

El sistema de salud en Argentina: Desafíos y un modelo emergente en OSPAT

En el recorrido por los encuadres dominantes respecto al sistema de salud argentino actual, un modelo parece monopolizar cualquier análisis: el del financiamiento.

La tradición del tratamiento, análisis y sistematización de conocimiento relativo al sistema de salud nacional (aunque también ocurre en los análisis de los sistemas de salud de otras partes del mundo) es esencialmente economicista y está centrada en la observación de la circulación del dinero ¿Quién financia? ¿Hacia dónde se derivan esos recursos? ¿Alcanzan los recursos? Ésas y pocas más parecen ser las preguntas importantes. Lo más llamativo es que "el sistema" siga pensándose a sí mismo del mismo modo aún en el presente.

La seguridad social argentina, en particular, hoy sostiene el modelo del financiamiento desde una antinomia. Con especial ímpetu en estos últimos años, a uno y otro lado de la antinomia que lleva más de una década, se han ubicado posturas pro-desregulatorias y anti-desregulatorias.ⁱ Y en esa controversia, no obstante, la lógica de la financiación quedó intacta, así como las preguntas acerca del sistema de salud no sólo fueron las mismas, sino que evitaron otras, las que vienen inquietándonos en los últimos tiempos, por entre medio de nuestra experiencia y buenas prácticas en la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf.

Lo que primero fue intuición termina siendo convicción para la Obra Social que presido desde la Unión de Trabajadores del Turf y Afines. El sujeto de las políticas públicas es un ciudadano que, antes que ciudadano, es hombre y ésa es su dignidad que se realiza a través del trabajo.

Las variadas dimensiones del hombre confluyen en su dignidad de ser humano -complejo, pero indivisible- que no puede perderse de vista nunca, y ése es el foco que elegimos para pensar el sistema de salud nacional, pero también a la hora de pensar la accesibilidad y la cobertura que les ofrecemos a los trabajadores.

Desde una concepción que ponga al hombre –y, como tal, al trabajador- en el centro de la escena, se hace posible correr el velo que oculta el divorcio moral de algunos dirigentes con la población. Desde una concepción que ponga al hombre y al trabajador en el centro de la escena, también puede corrérseles el velo a aquellos que defienden la desregulación desde la defensa de las libertades individuales al son de sus estribillos neoliberales de los 90.ⁱⁱ Porque ello encerraría, entre otras cosas, derrotar al principio de solidaridad que es la base de las lógicas sociales que nos vieron nacer como organizaciones gremiales. El esquema de unión solidaria de todos los aportes y contribuciones -de manera que la suma total equilibre, compense y permita garantizar el acceso a la salud a todos con la misma calidad- sigue siendo clave para nuestro sueño eterno de una sociedad con justicia social.

Aquí otras preguntas posibles: ¿Cuáles son los valores del sistema de salud? ¿Qué necesita, cómo participa, qué conoce, qué piensa y experimenta el trabajador? ¿Qué lugar tiene destinado el sujeto en el sistema de salud? ¿Cómo lo entiende el Estado en particular respecto a su derecho a la salud? ¿Cuál es la concepción del Estado acerca de ese ciudadano objeto de sus políticas? Más acá: ¿Qué significa ofrecerles salud a los trabajadores? ¿Significa ofrecerles "prestaciones" o una gestión de calidad que honre su dignidad?

El eje de la política sanitaria (que, claramente, abarca mucho más que "el sistema") debe ser conceptualmente antropológico. Porque lo cierto es que nunca alcanzará el recurso si seguimos tensando la cuerda de la oferta y la demanda para garantizar acceso a la salud, y porque el Decreto 504/98 mutó enérgicamente esa ecuación hace doce años, al eficientizar y transparentar nuestro subsector que, sin embargo, hoy sigue siendo fuertemente criticado, no interpretado cabalmente y desvirtuado.

Hoy el trabajador conoce sus derechos como paciente, quiere cobertura de salud para los suyos, quiere que su núcleo sea atendido ante la enfermedad. El problema no está en la desregulación, está en la inequidad, en la falta de prestaciones efectivas, en la manifiesta incapacidad de algunos actores de la seguridad social de estar a la altura de las circunstancias.

Doce años después del Decreto 504/98, plantear la teoría del descreme es un arcaísmo. Ya es hora de que hablemos, desde las dirigencias, de gestión de calidad con la prestación de salud. Porque con esta ineficacia, ineptitud y negación comienza a correrse el serio riesgo de acabar con el propio sistema de seguridad social.

Nuestra visión del sistema de salud es una visión filosófica, de valores, en la que el ser humano, nada menos, es el centro, el eje, de la política. Nuestro centro.

Gestión integrada de OSPAT

Como resultante del recorrido que atravesó el subsector de obras sociales en Argentina la última década (desde el Decreto que lo desreguló en 1998, hasta hoy) es posible observar un modelo emergente para el sistema de salud argentino. Lo es al menos desde nuestra organización, OSPAT, que -dentro del subsector de obras sociales- constituye un caso de particular éxito y que logra dar forma a un esquema de oferta de salud hasta ahora único.

Es conocido que en una lógica de garantizar salud para los trabajadores y sus familias OSPAT se mantiene a lo largo de los años entre los primeros lugares en el ranking general de captación de opciones de cambio al tiempo que honra todos los compromisos asumidos con sus beneficiarios y con la sociedad (a través del cumplimiento riguroso de la normativa dispuesta por el organismo regulador).

También, que: los sueldos promedios de sus trabajadores se encuentran por debajo de los sueldos promedios provinciales y en el nivel nacional, que ofrece toda la salud necesaria con una cápita promedio de \$74 (datos AFIP julio 09), que contiene grupos familiares, que no concentra sus afiliados en las grandes urbes sino que crece desde las provincias, entre otros parámetros de interés.

Nuestra experiencia de estos años, nuestras prácticas y las correcciones sobre nuestras prácticas, nos permitieron la configuración del modelo que desarrollamos desde OSPAT puesto que además hemos podido visualizarlo; más acabado o menos acabado, hemos tenido la oportunidad de imaginarlo, configurar y producir hechos sanitarios positivos a partir de él

Tal como puede observarse desde la particular perspectiva de esta organización, en la actualidad el sistema de salud se construye gracias a la articulación progresiva del subsector de obras sociales con el subsector público y con las diversas entidades privadas para edificar una política de salud conjunta.

Los prestadores privados son hoy, de hecho, los principales proveedores de servicios asistenciales para los beneficiarios de esta obra social y del resto de las obras sociales. En general, OSPAT logra gestionar la salud junto a los actores privados, particulares, redes de salud y a actores públicos. Gestionar, es decir, no sólo ofrecer prestaciones médicas.

El escenario de las buenas obras sociales en 2010 exhibiría gestión integrada de la salud con los demás subsectores: planificar juntos, acordar políticas sanitarias, haciendo predominar el espíritu de las organizaciones sociales, que además velan por los beneficios sociales y culturales propios de los sistemas solidarios, fundados en valores que exceden al interés de negocio básico de la medicina prepaga.

¿Qué es lo que gestionamos juntos obras sociales y subsector privado?

En principio acordamos que la garantía de la prestación es nuestro piso pero no nuestro techo. Es decir, acordamos estándares de calidad en la asistencia y de servicio al beneficiario. Tomamos decisiones sustentados en análisis epidemiológicos de nuestra población, considerando grupos etarios, tasas de uso, etc., no para escamotear prestaciones sino, por el contrario, para evitar producir una contención de la demanda y obtener un flujo de servicio adecuado, suficiente, que no discrimine, que garantice todo y a todos.

El aspecto de la discriminación hoy, desde la desregulación de las obras sociales a esta parte, es crucial pensándolo en clave solidaria, porque su lectura remite a no discriminar ingresos, historias clínicas de los usuarios, etc. en el modelo que desarrollamos. Entender, comunicar y consensuar esta ética solidaria para un sistema de salud de gestión integrada es tan innovador hoy como en los 70 y justo es decir que esta ética es salvaguardada por organizaciones gremiales también en el presente.

Es en este sentido que discriminar privado, público y obras sociales hace años que en nuestro esquema dejó de perder sentido, para bien. Hay un modelo de salud emergente en la oferta de salud de OSPAT al cual estamos apostando hace una década, pero cada vez con mayor convicción.

Ciertamente hemos avanzado más en la integración con el subsector privado, pero podemos observar el desafío positivo que puede significar acordar políticas coordinadamente desde los tres subsectores. Y en eso nos animamos, tenemos la osadía, de trabajar en este momento.

Es cierto que en el camino están quedando obras sociales que no logran estar a la altura de los desafíos que se enfrentan, pero ese punto de vista (también real) puede hacer perder la visión de un sistema que sí funciona.

Además, claro está para todos, los avances tecnológicos y médicos no siempre encierran la respuesta a los problemas de salud sociales y estrategias como la Atención Primaria de la Salud –a la que suscribimos aún cuando en la Argentina se aplique muy lentamente y con tropiezos- se basan precisamente en el supuesto contrario. Esta convicción necesita ser revitalizada y revisitada con una perspectiva integrada desde este modelo que para nosotros ES el modelo en marcha. Sin ir más lejos, trabajar junto a los demás subsectores nos permite hoy, ya, desde nuestras prácticas, implementar políticas sanitarias de manera conjunta a partir del registro de la información con la que contamos, de nuestro sistema de información.

Por otra parte, el principio de que todos los ciudadanos deben tener acceso a toda la salud necesaria, incluye la medicina de alta complejidad. El Fondo Solidario de Redistribución sigue siendo el mecanismo para que el sistema nacional de salud y dentro de él, las obras sociales, puedan garantizarlo, un mecanismo que, si funciona en tiempo y forma, es una garantía de derechos valiosa e insustituible.

El ámbito socio-político actual en 2010 parece un ámbito fecundo para el debate de políticas de salud, para mostrar alternativas y para dar respuesta a las preguntas históricas sobre el sistema. Resulta interesante la idea de configurar una proyección que trascienda las gestiones, que se proponga, en tal sentido, como debe proponerse una política pública.

ⁱ El Decreto 504/98 estableció la sistematización y adecuación de la reglamentación del derecho de opción de cambio por parte de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Este proceso se denominó “desregulación del sistema”.

ⁱⁱ Esa defensa incluye habitualmente la defensa de la transferencia de recursos de la seguridad social a la intermediación financiera, o al sector privado, o a empresas de medicina prepaga, lo que considero improcedente: está rotundamente mal. Equivocan el significado de progreso, equidad y valor que la opción de cambio encarna.