


contrar respuestas a sus problemas. Para Aruachán esto “haría colapsar a los efectores públicos en todos sus niveles” y el nivel de salud general de la población decaería significativamente o se incrementaría el gasto de bolsillo de las personas. Un efecto que puede ser devastador para una sociedad que necesita potenciar su capacidad productiva y su nivel de industrialización para poder salir de la lógica de las crisis cíclicas.

“Una población enferma sin capacidad de trabajar, no puede hacer frente a este desafío”, afirmó el director ejecutivo. Por eso es necesario dejar de pensar aisladamente y comprender, de una vez por todas, que la condición de salud de una población es un condicionante mayor de su desarrollo social y económico. Es evidente que no es una problemática aislada de las obras sociales nacionales. Las obras sociales provinciales y las empresas de medicina prepaga, cada una de ellas con sus particularidades, enfrentan situaciones que las ponen en riesgo de sustentabilidad a corto plazo”.

El titular de Acami, recordó que en una época la descentralización del sistema sanitarios en las provincias fue algo deseable y de consecuencias positivas. A la luz de los hechos, y tal vez por errores conceptuales en su instrumentación o impericia, Magonza admite que se muestran gran dispersión de resultados, modelos de cobertura y calidad: “La estrategia que impulsa la OMS y la OPS es la de la Salud Universal, que es la de Cobertura Universal más el compromiso con la calidad y el acceso. El país debería ir hacia estos modelos en un proceso de adaptaciones sucesivas que garanticen una igual cobertura y modelo de financiamiento para todos, incluyendo las obras sociales provinciales”. 

## [ SISTEMA DE SALUD ]

# ARMANDO CAVALIERI: “EL MODELO YA HACE VARIOS AÑOS QUE NO ES SUSTENTABLE”

El dirigente del sindicato de comercio, cuya obra social Osecac es una de las más grandes del país, analiza la crisis del sistema solidario de las obras sociales y propone alternativas para superarla

En diálogo con la Revista, Armando Cavalieri, secretario general de la Federación Argentina de Empleados de Comercio y Servicios (Faecys), cuya obra social Osecac está entre las más grandes del sistema solidario (1,9 millones de afiliados).

Con números y antecedentes, el dirigente gremial analiza la evolución del modelo de financiamiento, la situación actual y algunas de las medidas que podrían atenuar la crisis.

### —¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?

—El modelo de la seguridad social hace ya varios años que no es sustentable. Se mantiene con continuos e insuficientes parches que llegan desde el Estado nacional, mediante la utilización de fondos de las obras sociales en el Fondo Solidario de Redistri-



bución (FSR), y con el aporte adicional de los trabajadores, tanto directos por convenio colectivo o realizados por los sindicatos correspondientes.

Hay un fuerte desequilibrio entre el costo prestacional, las prácticas médicas actuales, los medicamentos, la aparatología que se utiliza y los recursos disponibles por el aporte de los trabajadores. En el sistema quedan los trabajadores de menores ingresos.

Los que solventaban el sistema solidario fueron tentados por las empresas de medicina prepaga, que se apropiaron de los trabajadores con menores consumos (jóvenes y sin cargas de familia), a cambio de mejor hotelería y atención. Al mismo tiempo, se quedan con los de mayores ingresos con la promesa de prestaciones VIP. Las obras sociales hacen un esfuerzo monumental para mantener el equilibrio financiero.

#### –¿Cuál es la situación?

–Casi ninguna obra social puede darse el lujo de intentar tener equilibrio económico. Y cuando no fue posible brindar prestaciones, se le retuvo en forma arbitraria gran parte del FSR, incorporando a la ley de presupuestos sólo una porción, la que financiaba a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y una pequeña parte

**“Hay un fuerte desequilibrio entre el costo prestacional, las prácticas médicas actuales, los medicamentos, la aparatología que se utiliza y los recursos disponibles por el aporte de los trabajadores”**

**“En el sistema quedan los trabajadores de menores ingresos. Los que solventaban el sistema solidario fueron tentados por las empresas de medicina prepaga”**

de la Administración de Planes Especiales (APE), que maneja a los reintegros de alta complejidad.

Así, el APE fue deliberadamente discrecional en la devolución y reintegro de prestaciones, aplicando el concepto poco objetivo de mérito, oportunidad y conveniencia. En 2012 se cambió la denominación por Sistema Único de Reintegros (SUR) y pasó a depender en forma directa del superintendente de salud. El SUR ha servido durante los últimos seis años para que las obras sociales tengan la ilusión financiera de que no tenían costo alguno para las prestaciones de alta complejidad.

#### –¿Por qué ilusión financiera?

–La verdad es muy diferente. Al carísimo costo financiero de pagar y solicitar la devolución, hay que agregarle todo aquello que por operatividad propia de la obra social no se llega a presentar, además de la limitación del FSR respecto a la cobertura que puede cubrir por disponibilidad de fondos.

Actualmente, la SSS debe al sistema cerca de \$ 6000 millones. Por otro lado, se desfinanció al sistema congelando los coseguros en \$4 durante 14 años (hasta enero 2017). Se les obligó a dar cobertura a prestaciones que no fueron previamente consideradas en la financiación del sistema, como la fertilización asistida y las cirugías bariátricas, entre otras.

#### –¿Hay riesgo de que se rompa el mecanismo solidario en el que se basa el sistema de seguridad social?

–La ley 18.610 de obras sociales establecía en 1970 un aporte del 3% por trabajador

para el sistema de salud. Mas allá de los antecedentes de los estudios realizados para determinar que el 9% de los salarios alcanzaba para las prestaciones médicas cuando el sistema de obras sociales fue creado. Está claro que desde entonces hasta ahora ha habido muchos cambios que desvirtuaron el estudio hecho en aquel momento.

### –¿El sistema solidario está roto?

–Queda muy poco de la idea original. Pueden llamarlo como quieran, pero el actual sistema no es solidario desde el punto de vista en que se lo creó. Se eliminó el sistema de solidaridad al incorporar la libre elección de obras sociales y permitir la salida de parte de ese universo del sistema a las prepagas (representan los mayores aportes, por eso se lo llama “descreme”). Se determinó una cobertura mínima a cubrir, mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO), sin tener en consideración los recursos que se disponían, además, se amplió esa cobertura incorporando tratamientos de enfermedades catastróficas, sin recupero del FSR.

A este panorama se suman, los fallos judiciales que obligan a brindar tratamientos totalmente gratuitos, dar coberturas a discapacitados prácticamente sin límite de acceso, como a establecimientos educativos privados, acompañamiento terapéutico las 24 horas o transportes individuales sin límite de kilometraje. Además, se incorporó la prestación a un universo externo al sistema, los pequeños contribuyentes (monotributistas y servicio doméstico).

### –¿Qué pasa con los monotributistas?

–En la mayoría de los casos tienen ingresos muy superiores a los asalariados y aportes al sistema de salud muy inferiores. Encima, en los últimos dos años no se dieron los aumentos ni siquiera para que estos aportes acompañen a la inflación. Además, el Estado inventó a los monotributistas sociales para que, con un pequeño aporte del Estado, se los asimile a los monotributistas impositivos. Es el Estado quien debe hacerse cargo de la salud de los monotributistas so-


ciales y no los aportes de los trabajadores, quienes deben asumir la prestación.

Si el Estado decide derivar a las obras sociales la responsabilidad de la prestación, junto a un adecuado aporte (es decir, similar al que hace un asalariado), es necesario que se establezca en forma taxativa un PMO básico para la cobertura de esa población. El Estado debería establecer una cobertura especial no solventada por el FSR para las patologías de alta complejidad, la discapacidad y los medicamentos crónicos o de alto costo.

Además, también debería solventar la diferencia entre los valores pretendidos por los hospitales de autogestión y otros centros de salud. Aunque parezca mentira, este universo de pacientes, que debería ser atendido gratuitamente por el hospital público, es facturado a valores muy superiores a los del sistema en general a las obras sociales.

### –¿Qué otros obstáculos tienen el sistema de obras sociales?

–Otro punto que desfinancia al sistema es el aporte de \$ 192 máximo que la Anses paga por cada jubilado desde mayo 2013, que representa hasta hoy el único que proviene desde afuera del sistema de obras sociales. La utilización del FSR para complementar parte de ese aporte es totalmente inaceptable como fuente de financiación, ya que directamente quita recursos para solventar la solidaridad del sistema mediante el SUR.

La única alternativa realmente válida es el incremento directo del monto pagado por la Anses (donde van los recursos de AFIP y desde donde deben provenir los fondos), el cual debería no ser inferior al monto proporcional que se envía por jubilado al PAMI. A todo este panorama hay que agregarle los aumentos de los costos prestacionales debido a los avances de la medicina (imposible enumerarlos desde la época en que se estableció el 9% hasta ahora) y de los tratamientos médicos, desde trasplantes hasta costosos medicamentos biológicos. 

**“Se eliminó el sistema de solidaridad al incorporar la libre elección de obras sociales y permitir la salida de parte de ese universo del sistema a las prepagas”**