

MARIANO ALTHABE: “OPTIMIZAR EL TRABAJO DE LA GENTE PERMITE UNA MAYOR EFICIENCIA DE COSTOS”

Haber recorrido extensos territorios por el interior del país cuando coordinaba el Programa de Médicos Comunitarios, así como el tener que ocupar hoy el cargo de secretario de Salud en el Municipio de Esteban Echeverría, le otorgan a Mariano Althabe una importante cuota de experiencia que le permite mirar la realidad sanitaria del país como si tuviera un GPS. Realizó la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social en la Universidad ISALUD, capacitación que le brindó herramientas indispensables para su ejercicio en la función pública.



-¿Cómo fue esa primera experiencia en el programa de Médicos Comunitarios?

-Algo muy distinto a lo que uno se puede imaginar en una tarea dentro de un Ministerio, ya que estuvo muy asociada a un programa con mucho trabajo de campo, tenía que viajar al interior del país una o dos veces por semana y eso fue así durante tres años. Había mucha actividad comunitaria por hacer. Eran los comienzos de 2003 y en aquel entonces me encontré con una realidad de la que uno tiene muy poca dimensión cuando la mira desde un lugar geográfico tan céntrico. Había lugares muy distantes, lejanos, con

muy pocos recursos humanos. Ya se había implementado el Plan Remediador y la sensación que tengo ahora, a la distancia, es que hoy todo está más cerca, a dos metros de distancia. Pero es como la historia del *conejo y la zanahoria*, son dos metros y todo parece más cercano, hay recursos financieros y humanos, cosas para hacer, pero al mismo tiempo es muy compleja la tarea de coordinación, ponerle un Norte a todo eso. Y el problema más grave de la salud hoy es su alta fragmentación que tiene que ver más con una cuestión cultural de los recursos humanos. No es un problema de financiamiento sino de una cultura sanitaria fragmentada

que seguimos reproduciendo cada vez que hacemos un programa.

-¿Qué dejó aquello de positivo?

-Era un momento de crisis muy profunda y el desafío que para mí tomó el entonces Ministro de Salud, Ginés González García, fue el de armar una estructura en función del primer nivel de atención en el interior y que facilitara el acceso a los medicamentos. Esa decisión política era contracultural a lo que estaba pasando porque no era el mismo discurso de prevención y atención primaria que ya venía de los años 70. En 2001 cuando la gente se la pasaba haciendo colas en los hospitales, hubo que focalizar la inversión en los medicamentos y no a través de los hospitales si no en las unidades sanitarias. Y eso es lo que resultaba contracultural a la época. A lo largo del tiempo uno puede decir que aquella determinación política llegó para quedarse porque fue tan profundo ese cambio que hoy no hay vuelta atrás, el plan ya está instalado, igual que los cerca de 300 centros integradores comunitarios y los 8500 centros sanitarios.

-¿La situación sanitaria del interior es similar a la del conurbano?

-No, porque si bien cuando yo ingresé a la función pública en Esteban Echeverría en 2007 la realidad económica era completamente distinta, con un movimiento laboral y social muy importantes, y un cordón más pujante en relación a las obras públicas, la capacidad de dar respuesta a los bolsones de pobreza era más lenta debido a los crónicos problemas estructurales. En el conurbano se da una situación inversa a las provincias porque hay mucha más concentración de gente en áreas mucho más reducidas, lo cual genera una situación social compleja. Todos los indicadores de hoy en rela-

ción al 2003 son mejores, pero sigue habiendo debilidades en el sistema sanitario. Por ejemplo, la red sanitaria no funciona como tal en toda su integridad, con un nivel primario de atención que no siempre está bien articulado con el segundo nivel, ni con los distintos municipios ni las provincias. Y la inmediatez de respuesta que exige el conurbano deriva muchas veces en niveles de confrontación, y eso, en el día a día, si no adquirís dinámica te aplasta, te pasa por encima. Es una de las dificultades que se presentan para la gestión pero al mismo tiempo es un desafío poder superarlas.

-¿Cuál es la realidad del partido de Esteban Echeverría?

-Es un distrito que creció mucho y hoy tiene 300.000 habitantes. Un 50% tiene cobertura social, y el otro 50% son naturales del espacio público. Toda la salud pública es municipal, no hay hospitales provinciales. Tenemos el Hospital Municipal Santamarina, con financiamiento exclusivamente municipal y 28 unidades sanitarias. Como medida de gestión me parece que lo más importante es pensar y determinar primero qué es lo que uno quiere y después buscarle la forma de financiación y concretarlo. No al revés. El área de salud demanda entre un 35 y un 40 por ciento del presupuesto municipal. Y dentro de ese porcentual, el 85% de los fondos van a recursos humanos y el 15% se destina a presupuesto operativo, que se torna pesado porque hay que hacerse cargo del equipamiento y de 1020 agentes (con 480 médicos del primer nivel y 390 del segundo nivel de complejidad), con un retraso importante en la estructura edilicia. Igualmente se avanzó mucho: hay una guardia nueva, se logró equiparar la escala salarial del municipio con el de la provincia, se rearmó la estructura de enfermería,

que hoy tiene un plantel de 120 enfermeras para un hospital de 150 camas. Hay toda una planificación para seguir creciendo.

-Mirando hacia el futuro ¿cuáles son los desafíos en el mediano plazo?

-En lo inmediato habría que pensar en un sistema de salud público con un financiador único; articular una red basada en niveles de complejidad y no en tipos de servicios; apuntar a una formación orientada a la resolución de los problemas y también a estructuras sanitarias que estén al servicio de la gente. Hay que empezar a administrar mejor los recursos, porque se vinieron arrasando muchos años de un divorcio que fue casi intencional en este aspecto. Cuando llegué al municipio de Esteban Echeverría se vivía una situación compleja, con toma del hospital, salarios atrasados, falta de insumos y equipamiento ocioso por descuidos burocráticos.

Creo que hay que romper con ciertos esquemas que están más enquistados por cuestiones culturales y no seguir alimentando un circuito que siempre termina mal porque un respirador no anda o no se lo puede reparar, o porque faltan camas. Optimizar y coordinar el trabajo de la gente permite tener una mayor eficiencia no sólo de costos sino también de organización. Los costos siempre se ponen primero y eso es un error. En tres años se puede avanzar mucho coordinando mejor las estructuras de salud. Hay mucho margen de ahorro allí, entre un 30 y un 40 por ciento, que se puede alcanzar con una mayor eficiencia en la gestión. Por eso los problemas en salud hoy no sólo responden a cuestiones financieras, ya que hay respuestas que se pueden dar cuando se trabaja con la premisa de ser más efectivos, articular los recursos, establecer líneas de trabajo y administrar mejor. 