

[ENTREVISTA]

LUIS SCERVINO: “LAS OBRAS SOCIALES SOBREVIVIERON ÉPOCAS DE INTERVENCIÓN MILITAR Y SAQUEOS”

En diálogo con la Revista, el superintendente de seguros de salud destacó el reintegro de \$ 30.000 millones a las obras sociales, la estrategia que se está aplicando para reducir la fragmentación del sistema y universalizar la cobertura, y los cambios en el plan médico obligatorio

La entrevista de la Revista con el titular de la Superintendencia de Servicios de Salud, Luis Scervino, fue realizada al día siguiente del anuncio hecho por el Presidente de la Nación sobre la devolución de cerca de \$ 30.000 millones por parte del Estado a las obras socia-

les sindicales. El teléfono celular del funcionario no paró de sonar, con llamadas de los medios y de los propios líderes sindicales.

Aficionado al cine, guardavidas en su adolescencia y vinculado a la salud desde la Cruz Roja (cuando tenía 18

años), su carrera como director médico de la obra social del sindicato de obras sanitarias lo llevó a estar muy cerca del movimiento obrero. “Soy un defensor absoluto del sistema de obras sociales que sobrevivió épocas de intervención militar y saqueos”, afirmó y dijo que un viejo anhelo suyo que es la concreción del primer documental sobre la historia de las obras sociales “desde principios del siglo pasado hasta la desregulación en el momento de la libre elección”. Más allá de las lecturas políticas del hecho anunciado por el Gobierno, los recursos reintegrados tendrán su impacto en las obras sociales sindicales y en el propio sistema de salud.

—¿Cuál es la primera lectura que puede hacer de este reintegro a las obras sociales?

—Las medidas que se instrumentaron ahora como DNU tienen una arista relacionada exclusivamente con la seguridad social y otra con un avance inédito en la historia de la ar-

Qué se hará con el dinero del acuerdo

- Los \$ 29.500 millones que se acumularon a partir de 2002 provienen de los aportes y contribuciones hechos al sistema de salud por los trabajadores y las empresas empleadoras.
- En el caso de los empleados, por ejemplo, del descuento salarial del 3% de la remuneración bruta que se puede ver cada mes en el recibo, un 15% no va a la obra social en forma directa, sino que tiene como destino el llamado Fondo Solidario de Redistribución (FSR).
- El FSR otorga reintegros a las obras sociales por los gastos que demandan determinados tratamientos de alta complejidad y alto costo. De lo acumulado y no distribuido en los últimos años, se destinarán a ese fin \$ 2704 millones como reintegros por prestaciones dadas entre 2006 y 2012.
- Hay \$ 8000 millones para financiar la cobertura universal de salud y reordenar la atención de pacientes en el hospital público, con la extensión de credenciales que permitirán tener descuentos en farmacias y otros servicios.
- Otros \$ 4500 millones conformarán un nuevo fondo del sistema de obras sociales, en este caso dedicado a aportar recursos frente a posibles epidemias, o bien a planes de prevención de enfermedades o de adquisición de centros de atención.
- Casi la mitad del fondo, \$ 14.268 millones, seguirá bajo custodia del Banco Nación y a nombre de la superintendencia, pero en bonos con vencimiento en 2020. Lo que se genere por el pago de intereses alimentará el FSR.

ticulación de la seguridad social y el sector público. Siempre hablamos con [el rector de la Universidad ISALUD] Rubén Torres sobre algo que él siempre transmite en sus alocuciones: la fragmentación del sistema es un desafío constante. Ahora dimos el primer paso, pusimos el primer ladrillo para empezar a deconstruir esta fragmentación al destinar una parte del acuerdo, \$8000 millones, a desarrollar una estrategia de cobertura universal de salud que tiene por objetivo llegar a los sectores más vulnerables. Por eso estamos ante un hecho histórico que marca un rumbo al darle una lectura amplia a la ley de Obras Sociales que está vigente y a la ley del Seguro de Salud, que dicen claramente que los beneficiarios del sistema no son solo para los que tienen el trabajo formal sino que incluye a toda la población.

“Llegamos a 2015 con casi \$ 30.000 millones sin pagar del fondo solidario y con un monto de deudas pendientes que abarcan más de 85.000 expedientes de prácticas realizadas entre 2006 y 2012 que no se pagaron”



—¿Qué debilidades y fortalezas muestra nuestro sistema?

-El sistema en sí es muy bueno, pero cuando entramos a una época en la que el desempleo crece y el empleo informal impacta en las obras sociales es importante contar con un sistema

solidario. Y una herramienta indispensable es la existencia de un Fondo Solidario que ante el advenimiento de las nuevas tecnologías sirve para amortiguar la accesibilidad de los beneficiarios. En los últimos diez años lo que más sufrió el sistema es que este Fondo



LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS



ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

Solidario no se distribuyó como indica la ley y se llegó a una situación en la que las obras sociales empezaron a andar mal, los prestadores empezaron a cobrar a los 30, a los 60 y hasta a los 90 días o más y se generó un deterioro de la atención médica.

Así llegamos a 2015 con casi \$ 30.000 millones acumulados, y con un monto de deudas pendientes que abarcan más de 85.000 expedientes de prácticas realizadas entre 2006 y 2012 que no se pagaron. Otros cientos de millones de prácticas que ni siquiera les dejaron a las obras sociales presentar porque les inventaban o les ponían cupos para que esos expedientes no ingresaran.

–La Superintendencia fue clave en el entramado de este acuerdo.

–Todos estos requerimientos y esta situación en general nosotros la veníamos estudiando en los últimos cuatro años con el equipo técnico que ahora nos acompaña en la gestión. Es el mismo plantel que integró en su momento el Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social así que en términos futbolísticos estamos jugando un mundial con un equipo que técnicamente venía trabajando junto y con las principales obras sociales que conforman el *core* del sistema. Además, yo vengo dialogando a título personal con el ministro de Salud, Jorge Lemus, sobre un montón de temas comunes en la agenda que eran necesarios tratar para llegar a un encuentro con el Ministerio de Trabajo y los sectores gremiales con una serie de propuestas ya elaboradas.

– ¿Cómo impacta la informalidad en el sistema?

–Ese es un punto central y en medicina sabemos que la clave es el buen diagnóstico. En la Argentina lo que a muchos no les gusta admitir -porque políticamente pareciera incorrecto- es que



“En la Argentina lo que a muchos no les gusta admitir –porque políticamente pareciera incorrecto– es que el

sector público tiene un alto nivel de ineficiencia, lo que genera inequidad y para esto hay que repasar algunas cuentas porque los 44 millones de argentinos financiamos un sistema de salud público que solamente utilizan 14 o 15 millones de personas”

el sector público tiene un alto nivel de ineficiencia, lo que genera inequidad y para esto hay que repasar algunas cuentas porque los 44 millones de argentinos financiamos un sistema de salud público que solamente utilizan 14 o 15 millones de personas.

O sea que también es un sistema solidario porque el resto de la gente que lo financia y tiene cobertura ya sea por obra social o medicina prepaga al momento de usar el hospital lo factura. Hay hasta un doble pago y este es el punto de partida para trabajar en serio y ver que nos está pasando en el sector público donde el 65 y 70% del gasto se va en sueldos, hay que discutir si vamos a seguir subsidiando a la oferta o vamos a empezar a apoyar la demanda y la necesidad de los grupos más carenciados.

–¿Cuál es el efecto inmediato que tendrá la medida anunciada por el Gobierno?

–Hay varias cosas a tener en cuenta, una que es un DNU y se destinan \$ 8000 millones pesos a la estrategia de cobertura universal de salud, que se va a administrar a través de la formación de un fideicomiso manejado por el Ministerio de Salud, la superintendencia

y la conducción de la CGT, en primera instancia, y que tendrá el foco puesto en sectores con necesidades mucho más urgentes.

Hay que identificar esas poblaciones vulnerables y diseñar una credencial donde estén ordenados los servicios a los cuales tienen acceso para evitar una de las principales trabas que tienen las personas sin cobertura. La idea es que a través de la georeferenciación de su procedencia el beneficiario tenga acceso a una cartilla que le diga cuál es su médico de cabecera y en qué centro de atención ambulatoria u hospital regional le corresponde atenderse. Y otro aspecto a mejorar es la capacitación de los profesionales del sector público para el trabajo en red.

–¿Cuáles son las demandas puntuales de los afiliados?

–Lo que tenemos registrados es que el nivel de queja es bastante bajo comparado a los 15 millones de beneficiarios, y llamativamente el 50% de los procesos de quejas tienen que ver con gente que no forma parte del sistema, quieren acceder a tal o cual obra social y les han puesto una traba. El otro 50% de las quejas sí tienen que ver con el acceso a prestaciones, en su mayoría relacionadas a medicamentos o prácticas que están fuera del PMO (y que las obras sociales por el elevado costo no quieren asumir). Esos son los niveles habituales de queja y es ahí donde la superintendencia debe actuar para llegar a un acuerdo y evitar que se llegue a mayores.

En cuanto a los amparos judiciales para recibir prestaciones ahí estamos en una situación compleja, que probablemente se termine de zanjar cuando prospere el proyecto de desarrollar una agencia nacional de evaluación de tecnologías, que colabore con la Justicia para saber si corresponde brindar una prestación o no. 