

IX JIDEEP 2014 – FTS- UNLP
GT 2. Salud. Nuevas tensiones, viejos conflictos.

AMPLIANDO LAS FRONTERAS DE LO PÚBLICO EN SALUD. EL MODELO SOCIOCOMUNITARIO DE PAMI

MARIANO CARDELLI
marianocardelli@yahoo.com
FTS-UNLP
PROF. ADJ. DERECHO II

INTRODUCCION

El presente trabajo aborda la cuestión de la dimensión de lo público en la prestación de servicios de salud, que resulta trascendental a la hora de pensar la configuración del derecho a la salud, temas que resultan fundamentales para la decencia universitaria en los contenidos que ofrecen materia tales como derecho II (social) o medicinal social de la carrera de Trabajo Social de la Facultad.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de las jornadas es constituir un espacio para intercambiar perspectivas y posiciones sobre la sociedad contemporánea, y particularmente sobre las transformaciones operadas en los últimos años, expondremos someramente las implicancias que tuvo la implementación del modelo sociocomunitario del PAMI a partir del año 2005, en el cual desde nuestra perspectiva se advierte una ruptura en relación a las modalidades de gestión y prestación que se registraban hasta ese momento y que se habían instaurado los años 90.

No trataremos en el presente las discusiones sobre las concepciones de salud y particularmente sobre el modelo biomédico, por razones de espacio, y por haberse escrito ya mucho sobre la cuestión. Sin embargo, nos interesa resaltar que el siglo XX nos marca, por un lado, el afianzamiento de lo que E. Menendez ha denominado “Modelo Médico Hegemónico”; y por otro lado, que simultáneamente la efectividad de la actividad médica y de los desarrollos tecnológicos aplicados en salud han permitido una expansión significativa de la expectativa de vida no sólo en países desarrollados sino también en países emergentes con profundas desigualdades sociales.

Ahora bien, el aumento de la expectativa de vida que se viene produciendo en todo el mundo va acompañada de un proceso de envejecimiento, que con niveles variables, avanza en todos los países de la Región. Todo lo expuesto nos lleva a reflexionar sobre la incidencia de lo público en este proceso, en un contexto aun caracterizado por una alta incidencia de pobreza, y de una persistente y aguda inequidad social, sin perjuicio de que los últimos años distintas experiencias latinoamericanas como el caso de Brasil, Argentina, Venezuela, etc., han disminuido los niveles de desigualdad, pobreza e indigencia

En el marco de una de estas experiencias, la Argentina a través del PAMI puso en práctica el modelo sociocomunitario que tiene como uno de sus objetivos la ampliación de lo público en la atención en salud. Ello implica como primera implicancia dejar de concebir la salud simplemente como una relación de consumo, como lamentablemente fuera se referencia en el art. 42 de la Constitución Nacional, sin perjuicio de lo que emerge en el artículo 12 del PIDESC –que también goza de nivel constitucional a partir de 1994-, donde claramente se define a la salud como un derecho.

Ampliar las fronteras de lo público implica también avanzar en un proceso de desmercantilización de la atención de la misma, así como abordar la cuestión desde una perspectiva integral de la salud que involucre entre otras cosas el acceso equitativo e igualitario a servicios sanitarios, a la prevención y a la promoción de hábitos saludables.

Ello resulta particularmente necesario ante las actuales condiciones de envejecimiento demográfico producto, al menos parcialmente, a la revolución médica y de salud pública, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial. La calidad de vida de las personas mayores se encuentra altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social. Es evidente que, según avanza la edad, aumenta la prevalencia de la dependencia, es decir, se afecta la funcionalidad física para desempeñar actividades básicas del vivir diario sin limitaciones.

El modelo Sociocomunitario del PAMI pretendió erigirse en una estrategia orientada a abordar esta problemática desde una obra social con particularidades inéditas a nivel mundial, teniendo en cuenta el perfil de afiliados con que cuenta (más del 90% son mayores de 65 años) y constituyen más del 70% de los jubilados argentinos.

EL MODELO SOCIOCOMUNITARIO del PAMI

Partiendo de los objetivos declarados, el modelo prestacional sociocomunitario apunta a la eliminación de las intermediaciones económicas; la modificación y cambio del medio contractual y procedimiento de pago; la recuperación de la capacidad de gestión y control por parte del Instituto; la corrección inmediata de las falencias prestacionales; la aplicación progresiva de programas de promoción y prevención; el conocimiento previo de cada efector y su admisión acreditada; la creación de un perfil de profesionales y de un modelo de atención que privilegie la atención primaria de la salud; el aseguramiento de la accesibilidad inmediata a la consulta del médico de cabecera y a las especialidades de mayor demanda ambulatoria; garantizar acceso igualitario a las prestaciones que se requieran según patología privilegiando el

concepto de equidad en todos los niveles de atención; separar la contratación de los Servicios de Atención Médica de nivel I, del resto de los Niveles II y III; recuperar la capacidad de gestión y control a través de la descentralización, el fortalecimiento de las Unidades de Gestión Local y el relevamiento del dato.

Al mismo tiempo, y acentuando el perfil sociocomunitario, el modelo aparece como tendiente a reducir la vulnerabilidad social frente a la fragilidad, apuntando a otorgar mayores oportunidades de salud y participación social mediante programas preventivos en la comunidad; una mejor capacidad de respuesta frente al proceso de envejecimiento, reduciendo la vulnerabilidad social; servicios que tienden a preservar la inserción del afiliado en el medio familiar y social; integración y organización del Menú de Prestaciones Sociales según grupos de riesgo; integración e incremento de programas de prevención y promoción de hábitos saludables; construcción de un sistema de indicadores para la planificación de la oferta prestacional según grupos de riesgo sociosanitario.

LA AMPLIACION DE LAS FRONTERAS DE LO PUBLICO

Diferentes problemáticas se ha expuesto para justificar la ampliación de lo público en materia sanitaria, sobre todo en lo que tiene que ver con la atención de personas mayores. Entre ellas, podemos citar:

1.- Falta de personal capacitado para atender a las personas mayores. En este punto, el PAMI ha desarrollado capacitaciones específicas a los médicos de cabecera, promoviendo la formación para el desarrollo de hábitos saludables.

2.- Dificultades de financiamiento de los sistemas de salud: la ampliación de lo público requiere la revisión del modelo de financiamiento para lograr una atención en salud universal, igualitaria y equitativa. Asimismo, y en ese sentido apunta el modelo sociocomunitario, se avanza en una mayor regulación y control mediante la implementación de sistemas informáticos.

3.- Falta de incorporación de la promoción de la salud: En este punto el modelo sociocomunitario del PAMI ha avanzado en la puesta en práctica de programas sociopreventivos como el Programa Nacional de promoción y Prevención Comunitaria.

4.- Desconocimiento de los derechos: la mayoría de las personas de edad no conoce sus derechos en lo que se refiere a la salud, especialmente si tienen alguna discapacidad o un nivel bajo de escolaridad y viven en comunidades rurales. Para abordar esta cuestión el Pami ha puesto en práctica el Programa de Atención de Poblaciones vulnerables, tendiente a intervenir activamente para la atención en diferentes zonas de alta vulnerabilidad.

5.- Desarrollo limitado y poco fiscalizado de las instituciones cerradas: las instituciones y servicios de internación geriátrica han sido desarrolladas, en su

mayoría, por el sector privado en respuesta a una necesidad de mercado no existiendo oferta pública suficiente. El Pami ha diseñado nuevas guías de acreditación de instituciones cerradas en miras a elevar los estándares de calidad de atención.

6.- Fragmentación de los servicios del sistema de salud y falta de una atención integral: cada día con más frecuencia, las personas mayores que acuden a los consultorios representan tasas más altas de ingresos hospitalarios y consumen, en proporción con el resto de la población, mayor número de fármacos. Por ello, con el modelos sociocomunitario se ha buscado fortalecer el rol de los médicos de cabecera, cuya acción debería redundar en un más adecuado seguimiento, en la detección precoz de enfermedades prevalentes y en la estimulación de hábitos saludables.

En este sentido es interesante destacar el Programa contra la Hipertensión Diabetes y Obesidad (HADOB), que se enmarca en el Programa de desarrollo de prestadores, el cual constituye una estrategia tendiente a influir en las prácticas médicas sobre la idea de una alianza estratégica de beneficio mutuo mediante incentivos económicos a la prevención y promoción de la salud.

7.- Falta de investigación y monitoreo: aunque la mayoría de los países tiene la capacidad de hacer investigación en salud pública, carecen de capacidad para estudiar la epidemiología del envejecimiento y la repercusión que tienen las enfermedades relacionadas con la vejez en las personas, las familias y los servicios. Sobre este punto, en el Modelo Sociocomunitario el PAMI ha fomentado una práctica de relevamiento del dato en miras a recuperar su rol en la definición de políticas para las personas mayores. El manejo de los datos, mediante la aplicación de nuevas tecnologías de la información permite un más adecuado conocimiento de la población, el seguimiento de su atención y la construcción de mapas epidemiológicos.

8.- Otros aspectos: También redundan en la calidad de vida de las personas mayores, intervenir sobre los entornos sociales favorables. Aquí se dirimen cuestiones tales como evitar el maltrato, la imagen del envejecimiento (normalmente visto de manera negativa y asociado a la pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social) y sobre un imaginario social asentado en la productividad y la tecnología, donde el arquetipo hegemónico son los jóvenes y adultos en edad productiva y con poder.

Distintos autores expresan que la revalorización de las personas mayores depende también de la promoción de la organización en torno de intereses y crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos. La participación comunitaria es fundamental.

Diversos programas, en el marco del modelo prestacional sociocomunitario del PAMI, han ido en este sentido. Dentro de las estrategias delineadas podemos citar el entramado de subsidios económicos los de atención a la dependencia o el

denominado PROSAR, que entre otras cosas subsidian estrategias de contención domiciliaria y familiar (ej. subsidios por alquileres, o refacción de vivienda etc.) a efectos de evitar la institucionalización. Merecen destacarse también programas de promoción, culturales y recreativos, entre ellos el programa “Abuelas y Abuelos Leecuentos”, con el fin de recuperar los hábitos de lectura, el momento del cuento y reforzar los lazos y diálogos intergeneracionales, el Programa Universidad Pami (UPAMI), que al igual que las colonias de vacaciones y los clubes de día constituyen estrategias para paliar los efectos de la soledad y promover la integración social de los mayores.

CONCLUSION

Como conclusión respecto de las implicancias del modelo prestacional sociocomunitario, podemos decir que la eliminación del gerenciamiento externo fin a la tercerización de actividades públicas en la atención de la salud, que se dio en el marco del proceso de privatizaciones llevado a cabo durante los años 90 con la aplicación de políticas neoliberales.

Si bien la asignación de recursos en la actualidad se sigue orientando mayoritariamente a las prestaciones puramente asistenciales a partir del año 2005 se ha ido cambiando de paradigma, y la asignación de recursos comenzó destinarse de manera muy importante también en prestaciones preventivas y sociales. La cobertura gratuita de medicamentos y el Programa Probienestar (alimentario) sirven de complemento de las prestaciones jubilatorias como acciones que apuntan a la seguridad económica.

Estas estrategias permiten aumentar los ingresos de los titulares de derecho. La falta de accesibilidad al medicamento o a una alimentación suficiente por razones económicas conlleva evidentemente la precarización de la salud.

Por ello cuando se afirma un cambio de paradigma del modelo sociocomunitario y una ruptura con el proceso anterior, se efectúa en base a los siguientes indicadores: a) modelos de retribución y acciones que orientan la promoción de hábitos saludables; que fomentan las terapéuticas no medicamentosas cuando correspondan; que revalorizan el rol del médico de familia, clínico o de cabecera como pilar del sistema, b) la asignación de recursos hacia estrategias que preventivas de la enfermedad, que estimulan el autocuidado, que promueven el envejecimiento activo, la contención familiar, la desinstitucionalización y la integración comunitaria, revalorizando el rol social del adulto mayor.

Aunque el modelo sociocomunitario signifique una ruptura con la política aplicada en los años 90, constituye una herramienta que se presenta como insuficiente ante la ausencia de un cambio profundo en el sistema de salud. Este último sigue

padeciendo de una fuerte fragmentación y descoordinación que limitan los alcances de estrategias de ruptura, ya que colisionan con poderosos intereses económicos, con altos niveles de mercantilización de la salud y con prácticas profesionales corporativas.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña C. y Chudnovsky, M.; El sistema de Salud en la Argentina, Universidad de San Andrés-Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Documento 60, Bs.As., marzo 2002.
- Belmartino, S.; *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo XXI, 2005.
- Belmartino, S.; *Una década de Reforma de la atención médica en la Argentina*, Rev. Salud colectiva, N°1, La Plata, 2005
- Bentura Alonso, C.; *Trabajo Social en el campo de la salud. Un desafío académico*, pub. en Internet, Montevideo, 2006.
- Carballeda, A. J. (comp); *Salud e intervención en lo social*, Espacio Editorial. Bs. As., 2007
- Carballeda, A. J.; *La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada de los escenarios actuales*, Revista Trabajo Social UNAM VI Epoca, num 1, 12-2010, Mexico, pág. 46-59.
- Carballeda, A. J.; *La intervención en lo social*, Paidós, Bs. As., 2007.
- Carballeda, A. J.; *Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales*, pub. en internet.
- Carballeda, A. J.; *Problemáticas sociales complejas y políticas públicas*, pub. en Internet.
- Castel R.; *La inseguridad Social*, Manantial, Bs. As. , 2004.
- Di Cesare, L.; *Modalidades de Pago*, UBA. Fac. de Medicina. Inédito.
- Menendez, E. L.; *Modelo Médico, salud obrera y estrategias del sector salud*, publicado en internet en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/29/cnt/cnt3.pdf>.
- Menendez, E.; *El modelo médico y la salud de los trabajadores*, en: Basaglia F.; *La salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México, 1978, pág. 11-53
- Moyano, G. y Escudero J.C.; *La salud Argentina ¿en manos de quien?. Informe sobre la situación de salud en Argentina*.
- OISS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, IMSERSO; *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur, Apuntes para un diagnóstico*
- Pergola, F.; *Historia de la Salud Social en la Argentina*.
- Ross, P.; *Construcción del Sistema de Salud Pública en la Argentina, 1943-1955*, pub. en internet en http://electroneubio.secyt.gov.ar/Peter_Ross_Argentina's_Public_Health_System_1946-1955.pdf
- Sosa, R.; *Modelo Constitucional de la Seguridad Social*, inédito.
- Testa M. y otros; *Tecnoburocracia sanitaria*, Lugar Editorial, Bs. As. 1994.
- Tobar, F.; *Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*, Fundación I-Salud, pub. en internet en http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf
- Tobar, F.; *pobreza e indicadores de salud*, pub. En internet en <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Politicassociales/Pobreza-e-indicadores%20de%20salud.pdf>