base social.



En Argentina cuesta muchísimo pensar a cada provincia como país. No hay una visión compartida del modelo de salud y se ven algunas con buenos índices y otras con problemas muy serios

–Días atrás, el gobierno de Río Negro analizaba la posibilidad de cubrir con médicos venezolanos cerca de 60 vacantes en hospitales ¿qué impacto tendría eso hacia el interior?

–Hay que aclarar que una cosa es cuando se hace una migración de médicos para cubrir una necesidad y otra cuando se la está pensando como una política del sistema de salud, y digo esto porque Más Médicos está pensado como una función sistémica. De hecho, tiene tres ejes de trabajo, el desarrollo de infraestructura en el primer nivel de atención, la formación de personal y de médicos generalistas con visión en atención primaria y especialidad en salud familiar y comunitaria y, por último, la provisión de emergencia que es a donde se movilizan los médicos. Ese trabajo coordinado impactó en las escuelas de medicina descentralizadas para formar a los profesionales en los estados que hacen falta. En la Amazonia, por ejemplo, se hizo una inversión en infraestructura muy grande para generar más equipos básicos de salud. Y por otro lado se hizo el convenio tripartito entre Cuba, Brasil y la OPS para movilizar médicos de Cuba a Brasil, pero como en teoría ellos no podrían ejercer porque tenían que hacer el proceso de acreditación, lo que se hizo fue hacerles un curso de especialización en atención primaria para que vengan como becarios. Durante esa beca de tres años realizan la especialidad en salud familiar y llevan adelante la puesta en práctica de un proyecto de trabajo, no reciben un salario sino una beca. Los municipios se hacen cargo de la vivienda, la alimentación y el transporte y el ciudadano cubano sigue percibiendo su salario y los aportes previsionales, es decir, el programa no resulta de una migración espontánea, sino programada. En Argentina cuesta muchísimo pensar como país a cada provincia. No hay una visión compartida del modelo de salud y se ven provincias con buenos índices y otras con problemas muy serios. En este contexto, llama la atención que surja en Río Negro esta idea de contratar médicos extranjeros y con salarios que se suponen altos.