

# LA PROTECCIÓN SOCIAL DEL MAÑANA: ENTRE LA CALIDAD Y LA SUSTENTABILIDAD

Durante dos jornadas, todos los actores del sistema de protección social que cubre a 16 millones de afiliados, debatieron sobre el presente y el futuro de las obras sociales y las prepagas. Los ajustes en el modelo de atención y de gestión; las respuestas a las nuevas demandas de los beneficiarios; las diferencias entre las obras sociales sindicales y las de personal de dirección con un paquete único de prestaciones, y la libre opción de cambio fueron algunos de los temas abordados

Durante dos jornadas distintos actores del ámbito político y sindical, las conducciones técnicas de las obras sociales, los aseguradores privados y los prestadores expusieron sus puntos de vista sobre el futuro del sector. Desde su creación a mediados del siglo XX, el gran interrogante de la época fue ¿De quién son las obras sociales?, un debate que atravesó gobiernos militares, se circunscribió a la discusión política y sindical, y sobrevivió a los lobbies económicos de los años 80 y 90.

A la formulación de aquella premisa que sostenía “Las obras sociales son de los trabajadores”, sobrevino un tiempo de reposicionamiento donde los mismos trabajadores decidieron a través de sus organizaciones sindicales tomar la decisión de administrar las obras socia-

les dando respuesta a su problemática de la salud y, desregulación de la seguridad social mediante, se incorporó la libre elección de los beneficiarios de la obra social y la apertura hacia la medicina prepaga.

El ámbito académico brindado por ISALUD para esta oportunidad resultó inmejorable para reabrir el debate en un abanico de temas que preocupan en la actualidad como la sostenibilidad económica de las obras sociales; los ajustes en el modelo de atención y de gestión; los modelos de respuesta de la seguridad social a las nuevas demandas de los beneficiarios; o el planteo de diferencias entre las obras sociales sindicales y las de personal de dirección, con un paquete único de prestaciones; la libre opción de cambio y sobre las visiones de cómo



*Horacio Martínez, presidente de OSIM; Tomás Sánchez de Bustamante, director general de OSDE, y Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD*



**Gabriel Lebersztein, director médico nacional de Osecac; Carlos Espelt, director nacional de Construir Salud (Uocra); y Sergio del Prette, subsecretario de Coordinación de Políticas de Salud de la provincia de Buenos Aires**

**Jorge Jañez, presidente de Comra; Jorge Colina, economista de Adecrea; y Carlos Díaz, director de la Especialización en Economía y Gestión de la Salud en ISALUD**



debería ser un sistema satisfactorio para todos.

Lo más picante de la doble jornada fue el cuestionamiento, sobre todo del sector privado, al establecimiento de nuevos derechos para los afiliados (sin que ello implique una crítica a tales beneficios) sin haber previsto los mecanismos financieros para sostener su cumplimiento. Eso se suma a los reclamos de las obras sociales sindicales por recursos que no son girados a los mismos, o cuanto menos que están siendo demorados e impactan en el sistema y junto a la inflación repercuten en el ajuste salarial que demanda el personal de la salud como en la innovación de las nuevas tecnologías. En la primera jornada de apertura, al debatirse sobre el futuro de las Obras Sociales y su sostenibilidad económica, Gabriel Lebersztein, desde hace 15 años director médico nacional de la Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles (Osecac), destacó que “el sistema de obra social en la Argentina no tenga desigualdad interna respecto a las coberturas”,

máxime si se tiene en cuenta en el contexto cuanto menos complejo al que tuvo que sobreponerse el sector que hoy reúne en todo el país a más de 16 millones de personas, de las cuales más de 2 millones de afiliados corresponden a la Osecac.

Lebersztein adelantó que en los próximos años “van a aparecer agencias reguladoras de la calidad y eso será bueno para el sistema de salud porque van a poder medirse las prestaciones”. Eso involucrará a todo lo que tenga que ver con el trabajo de gestión y advirtió del peso de la crisis para el próximo quinquenio donde será difícil sostener las expectativas sobre los honorarios de algunos profesionales frente a la caída del PBI (que estimó en un 3%) que implicará la pérdida de unos 250.000 puestos de trabajo.

“Eso significa para el sistema de seguro social aproximadamente 1.200.000 beneficiarios menos –agregó el gerente médico de la obra social–, y creo que no se va a caer el consumo sanitario porque hay mecanismos para que permanezcan dentro del sistema,

pero sí que habrá muchos intentos por cobrar un seguro catastrófico, de eso hay mucho interés de los financiadores que tienen más inclinación al aumento de cuotas porque van a intentar distribuir el riesgo de la utilización de las altas complejidades entre todas las personas participantes con igual carga”.

Carlos Espelt es director nacional de Construir Salud, la obra social de la Unión Obrera de la Construcción (Uocra) que atiende a unos 800.000 beneficiarios y tiene 46 centros de atención primaria en todo el país. Percibe por grupo familiar 522 pesos y según explica el ex jefe del Hospital Ezeiza y Madre Teresa de Calcuta “es muy difícil hacer sustentable una obra social o cualquier empresa que en diez años supera 20 veces los valores de la hora del ayudante de la construcción”.

Además, señaló que “estamos diez años atrasados en los valores de los coseguros. Hubo un tiempo que las obras sociales financiaban a los sindicatos, pero hoy podemos decir que la situación es al revés, hay que superar el momento actual y no aumentar el endeudamiento de algunas obras sociales”.

De acuerdo a la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (Adecrea), a través de su economista Jorge Colina “entre 2002 y 2013 el costo de la atención médica creció 1132%, en tanto el índice general de precios acumuló un 786%”. A esos números hay que agregarle los tres reclamos puntuales de las clínicas en materia tributaria, que son el pedido de una moratoria por las obligaciones impagas; buena parte de la facturación del sector está exento de IVA y no se puede descargar el impuesto pagado en las compras; y la no actualización del Gobierno sobre el tope de facturación anual, para que un contribuyente sea aceptado como pyme.

Jorge Jañez, presidente de la Confederación Médica de la República

**“Más allá de las críticas y las divergencias que se le puedan hacer al sistema de salud argentino, es uno de los mejores en cuanto a la atención médica si se tienen en cuenta su alcance, la amplitud de los servicios que presta y la calidad de sus profesionales”, opinó Hugo Magonza, presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (Acami)**

Argentina (Comra), admitió que en la actualidad hay un grave problema de financiamiento que afecta la prestación: “Hoy las obras sociales de dirección de empresas están generando situaciones de desagrado con los prestadores sobre todo en las provincias con las que nos manejamos. Esto lleva a que cada vez sea mayor el reclamo de los médicos a sus organizaciones y sobre todo en forma directa con la intermediación”.

Según adelantó el titular de la Comra, la situación del sector es grave porque habrá clínicas que van a cerrarse en el corto plazo: “No hay posibilidad de mantenerlas abiertas y con el crecimiento que hubo al generarse mayor capacidad instalada e incorporarse recursos humanos, hoy estamos sobrepasados y nos llegue el agua al cuello porque no podemos pagar los



**Néstor Gallardo, presidente de Ademp; Juan Carlos Villa Larroudet, vicepresidente ejecutivo de Omint; y Alfredo Stern, gerente general de Ospedyc**

sueños. Ante esta eventualidad nos enfrentamos a una situación desagradable porque las provincias tampoco tienen capacidad operativa y ya están con hospitales desgastados o nuevos que no tienen los recursos humanos suficientes”.

Ante la pregunta disparadora sobre

si es viable la medicina prepaga, Juan Carlos Villa Larroudet (vicepresidente ejecutivo de Omint) indicó que la rentabilidad del sector está en línea con la de cualquier otro país, en general por debajo del 5%, cuando históricamente en nuestro país era del 3% y en 2013 estuvo en el 1%: “Debido al aumen-

## Diferencias entre obras sociales sindicales y de dirección

**Horacio Martínez, presidente de OSIM, Obra Social de personal de dirección**



El disparador es ponernos a pensar si hay diferencias entre las obras sociales sindicales y las obras sociales de dirección en un contexto de similares aportes y prestaciones y la opción de cambio.

Ver las diferencias para encontrar las mejoras en el sistema y cuando se utilizan instrumentos procesales como recursos y amparos judiciales, en forma masiva y que dan lugar a decisiones sin los análisis previos de los expertos en temas médicos, ni la utilización de instancias de mediación, o de resolución del conflicto, van a buscar una solución que solo busca desvirtuar el concepto apoyándose en soluciones de marketing. Hoy nos enfrentamos a un desafío que no solo afecta a los países supuestamente en vías de desarrollo que es mantener el modelo sindical, el modelo solidario que pueda cumplir con la accesibilidad, la calidad y el financiamiento.

## El financiamiento no llueve del cielo

**Tomas Sánchez de Bustamante, director general de OSDE, y presidente de la Fundación OSDE**



Hay una fenomenal distorsión en todo sentido y no sólo en el Congreso Nacional, de sacar leyes como chorizos, con un desconocimiento de cómo se mueve en el escenario el problema de salud en la Argentina. ¿Cómo hacemos para compaginar el concepto del derecho a la salud que tiene la Argentina con esta idea a mi juicio inmadura de que el financiamiento

llueve del cielo? Hace falta un diálogo para ver cómo podemos reorganizar este esquema, cómo articulamos el Programa Médico Obligatorio PMO, el financiamiento y la gente.

La Administración de Programas Especiales (APE) y el Sistema Único de Reintegro (SUR) así como están planteados no sirven porque nos deben 600 millones de pesos y el tema es que si bien está funcionando un poco mejor que antes, han puesto una serie de requisitos administrativos que en sus intenciones de lograr transparencia no es malo, pero que hace muy lento el sistema cuando la inflación va muy rápida, entonces el encarecimiento de la salud va a una velocidad sideral y el recupero de los adelantos se hacen lentos.



Hacer más,  
sentirse mejor,  
vivir más tiempo

 @GSK\_AR

[www.glaxosmithkline.com.ar](http://www.glaxosmithkline.com.ar)

**“Hubo un tiempo que las obras sociales financiaban a los sindicatos, pero hoy podemos decir que la situación es al revés, hay que superar el momento actual y no aumentar el endeudamiento de algunas obras sociales”, afirmó Carlos Espelt, director nacional de Construir Salud (Uocra)**

to de la tecnología y de la esperanza de vida hoy la salud tiene un rol más importante en la economía del país y esto cada vez cuesta más. Si nosotros comparamos qué significa en el día la inflación del sector de la salud vamos a ver que es mayor que en cualquier otra área de la economía, un 5% más cuesta la salud en la Argentina”.

Según cuenta Villa Larroudet el aumento de cuotas de salud en los últimos 10 años fue de 514% pero el aumento de los gastos en salud subió un 780%. A ello se suma que el sector no percibe los aumentos correspondientes por la tecnología y el aumento de

mográfico y debió ampliar sus prestaciones: “En el caso de la discapacidad viene creciendo un 15% todos los años, y el costo medio de un discapacitado es 14,6 veces mayor que el de un afiliado sin discapacidad. En el caso de la fertilización asistida tiene 1,5% del costo total del sistema, es algo necesario para la sociedad pero tenemos que garantizar o priorizar la cobertura de salud para que esto se pueda financiar”.

Néstor Gallardo, presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Privada (Ademp) y del directorio de la Clínica Modelo de Morón, se

definió como un sobreviviente de la jungla prestadora, de un sistema de salud que es uno de los más completos y no deja a nadie sin atender, pero -advirtió- que si la realidad no cambia pronto, se avecina algo que describió como el principio del fin “entre un mercado dispuesto a comprar medicina prepaga y un sistema que tiene que cubrir la fertilización asistida porque todos los planes tienen que hacerlo. Con esto estamos conviviendo y de continuar así la tecnología más avanzada del mundo va a estar prohibida para la Argentina en términos económicos. Sin ser apocalíptico, es un llamado de atención”.

En la mesa destinada a los medicamentos, Claudio Riganti, gerente de asuntos económicos de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (Cilfa), admitió en primer lugar que el modelo actual está jaqueado por los aumentos de precios crecientes: “Lo que hay que comprender -explicó Riganti- es que el sector está compuesto por una serie de jugadores y muchos son pequeños jugadores.

El país cuenta con una importante industria farmacéutica pero tiene que operar bajo la presión competitiva de grandes multinacionales, no sólo las que están establecidas en el imaginario popular, sino de otras que provienen de países con los que no existe ninguna equivalencia y hablo de la India o de China, que hoy pueden ingresar productos a mitad de precio”.

En la mesa que compartió junto a Gerardo Martínez (Uocra), sobre “¿Qué necesita y hacia dónde va la seguridad social?”, Héctor Ponce, secretario general de la Asociación de Trabajadores de la Industria Lechera de la Repúbli-

## Modelo y precios sostenibles para los medicamentos

**Alberto Paganelli, director de Asuntos de Salud de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (Caeme)**

Para que un fármaco llegue a la venta hay que investigar y el desarrollo de un producto es largo, dura unos diez años y los costos se han ido incrementando (actualmente llegan a 1000 millones de dólares).

Sólo una de 5000 a 10.000 moléculas se convierte en un producto, y sólo dos productos de cada diez recuperan los costos de la inversión. El país tiene una gran cobertura de medicamentos, aquí en la Argentina producimos medicamentos y exportamos productos, de bienes y servicios, por lo que ingresaron más de 400 millones de dólares.



## Homogeneidad del precio de los remedios, la clave

**Claudio Riganti, gerente de asuntos económicos de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (Cilfa)**



Lo importante del modelo sanitario argentino es la homogeneidad en el precio, gracias a una logística sumamente aceitada que tiene su origen en esta combinación de distribuidoras y droguerías.

Tenemos 14.000 farmacias que funcionan en todo el país y el costo logístico no se transfiere directamente al precio final del medicamento sino que forma parte de la estructura física que la cadena de la industria farmacéutica pone al servicio.

Sin embargo, por la crisis la industria ha venido amortiguando el impacto del financiamiento a través de una gestión con las droguerías hacia el sector más débil, que son las farmacias y para que éstas puedan seguir funcionando.

**“En los próximos años van a aparecer agencias reguladoras de la calidad y eso será bueno para el sistema de salud porque van a poder medirse las prestaciones”, dijo Gabriel Lebersztein, director médico nacional de la Obra Social de Empleados de Comercio y Actividades Civiles (Osecac)**

## Una creación genuina de los argentinos

**Carlos West Ocampo, secretario general de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (Fatsa)**



La seguridad social es una creación genuina de los argentinos, a pesar de que quisieron destruir el sistema previsional. Se aprovechan de una deficiencia muy clara que hay en la atención con la salud pero no se trata solo atender la enfermedad y distribuir remedios, porque hoy los determinantes de la salud son más complejos.

La resistencia que había por parte de las corporaciones médicas hacia la atención de los afiliados de las obras sociales hizo que en

determinados lugares, como en las provincias, se crearan las asociaciones de obras sociales que sirvieron para romper el monopolio de quienes prestaban los servicios de salud. Cuando vimos el avance de la desregulación impulsada por la medicina prepaga disfrazada de obra social, pusimos como valla de contención la unificación de todas las obras sociales y así fortalecer una oferta de servicios que no tiene ninguna entidad de medicina prepaga. Hay todo un trabajo acumulado en muchos años, muchas voluntades y toda una organización puesta al servicio del afiliado para cubrir las necesidades en salud que el Estado no hacía o era muy deficiente para hacerlo.

Hoy nos encontramos con un sistema que debe responder a todo y enfrentar las regulaciones en los ingresos que tratan de ahogarlo y a una suma de complejidades que afrontamos con la migración de los más sanos y de los afiliados de mayores ingresos como parte de esta fragmentación del sistema.

ca Argentina (Atilra) destacó que para los gremios más chicos “es más fácil negociar por volumen y cuando uno tiene una masa de afiliados importante, que hacerlo con una masa de beneficiarios chica como la lechera, con 32.000 trabajadores de la actividad láctea en todo el país, de los cuales 29.000 son afiliados al sindicato”.

En esa línea, Luis Pandolfi, actual titular del sindicato de Tintoreros, Sombrereros y Lavaderos, recordó que en 2005 y gracias a la intervención de la Superintendencia de Servicios la Salud, “de 700 beneficiarios que tenía el gremio pasó a 5500”. Y aseguró que “se desvirtuó el sistema del seguro de salud porque es muy difícil competir hoy con las prepagas y con distintas obras sociales de mayor envergadura”. Mientras que Mauricio Pascuali, gerente de la obra social de la Uatre, se preguntaba por qué las obras sociales aportan todas al mismo Fondo Solidario y no se aumentan los topes, sin cumplir con el espíritu de la ley.

Según el presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Inte-

gradas (Acami), Hugo Magonza, más allá de las críticas y las divergencias que se le puedan hacer al sistema de salud argentino, “es uno de los mejores en cuanto a la atención médica si

se tienen en cuenta su alcance, la amplitud de los servicios que presta y la calidad de sus profesionales”.

La disparidad de la distribución de los beneficiarios que reciben la



**Miguel Ángel Troisi, del grupo Ase Medife; Hugo Magonza presidente de Acami; y Eugenio Zanarini, vicerrector de la Universidad ISALUD**



**Luis Pandolfi, titular del sindicato de Tintoreros, Sombrereros y Lavaderos; Mauricio Pascuali, gerente de Osprea y Santiago Spadafora, director de la Especialización en Administración Hospitalaria de la Universidad ISALUD**

**“Debido al aumento de la tecnología y de la esperanza de vida hoy la salud tiene un rol más importante en la economía del país y esto cada vez cuesta más. Si nosotros comparamos qué significa en el día la inflación del sector de la salud vamos a ver que es mayor que en cualquier otra área de la economía, un 5% más cuesta la salud en la Argentina”, sostuvo Juan Carlos Villa Larroudet, vicepresidente ejecutivo de Omint**

prestación de salud de manera privada (donde se asienta el 15,5% de la población) y pública (la mayoría derivada de los aportes salariales en obras sociales), es lo que hace necesaria una mirada integral del sistema para una eficiente solución de los problemas.

Estimaciones de la Acami, indican que los gastos en salud durante 2013 llegan en el país a \$ 233.000 millones, con un crecimiento del 25% respecto del año anterior. El costo de la salud está por encima del costo de vida (la brecha hoy es del 44%): “El problema es complejo, cruzado por as-

pectos sociales de la transformación epidemiológica, tecnológicos, de financiamiento y normativos”, señaló el presidente de la Acami.

Con respecto a los fondos de la seguridad social, señaló que ha desaparecido el modelo de copagar una prestación “una herramienta que bien usada sirve de contención del gasto en cualquier lugar del mundo”. A lo que agregó: “es un elemento de cofinanciación y que debería ser muy útil siempre y cuando el límite ético debiera estar dado en que el pago o copago no interrumpiera la atención médica. Por eso en un debate sobre el futuro del financiamiento del sector, no hay que exceptuar el tema del copago”.

Además, entre las principales preocupaciones del sector, Magonza destacó la judicialización de los actos médicos, al haber un vacío normativo (el incremento de la llamada medicina defensiva ronda el 20% del costo del sistema de salud); y el envejecimiento poblacional, sobre el que advirtió la inviabilidad del sistema privado para financiar a los mayores y enfermos “si no hay recursos que provengan por fuera del sistema”. 

## Las obras sociales sindicales deben trabajar de manera integrada

**Gerardo Martínez, secretario general de la Unión Obrera de la Construcción (Uocra)**



Este es un ámbito ideal para debatir y empezar a preocuparnos de los temas del sector y anticiparnos a los acontecimientos. El sistema de las obras sociales es único pero en el sindicalismo estábamos acostumbrados a ver un gran desfalte mirando hacia adentro y nos hacía falta darle más transparencia para recuperar la confianza de la sociedad.

Y aún falta crear un mecanismo de control más eficaz para mantener una política sanitaria responsable porque algo falta en nuestras leyes para que nuestro sistema no deje dudas y sepamos qué obra social está bien administrada y cuál no. Para marzo estamos preparando una misión a China, donde iremos a explicar en la federación de sindicatos chinos cómo ha sido nuestra experiencia, ya que ellos no tienen algo así y solo cuentan con un seguro manejado por el Estado.

Además, debemos ser más solidarios entre los propios sindicatos ¿Cómo es posible que no estemos más integrados y un afiliado de una obra social distinta tenga que trasladarse de una punta a la otra para ser atendido? ¿Cómo no tener una tarjeta que nos identifique a todos con el sistema y que luego por *clearing* se facture?

Hay que poner en práctica el profundo sentido solidario de las obras sociales, pero además, la situación de hoy es también compleja porque no se están distribuyendo los recursos que son parte del sistema y eso impacta muy fuerte en los sindicatos grandes como el nuestro.

## La falta de un reordenamiento de recursos golpea fuerte

**Antonio La Scaleia, del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina ex presidente del Instituto de Obra Médica Asistencial (IOMA)**



¿Cómo es posible que las obras sociales, provinciales, sindicales y las prepagas no estén en un debate de qué modelo de salud queremos y necesita el país? El crecimiento exponencial de las obras sociales, que en 2001 representaba el 14%, en 2010 el 15,38%, en 2014 el 18%, tiene una sola respuesta que es el ingreso en la administración pública de muchos trabajadores y de muchos salarios que se fueron blanqueando con el aporte a la obra social y a la caja de previsión.

No podemos ver al sistema de salud como algo aislado cuando la salud lo único que puede resolver es el 11% o 12% de todos los condicionantes sanitarios. Si seguimos pensando que a la salud la vamos mejorar nosotros nos vamos a seguir equivocando, la falta de un reordenamiento de los recursos golpea el sistema, lo mismo cuando el derecho exacerbado se transforma en una judicialización. En 2012 tuvimos 560 acciones de amparo y en 2013 fueron 611; el 72% en 2012 y el 63% en 2013 que no tuvieron sentencia, eso significa que pedían algo que no correspondía y en el 90% de los casos teníamos razón. Además, el 97% de los recursos van a la atención de la enfermedad y no hay capacidad para la prevención. Otra realidad es la mayor expectativa de vida, el 21% de la población mundial, 2 mil millones de personas van a tener más de 60 años, y necesitamos tener una sociedad preparada para esto sino el concepto de equidad, inclusión, reinserción, es un mero refrán”.