

La Seguridad Social en Argentina: el caso de O.S.Pe.Con.

*Prof. Dr. Jorge Eduardo Cacace**

La República Argentina, situada en el extremo sur del continente americano, posee una población de 33.000.000 de habitantes repartidos en una extensa superficie territorial de 2.767.000 km² con multiplicidad de escenarios geográficos y culturales.

El *Sistema de Servicios de Salud* es de tipo "fragmentado" y comprende tres sub-sectores:

- a) el público,
- b) el de la Seguridad Social,
- c) el privado.

El *Subsector Público* es el encargado de proveer los cuidados de salud a la población carenciada o sin cobertura de la seguridad social. Esta población comprende a unos 10.000.000 de habitantes.

El *Subsector Privado*, de fuerte desarrollo en el pasado, se limita casi exclusivamente a los planes de medicina prepaga a la cual acceden quienes voluntariamente optan por el pago de una cuota mensual, variable según el rango y calidad de los servicios, hagan uso o no de los mismos. La magnitud del sector alcanza a 3.000.000 de personas aproximadamente.

El *Subsector de la Seguridad Social* es el responsable de la cobertura de todos los trabajadores que se encuentran en relación de dependencia, en la actualidad unos 18 millones de personas. Se financia a través del aporte conjunto de la patronal (5%) y de los trabajadores (3%). Por tanto su presupuesto es del 8% de la masa salarial bruta de todos los trabajadores argentinos. Es por la magnitud de su presupuesto y por el número de beneficiarios que se ha constituido en el verdadero eje de las *Políticas Sanitarias de la Argentina*.

Este sistema, ejemplo en su momento como logro del movimiento obrero organizado, no ha sido ajeno al cambiante escenario recorrido en la segunda mitad del siglo por los sistemas de atención de la salud.

Pese a la intención del sistema de transformarse en un mecanismo solidario para la resolución de los problemas de salud de la gente, el mismo quedó inmerso en los mismos problemas que afectaron, y afectan en gran medida, al resto de los subsectores. Éstos son:

- Atención despersonalizada, fragmentada, discontinua o episódica.
- Sobreprestación de prácticas y superposición de servicios con relación a las necesidades reales del paciente.
- Alto grado de insatisfacción de la población a pesar de esa sobreoferta de servicios.
- Escasa eficacia, efectividad y eficiencia.

En síntesis, la relación costo-beneficio del modelo de atención había mostrado que pese al sucesivo incremento de los costos, la calidad de las prestaciones resultaba cada día más deficitaria y, concomitantemente, aumentaba la

* Fundador y Presidente de la Fundación Aequus, Diplomado en Salud Pública (UBA), Jefe del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Francés de Buenos Aires, Profesor Titular de Medicina Familiar - UCES, Docente Asociado al Departamento de Medicina Familiar - UBA, Director del Programa Nacional de Atención Primaria de O.S.Pe.Con.

insatisfacción de los usuarios.

Por tal motivo la **Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon)** que da cobertura a cerca de 1.000.000 de beneficiarios tomó la decisión de adecuar las políticas y sus sistemas de servicios de salud a las tendencias modernas en la materia, atendiendo las necesidades reales de sus beneficiarios, utilizando los recursos humanos, materiales y la tecnología apropiada acorde con las posibilidades financieras de la Obra Social.

A partir de noviembre de 1992 se encaró el **Programa de Atención Primaria**, que comenzó a aplicarse primero en las seccionales del conurbano metropolitano, es decir la ciudad de Buenos Aires y su cinturón llamado Gran Buenos Aires, para ir ampliándolo posteriormente al interior del país. Esta política demostró ser útil para los cambios estructurales que el sistema requería y contribuyó, junto a un conjunto de **medidas de racionalización administrativa y de auditoría y control de gestión**, iniciadas ya en 1990, a preservar el sistema social y solidario de la Seguridad Social para este grupo de trabajadores.

Adoptar el modelo de atención basado en la **Medicina Familiar** significó para la OSPeCon asumir en esta materia una posición de liderazgo en toda la Seguridad Social e impuso la necesidad de considerar al paciente como eje del sistema y de incorporar en los profesionales el sentido de pertenencia a la institución.

El punto inicial fue la inserción de una **Red de Atención Primaria** a lo largo de todo el país con un grupo de profesionales que poseyeran el perfil y formación anteriormente descritos. La interconexión de esa Red, que constituía el primer nivel de atención, con servicios especializados de los niveles secundario y terciario de otros centros de elevado nivel científico en el resto del país, permitió el desarrollo armónico del sistema.

El año 1997 encuentra a la Obra Social con 60 Centros Médicos de Atención Primaria distribuidos en las diferentes provincias de la República Argentina, lo que incrementó la accesibilidad de los beneficiarios, con amplia capacidad de resolución de sus problemas de salud, con gran aumento de la producción de consultas, prácticas, exámenes complementarios e internaciones.

Este aumento cuantitativo de pacientes asistidos se ha visto acompañado de una mayor calidad de la atención médica, por la implementación de planes preventivos específicos por sexo, edad y factores de riesgo. A ellos deben agregarse diferentes programas como el materno-infantil, el de detección de hipertensos, de prevención del cáncer cérvico-uterino, la conformación de grupos de autoayuda para pacientes diabéticos e hipertensos; cursos de psicoprofilaxis del parto; programas de prevención de accidentes de trabajo, con formación de socorristas en obra, de vacunación antitetánica, que se desarrollan en los lugares de trabajo.

Como marco a las **actividades asistenciales** se puso también énfasis en el **aspecto docente**, realizándose actividades de educación continua para los profesionales que se desempeñan en los diferentes Centros Médicos de Atención Primaria a través de Jornadas Locales, Regionales, Nacionales y Seminarios Internacionales con la presencia de expertos internacionales en Medicina Familiar de diversos países de Europa y América.

Cabe destacar que esta labor se ha extendido a actividades de pre-grado para los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires que rotan por diferentes Centros Médicos de Atención Primaria de la Obra Social.

La primera etapa del programa estuvo dedicada a reestructurar el primer nivel de atención, asegurando asistencia médico-odontológica y organizando actividades preventivas y docentes.

Esto provocó renovadas expectativas en los afiliados, quienes se acercaron a los centros en busca de una atención adecuada que el nuevo modelo de atención procuraba brindarles.

A partir de julio de 1994 comienza a transitarse una etapa en la que se tiende a profundizar el programa con la extensión de las actividades hacia la comunidad, entendiendo como tal aquella población con caracteres geográficos, socioculturales y ámbito laboral común tratando de transformar patrones de servicios, clásicamente curativos, en otros que apuntaran a un concepto de salud integral social y solidario.

Esta tarea no puede quedar limitada al ámbito intramuros de cada Centro Médico de Atención Primaria, sino que debe contemplar otras necesidades del trabajador, en su hábitat tradicional, como el hogar y el lugar de trabajo.

Así, las acciones dejan de ser patrimonio exclusivo de lo médico para incluir otras de carácter social, educacional, jurídico, etc., que requieren de un trabajo y de un equipo interdisciplinario que se constituya en verdadero agente de cambio.

La resolución de la problemática actual contempla, además de las convencionales, temas como:

- violencia familiar;
- educación sexual;
- planificación familiar;
- adicciones;
- SIDA y otras enfermedades infecto-contagiosas;
- educación;
- vivienda;
- recreación;
- capacitación laboral, etc.

Se hizo necesaria entonces la acción coordinada de todos los actores del programa; de la misma organización sindical (secretarios, delegados, colaboradores), las estructuras que le son propias: Obra Social (médicos, paramédicos, abogados, trabajadores sociales, etc.) y también de convenios con otras organizaciones oficiales y de bien público (Ministerios, Universidades, Organizaciones no Gubernamentales, Organismos Internacionales, Fundaciones, etc.) que posibiliten iniciar el camino de resolución de algunos de los problemas enunciados.

El éxito de la política desarrollada por la OSPeCon trascendió su propio ámbito para ser tomada como modelo por el resto del subsector de la seguridad social. Ejemplo de ello es a partir de 1997 el Programa Médico Obligatorio que existe a partir de una reglamentación del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, al cual deberán ajustarse en el futuro todas las Obras Sociales que contemplan como primer nivel de atención al médico de familia como boca de entrada al sistema de servicios de salud.

A continuación, esbozamos una síntesis estructural del modelo desarrollado:

MODELO PRESTACIONAL

PROPÓSITO

Desarrollar un programa de atención y cuidado integral de la salud para la población beneficiaria de la OSPeCon, que permita elevar sus niveles de salud y de calidad de vida a través de la optimización de las prestaciones que le sean necesarias y de la aplicación, a cada uno de ellos y a los componentes de sus respectivos grupos familiares, de programas de prevención individualizados, familiares o comunitarios.

OBJETIVOS

- Aplicar un modelo de **Atención Primaria de la Salud** basado en la práctica de la **Medicina Familiar**.
- Aumentar la cantidad y calidad de las prestaciones.
- Incrementar el nivel de satisfacción de los afiliados.
- Brindar un trato personalizado, integral y continuo al afiliado y a su grupo familiar.
- .Mejorar la equidad y la accesibilidad al sistema.
- Aplicar programas específicos de prevención a cada uno de los afiliados con enfoque en los factores de riesgo individuales.
- Dar continuidad a la calidad de primer nivel de atención, con la utilización de servicios de segundo y tercer nivel de prestigio a determinar por la Obra Social, según necesidades y ubicación geográfica.
- Mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema.
- Buscar adecuados canales de participación de los afiliados para que se conviertan en actores primordiales del proceso de reestructuración de su Obra Social.

ESTRUCTURA DEL PROYECTO

El modelo de atención comprende tres niveles de complejidad creciente:

Nivel I

Este nivel está estructurado tomando como base los denominados **Centros Médicos de Atención Primaria (CEMAPS)**, que funcionan en el ámbito de los servicios que ya poseía la Obra Social en distintas seccionales y que fueron expresamente acondicionados y dotados de los insumos e instrumental adecuados para tal fin.

La Red de CEMAPS en su conjunto constituye el primer nivel de atención y la boca de entrada al sistema de atención de la salud.

Cada Centro es una **unidad asis-tencial-administrativa** que permite la accesibilidad de los pacientes a su atención programada y de urgencia, su referencia a interconsultas, exámenes complementarios, prácticas e Inter.-naciones y resuelve los trámites administrativos necesarios para acceder a la atención.

Las actividades que se desarrollan en los Centros incluyen básicamente cinco componentes:

- a) **Asistencial:** destinado a brindar atención ambulatoria programada y espontánea, radiología, laboratorio y prácticas ambulatorias.
- b) **Docente:** consiste en actividades académicas de formación continua, para los profesionales intervinientes, organizadas a través de cuatro subprogramas:
 - b.1) Subprograma de capacitación intensiva.
 - b.2) Subprograma de capacitación en servicio.
 - b.3) Subprograma de capacitación continua.
 - b.4) Subprograma de supervisión.

- c) **Control de gestión:** está destinado a asegurar la eficiencia del modelo. Como punto de partida para la gerencia del sistema asistencial se cuenta con la figura del **Coordinador Local**, que administra el modelo prestacional como complemento de sus actividades asistenciales y docentes.

Las experiencias propias nacionales e internacionales analizadas demuestran que para alcanzar niveles de eficiencia a partir de una Atención Primaria de alta calidad es necesario utilizar criterios modernos de gerencia o *managed-care*, elementos éstos que ya estamos desarrollando.

Este **nuevo modelo de gestión** trajo aparejada la necesidad de que los integrantes del equipo de salud de los CEMAPS incorporaran instrumentos y herramientas a fin de permitir que cada uno se transforme en un gerente de los recursos del Programa. Esto debió ser acompañado necesariamente de un apoyo informático esencial a fin de registrar y evaluar no sólo las prestaciones de cada uno de los pacientes asistidos, sino también la producción individual de los profesionales intervinientes.

- d) **Auditoría y control:** Como en el rubro anterior, el punto de partida es la figura de la Coordinación Local y del resto de los integrantes del equipo de salud. Al depender en casi todo el país el sistema de Atención Primaria de la OSPeCon de efectores privados para los Niveles II y III se hizo necesario actuar con una auditoría en terreno de la mayor confiabilidad posible, lo que permitió acciones de control en lo relativo a la calidad del servicio y en la detección y monitoreo a fin de evitar sobreprestación, sobrefacturación y/o subprestación, que eran respuestas habituales de los prestadores según el modelo contractual utilizado.

e) Gestión de Calidad Total:

Se consideró importante comenzar a desarrollar acciones que permitieran lo que hoy se llama Gestión de Calidad Total en todos los CMF.

Nivel II y Nivel III

Se arbitraron los recursos para brindar adecuadas prestaciones en los demás niveles de atención tomando como base de referencia en el ámbito de la Capital Federal y conurbano bonaerense al Policlínico Victorio Franchín, habiéndose seleccionado y acreditado a otros prestadores en el resto del país.

El presente material es parte del libro *“Medicina de Familia: la Clave de un Nuevo Modelo”*, cuyos autores son el Prof. Dr Julio Ceitlin y Dr. Tomás Gómez Gascón, editado por SemFYC y CIMF en 1997.

