

ENTRE LOS PROFESIONALES SE DESTACA EL LEGADO DE LOS DOCTORES BADARACCO Y JOAQUÍN GARCÍA. NORTE DE CORRIENTES ENTREVISTÓ A CUATRO PUNTALES DEL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA: LA JEFA DE LA DIVISIÓN DE INFECTOLOGÍA Y DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN, MARÍA DEL CARMEN BANGHER; LA JEFA DE LA UNIDAD CORONARIA, STELLA MARIS MACÍN; LA SUBJEFA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS, PERLA BARRIOS, Y EL SUBJEFE DE INTERNACIÓN GENERAL, JOSÉ MARÍA SILVEYRA.

VIENE DE LA PÁGINA 22

hacer una adecuación.

Silveyra: -También el Departamento de Cardiología Infantil es excelente, está dentro de los tres mejores del país, luego del Garrahan y del Sor María Ludovica de La Plata en cuanto a cirugías congénitas. Se operan 300 por año de diferentes patologías congénitas y de otras un poco más complejas.

-¿Cómo se avanza en investigación?

Macín: -Trabajamos con muchos productos médicos antes de lanzarlos al mercado que ya pasaron por las fases iniciales; tenemos controles de farmacovigilancia y de investigación. Se trata de productos que son pioneros en otras patologías. En ese sentido, a nivel nacional somos una referencia. Nos contactan desde Estados Unidos para un proyecto de investigación como referentes a nivel nacional porque tenemos los estándares, ya sea en laboratorio, en la parte de docencia, en investigación.

-¿Cómo se llegó a esos estándares?

Bangher: -Desde hace más de 25 años que viene trabajando gente que tiene nivel académico reconocido y al tener una institución con normas claras de trabajo, con una acreditación continua bajo estándares nacionales o internacionales, entonces los patrocinadores que son de la industria farmacéutica lo ven, son estándares de buena práctica clínica. Así seleccionan al centro porque saben que el investigador está formado, que el laboratorio y las instalaciones califican. Siempre se hace una visita de selección, se piden las acreditaciones necesarias y como se cumplen y los caminos ya están hechos, lo avalan para que puedan hacer investigación.

-¿De qué manera advierten las mejoras que traen aparejadas los nuevos aparatos?

Barrios: -A lo largo de estos años yo tuve la experiencia con los tomógrafos, los viejos y los que fueron llegando con detectores, de cortes más finos y realmente la incorporación tecnológica fue un salto de calidad. Nosotros tenemos la posibilidad de usar eso en el paciente que está crítico, que está con sospecha de que si la aorta está disecada, o con un AVC agudo, es muy importante. Significa definir la conducta mucho más rápido, siempre a favor del paciente. Yo viví esa parte y fue un salto. Después todos los otros estudios, como el de mamografía que cambió mucho la historia de acá.

Macín: -En cardiopatía isquémica, por ejemplo, cuando comenzamos, ingresaban pacientes con infartos y las arterias estaban bien, pero decimos tiene un infarto por una arterioesclerosis que se rompió una placa y se accidentó, pero no la veíamos. Fueron apareciendo las distintas técnicas como la tomografía, la angiotomografía, donde se veía que estaba la placa, y ahora el ecointracoronario o la tomografía intracoronaria realmente es algo maravilloso. Es fascinante porque se puede ver la fisiopatología, ver qué es lo que le ocurrió para que le acontezca el infarto. Hemos aprendido mucho con estas técnicas y el Instituto fue uno de los primeros centros de Argentina que cuenta con esta tecnología.

Silveyra: -Tenemos la suerte de trabajar en un lugar donde contamos con todo.

Macín: -Podés pedir lo que quieras. Por ejemplo, ingresa un ACV y ya tenemos todo montado. Antes de las tres horas tenemos todas las imágenes para decidir perfundir el ACV isquémico, que antes eso no ocurría. Tenemos un equipo de terapistas que se están formando en el extranjero para atender el infarto agudo.

-¿Cómo es la vida dentro del Instituto?

Bangher: -La doctora Macín dice que ésta es su primera casa. La vida es intensa, es muy vertiginosa. La demanda de camas es tan alta que lleva a que muchas veces estemos en estrés continuo. Yo me formé en un hospital público, donde a veces el tiempo transcurre mucho más lento, pero acá tenemos que solucionar todo ya, porque ese paciente requiere esa solución y hay tres o cuatro esperando para ocupar ese lugar. El nivel de exigencia y de autoexigencia es alto porque tenés la vara muy alta, pero la satisfacción que se siente cuando alguien te agradece por la atención, por la contención, es mucha, por eso se sigue adelante. Nuestras familias muchas veces nos reclaman porque estamos pendientes del celular, los hijos te reclaman.

-¿Quiénes los impulsaron a trabajar de esa manera?

Macín: -Tuvimos gente como el doctor Jorge Badaracco y el doctor Joaquín García, que eran eminencias. Si no hubiese sido por ellos, esto no estaba. Fueron un ejemplo, porque la idea de lo que se gestó acá fue de ellos.

Barrios: -Eso yo lo vi al terminar la Residencia. El punto de diferencia es que los que enseñan están al lado. Es tener la experiencia al lado y eso se fue trasmitiendo.

Silveyra: -Es importante estar; el tiempo acá es mucho, pero la gente lo cumple porque es parte del trabajo, estamos acá cuando las cosas ocurren.

-¿La asistencia es la misma para todos los pacientes?

Bangher: -Acá se atienden a todos los pacientes, tengan o no obra social. La cantidad de pacientes indigentes que tenemos nosotros y que se atienden tanto en consultorios externos o en terapia o en la Unidad de Cuidados Intensivos no salimos a decirlo. En el programa de atención del mal de Chagas en pacientes adultos tenemos más de 600 registrados, a los cuales se les hacen todos los estudios y no tienen obra social. Una parte del legado es que se atienden a todos los pacientes independientemente de su condición.

Silveyra: -Probablemente la mitad de los internados no tengan obra social. Esa no es una condición. La condición es la enfermedad, no la obra social. Si tiene un infarto, tiene un infarto, y se trata de igual manera al que tiene una obra social prepaga como al que no tiene ningún tipo de cobertura. Se pone el mismo stent, se utiliza el mismo fármaco, ocupan las mismas camas y las mismas habitaciones.

Pacto 30-30-30

e **POR MAUREEN BIRMINGHAM ***

En ocasiones, cuando hablamos de Salud Universal, puede parecer un concepto muy amplio. Sin embargo, su definición es muy clara y existen recomendaciones muy concretas para que las personas puedan efectivamente ejercer su derecho a la salud.

La Salud Universal significa que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, de calidad, cuándo y dónde los necesitan, sin exponerlas a dificultades financieras, que les permitan una vida saludable para su desarrollo humano y bienestar. Es el fundamento de un sistema basado en los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad.

Para eso es necesario que los países transformen sus sistemas de salud hacia un modelo de atención basado en la Atención Primaria de la Salud (APS), trabajando en redes integradas de servicios de salud (RISS). Y esto no quiere decir que se trate de brindar servicios básicos, sino todo lo contrario: consiste en un enfoque amplio e integral de la organización y operación de los sistemas sanitarios en el que los diferentes centros de salud de cada localidad -desde el más pequeño hasta el hospital más grande- estén comunicados y funcionen en red, como para que cada persona se pueda atender en el lugar más apropiado de acuerdo con sus necesidades y su cuadro de salud.

La APS consiste además en centros de salud que estén conectados con su comunidad, es decir, que tengan información sobre la situación de salud de las personas que residen en su zona, que ofrezcan servicios de salud continuos, resolutivos y basados en las necesidades de las personas y su comunidad y que, a su vez, la comunidad tenga voz y participación en la gobernanza. Además, la estrategia de APS es proactiva e integral; o sea, no simplemente espera que se enferme la población para tomar acción, sino lo contrario, comprende acciones con participación de la comunidad para promover la salud y prevenir enfermedades, y ofrece servicios curativos, de rehabilitación y de cuidados paliativos.

También es necesario que los gobiernos inviertan (porque no es "gasto", es inversión) de manera eficaz al menos un 6% del Producto Bruto Interno (PBI) en salud. Según la evidencia, este mínimo nivel de inversión pública en salud es necesario y además está directamente relacionado no solamente con una mejora en la salud de la población, sino también con menos pobreza causada por un problema de salud; es decir, más inversión pública en salud resulta en menos gasto de bolsillo, especialmente para personas en situaciones de vulnerabilidad. Por eso, es aún más importante esta inversión en tiempos de crisis socioeconómica.

En este punto, es importante considerar que la inversión total de Argentina en salud alcanzó en 2017 el 9,4% del PBI, de acuerdo con un análisis realizado recientemente por la Dirección de Economía de la Salud de la Nación, con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). De la cifra total, el 2,7% corresponde al gasto público; el 3,9%, al gasto de la seguridad social -incluyendo al Pami-, y el 2,8%, al gasto privado.

De todas formas, cuando nos acercamos al Día de la Salud Universal, que se conmemora cada 12 de diciembre, nos encontramos con que los avances en el acceso a la salud y la cobertura de salud evolucionan lentamente en los países de las Américas, principalmente por la persistencia en las barreras de acceso. Estas barreras pueden ser geográficas, de género, de edad, etnia, culturales, socioeconómicas o institucionales, entre otras. En este contexto, la OPS/OMS lanzó el "Pacto 30-30-30, APS para la Salud Universal", un llamado de acción a los países para que transformen los sistemas de salud para 2030 -con vistas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible- con base en la APS; que eliminen las barreras de acceso en al menos un 30%; y que aumenten el gasto público en salud e inviertan al menos el 30% de estos recursos públicos en el primer nivel de atención. Todo eso para tener un máximo impacto y equidad en la salud de la población, además de máxima eficiencia en el uso de los fondos públicos.

El Pacto 30-30-30 es un llamado para asumir no solamente con palabras, sino con acciones aceleradas y basadas en pruebas científicas, el compromiso de Salud Universal para que todas y todos en las Américas, independientemente de su género, etnia, cultura, edad o situación socioeconómica o geográfica, puedan ejercer sus derechos plenos de autodeterminación, salud y bienestar. Es un llamado para seguir derribando las barreras a la salud en la búsqueda de equidad y justicia social para todas y todos.

(*) Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina.