

GABRIEL LEBERSZTEIN: “LA CLAVE ES GESTIONAR MIDIENDO LA EFICIENCIA”

Médico, máster en Calidad por la Universidad de Murcia (España) y en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD), es actualmente gerente médico de la Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles (Osecac), entidad que tiene 2,1 millones de afiliados.

Gabriel Lebersztein afirma con orgullo que su paso por la Maestría en Economía y Gestión de la Salud le sirvió de herramienta al asumir sus funciones como gerente médico en la Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (Osecac) donde, dice, la clave es gestionar midiendo la eficiencia.

—¿Con qué panorama se encontró al llegar a la Osecac?

—Nos encontrábamos en una época donde la mayor parte de los servicios que prestaban las obras sociales en general estaban gerenciados por valor cápita, y comenzaba también a hacerse visible la crisis de recursos que tenía el sistema. La imposibilidad de actualizar los valores y el requerimiento cada vez mayor de servicios, más el advenimiento de la discapacidad como derecho de cobertura, con pagos obligatorios y la aparición fuerte de lo que se conoce hoy como medidas cautelares o amparos judiciales. Todo eso generaba un contexto cuanto menos complejo. Fue después de la última reforma constitucional pero empezó fuertemente con la restricción económica y de servicios, a fines de 1999.

—¿A qué apuntaron para normalizar la situación?

—A partir de 2000 tratamos de mejorar la calidad de los servicios brindando una mayor accesibilidad y teniendo en claro que los recursos con los que contábamos y la cápita promedio era de mediana a baja, insuficiente para lo que son las expectativas de los servicios de los beneficiarios. El desafío era incrementar ese valor de la cápita por los servicios asociados, lo que se conoce como el valor de la gestión. Después, entendiendo que no podíamos pagar a los buenos sanatorios, ni a los más caros, ni brindar servicios de médicos exclusivos o especiales, nos trazamos como prioridad agregar un valor intangible que era garantizar la calidad y la continuidad de los servicios.

—¿Y por dónde empezaron?

—Lo que hicimos primero fue hacer una medición de los servicios ambulatorios, de cómo eran, qué debía hacerse y cuáles eran los incumplimientos del sistema. A partir de ahí pudimos medir lo bueno y lo malo que teníamos, y cumplimos con todos los requisitos de las normas in-

ternacionales en todas las prestaciones. En realidad uno puede ocuparse de tener lugares de atención, de que haya turnos suficientes, lograr que no tengan que pagar mucho coseguro, pero a partir de ahí lo que pase dentro del consultorio médico es difícil de auditar. Empezamos hace más de diez años con estos objetivos de medición de calidad y hoy contamos con una red que multiplicó por 10 la cantidad de consultas, aumentó un 50% la cantidad de beneficiarios, y apareció la historia clínica web que permitió controlar el cumplimiento de las líneas prácticas técnicas de los criterios de prevención en forma automática.

—¿Qué valor tiene haber pasado por la Maestría en Economía y Gestión de ISALUD?

—Yo pasé en 2000 por la Maestría con Carlos Díaz, gerente médico del Sanatorio Sagrado Corazón, como tutor y fue en un momento de crisis institucional del país, en la que estábamos con muchas dudas de si podíamos armar una estructura de gestión real, que había sido desmantelada durante la década de los 90 en todas las obras sociales, pero finalmente nos animamos y lo hicimos. ISALUD tuvo un rol fundamental en la formación de cuadros, con Ginés González García en la conducción y dándole racionalidad a la toma de decisiones que tenían un sustrato político y técnico. Todo se po-

En un alto porcentaje las obras sociales se están gestionando muy bien y no son un problema del sistema de salud, más allá de quienes están en contra del modelo sindical, del modelo de representación de los dirigentes gremiales y de cómo manejan las obras sociales.

día explicar y todo tenía un porqué y un para qué.

–Y un objetivo hacia el que dirigirse

–Así es. ISALUD contribuyó a que el glosario de términos y de políticas fuera homogéneo en un número muy importante de personas, lo que significó una bisagra en la formación y en la construcción de consensos sobre la base del conocimiento, la transmisión horizontal, el glosario, y el acceso. Y para muchos que eligieron ser auditores se abrió la posibilidad de profesionalizar su trabajo. Si bien hoy es más amplia la oferta de universidades donde cursar una maestría en gestión de la salud, ISALUD es la institución que puede desarrollar estas especializaciones con una experiencia acreditada.

–¿Cuál es la situación hoy de las obras sociales?

–Las obras sociales en la Argentina reúnen a unas 16 millones de personas, de esas la Osprea, la de peones rurales debe tener 1.600.000 afiliados y nosotros andamos en los 2.100.000, por debajo de eso empiezan a posicionarse las que rondan el millón. En un alto porcentaje las obras sociales se están

gestionando muy bien, no son un problema del sistema de salud, más allá de quienes están en contra del modelo sindical, del modelo de representación de los dirigentes gremiales y de manejar sus obras sociales.

–¿Hoy son más eficientes?

–Sí, y tienen menos quejas que las prepagas. La gran mayoría de la población dentro de las obras sociales tiene una cápita que debe andar en el 20 y 25 por ciento de lo que cuesta una pre-paga. En Osecac teníamos 1.350.000 beneficiarios, pero a partir de la Ley de Afiliación Obligatoria donde los monotributistas tenían que elegir qué obra social querían, subió a dos millones. Hoy tenemos alrededor de 2.100.000 afiliados, que se distribuyen una mitad en el área metropolitana y la otra mitad en el resto del país. Se puede decir que donde hay una plaza, una iglesia, una escuela, un destacamento policial, hay también una agencia u oficina de atención de nuestra obra social.

–¿Se está cambiando una imagen sobre la prestación del servicio?

–Hay una frase de Rubén Torres –ex superintendente de los Servicios de la

Salud de la Nación– que la repitió en varias oportunidades mientras ejercía su cargo y decía que las obras sociales pasaron *de tener cautivos a cautivar a sus beneficiarios* y en un 80% se están gestionando muy bien, son eficientes, con control de sus recursos, buscando los costos más bajos, mejorando día a día la calidad de atención y prestación. Prácticamente todas las obras sociales han desarrollado centros de atención propia, han construido sanatorios y de alta complejidad, las prestaciones que realizan algunos sanatorios hechos por las obras sociales hasta superan grandemente lo que pueden producir los privados. En el accidente ferroviario de la estación Once los sanatorios de las obras sociales brindaron apoyo y sostén ante la emergencia, al igual que los hospitales públicos. Camioneros, Uocra... todos ofrecieron su ayuda y pudieron atenderlos.

–¿Cuáles son los desafíos a futuro?

–La aparición de medicamentos de alto costo modificó el tablero respecto de la salud, porque son medicamentos que van a ser muy difíciles de suplantar, o de reemplazar o de usar biosimilares en un futuro con lo cual hay un presupuesto con transferencia a los lugares de investigación que va a ser de mucho dinero y por muchos años, lo que sí sabemos es que el sistema de obras sociales en la Argentina, permitió que la población argentina tenga un acceso a las tecnologías de la salud, a los métodos diagnósticos, a los tratamientos, y a las especialidades como no lo hay en América latina. En la Argentina que un paciente pueda alcanzar un neurocirujano, un especialista, hacerse un estudio de nuevo, hacerse de un medicamento como lo tiene el hombre más rico de Europa, es mucho más fácil que en el resto de la región. Este sistema aseguró y le dio a la gente de más bajos recursos un acceso a la atención, que no hay en otros lugares de América latina. 