

SERGIO WISKY: “EL SISTEMA SANITARIO SE GESTIONA COMO A MEDIADOS DEL SIGLO PASADO”

Médico con una extensa trayectoria en la gestión hospitalaria, ex intendente de El Bolsón y actual diputado nacional y miembro de la comisión de Salud de la cámara baja, describe en esta entrevista la situación de la atención en su provincia y los desafíos del sistema

El mismo día que había sido acordada la entrevista con la revista ISALUD, en el Anexo ubicado frente al Congreso de la Nación, la noticia publicada en el diario Río Negro, su provincia natal, hacía referencia al éxodo de profesionales de los hospitales públicos que preocupaba a las autoridades sanitarias locales, que evaluaban cubrir esas vacantes con médicos venezolanos. Sergio Wisky es diputado nacional desde 2015 (Unión PRO de Río Negro), se define en su cuenta de Twitter como “bien patagónico” y admite que “la falta sobre todo de médicos generalistas es un problema que aqueja a la provincia”.

Se le suma a eso la fuerte demanda incrementada en estos últimos años de pacientes del sector privado que vuelven al público debido a la crisis económica. Activo participante desde su banca apoyó la aprobación reciente de la llamada ley Justina, que mejora la normativa para aquellos pacientes que esperan por un trasplante, y la despenalización del aborto, cuyo debate en el recinto celebra como una manera de aprender a convivir con la diferencia.

–Usted fue intendente de El Bolsón y director de hospital público ¿cómo hace para no perder referencia de los problemas de un pueblo chico?

–Es que es imposible no tener el arraigo cuando desde chico yo acompañaba a mi madre docente a visitar a sus alumnos que faltaban a la escuela. Ese vínculo que ella despertaba con su gente me impactó mucho. Ella no hacía política, pero ese servicio social que brindaba era una manera de hacerla y en el buen sentido. Además, yo provengo de la universidad pública, me recibí en La Plata e hice mi residencia en el Hospital Zonal Bariloche, en clínica médica, y después continué dos años más de especialización en terapia intensiva.

Fui también director de hospital en la zona del Alto Valle desde donde recorría los distintos pueblos. Los problemas son casi los mismos, cambian los volúmenes que son menores, y en la lógica de cómo se arma un sistema de salud se tiene que tener muy en cuenta el tema de los traslados, todo lo que es derivación requiere de una estructura bien armada, eso es clave.

En Río Negro hay cuatro hospitales de referencia que están en Bariloche, Alto Valle, General Roca y Viedma, a los cuales se hacen derivaciones de los 39 hospitales más chicos, en distancias de 100 a 300 kilómetros que atraviesan zonas complicadas y con traslados en ambulancias. El servicio aéreo se utiliza en casos de derivaciones cardiovasculares hacia la zona del Alto Valle, oncológicas en Bariloche y



Ramón Carrillo decía que ayuda o cura más un buen político que un médico, porque la salud es una construcción tan compleja que la última parte del sistema sanitario deben ser los médicos. En un sistema territorialmente extenso como el argentino, si no se tiene una política activa y dinámica, se termina concentrando todo en las grandes ciudades y los recursos se hacen escasos en la periferia

a Buenos Aires, en casos de trasplante. Y todo eso tiene que estar muy bien coordinado.

—¿A qué atribuye esta convocatoria a médicos extranjeros para su provincia?

—En primer lugar hay un aspecto que trasciende lo local y es que básicamente está cambiando el perfil de los recursos humanos que es un problema mundial, el médico sigue optando por marcharse a las grandes ciudades. España padece los mismos problemas en regiones similares a la nuestra, donde el profesional se queda en grandes zonas urbanas como Barcelona, Valencia o Madrid.

En el caso rionegrino, tenemos buena cobertura en atención primaria, con muy buena capacitación, pero nos faltan especialistas que emigran a Buenos Aires, Córdoba o Mendoza. Además, en la época en que yo me formé era muy deseado hacer atención médica con guardias incluidas, esencial para nuestra formación y una cuestión hasta cultural. No nos sentíamos profesionales si no las hacíamos y hoy esa situación cambió, en parte porque no está la misma vocación.

Por otro lado, hacer guardias en regiones donde el traslado en una ambulancia puede significar recorrer más de 300 kilómetros por cami-

nos inseguros y con hospitales desbordados derivó en la situación que estamos viviendo. La migración de médicos venezolanos es un recurso humano de alta calificación con especialidades y hasta algunos con maestría y posgrados, y eso abre una alternativa beneficiosa para el sistema.

—¿Cuánto debilita la fragmentación al sistema de salud?

—Es una cuestión de decisión política, en eso coincidí con Luis Scervino (ex titular de la Superintendencia de Servicios de Salud). En Río Negro la salud pública es rectora del sistema, no estamos gobernados por el sistema privado, porque si bien éstos tienen un buen desarrollo tecnológico nuestros hospitales públicos son muy potentes, hay una buena política salarial, aunque obviamente pagar más sería mucho mejor, pero no estamos tan alejados.

En el hospital de Bariloche entre un 70 y 80 por ciento de los médicos son full time, no trabajan en el sector privado, tienen el título retenido y eso te da una consistencia institucional distinta a la que se puede tener en Buenos Aires donde una gran mayoría trabaja un par de



Hay que prestar mucha atención a cómo se hacen las rutas y se distribuye el agua, a cómo se organizan los hospitales, los sistemas de seguridad, a cómo prevenimos la violencia urbana porque en definitiva todo eso no se resuelve adentro de un hospital ni con una buena enfermera o un buen médico

horas en el público y luego se va al privado. En el hospital de Bariloche o en el de Viedma se da esa característica, médicos cien por ciento hospitalarios lo que da una política de recursos humanos distinta.

El sistema sanitario rionegrino tiene un promedio de estadía

de pacientes con una misma enfermedad de seis días, mientras que el privado es de tres días, si se optimiza la gestión hay un 50% de operatividad mejorable (hay que mejorar los servicios complementarios como rayos y laboratorios). Y en las consultas por guardia sucede otro tanto.

—¿Cómo afectó el alza de las tarifas a una región productora como Río Negro?

—Nosotros podemos ver el vaso medio lleno o medio vacío con el tema del dólar, el productor que exporta está muy bien, con la competitividad del cambio, pero el productor chico está con dificultades y ahí es donde tiene que trabajar el Estado para ver cómo ayuda.

Nosotros tenemos niveles de pobreza semejantes al país, en algunas regiones más que en otras y constituimos mucha migración interna, la ruralidad se ha perdido mucho, somos una provincia muy extensa, la mayoría se ha ido a vivir a las grandes ciudades y se formaron cordones de pobreza allí, y el sistema sanitario lo siente.

En los centros de atención primaria nos falta mayor extensión horaria para que la gente

que vuelve de sus trabajos no tenga que ir a la guardia del hospital fuera de hora. El sistema así se resiente, el 60% tiene obra social, en algunos 70%, además 140.000 rionegrinos tienen la obra social provincial, y otros tantos tienen obras sociales nacionales, el PAMI tiene 90.000 afiliados, en comercio hay casi 120.000.

Así que hay buena cobertura para una población cercana a los 700.000 habitantes, pero lo que falta es equilibrar lo que pagan las obras sociales a los hospitales públicos, que es un 15% de lo que le paga al privado por la misma práctica médica. Ahí se debe mejorar.

—¿Qué experiencia recogió de la maestría en ISALUD para la Gestión Pública?

—Yo hice dos maestrías, una la de Gestión en Economía de la Salud y la otra en Sistemas Previsionales y Sanitarios. A mí, sin duda, me cambió la mirada no solo técnica y médica sino también la mirada política de la gestión fue un cambio copernicano, me llevó a meterle mucha más inteligencia a la toma de decisiones y uno de los aspectos que aprendí fue a analizar los procesos, a mirar la película completa y no sacar una foto para ver qué pasa, que eso lo veo mucho aquí.

Hay demasiado voluntarismo con las leyes, que luego terminan siendo fotos porque no tienen el desarrollo de una política sanitaria, están las voluntades y el marco legal pero después quedan vacíos porque no tienen el espíritu que requiere el proceso asistencial y convertirse en un derecho ejecutable. Uno como médico asiste a un paciente y como sanitarista atiende a todo el proceso. Como me dijo alguna vez Ginés González García “el médico atiende de a uno, pero en la función pública se atiende de a dos mil”.

—¿Qué dejó la media sanción de la despenalización del aborto en Diputados?

—La despenalización del aborto me interesó por mi vocación sanitarista y como política sanitaria es un paso adelante. Las sociedades que avanzan en la ampliación de los derechos de género son sociedades maduras. Y eso está demostrado.

Otro beneficio es la externalidad positiva que

tiene, el sistema político puede sentarse a discutir un tema que es complejo y antagónico, ahí no hay términos medios y esa externalidad nos ayuda mucho a los argentinos a debatir sin enojarnos.

No hay política pública posible si no se la tiene arriba de la mesa midiéndola, lo que no se mide no se puede gestionar. Y no lo estábamos midiendo porque todas eran inferencias de datos oscuros y además no hay posibilidad de hacer una política sanitaria cuando es ilegal.

–Mirando hacia adelante ¿qué es lo urgente en materia de salud?

–Mi diagnóstico es que el sistema sanitario tiene un modelo de gestión que es de mediados del siglo pasado a la hora de tomar decisiones, de la época en que proliferaban las enfermedades infecciosas y hoy tenemos una población con varias cargas de enfermedades por encima de las crónicas, con un amplio plan de vacunas y una mayor edad de la población.

Pero en Argentina nos cuesta mucho tomar decisiones de gobernanza y hay que dar un salto de calidad en la gestión organizando diferente

el sistema sanitario. Nosotros tenemos el Consejo Federal de Salud (Cofesa) que es el lugar donde se toman las decisiones políticas pero después cada provincia es la que ejecuta, y esa forma de gobernanza a los argentinos nos cuesta mucho.

Hay que tratar de alinear el financiamiento, el modelo asistencial con el modelo de gestión, articular esas tres áreas y que la decisión sea política. Uno de los sistemas que pueden alinear mucho es el seguro de alto costo, el catastrófico, pero para que eso tenga valor el decisor debe tener el apalancamiento político para que las decisiones se ejecuten, eso es clave porque se mete en un lugar que es el gasto expansivo. Ahora el caño, por decirlo de alguna manera, por donde se desangra el sistema sanitario es en el gasto catastrófico y si nadie pone el dedo para frenar la hemorragia, el gasto de alto costo resulta cada vez más inequitativo y accede aquel que más recursos tiene. Ese salto en gastos catastróficos que genera mayores recursos de amparo es clave para armar un sistema de gobernanza diferente. 



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.



Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

cursos.fecliba.org.ar