

Reproducido en [www,relats.org](http://www.relats.org)

**OBRA SOCIALES SINDICALES:
AL BORDE DE LA EXTINCIÓN**

A **dolfo Matarrese**

Publicado en La Causa Laboral, noviembre 2019

El Sistema de Seguro de Salud, establecido por la ley 23.661, brinda cobertura a 21,3 millones de habitantes¹, y las Obras Sociales son los agentes naturales y principales actores del sistema. Sin embargo, dichas entidades se encuentran en un estado económico sumamente crítico que compromete su existencia y amenaza con un cambio radical en la cobertura de salud para más de la mitad de la población de nuestro país.

Las dificultades por las que atraviesa se pueden enfocar por el lado de ingreso, el costo de las prestaciones y el rol del Estado como garante del servicio de salud.

A) Los ingresos

Por el lado de ingresos podemos destacar 3 fuentes principales, a saber: 1) Aportes y Contribuciones de empleadores y trabajadores en relación de dependencia; 2) Monotributistas y otros; 3) Subsidios que otorga el Estado

Nacional (Superintendencia de Servicios de Salud) con los recursos del sistema.

Los aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia han disminuido, en términos reales, un 23,8% anual, lo que surge de comparar el incremento de la recaudación del mes de Junio de 2019 (un 32%)² con la inflación del período, del 55,8%.

Esta situación económica se agrava por la obligatoriedad de seguir dando prestaciones a pesar de la falta de pago por parte de los empleadores, quienes solo deben presentar la declaración jurada (formulario 931) para que el sistema se encuentre obligado a prestar el servicio de salud (art. 10, primer párrafo, ley 23.660).

En el caso de los monotributistas, el aporte es muy bajo si se lo compara con el de un trabajador en relación de dependencia.

Quienes están en esta categoría efectúan un aporte de \$ 689 mensuales, independientemente de su ingreso o facturación. Dicha suma la paga tanto quién factura el mínimo anual, que asciende a \$ 138.127,99, como el que lo hace por el máximo de \$1.726.599,98, es decir 12,5 veces más. También una persona que ostenta la calidad de responsable inscripto ante la AFIP, puede estar a cargo de un monotributista y tener servicios de salud por \$ 689.

Por lo que vemos no hay relación entre el ingreso y lo que se aporta para la Obra Social, todo lo contrario de lo que ocurre con los trabajadores en relación de dependencia, donde se aporta un porcentaje del sueldo (9% entre empleador y trabajador). Es decir, a mayor remuneración mayor aporte. Si un monotributista aportara de acuerdo a su ingreso, quién

factura el máximo abonaría \$ 8.612,25, bastante más de los \$ 689 que es el monto fijo para todas las categorías.

Si bien dicho aporte es individual, ya se que se debe abonar una suma igual por cada integrante del grupo familiar, un matrimonio con 2 hijos aporta \$ 2.756³. Si comparamos estos valores con los \$ 6.000 a \$ 7.500 que se abona en las prepagas, superando estas cifras cuando se trata de un matrimonio con 2 hijos, nos da una idea de lo insuficiente de estos ingresos.⁴

Debemos considerar también que los trabajadores con sueldos superiores al promedio pueden optar por una prepaga, dejando sin ese valioso ingreso a la Obra Social, que deja de contar un nivel remuneratorio que antes le servía para compensar a la cotización de los de salarios más bajos, generando otro desbalance de ingresos en favor de empresas con fines de lucro que, por la lógica del mercado, solo aceptan personas con altos niveles salariales.

Hay otros grupos, como los Jubilados, que optan por una Obra Social, a la que el PAMI le transfiere la suma de \$ 192, congelada desde el año 2013, por cada beneficiario en esa condición, cuando dicho ente de salud recibe, en promedio, \$ 3.000 por jubilado. Si trazamos un paralelo con las prepagas, nos encontramos con una realidad diametralmente opuesta. El decreto 66/19, en el último párrafo del art. 17, autoriza a estas entidades a cobrarle hasta tres veces más a personas que pertenezcan a la franja etaria de mayor edad, que a los más jóvenes, en términos que vale la pena transcribir: "Cuando se trata de planes con diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo se admitirá el cambio de categoría de cuota cuando el mismo haya sido expresamente previsto en el contrato de afiliación. La relación

de precio entre la primer franja etaria y la última no puede presentar una variación de mas de TRES (3) veces, siendo que la primer franja será la menos onerosa y la última la más onerosa”, lo último es para que no queden dudas. El art 12 de la ley 26.682 (de prepagas) establece que a los mayores de 65 años que tengan más de 10 años de antigüedad en la prepaga no se le pueden aplicar aumentos por edad. Esperemos que los jueces sepan armonizar lo dispuesto en ambas normas y que prevalezca lo que dice la ley.

Si a todo esto le sumamos el bajo aporte que realizan los trabajadores de casas particulares y los monotributistas sociales, nos encontramos que estos agentes cuentan con un ingreso muy por debajo del costo real de las prestaciones.

Existe una gama de subsidios que abona la SSSalud, que se detallan a continuación: El SUMARTE, que se da de acuerdo a la cantidad de monotributistas y trabajadores de casas particulares; El SUMA 70, para los jubilados que se quedan en su obra social, y SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales, decreto N° 1901/2006), que se otorga a una Obra Social cuando su ingreso por beneficiario es inferior al promedio del sistema.

Estos subsidios son insuficientes, y la principal razón es que los mismos se sacan del fondo de redistribución y sus montos no alcanzan a cubrir los aportes tan bajos que se reciben la Obras Sociales de los mencionados grupos de beneficiarios.

B) El gasto prestacional

En este aspecto el panorama es bastante desolador.

Los aumentos en los gastos prestacionales han superado la inflación del último año. Un claro ejemplo de ello es el

incremento en los medicamentos del orden del 67% en el último año, al mes de abril de 2019. Si tomamos un período más largo, la inflación de medicamentos entre mayo de 2015 y abril de 2019 alcanzó al 297,7%, con los denominados “esenciales” que se dispararon hasta 710%”⁵

También hay medicamentos del altísimo costo que no se encuentran dentro del Programa Médico Obligatoria. Sin embargo, su suministro ha sido reconocido por la jurisprudencia a los beneficiarios en forma unánime. En dichos fallos existen diferencias en cuanto al aporte que debe hacer el Estado y la Obra Social, que va del 70% al 90% en el caso del primero. Estamos hablando de tratamientos cuyo costo que va de 1 a 2 millones de dólares. No estamos cuestionando dichos fallos, aunque en algunos casos convierten la prestación en una obligación de cumplimiento imposible, máxime en el caso de un ente de pequeñas o medianas dimensiones, sino la falta de previsión del sistema y la inacción del Estado Nacional. Sobre este tema volveremos más adelante.

Por otra parte, en los últimos años se han agregado coberturas en casos especiales como obesidad, fertilización asistida o los tratamientos establecidos en la ley 26743 de identidad de género, como también la ampliación de la cobertura en caso de discapacidad. Todas estas prácticas se han incorporado por medio de leyes especiales, producto de la presión que han ejercido sobre los legisladores grupos que representan a los propios interesados. No sucede lo mismo en los casos donde el problema no tiene mucha visibilidad, como los casos de desnutrición infantil o mal de chagas.

Estas prestaciones forman parte del Programa Médico Obligatorio y no se han previsto fondos especiales para

cubrirlos, por lo que se deben atender con los recursos del sistema.⁶

C) La intervención Estatal:

En cuanto a la ayuda estatal, ésta se canaliza por medio de la Superintendencia de Servicios de Salud, que trabaja con un presupuesto limitado por lo que recauda el sistema. En efecto, tal como lo preceptúa el art.19 de la ley 23.660, de los aportes y contribuciones que se pagan se destina el 15% (o el 20% si la Obra Social es de Dirección) al Fondo Solidario de Redistribución (F.S.R.). Los únicos fondos por fuera del sistema que se aportaron, en los últimos 3 años y medio, son los famosos 29 mil millones de pesos que dejó la administración anterior sin distribuir y que permanecieron por años en una cuenta común sin generar interés alguno. De dicha suma, la mitad se invirtió en bonos, que maneja el Estado, y la otra mitad se repartió en una supuesta ayuda a la salud pública, que nunca se concretó, y en subsidios para el Sistema Único de Reintegros, agregando algunas sumas al mencionado fondo que no logran mejorar la salud económica del sistema.

Por cierto, la misión del F.S.R es, por un lado, el pago de las prestaciones de alta complejidad o alto costo, por medio del S.U.R (Sistema Único de Reintegros) y las prestaciones para los beneficiarios con discapacidad, que ahora se abona en forma directa al prestador. La que se abona de reintegro no se encuentra establecido en ninguna norma y se paga sin interés. Es decir que un gasto en prestaciones de alta complejidad se abona pasados varios meses de que el mismo es realizado y pagado, con una quita que, en promedio, se puede establecer en el 50% del gasto y sin actualización.

En el caso de las prestaciones por discapacidad, las mismas las abona la SSSalud contra la presentación de la factura, en un nuevo sistema, denominado “mecanismos de integración” que ha establecido la presente administración y que supera las demoras e inconvenientes de la etapa anterior. Hay que destacar que la referida entidad viene ensayando un sistema de compras de medicamentos masivas, como en el caso de los hemofílicos, donde se consiguen precios más económicos. La medicación la brinda el propio ente ante el pedido del agente. Si este sistema se generaliza se traducirá en un importante ahorro para el Seguro de Salud, dado los altos costos de los medicamentos, señalado precedentemente.

A pesar de las compras masivas, entendemos que el Estado debe poner límites al precio de los medicamentos, como lo hacen países desarrollados como Canadá, donde muchos medicamentos cuestan el 10% del valor en su vecino país (EEUU), y no permitir que el mercado los fije de acuerdo a la avidez de ganancia de las empresas, en muchos casos, multinacionales.

Otro problema en la autoridad de contralor es la falta de control a los prestadores de servicios de salud, que a pesar de los valores estipulados, en la práctica tienen plena libertad para incrementar sus tarifas en forma unilateral, dependiendo siempre del tamaño y el poder de negociación del agente. En muchos casos, las Obras Sociales se encuentran en situación de desventaja, por la falta de alternativas o competencia en zonas geográficas donde puede haber hasta un solo prestador. Esta situación coloca a ciertos prestadores en una posición dominante y se producen abusos que ya han sido objeto de denuncia ante la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia.

La SSSalud tiene facultades para regular todo lo relacionado con los prestadores (arts 29 al 37 de la ley 23.661), comenzando con la obligación de las Obras Sociales de remitir a dicha autoridad copia de todos los contratos prestacionales suscritos (inc. 2 del art 18 de la norma citada). En la mencionada ley se establecen obligaciones a dichos prestadores, los contenidos mínimos de los contratos, y la facultad de la autoridad de contralor de regular el precio de las prestaciones y sancionar su incumplimiento, cosa que no ha hecho en los últimos años. Tampoco ha respondido a las denuncias de abusos efectuadas por los referidos agentes.

D) La agencia de Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud.

El derecho a la salud es una obligación del Estado y debe fijar políticas, consensuadas con los actores sociales, a los efectos de cumplir con su cometido.

La Organización Mundial de la Salud tiene entendido que el objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber:

- Un sistema de salud sólido;
- Un sistema de financiación de los servicios de salud;
- Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales;
- Personal sanitario bien capacitado.

Es obvio que ningún país se encuentra en condiciones de brindar la mejor cobertura de salud para todos sus habitantes, pero se debe cumplir con los mencionados objetivos.

En nuestro país el gasto en salud representa el 10% del P.B.I., siendo una cifra comparable a los países desarrollados que cuentan con mejores sistemas.

El Sistema de Seguro de Salud establece una cobertura de se encuentra definida en el Programa Médico Obligatorio. Sin embargo, se vienen desarrollando técnicas, tratamientos, estudios y medicamentos que se encuentran fuera de los parámetros que se establecen en dicho programa. Debido a ello, los beneficiarios han recurrido a la vía judicial por medio de la acción de amparo y han obtenido pronunciamientos que reconocen la cobertura más allá de lo establecido por el referido programa, generando un jurisprudencia pacífica en la cuestión. Se debe reconocer que hay casos donde los jueces dictan medidas cautelares basándose sólo en la prescripción del médico tratante y muchas veces se puede realizar, por ejemplo, el tratamiento, con técnicas más adecuadas y de menor costo. El marco apretado de la acción y la premura que la realización del derecho requiere impiden un estudio más amplio de la cuestión.

Hay medicamentos que se encuentran en etapa de desarrollo o su comercialización no ha sido aprobada por la ANMAT, o la autorización se ha efectuado para un tipo de tratamiento y se lo utiliza para otro. Existe un protocolo para aprobar la comercialización de medicamentos, pero como ello lleva un tiempo, que algunos laboratorios no están dispuestos a esperar, la medicación se prescribe igual y el paciente lucha para que la Obra Social se lo cubra. De esta forma, el sistema de salud pasa a financiar investigaciones que deberían estar

a cargo de los laboratorios. La Justicia ha hecho lugar a amparos por estas causa a favor de los beneficiarios, cuando el marco apretado del un amparo no es el proceso idóneo para saber si estos medicamentos son adecuados para el tratamiento que se pretende, más allá de las aristas del caso concreto. En el caso de OSDE, que constituye una excepción, se rechazó el pago de un medicamento la realización de un tratamiento en forma experimental y se impuso su costo a cargo del laboratorio .⁷

Actualmente se encuentra en el Senado un proyecto de ley que establece la creación de una Agencia Nacional de Tecnologías de Salud (AGNET), y dentro de sus objetivos se encuentra: a) Analizar y revisar la información científica relacionada con la evaluación de las tecnologías sanitarias y su difusión entre los profesionales y los servicios sanitarios públicos, privados y de la seguridad social; b) Evaluar y difundir las recomendaciones y protocolos de uso de las tecnologías sanitarias; c) Promover la investigación científica con la finalidad de optimizar la metodología necesaria para la evaluación de las tecnologías sanitarias; d) Analizar y evaluar el impacto económico y social de la incorporación de las tecnologías sanitarias a la cobertura obligatoria. e) Producir informes técnicos sobre la oportunidad, forma y modo de la incorporación, utilización de cada una de las tecnologías sanitarias; f) Tomar intervención, con carácter previo a la inclusión de cualquier práctica, procedimiento o cobertura en general dentro del conjunto de prestaciones cubiertas por el sector público, y por el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO), o los que en el futuro los reemplacen; g) Proceder al seguimiento y monitoreo de los resultados de las tecnologías incluidas dentro del conjunto de prestaciones cubiertas por el sector público y el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

(PMO), o los que en el futuro los reemplacen, de acuerdo a lo que se establezca en la reglamentación pertinente.

En el art. 7° establece la intervención en procesos judiciales. “La AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE SALUD – AGNET- será el órgano de consulta en los procesos judiciales de toda clase en los que se discutan cuestiones de índole sanitaria relativas a las temáticas previstas en el artículo 2°”. La consulta a un organismo especializado puede enriquecer el debate en el plano judicial y aportar una herramienta válida al juez para tomar su decisión.

Existen agencias de este tipo en muchos países de la región como Brasil, México y Colombia. Funcionan también en Inglaterra, Australia y Canadá; este país se toma como ejemplo en materia de salud.⁸

Como podrá observarse en el referido proyecto, dicha agencia no tiene la finalidad de intervenir como instancia previa a la judicial en cuestiones relacionadas con el ejercicio del derecho a la salud, ni cuenta con capacidad para emitir dictámenes en casos particulares. Si desarrolla la actividad prevista en el proyecto, puede constituir una herramienta útil para fijar políticas de salud.

e) Conclusión:

El panorama que se describe trata de reflejar la situación de las Obras Sociales Sindicales, aunque existen diferencias entre estas instituciones, como las que están vinculadas a actividades que se ubican en el extremo más afectado por la crisis. Por ejemplo, están en mejores condiciones aquellas que no tienen problemas en la percepción de su ingreso o

dependen de un solo empleador estatal. Sin embargo, la crisis de estos Agentes del Seguro Social afecta directamente a los beneficiarios, ya se trate de trabajadores en relación de dependencia, monotributistas o personas con bajos ingresos, que al no poder acceder a los servicios de una prepaga van a terminar, indefectiblemente en la salud pública, con la grave situación que padece ese sector.

La crisis del sistema repercute en el otorgamiento oportuno y la calidad de las prestaciones, generando en la opinión pública una visión negativa, cargada de sospechas, sobre los dirigentes sindicales que las manejan, contando con algunos medios de información que se encuentran en lo que podríamos denominar una verdadera “cruzada” contra los sindicatos. Seguramente dichos medios no registran los fondos que aportan los propios sindicatos para paliar, de alguna forma, el abultado déficit de estas instituciones, lo que representa un gran esfuerzo para las Asociaciones Sindicales, que sufren también una merma en sus ingresos, producto de la actual crisis económica.

Estos agentes del sistema representan una singularidad en el derecho comparado, donde la salud tiene gestión pública o privada, sin detectarse la existencia de este tipo de entes de gestión sindical. En materia de seguro de desempleo, la administración de las denominadas “cajas voluntarias” se encuentra a cargo de los sindicatos en países como Suecia.⁹

Por ello, y a pesar de las mentadas dificultades, el sistema de Obras Sociales Sindicales es elegido por la población por encima del Sistema de Salud Pública, muestra de ello es la gran cantidad de personas que tratan de ingresar al mismo y los que se resisten a salir para no ser beneficiarios del PAMI. Muchos salen de esta institución y optan por una obra social.

Como ha sucedido con la privatización de las empresas públicas en la década de los 90, a las que se las endeudó, desprestigió ante la opinión pública y luego se las privatizó, puede suceder lo mismo con las Obras Sociales. La privatización de la salud es un objetivo claro de la economía de mercado que considera a la misma como un servicio que debe ser rentable. El derecho a la salud se encuentra emparentado con el derecho a la vida y forma parte del Sistema Internacional de Derechos Humanos. Es un derecho básico y el Estado debe buscar mecanismos de control para mejorar la gestión de algunas entidades y hacerse cargo de los medicamentos y prácticas de alto costo, con recursos del tesoro, caso contrario las Obras Sociales dejarán de existir y los beneficiarios de bajos ingresos terminarán en una Salud Pública que dista mucho de la calidad prestacional que debe tener, a pesar del alto nivel profesional de los médicos que allí se desempeñan.

1 <https://www.sssalud.gob.ar/index.php?page=poblacion>

2 <https://www.infobae.com/economia/2019/07/01/la-recaudacion-tributaria-subio-521-en-junio-y-volvio-a-quedar-detras-de-la-inflacion/>

3 <https://www.afip.gob.ar/monotributo/documentos/categorias20182112.pdf>

4 https://www.clarin.com/economia/economia/prepagas-aumentos-edad-planes-parciales_0_B5Sxdr9VV.html

5 <https://lmdiarario.com.ar/noticia/146136/la-suba-de-los-medicamentos-alcanzo-el-671-en-los-ultimos-12-meses>

6 https://www.clarin.com/opinion/tratamientos-alto-costo-deberia-financiarlos_0_j84_qXJBX.html

7 Monasterio Mauro Brian c/OSDE s/ sumarísimo. 29-5-2012, CNACyCF de CABA.

8 <https://www.argentina.gob.ar/noticias/rubinstein-expuso-en-el-senado-sobre-la-agencia-nacional-de-evaluacion-de-tecnologias-de>

9 <http://www.mitramiss.gob.es/es/mundo/consejerias/dinamarca/preguntas/Ficheros/Suecia.htm>