



# LA SALUD EN DEBATE: AGENDA 2020

Funcionarios, académicos, financiadores y prestadores confluyeron durante dos jornadas en ISALUD para definir la agenda de salud del país: modelos de financiación, obras sociales, costo de los medicamentos, el PAMI, la Superintendencia de Servicios de Salud y el papel de las sociedades científicas, académicas y civiles

“Ojalá volvamos a tener una Argentina más saludable para todos”, resumió como una fuerte expresión de deseo Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD, al poner en marcha la primera de las dos jornadas que la casa de estudios organizó para la construcción de una agenda nacional de salud durante septiembre pasado. Las nuevas demandas de los usuarios, los costos crecientes, la irresuelta fragmentación del sistema y qué hacer para empezar a resolver los problemas.

“En todos estos años de democracia en muy pocos períodos hemos visto un alineamiento transversal de la gestión política con las políticas en salud y esto es inconcebible desde el punto de vista de los determinantes sociales que rigen nuestro destino como país”, señaló el rector en la apertura de *La salud en todas las políticas, construyendo la agenda*: #SaludEnElDebate.

La pobreza, que alcanzó el 32% por la

mala situación económica no bajará automáticamente con una mejora de la economía o la infraestructura urbana, sino solo entre los hogares vulnerables, que con crecimiento económico y estabilidad tendrán herramientas para salir adelante. Pero hay un 20% de pobres que requieren mucho más que mejoras en la economía. Necesitan de un Estado más profesional, que gestione mejor el gasto público en todos los niveles de gobierno. Terminar con la pobreza estructural requiere calidad en la gestión de los sistemas públicos de salud y educación, y es uno de los grandes desafíos en la lucha contra la pobreza. El gobierno nacional deberá mejorar las condiciones para generar el crecimiento económico, a la vez que un ejercicio real de las funciones de rectoría en el campo de la salud coordinando las medidas en su conjunto, en el subsector público, en todos los niveles (nacional, provincial y municipal), la seguridad social y la medicina prepaga.

# FINANCIADORES: FALLOS JUDICIALES, LEYES SIN ANÁLISIS, COSTOS CRECIENTES Y RECURSOS ATOMIZADOS

Referentes de las obras sociales estatales y sindicales, y de prepagas enumeraron los problemas a los que se enfrenta ese subsector

De la primera mesa participaron los financiadores estatales, sindicales y privados, entre los que hubo voceros de las obras sociales provinciales y nacionales, y la medicina prepaga. El 60% de la población tiene algún tipo de cobertura social, el 10% tiene algún sistema prepago, y el 30% se atiende en el sector público, una cifra en crecimiento a partir de estos dos últimos años.

Javier Turienzo, presidente del Instituto de Seguridad Social, Seguros y Préstamos (Insssep), la obra social de la provincia del Chaco, expresó su preocupación por las derivaciones médicas, a las que no le encuentran una solución: "Nos ocupa mucho a las obras provinciales y hace falta una política nacional fuerte donde no sea siempre Buenos Aires el centro de derivaciones de todos los pacientes. Necesitamos de manera urgente desarrollar las regiones". En promedio, la obra provincial tiene unas 600 derivaciones mensuales y el costo de mover un paciente a Buenos Aires es de 4 a 5 veces más caro de lo que se paga en la provincia, sin contar costos de traslado y acompañantes y el desarraigo que conlleva salir de la provincia".

Para Turienzo, la inflación de estos años y la devaluación que impacta



*Hugo Magonza, director general del Cemic y presidente de Acami; David Aruachan, presidente del grupo Unión Personal-Accord Salud; Javier Turienzo, presidente del Insssep; y Gabriel Lebersztein, gerente médico de Osecac y presidente del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social*

en los costos de los insumos importados son un gran problema. Pero en lo micro, el directivo describió un mapa de problemáticas que incluye las consultas médicas: "Había 17 profesionales que hacían más de 400 consultas mensuales, algunos tenían 32 consultas por día sólo de la obra social lo que en un modelo teórico de unos 20 minutos por consulta nos



**Javier Turienzo: "Las obras sociales estamos desamparadas, más aún cuando aparece un juez obligándonos a dar un cierto medicamento sin tener un sustento técnico que lo avale"**

daba que estaban abocados entre nueve y once horas al consultorio lo cual era muy dudoso si además se tenía en cuenta que algunos también facturaban cirugías".

Respecto de la prescripción de medicamentos y la trazabilidad, afirmó: "Las obras sociales estamos desamparadas, más aún cuando aparece un juez obligándonos a dar un cierto medicamento sin tener un sustento técnico que lo avale. En dos años logramos una reducción de costos de 150 millones de pesos con la creación de un banco de prótesis, y un nomenclador nacional con precios de referencia, que es lo que pasa con las prótesis que a diferencia de los medicamentos, no tienen un valor de mercado. No tenemos con el medicamento un precio de venta al público para comparar".

Gabriel Lebersztein, gerente médico de Osecac y presidente del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (Iiss), advirtió sobre las consecuencias

graves del traspaso de pacientes y afiliados que “terminó colapsando las obras sociales e impactó en el sistema de reembolso de la seguridad social”. Lebersztein reclamó que haya agencias de promoción de la salud, que actúen sobre la prevención y así se pueda fijar un programa de prioridades. También se manifestó a favor de una agencia de medicamentos y de otra de evaluación de tecnologías que negocie mejores precios para el mercado local así como exigió la liberación de fondos por parte del Gobierno: “Hay 3500 millones de pesos de la seguridad social retenidos para ver si la CGT apoyaba el blanqueo laboral, ese dinero ya no tiene el mismo valor y es necesario para poder pagar prestaciones”.

“Desde hace años se vienen pasando pasajeros de un barco a otro, afiliados de un subsistema a otro. Primero se hundió un barco, después se hundió todo y ahora estamos a un paso de que se hunda el sistema de reembolso de la seguridad social, que tiene a todos los enfermos adentro. Estamos sacando agua todo el día y a nadie se le ocurre cómo hacer algo para que salgamos a flote o conseguir un barco más grande”, graficó Lebersztein.

“Cuando leo que el ministerio fue secretaria, quiero que haya agencias y que a uno lo echen si hizo las cosas mal, y punto. La prevención de la salud no debe cambiar con el señor que gobierna, la prevención es la misma, lo mismo que la política de medicamentos, las vacunas, y así determinar a qué le vamos dando prioridad”, agregó.

El directivo también señaló el impacto de la inflación y la devaluación. Y agregó: “En un sanatorio los salarios representan alrededor del 60% del costo, la incidencia del dólar está en-



### **Gabriel Lebersztein: “Estamos sacando agua todo el día y a nadie se le ocurre cómo hacer algo para que salgamos a flote o conseguir un barco más grande”**

tre el 9% y el 15% y hay que sumar que bajó un 5% la cantidad de personas que aportan y otro 5% pasó de trabajar de relación de dependencia a monotributo. El monotributista en nuestra obra social hoy es del 30% de la gente. Aumentó el 64% y en enero y va a aumentar un 50% más. Y ahí vamos a tener una cápita de alrededor del 50% de lo que valía el PMO antes de la devaluación.

Advirtió que es momento de cambiar el PMO por una canasta de emergencia y que hay que ponerles límites a algunas prestaciones y que la Argentina tiene que encarar las listas de espera: “Se acabó operar de cadera a todo el mundo –señaló–, no es el momento, las prótesis no tienen precio, operemos lo que sea imprescindible y armemos listas de espera priorizadas, y lo más probable es que con eso consigamos otros precios. A veces una lista de espera permite acordar un tiempo de trabajo en conjunto y la rentabilidad se puede distribuir. Quizás no es momento de rezar pero sí de agarrarse de las manos y pensar en el futuro de nuestro país”.

Por su parte el presidente del grupo Unión Personal-Accord Salud, Da-

vid Aruachan, destacó: “Uno de cada dos chicos es pobre, casi el 35% de la población es pobre, la coyuntura económica y financiera y la proyección es muy compleja y en un marco de inestabilidad política que ni les cuento. Y a los que nos toca administrar recursos que no son nuestros, que son en parte de los trabajadores y en parte aportes del bolsillo –mi organización también recibe esos aportes a través de Accord Salud–, hay una coyuntura extremadamente compleja, desde la perspectiva del gasto que se ve apalancada por la judicialización y leyes que se han sancionado con poca racionalidad”.

“Necesitamos reglas claras que salgan del consenso. ¿Somos capaces de generar alguna estrategia en la que todos estemos de acuerdo en lo que hay que hacer? El Fondo Solidario de Redistribución está prácticamente quebrado, llegamos tarde para hacerlo sustentable, hay definiciones obsoletas, no solo porque los valores de los reintegros están desfasados, si no porque hay obligaciones de cobertura que no tienen racionalidad. ¿Por qué las obras sociales nacionales tenemos que estar cubriendo la escolaridad y el transporte de las personas con discapacidad? Esto no quiere decir que no sea un derecho que las personas con discapacidad tienen, lo que se cuestiona es que la plata destinada a tratamientos de salud tenga que ir a educación y transporte”, ejemplificó.

Aruachan también destacó que hay que repensar el modelo de atención sanitaria y que no se puede continuar con la libre disponibilidad de servicios para todos, coincidiendo con Lebersztein en que “hay que repensar un modelo de atención focalizado en la medicina preventiva y en la promoción de salud”. Agregó que hay que integrar a todos los

actores de este complejo sistema de salud pero en un modelo de atención único y que evite el desvío de recursos de prestaciones que generen valor agregado hacia prestaciones que resultan ineficientes.

“Es imperioso repensar el sistema impositivo y aduanero para los medicamentos. Hay que impulsar la devolución de los fondos que el Gobierno nacional tiene retenidos y que son de la seguridad social, unos 4500 millones de pesos (no 3500 millones) que a valor histórico serían el doble o más y repensar qué se va a hacer con los 8000 millones de pesos que a través de un decreto se destinaron a financiar la cobertura universal en salud. Es un fondo que hoy está inutilizado porque no nos ponemos de acuerdo en lo que tenemos que hacer. Hoy estamos en el medio de un pantano y muchas obras sociales están siendo sustentables gracias al aporte muchas veces de los sindicatos que son los que transfieren dinero para que las obras sociales puedan seguir dando prestaciones”, argumentó Arauchan.

Para Hugo Magonza, director general del Cemic y presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (Acami), el costo de la sa-



**David Arauchan: “Es imperioso repensar el sistema impositivo y aduanero para los medicamentos”**

lud hoy es imparable en todo el mundo y crece a niveles muy superiores al costo de vida. “El sistema de financiación se empieza a deteriorar en el momento que desaparecen las políticas de Estado del sistema sanitario”, señaló. El director del Cemic advirtió también que la Argentina tiene un sistema que es claramente vulnerable en muchos sentidos, empujada por una política sanitaria fuertemente mediática y no planificada.

“Cuando uno genera estos modelos -indicó- que no están planificados lo que trae como consecuencia es una ley donde no se dice cuál es el financiamiento; son leyes discriminatorias porque si no hago una ley por enfermedad me estoy olvidando de las otras -los que son hipertensos, por ejemplo, no la tienen- y esto debería estar en el marco de un plan sanitario estructurado desde el ejecutivo y avalado por el legislativo con una propuesta nacional de salud integrado, planificado y eficiente. Esos son los modelos que sobreviven en el tiempo. De otra manera los que no tienen voz por los que no acceden son un montón”.

“Según proyecciones del FMI los países de América latina van a alcanzar el gasto en salud de los países desarrollados en 2100. Pero si ustedes miran el corte de hoy, a 2020 Argentina ya lo alcanzó. ¿Se puede decir que en Argentina a pesar de tener porcentajes del PBI igual que los países desarrollados el nivel de accesibilidad, calidad y cobertura es igual al de los países desarrollados? No, casi seguro que no. Tenemos un sistema que claramente es vulnerable en muchos sentidos e incluso hay quienes dudan que sea un sistema”, dijo Magonza.

“En los noventa empezó un problema grave con el SIDA y la oncología, es que había mejores tratamientos y costosos. Desde 1990 en adelante



**Hugo Magonza: “El gasto en salud no va a bajar nunca, lo que tenemos que hacer es ser más eficientes”**

hubo 30 leyes por especialidad y por enfermedad. ¿Qué pasó? Un profundo desbalance entre los recursos y los resultados porque cuando uno genera estos modelos que no están planificados lo que genera es: a) nunca se aprueba una ley donde se dice cuál es el financiamiento; y b) son leyes discriminatorias porque si no hago una ley por enfermedad me estoy olvidando de los otros”, agregó.

“El gasto en salud no va a bajar nunca, lo que tenemos que hacer es ser más eficientes. Cuando lo logremos, seguirá siendo más o menos el 9% del PBI. Argentina tiene el gasto en salud más raro en América latina porque mientras todos los países de la región con las normas que introdujeron fueron hacia la seguridad social disminuyendo el gasto de bolsillo, Argentina aumentó su gasto de bolsillo en los últimos 20 años. El gasto es más inequitativo e injusto. La realidad es que hace más de 20 años que empezamos a hacer diagnósticos sobre el sistema, ya sabemos lo que hay que hacer, lo tenemos que hacer y dejará de ser un problema de la salud para transformarse en una política de salud o una salud en todas las políticas”, concluyó.

# PAMI: NÚMEROS ROJOS Y UN FUTURO DE CRECIENTE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El director ejecutivo de la mayor obra social del país expuso los resultados de su gestión y planteó enormes desafíos



De la jornada también participó Sergio Cassinotti, director ejecutivo del PAMI. “No existía información en el PAMI, no había planeamiento estratégico y es el quinto presupuesto del país. Lo hicimos para el 17 y el 18 y lo tenemos armado. La idea era lograr un equilibrio financiero presupuestario porque veníamos muy mal (con un déficit de 15.000 millones de pesos y 8000 millones de pesos de deuda con prestadores). Digitalizamos la operación, la hicimos más dinámica con convenios directos con los laboratorios, un precio PAMI de los medicamentos y pago directo a las farmacias. El PAMI representa casi el 40% de la compra de medicamentos de la Argentina. Empezamos a trabajar compras conjuntas con IOMA y otras organizaciones con las que hicimos licitaciones en grupo. Así, aquellos 15.000 millones de déficit proyectado se convirtieron en 3000 millones y llegamos al punto de equilibrio este año”, detalló.

“En PAMI gastamos el 50% en prestaciones médicas, 25/26% en medicamentos, 5% en accesorios, 10% en sueldos y lo social entre 8 y 9%. Todo lo médico en sanatorios, médicos de cabecera, psiquiatría, geriatría y medicamentos se lleva la mayor parte del presupuesto. A diferencia de los demás financiadores, para nosotros el costo alto era el número más grande (65% del presupuesto) y la aten-

ción ambulatoria, el más chico. Esto cambió y aunque muchos nos acusan de haber reducido prestaciones, hoy tenemos 1.189.000 personas que reciben toda la medicación gratuita. Esas son todas las personas que nosotros tenemos registradas como realmente vulnerables. Llegamos a ese número partiendo de 1,6 millones, a las que estudiamos cruzando indicadores como el de receptores de bolsones de comida (6000 por mes). Muchos de quienes los recibían no eran los que retiraban los medicamentos gratuitos. También vimos que muchos de los que integraban el grupo de medicamentos gratuitos tenían planes prepagos de 14.000 pesos por mes o tenían más de una propiedad”, explicó Cassinotti.

Además, destacó la incorporación de la receta electrónica. “Empezamos a hacer el trazado con la firma digitalizada del médico y ya hay más de 5000 jubilados que retiraron sus medicamentos simplemente con sus teléfonos. La receta digital debería generalizarse para darle transparencia y seguridad al sistema y al usuario, evitar los vencimientos de productos y cambiar la forma de prescribir en el país”, detalló.

En resumen, según Cassinotti, el punto de equilibrio en PAMI se logró: “Por la limpieza del padrón que significó un ahorro de 3500 millones de pesos entre medicamentos

y prestaciones, compras de prótesis e insumos. No se recortaron beneficios sino que se gestionan mejor las compras. La gratuidad generalizada lleva al desmadre lo vi demasiadas veces, tenemos una idiosincrasia muy particular que acumulamos por las dudas, y realmente en muchas casas tenemos los armarios con un alto stock de medicamentos. No digo que todos estén en las mismas condiciones pero esto pasa. En lo inmediato mi idea era dejar un PAMI ordenado, prolijo, para quien asuma tenga el último archivo disponible, todas las hojas de cálculo y la información de medicamentos”.

Sin embargo, advirtió: “El PAMI como está planteado hoy no es sustentable dentro de unos años. Es imposible sostenerlo porque no podemos pensar una población que envejece como la nuestra con un sistema de salud en el que aumentan los costos como el nuestro. En ese contexto no se puede sostener con aportes de los trabajadores activos en un 70%, que es lo que le entra al PAMI a través de AFIP, y con los trabajadores activos en un 30%, que viene a través de Anses. No veo que el PAMI en 10, 15 o 20 años pueda seguir financiando esta complejidad de prestaciones, la odontología, la psiquiatría, las internaciones, los cuidadores, adaptar las cosas y todo lo demás si no cambiamos el modelo de fondo”.



DONDE  
Y CUANDO  
QUIERA

# SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes  
pueden seleccionar:



Farmacia  
de entrega



Día y  
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



## SCIENZA

### Scienza Argentina

Av. Juan de Garay 437  
Buenos Aires (C1153ABC)  
Tel. (+54 11) 5554-7890

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

### Scienza Uruguay

Av. Luis Alberto de Herrera 1248  
Torre 2 Piso 19. Montevideo (11300)  
Tel. (+598 2) 1988-9000

[www.scienza.com.uy](http://www.scienza.com.uy)

# PRESTADORES: PRECIOS REGULADOS, ALTA PRESIÓN IMPOSITIVA Y CLÍNICAS AL BORDE DE LA QUIEBRA

Representantes de clínicas, sanatorios y laboratorios advirtieron sobre el riesgo de desaparición de sus empresas

En la mesa de prestadores, Jorge Cherro el presidente de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (Adecra), una entidad sin fines de lucro con 80 años de trayectoria en representación del sector prestador. “Cuando uno habla de los problemas de financiamiento lo primero que le viene a la cabeza es el PMO, que cada vez tiene mayor cantidad de prestaciones, y el Congreso, a mi modo de ver de manera irresponsable, va incorporando sin el correspondiente financiamiento, cada vez más prestaciones; el ingreso de drogas de alto costo, pero ya no de baja incidencia y que el sistema debe cubrir; y los recursos de amparo que dictan los jueces para toda prestación que anda suelta por ahí y que no fue incorporado al PMO, estas son las tres principales causas de desfinanciamiento”, enumeró el directivo.

“Dos de cada tres argentinos se atienden en el sector privado de la salud, a través de la seguridad social o del pago voluntario de su bolsillo por una cobertura de medicina prepaga, y hay un 33% que se atienden en hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales. Vemos con sorpresa que el personal asalariado que trabaja en el sector privado registrado, con



**Jorge Cherro: “En el monotributismo se esconde gran cantidad de empleados en relación de dependencia”**

cobertura social sindical, representa el 32%; el 40% está compuesto por las obras sociales del Estado, que es el PAMI y las 24 obras sociales provinciales -que son un verdadero monopolio-”, afirmó.

“En el monotributismo se esconde gran cantidad de empleados en relación de dependencia que ganan sumas siderales y que pagan a la seguridad social para tener una prestación médica. En 2018, pagaban 536 pesos y ahora pagan 689 lo cual también desfinancia la seguridad social, que actúa como un encastre de poblaciones que son heterogéneas en cuanto a sus ingresos per cápita y a cómo colaboran cada uno de ellos para acceder a una cobertura de salud. El primer factor de desfinanciamien-

to de la salud privada es la dinámica del mercado laboral registrado además del bajo crecimiento del trabajo asalariado privado registrado, las modalidades de trabajo que más crecen son las de bajo financiamiento, servicios domésticos y monotributistas, en la medida que la legislación laboral siga cargando de sobrecostos no salariales al empleo en relación de dependencia, el desfinanciamiento de la salud en la seguridad social empeorará porque se profundizará entre los empleadores el uso del monotributismo como relación laboral”, detalló.

Para Cherro, el PAMI tiene una gran inconsistencia. “Para atender a la gente mayor de 60 años, el PAMI necesita cuatro veces más recursos y por eso presiona sobre todo el sistema de salud, sobre los prestadores y los financiadores privados, y los hospitales privados. Además, hay un problema demográfico: el Indec prevé que la Argentina comenzó a transitar el camino de lo que se llama la transición demográfica, que significa que va a dejar de crecer el grupo etario de personas menores de 20 años y va a crecer el de personas que van de 20 a 60 años, que están en capacidad laboral activa pero también hay un aumento de los ancianos. Además de todos los



*Raúl Muda, presidente de Cemarid; Javier Vilosio, gerente del área técnica de la Cadime; José Luis Sánchez Rivas, presidente de Confecliisa; y Jorge Cherro el presidente de Adecra*

problemas que estamos teniendo, apareció el factor demográfico. Entonces el segundo factor de desfinanciamiento tiene que ver con el PAMI, que siendo una obra social de ancianos recibe apenas el doble de recursos per cápita que las obras sociales de activos cuando debería recibir por lo menos cuatro veces más”, argumentó.

En tanto, José Luis Sánchez Rivas, presidente de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (Confecliisa) dijo: “Decimos que el sistema de salud está en riesgo para los financiadores por el incremento de los costos que es superior al crecimiento de la economía. Como ya se ha dicho, las principales causas de esa suba de costos es la incorporación de nuevas tecnologías, procedimientos diagnósticos y medicamentos. Por eso, una agencia nacional de evaluación de tecnologías es clave para poner racionalidad. El envejecimiento poblacional también impacta en el incremento de los costos de los financiadores, así como la judicialización para el acceso a prestaciones que no están contempladas o son de dudosa efectividad. Esos fallos privilegian el interés individual por sobre el del conjunto. Leyes para coberturas específicas que se sancionan en el Congreso para dar cobertura a

determinadas enfermedades incorporando prestaciones sin especificar de dónde van a salir los recursos para financiarlas. Por ejemplo, la fertilización asistida. Estas son algunas de las razones de los aumentos de los costos de la atención médica que ponen en una difícil situación financiera a las obras sociales y prepagas. Y esto lógicamente se traslada a la hora de hacer convenios y efectivizar pagos a los prestadores”, detalló Sánchez Rivas.

“Para los prestadores, clínicas y hospitales privados, el riesgo está en el desfinanciamiento por baja o



**José Luis Sánchez Rivas: “Para los prestadores, clínicas y hospitales privados, el riesgo está en el desfinanciamiento por baja o nula rentabilidad empresarial”**

nula rentabilidad empresarial. Las clínicas celebran convenios que dejan una escasa rentabilidad, y no pueden hacer otra cosa porque si no, no hay convenio. Y eso va minando la capacidad de operar con efectividad. Pago diferido a 90 o 120 días con inflación del 55% como es hoy, y con insumos y tarifas de servicios dolarizados significa resignar muchas veces esa escasa rentabilidad”, explicó el empresario.

Además, enumeró otros problemas del sector: “Alto costo en el tratamiento de residuos patogénicos que se da en alguna provincias; la presión impositiva con especial foco en la dificultad para compensar el IVA, del que las obras sociales están exentas, e ingresos brutos, un impuesto que en algunas jurisdicciones llega al 5% con el agravante de que se paga por lo devengado y no por lo cobrado, entre otros. En estos contextos, si no hay capacidad financiera lo primero que se posterga es la actualización de tecnología, y con ello la posibilidad de competir y el riesgo de ir hacia la no calidad, endeudamiento impositivo y previsional porque cuando los recursos no alcanzan lo primero que se paga son insumos y sueldos para poder funcionar. Si tomamos créditos bancarios para pagar gastos corrientes ya está configurado el

final. Consumo del capital de trabajo, lo comemos y finalmente a los prestadores les va a llegar los concursos preventivos y las quiebras”

Sin medias tintas, hizo un pronóstico sombrío: “La consecuencia de la quiebra del sector privado va a producir el colapso del sistema público estatal, las obras sociales que no encuentren respuestas en el sector privado van a recurrir al servicio público estatal que ya hoy no brinda las respuestas esperadas. Hoy, el servicio público estatal atiende al 40% de la población ¿Qué pasaría si se duplicara esa demanda? No tiene recursos físicos, humanos ni financieros para afrontar esa demanda”.

“Ya se perdieron muchos empleos siendo el sector de la salud uno de los que más trabajo genera con más de un millón de puestos directos. En Mendoza, la cobertura de la seguridad social es del 61% de la población, luego los estados provinciales se hacen cargo del 38%, la mitad del poder de contratación lo tienen las obras sociales estatales y es imposible que las clínicas puedan subsistir sin acordar con ellas. El sector privado no es formador de precios, más bien lo son las obras sociales de conducción estatal”, concluyó Sánchez Rivas.

Javier Vilosio, gerente del área técnica de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (Cadime), ofreció la perspectiva de las empresas pequeñas y medianas vinculadas a la atención ambulatoria (diagnóstico por imágenes, laboratorios, diálisis, etc.). En este caso, según indicó, la problemática es distinta respecto de las grandes instituciones con internación. “Nuestras empresas tienen serios problemas de costos por la dependencia del



**Javier Vilosio: “Los costos laborales, los insumos, y el costo del crédito son insostenibles para las pymes”**



**Raúl Muda: “A nuestras instituciones se ingresa no importa quién sea el financiador, el servicio es el mismo y gratuito”**

insumo importado y del equipamiento en su mayor parte todavía importado. El problema de la carga fiscal, más allá de la emergencia sanitaria, en términos fiscales va a tener que ser resuelto. La cuestión de la cadena de pagos, los prestadores cobran a los 60 o 90 días después de la prestación eso en un contexto de crisis económica es otro factor que erosiona la capacidad de existencia de las empresas”.

“Tenemos una comprensión sistémica del problema no sectorial. La

prestación es un sistema complejo, con intereses diversos, pero no se puede pensar en una solución independientemente del resto. Y el resto es la comunidad que recibe nuestros servicios. Hay medidas coyunturales que deberían ponerse en marcha en la emergencia pero claramente lo que no hemos tenido en décadas en la Argentina es una formulación de políticas de fondo para reestructurar el sistema de manera tal que aún con la debilidad de nuestra economía proteja a nuestra población con un sistema de salud de calidad”, explicó.

“Los costos laborales, los insumos, y el costo del crédito son insostenibles para las pymes. Muchos de los insumos en la actual coyuntura se reciben sin precios, precio abierto a futuro, y en otros insumos había precio pero no insumo. La dificultad del sector público para comprender que la cuestión de la salud no es solo una cuestión del sector público es muy grande y persistente. Pongámosle el nombre que sea pero el núcleo central básico es llegar a un sistema donde la cobertura no discrimine por ingresos, por tipo de empleo ni por el código postal. No hay salida para el sector pensando solamente en intereses de pequeños grupos, ni tampoco pensando en una salida con un ministro de salud si no rescatamos el concepto de salud en todas las políticas importantes”, concluyó.

Raúl Muda, presidente de la Cámara de Entidades Médicas para la Rehabilitación de las Personas con Discapacidad (Cemarid), entidad que nuclea a un conjunto de centros de rehabilitación categorizados por el Servicio Nacional de Rehabilitación y especializados en la atención de las personas con discapacidad. “Según el censo de



Laboratorio  
**ELEA**  
**PHOENIX**

MÁS DE 75 AÑOS  
DE CONFIANZA  
Y COMPROMISO

- 
- ♥ Cardiometabolismo
  - ♀ Salud Femenina
  - 🔗 Urología
  - 🗨️ Neurociencias
  - 🏠 Antiinfectivos
  - 🌬️ Respiratorio
  - ⚗️ Onco - Biotech
  - 🦴 Osteoarticular
  - 👩‍⚕️ Clínica Médica
  - 👁️ Oftalmología
  - ⊕ Venta Libre

2010, el 12,9% de las personas tienen alguna discapacidad. En 2017, el Indec realizó un estudio de menor alcance y dio un 10,2%. Es decir que en nuestro país tenemos 5 millones de personas con discapacidad. Según el anuario de la Agencia Nacional de Discapacidad, en 2009 había 8750 personas con certificados únicos de discapacidad y hoy tenemos 1.205.000 personas en igual situación. Hay un salto exponencial desde el 2009 a 2013, y después otro muy alto en 2017, donde 247.000 personas sacaron el certificado único de discapacidad. Esto se debe a que en su momento se reunieron las juntas evaluadoras provinciales y se tuvo más acceso, pero esta cifra no es toda, porque las 1,2 millones de personas que tienen certificado de discapacidad al 2017 son el 34% de todas las que tienen discapacidad. Todavía hay un 65% de personas que aún no tienen el certificado y que lo tendrían si hicieran el trámite.

“El PAMI cubre con su prestación al 23% de las personas, Incluir Salud al 16%, la medicina prepaga el 7% y las otras obras sociales sindicales el 51%. Desde la perspectiva de los prestadores, tenemos un mercado totalmente asimétrico. El nuestro es un sector totalmente regulado, no podemos transferir absolutamente nada del costo que nos viene aumentando. Desde que existe la Agencia Nacional de Discapacidad, a los centros de rehabilitación se nos otorgó un 5% de aumento en 2017 y un 25% ahora. Es decir, un 30% en dos años en los que la inflación fue de casi el 100%. A nuestras instituciones se ingresa no importa quién sea el financiador, si es la mejor medicina prepaga o el programa Incluir Salud, el servicio es el mismo y gratuito. No hay copago ni nada”, reclamó.

## MINISTROS: AUSENCIA DE RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS, INFRAESTRUCTURA, TECNOLOGÍA Y DE UN ÓRGANO RECTOR

Con algunas coincidencias, ministros y secretarios de salud enumeraron las realidades de distintas jurisdicción del país

En la mesa de funcionarios, la ministra de Salud de La Rioja, Judith Díaz Bazán, sostuvo que lo primero es definir objetivos y luego trazar un plan rector. “En febrero de 2016, seis ministros del Norte del país nos juntamos para ver coordinar el trabajo. Lo primero que surgió fue el tema recursos humanos, algo que atravesaba a todo NOA, Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Tucumán, Catamarca y La Rioja). Cada una tiene entre una y tres universidades que forman recursos humanos en ciencias de la salud -médicos, kinesiólogos, radiólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, etc.- y nos empezamos a plantear qué perfiles estamos formando, qué necesitamos y cómo garantizamos la relación laboral en una región que tiene 5 millones de habitantes”, describió.

En su exposición, Díaz Bazán puso el acento en ese punto. “Hay inequidad, dificultad en la circulación de profesionales y fragmentación de la información porque los registros no aportan datos reales en el vínculo laboral dado que cada actor contrata según una modalidad distinta. Hay un subsistema salarial complejo, poco uniforme, con fuertes diferencias en las provincias”.

“Hace más de 100 años la UNT en la región del NOA forma recursos humanos en salud, incluso más de 60



**Francisco Fortuna: “Uno de los principales problemas que tenemos en la Argentina es la fragmentación del sistema de salud”**

años formando residentes en ginecología, obstetricia, pediatría y neonatología y esto no impacta de manera contundente en la realidad”, subrayó. Por su parte, el ministro de Salud de Córdoba, Francisco Fortuna, coincidió con el diagnóstico general: “Uno de los principales problemas que tenemos en la Argentina que es la fragmentación del sistema de salud y sin duda uno de los principales desafíos es trabajar para llevar adelante un proyecto de integración que permita ir resolviendo este problema”, afirmó. Pero además, remarcó la exigencia del sector público en su provincia. “En Córdoba, en los seis años que he sido ministro he visto un crecimiento permanente de la demanda

de la población. De los 3.700.000 habitantes hay 1.370.000 que no tienen cobertura de obra social, hasta los 65 años en los hombres, y hasta los 60 en las mujeres, tenemos aproximadamente 450.000 personas que tienen cobertura de obra social, y se atienden en el sector público, y a su vez tenemos una obra social provincial, el Apros, que tiene 660.000 afiliados. Si suman esta torta, el sector público atiende prácticamente a 2.400.000 personas de uno u otro sector. Por eso, el gobierno de Córdoba hizo una fuerte inversión en infraestructura hospitalaria. En Córdoba tenemos 427 municipios, solo en 52 municipios hoy existe un efector privado con capacidad de internación clínica y quirúrgica, y este proceso de crecimiento en el sector privado tiene como consecuencia una necesidad de mayor demanda que se exprese en el sector público”, detalló.

“En 2018 en Córdoba 167.000 personas que perdieron la cobertura de su obra social se sumaron al sistema público, en la contingencia de invierno el dato de la realidad de este año es que el 40% de las unidades críticas en neonatología y pediatría han sido ocupadas por niños y niñas que tienen cobertura de obra social.



**Alejandro Costa: “El 40% de los determinantes de salud de una población están generados por factores sociales y económicos”**



*Francisco Fortuna, ministro de Salud de Córdoba; Gabriela Ensick, periodista y coordinadora de la mesa, la ministra de Salud de La Rioja, Judith Díaz Bazán, y el secretario de Salud de la Municipalidad de Almirante Brown, Alejandro Costa*

Estamos construyendo cinco hospitales nuevos en la provincia, dos en la capital y tres en el interior. Hicimos una inversión de 240 millones de dólares en un programa de cuatro años en lo que se refiere sólo a obras y equipamiento, y esperamos darle continuidad. Pero es necesario volver a una política que revitalice el concepto de nación y el federalismo en función de la responsabilidad y de las competencias que tienen que tener cada uno de los niveles del Estado”, enumeró.

A su turno, el secretario de Salud de la Municipalidad de Almirante Brown, Alejandro Costa, destacó que “el ejercicio de una política es definir una agenda, es un primer paso de diagnóstico y formulación de políticas, de implementación y evaluación, responder a las necesidades y alcanzar el mayor nivel de salud posible”. Además, se centró en el papel rector de la autoridad nacional. “La rectoría sanitaria tiene una palabra clave que es la conducción sectorial y ahí los espacios como el Consejo Federal de Salud, el Consejo Provincial de Salud, los trabajos en conjunto donde se reúnen las obras sociales, provinciales, lo que le da construcción a un sistema de partes”, describió.



**Judith Díaz Bazán: “Hay inequidad, dificultad en la circulación de profesionales y fragmentación de la información porque los registros no aportan datos reales en el vínculo laboral”**

“El 40% de los determinantes de salud de una población están generados por factores sociales y económicos. Con lo cual ahí educación, empleo, ingresos, y los soportes comunitarios sociofamiliares toman relevancia más allá de ese acceso a los cuidados clínicos o la calidad de esos cuidados clínicos, en conjunto están generando un 20% del peso relativo en el establecimiento de la salud de la población”, añadió. 

# EL APORTE DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y EL SECTOR FARMACÉUTICO

En la mesa de sociedades científicas, sociedad civil e instituciones académicas estuvieron Carla Vizzotti, por la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE); Alejandra Sánchez Cabezas, por la Asociación Surcos; Magdalena Chiara, por la Universidad Nacional General Sarmiento (UNGS) y Zulma Ortiz, por la Academia Nacional de Medicina y Acción por Cáncer.

Durante el espacio, se resaltó la necesidad de empezar a tratar las problemáticas de salud antes de que sucedan, adelantarse a los hechos en vez de atacarlos una vez instalados. “No tenemos que ser reactivos a los problemas sino proactivos a buscar soluciones”, manifestó Zulma Ortiz, añadiendo la urgente necesidad de tratar los problemas que involucran a la salud como un todo que incluye muchísimas aristas importantes y reafirmando el deseo de un acceso a la salud para todos. “Estamos convencidas que todos tenemos derechos a la salud pero la brecha de desigualdad hace que no siempre sea así. Por eso



**Ginés González García**, rector honorario de ISALUD; **Nora Bär**, periodista y coordinadora de la mesa; **Carla Vizzotti**, de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE); **Alejandra Sánchez Cabezas**, de la Asociación Surcos; **Magdalena Chiara**, por la Universidad Nacional General Sarmiento; y **Zulma Ortiz**, de la Academia Nacional de Medicina y Acción por Cáncer.

salud debe recuperar la jerarquía que le corresponde”, afirmó Magdalena Chiara. El espacio cerró con las palabras del rector honorario de ISALUD, Ginés González García, quien expresó: “Construir poder social tiene que ver con una estrategia. No veo otro camino que sea posible que no sea sumando fuerzas entre todos”.

En el espacio dedicado a los medicamentos Miguel Maito, gerente de Relaciones Internacionales de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéu-

ticos Argentinos (Cilfa), destacó que se requiere una política de salud “que promueva una mayor accesibilidad a los medicamentos, que el ministerio tenga una dirección y coordinación completa de las políticas y programas de salud nacionales, que reduzca las inequidades en el sistema de seguridad social, que ponga en marcha una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y que cree un fondo contra enfermedades catastróficas”.

Alejandro Poli, director de Salud de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (Caeme) resaltó los aportes realizados por los socios de esa entidad, “incluyendo la inversión, empleo y producción generados tanto a la población como al sistema de salud”. El titular de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat), Carlos Chiale, reclamó para ese organismo “una ley propia y una ley de productos para la salud”



**Alejandro Poli**, director de Salud de Caeme; **Carlos Chiale**, titular de la Anmat; y **Miguel Maito**, gerente de Relaciones Internacionales de Cilfa

# LEGISLADORES: MENOS LEYES ESPECÍFICAS SECUNDARIAS Y MÁS REFORMAS PROFUNDAS EN LAS CENTRALES

Diputados y senadores hicieron autocrítica respecto de algunas normas específicas sancionadas en los últimos años, destacaron las mejores leyes y enumeraron las deudas pendientes

“Tenemos muchísimas leyes. En estos años se trataron 500 dictámenes de los cuales el 4% fueron de salud y si uno mira su importancia, la más relevante fue la ley de vacunas. También se debatió el aborto, que no salió, pero fue importante. Está la ley del *cannabis*, muy sectorial, de investigación, específica. Más allá de eso, la comisión de salud se centró en leyes de microgestión, para tratar la fibromialgia o el síndrome antifosfolípido. Terminamos discutiendo prácticamente la prescripción médica o el medicamento que debía recetar el profesional en casos específicos. Por eso creo que se fue reduciendo la institucionalidad de lo que implica una ley. Mientras tanto, las leyes centrales son viejas: la ley que regula la práctica médica es de 1960 y la ley de obras sociales es de 1989”, argumentó el diputado Sergio Whisky (Cambios-Río Negro).

“Si uno ve el compendio de leyes que tenemos son muy específicas y no resuelven los problemas de fondo que venimos escuchando desde hace años, los de la fragmentación del sistema. Ese es un diagnóstico anatómopatológico que no hay cirujano que lo opere. Por eso, en mi caso particular, cada vez que me llegaba una ley usaba unos mode-



**Sergio Whisky: “No es un problema de qué partido hizo mal las cosas, todos hicimos muy mal las cosas. Tener un 30% de pobreza en todos los años de democracia habla del sistema político argentino”**



**Pablo Yedlin: “Tres iniciativas legislativas muy importantes fueron la de interrupción voluntaria del embarazo, la ley Justina de donante presunto para trasplantes y la nueva ley de vacunas”**

los conceptuales para poder analizarla. Por ejemplo, en esta casa me dijeron que hay un triángulo de hierro para evaluar las políticas públicas: la satisfacción del ciudadano, la equidad y la eficiencia. Si uno es demagogo, va a ir por la satisfacción del ciudadano; si uno es más tecnócrata privilegiará la eficiencia y si busca el equilibrio irá por la equidad”, enumeró.

“Hay que trabajar muy fuerte en la actualización de las leyes en el marco de las nuevas tecnologías. Por eso la agencia evaluadora es imprescindible, es una institucionalidad nueva. Cuando uno tiene una emergencia de más de 17 años es porque no supo resolverla, es como si un paciente estuviera toda la vida en terapia intensiva. Para resolverlo hay que construir institucionalidad. Hay una cantidad enorme de cosas por arreglar. Si el sistema de obras sociales no funciona, resolvámoslo y hagamos una sola caja. No es un problema de qué partido hizo mal las cosas, todos hicimos muy mal las cosas. Tener un 30% de pobreza en todos los años de democracia habla del sistema político argentino. Y si no hay una macroeconomía estabilizada no hay respuesta posible y eso no se resuelve sin el déficit fiscal”, finalizó Whisky.

Pablo Yedlin, diputado nacional por el Frente para la Victoria-PJ (Tucumán), rescató tres normas que a su criterio son las más importantes de los últimos años: “Una no se aprobó pero tuvo un debate muy relevante, que es la de interrupción voluntaria del embarazo; de las otras dos, que sí se aprobaron, una es la ley Justina, que se inició en el Senado y es la del donante presunto para trasplantes, y la otra es la nueva ley de vacunas que iniciamos en Diputados y que se aprobó a finales de 2018 en el Senado”.

“Hay cosas que han sido buenas y han salido. Una de ellas es la ley Justina, que también pedían los equipos de trasplante. Nosotros teníamos una ley de donante presunto pero con intervención de la familia, la nueva norma cambia y marca que es donante todo aquel que no haya expresado lo contrario sin tener que consultar a la familia. La ley también permite que ante la situación de fallecimiento de menores, con el consentimiento de uno solo de los padres sea suficiente para la donación, apoya los servicios de procuración en los hospitales generales, prevé la donación renal cruzada y define que la Justicia tiene sólo cuatro horas para negarse al trasplante, entre otras cosas. A un año de la sanción hemos llegado a los 20 donantes por cada millón de habitantes cuando estábamos en 14. Hay leyes que sí cambian la vida de la gente”, afirmó.

“La ley de vacunas -que salió por unanimidad-, las hizo públicas, obligatorias y gratuitas. Crea una agencia que debe definir qué vacunas son obligatorias, se establece que el que las compra es el Ministerio de Salud y las distribuye a todos los habitantes y prevé me-



**Lisandro Bonelli: “La salud no es una consecuencia del desarrollo económico sino su causa. Es un mecanismo de generación y redistribución de la riqueza”**



**Verónica Scaro: “Que las leyes que promovamos impliquen articulación, coordinación, trabajo intersectorial y que tengan una mirada de la salud pública con equidad”**

canismos de control para verificar las vacunas. En el sistema *Mi Argentina* ya aparecen las vacunas. Si bien no está reglamentada, la ley ya ha tenido efecto”, detalló Yedlin. Además, adelantó que se está trabajando en la receta digital.

Verónica Scaro, asesora de la comisión de Salud del Senado Nacional reemplazó en el panel al senador Mario Fiad (UCR) -que no pudo estar presente por tratarse ese día la ley de emergencia alimentaria-

“No es haciendo más leyes como los legisladores pueden colaborar en la creación de una agenda que ponga la salud en el centro, así que no se preocupen”, afirmó al responder a los reclamos de las mesas anteriores, en especial financiadores y prestadores.

“Entre todos los actores participantes hay tensiones y el Poder Legislativo tiene que generar armonía a partir de consensos que le den una base de legitimidad sumamente amplia. Entonces ¿cómo cambiamos la situación? Esto puede ser de arriba abajo, con una ley de reforma estructural del sistema de salud, que es muy difícil desde la generación de consensos. Y la otra forma es de abajo hacia arriba haciendo que la salud esté presente en todas las políticas. Por ejemplo, el senador Fiad presentó un proyecto de ley de la resistencia a los antimicrobianos, que impacta en muchos ámbitos, la de prevención del suicidio, que requiere intervención de múltiples actores, o la de entornos escolares saludables”, argumentó la especialista.

“Que las leyes que promovamos impliquen articulación, coordinación, trabajo intersectorial y que tengan una mirada de la salud pública con equidad”, demandó Scaro.

Lisandro Bonelli, diputado provincial del Frente Renovador, se reivindicó como opositor al desembarco de las sociedades anónimas en las farmacias en la provincia de Buenos Aires, en especial de Farmacity. “La salud no es una consecuencia del desarrollo económico sino su causa. Es un mecanismo de generación y redistribución de la riqueza”, destacó y subrayó las promesas de campaña de la alianza Frente de Todos, al que pertenece su espacio político.

# LA PRIORIDAD QUE NO PUEDE FALTAR EN EL DEBATE

Una iniciativa horizontal, técnica, multidisciplinaria que incluye más de 50 sociedades científicas, universidades, organizaciones comprometidas con la salud como política de estado que trasciende cualquier gobierno



## Por Carla Vizzotti

La salud debe ser una prioridad para el más alto nivel político siempre, y en tiempos de crisis mucho más.

La salud se construye con decisiones políticas que deben trascender las banderas partidarias y deben involucrar numerosos actores que frecuentemente exceden el ámbito estrictamente sanitario.

Se trata de una dimensión fundamental que hace a la calidad de vida del ser humano y es considerada, como un bien social superior, fundamental para desarrollar actividades productivas, aspirar a la realización, no solo personal, también incluye la dimensión social y económica, constituyendo un robusto signo de equidad.

Estos son algunos de los motivos por los cuales, la salud, con especial foco en los grupos vulnerables desde el punto de vista social y económico, debe ser una política de estado.

El estado nacional, ejerciendo su rol rector, articulando con los estados provinciales y municipales, responsables de la gestión, involucrando y comprometiendo a los diferentes subsectores del sistema de salud, a las sociedades científicas, las universidades, la sociedad civil, los medios de comunicación, en forma consensuada, y con visión federal, debemos lograr que se instale el concepto que la salud es una prioridad que no puede faltar en Argentina. Para lograr este desafío, se necesita un Estado presente, activo, dinámico, moderno, innovador, eficiente que priorice la sustentabilidad de los equipos técnicos eficientes

La autora es médica infectóloga. Fue coordinadora del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación. Es directora del Centro de Estudios para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (Cepycet) de ISALUD

más allá de los cambios políticos, y los presupuestos más allá de los vaivenes económicos. La empatía y la mirada social con alta calidad técnica no pueden faltar en este proceso. Sin salud no podemos pensar en construir una sociedad productiva y justa.

También es importante que el equipo de salud, la academia y la sociedad asuman un rol más activo, todo un desafío. La población debe conocer sus derechos para poder ejercerlos, empoderarse y reclamarlos cuando no sean lo accesibles de deben ser. Los equipos técnicos y las universidades, ser parte, acompañar, monitorear, alertar sobre las diferentes temáticas de la política sanitaria llevada adelante por las autoridades, no importa el color político partidario, se trata de algo tan importante que nos trasciende, tenemos que poder hacer esa diferencia. Es hora, es lo suficientemente importante como para dejar de lado intereses personales, egos, individualidades, y que podamos iniciar, de una vez por todas un proceso, una etapa que pueda lograr definir líneas de trabajo priorizadas y planes de acción basados en la evidencia a largo plazo, esto es lo único que va a asegurar la sustentabilidad de las estrategias sanitarias.

Convencidos de esto y comprometidos con este desafío, decididos a aportar lo que nos toca, surge: #SaludEnElDebate. Una iniciativa horizontal, técnica, multidisciplinaria que incluye más de 50 sociedades científicas, universidades, organizaciones comprometidas con la salud como política de estado que trasciende cualquier gobierno. Creemos que la salud debe ocupar un lugar relevante en el debate presidencial, que las personas que aspiren a conducir nuestro país visibilicen sus programas y que, entonces la ciudadanía tenga información a la hora de emitir su voto. Iniciemos este camino entre todos y todas, desde donde nos toque para que la salud sea una prioridad. [www.saludeneldebatepresidencial.org](http://www.saludeneldebatepresidencial.org). #SaludEnElDebate 