

[**COBERTURA UNIVERSAL**]

EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, DE LA FRAGMENTACIÓN A LA CONCENTRACIÓN

La disminución de la fragmentación, segmentación y mancomunación de los fondos constituyen ejes esenciales en la meta de alcanzar la cobertura universal en Argentina. El rol de las obras sociales y la creciente concentración de la medicina prepaga, ejes de una jornada académica en ISALUD

“El siglo XX será recordado porque prácticamente la humanidad *duplicó su expectativa de vida*, aun habiendo acontecido en el medio dos guerras mundiales, y este crecimiento demográfico no hay que mirarlo como un problema, sino que es un gran desafío que tiene por delante el sistema de salud. La seguridad social ha tenido mucho que ver en esa ampliación del acceso de la población a los sistemas de salud cuando aún resta por cumplir con otro tipo de necesidades como las sanitarias y edilicias que hacen también a esa mejora en la expectativa de vida”, señaló Carlos Garavelli, representante en el Cono Sur de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), en la apertura de la jornada académica sobre *Temas pendientes: políticas y resultados de la seguridad social*, que tuvo lugar en la Universidad ISALUD.

Garavelli se refirió además a dos temas de la coyuntura actual y que son el uso de las nuevas tecnologías que vienen acompañadas de un alto costo y la creciente judicialización de la seguridad social en la región, donde “el derecho individual de la persona a través del juez pasa por encima del derecho social colectivo”. Del encuentro también participaron el actual superintendente de servicios de salud de



Carlos Garavelli
“La alta incidencia de la judicialización de la salud hace que el derecho individual de la persona a través del juez pase por encima del derecho social colectivo”



Rubén Torres
“La medicina prepaga debe estar controlada por el Estado mediante dos leyes: una que las regule cuando actúan como un órgano captador de individuos que pagan sus cuotas y otra que las regule para los que hacen uso de la libre elección”

la Nación, Luis Scervino, junto a tres referentes del sector que lideraron esa superintendencia (SSSalud) en los últimos años: Rubén Cano (1999-2002), Rubén Torres (2002-2006) y Ricardo Bellagio (2009-2012). No pudo estar presente José Luis Lingeri (1996-1999).

Tras hacer una reseña histórica sobre los sistemas de salud, Rubén Cano recordó la década del 70 cuando en la Argentina se optó por el modelo bismarckiano: “Se lanzaron 350 obras sociales y había 12 institutos que se denominaban de la administración mixta porque no la conducía sólo el sindicato (vidrios, seguros, bancarios, carne y Osecac, entre otros) y que representaban al 50% de la población. Si le agregamos Smata y la UOM llegamos al 70%. Como había inconvenientes de magnitud y de recursos se crearon los fondos solidarios para tratar de compensarlo. La particularidad de estos años 70 es que el trabajador tenía un aporte promedio de 45 años y por lo tanto al PAMI le cerraba esa ecuación ya que solo debía brindar salud por 10 años más, en promedio. Había cuatro trabajadores activos por cada pasivo y casi no había desocupación”.

Panorama actual

¿Cómo está el sistema hoy? Se tienen cerca de 270/280 obras sociales, con las 20 primeras que tienen casi el 60% de la población y el resto está atomizado, pero con el inconveniente de que hay 150 obras sociales que tienen menos de 10.000 beneficiarios y otras cien con menos de 5000. Cano explico que “cuando uno las analiza no tienen los recursos suficientes como para garantizar su permanencia y beneficia solo a quienes la conducen. Se pensó en asociaciones de obras sociales, en consorcios, redes comunes y no lo pudimos lograr durante mi gestión, pero espero se logre avanzar con el nuevo Gobierno”. El ex titular de la SSSalud agregó también que se debe resolver el problema de los monotributistas, cuyo aporte tiene que ser proporcional a la capacidad contributiva y sobre el PMO destacó que tiene que actualizarse en forma permanente. En relación al PAMI señaló que, de 16.000 empleados de planta, hay 6000 de más, número equivalente a los millones que el PAMI les debe a las farmacias.

Ante una de las preguntas que se abordó en el seminario sobre si existen posibilidades de mancomunar los fondos, el ahora consultor de la OPS Ricardo Bellagio aseguró que



Rubén Cano

“En algún momento se pensó en asociaciones de obras sociales que tienen pocos afiliados, en consorcios, redes comunes y no lo pudimos lograr durante mi gestión, pero espero se logre avanzar con el nuevo Gobierno”

Ricardo Bellagio
“No se tiene conciencia de que la fragmentación y la ineficiencia de la gestión pública hacen que tengamos centros asistenciales que deben financiarse desde otros subsectores”



en el actual escenario es imposible. Y en relación al segundo interrogante vinculado a la disminución de la fragmentación, también se mostró escéptico. Pero ¿es sostenible el sistema desde el punto de vista financiero? Bellagio estimó que sí, es sostenible. “Y es tan sostenible -sostuvo- que el sistema hoy se da el lujo de tener 26.000 millones de pesos sin distribución”.

¿Qué tipo de problemas tiene este sistema? Para Bellagio uno es que la gestión sanitaria no fue delegada al gobierno federal, cada provincia es autónoma en relación a su salud. Hay provincias que tienen su propio PMO y sus leyes provinciales, lo cual hace que esta situación sea poco previsible para asegurar los servicios de salud a nivel federal. Y, además, hay poca interrelación desde el punto de vista de los prestadores: “No se tiene conciencia -advirtió- de que la fragmentación y la ineficiencia de la gestión pública hacen que tengamos centros asistenciales que deben financiarse desde otros subsectores porque el presupuesto no alcanza más que para el pago de personal. Por eso insisto en que hay que tomar conciencia de esta situación y tener una red programática que nutra con un buen financiamiento a cada una de las ofertas racionales y moderadas”.



ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

CENTRO INFANTO-JUVENIL

Sede: Av. Rivadavia 4684
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4901-7800 / 4042 / 9081

CENTRO DE ADULTOS

Sede: Av. Córdoba 3534
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: 4862-0204

SEDE ZONA NORTE

Av. Presidente Perón 1045
San Fernando
Teléfono: 4725-5195

Web: www.cermisaludsa.com.ar

Mail: info@cermisaludsa.com.ar

Luego, el rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, puntualizó también que la fragmentación es lo que caracteriza al sistema argentino. Se refirió a los tres modelos que en el mundo de hoy se discuten como posibles para alcanzar la cobertura universal (el basado en seguros privados, el modelo mixto y un tercero que es el seguro nacional de salud, es decir un modelo de fondos mancomunados y de redes integradas en el conjunto de los sectores) y en relación con la medicina prepaga, Torres opinó que “debe estar regulada y controlada por el Estado”, pero aclaró que debiera haber dos leyes “una que las regule cuando actúan como un órgano captador de individuos”, que pagan sus cuotas y pasan a ser sus beneficiarios legítimos (“ahí sí el papel regulatorio del Estado debe ser menor”). Y otra ley que las regule para “los que hacen uso de la libre elección de cambio porque el costo de la cuota tiene un alto impacto sobre trabajadores que pertenecen al sistema de la seguridad social”.

Concentración de las prepagas

Otro aspecto analizado fue el de la concentración de esta actividad, en la cual en términos de facturación tres empresas de medicina prepaga recaudan el 74% de los montos de afiliación y el de aquellas personas que deciden no pasar a una medicina prepaga y permanecen en la seguridad social, porque no pueden pagar la diferencia: “O sea que en la seguridad social se terminan quedando los más enfermos o pobres y los que no han podido emigrar por la diferencia en el pago de la cuota. Es decir que la medicina prepaga no es un cuadro igualatorio”. En relación al aumento del envejecimiento en el país y la situación en el PAMI, Torres indicó que “hoy su funcionamiento es insostenible desde el punto de vista clínico y económico, y tenemos la obligación de tener que discutir esta situación. El sistema como está es injusto porque los que menos tienen son los que más aportan, y si el incremento de los pequeños contribuyentes sigue llevará al quebranto del sistema de seguridad social”.

Luis Scervino: “Tenemos que informatizar y eliminar por completo los expedientes de papel”

El superintendente de seguros de salud destacó en su visita a ISALUD los principales objetivos de su gestión; plan médico obligatorio, atención de la discapacidad, la estructura del ente y su informatización, en agenda

“Había que generar un cambio en la mirada hacia las obras sociales, romper con esa imagen casi de animación a lo Tom y Jerry de una relación entre la superintendencia y las obras sociales, de persecución, por otra de asistencia hacia las organizaciones”, destacó en su presentación el Superintendente de Servicios de Salud (SSSalud), Luis Scervino. También agregó que “habrá que tomar la decisión política sobre obras sociales que no tienen masa crítica de afiliados y muestran incapacidad en la gestión, aunque sean las menos. Hacia adentro de la organización, hoy estamos con cerca de 1200 personas, pudimos racionalizar lo necesario de acuerdo a los decretos vigentes del Poder Ejecutivo”.

Scervino adelantó que otra etapa del programa es avanzar en el desarrollo digital y la eliminación por completo del expediente en papel. Hoy ingresan más de 130.000 expedientes por el sistema de



recupero, lo que era anteriormente la administración de programas especiales, y la forma de eliminarlos es a través de la incorporación de la firma digital: “La informatización -explicó- está vinculada con la situación financiera de la discapacidad, a su financiamiento que preocupa a las obras sociales y a los prestadores de discapacidad. La persona con discapacidad se queda siempre en el último lugar, se piensa poco en ellos y una de las formas de ir resolviendo este tema es poder pagar en tiempo y forma para lo cual vamos a hacer más transparente el sistema”.

Otra de las medidas en marcha desde la superintendencia es la evaluación del PMO, tarea que está siendo realizada por ISALUD y el Grupo Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), y que consiste en una evaluación crítica de todas las prestaciones que las obras sociales y las medicinas prepagas, en un

marco legal, van a tener que dar. La idea no pasa por los recortes sino por el uso racional de los recursos: “Si tenemos un PMO que incluye prestaciones que están totalmente fuera del marco de referencia de la medicina basada en la evidencia estamos tirando la plata. Y esto incluye no solo prácticas y prestaciones sino también la cobertura en medicamentos, otro de los desafíos que tenemos”. Ese trabajo deberá estar concluido para diciembre y la nueva norma tendrá que incluir las coberturas obligatorias que fue aprobando en los últimos años el Congreso (en el PMO no está contemplada, por ejemplo, la cobertura de la hepatitis C, que hoy dispone de un tratamiento altamente efectivo). Según el funcionario, también se está avanzando en el pago a los hospitales públicos: “Hoy el estímulo que tienen las obras sociales es no pagar, porque si no lo hacen en tiempo y forma después los hospitales demandan a la Superintendencia, que en un tiempo similar les paga. Queremos revertir esa situación y ya elevamos un proyecto al Poder Ejecutivo en el cual cambiamos la metodología. Los hospitales van a tener que comunicar la internación a la Superintendencia, que validará primero si el paciente es afiliado o no al sistema, causa principal de rechazos posteriores, y luego notifica de la situación a la obra social, para que haga la auditoría in situ del paciente que está internado, y luego se vaya de alta con un documento muy sencillo”.