

Las leyes de la Salud Argentina

The Argentine Health Laws

Alejandro Octavio Palacios¹

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2022;13(3):143-145. <https://doi.org/10.30567/RACI/202203/0143-0145>

Muchos de nosotros en la práctica diaria quedamos enredados entre el paciente y su cobertura médica, discutiendo parámetros distintos.

El profesional apoya una indicación médica avalada por bibliografía y experiencia que debería mejorar la calidad o el pronóstico de vida, y la cobertura médica discute el costo de la práctica ya que pretende solucionar el padecimiento con el menor valor posible. Dos puntos de vista que no son necesariamente compatibles.

¿CÓMO SE SOLUCIONA LA DIFERENCIA DE CRITERIOS?

El paciente queda empantanado entre opiniones distintas y ve que el fin de su padecimiento se aleja teniendo en cuenta que el tiempo transcurrido entre la indicación y la terapéutica aumenta los riesgos del tratamiento y afecta a la evolución. Las leyes que rigen la salud son normas en las que el Estado se dirige a sus ciudadanos para fijar, entre ellos y el mismo Estado, los límites de lo permitido.

La Constitución Nacional¹, en los artículos 14, 33, 41, 42, 43 y 75 referidos al beneficio de la seguridad social, establece que esta tendrá un carácter integral e irrenunciable, así como la protección integral de la familia, la defensa del bien familiar y el acceso a la vivienda digna¹.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada en el año 1948 por la Sociedad de las Naciones², reconocida en nuestra Constitución con jerarquía superior a las leyes, expresa los derechos y libertades que todo ser humano puede aspirar en forma inalienable y en condición de igualdad.

El artículo 25 asegura al individuo como a su familia la "... salud y el bienestar, [...] el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios;...".

"El Estado es garante del derecho a la salud, la vulneración de este habilita a interponer recurso de amparo". El derecho a la salud no obliga al Estado a curar ni lograr el bienestar total "sino que lo obliga a facilitar el acceso a los medios para lograrlo".

En 2019, la Superintendencia Nacional del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga, siendo el organismo rector y de control, publicó un Digesto Normativo³ para ordenar las normas de la salud argentina haciendo un inventario de 2.300 normas de alcance particular o general en el tema.

Para el Sistema Nacional del Seguro de Salud existen dos leyes, 23.660⁴ y 23.661⁵ de Obras Sociales (OS), y diecisiete decretos.

Por supuesto, esto continúa hasta la cifra mencionada de 2.300 normas y la mayoría de las veces que menciona una ley es la de creación de obras sociales.

El licenciado en Psicología Martín De Lellis, Profesor Titular de la Licenciatura en Psicología, Salud Pública y Salud Mental, en su publicación "*Reforma Sanitaria y Seguros de Salud: Apuntes desde una perspectiva de derechos*"⁶, remite el origen del sistema solidario de salud a la creación de los Hospitales de Comunidades: "Se plasmaba esto en las instituciones de comunidades, agrupadas en su mayoría por criterios de pertenencia étnica que se asociaban al país del que se había emigrado, y que consagraron una modalidad de protección mutual que dio origen a numerosos establecimientos asistenciales (por ejempl, Hospital Británico, Hospital Italiano, Hospital Español, etc.), los cuales se instalaron en las principales metrópolis del país".

Durante la primera presidencia del Gral. Juan D. Perón (1946-1952), a través de la obra desarrollada por el reciente Ministerio de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo, se crearon 500 nuevos establecimientos sanitarios y hospitales. Este es el momento en que el Estado Argentino comienza a hacer-se garante de la salud de sus habitantes.

La década de los 60 se caracterizó por el crecimiento en la atención y la incorporación de tecnología, y en el gobierno del General Juan C. Onganía se transforma en obligatoria la afiliación a las Obras Sociales de todos los trabajadores (ley 18.610/70⁷, derogada y complementada por la ley 22.269/80⁸ del Presidente Gral. Jorge R. Videla), con el objetivo de garantizar la prestación de servicios médicos asistenciales, procurando el mejor nivel de atención médica y el máximo aprovechamiento de los recursos, recordando que el sistema de salud universal está sostenido por el Estado nacional, provincial o municipal y los recursos se generan a través de los impuestos.

El siguiente período es el de la entrega de la hegemonía del Estado en la prestación de salud, la cual fue reemplazada por la de un grupo de entidades, según el artículo "*Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*" de Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit (julio de 2018)⁹, que describe el sistema compuesto por 292 Obras Sociales y 196 entidades de Medicina Prepaga creada por la Ley 26.682¹⁰.

"Las Obras Sociales cubren 28,1 millones de personas, 56% de la población, donde el 5% de las Obras Sociales concentra el 50% de los afiliados, situación que se repite en el reparto de los recursos, donde el 5% de las Obras Sociales maneja el 48%

1. ORCID: 0000-0002-1605-2863.

✉ Correspondencia: Alejandro Octavio Palacios. octaviopalacios80@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 25/07/2022 | Aceptado: 29/07/2022

TABLA 1. Población según cobertura de salud (2020). CA.DI.ME. - Informe sectorial #15 Servicios de salud*, agosto 2020. Área Técnica de CA.DI.ME. y el Centro de Investigación de la Fundación, DPT.

| Financiador | Población bajo cobertura (2020) | % |
|---|---------------------------------|----------------|
| Obras Sociales nacionales OSN (a) | 15.760.655 | 34,73% |
| INSSJP-PAMI (b) | 4.935.778 | 10,88% |
| Obras sociales provinciales OSP (c) | 7.182.000 | 15,83% |
| OS con ley propia (IOSFA, COSUN, DAS y P. Judicial) (d) | 975.000 | 2,15% |
| Población con cobertura pública (e) | 16.197.895 | 35,70% |
| Empresas de medicina prepaga (EMP) desregulado+prepago puro (f) | 6.316.000 | 13,92% |
| Empresas de medicina prepaga (EMP) prepago directo (g) | 2.442.571 | 5,38% |
| Total (sin población que desregula de OSN a EMP) | 47.493.899 | 104,67% |
| Población 2020 (proyección INDEC) | 45.376.763 | |

Nota: El excedente en cantidad y porcentaje de población representaría el porcentaje de población con doble cobertura (4,67%). (a) Superintendencia de Servicios de Salud, jun 2020. (b) PAMI, Padrón de Afiliados Activos (ene 2020). (c) Observatorio COSSPRA UNL (2020). (d) Estimación (2020) en base a relevamiento a actores clave. (e) Programa Sumar, Min. de Salud de la Nación (dic-2018). (f) En base a la declaración en SuSS a julio 2018. (g) Población estimada con cobertura directa (pago de bolsillo o plan corporativo).

Cuadro 1: Gasto de los subsistemas de Salud en Argentina, 2015

| | En % del PIB | Estructura % |
|--|--------------|---------------|
| Gasto en Salud Público (1) | 3,02 | 28,29 |
| Nacional | 0,62 | 5,81 |
| Provincial | 1,89 | 17,70 |
| Municipal | 0,51 | 4,78 |
| Gasto en Seguridad social en Salud (2) | 4,08 | 38,21 |
| Obras Sociales Nacionales | 2,10 | 19,67 |
| INSSJyP | 1,05 | 9,83 |
| Obras Sociales Provinciales | 0,93 | 8,71 |
| Subtotal Público y Seguridad social ((1) + (2)) | 7,10 | 66,50 |
| Gasto en Salud Privado (3) | 3,58 | 33,50 |
| Total Gasto en Salud ((1) + (2) + (3)) | 10,68 | 100,00 |

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Hacienda y OMS.

de los recursos. Igual pasa en el sector de la Medicina Prepaga, donde las empresas cubren a 6,3 millones de afiliados, el 14% de la población. Las primeras dos (1,0%) concentran el 50% de la cobertura”.

En el Informe sectorial #15 Servicios de Salud, Agosto 2020, de la Cámara Argentina de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) (Tabla 1)¹¹, nos dice que el 100% de la población tiene derecho a la cobertura del sector público, y que para un 36% de la población total es la única. Hoy este porcentaje aumentó. Un 64% de la población está cubierto, además, por la Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales, PAMI y Obras Sociales con legislación propia) y un 14% de la población total posee seguros privados (empresas de Medicina Prepaga, Mutuales, etc.). La gran mayoría de los beneficiarios de OS que derivan sus aportes a empresas de medicina prepaga, los afiliados directos de estas últimas son el 35% del total aproximadamente. Se estima que aproximadamente un 5% de la población posee doble y en algún casos hasta triple cobertura formal.

Como se observa, la delegación del Estado de su obligación en intermediarios de salud, se produce porque la estructura sanitaria oficial no puede cubrir el requerimiento de la totalidad de la población. Los pacientes que concurren a su OS o EMP descomprimen el servicio público para poder cumplir con el 36%, según bibliografía, pero que en la actualidad debe llegar al 50% de la población que lo tiene como única cobertura.

Las empresas cobran, voluntariamente (prepagas) o por descuento obligatorio del sueldo (obras sociales), una suma de dinero con el fin de cumplir la cobertura de salud y contratan centros médicos o profesionales por un valor por práctica, módulo o cápita. Cabe aclarar que las prácticas como la nuestra se realizan con aparatología y con la intervención de un ser pensante e instruido para poder evaluar y colocar en

contexto los resultados de la máquina, manipulando el instrumental para el éxito de la prestación: el Médico.

Es por eso que el costo de la práctica, se diferencian, honorarios médicos y gastos de la misma, la formas de pago menos habitual, desde la desaparición del Nomenclador Nacional. El módulo que, es un valor global de la práctica donde se dividirán honorarios y costos con criterios distintos según sea efector o prestador y cápita, valor global de una cantidad mensual de atenciones médicas, según estadísticas anuales, donde a menor atención mayor ganancia. Estas son las tres formas de retribución del trabajo.

¿CUÁL ES EL DERECHO DEL AFILIADO?

Es el acceso y la accesibilidad del sistema.

Acceso son las condiciones y medios a través de los cuales se organiza la distribución de servicios. Y la accesibilidad es la oportunidad del ciudadano de recibir sin trabas u obstáculos los servicios requeridos.

Para esto debemos analizar las leyes enumeradas anteriormente, que tienen mucha similitud en su redacción y que dedican un 11% (5/45) de sus artículos a los derechos del afiliado, por ejemplo: que la Obra Social es del afiliado o que deben dedicar en forma prioritaria a prestaciones de salud el 80% de sus recursos brutos, en contrapartida con solo el 8% de sus recursos brutos para gastos administrativos. Refiriéndonos al decreto 492/1995¹² de creación del Programa Médico Obligatorio (PMO), solo basta ver el año para confirmar su obsolescencia en el enunciado de los derechos de los afiliados, y en cuanto a una modificación del mismo, decreto, 486/2002, que crea el PMO de emergencia, no es para mejorarlo sino para reducir la cantidad de prácticas con las que se protege a los pacientes¹³: “que son de público y notorio conocimiento la gravísima coyuntura, los intolerables niveles actuales de pobreza, la crisis que afecta al mercado de la salud, la profunda parálisis productiva con su consecuente desorden fiscal y su correlato de crisis política, que alcanza a los estados provinciales, se considerarán prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades. Mientras subsista la situación de emergencia”. Situación que se mantiene hasta la actualidad, ya que la emergencia enunciada se ha agravado.

¿QUÉ PASA CON EL AFILIADO?

La protección del más débil, *favor debilis*, según Finnis, John (1980) en “Ley Natural y Derechos Naturales”¹⁴, “es un

principio general del derecho el que los sujetos débiles han de ser protegidos de su debilidad”. Y como todo principio, es una fuente del derecho presente en el nuevo Código Civil y Comercial de la República Argentina¹⁵. Promulgado en octubre del 2014 y en vigencia desde el 1 de agosto del 2015. Como mencionan **Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit** en su artículo *“Obras Sociales en Argentina - Origen y Situación Actual de un Sistema Altamente Desigual”* *“El caso argentino, la seguridad social se organizó tempranamente en torno a distintas instituciones que mantuvieron desde su origen ciertos rasgos de desigualdad e inequidad. El sector público brinda servicios de atención médica a todos los habitantes del suelo argentino, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado y con independencia de su nacionalidad o lugar de residencia”*.

En el artículo *“Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina”*, la autora **Susana Belmartino**¹⁶, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario, miembro del Consejo de Investigaciones, Universidad Nacional de Rosario, refiere: *“las prestaciones bajo cobertura en el PMO para el conjunto de todas las obras sociales nacionales se formula como un paquete de servicios asegurados, pero sin condiciones y garantías de acceso a los servicios, lo que en los hechos termina configurando un listado de intenciones o cobertura formal y no de cobertura explícita o efectiva para toda la población”*. En Francia se invierte el 9,3%, en Estados Unidos de Norteamérica el 13,9% y en Argentina el 10% del PBI en la provisión de salud, para lograr lo enunciado, obteniéndose en nuestro país un mal resultado.

A modo de ejemplo, una OS de 1.600.000 afiliados, calculando un sueldo de los afiliados en \$ 80.000.

Aporte empleador 4,5%, \$ 3.600.

Aporte del empleado 3%, \$ 2.400.

Aporte por dos familiares a cargo 1% x 2 = \$1.600.

Familia tipo 3 integrantes aporta: \$ 7.600, por 1.600.000 afiliados.

Total mensual \$12.160.000.000.

Total anual: \$ 145.920.000.000

Debemos también tomar en cuenta que la Ley 23.661⁵ en su artículo 24 crea un Fondo Solidario el Sistema Único de Redistribución (S.U.R.), para apoyo financiero a las prestadoras de salud en las prácticas de baja incidencia y alto impacto económico así como las de tratamiento prolongado, todo controlado por la Superintendencia de Salud, órgano de regulación y control del Sistema Nacional de Seguro de Salud, que transfirió en 2019 más de 5 mil millones de pesos a las OS. El 45% de ese monto a las primeras 10 OS.

Avalando el ejemplo, el periodista Hernán Cappiello publicó en el *Diario La Nación*, el 28 de octubre del 2021, refiriéndose a una instancia judicial: *“La Corte había decidido auditar la prestadora tras detectar irregularidades. Los fondos que maneja la obra social son multimillonarios ‘tiene plazos fijos por más de 34.000 millones de pesos y otros por 4 millones de dólares, y recibió ingresos solo en este año por más de 13.000 millones de pesos’*, según documentos oficiales de la Corte publicados en el Centro de Información Judicial (C.I.J.)”, que coincide plenamente con el ejemplo.

Lo que la ley dice es lo que se hace en Argentina ¿Debemos seguir siendo testigos de este deterioro? ¿Debemos tomar cartas en el asunto a través de organizaciones científicas y gremiales?

Propongo difundir en distintos foros esta problemática instando a los asociados/pacientes a conocer sus derechos y exigirlos. Además, proponer a las autoridades, un organismo multisectorial para establecer los derechos del asociado/paciente, basado en conocimientos científicos evaluando el éxito de los tratamientos y el costo efectividad de su utilización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Nacional de la República Argentina.
2. La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
3. Superintendencia de Servicios de Salud. Digesto Normativo 2019. Sistema Nacional del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga. Secretaría de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.
4. Ley 23.660. Ministerio de Justicia de la Nación. Obras Sociales, Nuevo Régimen. 29 de diciembre de 1988.
5. Ley 23.661. Ministerio de Justicia de la Nación. Obras Sociales. Sistema Nacional de Seguro de Salud ANSSAL. 5 enero 1989.
6. Reforma Sanitaria y Seguros de Salud: Apuntes desde una perspectiva de derechos. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Página Web Universidad de Psicología. Martín de Lellis
7. Decreto-Ley 18.610/70. Poder Ejecutivo Nacional. Obras Sociales Norma de Funcionamiento y Creación del Instituto Nacional de Obras Sociales. Creación del registro Nacional de Obras Sociales.
8. Ley 22.269/80. Congreso de la Nación Obras Sociales Nuevo Régimen. Sustituye el Régimen de la ley 18.610, que regula la estructura y funcionamiento.
9. Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit. Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. Fundación Centro de Estudios para el Cambio Estructural. 19 de julio 2018.
10. Ley 26.682 Ministerio de Justicia de la Nación. Medicina Prepaga, Marco regulatorio. 04 mayo de 2011.
11. Reforma Sanitaria y Seguros de Salud: apuntes desde una perspectiva de derechos, Informe Sectorial #15 Servicios de Salud agosto 2020, de la Cámara Argentina de Instituciones de Diagnóstico Médico, CADIME. Elaborado por: Área Técnica de CA.DI.M.E. y el Centro de Investigación de la Fundación Desarrollo Productivo Tecnológico (DPT).
12. Decreto 492/1995 de la creación del Programa Médico Obligatorio (PMO). 24 setiembre de 1995.
13. Decreto 486/2002. Ministerio de Salud Pública, Resolución 201/2002, Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia PMOE integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo N° 1 de la Ley N° 23.660 Bs. As. 9/4/2002.
14. Finnis John, Ley natural y Derechos Naturales, traducción castellana de Cristóbal Orrego Sánchez de *Natural Law and Natural Rights* 1980; Abelardo Perrot: Buenos Aires 2000.
15. Ministerio de Justicia de la Nación. Código Civil y Comercial de la Nación. 08 octubre 2014.
16. Susana Belmartino. Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. Revista Salud Colectiva. Vol 1; N° 2; 2005.