

RICARDO BELLAGGIO: “LAS OBRAS SOCIALES NO DEBEN SER SÓLO FINANCIADORAS”



El superintendente de Servicios de Salud, Ricardo E. Bellaggio, destacó la fortaleza del sistema de la seguridad social nacional, que alcanza a 19 millones de beneficiarios a través de 300 obras sociales; 40 años después de la ley 18.610

PAMI, Osecac, Osprera, Construcción, Gastronómicos, Camioneros, Osplad, Metalúrgicos, Plásticos, Osmata, Sanidad, Unión Personal... El contador Ricardo E. Bellaggio, titular de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), conoce de memoria a la mayor parte de las 300 obras sociales que conforman el mayor sistema de atención de la salud de la Argentina: el sistema de la seguridad social. El 46% de los argentinos está cubierto por alguna de esas entidades sindicales, pero ese porcentaje sube hasta el 80% si se incluyen las obras sociales provinciales, de fuerzas de seguridad y de otros poderes del Estado.

Bellaggio recibió a la Revista en el edificio de la SSS, a pocos metros de la Plaza de Mayo, y pasó revista a los desafíos del sistema, que este año cumple 40 años, y los proyectos de regulación en los que trabaja el organismo.

—¿Cuáles son las preocupaciones siempre presentes del superintendente de Servicios de Salud?

—El sistema nacional de obras sociales está teniendo una injerencia muy importante del mercado, que asume determinados roles como propios y crea distorsiones que son netamente problemáticas, porque no es una conjunción sólo de resolver dentro de un ámbito sino también en ámbitos por fuera del sistema.

Una de las principales preocupaciones es regular a las obras sociales a través de instrumentos que le den claridad a la regulación, al control

y la fiscalización de las obras sociales. Todos queremos que nos controlen, pero también queremos saber cuáles son las reglas y a eso estamos abocados: a establecer reglas que sean de aceptación generalizada pero también que sean orientadas a las necesidades de satisfacción del beneficiario. Esto es muy importante porque nuestro objetivo verdadero es que el beneficiario tenga accesibilidad y cobertura dentro del sistema, y que no tenga que estar estableciendo otros tipos de mecanismos como, por ejemplo, poniendo dinero de su bolsillo para tener una prestación médico asistencial.

–¿Qué pasa con las empresas de medicina prepaga?

–Forman parte de la dicotomía que mencionaba antes, respecto del mercado. En realidad las empresas de medicina privadas están por fuera del sistema y uno de los desafíos que tenemos es avanzar en una norma, a través de una ley, que

permanente (hay más tecnologías, métodos de tratamiento alternativos con drogas que están en el mercado o que están en estudio) y nosotros nos debemos por esto una actualización constante. Estamos también elevando al ministerio de Salud, un esquema metodológico de actualización.

Cuando no alcanza el financiamiento, las obras sociales difieren en la accesibilidad. Esto está basado en políticas netamente presupuestarias, y cuando las obras sociales no tienen un flujo de fondos que sea superador a los esquemas de financiamiento y que garanticen el PMO comienzan a desfinanciarse desde el punto de vista de recursos y desde el punto de vista prestacional.

Hoy el sistema tiene que estar orientado a la atención primaria (prevención, diagnóstico precoz, calendarios de vacunación, etc.) y es lo primero que se deja de financiar cuando hay pocos recursos. Cuando no tenemos suficientes recursos, el tercer nivel (las altas complejidades, las patologías de alto costo y baja incidencia) se llevan el mayor

MÁS DE UN 90% DE LAS OBRAS SOCIALES ESTÁN CALZADAS CON UN INDICADOR DE CAPACIDAD DE REPAGO EN UNA BUENA SITUACIÓN. ESTO SIGNIFICA QUE EL SISTEMA PUEDE SATISFACER FINANCIERAMENTE LA COBERTURA DEL PMO.

las regule. Estamos elevando ese proyecto al ministro Juan Manzur para luego ser enviado a la presidenta.

–¿Actualmente hay un vacío legal o hay otras normas que suplen la falta de esa ley?

–Hay un vacío legal en cuanto al control total como tienen las obras sociales, no a un vacío en cuanto a la prestación porque hay una ley especial que establece que todas las empresas de medicina privada deben cumplir con el Programa Médico Obligatorio (PMO). Sólo en eso está regulado.

–¿Cuál es la situación respecto del financiamiento y la sustentabilidad del sistema?

–El sistema en términos generales cuenta con más de 19 millones de beneficiarios y 300 obras sociales. Más de un 90% de las obras sociales están calzadas con un indicador de capacidad de repago en una buena situación. Esto significa que el sistema puede satisfacer financieramente la cobertura del PMO. Sin embargo, la implementación de un PMO, una canasta de prestaciones y prácticas básicas, involucra mucho más que esto.

La actualización del PMO hoy se hace en forma

porcentaje de recursos, y esto es lo que debemos regular.

–Y respecto de la calidad de las prestaciones, ¿cómo se evalúan?

–La Superintendencia tiene un esquema de evaluación, que consiste en conseguir la opinión del beneficiario y los distintos actores del sistema a través de distintos canales. Tenemos la gerencia de Servicios al Beneficiario, que tiene un departamento de Comunicación Institucional que por medio de encuestas a las obras sociales y a beneficiarios, vemos cómo se está orientando la accesibilidad y cobertura. Respecto de la calidad estamos estudiando un sistema de acreditación y certificación de establecimientos para que allí se brinde la cobertura que debe brindarse.

Trabajamos muchísimo en la comunicación a nuestros beneficiarios –los de todas las obras nacionales– porque cuanto más conozcan sus derechos vamos a conocer mejor la calidad de los servicios que están prestando las obras sociales y sus establecimientos, ya sean propios o contratados.

–¿Cuál es el panorama respecto de la infraestructura de las obras sociales?

–Tenemos que introducir nuevamente un modelo prestacional que teníamos hace muchísimos años con las obras sociales. Mi idea es que las obras sociales no sean sólo financiadoras, sino que sean financiadoras y prestadoras. Hoy las grandes obras sociales, las que tienen mayor número de beneficiarios, están usando un modelo prestacional que interactúa con prestadores propios. Esto quiere decir que tercerizan aquellas cuestiones que no son muy frecuentes, y todo lo que es primer nivel y segundo nivel lo concentran en sus centros de atención, sobre todo la parte de diagnóstico. Esto es muy importante porque es un modelo prestacional que hace que las obras sociales no sean sólo una caja, sino que articulen políticas de prestación propias de cualquier sistema de salud.

Es cierto que esto no está generalizado en todo el territorio nacional, por la mayor aglomeración de beneficiarios en algunas jurisdicciones. También es cierto que la desnaturalización por el tema de la opción de cambio de una obra social en cuanto a tener beneficiarios de una misma actividad hace que las patologías sean hoy

privado que cubre menos del 10%, porque muchos de los afiliados a esas empresas por la desregulación están afiliadas a alguna obra social; y después tenemos un sistema público que tiene al resto de las personas. Esto plantea una com-



SIN NINGUNA DUDA, EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SU CONJUNTO ESTÁ POR ENCIMA DEL 80% DE TODA LA POBLACIÓN; LUEGO TENEMOS UN SECTOR PRIVADO QUE CUBRE MENOS DEL 10%, PORQUE MUCHOS DE LOS AFILIADOS A ESAS EMPRESAS POR LA DESREGULACIÓN ESTÁN AFILIADAS A ALGUNA OBRA SOCIAL; Y DESPUÉS TENEMOS UN SISTEMA PÚBLICO QUE TIENE AL RESTO DE LAS PERSONAS.

variadas y no tal vez como antes de algún sector específico. Nuestra idea es inducir a la oferta prestacional por parte de los regulados, que son las obras sociales.

–¿Cuál es el mapa de la cobertura médica de la población? ¿Cuántos bajo obras sociales, cuántos en prepagas y cuántos en el sistema público de hospitales?

–Existen tres subsistemas: el público, el privado y el de la seguridad social. El sistema de la seguridad social cubre la mayor parte de la población en Argentina. El sistema nacional –de obras sociales nacionales- cubre el 46% de la población. Pero también tenemos las obras sociales provinciales, de los poderes Legislativo y Judicial, las de las Fuerzas Armadas, de la Policía y de las universidades, que están por fuera del sistema nacional y tienen regímenes propios.

Sin ninguna duda, el sistema de la seguridad social en su conjunto está por encima del 80% de toda la población; luego tenemos un sector

plejidad importante con la que hay que lidiar a diario.

–Nuestra idea es establecer la inclusión poblacional dentro del sistema de la seguridad social; que el sistema se nutra de población dado que la mayor cantidad de beneficiarios dentro del sistema, que está regulado, fiscalizado y controlado, va a llevar a que tengamos unos interesantes resultados. Por eso hemos incorporado a los pasantes, a los monotributistas sociales, a las personas con seguro de desempleo y nuestra idea es seguir sumando población a nuestro sistema.

–Hay países que también plantean esta complejidad ¿Qué particularidades tiene en este punto la Argentina respecto de otros países de la región?

–Nuestro sistema es único, no porque sea el mejor ni nada por el estilo. En otros países no entienden cómo nuestro sistema está basado en los sindicatos. Si bien en muchos lugares las obras socia-

¿Querés simplificar tu vida?,
vos podés elegir...

Ya conocés esta marca,
y sabés que es **Confiable.**



SanCorSalud

Más de
35 años
de experiencia

200.000
personas
cubiertas

75.000
prestadores a
nivel nacional

**Calidad
Certificada**



Elegí, Optar por lo Sano.

0810 - 444 - SALUD (72583)
www.sancorsalud.com.ar

les nacieron de mutuales, ONG o federaciones, el nuestro nació desde el gremialismo. Esa es la principal diferencia. En 2010, el sistema de la seguridad social, que surgió con la sanción de la ley 18.610, cumple 40 años.

Pero más allá de esta diferencia de nacimiento, la principal distinción es que nosotros hemos incorporado el PMO, prácticas específicas que deben garantizar las obras sociales a sus beneficiarios. Esto fue un hito en América Latina e incluso en Europa. Esta canasta básica de prestaciones no sólo nos dio un piso sino que también convirtió al sistema de la seguridad social en una política estratégica del Estado.

Hoy si bien tanto Chile como Uruguay ya tienen algo parecido, otros países están desarrollando este tipo de programas respecto de la cobertura. También nosotros estamos trabajando en que todas estas prácticas establecidas en el PMO ten-

gentino. Esto nos dio como resultado que más del 13% de la población en Argentina tiene algún tipo de discapacidad. Esto es un problema porque el mismo trabajo estableció que menos del 20% de las personas con algún tipo de discapacidad tiene relación laboral, lo cual es una dicotomía importante porque sólo aquel que tiene garantizado un trabajo, tiene una cobertura social y de contención de salud y del estudio de su discapacidad que mejora su calidad de vida.

En ese marco, lo que alentamos es calificar a la oferta prestacional (prestadores que atienden determinados tratamientos con alguna patología con discapacidad) y que mejoren la atención del beneficiario pues muchas veces esta oferta prestacional en determinadas jurisdicciones no modifican ninguna condición que mejore la calidad de vida del beneficiario. Y eso es algo que hay que trabajar seriamente y es un tema muy importante.

TENEMOS QUE TRABAJAR FUERTEMENTE PARA QUE LOS PRESTADORES ESTÉN A LA ALTURA DE LAS POBLACIONES VULNERABLES, ES DECIR AQUELLOS QUE TENGAN ALGÚN TIPO DE PATOLOGÍA QUE REQUIERA ASISTENCIA EN FORMA REITERADA.



gan su protocolo y su guía para que puedan ser auditadas y controladas y que estas prestaciones estén generalizadas.

—¿Qué pasa con las poblaciones más vulnerables o los pacientes con patologías crónicas?

—Nosotros hemos hecho un trabajo que se llama Pradis, un relevamiento asistencial de la población con discapacidad, en todo lo que es el territorio ar-

A veces por demanda de este tipo de población, familiares o algún tipo de litigio, se lo lleva a algún prestador que no tiene capacidad de atender a ese beneficiario como debiera. Tenemos que trabajar fuertemente para que los prestadores estén a la altura de las poblaciones vulnerables, es decir, aquellos que tengan algún tipo de patología que requiera asistencia en forma reiterada.

—¿Cómo es el panorama federal respecto de la cobertura?

—La salud en Argentina es federal, cada una de las provincias define políticas sanitarias dentro de su jurisdicción. Por lo tanto, no es fácil extender la seguridad a todo el ámbito, no desde el punto del financiamiento, sino de tener efectores propios. Estamos trabajando en la articulación con los sistemas públicos de las provincias, con los ministros de Salud, para penetrar en estas jurisdicciones y tener como mínimo un diagnóstico de las necesidades de nuestra población.

—En algunos momentos se dan ciertas discusiones entre hospitales públicos y las obras sociales acerca de si se debe cobrar y si se puede hacerlo.

—Nosotros tenemos un sistema de recupero de gasto de hospitales públicos que se llama Débi-


to Automático del Hospital Público de Gestión Descentralizada. Esto es un sistema de ejecución administrativa en el que el hospital que detecta un beneficiario de una obra social nacional puede cobrar con un débito automático presentándose ante la SSS, que hace la gestión, y en menos de tres meses se deposita el pago por la prestación brindada.

–¿La Superintendencia funciona en alguna medida como un auxilio financiero de última instancia para las obras sociales?

–No, la SSS no tiene potestad para dar subsidios. Esto lo hacía antes el Anssal y hoy está en cabeza de la Administración de Programas Especiales (APE), que es un organismo que depende directamente del Ministerio de Salud. Esos subsidios son por prácticas de alto costo y baja incidencia, HIV-Sida, discapacidad, hemofilia, drogadicción y demás tratamientos de alto costo. Pero sí existe el subsidio SANO, Subsidio Automático Nominativo por Obra Social, por el que la Superintendencia le garantiza a todas las obras sociales un aporte mínimo por beneficiario. Aquellas que reciban un aporte que está por debajo de esa cotización míni-

ma perciben una diferencia en forma automática, que paga la AFIP con dinero del Fondo Solidario de Redistribución.

–¿Cuáles son los principales desafíos hacia el futuro?

–Uno es la inclusión de población en el sistema. Otro es garantizar la accesibilidad en todo el territorio, por eso estamos ideando un cronograma de aperturas de delegaciones de la Superintendencia en todo el territorio. Otro desafío es darle a las prepagas un esquema de regulación y control. Y finalmente es la actualización del PMO, para el que impulsamos un proyecto de ley que le da a los jueces una instancia administrativa de mediación. Muchas veces, los litigantes toman nuestros dictámenes para ejecutarlos a través de la Justicia lo que crea un mayor costo. Por eso, necesitamos por lo menos una instancia de mediación, que permitiría ahorrar gastos, y deja abierta una instancia posterior en la Justicia. También estamos trabajando en regular los contratos de las obras sociales con sus prestadores, y en establecer mecanismos de validación de información que dan las obras sociales a sus beneficiarios. 



UNIVERSIDAD
ISALUD

5239-4000
www.isalud.edu.ar

Universidad ISALUD
Venezuela 931
Venezuela 758
Tel.: 5239-4000/22/33
informes@isalud.edu.ar

POSGRADOS

Agosto 2010

Maestría en Farmacopolíticas

Proyecto N° 10.409/09 aprobado por CONEAU

Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria

Proyecto N° 10150/07 aprobado por CONEAU

Especialización en Auditoría de Atención de la Salud

Acreditada por Exp. 4979/07 M.E.

**Abierta la
inscripción**

**Consulte por reuniones personales con la
coordinación de la carrera**