

SEGURIDAD SOCIAL: CRISIS Y DESAFÍOS

Crecimiento del gasto, atomización de ingresos, desregulación de aportes y concentración de la infraestructura son algunas de las causas que ponen en jaque al sistema de salud argentino

Si hubiera que sacar una radiografía de la salud de los argentinos alguien podría decir que el actual sistema es inviable, y otro ser algo más drástico y vaticinar que si sigue así va a la



Gabriel Lebersztein, de Osecac: “Los trabajadores en relación de dependencia están siendo solidarios en exceso, hay una transferencia directa de recursos de personas con menos ingresos a personas con más capacidad contributiva”

quiebra. Un tercero con ojo más clínico se atrevería a pronosticar que la devaluación, la tasa elevada y la caída del empleo van a precipitar la reducción de la calidad del servicio y el estiramiento de la cadena de pagos; y un cuarto advertir que hay tecnologías que no estamos en condiciones de cubrir, y seguimos con la hipocresía de esconder esa realidad. La quinta voz, algo más esperanzadora, sería de aliento: la buena noticia es que la etapa de diagnóstico fue superada, existe un consenso intersectorial y el futuro tiene un final abierto.

Todas esas opiniones pertenecen –y en ese orden– a cinco referentes del sector salud consultados para esta nota: **Sandro Taricco**, Superintendente de Servicios de la Salud; **David Aruachán**, director ejecutivo de Operaciones Sanitarias de la Seguridad Social; **Gabriel Lebersztein**, gerente médico de Osecac; **Benjamín Surace**, gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de la Osuthgra, y **Hugo Magonza**, presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (Acami). Dónde estamos,

qué hacemos y hacia dónde vamos son las preguntas que se vienen planteando los actores que manejan las obras sociales del país para evitar que en la actual coyuntura colapse y



Hugo Magonza, de Acami: “El país debería ir hacia un proceso de adaptaciones sucesivas que garanticen una igual cobertura y modelo de financiamiento para todos, incluidas las obras sociales provinciales”



Sandro Taricco, Superintendente de Servicios de la Salud: “Los medicamentos de alto costo y los tratamientos prolongados ponen en jaque a las obras sociales” que no tienen suficiente volumen”

no impacte en el corazón de los sistemas de salud, en las obras sociales y en sus trabajadores.

“La inflación innovativa en los últimos 15 años duplicó el costo de la salud, la desinversión está muy por debajo de ese nivel y los salarios no crecieron al mismo ritmo, por lo tanto, hay una contracción del dinero real para gastar”, advirtió Lebersztein. Sumó a su explicación la selección adversa de enfermos con coberturas del Estado transferidos al sistema solidario y la utilización de esos fondos por los desregulados a prepagas, pagando sólo la alícuota sobre el aporte obligatorio. “Si a todo esto le agregamos el pago ínfimo del PAMI a las obras sociales, el ridículo valor de la salud puesto al monotributo y el abuso de gastos en transporte de la discapacidad, más la judicialización del sistema, se termina haciendo urgente lo que no es”, apuntó el gerente médico de Osecac, no sin dejar abierto el debate por los sectores sensibles a los que se aluden.

Costo de la salud, en alza

En un mismo sentido crítico, David Aruachán señaló que existen situaciones de desfinanciamiento del sistema que son muy evidentes y que tienen que ver con la falta de políticas actualizadas en materia de regulación y financiamiento, con la exigencia creciente de brindar cobertura a prestaciones de dudosa eficacia debido a decisiones judiciales o impuestas desde el Poder Legislativo y la falta de articulación entre los organismos encargados de regular prestaciones tan sensibles como las de discapacidad, entre otras”.

Argentina tiene un costo en salud que supera en 40% el costo de vida, según indicó Hugo Magonza en un artículo reciente publicado en el diario El Cronista, donde agregó que, si se hace una proyección a partir de los datos de los últimos 15 años, se estima que el aumento de costo interanual de la salud va a ser de 56%, con una tasa de inflación



David Aruachán, director ejecutivo de Operaciones Sanitarias de la Seguridad Social: “El sistema de obras sociales atraviesa una grave crisis de financiamiento que pone en riesgo su sustentabilidad”



Benjamín Surace, de Osuthgra: “Hay que revisar la eficiencia en la certificación de la discapacidad y prestaciones de educación y transporte que no salen del presupuesto de salud en ningún país del mundo”

del 2% o 3%, la inflación médica estaría en 9%”.

Para Sandro Taricco, los medicamentos de alto costo y los tratamientos prolongados ponen en jaque a las obras sociales que no tienen suficiente volumen. A su entender, los gremios terminan haciendo préstamos a la obra social que después difícilmente se puedan devolver. Benjamín Surace, hombre del área de planeamiento y desarrollo de la obra social de hoteleros, turismo y gastronómicos, fue categórico al decir “que el crecimiento del gasto en la tecnología supera claramente al crecimiento de nuestro país y la ecuación no muestra caminos de igualarse”. Cuestionó, además, alguna dificultad “genética” para sincerarnos como sociedad y decir que hay tecnologías que no estamos en condiciones de cubrir, y ocultamos con hipocresía esa realidad.

Según el Consejo de Obras Sociales Provinciales, las obras sociales provinciales cubren a 7,5 millones de

argentinos. Hay provincias donde de 20 a 40 casos por enfermedades catastróficas se termina desatendiendo a 5000 afiliados, según datos publicados en el diario El Litoral, de Santiago del Estero.

Ante el impacto que esta situación pueda tener en el modelo de la seguridad social, Hugo Magonza opinó que el sector soportó grandes desafíos y muchas dificultades y aun luego de la puesta en marcha de la opción de cambio, el modelo solidario no se rompió. Y agregó: “Con el tiempo, las entidades se hicieron más eficientes, mejoraron los servicios y se transformaron en una legítima alternativa que los beneficiarios aceptaron por elección y no por obligación. La solidaridad del sistema en general es la que está en peligro, por la irrupción de personas con patologías de alto costo, que nunca se atendieron en el sistema y, por consiguiente, no se pudo trabajar en la prevención ni se incluyeron esos costos en el cálculo actuarial proyectado para la atención de esa población”.

Para Aruachán, actualmente el sistema de obras sociales ha perdido su solidaridad característica por la obligatoriedad de cobertura a poblaciones cuyo nivel de aporte no es suficiente, en desmedro de toda una población que los financia con los sujos y contribuciones, como en el caso de los monotributistas, los monotributistas sociales, el personal de servicio doméstico y los jubilados que permanecen en las obras sociales. “El

desfase entre el aporte de un monotributistas, sin contar que tienen la posibilidad de incorporar a su grupo familiar voluntariamente, y el nivel de ingreso necesario para cubrir las prestaciones básicas es del 60% aproximadamente. Es decir, el aporte de un monotributistas cubriría sólo el 40% del costo de cobertura básica del titular. Asimismo, por cada jubilado, la obra social recibe \$ 192, cuando el ingreso promedio del PAMI por cada beneficiario es de alrededor de \$ 2000. Tendríamos muchos ejemplos como estos, que soportan la afirmación de que el sistema de obras sociales atraviesa una grave crisis de financiamiento que pone en riesgo su sustentabilidad”.

Medidas a tomar

Lo que se viene es la transferencia del ajuste del Estado al resto del país. Según Lebersztein, que además de gerente médico de Osecac pertenece al Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de ISALUD, hay que prepararse para listas de espera en patologías programadas, mayor concentración, clínicas privadas pequeñas sin capacidad de crédito en situación crítica y financiadores sin capacidad de rescate. “Hay cosas que se pueden hacer, desde créditos con tasa subsidiada, utilización del crédito fiscal, autorización de las listas de espera y cambio de la mecánica de los amparos y las medidas cautelares, que benefician a un grupo de personas y perjudican a mu-

chos más. Además, hay que regular la tecnología, no por su utilidad, sino por la capacidad de pago que tiene nuestro país. La esclavitud tecnológica puede hacer que tengamos un grupo de gente con alto ingreso que pida coberturas de profilaxis preexposición al HIV para no usar preservativo, junto con una epidemia de sífilis a la vuelta de la esquina. Esta inequidad tiene que ver con la falta del Estado, la marginalidad, la pobreza, la crisis educativa, la desigualdad social y sobre esto, casi no hay medidas cautelares”.

Desde la Superintendencia de Servicios de Salud, Sandro Taricco aseguró que en su área no se ha reducido el presupuesto en discapacidad y se han abonado a los 60 días (como tarde), de la prestación: “Lo que estamos estudiando es mejorar el sistema de control del gasto. Desde controles más standard, que ya hemos realizado, hasta otros más sistémicos, que estamos evaluando en este momento. Pero de ninguna manera pensamos en reducción de presupuesto ni de prestaciones. Queremos pagar las prestaciones realmente realizadas”.

Ante la pregunta sobre qué consecuencias puede llegar a tener la reducción del presupuesto en salud, en áreas como la discapacidad o en los tratamientos de alto costo, Benjamín Surace destacó que la discapacidad en el sector de las obras sociales nacionales está llevando más recursos en el Sistema Único de Reintegros (SUR) que la nueva tecnología sanitaria, incluidos los medicamentos de alto costo. Remarcó que tiene que haber mejoras en la eficiencia de las prestaciones, desde emplear la georeferencia de paciente, prestador y transportista; revisar la eficiencia en la certificación de la discapacidad, y prestaciones de educación y trans-

Cantidad de obras sociales según número de afiliados

Obras Sociales con más de 500.000 afiliados	6
Obras Sociales con entre 100.000 y 500.000	34
Obras Sociales con entre 50.000 y 100.000	28
Obras Sociales con entre 10.000 y 50.000	89
Obras Sociales con menos de 10.000 afiliados	133
Total	290

Fuente: SSS

porte que no salen del presupuesto de salud en ningún país del mundo, salvo en Argentina.

Sandro Taricco, subrayó también que se tendrá que trabajar mucho en cambiar el modelo de atención, pasar al esquema de la Cobertura Universal de Salud (CUS), con médicos de cabecera, empleo de tecnología como puede ser la telemedicina y otros dispositivos nuevos que acerquen la medicina al público, en lugar de que el paciente vaya a los centros de atención. “En ese sentido, el modelo israelí es un caso muy interesante para copiar. Ellos han avanzado mucho en este campo con resultados muy superadores en cuanto a la calidad y velocidad de atención”.

Lo que se viene

Para Lebersztein, la conclusión es que los trabajadores en relación de dependencia están siendo solidarios en exceso, hay una transferencia directa de recursos de personas con menos ingresos a personas con más capacidad contributiva. Por su parte, Taricco anticipa que se viene un proceso de fusiones de obras sociales y los dirigentes van a tener que aceptarlo. Admitió que desde la Superintendencia se está evaluando este esquema. “Es un proceso arduo, pero ya llevamos un semestre de trabajo. No es fácil, pero necesario”.

Benjamín Surace mencionó el elemento tecnológico para empezar a trazar las variables que llevan a un sistema más eficiente. Y destacó dos hechos que fueron importantes durante este año. Por primera vez apareció alguna posibilidad de vasos comunicantes en los tres subsistemas. Lo cierto fue que en el ámbito de la Conetec, desde la actual Secretaria de Salud de la Nación, comparcieron mesas técnicas y de decisores

Principales obras sociales por cantidad de afiliados

Denominación	Afiliados
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados	5.169.135
Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles	1.912.383
Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas	1.349.370
Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina	989.509
Obra Social del Personal de la Construcción	678.604
Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación	676.199
Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina	387.666
Obra Social de Petroleros	378.632
Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina	305.962
Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina	271.417
Obra Social del Personal de Dirección Acción Social de Empresarios (ASE)	270.165
Obra Social del Personal Asociado a Asociación Mutual Sancor	234.791
Obra Social del Personal del Organismo de Control Externo	224.086
Obra Social de Docentes Particulares	212.743
Obra Social de Conductores Camioneros y Personal del Transporte Automotor de Cargas	209.444
Obra Social de Choferes de Camiones	205.948
Obra Social de los Médicos de la Ciudad de Buenos Aires	185.242
Obra Social de Comisarios Navales	177.432
Obra Social del Personal de la Actividad del Turf	175.286
Obra Social del Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor	170.605
Obra Social de Trabajadores Socios de la Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales -Jerárquicos Salud-	169.025
Obra Social para la Actividad Docente	167.492
Obra Social del Personal Auxiliar de Casas Particulares	166.102
Obra Social de Técnicos de Vuelo de Líneas Aéreas	166.007
Obra Social Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros	164.620
Obra Social de Mandos Medios de Telecomunicaciones de la República Argentina y Mercosur	162.261
Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas	154.355
Obra Social de Ministros, Secretarios y Subsecretarios	148.974
Obra Social del Personal del Automovil Club Argentino	140.201
Obra Social de Capataces Estibadores Portuarios	139.732
Obra Social de los Supervisores de la Industria Metalmeccánica de la República Argentina	138.162
Obra Social del Personal de Entidades Deportivas y Civiles	132.434
Obra Social Trabajadores Pasteleros, Confiteros, Pizzeros, Heladeros y Alfajoreros de la República Argentina	130.889
Obra Social del Personal de Maestranza	115.696
Obra Social de Serenos de Buques	113.673
Obra Social del Personal de Sociedades de Autores y Afines	111.967
Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación	109.555
Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina (Andar)	108.131
Obra Social de la Asociación Civil Pro-sindicato de Amas de Casa de la República Argentina	107.580
Obra Social de Patronos de Cabotaje de Ríos y Puertos	103.627
Otras 250 obras sociales sumadas	4.572.700
Total de afiliados a 290 obras sociales	21.507.802

Fuente: SSS

representantes de todos los subsistemas (incluso la OOSS provinciales). El otro aspecto destacable es una compra de medicamentos para la hemofilia donde participaron obras sociales nacionales, el PAMI y una obra social provincial. Aunque fue

acotada, debe señalarse como un hito histórico.

Esta situación de quiebre puede tener repercusión directa en la población con cobertura de obras sociales, que podría verse obligada a acudir al sistema público para poder en-

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-