**RESUMEN MESA 1**

 La Salud y la tercera edad. El Instituto de servicios sociales para jubilados y pensionados.

 La exposición estuvo a cargo de Víctor Hugo López Monti, Subdirector Ejecutivo de PAMI y de Marcelo Martin, Director Regional de la OISS, con la coordinación del Presidente de FEFARA Farm. Manuel Agotegaray

**Marcelo Martin.-**  Muy buenos días, un muy especial agradecimiento a FEFARA, no solo por la convocatoria a este Encuentro sino por la confianza dispensada con su incorporación a nuestra **Organización Iberoamericana de Seguridad Social.**

Para comenzar quiero rescatar y adherir a lo expresado en el discurso inaugural por Manuel Agotegaray cuando afirmaba que en este Encuentro había un compromiso mucho mayor que una simple reivindicación gremial. Y que, es un compromiso con la Seguridad Social en su conjunto. Y por allí andará nuestra exposición en estos minutos

**Quienes somos**. La OISS, es un organismo internacional del Derecho público que tiene carácter técnico y especializado. Y brindamos asistencia técnica a todos los países de habla hispana, y portuguesa.

Para ellos, hacemos interpretación y asesoramiento de convenios multilaterales de la Seguridad Social y fundamentalmente en el tema Pensionarios. Pero, mas allá de los distintos convenios nuestra estrategia iberoamericana apunta fundamentalmente al sistema de Salud y a la protección de riesgos de trabajo.

 Un tema central de nuestra tarea son los programas de Género, porque sabemos las dificultades que se originan cuando estos temas no son abordados de manera conveniente .Las mujeres deben atender la familia y tener hijos, normalmente en una etapa en la cual se da el crecimiento laboral. Y, allí son postergadas y hay que tener legislaciones que permitan compensar esto y dar respuesta a un requerimiento del ahora. Porque toda postergación en la vida laboral luego se traslada al esquema pensionario.

En ello, estamos trabajando a través de una herramienta como el CIAPAT. Esta es una organización integrada por entidades estatales, privadas, por regímenes municipales y provinciales y todos aquellos que están en la búsqueda de un esquema de Seguridad Social. Tenemos más de 160 entidades miembros.

**Objetivos centrales de nuestra Organizaciòn.**

Hoy, las problemática económicas, las migraciones, los diversos tipos de discriminación son temas fundamentales que demandan atención de la Seguridad Social, pero hay uno que se nos plantea como un elemento central y vital que es el tema del **Envejecimiento.**

Cuando hablamos del envejecimiento estamos hablando de una transición demográfica desde la disminución de la natalidad hasta el aumento de la esperanza de vida, trasladar esto a la Seguridad Social significa trasladar mayores prestaciones y se viene fatal e inevitablemente.

Nuestra zona es la segunda en el mundo. Por supuesto que Asia, Oceanía, Europa fundamentalmente tienen un envejecimiento mucho más prematuro que el nuestro. Pero el nuestro viene y viene muy duro. Allá por el 2.050 vamos a estar en tasas superiores al 25 por ciento de la población. Esto nos demanda estudiarlo y ver como trabajamos para evitar que el impacto se produzca de lleno en cada uno de los sub sistemas de la Seguridad Social. Porque esto repercute en el trabajo, en los índices de tributación y fundamentalmente en lo prestacional.

En España, Uruguay, Andorra y Chile están en los topes de envejecimiento. Nosotros estamos en un sector medio y Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras, los países con menor capacidad de desarrollo, es donde menos impacta. Por ahora, porque este fenómeno se esta produciendo en todos y cada uno de los países.

Además, es necesario señalar que los medios urbanos tienen mayor capacidad de llegada a la asistencia medica, mayor atención primaria y preventiva y , por lo tanto, esa estructura hace que haya una población mas envejecida aun. Y allí se está generando un fenómeno muy complejo que es que el envejecimiento se empieza a combinar con la soledad. Lo que requiere tener una concepción de Salud mucho más abarcativa, como lo plantean los principios de la OMS, no solo como la ausencia de enfermedad. Tenemos que imaginar una población de adultos mayores en mejores condiciones de vida.

Para ello, hicimos el programa de Cooperación de la Situación del Adulto Mayor que está financiado por los países que integran iberoamérica. Por qué, porque el problema es serio y subsanarlo requerirá un gran esfuerzo.

**UNIVERSALIDAD**

La Universalidad es que todo aquel adulto mayor a la edad de jubilarse pueda acceder a una prestación. En nuestro país hemos tenido distintos experiencias. Y los niveles que tenemos hoy, de tasa de cobertura, son muy altos. El actual gobierno estableció la prestación única para el adulto mayor la PUAM pero, en definitiva, en el concepto Universalidad nuestro país esta avanzando y estamos por encima del noventa y pico por ciento de nuestra población adulta en condiciones de jubilarse. Lo mismo con la respuesta a la demanda en Salud.

Ahora, si agregamos tasas de sustitución, que surgen de la relación entre el haber en actividad y el haber en pasividad estas tienen que ser reparatorias de ese paso a la jubilación. Y, allí se aprecia el esquema real de financiamiento.

Un sistema de Seguridad Social debe ser universal, debe tener buenas tasas de sustitución, garantizar el acceso al sistema de salud y un buen sistema de prevención de riesgo del trabajo. Pero, sobre todo ser financiable, porque si no, elaboramos una serie de normas pero a la hora de concretarlas tenemos serias dificultades financieras.

Una de las cuestiones más complejas es el trabajo informal o el trabajo en negro. Nosotros estamos en un índice muy elevado y esto repercute fuertemente en todo el sistema.

Además, aparecen nuevas modalidades laborales como Uber, los cadetes y los “delibery” que están sacando de la formalidad a los trabajadores y ello significa desfinanciar la seguridad social. Y la verdad que es el desafío de la historia. Y para responder adecuadamente debemos mirar como lo arreglaron en otro lado.

 Por el ejemplo en España en el pacto de Toledo, se estableció roles y funciones a los distintos sectores. Allí se juntaron partidos políticos, sindicatos, empresarios y dijeron este es el rumbo de la Seguridad Social porque necesariamente tiene que ser una cuestión de Estado.

Estamos en condiciones de hacerlo, pero si no lo hacemos rápidamente, por ejemplo, el fenómeno del envejecimiento en vez de ser una satisfacción, porque se viven más años, será un problemón porque no vamos a poder prestar la asistencia necesaria.

Que estamos haciendo en el esquema de salud.

Muy breve. Hicimos un encuentro en marzo del año pasado con PAMI, con COSSPRA, con las Obras Sociales universitarias, y con las superintendencias de Servicio de Salud. Allí compartimos experiencias, como la compra de medicamentos en Pami que ha significado un importante ahorro que esta gestión ha hecho. Estamos trabajando también en esquemas de capacitación en auditorias médicas para un uso más racional de los recursos.

Y en el último Encuentro de Salud que realizamos y que ambiciosamente llamamos Desde el Diagnostico al Tratamiento participaron casi todos los actores de la Salud argentina y después de tres días de mucho debate llegamos a un Pacto de la Sostenibilidad del sistema de Seguridad Social en Salud que será una guía para seguir avanzando.

Para terminar, quiero decirles. No hay Seguridad Social sin solidaridad. Esto no es la venta de seguros, al menos en nuestra concepción. El criterio de la intergeneracionalidad es un criterio absolutamente solidario y en Argentina se vienen dando pasos importantes en el tema pensionario y de jubilaciones en lo refiere al crecimiento de la tasa de cobertura y de sustitución.

Otro paso importante fue la modificación de la ley de riesgo de trabajo, evitando la judicialización, que es otro de los grandes problemas que tenemos.

En conclusión, Se avanza mucho en PAMI y con los desarrollos en Salud en distintas provincias pero nos falta aun sentarnos a una mesa y discutir cual es la situación real de la Seguridad Social. Busquemos nuestro pacto de Toledo pero basados en un criterio de Solidaridad. Porque si quitamos ese elemento vaciamos la Seguridad Social y si la vaciamos este es un país sin destino. Muchísimas gracias.

**Victor Hugo Lopez Monti.-**  Buenos días, Ya van tres años y medio de gestión en PAMI, y queremos compartir algunas tareas realizadas, comentarles como lo tomamos y los proyectos que tenemos para el futuro.

Antes, repasemos un poco lo que es PAMI. El Instituto tiene 4.930.000 afiliados, la Obra Social más grande de América latina. Un presupuesto anual de doscientos mil millones de pesos, es el quinto presupuesto de la nación. Después del nacional, Provincia de Buenos Aires, CABA y Prov. de Córdoba. Tenemos diez mil empleados y 640 agencias en todo el país. Hay 9.200 médicos de cabecera que generan 13 millones de prestaciones médicas y 11 millones de medicamentos dispensados, mensualmente.

 Cómo lo encontramos, en los tres componentes de gastos más importantes.

En medicamentos, un contrato de 22 años de antigüedad con las tres cámaras de la Industria CILFA, CAEME, y COPERALA. Donde el PAMI no tenia el control de vademécum, ni control de precios y tampoco manejaba la relación medicamento-afiliado.

En recursos humanos había un desvío importante. Los que vienen del ámbito de la Salud saben que el ratio promedio es un empleado por cada mil beneficiarios, con lo deberíamos tener 5 mil empleados, sin embargo duplicábamos esa l cantidad.

En lo financiero, cuando lo tomamos venía de 7 años de déficit económico y financiero.

 Al respecto, aplicamos en el instituto los mismos principios que el Gobierno Nacional, buscamos la moderación fiscal y la racionalidad presupuestaria para encontrar el equilibrio lo antes posible. Y, lo logramos en el año 2018.

 Para ello, reorganizamos el Instituto para que los contratos tengan la periodicidad que tengan que tener, las licitaciones publicas se hagan en tiempo y forma. Y, cumplir los contratos, para que no hubiese motivos para interrumpirlos.

En medicamentos, hicimos un cambio que, la verdad, muchos pensaron que no íbamos a poder lograrlo. Por ejemplo, pagarles directamente a las entidades farmacéuticas el medicamento ambulatorio, algo que PAMI no hacía desde hace22 años. O sea, invertir el flujo financiero, ya que las Cámaras cobraban y le pagaban a las entidades farmacéuticas con demoras, sin explicación y sin ajustarse a lo contractual lo que tendrían que pagar en tiempo y forma y en todo caso asumir costos financieros si los hubiere. Esto no era lo que pasaba.

Hoy como también soy Secretario de Administración y Sub Director de Administración Económica Financiera me pone muy contento decir que estamos cumpliendo en el pago ambulatorio quincenal y mensual del primer nivel de medicamentos.

En lo de alto costo, hemos hecho otra cosa impensada. Hicimos cinco licitaciones de medicamentos en un año y medio. Dos con el Ministerio de Salud. Otras con IOMA y distintas obras sociales específicas. Y tres del PAMI. Los ahorros logrados alcanzaron el 70 por ciento del costo. Este es el saldo de una experiencia nueva, absolutamente innovadora y transparente.

Sin embargo, dado el ritmo de crecimiento del medicamento nuevo, vemos un escenario complejo un poco años. La proyección del gasto actual ponderado en función del crecimiento de las drogas nuevas, con mayores precios, hace que sepamos lo que hoy es 100 va a ser 148 dentro de 4 años. Por lo tanto, todos los años venideros tenemos que provocar ahorros superiores al 10 por ciento para no perder el equilibrio alcanzado.

 Además el gasto en medicamentos, el año anterior a nuestra gestión, representaba más del 30 por ciento del presupuesto del instituto y se proyectaba al 36 por ciento. Por lo tanto había que llevarlo a niveles promedio del mercado que son del 23 por ciento promedio. Bueno, bajó al 26 por ciento, 25 por ciento y en eso seguimos trabajando.

En el recurso humano que es el tercer aspecto importante, hicimos una política de reducción de retiro voluntario y estamos haciendo un convenio específico porque el Convenio del Estado nos imposibilitaba ser eficientes en el manejo de la Organización.

Además, es importante que también sepan en que otras cosas gasta el PAMI.

 Todos los meses el PAMI brinda casi 600 mil bolsas de comida, a gente con vulnerabilidad social, a través de los centros de jubilados y somos el mayor comprador de pañales del país para más de 130 mil afiliados de PAMI que los reciben sin cargo todos los meses.

Pero, también hemos implementado el Carnet donde antes había una constancia de afiliación. Esto servirá para validar la condición de afiliado y las prestaciones que están acreditadas y, también, lo hacemos pensando en la sostenibilidad económica.

Yo creo que el PAMI debiera redefinir su futuro pensando en las cuestiones que tienen que ver con temas sociales. Hay que hacer una discusión con el Ministerio de Bienestar Social para no duplicar programas. Porque, por ejemplo, no parece ser lógico que una obra social brinde comida. A veces se toman decisiones equivocadas que después impactan a futuro y son de muy difícil resolución. Estas discusiones creo que el instituto debe darlas junto a otras organizaciones y el Estado.

Para el futuro seguiremos reforzando el servicio de los médicos de cabecera del primer nivel. Para ello, hemos logrado que el 95 por ciento estén haciendo la receta de manera electrónica y estamos avanzando con otras prepagas en la receta digital.

A los afiliados les molesta bastante tener que ir más de una vez a retirar las recetas al médico de cabecera. Y la expectativa es que muy pronto la receta la reciba por mail, por mensaje o por whatsap o se dirija personalmente a la farmacia y esta la pueda bajar del sistema informático.

En las consulta de especialistas, en imágenes, en laboratorios vamos a automatizar las autorizaciones y que los afiliados no deban concurrir a las agencias. Las organizaciones de esta envergadura no pueden manejarse sino tienen herramientas basadas en las herramientas informáticas. Bueno, ya hay un millón de personas que no van a ir a las agencias a renovar sus trámites.

Para terminar y volviendo al tema medicamentos, quiero decirles que al haber recuperado el manejo del vademécum podemos seguir optimizándolo en beneficio del afiliado y tener presupuestos equilibrados, seguridad y transparencia en nuestras prestaciones.

Bueno, estos son los principales lineamientos que les quería contar. Muchas gracias.

**Manuel Agotegaray.-** Agradecemos a los disertantes por la riqueza de sus exposiciones y el esfuerzo de acompañarnos, con un fuerte aplauso. Muchas gracias.