Universidad de San Andrés

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Administración y Políticas Públicas

El Estado frente a los incumplimientos médicos de las obras sociales y su judicialización : Argentina 2016

Autor: Burgos, Mirta Sigrid

DNI/Pas: 11.987.276

Director de Tesis: Martínez Nogueira, Roberto

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

2017

Maestría en Administración y Políticas Públicas

Promoción XVII

EL ESTADO FRENTE A LOS INCUMPLIMIENTOS MÉDICOS DE LAS OBRAS SOCIALES Y SU JUDICIALIZACIÓN

ARGENTINA 2016

Mirta Sigrid Burgos – N° de Legajo: 11.987.276

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de 2017

Director: Ph. D. Roberto Martínez Nogueira

"Ha de considerarse que no hay cosa más difícil de emprender, ni de resultado más dudoso, ni de más arriesgado manejo, que ser el primero en introducir nuevas disposiciones, porque el introductor tiene por enemigos a todos los que se benefician de las instituciones viejas, y por tibios defensores, a todos aquellos que se beneficiarán de las nuevas; tibieza que procede en parte de la incredulidad de los hombres, quienes no creen en ninguna cosa nueva hasta que la ratifica una experiencia firme"
Nicolás Maquiavelo (1513) "El Príncipe"

Agradecimientos

A mis padres que, de una forma mágica, me transmitieron la alegría y la diversión en la búsqueda del conocimiento. A ellos que en cuotas pagaban aquellos libros maravillosos de papel lustroso y olores dulces, de enciclopedias, diccionarios, historia y clásicos. Gracias a mi hermana que me leía los cuentos de "Las mil y una noches" cuando las letras no eran para mí más que hormigas desorganizadas. Gracias a mis maestros, profesores, compañeros, amigos, jefes y conocidos que de alguna forma me regalaron lo que no se puede devolver, lo que no se gasta y lo que nadie nunca te puede robar, gracias por darme alguna cuota del saber.

Universidad de San Andrés

ÍNDICE GENERAL

Resumen Ejecutivo 1

Abstract 2

LISTADO DE SIGLAS 4

INTRODUCCIÓN 5

CAPÍTULO I: Marco teórico 8

CAPÍTULO II: El estado de la cuestión 9

CAPÍTULO III: El derecho a la salud en la Argentina – Sistema de salud 17

3.1. El derecho a la salud como valor público amparado por la Ley Suprema de La Nación 17

3.2. El sistema de salud en la Argentina 20

3.2.1. El subsistema público 21

3.2.2. El subsistema del Seguro de Salud 24

3.2.3. El subsistema privado 25

3.3. Población cubierta por los distintos subsistemas de salud 26

CAPÍTULO IV: Sistema Nacional de Seguro de Salud - Evolución normativa - Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) 31

CAPÍTULO V: Ministerio de Salud de la Nación- Superintendencia de Servicios de Salud. Visión, misiones y objetivos – Análisis estructural 36

5.1. Ministerio de Salud de la Nación y Superintendencia de Servicios de Salud - Misiones y objetivos 36

5.2. Carta Compromiso con el Ciudadano - Defensoría del Usuario del Servicio de Salud – Modificaciones estructurales de la Superintendencia de Servicios de Salud 39

CAPÍTULO VI: Financiamiento del Sistema Nacional de Seguro de Salud 43

6.1. Recursos de las Obras Sociales 43

6.2. Fondo Solidario de Redistribución 46

6.3. Recaudación, distribución y administración del Sistema Nacional de Salud. 49

6.4. Presupuesto Superintendencia de Servicios de Salud 51

6.4.1. Análisis de recursos 51

6.4.2. Análisis de gastos 53

6.4.3. Análisis de las diferencias entre recursos y gastos 56

CAPÍTULO VII: Reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales – Instancia administrativa 60

7.1. Procedimientos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales – Penalidades .. 60

Universidad de San Andrés

7.2. Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016 63

7.2.1. Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016 - Análisis de motivos 64

7.2.2. Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016 - Análisis por Obras Sociales 72

7.2.3. Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016 – Evolución de expedientes 74

CAPÍTULO VIII: Reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales ante la Justicia 79

8.1. La acción de amparo como procedimiento por reclamos ante la Justicia por incumplimientos de las Obras Sociales 79

8.2. Acciones de amparo contra las Obras Sociales sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud 81

8.3. Apelaciones de acciones de amparo contra las Obras Sociales en la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal. 87

CAPÍTULO IX: Una visión desde las Ciencias Sociales 100

CAPÍTULO X: Herramientas para la solución del problema de la judicialización en el tema de salud 109

10.1. La Mediación como proceso alternativo a la acción judicial 110

10.2. Compromisos de Resultados de Gestión de la Superintendencia de Servicios de Salud 112

CAPÍTULO XI: Conclusiones y palabras finales 117

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN 128

ANEXOS 137

ANEXO I: Listado de Obras Sociales y sus poblaciones por tipo de Obra Social a diciembre de 2016 137

ANEXO II: Discriminación de los beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales a diciembre de 2016 142

ANEXO III: Decreto N° 2710/2012 Anexos I y II Estructura Organizativa de Primer Nivel Operativo de la Superintendencia de Servicios de Salud (partes pertinentes) 144

ANEXO IV: Cálculo del coeficiente del índice de precios internos al por mayor al 31/12/2016 .. 148

ANEXO V: Cantidad de Resoluciones emitidas por la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, durante 2016, por empresa de medicina privada 150

Resumen Ejecutivo

La repetición en la cantidad de reclamos que realizan los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales ante la Superintendencia de Servicios de Salud, ente de regulación y de control del Sistema Nacional del Seguro de Salud, pero más aún, la persistencia de las presentaciones judiciales en tal sentido mostrarían una falla del sistema de control y resolución de conflictos, que como función mínima e irrenunciable le pertenece al Estado, situación que amerita ser analizada.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2017) el término "judicialización" se define como la "acción y efecto de judicializar" y, en la definición del vocablo judicializar señala: "Llevar por vía judicial un asunto que podría conducirse por otra vía, generalmente política".

El presente trabajo se propone establecer la existencia de una judicialización de los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios, en los términos planteados precedentemente. Por otra parte, se intentan analizar la faceta financiera, estructural y de ejecución que afectan al Sistema Nacional de Seguro de Salud, determinando la existencia de falencias y alguna de sus causas y consecuencias. En este marco, se pretende analizar si el proceder, tanto del órgano rector como del sistema judicial, se encuentra dentro de los principios de eficiencia y equidad, favoreciendo el mejoramiento del sistema de salud o por el contrario propendiendo a su desequilibrio.

A tal fin, se ha llevado a cabo un estudio exploratorio analítico descriptivo de la normativa que rige la temática en estudio, la estructura del órgano rector, como así también los recursos financieros con que cuenta el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Asimismo, se han analizado datos cuantitativos que surgen tras un trabajo de relevamiento y análisis de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud, en relación con los reclamos administrativos formalizados por parte de los beneficiarios de las Obras Sociales, durante el período 2010-2016 y de los amparos judiciales realizados contra las Obras Sociales sindicadas por la entidad durante los años 2014-2016. Finalmente, y con el objeto de dar cuenta de las distintas instancias de reclamos, se han analizado la totalidad de los extractos de las Resoluciones correspondientes a las emitidas durante el año 2016 por la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, por sus tres salas, en relación con apelaciones en el marco de acciones de amparos de salud.

Como resultado del trabajo realizado, se llegó a la conclusión que, si bien el organismo rector cuenta con herramientas normativas suficientes para velar porque las

Obras Sociales cumplan en tiempo y forma con las prestaciones a sus beneficiarios, se produce ineficiencia en su aplicación y ejecución, existiendo además problemas estructurales y financieros que perjudican al Sistema Nacional del Seguro de Salud. Asimismo, se han encontrado claros indicios en cuanto a que el sistema judicial de primera instancia, en relación a acciones de amparo en la materia, falla en su gran mayoría a favor de los beneficiarios y que por las apelaciones que realizan las Obras Sociales ante la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, en general, los jueces se mantienen los decisorios de primera instancia.

El Sistema de Salud tiene un límite en el alcance de las prestaciones dado por el equilibrio económico. Si bien la judicialización no ha quebrado el sistema, con el accionar descripto posiblemente ha significado un proceso de reasignación de los recursos de los aseguradores.

Podrían considerarse el desarrollo de soluciones alternativas como la implementación de Resultados de Gestión, donde se incorpore a las Obras Sociales en la cadena contractual. No obstante, la educación de los integrantes del sistema de salud y en especial de los beneficiarios es un paso fundamental para el eficiente accionar del sistema.

Claramente es el Estado, a través de sus diferentes agentes, el encargado de brindar las garantías necesarias para cerrar el círculo entre acceso, sustentabilidad y calidad. Es así que la creación del valor público estará articulada a través de la eficiencia de su gestión, planificación, ejecución, evaluación y reconducción.

Con un accionar eficiente del Estado, estarían dadas las condiciones para conseguir que los reclamos de los beneficiarios sean solucionados por las mismas Obras Sociales y por excepción por los organismos administrativos y judiciales, siendo necesario cambios culturales y de comportamiento, los que se realizan a través del tiempo y surgen como consecuencia de un obrar sistemático y continuo que tienda a consolidar las instituciones.

Abstract

The repetition in the number of claims made by beneficiaries for noncompliance with the Social Works to the Superintendence of Health Services, regulatory and control body of the National Health Insurance System, but even more, the persistence of judicial presentations in this would show a failure of the system of control and resolution of

conflicts, which as a minimum and irrevocable function belongs to the State, a situation that merits analysis.

According to the Dictionary of the Royal Spanish Academy (2017), the term "judicialización" is defined as the "action and effect of judicializar" and, in the definition of the word judicializar, it states: "To take by judicial route a matter that could be conducted by another route, usually politics".

The present work intends to establish the existence of a judicialization of the claims for noncompliance of the Social Works with its beneficiaries, in the terms set forth above. On the other hand, an attempt is made to analyze the financial, structural and enforcement aspects that affect the National Health Insurance System, determining the existence of bankruptcies and some of its causes and consequences. In this context, the aim is to analyze whether the procedures of both the governing body and the judicial system are within the principles of efficiency and equity, favoring the improvement of the health system or, on the contrary, tending to its imbalance.

To that end, an analytical exploratory study has been carried out describing the regulations governing the subject under study, the structure of the governing body, as well as the financial resources available to the National Health Insurance System. Likewise, it has been analyzed quantitative data that arise after a work of survey and analysis of the records of the Superintendence of Health Services, in relation to the administrative claims formalized by the beneficiaries of the Social Works, during the period 2010-2016 and of the judicial protection actions made against the Social Works syndicated by the entity during 2014-2016. Finally, and in order to account for the different instances of claims, all the extracts from the Resolutions corresponding to those issued during the year 2016 by the National Civil and Commercial Chamber for its three halls were analyzed, relation to appeals in the context of health protection actions.

As a result of the work carried out, it was concluded that, although the governing body has sufficient normative tools to ensure that the Social Works comply in a timely manner with the benefits to its beneficiaries, inefficiency occurs in its implementation and implementation, and there are also structural and financial problems that damage the National Health Insurance System. Likewise, clear indications have been found that the judicial system of first instance, in relation to health protection actions in the matter, mostly fails in favor of the beneficiaries and that by appeals made by the Social Works

to the National Civil and Commercial Federal Chamber, in general, the judges remain the first instance decision makers.

The Health System has a limit on the scope of benefits given by the economic balance. Although the "judicialización" has not broken the system, with the action described possibly has meant a process of reallocation of the resources of insurers.

Consideration could be given to the development of alternative solutions such as the implementation of Management Results, where it could be incorporated the Social Works in the contractual chain. However, the education of the members of the health system and especially of the beneficiaries is a fundamental step for the efficient operation of the system.

Clearly, the State, through its different agents, is responsible for providing the necessary guarantees to close the circle between access, sustainability and quality. It is thus that the creation of public value will be articulated through the efficiency of its management, planning, execution, evaluation and renewal.

With an efficient state action, the conditions would be given to ensure that the claims of the beneficiaries are solved by the Social Works themselves and by exception by the administrative and judicial bodies, being necessary cultural and behavioral changes, which must be made through of time and so it would arise as a result of a systematic and continuous work that tends to consolidate institutions.

Universidad de San Andrés

LISTADO DE SIGLAS

AGNET	Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud
ANMAT	Administración Nacional de Medicamento, Alimentos y Tecnología Médica
ANSSAL	Administradora Nacional de Servicios de Salud
ASS	Agentes del Seguro de Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe – Naciones Unidas
CUSS	Contribución Unificada de la Seguridad Social
EMA	Agencia Europea de Medicina
FDA	Agencia de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norte América
HIV	Virus de Inmunodeficiencia Humana
INSSJ y P	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMO	Programa Médico Obligatorio
PMOE	Programa Médico Obligatorio de Emergencia

PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SANO	Subsidio Automático Nominativo
SUMA	Subsidio de Mitigación de Asimetrías
SUMARE	Subsidio de Mitigación de Asimetrías del Régimen de Trabajo Especial
SUMARTE	Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial
SUMA 70	Subsidio para Mayores de Setenta Años
SUR	Sistema Único de Reintegros
SUSS	Sistema Único de Seguridad Social

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud de la República Argentina resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares el público, el Sistema Nacional del Seguro de Salud (llamado de Obras Sociales) y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar, puesto que implica la coexistencia de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

Dado que el Estado enfoca su accionar en el sistema público y en los sectores de mayor edad por ser los más vulnerables, y que el sistema de medicina privada se relaciona con los estratos medios y altos de la población con mayor capacidad adquisitiva, resulta de sumo interés analizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud ya que queda en una posición intermedia de focalización entre el sector público y el privado.

Asimismo, la cantidad de población amparada por el Sistema Nacional del Seguro de Salud es de tal magnitud que su importancia no puede soslayarse. En tal sentido, y según a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la población estimada para 2016 era de cuarenta y tres millones quinientos noventa mil tres ciento sesenta y ocho (43.590.368)[1], de la cual se encontraban cubiertos por el Sistema Nacional del Seguro de Salud, ya sea en forma obligatoria (trabajadores formales y familiares a cargo) o voluntaria (adherentes y jubilados), quince millones dos cientos un

[1] Recuperado el 21/05/2017 de http://www.indec.gov.ar/nivel2_default.asp?seccion=P&id_tema=2.

mil seis cientos cuatro (15.201.604)[2], es decir casi un treinta y cinco por ciento (35%) del total de la población.

Con este enfoque, es de considerar que si bien la Superintendencia de Servicios de Salud, ente de regulación y de control del Sistema Nacional del Seguro de Salud, resuelve cientos de reclamos diarios por incumplimiento de las Obras Sociales con los derechos de salud que por ley les corresponden a los beneficiarios, también es cierto que cada día se generan actuaciones judiciales por estos motivos. Paralelamente, existen reclamos judiciales por "prácticas y medicamentos que no respetan la evidencia científica, exigencias de coberturas fuera de normativas, solicitudes de medicamentos o prácticas en etapa experimental o pedidos de coberturas en el extranjero cuando pueden resolverse en el país" (La Scaleia, 2012, p.50).

A pesar de que la normativa vigente establece penalidades por incumplimiento de las Obras Sociales con los beneficiarios del Sistema Nacional de Seguro de Salud, que van desde la multa hasta la suspensión o cancelación de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, en muchos casos, las Obras Sociales no obedecen las resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud. Conforme con el seguimiento realizado por el Defensor del Beneficiario (Finvarb, 2011), durante los años 2.010 y 2.011, un 25% (veinticinco por ciento) de las resoluciones verificadas no fueron cumplidas por las Obras Sociales, dentro de las cuales un 1% (uno por ciento) pasó a instancia judicial.

En este marco, en cuanto a reclamos judiciales por prestaciones de salud, en 2014 la Justicia Federal dictaminó a favor de los beneficiarios en 313 (trecientos trece) acciones de amparos judiciales, durante 2015 en 294 (doscientos noventa y cuatro) mostrando una leve caída y hasta el mes de agosto de 2016 fueron 214 (doscientos catorce), es decir el 73% (setenta y tres por ciento) de todas las acciones de amparos con resolución favorable para los beneficiarios durante 2015. Estas cifras incluyen tanto los reclamos de beneficiarios de los programas nacionales que brinda y debe cubrir el Ministerio de Salud, como de usuarios de Prepagas y Obras Sociales. Asimismo, durante 2015 en ocasión de realizarse jornadas académicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a propósito de los problemas de acceso a los llamados medicamentos de alto costo, se concluyó que las acciones de amparos judiciales crecen un 10% (diez por ciento) anual desde hace dieciséis años (Czubaj, 2016).

[2] Según un relevamiento propio realizado en los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud.

La utilización de la vía judicial para lograr el cumplimiento de la normativa vigente o para obtener del Sistema Nacional del Seguro de Salud prestaciones que atentan contra el derecho colectivo, definen la judicialización y darían cuenta de alguna falencia del sistema que potencialmente puede afectar el acceso a sus derechos, como surge de lo indicado con anterioridad, a más de quince millones de ciudadanos.

Este trabajo tiene como propósito sumar conocimiento en las áreas de la salud y de la Justicia, ahondando en el accionar de la Superintendencia de Servicios de Salud y del Poder Judicial ante los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios.

El tema aquí planteado es de relevancia ya que la salud de la población define su desarrollo intelectual y su proyección evolutiva, influyendo decisivamente en su futuro económico. La salud es un derecho social (Marshall, 1997) que condiciona la calidad de vida de la sociedad e influye profundamente en sus valores. Consecuentemente, el problema abordado es de singular interés para el progreso del país con lo cual, se espera aportar información que sirva para la modificación de políticas públicas de los organismos de contralor del Sistema Nacional del Seguro de Salud a efectos de que, eventualmente, implementen mecanismos alternativos que logren impactar en el accionar de las Obras Sociales en cuanto al cumplimiento de las Prestaciones Médicas Obligatorias para con sus beneficiarios.

El objetivo general del presente trabajo es establecer si en la Argentina para el año 2016 existe judicialización de reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios que afecte al Sistema Nacional de Seguro de Salud, explorando alguna de sus causas y consecuencias.

Son objetivos específicos del tema en estudio, en la Argentina:

_ estudiar el marco normativo y el sustento financiero del Sistema Nacional de Seguro de Salud, como así también la organización estructural de la Superintendencia de Servicios de Salud, como órgano regulador del sistema, con implicancias para el año 2016.

_ describir y analizar el accionar de la Superintendencia de Servicios de Salud ante los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios, en particular en cuanto a tiempos de resolución, naturaleza de los reclamos y ante la repetición de incumplimientos por parte de las mismas Obras Sociales a través del tiempo. En este caso se estudian las correspondientes a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud por el período 2010/2016.

_ describir y analizar los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales ante la Justicia en cuanto a cantidad, repetición y motivos. En este caso se estudian las declaraciones efectuadas por la Obras Sociales sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud por el período 2014/2016.

_ describir y analizar el accionar de la Justicia ante las apelaciones de acciones de amparo contra las Obras Sociales. En este caso se consideran todas las Resoluciones emanadas de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal durante el año 2016.

En forma complementaria, se realiza un análisis descriptivo sobre datos cualitativos documentales relevantes (libros, artículos, folletos, investigaciones periodísticas, etc.) y entrevistas semiestructuradas con autoridades de la Superintendencia de Servicios de Salud y del Poder Judicial de la Nación, con el objeto de establecer relaciones, diferencias y posturas sobre el tema a efectos de ser contrastados con las descripciones sobre datos cuantitativos obtenidos para el período bajo análisis. Se accedió a los actores entrevistados con la técnica conocida como bola de nieve, es decir mediante la presentación de otros actores por contactos, amistades o familiares, organizaciones civiles, etc.

Se parte de una hipótesis de trabajo según la cual la intervención de la Superintendencia de Servicios de Salud ante los reclamos de los beneficiarios del sistema Nacional de Seguro de Salud es deficiente, en particular por no lograr soluciones en tiempo y forma. Como consecuencia, los beneficiarios acuden al Poder Judicial, ya sea luego del proceso administrativo o en forma directa por falta de confianza en el mismo. El sistema judicial falla a favor del reclamante, en la mayoría de los casos, se encuentre o no su reclamo avalado por la normativa vigente, siempre que el médico tratante lo aconseje. Esta lógica, perjudica el funcionamiento del Sistema Nacional de Seguro de Salud y el ejercicio del derecho colectivo a la salud.

CAPÍTULO I: Marco teórico

La problemática considerada en el presente trabajo se enmarca en la visión de Oscar Oszlak (1992), en cuanto a la existencia de las funciones irrenunciables del Estado para dinamizar la actividad económica y para sostener la propia legitimidad de los gobiernos, las que conforman el estado mínimo. Entre esas funciones se encuentra la salud, más allá del límite de hasta dónde es legítimo que el Estado sea el principal responsable de la prestación y cuál es la injerencia de la sociedad en la temática.

En igual sentido, el presente estudio toma como punto de partida lo establecido por Guillermo O'Donnell (1984), en particular en lo concerniente a los dos vectores fundamentales en los que se mueve el Estado para entender el mundo capitalista. Uno en su faz coercitiva y coactiva, cristalizado fundamentalmente en el derecho y las instituciones y otro como organizador del consenso, ya que representa solidaridades colectivas, situación que legitima las instituciones estatales. El Estado como mediador tiene que sustentarse en una ideología de igualdad, donde es árbitro imparcial. Aquí se plantea la constante tensión o contradicción del Estado como sesgo estructural y discurso de igualdad.

En el mismo sentido, cabe tomar en cuenta lo expresado por Carlos Acuña y Mariana Chudnovsky (2013), específicamente en relación con la importancia que tienen las instituciones por su potencial de modificar comportamientos, de distribuir poder y, a su vez, valorar la capacidad que tienen los actores para redefinir a las mismas instituciones. En tal sentido, el control que ejerce el Estado es fundamental para lograr un equilibrio en la coordinación, la eficiencia y la equidad, principios básicos para lograr la sustentabilidad del sistema de salud.

CAPÍTULO II: El estado de la cuestión

A efectos de determinar el estado de la cuestión relacionada con el accionar del Estado frente a los incumplimientos médicos de las Obras Sociales y su judicialización, en la Argentina 2016, se presenta previamente el significado de un marco normativo y el valor de la actuación excepcional del Poder Judicial en la resolución de conflictos cuando el Poder Ejecutivo cumple una función rectora.

En este contexto, se indaga en el origen de la actuación de la Justicia cuando los conflictos pudieron haber sido resueltos en un ámbito administrativo, su derivación en la esfera de los reclamos por incumplimientos médicos de las Obras Sociales y el reconocimiento de la problemática por parte del Poder Ejecutivo.

Seguidamente, se presentan distintas visiones de los motivos que originan esta clase de reclamos judiciales y de sus consecuencias, destacando el papel que cumple el avance de la ciencia y las tecnologías en la cuestión en estudio.

Adicionalmente, se indican algunas cifras que dan cuenta del aumento de las acciones a través de la vía judicial en este sentido, la tendencia de los jueces a fallar a

favor del reclamante y los indicios que señalan que la judicialización no promueve la equidad, el derecho colectivo a la salud ni el dialogo interinstitucional.

Se presenta también, la visión de la judicialización de los conflictos por incumplimiento de prestaciones médicas a nivel internacional con una implicancia estructural.

Finalmente, se destaca la propuesta de solución que el Poder Ejecutivo Nacional ha elaborado como proyecto de Ley, y el registro obligatorio de Juicios de Amparo, que lleva la Superintendencia de Servicios de Salud, donde las Obras Sociales son demandadas con motivo de las obligaciones prestacionales y de cobertura vinculadas a sus usuarios.

Ahora bien, dentro de este planteamiento, la actuación del Poder Judicial para dirimir reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios que pudieron ser resueltos por instancias administrativas, ha sido un tema de preocupación en los últimos tiempos en el ámbito nacional, regional e internacional.

Este accionar de reclamos ante la Justicia que debieron haber sido dirimidos en ámbitos del Poder Ejecutivo tiene una larga historia en el derecho laboral, problemática conocida como la industria del juicio. Actualmente, la misma metodología ha creado la industria del amparo por prestaciones de salud, cuando profesionales del derecho utilizan necesidades legítimas, normas legales imprecisas y un accionar de magistrados temerosos de un reproche social (Amestoy, 2012).

Ya en el año 2007 en los considerandos del Decreto n°1547, mediante el cual se aprueba la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud como ente de regulación y de control del Sistema Nacional del Seguro de Salud y se crea el cargo de Defensor del Beneficiario, el Poder Ejecutivo reconocía la existencia de la judicialización de la prestación en el Sistema Nacional del Seguro de Salud como la proliferación de acciones judiciales promovidas por los beneficiarios que, en algunos casos, surgían como consecuencia de que la instancia administrativa no había dado respuesta a las problemáticas planteadas.

Estudiosos y funcionarios han analizado los variados motivos que originan los reclamos judiciales y que responden a situaciones puntuales surgidas como resultado de las pautas, normas y facultades propias del sistema de las Obras Sociales. Así, se presenta un postulado fundamental, con el que parece existir acuerdo general, y es que los beneficiarios deben encontrarse informados de los derechos que les asisten y de las limitaciones de un sistema que respeta el derecho de solidaridad. Esta postura reduciría

el alto nivel de conflictividad que existe entre las Obras Sociales y los afiliados y coadyuvaría al sostenimiento del sistema en una relación menos polémica disminuyendo, al mismo tiempo, los costos que los reclamos producen, evitando situaciones polémicas (Chagra Dip, 2016).

Dado que la profesión médica es la que da el carácter al sistema de salud, a través de su visión, se ha considerado que la judicialización ha vulnerado el sistema de salud como lo hace una enfermedad y como tal se ha tratado en términos de etiología, de síndrome y de tratamiento. Dentro de la etiología se destacan la conflictividad social, las demandas sin límites y la connivencia de profesionales de la salud y de la Justicia. Como síndrome se entiende que no se respeta la evidencia científica, se desentienden tanto de los consensos internacionales como de los nacionales y, en muchos casos, no se respetan a los organismos reguladores (La Scaleia, 2011). Con respecto al tratamiento, muchas son las opiniones pero aún no se ha encontrado la cura definitiva.

Que el Poder Judicial dirima los reclamos por prestaciones médicas, pasando por alto instancias administrativas que fundamenten sus resoluciones en conocimientos técnicos, puede ocasionar enormes injusticias e incluso perjuicio para los beneficiarios. En tal sentido, el Dr. La Scaleia (2014) presenta un ejemplo de un afiliado, con síndrome urémico hemolítico, al que se le realizó un tratamiento pos trasplante renal y al que la Justicia obliga a proveer un fármaco denominado eculizumab. En este caso, el fármaco se encontraba en etapa de prueba y tanto la Academia Nacional de Medicina, como La Agencia de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norte América (FDA) y la Agencia Europea de Medicina (EMA), sostenían la falta de efectividad del mismo. Entonces, no sólo nos encontramos ante un juez que yerra en su decisión, sino también con un médico que lo solicitó contra la evidencia científica.

Pero la problemática no es sólo responsabilidad de los profesionales de la medicina ni de los jueces. Existen combinaciones de factores que atentan contra el sistema de salud. La Dra. Paola Bergallo (2016), experta en Derecho de Salud en la Universidad de San Andrés, ha expresado que la judicialización como reclamo en la Justicia del acceso a la salud comienza en los años noventa, fundamentada en los pedidos de tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), cuando la enfermedad aún era mortal. Muchos de los reclamos se ven originados, como en otros casos, por una legislación sin una racionalidad básica. Las prestaciones médicas que deben prestar a sus afiliados las Obras Sociales son determinadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, en una forma homogénea, sin considerar las

diversas características de las instituciones en cuanto a recursos, perfil de afiliados y epidemiologías; tampoco se genera desde el organismo rector un sistema de información ni de priorización de recursos. La legislación es amplia y obliga a las Obras Sociales a cumplir una extensa gama de prestaciones, sin que exista un análisis presupuestario que haga sustentable al sistema. Esta situación conlleva a que las Obras Sociales denieguen prestaciones que terminan siendo reclamadas, en algunos casos, por los beneficiarios ante la Justicia. Ahora bien, aquellos que tienen la posibilidad de demandar ante el Poder Judicial saltan la cola de otros que están esperando ser cubiertos en sus necesidades médicas. Los jueces, último eslabón de la cadena, al no tener posibilidades de análisis complejos de la cuestión en su conjunto y en especial en cuanto a la distribución de recursos, fallan a favor del acceso individual a la salud. De esta forma, si bien asisten al solicitante que ha saltado la cola, dejan afuera a otro sin evaluar su posición relativa. De esta manera, a los jueces, que vienen siendo parte de esta problemática desde hace tiempo, les cabe al menos la responsabilidad de reclamar un sistema racional, tanto ante el Poder Legislativo como ante el Ejecutivo.

Otros protagonistas del sistema como el Dr. Yazda (2016), Director Médico de la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, entienden que en su mayoría las demandas judiciales están referidas a prestaciones médicas no incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), es decir en la canasta básica de prestaciones que la Superintendencia de Servicios de Salud determina como piso de servicios que las Obras Sociales debe brindar a sus afiliados. De esta manera, el Poder Judicial, al hacer lugar a los pedidos de los beneficiarios amplía la cobertura médica a otorgar por parte de las Instituciones. En definitiva, un problema prestacional se está transformando en una decisión jurídica, siendo necesario tomar en cuenta todos los mecanismos que tengan el suficiente rigor científico con una adecuada relación costo beneficio, que contemple la salud y el bienestar de los pacientes.

Es de destacar la importancia del avance incesante de las tecnologías médicas, cuyo conocimiento cada día se encuentra con mayor facilidad al alcance de las personas que van asumiendo conscientemente los derechos que les asisten. El Poder Ejecutivo, las Obras Sociales y los seguros privados analizan en su conjunto las prestaciones que deben brindar a la sociedad según criterios clínicos, económicos, de riesgo, etc. Es así que, en muchas ocasiones, las solicitudes de prestaciones son denegadas por barreras geográficas, horarias, demoras que implícitamente significan una negación al derecho a la salud. Pero en otros casos la negación puede responder a criterios médicos, que

consideran que determinada tecnología no es beneficiosa para el cuadro que aqueja al paciente o que hay alternativas superadoras o más eficientes. Por otra parte, también puede ocurrir que la ventaja de la prestación sea relativamente exigua sobre la alternativa y el costo del beneficio diferencial extremadamente alto, atentando contra el derecho colectivo. Aquí las decisiones tienen características éticas, por lo que necesitan del consenso social y de los profesionales involucrados, debiendo inevitablemente tomarse en cuenta el costo de oportunidad, es decir lo que se deja de hacer, ante cualquier decisión de financiamiento que conlleve una administración razonable. Sin lugar a dudas, la peor solución ante la limitación de recursos es cuando la decisión se toma sin consenso y esto ocurre cuando la que decide es la Justicia. La experiencia muestra que los jueces resuelven a favor del peticionante sin tomar en consideración el mencionado derecho colectivo y el costo de oportunidad que lo afecta. De esta manera se distorsiona el principio de equidad y de eficiencia, y el propio criterio de eficacia al ser la Justicia quien resuelve la situación. Las tecnologías plantean nuevas formas de búsqueda de soluciones y son los tres Poderes del Estado los que deben enfrentar el desafío y encontrar soluciones justas, transparentes y razonables (Álvarez y Thomas, 2014).

En relación con las nuevas tecnologías y su influencia en el tema abordado, es de considerar el trabajo presentado por Piske de Azevêdo Barbosa, O.; Piske de Azevêdo Mohamed, C. y Guilhem, D. (2015) donde se analizan los desafíos de la bioética y de la judicialización de la salud en Brasil. En tal sentido, el trabajo hace foco en el aumento de los reclamos de la sociedad ligados a los avances tecnológicos y científicos. Entre los grandes desafíos se encuentra la lucha contra las enfermedades crónicas y el envejecimiento. Las nuevas tecnologías han vencido a enfermedades que, hasta hace poco tiempo, eran consideradas mortales y en otros casos han aumentado el tiempo de la expectativa de vida y su calidad. No obstante, los costos aún son muy elevados y la meta es lograr el acceso de toda la población a las nuevas medicinas al menor costo posible. Hoy la ciencia ha dado acceso a nuevos derechos ligados a los avances tecnológicos como los diagnósticos genéticos, las fertilizaciones in vitro, el tratamiento con células madre, los nuevos tratamientos para combatir la obesidad como la cirugía bariátrica, la incorporación del soporte vital, etc. En este estado de avance tanto de la tecnología aplicada a la salud como a las comunicaciones que influyen en el conocimiento de la población de las mismas, el trabajo se centra en entender la alianza entre bioética y derechos humanos anunciando una nueva forma de humanismo que

reconoce los componentes biológicos y éticos de la naturaleza humana, cuya dignidad debe ser preservada. Se enfrentan también en esta instancia el derecho individual con el derecho colectivo, y se plantea el incremento de litigios judiciales que conciernen a las cuestiones de salud caracterizados como una enfermedad del Sector Sanitario. Se propone que el tratamiento para esa enfermedad sea resuelto por equipos conformados por expertos que asesoren a los jueces, no sólo en las ciencias, sino también en los consensos internacionales con el fin de arribar a soluciones equitativas que hagan viables el sistema de salud para toda la población.

Tomando en consideración los impactos que provoca la actuación del Poder Judicial en la problemática aquí planteada, es importante considerar un estudio realizado por Gotlieb, V; Yavich, N. y Báscolo, E (2016), donde se concluye que, hasta el momento, la judicialización no promueve la equidad, el derecho colectivo a la salud ni el dialogo interinstitucional. El trabajo se realiza sobre un total de 125 (ciento veinticinco) litigios con sentencias dictadas entre 1994 y 2013 por la Corte Suprema de la Nación. De los mismos, el setenta y cinco por ciento (75 %) fallaron a favor de brindar los servicios reclamados individualmente, sin considerar las resoluciones en las instancias administrativas ni extender los derechos a otras personas sometidas a las mismas situaciones que el reclamante. Los reclamos se caracterizaron por corresponder a personas físicas individuales en un ochenta y ocho por ciento (88 %), a afiliados a la seguridad social o a seguros privados en un sesenta y cuatro por ciento (64%) y con un esquema típico del derecho privado de un ochenta y siete por ciento (87%) por cobertura de un servicio médico.

De la discusión sostenida en el trabajo bajo comentario, se desprende que la Corte Suprema de la Nación no toma injerencia en las políticas públicas de protección del derecho de salud en el tema aquí expuesto, reservando las mismas a los Poderes Legislativo y Ejecutivo. No ha sido igual su accionar en cuanto a otros temas donde la salud de la población ha estado en cuestionamiento, como es el caso de la contaminación del Riachuelo o el aborto no punible, donde la Corte se implicó y utilizó en el trámite de las causas el recurso de audiencias públicas.

La judicialización de los reclamos por incumplimiento de las organizaciones que deben dar cuenta ante la ciudadanía de las prestaciones de salud, es una problemática que se presenta en toda la región. En tal sentido, en el Segundo Encuentro Regional sobre Derecho a la Salud y Sistemas de Salud (2011), se convino en la existencia de un crecimiento importante de la judicialización del derecho a la salud en varios países de

la región, a pesar de las diferencias en los sistemas judiciales y sanitarios, siendo el resultado de diversos y complejos motivos para cuya comprensión se estableció la necesidad del análisis de diferentes actores y disciplinas. Se concluyó que, dado que no son los jueces los profesionales más indicados para tomar decisiones que implican conocimientos técnicos en la materia, dejar a su cargo o de un solo perito cuestiones tan complejas donde el avance de la tecnología tiene tanta influencia, puede generar situaciones de mercadeo de las nuevas tecnologías sanitarias por parte de quienes las producen o quienes las distribuyen.

Por otra parte y conforme con las consideraciones vertidas por distintos facultativos, existiría una judicialización de los reclamos de los beneficiarios a las Obras Sociales de carácter estructural. Esta visión trasciende las fronteras nacionales y regionales y es la que presenta la Dra. Luisa Fernanda Cano Blandón (2015) en un estudio comparado con base en casos de Sudáfrica, Argentina, India y Colombia y en el que concluye que el litigio estructural puede ser exitoso si se desbloquea el accionar de la Institución rectora, se la instruye para que diseñe y cumpla con una política pública en tal sentido, materializándose en el bienestar de los beneficiarios y generando espacios de participación ciudadana.

Conforme con los distintos estudios y opiniones vertidas en el presente trabajo, habría un consenso generalizado de la existencia de la judicialización del sistema de salud. Cabría entonces determinar en qué medida la misma afecta al sistema de salud, sus causas y consecuencias para poder encarar la problemática con soluciones sustentables. A tal efecto, teniendo en cuenta la opinión de los actores sociales involucrados (ciudadanos, gremios, proveedores de servicios, etc.) se debería establecer claramente la orientación que debe seguir el sistema de salud, considerando la limitación de los recursos que impide que se puedan garantizar todas las prestaciones a todos, por lo que se deberá buscar el mejor sistema injustamente justo.

Así, establecidos los acuerdos en la materia, es necesario encarar la problemática a través de una nueva visión. En tal sentido, ya Warren Burger (1985), siendo a la sazón presidente de la Corte Suprema de los Estados Unidos de Norte América se expresa diciendo:

> A veces he pensado que hay alguna clase de neurosis masiva desarrollándose en el país, que lleva a la gente a pensar que los tribunales fueron creados para resolver todos los problemas de la sociedad. Debemos aprender de la experiencia de los trabajadores y de la dirección de empresas que los tribunales no son los mejores

> lugares para resolver ciertos tipos de reclamos. Debemos recurrir a la inventiva, al ingenio y a la iniciativa de los hombres de negocios americanos, a los abogados y a la capacidad de innovación del comerciante yanqui para dar forma a nuevas herramientas para satisfacer las nuevas necesidades.[3]

Consiente de las consecuencias que la judicialización por reclamos relacionados con los incumplimientos médicos trae aparejado al sistema de salud, el Poder Ejecutivo Nacional remitió al Congreso de la Nación, durante el mes de agosto de 2016, un proyecto de Ley mediante el cual se propone crear la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud – AGNET – como organismo descentralizado en el ámbito del Ministerio de Salud, con autarquía económica, financiera, personería jurídica propia y capacidad de actuación en el ámbito del derecho público y privado.

> La Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud – AGNET – tiene por objeto la realización de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza que sean utilizadas para prevenir, tratar o rehabilitar la salud, a fin de determinar la oportunidad y modo de su incorporación, uso apropiado o exclusión del Programa Médico Obligatorio, la canasta básica de prestaciones que se determine para el sector público o los que en el futuro los reemplacen. (Proyecto de Ley Ministerio de Salud, 2016, Folio N° 8).

Conforme con el proyecto de Ley, la Agencia realizaría sus estudios y evaluaciones con criterios de efectividad, eficiencia, equidad y teniendo en cuenta su valoración ética, económica y social. La Agencia cumpliría funciones de consulta en los procesos judiciales por cuestiones de índole sanitarias relacionadas con su objeto. Dado que sus decisiones serían de carácter vinculante para todos los sujetos alcanzados por su actuación, los organismos del Estado Nacional y las jurisdicciones que adhieran a la ley, el Poder Ejecutivo espera evitar la judicialización del sistema de salud. Los jueces, que deban dictaminar en la materia, contarían con un organismo especializado a quien realizar las consultas técnicas y que sustenten sus sentencias. El tiempo dirá si el proyecto de Ley será aprobado por el Congreso de la Nación y si la implementación de la Agencia logrará su cometido.

Asimismo, por Resolución N° 409 del 28 de octubre de 2016, la Superintendencia de Servicios de Salud, tomando en consideración que en la última

[3] La cita está tomada de un artículo de The New York Times (1985, 22 de agosto) "*El Presidente de la Corte de Justicia recomienda una mayor utilización del arbitraje".* La traducción es propia.

década ha sido notorio el incremento de la llamada judicialización de la salud, ha creado un Registro Nacional de Juicios de Amparo, cuya obligatoriedad de información entró en vigencia el 1° de marzo de 2017, con actualizaciones trimestrales, para los agentes del Seguro de Salud enmarcados en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, a fin de conocer adecuadamente los procesos judiciales en los que intervienen en calidad de demandados, con motivo de las obligaciones prestacionales y de cobertura vinculadas a sus usuarios, a excepción de las de índole económica. Con esta información el organismo intenta analizar los niveles y motivos de litigiosidad y eventualmente, contribuir a reducir la judicialización de la salud y avanzar en la implementación de procedimientos alternativos y orientativos para fortalecer los principios de solidaridad y equidad del Sistema en su conjunto y para que todos los Agentes del Seguro de Salud puedan consolidar, ordenar y unificar su propia información.

Más allá de la utilidad del Registro mencionado en el párrafo precedente, no deja de ser llamativa la postura que adopta el órgano de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud en cuanto a considerar el origen y desarrollo de la problemática de la judicialización ajena a su responsabilidad rectora y de contralor.

Hasta aquí se ha presentado el estado del arte actual, relacionado con el accionar del Estado frente a los incumplimientos médicos de las Obras Sociales y su judicialización, según el estudio realizado con la bibliografía y fuentes de información disponibles.

Universidad de San Andrés

CAPÍTULO III: El derecho a la salud en la Argentina – Sistema de salud

Con el fin de establecer los parámetros que serán considerados por las distintas instancias en la materia en análisis para resolver conflictos, es primordial definir cuál es la mirada del derecho a la salud que adopta nuestro país y, en este marco, determinar cuál es el andamiaje estructural sobre el que se sustentan sus mecanismos y estrategias para el logro de sus objetivos.

3.1.El derecho a la salud como valor público amparado por la Ley Suprema de La Nación

La atención médica en la República Argentina se ha desarrollado conforme con los acontecimientos políticos y sociales que marcaron la historia del país. De esta

manera, las guerras, las grandes migraciones y las enfermedades y epidemias, que surgen como consecuencia, provocaron la intervención del Estado. La visión colonial de los hospitales como centros de acogida de indigentes, da paso a la idea de centros de cuidados médicos.

Para finales del siglo XIX y principios del siglo XX, los progresos científicos influyen notablemente en la medicina y dan como resultado respuestas positivas ante la problemática de prevención y obras públicas de saneamiento ambiental. El valor de la vida y el de la salud se encuentran más ligados a la idea del progreso de la Nación que al de derecho de los individuos.

La expansión hospitalaria temprana es la clara expresión de la presencia estatal activa en el ejercicio de sus funciones propias, más que del reconocimiento de derechos individuales. Son ejemplos del creciente desarrollo mencionado el Hospital Rawson inaugurado en 1868, el Hospital Fernández en 1889, el Hospital Pirovano en 1895, el Hospital Argerich en 1897, el Hospital Álvarez en 1901, el Hospital Tornú en 1904, el Hospital Alvear en 1909, el Hospital Durand en 1913, el Hospital Salaberry en 1915, el Hospital Piñero en 1917, el Hospital Rocca en 1926, el Hospital Penna en 1928, el Hospital de Oncología en 1931, la Maternidad Sardá en 1934, el Hospital Zubizarreta en 1935 o el Hospital Santojanni en 1940.[4]

Al mismo tiempo nacen los hospitales de las asociaciones mutuales, como consecuencia del progreso social de los inmigrantes (españoles, italianos, alemanes, etc.), los que aún hoy representan un componente importante del sistema de salud en la Argentina.

El reconocimiento del derecho a la salud se hace visible en nuestro país a mediados del siglo XX con la modificación de la Constitución Nacional del año 1949, la que introdujo cláusulas económicas y sociales, y si bien se aplicó durante un lapso breve, indujo a la llegada del Art. 14 bis con la reforma constitucional de 1957. El derecho a la salud, es una creación relativamente moderna originada en el constitucionalismo social, corriente que a principios del siglo XX agregó a los tradicionales derechos del hombre y del ciudadano (vida y libertad) y económicos (propiedad, circulación, trabajar, ejercer industria lícita, etc.), otros de naturaleza distributiva como salario justo, huelga, vivienda digna y seguridad social. Por esta vía

[4] Perrone, N. y Teixidó, L. (2007). Estado y Salud en la Argentina. Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN 167-3700 Año 5-N°10. Extraído el 7 de mayo de 2017 de www.isg.org.ar/judicializacion-del-derecho-a-la-salud/

se instala el derecho a la salud, comprendido como una de las especies del género de los derechos sociales.

Es dable resaltar, que el paso del constitucionalismo clásico al constitucionalismo social conlleva un cambio profundo en la sociedad, con la consiguiente transformación a nivel del Estado y a nivel de los derechos de las personas. Por una parte el Estado abstencionista se transformó en un Estado intervencionista y por otra parte ya no existieron solamente los derechos individuales, sino que se incorporaron los derechos sociales y económicos.[5]

Nuestra Constitución Nacional amparaba el derecho a la salud en forma implícita, junto con otros derechos civiles, en su artículo N° 33, como por ejemplo: el derecho a la dignidad, derecho a la vida, derecho a la integridad, etc.

En la reforma de la Constitución de la Nación Argentina de 1994, el derecho a la salud se incorpora en forma explícita a la Primera Parte en el Capítulo Segundo con los Nuevos Derechos y Garantías, donde en su artículo N° 42 se establece:

> "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno…".

A partir de la reforma mencionada en el párrafo anterior, el derecho a la salud se encuentra también reconocido con jerarquía constitucional por el art. N° 75, inc. 22 de la Carta Magna, que asigna tal calidad a los tratados internacionales que enumera. Entre ellos el art. N° 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el cual dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como una familia, la salud y bienestar y, en especial, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

En el mismo sentido, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

[5] ZARINA Helio Juan. 2005. *Constitución Argentina Comentada y Concordada*, Comentario del Art. 14 bis

A su vez, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que entre las medidas que los Estados partes deben adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho de toda personal al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, deben figurar la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En la actualidad, para el Estado Argentino el derecho a la salud no es sólo un derecho individual inherente al ser humano, es un derecho colectivo que debe ser amparado por la sociedad como base primordial de supervivencia y evolución y como tal, su valor es establecido por la Ley Suprema de la Nación.

3.2.El sistema de salud en la Argentina

Establecida la importancia del valor salud en nuestra normativa, corresponde señalar cómo se conforma el sistema mediante el cual se intenta hacer efectivo el ejercicio de ese derecho.

No cabe duda que, en la actualidad, la salud es considerada un bien social caracterizado por la igualdad en su provisión, es decir que se debe encontrar disponible de tal forma que la satisfacción de su requerimiento por un individuo no excluya ni rivalice con la de otro. Así, ha quedado atrás la visión liberal donde a la salud se la consideraba una mercancía a la que se accedía conforme con la capacidad adquisitiva de cada ciudadano.

Entre las teorías del igualitarismo específico, donde la asistencia sanitaria debe suministrarse a todas las personas por igual, independientemente de su renta, a aquellas teorías que no consideran al servicio de salud distinto a los demás bienes o servicios reglados por la ley de mercado, se encuentra la postura adoptada por nuestro país, por la cual todos los ciudadanos tienen derecho a un determinado nivel de asistencia de salud.

De esta manera, al ser el Estado el garante de su provisión y al tener una limitación en sus recursos, es de vital importancia el sistema de asignación que se adopte a efectos que el mismo cumpla con los requerimientos de eficiencia.

El sistema de salud de la República Argentina es, al igual que el derecho a la salud, el resultante de la evolución política e histórica de nuestro país, pero a diferencia de éste donde se ha podido plasmar en forma inequívoca en la normativa que lo sustenta,

el sistema de salud es el resultante de la coexistencia de tres subsistemas particulares, que en muchos casos se superponen y presenta problemas importantes de inequidad y de ineficiencia. Así el sistema de salud se encuentra constituido por el sistema público, el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el privado.

Asimismo, dentro de los tres subsistemas también se presentan problemáticas que agravan su coexistencia. En el caso del subsector público, debido a la vigencia en nuestro país del sistema federal, distintas jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) hacen frente de diferente manera a los requerimientos de la población a la que alcanzan. Por su parte, en los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, los mismos están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros y modalidad de operación.

3.2.1. El subsistema público

El sistema argentino de salud se estructura sobre una base de un sistema público, cuyo fundamento es dar asistencia a toda la población, con independencia de cualquier característica personal incluyendo nacionalidad, religión o posibilidades de acceso a otras asistencias médicas. El servicio se brinda mediante un conjunto de hospitales públicos y centros de salud con carencias edilicias, de recursos humanos, materiales y de tecnología. Podría decirse que el basamento del sistema de salud argentino es de un Modelo Beveridge con una visión universalista de equidad, gratuidad, libertad de elección y acceso de toda la población, con una financiación dependiente del presupuesto estatal, que administra los recursos impositivos.

Si bien los alcances de cobertura de salud para la población del sistema público son totales y se encuentran en la amplia zona geográfica del país, abarcando en especial las zonas más alejadas y poco rentables, en la práctica la provisión ante los requerimientos es escasa e ineficaz y sólo aquellas personas que no tienen otro tipo de cobertura de salud acuden a él o son atendidos en situaciones de emergencia.

Son varios los motivos que atentan contra la eficacia del sistema público de salud, pero fundamentalmente la falta de coordinación socaba los cimientos del sistema

El artículo N° 121 de la Constitución Nacional establece claramente la adopción del sistema federal expresando que “Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación”. Al no haber delegado las funciones de

salud las Provincias mantienen su potestad en la materia. Además, en su artículo N° 123 la Constitución Nacional también instituye la autonomía municipal refiriendo que "Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el Artículo 5° asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero."

Queda a cargo de la Nación la responsabilidad de planificar y coordinar con todas las jurisdicciones la asistencia de salud, función que implementa través del Ministerio de Salud cuya competencia en la materia, entre otras, se expresa en el artículo 23 ter de la Ley de Ministerios 22.520 inc. 4:

> "Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social."

En este marco y con el fin de propender integralmente al coordinado desarrollo sectorial en materia de salud, se creó en 1981 el Consejo Federal de Salud, integrado por los funcionarios que ejercen la autoridad de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en el de cada provincia, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida, e Islas del Atlántico Sur, presidido por el Secretario de Estado de Salud Pública de la Nación. En este ámbito y según surge de las actas de reunión del Consejo publicadas por el Ministerio de Salud de la nación, se puede observar la discusión de temas puntuales, incluyendo el Plan Nacional de Salud 2015-2019 pero no se observa una integración de accionar de las distintas jurisdicciones.

Ahora bien, no necesariamente un sistema federal que no delegue en la Nación sus funciones de asistencia de salud implica falta de coordinación, desigualdad e ineficiencia en la atención de las prestaciones, pero debido a las inequidades en la distribución de los ingresos y a la falta de superación de las diferencias políticas signadas por intereses partidarios electoralistas, el sistema de salud público sólo ha quedado como un servicio que prácticamente sólo atiende cuestiones de "…prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, infecto contagiosos, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencias y atención primaria, cubriendo geográficamente todo el país" (Cetrángolo, 2015).

Es de destacar que, con fecha 14 de abril de 2016, se publicó la Resolución N° 475/16 del Ministerio de Salud de la Nación, mediante la cual se instruye a todos los programas nacionales dependientes del Ministerio a colaborar y coordinar su accionar con la implementación y el desarrollo de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud, con el objeto de promover el acceso a la atención sanitaria integral, gratuita y con la adecuada calidad, jerarquizando el Primer Nivel de Atención. Se establece un sistema único de información de registración de la totalidad de la población que tenga como cobertura aquella provista y financiada por el Estado Nacional, Provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a cuyos efectos se deben integrar e interrelacionar las bases de datos y documentos identificatorios, correspondientes a los diversos programas y/o financiadores. Asimismo, se invita a las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de los miembros del Consejo Federal de Salud, a adherir a la medida.

Claramente, la iniciativa adopta un título comprensivo que de ninguna manera, por lo menos hasta el momento, va más allá del intento de coordinación de los programas nacionales y de la información relacionada.

La precariedad y falta de alcance de la medida se ve abalada por la financiación que se destina en principio para su sustento. Así, con fecha 02/08/2016 se publica el Decreto N° 908/16 mediante el cual se distribuye los saldos acumulados del Fondo Solidario de Redistribución, como consecuencia de la inobservancia de las disposiciones legales vigentes en la materia, con carácter de excepcional. Se decreta entonces afectar, por única vez los recursos del Fondo Solidario de Redistribución la suma de pesos ocho mil millones ($ 8.000.000.000) con destino a la financiación de la estrategia de Cobertura Universal de Salud, aprobándose, asimismo, para la estrategia de la misma las finalidades de identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud, el mejoramiento de las determinantes sociales de salud, el desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud, el fortalecimiento y modernización del sector público de salud, las acciones de Atención Primaria de la Salud, el desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud, el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el fortalecimiento de los recursos humanos en salud, y las actividades de promoción y protección de la salud y medicina preventiva. Complementariamente, se dispone que la Superintendencia de Servicios de Salud constituya a tal fin un fideicomiso de administración, cuyo fiduciario sea el Banco de la Nación Argentina, delegando su instrumentación y funcionamiento al Ministerio de Salud mediante la creación de una unidad ejecutora.

3.2.2. El subsistema del Seguro de Salud

Originariamente como un sistema complementario y actualmente como el basamento del estado de bienestar, existe el sistema del Seguro de Salud.

En este estadio es importante determinar que el estado de bienestar, siguiendo a Isuani (1991), depende del accionar de instituciones públicas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de la fuerza de trabajo o de la población en su conjunto, redistribuyendo el ingreso generados por el proceso de producción, reduciendo las diferencias sociales ocasionadas por el accionar del mercado de diversas maneras, entre ellas con la prestación de servicios de salud.

Como quedara plasmado en el apartado anterior, en Argentina el modelo del universalismo beveridgiano no ha podido arraigarse hasta la actualidad. Es así que surge como basamento del estado de bienestar el tradicional modelo de Bismarck, de la mano de las masas asalariadas que adquieren fuerza a partir del modelo keynesiano de pleno empleo surgido, en especial, luego del segundo período de posguerra. De esta forma, el Estado garantiza las prestaciones médicas a los asalariados ante la contingencia de necesitarlas mediante el aporte de una cuota, es decir que se basa en una relación bilateral, donde además el empleador debe también contribuir con un aporte proporcional.

Este sistema se ha ido perfeccionando e incluyendo cada vez a más actores quienes además de verse amparados por el sistema público de salud, también se encuentran dentro del Sistema Nacional de Seguro de salud, donde sus necesidades en esta materia son cubiertas por instituciones denominadas Obras Sociales. Tal es el caso de los trabajadores públicos y privados en relación de dependencia formal junto con su grupo familiar, no encontrándose alcanzados los empleados públicos provinciales, debido a que esta potestad queda bajo jurisdicción de las provincias, como fuera explicitado oportunamente. Además, el sistema incluye al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y a los monotributistas, es decir trabajadores independientes de bajos ingresos.

De esta manera, sólo queda fuera de este sistema la población desempleada, con trabajo informal o aquella con los más altos ingresos.

Dentro del subsector correspondiente a la Seguridad Social se encuentran numerosas instituciones, que muestran importantes diferencias entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los

beneficiarios y los beneficios generando, como consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios.[6]

La Seguridad Social está compuesta por aproximadamente trescientas (300) Obras Sociales Nacionales[7], donde no se encuentran incluidas otras Obras Sociales como las correspondientes al personal de las Fuerzas Armadas y al de las Fuerzas de Seguridad, las Universitarias, las Obras Sociales Provinciales y la de jubilados y pensionados. Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (incluyendo a los monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.

3.2.3. El subsistema privado

El sistema de medicina privada abarca un amplio espectro de organizaciones ya sea con o sin fines de lucro, donde se encuentran sociedades comerciales, fundaciones, asociaciones civiles y cooperativas. Las formas de prestación se ofrecen mediante distintos tipos de planes, con diferentes coberturas médicas, con o sin pagos adicionales, dentro de cartillas de prestaciones o con planes de reintegros. No obstante la diversidad de ofertas, todos estos sistemas de medicina privada se dirigen a los sectores de mayores ingresos o aquellos del sistema informal que buscan una mejor cobertura que la que ofrece el sistema público.

Según un estudio realizado como una iniciativa conjunta del PNUD Argentina, OPS y CEPAL "Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011 El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros" el número total de empresas de medicina prepaga se desconoce, pero se estiman en alrededor de trescientas (300) entidades con una gran concentración en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Relacionado con el sector privado prestador, se registran aproximadamente diez mil (10.000) establecimientos, con y sin internación, que representan algo más del sesenta por ciento (60%) sobre el total sectorial. Existe diferenciación en la agrupación empresarial de medicina privada. Los establecimientos sin fines de lucro representados por grandes hospitales privados de comunidades

[6] Trabajo realizado como una iniciativa conjunta del PNUD Argentina, OPS y CEPAL "Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011 El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros".

[7] En Anexo I se detallan las Obras Sociales vigentes a diciembre de 2016 según el trabajo de investigación propia sobre los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud.

extranjeras se encuentran agrupados en la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas, mientras que las principales clínicas y sanatorios con fines de lucro, de las grandes ciudades, se asocian en Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina ochocientos (800) establecimientos, y la mayoría de los centros medianos y pequeños de todo el país lo hacen en la Cámara Argentina de Empresas de Salud – Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina (aproximadamente mil doscientos '1.200' establecimientos con fines de lucro, treinta '30' camas como promedio por establecimiento y formas societarias diferentes en su aspecto jurídico). En la actualidad, cada prestador contrata libremente con los financiadores y, generalmente, tanto la modalidad de contratación como los valores son negociados entre las partes.

Existe un compendio normativo que rige el accionar de la medicina prepaga y que, a través del tiempo, ejerce un mayor control sobre éstas. De tal manera la ley N° 26.682 y el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1991/11, reglamentados por el Decreto N° 1993/11 establecen el marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes de Obras Sociales y del Sistema Nacional de Seguro de Salud, quedando incluidas las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones con objetos relacionados con la temática . En tal sentido las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, previsto en la ley N° 24.901 y sus modificatorias. La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación y se especifican, además, modelos y características de los contratos. Las Resoluciones N° 55/12, 146/12, 174/12 y 353/16 establecen la normativa relacionada con la inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga y de sus padrones actualizados.

3.3.Población cubierta por los distintos subsistemas de salud

A efectos de dimensionar la importancia del Sistema del Seguro de Salud en la República Argentina, es importante considerar algunos datos estadísticos de población amparada por los distintos sistemas de salud y su composición. Lamentablemente, no es mucha la información oficial que existe al respecto, pero conforme con los datos que

surgen de estudios anteriores y actos oficiales actuales, puede realizarse una estimación aproximada.

Tomando como base el trabajo realizado como una iniciativa conjunta del PNUD Argentina, OPS y CEPAL "Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011 El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros", de un total de población de cuarenta millones noventa y un mil (40.091.000), conforme cifras del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, se encuentran cubiertos por el sistema de Obras Sociales quince millones quinientos treinta y seis mil (15.536.000) en forma obligatoria (trabajadores formales y familiares a cargo) y en forma voluntaria (adherentes y jubilados), es decir un treinta y ocho coma ochenta por ciento (38,80%) de la población; por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados están cubiertos tres millones trecientos treinta y cuatro mil seis cientos (3.334.600) jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos y otros, es decir un ocho coma treinta por ciento (8,30%) de la población; por las Obras Sociales Provinciales cinco millones quinientos mil (5.500.000), empleados públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales adherentes y por Seguros Voluntario, es decir un trece coma setenta por ciento (13,70%) de la población y tres millones seis cientos mil (3.600.000) asociados voluntarios, es decir un nueve por ciento (9%) de la población. Si bien los totales y los porcentajes indicados no pueden ser sumados, ya que existe superposición entre la población correspondiente a cada uno de los diferentes segmentos, originada en la múltiple cobertura de la población, la mayor población se encuentra protegida por el Sistema Nacional de Seguro de Salud y mínimamente más de un treinta por ciento (30%) de la población no se encuentra cubierta por ningún servicio de salud por lo que es amparada por el sistema público.

Muy coincidentes son los resultados referidos a utilización y gasto en servicios de salud de la Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Argentina 2010[8], del cual surge que de los dos tercios de los encuestados sesenta y seis coma sesenta (66,60%) están afiliados a algún sistema de protección de la salud. De cada diez (10) personas de la población, casi seis (6) están afiliados a una Obra Social,

[8] Encuesta realizada a partir de un convenio entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (en esta oportunidad, el financiamiento del estudio fue gestionado por el Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados en Salud Pública).

menos de una a empresas de medicina prepaga (de forma directa o vía Obra Social) y tres (3) no están afiliados a ningún sistema. Entre los afiliados, nueve (9) de cada diez (10) corresponden a una Obra Social.

Es importante considerar la composición de la población en las modificaciones operadas en el comportamiento de la salud que surgen del estudio mencionado en el apartado anterior. Así, el porcentaje de afiliación baja al pasar del grupo de hasta catorce (14) años al de quince (15) a veinte nueve (29), probablemente a causa de la desaparición de la protección automática cuando los jóvenes alcanzan la mayoría de edad. De allí en adelante la afiliación crece, para llegar a un notorio noventa y dos (92%) entre las personas de sesenta (60) años y más (probablemente debido a la cobertura del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados). La afiliación es mayor entre quienes tienen estudios superiores mientras que, al considerar los quintiles[9] de ingreso familiar, el sector de más altos ingresos casi duplica en afiliación al de más bajos ingresos. Por clase social, los gerentes y profesionales muestran sensiblemente mayor afiliación que los trabajadores manuales no calificados (noventa y tres por ciento '93%' en comparación con cincuenta y dos por ciento '52%', es decir, los primeros superan en un setenta y nueve por ciento '79%' a los últimos). En este mismo sentido, la afiliación crece al pasar de la autopercepción de clase más baja, representadas por un cincuenta y dos coma ochenta por ciento (52,80%) a la más alta, a las que corresponde el setenta y cinco por ciento (75%). Por tamaño de localidades, las ciudades intermedias muestran el mayor porcentaje de afiliación, el cual es del setenta y tres por ciento (73%) y los pueblos denotan el menor porcentaje, siendo éste del cincuenta y nueve por ciento (59%). Al considerar regiones, es mayor el porcentaje de afiliación en la Patagonia con un setenta y nueve por ciento (79%), mientras el menor valor se observa en la zona de Cuyo con una representación del cincuenta y dos por ciento (52%).

Además, surge del estudio en cuestión, en cuanto a la utilización de servicios de salud, variaciones entre 2005 y 2010, que el crecimiento en la afiliación a algún servicio de salud sólo fue del seis coma veinte por ciento (6,20 %). Así las personas afiliadas en el año 2.005 representaban el sesenta y dos coma setenta por ciento (62,70%) de la

[9] El quintil de ingreso, se calcula ordenando la población desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos; con esto se obtienen 5 quintiles ordenados por sus ingresos, donde el primer quintil representa la porción de la población más pobre; el segundo quintil, el siguiente nivel y así sucesivamente hasta el quinto quintil, representante de la población más rica.

población y las afiliadas para el año 2.010 el sesenta y seis coma sesenta por ciento (66,60 %) de la población.

Por otra parte y también en forma coincidente, los Indicadores Básicos – Argentina 2.016 publicados por el Ministerio de Salud[10] informan que la población no cubierta con Obra Social o plan médico, para el año 2010, era de un total del treinta y seis coma diez por ciento (36,10 %) para todo el país, con valores para la Región Noreste de cincuenta coma noventa por ciento (50,90%), la Región Patagónica de treinta coma diez por ciento (30.10%), la Región Centro de treinta y dos coma setenta por ciento (32,70), la Región Cuyo de treinta y nueve por ciento (39%) y la Región Noroeste de cuarenta y cuatro coma sesenta por ciento (44,60%).

En cuanto a la evolución en el tiempo de la cobertura de salud de la población, comparando un estudio realizado para el año 2012 sobre el cálculo de una población[11] de cuarenta y un millones setecientos treinta y tres mil doscientos setenta y uno (41.733.271), en relación con el llevado a cabo para el año 2010, los afiliados a las Obras Sociales Nacionales se mantienen en un porcentaje similar del treinta y ocho por ciento (38%), siendo para el año 2012 quince millones novecientos nueve mil ciento sesenta y ocho (15.909.168). También los afiliados a las Obras Sociales Provinciales mantienen un porcentaje del trece por ciento (13%), siendo para el año 2012 cinco millones quinientos mil (5.500.000), sufriendo una suba importante. Los afiliados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados pasan a representar del ocho con treinta por ciento (8,30%) al doce por ciento (12%), siendo para el año 2012 cinco millones cuarenta y nueve mil setecientos veinte y seis (5.049.726) y los adherentes a seguros voluntarios bajan del nueve por ciento (9%) al cinco por ciento (5%), siendo para el año 2012 un millón novecientos diecinueve mil setecientos treinta (1.919.730).

Según surge de los considerandos de la Resolución N° 908/16 del Ministerio de Salud del 3 de agosto de 2016, donde se determina la asignación a la Cobertura Universal de Salud parte de los saldos acumulados del Fondo Solidario de Redistribución surge que, a esa fecha, las Obras Sociales Nacionales cuentan con

[10] Trabajo conjunto con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas (2016). "Indicadores recursos, acceso y cobertura" Pág. 7.

[11] Cetrángolo O. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Cuadro No. 3: Cobertura y gasto promedio de los diferentes grupos institucionales del sector. Año 2012. Revista de Economía Política de Buenos Aires. Año 8 | Vol. 13 | 2015. ISSN 1850-6933

aproximadamente veinte millones (20.000.000) de afiliados, unos siete millones (7.000.000) se encuentran cubiertos por las Obras Sociales Provinciales y otro millón (1.000.000) de habitantes mantienen su cobertura a través de otros subsistemas de seguridad social tales como las Obras Sociales Universitarias o de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, y otras locales como la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación o la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, a los que deben sumarse los sistemas de medicina privada. Lo que mostraría una cierta disminución de los afiliados a las Obras Sociales Nacionales (incluye al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) y un aumento de las Obras Sociales Provinciales.

La disminución de la población de las Obras Sociales Nacionales también se ha verificado en un relevamiento efectuado de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud, en cuanto a población de beneficiarios al 31/12/2016. Del estudio surge, para esa fecha, que la población de beneficiarios de Obras Sociales era de quince millones doscientos un mil seiscientos cuatro (15.201.604) y para Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de cinco millones cuarenta y nueve mil setecientos veintiséis (5.049.726). La merma de beneficiarios de los sectores mencionados puede responder a migraciones de población al mercado informal, a la medicina privada o a la pérdida de fuentes de trabajo.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de elaboración propia que describe la situación planteada:

Comparación de la población beneficiaria de los sistemas de salud en la Argentina 2011/2016

Conceptos		*Población*	*Obras Sociales Nacionales*	*INSSJyP*	*Obras Sociales Provinciales*	*Seguros Voluntarios*
PNUD Argentina, OPS y CEPAL 2011	*N° absolutos*	40.091.359	15.535.999	3.334.599	5.500.000	3.600.000
	%		**39**	**8**	14	9
Cetrángolo O. 2012	*N° absolutos*	41.733.271	15.909.168	5.049.726	5.500.000	1.919.730
	%		**38**	**12**	13	5
Ministerio de Salud 2016(1)	*N° absolutos*	43.590.368	20.000.000		7.000.000	
	%		**46**		16	
Datos Superintendencia de Servicios de Salud a diciembre/2016(1)(2)	*N° absolutos*	43.590.368	15.201.604	5.250.231		
	%		**35**	**12**		

(1) La población total corresponde a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Población estimada 2016 recuperado el 21/05/2017 de http://www.indec.gov.ar/nivel2_default.asp?seccion=P&id_tema=2
(2) La población de las Obras Sociales y del INSSJyP responden a un relevamiento propio de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

A diciembre de 2016, conforme con datos que surgen de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud, se detallan en Anexo I las Obras Sociales Nacionales y sus poblaciones por tipo de Obra Social y en Anexo II se discrimina la población beneficiaria de las Obras Sociales a esa fecha, según titularidad y relación con el mismo, condición de titularidad, provincias y rango de edad.

CAPÍTULO IV: Sistema Nacional de Seguro de Salud - Evolución normativa - Programa Médico Obligatorio (P.M.O.)

La visión del marco normativo que rige en materia de gestión en las organizaciones públicas, no es sólo la de considerar la integración de un conjunto de normas destinadas a tal fin. El Derecho, en lo que se vincula al marco normativo que rige la gestión en las organizaciones públicas, no es sino una ciencia de problemas concretos. Conocer el Derecho supone algo más que conocer el texto de una ley o un Decreto o Resolución. Es necesario, además, saber cómo se origina la normativa, qué producto crea, qué valor público protege, ver qué se logra hacer cumplir con las normas y por qué sucede. El Derecho no se encuentra enmarcado en una neutralidad que no tiene. Muy por el contrario, las normas plasman el conjunto de necesidades objetivas y subjetivas de la sociedad que evoluciona y se modifica constantemente.

En suma, para hablar de un sistema de reglas que se apliquen a la gestión en las organizaciones públicas debe verificarse la concurrencia, en general, de un conjunto de propiedades mínimas de las normas que lo componen y entre ellas su posibilidad de ser acatadas y su coherencia institucional (es decir la congruencia entre la acción oficial y la ley declarada). El contexto social, político, institucional y económico influye de modo cada vez más profundo y decisivo en el aludido sistema jurídico. Por otra parte, la incidencia de la actividad gubernamental en la vida ciudadana ha alcanzado una especial trascendencia, ya sea que esto se analice desde un aspecto cualitativo como cuantitativo.[12]

Con esta visión como base estructural normativa, corresponde destacar que la Ley N° 23.660 promulgada el 5 de enero de 1989, crea el Régimen de Obras Sociales. La ley incluye a las Obras Sociales sindicales con personería gremial, signatarias de

[12] REJTMAN FARAH, Mario. 2012. Programa de la materia "Marco Normativo para la Gestión en las Organizaciones Públicas" de la Carrera de Especialización en Gerenciamiento por Resultados y Control de Gestión.

convenios colectivos de trabajo, a las de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados, a las de empresas y sociedades del Estado, a las del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios, a las constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del Convenio Colectivo vigente con anterioridad, a las del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, en la medida de su adhesión, a los institutos de administración mixta, las Obras Sociales y las reparticiones u organismos creados por leyes de la Nación con los fines de Obras Sociales y toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración realizada, tenga como fin lo establecido por la ley. La ley establece la inclusión obligatoria como beneficiarios de las Obras Sociales a los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y a los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales. Como beneficiarios optativos se indican los grupos familiares primarios, las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, quedando a cargo de la Dirección Nacional de Obras Sociales la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo.

Análogamente, se promulga, en igual fecha, la Ley N° 23.661 mediante la cual se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un Seguro Social, cuyo objetivo fundamental es el de proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva. La Ley coloca a las Obras Sociales como principales agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, bajo la supervisión de la Administradora Nacional de Servicios de Salud (ANSSAL) que más tarde sería remplazada por la Superintendencia de Servicios de Salud, creada por el decreto N° 1615/96. En su artículo N° 28 se

establece que los Agentes del Seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL (hoy la Superintendencia de Servicios de Salud) establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo con lo normado por la Secretaría de Salud, las prestaciones que deberán brindarse obligatoriamente.

En el año 1995 se dicta el Decreto Nº 492 donde su artículo 1º expresa que los beneficiarios comprendidos en la Ley N° 23.660 (Obras Sociales – Seguridad Social) tendrán derecho a recibir las prestaciones médico asistenciales que se establezcan en un programa que se denominará Programa Médico Obligatorio (PMO) y que será obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Mediante su artículo N° 2º se crea una Comisión Técnica, con participación de la ANSSAL (hoy la Superintendencia de Servicios de Salud) y la Confederación General del Trabajo. Esta Comisión tenía a su cargo formular el Programa y dictar las normas reglamentarias para su ejecución, las que debían ser sometidas a la aprobación del entonces Ministerio de Salud y Acción Social.

En fecha 17 de mayo de 1996 el proyecto presentado por la comisión redactora del Programa de Salud es aprobado por el Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la Resolución Nº 247, que describe las prestaciones mínimas y obligatorias para los Agentes del Seguro de Salud, que entrarían en vigencia a los ciento ochenta (180) días de su publicación en el Boletín Oficial. Esta Resolución es la clave del mínimo contenido prestacional de las Obras Sociales y de las empresas de medicina prepaga.

La ley N° 24.754, publicada en el Boletín Oficial el 2 de enero de 1997, obliga a las empresas de medicina prepaga a prestar a partir del 2 de abril de 1997 una cantidad de prestaciones médicas, por las cuales no se encontraban obligadas con anterioridad. Esta ley es sumamente resistida por dichas empresas puesto que ha equiparado sus obligaciones prestacionales a las de las Obras Sociales y asociaciones de Obras Sociales, agentes del seguro de salud, quebrando la ecuación financiera prestacional a la que estaban acostumbradas hasta su entrada en vigencia.

En el año 2000 el Ministerio de Salud de la Nación creó el Programa Médico Obligatorio (PMO) mediante la Resolución N° 939. En su dictado señalaba el Ministro de Salud que: “Es una política de Estado en Salud la determinación de un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto”.

En Marzo del 2002 se dicta el Decreto Nº 486 que declara la emergencia sanitaria nacional en virtud de la situación económico-financiera, y por ende social, que

atravesaba nuestro país. Dice el Decreto en su art. N° 18: "Facúltase al Ministerio de Salud para definir, dentro de los treinta (30) días de la vigencia del presente, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución del citado Ministerio Nº 939 del 24 de octubre de 2000 y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria. A esos fines se considerarán prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades, las que deben garantizar como prioridad el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia".

A raíz de este Decreto, el Ministerio de Salud firmó la Resolución Nº 201 en el mes de abril del mismo año que establece 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° 1º de la Ley Nº 23.660.

En el año 2005 el Ministerio de Salud de la Nación dicta la Resolución N° 1991 donde incorpora a los Anexos II y IV de la Resolución Nº 201/02 nuevas prestaciones y productos medicinales, estableciendo que el nuevo PMO, así conformado, comenzaría a regir a partir del 1º de enero de 2006.

Además, en el año 2007 el Ministerio consideró necesario ratificar que el PMO era el aprobado por Resolución Nº 1991/05 y que estaba vigente desde el 1º de enero de 2006, dictando así la Resolución N° 1714.

Finalmente, el 16 de mayo de 2011 se promulga la Ley N° 26.682 Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga (Subsector Privado de la Salud), imponiéndoles como obligación "cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias", (éstas últimas incluidas en el PMO).

El Programa Médico Obligatorio es un Programa de Salud que se refiere al conjunto de prestaciones esenciales que deben garantizar los responsables de la cobertura de salud a su población beneficiaria (en el sector de la Seguridad Social) y a sus usuarios (en el sector privado). La Resolución Nº 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación es la que, con sus modificaciones, ampliaciones e incorporaciones establece

el Programa Médico Obligatorio, siendo el Estado Nacional a través de la Superintendencia de Servicios de Salud el encargado de fiscalizar y controlar a las entidades responsables de garantizar su cobertura.

El Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto, se sostiene el principio de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención.

Entre sus objetivos están:

- Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud.
- Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud, la recuperación de la misma y la rehabilitación.

Las entidades responsables de brindar la cobertura, deben asegurar a sus beneficiarios que, mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garanticen las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico. En el caso de las empresas de medicina prepaga, éstas cubren el Programa Médico Obligatorio exclusivamente en sus planes cerrados, cuando actúa un profesional de la cartilla y sólo en los sanatorios contratados por ellos.

Siguiendo los conceptos vertidos en los considerandos de la Resolución N° 939/00 del Ministerio de Salud, el Programa Médico Obligatorio es el piso de un cúmulo de prestaciones que no tienen techo puesto que se pueden ampliar los límites de cobertura de acuerdo a necesidades individuales de los beneficiarios y/o usuarios de los respectivos sistemas.

Universidad de San Andrés

CAPÍTULO V: Ministerio de Salud de la Nación- Superintendencia de Servicios de Salud. Visión, misiones y objetivos – Análisis estructural

Para el presente análisis, es de suma importancia considerar la estructura organizativa mediante la cual el Estado evalúa y controla el efectivo cumplimiento de las normas y procedimientos y lleva a cabo las políticas públicas y objetivos que se ha impuesto en la materia.

5.1.Ministerio de Salud de la Nación y Superintendencia de Servicios de Salud - Misiones y objetivos

Analizando las competencias del Ministerio de Salud de la Nación, establecida por la Ley N° 22.520 y sus modificatorias, rápidamente se advierte que las mismas se relacionan con dos ejes fundamentales, uno es el de proveer prestaciones de salud a los sectores más desprotegidos, formulando, promoviendo y ejecutando planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible, mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos en el ámbito federal intra e intersectorial. Esto implica la protección de aquellos que han quedado excluidos del sistema de salud y no están afiliados a algún sistema de protección de la salud.

El segundo eje de sus competencias es su función rectora y de fiscalización en relación con el Sector Salud en su conjunto, especialmente en cuanto a la regulación de las estructuras, procesos y resultados implicados en la atención de la salud de la población, así como de aquellos elementos, productos y/o servicios con influencia directa sobre el estado de salud de las personas, teniendo en cuenta su impacto sanitario. Este objetivo es el de velar por la protección de la población afiliada a algún sistema de salud.

Con este contexto, en el marco rector y de fiscalización y mediante el Decreto N° 1615 de fecha 23 de diciembre de 1996 y sus modificatorios, se dispuso la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud, con personalidad jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera y en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

La Superintendencia de Servicios de Salud se constituyó como consecuencia de la fusión de tres (3) organismos en jurisdicción del Ministerio de Salud, el Instituto

Nacional de Obras Sociales, la Dirección Nacional de Obras Sociales y la Administración Nacional del Seguro de Salud, con la finalidad de permitir un correcto desenvolvimiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud, ya que algunos contenían objetivos, competencias, funciones y responsabilidades superpuestas.

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene entre sus objetivos el de regular y supervisar los Servicios de Salud, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población, afianzando el equilibro entre usuarios, prestadores y financiadores, en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social; controlar el funcionamiento del Sistema de Salud integrado por los Agentes del Seguro de Salud, de la Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales; aprobar las solicitudes de propuestas de ingreso al Sistema de Salud de las entidades que así lo soliciten y promover la intervención de las mismas para asegurar la continuidad y normalización de las prestaciones de salud; aprobar el Programa de Prestaciones Médicas; asegurar y controlar la libertad de elección de Obras Sociales de los beneficiarios del sistema, así como garantizar su acceso efectivo.

Pero los objetivos descriptos en el párrafo anterior deben realizarse dentro de la ejecución de un Plan Estratégico y planes operativos anuales, los que deben ser verificados en cuanto a su eficiencia y eficacia desarrollando, además, de aplicar las medidas correctivas para optimizar los resultados esperados. Dentro de su estructura organizativa[13], la Gerencia General entre otra de sus acciones tiene la de diseñar el sistema de seguimiento de los resultados de la gestión de las Gerencias y ejecutar el monitoreo.

Así también, la Gerencia de Control Prestacional debe aprobar y controlar la correcta gestión de los programas prestacionales de las entidades del Sistema de Salud que se ejecuten a través de efectores propios o contratados, como así también, controlar la fiscalización que realizan las entidades del Sistema de Salud sobre las prestaciones en relación a los programas asistenciales y garantía de calidad de la atención.

Por su parte, la Gerencia de Gestión Estratégica tiene como responsabilidad primaria la de administrar la información del funcionamiento del sistema y desarrollar

[13] En Anexo III se detalla la parte pertinente del Decreto 2710/2012 Anexos I y II "Estructura Organizativa de Primer Nivel Operativo de la Superintendencia de Servicios de Salud".

el conocimiento del desempeño del mismo y promover su permanente mejoramiento mediante regulaciones y acciones tendientes a optimizar los resultados y/o corregir desvíos a nivel global. Asimismo, dentro de sus acciones se encuentra la de evaluar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas así como ventajas comparativas y competitivas de los diferentes actores del sistema, con el objeto de identificar incertidumbres y promover medidas alternativas de prevención respecto de los riesgos involucrados.

Pero sin lugar a dudas, en la materia que nos ocupara, es la Gerencia de Atención y Servicio al Usuario del Sistema de Salud la que tiene como responsabilidad primaria la de promover acciones tendientes a fortalecer el ejercicio de los derechos de los usuarios y/o afiliados y controlar el cumplimiento de las normas de atención al usuario por parte de los Agentes de Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud. Debe, asimismo, ordenar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y gestionar dichas peticiones para lograr una creciente satisfacción por parte de los usuarios.

Para ello, entre sus acciones se encuentra la de evaluar niveles de satisfacción del beneficiario respecto de los servicios provistos por los prestadores a efectos de propiciar un mejoramiento permanente de los estándares de atención, a través de los estudios realizados por los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud, prestadores o por la propia Superintendencia de Servicios de Salud, por sí o por terceros, integrándolos y complementándolos con estudios de carácter general, sectorial, grupal y/o jurisdiccional, además debe ordenar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema de Salud a través de un centro de atención personalizada y telefónica. Asimismo, debe gestionar las presentaciones de los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, efectuar el seguimiento de las actuaciones hasta su conclusión y notificación de los resultados de las mismas a los usuarios peticionantes, procurando la satisfacción de las demandas presentadas. Además, dentro de sus acciones se encuentra la de promover en los usuarios, beneficiarios y/o afiliados el ejercicio de un adecuado nivel de exigencia sobre los servicios que reciben por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud y prestadores.

Se advierte así, que la conformación estructural de la Superintendencia de Servicios de Salud responde al modelo tradicional jerárquico – burocrático, con las consecuentes falencias producidas por el comportamiento de los distintos compartimentos que tienden a cerrarse sobre sí mismos, dificultando la inclusión del proceso de producción en su totalidad. De esta forma, el modelo tradicional jerárquico – burocrático tiende a eludir los enfoques orientados al usuario, a los productos y servicios ofrecidos, dejando de lado los flujos de procesos, generando así una perspectiva parcializada de las problemáticas.

De aquí, que esta estructura no ha sido considerada por el Estado suficiente para dar respuesta a las necesidades de servicios por parte de los usuarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud y ha buscado instrumentos de Gestión por Resultado, a través del accionar de Carta Compromiso con el Ciudadano.

5.2. Carta Compromiso con el Ciudadano - Defensoría del Usuario del Servicio de Salud – Modificaciones estructurales de la Superintendencia de Servicios de Salud

El Programa Carta Compromiso con el Ciudadano se originó en el año 2000, a partir de la idea de poner en primer plano el logro de resultados por parte de la Administración Pública, orientando la gestión del Estado al servicio de la ciudadanía. Tiene como finalidad principal mejorar la relación de la Administración Pública con los ciudadanos, especialmente a través de la calidad de los servicios que ella brinda. Con ese fin, el Programa promueve la instrumentación de procesos de mejora continua en los organismos públicos que permitan, en forma progresiva, permanente y constante en el tiempo, su receptividad a las demandas y necesidades de la población, así como la calidad de los servicios que se brindan para dar respuestas a las mismas.

Institucionalizado mediante el Decreto N° 229/2000, el Programa funcionó originalmente en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros y se implementó desde la Secretaría de Gabinete, organismo que ocupado del diseño, implementación y monitoreo de programas que propendan a la mejora de los servicios que se brindan al ciudadano, como así también de aquellos que fomenten la transparencia y accesibilidad con la gestión de gobierno. Esto constituyó, desde el inicio, un elemento facilitador de las actividades derivadas del Programa, debido a que, tanto su rol central estratégico en la estructura del Estado nacional, como su valoración positiva por parte de los organismos, funcionan como un aval significativo que favorece la realización de las

tareas inherentes al mismo. Actualmente la autoridad de aplicación es la Comisión para la Modernización del Estado, a través de la Secretaría para la Modernización del Estado de la Vicepresidencia de la Nación y la Subsecretaría de la Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete de Ministros, no habiendo restado importancia jerárquica al Programa.

En este marco, la Superintendencia de Servicios de Salud participó de Carta Compromiso con el Ciudadano planteándose como objetivo ser capaz de articular con todos los actores de la sociedad, atendiendo la defensa del beneficiario, asistiendo a los agentes del Seguro de Salud contribuyendo en forma innovadora, estableciendo compromisos de mejora continua que faciliten la gestión, aumentando la confianza del organismo estableciendo un mayor nivel de compromiso, sobre todo en la participación con el ciudadano.

Así y en respuesta a la responsabilidad asumida en la cuarta Carta Compromiso respecto a mejoras en la atención al público, no obstante encontrarse todos los mecanismos de penalidades previstos en las normativas vigentes por el incumplimiento de las Obras Sociales con los beneficiarios, con fecha 6 de noviembre de 2007 se dicta el Decreto N° 1547, mediante el cual se modifica la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud y se crea el cargo de Defensor del Beneficiario. Actualmente la denominación es la de Defensoría del Usuario de Servicios de salud, modificación realizada en oportunidad del dictado del Decreto N° 2710, del 28 de diciembre de 2012, como motivo de haberse dispuesto la absorción de la Administración de Programas Especiales dentro de la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, a efectos de asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales del Estado.

Es de hacer notar que en los considerandos del Decreto N° 1547, originario de la figura mencionada en el párrafo precedente, se expresa que dado que uno de los objetivos primordiales de la Superintendencia de Servicios de Salud es regular y supervisar, los Servicios de Salud, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población, afianzando el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social y que en el marco del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano, se establecieron las modalidades para asegurar la participación ciudadana y facilitar la presentación de reclamos y sugerencias, es que se crea la figura del Defensor del Beneficiario, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Agrega el Decreto que resulta necesario, a fin de mejorar la prestación de los servicios a los Beneficiarios en todo el ámbito nacional, establecer un área que coordine el accionar de las Delegaciones existentes en el interior del país. Además, el Decreto señala que de acuerdo con criterios modernos de administración de los sistemas sanitarios surge la necesidad de contar con un área que articule a todos los integrantes del Sistema de Salud. Consecuentemente, resultaba necesario reordenar las responsabilidades en el ámbito del citado organismo, con el objeto de posibilitar la correcta y más eficaz administración de los recursos del Estado aplicados a la política de salud, imponiéndose por ello la necesaria readecuación de la estructura organizativa vigente en ese momento.

Actualmente, la responsabilidad primaria de la Defensoría del Usuario de Servicios de Salud es la de asistir a los beneficiarios y/o afiliados de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud, en aquellas cuestiones atinentes a sus reclamos, en el marco del procedimiento previsto por la normativa vigente.

Ahora bien, si se analiza la Ley N° 23.661 se advierte que las responsabilidades primarias asignadas a la figura de la Defensoría del Usuario del Servicio de Salud son las mismas que la Ley mencionada le confiere expresamente a la Superintendencia y que ésta prevé sean realizadas, dentro de su estructura organizativa, por la Gerencia de Atención y Servicio al Usuario del Sistema de Salud.

También se podrían inferir inconsistencias al considerar algunas de las acciones de la Defensoría del Usuario de Servicios de Salud, conforme con las siguientes descripciones principales:

- Representar a los beneficiarios del Sistema de Salud en sede administrativa o judicial una vez agotado el procedimiento previsto por la normativa vigente y ante una orden emitida por el Superintendente de Servicios de Salud por vía de un acto administrativo.

- Representar a los beneficiarios de manera individual o colectiva.

- Coordinar los reclamos que formulen los beneficiarios de las Obras Sociales ante el Defensor del Pueblo de la Nación o ante el Defensor del Pueblo de las jurisdicciones locales que prevean su existencia.

- Atender la presentación de reclamos y recursos en Sede Administrativa por parte de los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud.

- Promover un ámbito de conciliación y mediación entre los afiliados y las entidades del Sistema de Salud, posibilitando la resolución alternativa de conflictos de forma voluntaria, extrajudicial y confidencial.

Se advierte aquí que la Defensoría del Usuario de Servicio de Salud debe atender los reclamos y recursos en la Superintendencia de Servicios de Salud realizados por parte de los beneficiarios, procurando su resolución ya sea dándole respuesta al beneficiario o denegando los reclamos del mismo. Al mismo tiempo, se le asigna la representación del beneficiario en la propia Superintendencia de Servicios de Salud de la cual forma parte y también se le confiere su representación judicial para actuar contra Resoluciones adoptadas por el organismo que representa.

No se establecen las condiciones de la representación llevada a cabo por la Defensoría del Usuario del Servicio de Salud, ni los límites de la misma. Además, no se encuentran definidas las responsabilidades del organismo en caso de un fallo adverso de los Tribunales de Justicia en relación a la pretensión del representado.

De estas circunstancias, nace el hecho de que existe claramente un reconocimiento de la falta de operatividad de la normativa punitiva, con que cuenta la Superintendencia de Servicios de Salud como herramienta para hacer cumplir las obligaciones de las Obras Sociales para con sus beneficiarios, o la ineficacia del organismo en su aplicación. Además, y lo que resulta aún más gravoso, es el hecho de la creación de una figura dentro del propio organismo de contralor del Estado para representar a los beneficiarios del sistema contra la inoperancia del mismo, ya sea en el ámbito administrativo o ante el Poder Judicial.

Por otra parte y a efectos de completar el análisis de las funciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, es importante considerar que en diciembre de 2011 la reglamentación de la Ley Nº 26.682 que establece el marco regulatorio de la medicina prepaga, puso en cabeza de la Superintendencia de Servicios de Salud las funciones y atribuciones de la Autoridad de Aplicación del Sistema que es regulado por el ordenamiento legal citado, ello significa que, el Estado a través del mencionado Organismo ejerce el control y fiscalización, no solo del subsector de la Seguridad Social, como venía haciéndolo, sino además del subsector privado, supervisando y controlando el cumplimiento de las obligaciones que la legislación aplicable exige a cada categoría de sujetos prestadores comprendidos en ella.

Por lo tanto, actualmente se han consolidado en un mismo organismo estatal las funciones regulatorias y de contralor y fiscalización de ambos subsectores, habilitando

a la población beneficiaria el reclamo ante quien, no sólo detenta el poder de reglamentar la actividad, sino también la facultad sancionatoria respecto del incumplimiento de sus obligaciones a las que se encuentran sujetos.

CAPÍTULO VI: Financiamiento del Sistema Nacional de Seguro de Salud

Para el presente análisis corresponde establecer los recursos que la normativa le asigna directamente a las Obras Sociales, como así también la composición y destino del Fondo Solidario de Redistribución, creado como mecanismos de equilibrio de desigualdades. Asimismo, se describe el sistema de recaudación, distribución y administración del Sistema de Obras Sociales y los organismos intervinientes. Finalmente, se analiza el presupuesto de la Superintendencia de Servicios de Salud, por ser el ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguridad de Salud y responsable de administrar el Fondo Solidario de Redistribución.

6.1.Recursos de las Obras Sociales

Según lo establece el artículo N° 16 de la Ley N° 23.660, los aportes y contribuciones con que cuentan las Obras Sociales, para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar, fundamentalmente están integrados por:

a) Una contribución a cargo del empleador, equivalente al cinco por ciento (5%) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia; y

b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, equivalente al tres por ciento (3%) de su remuneración. Asimismo, por cada beneficiarios a cargo del afiliado titular, aporta el uno y medio por ciento (1.5%) de su remuneración.

La recaudación para Obras Sociales es significativa ya que representa más de un quince por ciento (15%) de los recursos totales de la Seguridad Social, según puede apreciarse en el siguiente cuadro de elaboración propia, conformado en base a información que suministra la Administración Federal de Ingresos Públicos (Estadísticas – Estudios Informes de Recaudación) para los años 2013, 2014, 2015 Y 2016:

Recursos de la Seguridad Social en millones de pesos

Conceptos/ años	*2013*	%	*2014*	*%*	*2015*	*%*	*2016*	*%*
Contribuciones empleadores	135.406	44,41	175.248	43,83	237.264	43,58	324.235	44,79
Aportes empleados	89.935	29,50	117.228	29,32	158.315	29,08	212.743	29,39
Autónomos	4.480	1,47	5.981	1,50	7.967	1,46	Sin información	Sin información
Autónomos Monotributo - Seguridad Social	5.125	1,68	7.751	1,94	11.090	2,04	14.040	1,94
Obras Sociales	***46.416***	***15,22***	***61.145***	***15,29***	***81.753***	***15,01***	***108.665***	***15,01***
Riesgo del Trabajo	23.342	7,66	32.209	8,06	47.775	8,77	63.811	8,81
Seguro colectivo de vida	182	0,06	237	0,06	329	0,06	459	0,06
Totales	304.886	100	399.799	100	544.493	100	723.953	100,00

Los montos recaudados por las contribuciones y aportes mencionados se destinan a las Obras Sociales, con excepción del diez (10%), quince (15%) o veinte por ciento (20%) de los conceptos, según remuneraciones y clase de institución, montos que se aportan a la cuenta del Fondo Solidario de Redistribución.

Cabe señalar, que si bien las contribuciones y aportes en cuestión representan el ochenta y siete por ciento (87%) de los ingresos con que cuentan las Obras Sociales, el trece por ciento (13%) restante reconoce otras fuentes como pagos directos, cuotas de adherentes, cuotas voluntarias por planes superadores, etc.[14]

Conforme con la normativa vigente, las Obras Sociales deben destinar como mínimo, el 80% de los recursos brutos recibidos a la prestación de los servicios de atención de la salud, establecido por el seguro, a sus beneficiarios. Además, no pueden destinar más de un ocho por ciento (8%) de dichos montos para gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicios.

Los recursos de la Seguridad Social de las Obras Sociales han tenido una evolución a través del tiempo, como resultado de varios factores, que es importantes considerar. En tal sentido, en base a información suministrada por la Administración Federal de Ingresos Públicos (Estadísticas – Estudios Informes de Recaudación), se detallan los recursos de la Seguridad Social de las Obras Sociales de los últimos siete años, como así también los porcentajes de aumentos y sus causas con un análisis y elaboración propia:

[14] PNUD, CEPAL y OPS (2011), "Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011: El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros"

Recaudación Total de Obras Sociales (En millones de pesos)[15]

Conceptos/Años	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Recaudación	**19.610**	**27.007**	**36.001**	**46.416**	**61.145**	**81.753**	**108.665**
% de aumento	**0**	**37,72**	**33,3**	**28,94**	**31,72**	**33,7**	**32,92**

Las subas obedecen a:

✓ ***Incrementos en las remuneraciones.*** El crecimiento interanual de la remuneración bruta promedio alcanzó al veintitrés coma cuarenta por ciento (23,40%) en 2010, treinta coma noventa por ciento (30,90%) en 2011, veintinueve coma noventa por ciento (29,90%) en 2012, veintiséis coma sesenta por ciento (26,60%) en 2013, treinta y uno coma veinte por ciento (31,20%) en 2014, treinta y uno por ciento (31%) en 2015 y treinta y cinco coma veinte por ciento (35,20%) al segundo trimestre de 2016.

✓ ***Aumento de los cotizantes***[16] (Corresponde al mes del proceso). Se registró un incremento interanual de cinco coma setenta por ciento (5,70%) en 2010, cinco coma cincuenta por ciento (5,50%) en 2011, uno coma sesenta por ciento (1,60%) en 2012, uno coma cincuenta por ciento (1,50%) en 2013, tres coma setenta por ciento (3,70%) en 2014, dos coma noventa por ciento (2,90%) en 2015 y no se poseen datos exactos para el año 2016.

✓ ***Modificación de la base imponible***: con respecto al año 2010, el tope máximo de la base imponible de los aportes empleados pasó de siete mil ochocientos pesos ($7.800) a partir del 01/07/2008, con diversas modificaciones hasta once mil ochocientos veinte nueve coma veintiún pesos ($11.829,21) a partir del 01/09/2010. En relación al año 2011, el tope máximo de la base imponible de los aportes empleados y Obras Sociales pasó de nueve mil trecientos cincuenta y uno coma treinta pesos ($9.351,30), con diversas modificaciones, hasta dieciséis mil dos cientos trece coma setenta y dos pesos ($16.213,72) a partir del 01/09/2011. Para los años 2012, 2013, 2014, 2015 el tope máximo de base imponible de los aportes empleados y Obras Sociales fue del treinta y cinco coma treinta por ciento (35,30%), veintinueve coma noventa por ciento (29,90%), veintinueve coma veinte por ciento (29,20%), treinta y cinco coma

[15] La información de recaudación corresponde a la recaudación bancaria. Esta incluye los pagos en efectivo, cheques, Certificados de Crédito Fiscal y otros.

[16] Cotizante: trabajador por el que se registra el pago de una posición mensual excluyendo los casos en que se refiere únicamente a pagos por moratoria.

veinte por ciento (35,20%) superiores en los años respectivos y del veintinueve coma ochenta por ciento (29,80%) hasta el segundo trimestre de 2016.

Si bien los motivos de los aumentos de la recaudación corresponden a un estudio más profundo, en principio podría inferirse que responden a un aumento de la inflación, actualizaciones salariales y a la incorporación de aportantes relacionados con la inclusión de beneficiarios, como los correspondientes a monotributistas y a personal del servicio doméstico.

6.2.Fondo Solidario de Redistribución

El Fondo Solidario de Redistribución es un componente primordial del Sistema Nacional del Seguro de Salud, que nace junto con las Obras Sociales como elemento financiador del Sistema para equiparar prestaciones médico – asistenciales, en un contexto de solidaridad, introduciendo medidas de equidad.

El Fondo Solidario de Redistribución está creado en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, bajo su administración y está integrado por los siguientes conceptos:

Como base de conformación:

De las contribuciones y aportes previstos por los incisos a- (contribución a cargo del empleador, equivalente al cinco por ciento de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia) y b- (aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, equivalente al tres por ciento de su remuneración y uno y medio por ciento por cada beneficiarios a cargo del afiliado titular) del artículo N°16 de la Ley N°23.660 para las Obras Sociales, el diez por ciento (10%) por remuneraciones inferiores a dos mil cuatrocientos pesos ($2.400) y quince por ciento (15%) por remuneraciones superiores a ese monto y para las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios quince por ciento (15%) por remuneraciones inferiores a dos mil cuatrocientos pesos ($2.400) y veinte por ciento (20 %) por remuneraciones superiores a ese monto.

Como conceptos diferenciados:

Los aportes que se determinen en el Presupuesto General de la Nación, discriminados por jurisdicción adherida y los de éstas, con destino a la incorporación de la población sin cobertura y carente de recursos.

Como conceptos adicionales:

El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza que superen los aportes obligatorios; reintegros de los préstamos; los montos reintegrados por apoyos financieros que se revoquen con más su actualización e intereses; el producido de multas; las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo; los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al Fondo Solidario de Redistribución; el aporte del Tesoro Nacional que, según las necesidades adicionales de financiación del seguro, determine el Presupuesto General de la Nación; con el cinco por ciento (5%) de los ingresos que por todo concepto, perciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; los aportes que se convengan con las Obras Sociales de las jurisdicciones, con las asociaciones mutuales o de otra naturaleza que adhieran al sistema; los saldos del Fondo de Redistribución creado por el artículo N°13 de la ley N° 22.269 (anterior régimen de Obras Sociales ya derogado, pero se incluye por montos residuales), así como los créditos e importes adeudados al mismo.

Adicionalmente, se incorporan a la integración del Fondo Solidarios de Redistribución medidas que hacen a la equidad en un sentido de inclusión:

- Por Resolución N° 190/90 INOS se establece la obligación de ingresar al Fondo Solidarios de Redistribución por los beneficiarios adherentes, el porcentaje correspondiente de la cuota del diez por ciento (10%) o del quince por ciento (15%) cuando se trate de Obras Sociales Sindicales o de Personal de Dirección, respectivamente.
- La Ley N° 25.865 establece para los monotributistas el aporte con destino al sistema Nacional del Seguro de Salud, de los cuales un diez por ciento (10%) se destina al Fondo Solidario de Redistribución.
- La Ley N° 26.063, que regula el Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, destina el diez por ciento (10%) de los aportes establecidos para el Sistema Nacional del Seguro de salud al Fondo Solidario de Redistribución.
- Diversos casos como el Convenio con el Gobierno Español, en el que se establecen las transferencias a realizar a las Obras Sociales que incluyan prestaciones de residentes españoles en nuestro país, prevé que las mismas aporten al Fondo Solidario de Redistribución.

Universidad de San Andrés

Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución se destinan en un sentido de equilibrio de desigualdades, conforme con lo siguiente:

a) Con la integración de **los conceptos diferenciados**, que conforman el Fondo Solidario de Redistribución, se brinda apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas, con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos.

b) Los montos recaudados por los **conceptos de base de conformación,** que integran el Fondo Solidario de Redistribución, se distribuyen como Subsidio Automático Nominativo (SANO) entre los agentes en un porcentaje no menor al setenta por ciento (70%), previa deducción de un cinco por ciento (5%) o excepcionalmente seis por ciento (6%) para gastos administrativos y de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud y los que se asignen al Sistema Único de Reintegros (anterior sistema de Administración de Programas Especiales), a través de la Ley de Presupuesto para cada año. Esto se realiza con el fin de subsidiar a aquellos agentes que, por todo concepto, perciben menores ingresos promedio por beneficiario obligado y con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria. Asimismo, por Decreto N° 1901/06, se aprueba la Matriz de Ajuste por Riesgo en la que se tiene en cuenta, para la estimación, la valoración del gasto por sexo y edad de la población beneficiaria, realizándose de esta manera una estimación por grupo demográfico con características epidemiológicas similares. El Decreto mencionado, también prevé que los beneficiarios declarados en el Régimen Nacional de Obras Sociales tengan derecho a la Distribución por Ajuste de Riesgo, cuando los titulares de afiliación pertenezcan al cuarenta por ciento (40 %) de titulares de menor contribución por grupo familiar.

También sobre los **conceptos de base de conformación**, mediante el dictado del Decreto N° 1609 del 5 de septiembre de 2012, se instituye el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) correspondiente a la distribución automática del seis por ciento (6%), conforme con lo siguiente:

a) Un veinte por ciento (20%) se distribuye en partes iguales a todos los Agentes con más de cinco mil (5.000) afiliados.

b) Un ochenta por ciento (80%) se distribuye en forma directamente proporcional al número de afiliados de cada Agente.

Complementariamente, los Agentes de menos de cinco mil (5.000) afiliados, cuyo ingreso mensual promedio por afiliado resulta inferior al ingreso mensual

promedio por afiliado de todo el sistema, calculado luego de la aplicación de los componentes anteriores, recibe, además, una compensación económica mensual que le permite alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema.

Asimismo, se indica que el monto del subsidio que reciban los Agentes de más de cincuenta mil (50.000) afiliados no puede ser menor al uno y medio por ciento (1,5%) del total de su recaudación.

Con igual sentido, sobre los **conceptos de base de conformación** y mediante el dictado del Decreto N° 1368/2013 se crea el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) destinado a complementar la financiación de los regímenes de Trabajadores de Casas Particulares y al Régimen Simplificado Para Pequeños Contribuyentes (Monotributo, Monotributo Social y Monotributo Agropecuario), mediante la distribución del uno y medio por ciento (1,5%). En el mencionado Decreto también se instituye el Subsidio para Mayores de Setenta Años (SUMA 70), destinado a complementar la financiación de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud en relación a los afiliados de setenta (70) o más años, mediante la distribución automática de cero coma setenta por ciento (0,70%), excluyéndose al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

c) Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, de conformidad con lo que determine la Superintendencia de Servicios de Salud.

d) Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro.

6.3.Recaudación, distribución y administración del Sistema Nacional de Salud.

Como fuera expresado oportunamente, mediante el Decreto Nº 1615/96 se dispuso la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud, como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en Jurisdicción del Ministerio de Salud, con personalidad jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera y en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguridad de Salud.

Dentro de los objetivos que, por Decreto N° 2710/12, se fijaron para la Superintendencia de Servicios de Salud se encuentra el de implementar, reglamentar y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, dirigiendo

todo su accionar al fortalecimiento cabal de la atención de la salud de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, destinando todos los recursos disponibles para la cobertura de subsidios por reintegros por prestaciones de alto impacto económico y que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones.

Por otra parte, se encuentra vigente el Decreto N° 2284/1991 el cual, con una visión de eficiencia y con el objeto de centralizar la recaudación de la seguridad social y evitar la superposición de funciones entre distintos organismos, crea el Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) y se instituye la Contribución Unificada de la Seguridad Social (CUSS), que incluye los aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia y de los empleadores con destino a la Subsecretaría de Servicios de Salud. El Decreto mencionado, establece que las sumas ingresadas como CUSS y sus accesorios sean registrados y distribuidos en la proporción que corresponda a cada uno de los regímenes, organismos o fondos que la integran.

A partir del dictado del Decreto N° 292/95, en un sentido de eficiencia se produce la descentralización de la recaudación, distribución y administración del Sistema de Seguridad Social en tres organismos distintos la Administración Federal de Ingresos Públicos, el Banco de la Nación Argentina y la Superintendencia de Servicios de Salud, con la siguiente competencia de cada uno de ellos:

- La recaudación y fiscalización de las contribuciones, aportes y recursos de distinta naturaleza se encuentran en cabeza de la Administración Federal de Ingresos Públicos quien, además, en virtud del Decreto N° 507/93 también tiene la responsabilidad de la ejecución judicial de los recursos de la seguridad social que ella recaude.
- La distribución automática, prevista por la normativa para las distintas Obras Sociales, la realiza el Banco de la Nación Argentina por cuenta y orden de la Superintendencia de Servicios de Salud, según lo instituido por Resolución N° 171/95 de la Secretaría de Hacienda. La Resolución instruye a la Tesorería General de la Nación a autoriza la apertura, en el Banco de la Nación Argentina, de una cuenta denominada “Fondo Solidario de Redistribución-Decreto N° 292/95” en la cual la Administración Federal de Ingresos Públicos debe depositar la totalidad de los recursos destinados al Fondo Solidario de Redistribución e informar al Banco de la Nación Argentina los montos totales que debe girar a las Obras Sociales, en concepto

de integración automática, remitiendo idéntica información a la Superintendencia de Servicios de Salud y a cada Obra Social en la proporción de su participación. El Banco de la Nación Argentina, el último día hábil de cada mes debe girar a cada Obra Social lo que le corresponde en concepto de integración automática.

- El Banco de la Nación Argentina, trimestralmente, tiene la responsabilidad de girar a la Superintendencia de Servicios de Salud, según instrucciones de la Subsecretaría de Presupuesto, las cuotas de programación de la ejecución presupuestaria asignadas. La presupuestación en cuestión responden al resto de los conceptos que integran el Fondo Solidario de Redistribución no mencionados en los incisos anteriores, siendo también responsabilidad del Organismo la fiscalización y ejecución judicial de lo adeudado por los mismos.

Es importante señalar que sólo se presupuestan los recursos del Fondo Solidario de Redistribución destinados a la Superintendencia de Servicios de Salud y se imputan, las que efectivamente realiza la Administración Federal de Ingresos Públicos, según los cupos que determina la Secretaría de Hacienda, Consecuentemente, con este proceder se debilita el sistema de control interno de la operatoria en su conjunto, dificultando el seguimiento y control tendientes a asegurar la corrección de los procedimientos, la verificación de los objetivos de creación del Fondo Solidario de Redistribución y diluyendo responsabilidades de los entes intervinientes. Tal es así que, como se expresa en los considerandos del Decreto N° 908/16, "en los últimos años se fue acumulando en el Fondo Solidario de Redistribución una significativa reserva de capital disponible —originado en la Administración de Programas Especiales— como consecuencia de la inobservancia de las disposiciones legales vigentes en la materia"

6.4.Presupuesto Superintendencia de Servicios de Salud

6.4.1. Análisis de recursos

Dentro de los lineamientos señalados precedentemente, para el año 2017 la mayoría de los recursos presupuestados para la Superintendencia de Servicios de Salud corresponden a los aportes y contribuciones que, según fuera indicado con anterioridad, conforman el Fondo Solidario de Redistribución detraídos los distintos subsidios (SANO, SUMA, SUMARTE y SUMA 70), tal el siguiente detalle de elaboración propia en base a información recabada de la Oficina Nacional e Presupuesto:

RECURSOS POR RUBROS		
Ingresos no Tributarios		***116.400.000***
Derechos	60.000.000	
Multas por infracciones	6.000.000	
Afectaciones y Devoluciones	2.400.000	
Otros no especificados	48.000.000	
Aportes y contribuciones		***11.704.370.446***
Intereses por depósitos		***50.400.000***
TOTAL DE RECURSOS POR RUBRO		**11.871.170.446**

Si se analiza la comparación de los recursos presupuestados con los realmente ingresados detallados por rubro, durante los ejercicios desde el año 2010 al año 2016, existe una diferencia no menor en lo efectivamente recaudado en relación con lo presupuestado que en promedio es del orden del cuarenta y tres por ciento (43%), mostrando inestabilidad de variaciones en todos los años. Para el año 2014 la diferencia se acorta hasta el doce por ciento (12%), siendo casi inexistente para el año 2015, mientras que para el año 2016 la recaudación supera en más del doble a lo presupuestado. Las variaciones responden básicamente a los recursos por aportes y contribuciones por ser el concepto de mayores valores comparativos. No obstante, es dable señalar que los ingresos no tributarios muestran una marcada diferencia que supera en promedio el cincuenta y seis por ciento (56%) para los ejercicios 2010-2013 y cuya brecha va aumentado a niveles del noventa y cinco por ciento (95 %) promedio para los años 2014-2016, también menor lo recaudado con relación a lo presupuestado. Por el contrario la Renta de la Propiedad, presenta una diferencia en promedio mayor de lo recaudado en relación con lo presupuestado con un promedio totalmente inestable del 80%, siendo para el año 2016 los ingresos muy superiores a los presupuestados.

Ahora bien, existen grandes diferencias de ingresos reales de aportes y contribuciones y de rentas de la propiedad durante el año 2016, las que responden a la implementación de lo dispuesto por el Decreto N° 908/16 mediante el cual se establece un régimen excepcional de distribución de los recursos acumulados al 28 de julio de 2016 en el Fondo Solidario de Redistribución, que no fueran oportunamente aplicados conforme la normativa vigente, deducido el monto no distribuido correspondiente al año 2015. Como fuera expresado con anterioridad, se dispone la afectación, por única vez, de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución la suma de pesos ocho mil millones ($8.000.000.000) con destino a la financiación de la estrategia de Cobertura

Universal de Salud. Además, se dispone la afectación, por única vez, de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución la suma de pesos cuatro mil quinientos millones ($4.500.000.000) con destino a la conformación del Fondo de Emergencia y Asistencia de los agentes del seguro de salud descriptos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660 y sus modificatorios y para los objetivos específicos que determina la normativa.

Por el saldo remanente de pesos catorce mil doscientos sesenta y siete millones novecientos trece mil ochocientos setenta y cinco con noventa y seis centavos ($14.267.913.875,96), se suscriben valores de mercado que no afectan los saldos pero sí sus intereses que se liquidan a favor de la Superintendencia del Servicio de Salud y que se ven reflejados en el aumento de la renta de la propiedad.

Se presenta a continuación la comparación de los recursos presupuestados con los realmente ingresados detallados por rubro, durante los ejercicios desde el año 2010 al año 2016, en el cuadro de elaboración propia sobre información recabada de la Oficina Nacional de Presupuesto:

Superintendencia de Servicios de Salud 2010-2016. Recursos por Rubro Presupuestados e Ingresados

Los valores se expresan en millones de pesos y el cálculo de índices se explican en Anexo I

Índice de deflac-tación al 12/2016	Concepto	Recursos Totales			Ingresos no Tributarios			Aportes y Contribuciones			Rentas de la Propiedad		
	Años	Presu-puesto	Ingreso	Diferencia %	Presu-puesto	Ingreso	Diferencia %	Presu-puesto	Ingreso	Diferencia %	Presu-puesto	Ingreso	Diferencia %
2,8	2010	5.050,19	3.346,11	-34%	74,96	34,66	-54%	4.947,01	3.244,64	-34%	28,22	66,81	137%
2,49	2011	4.747,11	3.044,70	-36%	66,53	27,71	-58%	4.640,39	2.908,74	-37%	40,19	108,24	169%
2,2	2012	5.173,96	2.150,72	-58%	41,14	24,93	-39%	5.075,33	2.031,44	-60%	57,49	94,36	64%
1,91	2013	6.211,64	3.458,86	-44%	45,94	12,40	-73%	6.110,82	3.374,89	-45%	54,89	71,57	30%
1,49	2014	4.884,06	4.293,24	-12%	184,16	6,08	-97%	4.652,79	4.222,69	-9%	47,10	64,47	37%
1,35	2015	7.649,06	7.721,89	1%	316,44	17,08	-95%	7.285,68	7.637,34	5%	46,94	67,47	44%
	2016	10.640,02	24.101,38	127%	152,40	6,52	-96%	10.449,37	21.651,17	107%	38,25	2.443,69	6289%
	totales	44.356,04	48.116,90	-8%	881,57	129,38	-85%	43.161,39	45.070,91	4%	313,08	2.916,61	832%

6.4.2. Análisis de gastos

En cuanto a los gastos previstos para el ejercicio 2017 los mismos, según su apertura programática, están conformados en su mayoría por la Asistencia Financiera a Agentes de la Seguridad Social, conforme el siguiente detalle de elaboración propia de programas y categorías equivalentes en base a la información recabada de la Oficina Nacional de Presupuesto:

APERTURAS PROGRAMÁTICAS DEL GASTO	
Actividades Centrales	**527.414.838**
Regulación y Control del Sistema De Salud	**138.788.850**
Asistencia Financiera a Agentes de la Seguridad Social	**5.171.943.211**
Erogaciones Figurativas	**14.675.650**
TOTAL DEL GASTO	**5.852.822.549**

Actividades Centrales, Servicio Administrativo Financiero:

En esta categoría se incluyen los gastos de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, los destinados a trazar las políticas del área y los derivados de las actividades de dirección y apoyo administrativo. A efectos de una comparación consistente este concepto se incorpora al programa Regulación y Control del Sistema de Salud, ya que recién se empieza a discriminar a partir del año 2013.

Regulación y Control del Sistema de Salud:

A través de este programa se viabiliza la normatización, regulación, fortalecimiento de la supervisión, fiscalización y control de los Agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, incluidas las Empresas de Medicina Prepaga. Entre las acciones más destacadas cabe mencionar la fiscalización del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio, de la mayor cobertura por parte de los Agentes del Seguro de Salud en los medicamentos para patologías crónicas, del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, de la cobertura de las prestaciones para pacientes de HIV, drogodependientes y discapacitados, del ejercicio de la libre opción de Obras Sociales por parte de los beneficiarios, del régimen de débito automático con relación al Hospital Público de Gestión Descentralizada y a los Agentes del Seguro de Salud con efectores propios.

De la comparación correspondiente a los ejercicios desde el año 2010 al año 2016 de los gastos presupuestados y devengados del presente Programa, según surge del cuadro de elaboración propia en base a información existente en la Oficina Nacional de Presupuesto que se presenta a continuación, se puede apreciar que, en general, existe una sub-ejecución no excesivamente representativa, a excepción del año 2014 con una sub-ejecución del treinta y dos por ciento (32%) y del año 2016 con una sub-ejecución importantísima del setenta y siete por ciento (77 %):

Regulación y Control del Sistema de Salud

(1)Los valores se expresan en millones de pesos y el cálculo de índices se explican en Anexo IV

Índice de deflactación al 12/2016	*Años Conceptos*	*Presupuesto*	*Compromiso*	*Devengado*	*Pagado*	*% Devengado*
2,80	***2010***	229,91	193,09	191,27	163,72	83,19%
2,49	***2011***	243,05	211,28	199,65	176,54	82,14%
2,20	***2012***	291,70	279,09	274,89	233,99	94,24%
1,91	***2013***	387,52	362,92	356,52	320,29	92,00%
1,49	***2014***	589,61	399,56	399,56	361,86	67,77%
1,35	***2015***	174,16	152,16	145,98	132,25	83,82%
	2016	431,16	100,88	98,89	88,57	22,94%

Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud (Actual Sistema único de Reintegros SUR*)*:

Este programa intenta asegurar que todos los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud (comprendidos en la Ley Nº 23.661) tengan acceso a las prestaciones de alto impacto económico y baja incidencia, y a la atención de patologías crónicas de cobertura prolongada. Para cumplir con ese objetivo se llevan adelante las acciones necesarias para la financiación de diversas prestaciones médicas de trasplantes e intervenciones de alta complejidad y tratamientos.

De la comparación correspondiente de los ejercicios desde el año 2010 al año 2016 de los gastos presupuestados y devengados del presente Programa, según surge del cuadro de elaboración propia en base a información existente en la Oficina Nacional de Presupuesto que se presenta a continuación, se puede apreciar que existe una sub-ejecución que, a excepción del año 2012, no representa valores importantes. Con respecto al año 2012 es dable destacar que por Decreto N° 366/12 se transfiere a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud, como organismo desconcentrado, la Administración de Programas Especiales (Actual sistema Único de Reintegros), el que hasta ese momento llevaba adelante sus funciones como organismo descentralizado actuante en el ámbito del Ministerio de Salud. Esta situación de adecuación puede haber influido en la ineficiencia presupuestaria del período:

Superintendencia de Servicios de Salud - Programa Asistencia financiera a agentes del seguro de salud

(1)Los valores se expresan en millones de pesos y el cálculo de índices se explican en Anexo IV

Índice de deflactación al 12/2016	*Años Conceptos*	*Presupuesto*	*Compromiso*	*Devengado*	*Pagado*	*% Devengado*
2,80	***2010***	2.963,94	2.888,14	2.887,81	2.840,63	97,43%
2,49	***2011***	2.655,11	2.602,32	2.602,30	2.593,16	98,01%
2,20	***2012***	2.546,63	1.423,88	1.385,93	1.339,49	54,42%
1,91	***2013***	2.871,21	2.864,54	2.848,96	2.489,47	99,23%
1,49	***2014***	3.622,98	3.569,53	3.569,53	3.538,03	98,52%
1,35	***2015***	5003,33	4977,85	4976,76	4930,09	99,47%
	2016	8350,04	8332,81	8332,28	8314,05	99,79%

Erogaciones Figurativas: Responden a transferencias devengadas realizadas al Ministerio de Salud que carecen de relevancia para el presente análisis.

6.4.3. Análisis de las diferencias entre recursos y gastos

La diferencia entre la presupuestación de recursos y gastos del años 2017 se aplica a montos que no se proyectan gastar en el ejercicio, así un importe está asignado a disponibilidades y el monto restante corresponde a expedientes por prestaciones en trámite que, se entiende, no serán cancelados durante el ejercicio por lo que se incluyen como cuentas a pagar, según el siguiente detalle de elaboración propia en base a la información recabada de la Oficina Nacional de Presupuesto:

APLICACIONES FINANCIERAS	
Incremento de Caja y Bancos	**4.342.167.897**
Disminución de otras cuentas a pagar a largo plazo	**1.676.180.000**
TOTAL APLICACIONES FINANCIERAS	**6.018.347.897**

Si bien, se ha expresado que no existe sub o sobre-ejecución presupuestaria general del gasto, salvo algunas excepciones, es dable volver a destacar que en relación con el Fondo Solidario de Redistribución sólo se presupuestan los correspondientes a la Superintendencia de Servicios de Salud. Así y según lo indicado precedentemente, para el presupuesto del ejercicio 2017 se preveía asignar para gastos a la Superintendencia de Servicios de Salud casi un cincuenta por ciento (50%) menos de los recursos que se preveía correspondían transferir a la misma, es decir que no se aprecia la normalización

de las transferencias que por el Fondo de Redistribución le corresponde a la Superintendencia de Servicios de Salud. Igual situación puede apreciarse en los Presupuestos Ajustados (Presupuesto original incluyendo modificaciones) para los ejercicios desde el año 2010 al 2016, donde las diferencias en menos son de gran importancia y representan parte de la evidencia de la acumulación de fondos no distribuidos a los que hace mención el Decreto N° 908/16, según surge del cuadro de elaboración propia en base a información existente en la Oficina Nacional de Presupuesto que se presenta a continuación:

Superintendencia de Servicios de Salud -Presupuestos Ajustados comparación de Recursos y Gastos

(1)Los valores se expresan en millones de pesos y el cálculo de índices se explican en Anexo IV

Índice de deflactación al 12/2016	Años/Conceptos	*Recurso*	*Gastos*	*Diferencia*	% Diferencia
2,80	***2010***	4.942	3.195	1.747	35,35
2,49	***2011***	4.661	2.898	1.763	37,82
2,20	***2012***	5.104	2.838	2.266	44,40
1,91	***2013***	5.478	3.258	2.219	40,52
1,49	***2014***	4.884	4.212	672	13,76
1,35	***2015***	7.649	7.479	170	2,22
	2016	10.640	9.327	1.313	12,34

Consecuentemente, la previsión de no asignación de los recursos que corresponden a la Superintendencia de Servicios de Salud perjudica al sistema de salud, y demuestra que:

a) Los montos previstos en Caja y Bancos pueden responder a una previsión de utilización de fondos, por parte de la Secretaría de Hacienda, en función de la programación financiera elaborada por la Tesorería General de la Nación, según lo previsto por el artículo N° 80 del Decreto N° 1334/04 regulatorio de la Ley ° 24.156 del Sistema de Administración Financiera y Sistema de Control del Sector Público Nacional.
b) La previsión de expedientes por prestaciones, que ya se entiende no vencerán en el ejercicio presupuestado, pondría al descubierto una falla de eficiencia.

Por otra parte, si se analizan los presupuestos ejecutados, las diferencias entre los recursos y los gastos se encuentran en el orden del siete por ciento (7%) u ocho por ciento (8%), a excepción del ejercicio 2012, año en que se transfirió a la Superintendencia de Servicios de Salud la Administración de Programas Especiales, donde el porcentaje sube a casi el veintitrés por ciento (23%) y el año 2016 donde se

acreditan recursos retenidos del Fondo Solidario de Redistribución y no llegan a ser utilizados por lo que habría una falta de eficiencia en la ejecución del gasto de carácter menor. La información en cuestión surge del análisis del cuadro de elaboración propia en base a información existente en la Oficina Nacional de Presupuesto que se presenta a continuación:

Superintendencia de Servicios de Salud -Ejecución Presupuestaria comparación de Recursos y Gastos

(1)Los valores se expresan en millones de pesos y el cálculo de índices se explican en Anexo IV

Índice de deflactación al 12/2016	Años/Conceptos	Recursos	Gastos	Diferencia	% Diferencia
2,8	*2010*	3.346	3.080	266	7,95
2,49	*2011*	3.045	2.801	244	8,01
2,2	*2012*	2.152	1.661	491	22,80
1,91	*2013*	3.459	3.205	254	7,34
1,49	*2014*	4.293	3.968	325	7,57
1,35	*2015*	7.722	7.370	352	4,56
	2016	24.101	8.890	15.211	63,11

De lo aquí expuesto surge que la intervención del Estado en cuanto al financiamiento, provisión y regulación de las políticas públicas de asignación de recursos al Sistema de Seguridad Social se plasma en una sistema cada vez más complejo y, por lo tanto, más difícil de ser controlado.

Si bien la función estabilizadora de asignación de recursos y redistributiva del Estado es indispensable en el tema abordado, para compensar las fallas de mercado, su injerencia no garantiza la inexistencia de fallas del Estado.

Debido a la importancia y sensibilidad del tema en cuestión, las limitaciones del accionar del Estado deben considerarse con una atención especial, para lo cual la transparencia es el basamento fundamental.

La información que posee el Estado no es completa y así su accionar puede producir superposiciones o exclusiones no deseadas, tomando en cuenta además que la complejidad de la normativa conspira a favor de ello. El Estado no tiene un control total de los agentes que intervienen en el sistema, en especial sobre las Obras Sociales, por lo que el sistema instaurado debe ser aceptado y tener el poder de autocontrol. Las burocracias que implementan los sistemas tampoco son controladas totalmente, en consecuencia es deseable la existencia de un control cruzado por parte de los organismos que lo integran. Además, es necesario que el sistema se afiance en el tiempo, a efectos

de no ser influenciado por los procesos políticos, para lo cual los agentes intervinientes deben coadyuvar en su cumplimiento.

Muchas son las causas que conspiran contra la eficiencia y equidad en la concepción del sistema del Seguro Nacional de Salud, si bien las distintas previsiones reducen los riesgos que sufren las personas trasladándolos a aquellos que se encuentran en mejores condiciones para asumirlos, se crea la figura del tercero pagador, dado que el beneficiario de la prestación no es el que paga el servicio, existiendo entonces el riesgo de la sobre-prestación de servicios debido a una demanda inducida. Por otra parte y como contracara, el pago capitado si bien es una herramienta para establecer un techo de gasto, no está exenta de sub-prestaciones como mecanismo de maximización de ingresos del proveedor de atención médica. Las decisiones que tomen los agentes que conforman el sistema son fundamentales, como así también las de los organismos de control ya que de ellos depende la viabilidad del mismo.

Como surge de lo expresado, actualmente el Fondo Solidario de Redistribución tiene dos aspectos, uno de reaseguro y otro que es el de redistribución.

En cuanto al aspecto de reaseguro, se encuentra implementado el Sistema Único de Reintegros (SUR), mediante el cual las Obras Sociales tramitan la recuperación de las prestaciones de alto costo económico y de baja incidencia, como así también las correspondientes a la atención de patologías crónicas de cobertura prolongada.

En relación con la función distributiva, existen implementados distintos subsidios como el Subsidio Automático Nominativo (SANO), que compensa a las Obras Sociales cuyos afiliados no llegan al mínimo de la matriz de riesgo, el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), el cual compensa a las Obras Sociales cuyos afiliados tienen menores ingresos y en especial a las entidades que tienen menos cantidad de afiliados. En el mismo orden se encuentran el Subsidio de Mitigación de Asimetrías del Régimen de Trabajo Especial (SUMARE), para trabajadores monotributistas, sociales y agropecuarios, y de casas particulares, y el correspondiente a mayores de setenta (70) años (SUMA 70).

Mediante la aplicación de los distintos subsidios se observa un criterio de igualitarismo moderado en la asignación del gasto, tratando de maximizar la utilidad minimizando las brechas sociales, es decir acortando las distancias entre los que más tienen y los que menos tienen en la cobertura de su salud. No obstante, la implementación de distintas medidas en forma aislada no conforma un sistema

consolidado, que garantice la eficiencia y la equidad que impacte en el sistema en su conjunto.

El sistema de financiamiento del Sistema Nacional de Salud es la base sobre la cual partir para que todos los beneficiarios sean cubiertos en sus necesidades de salud, sin que sea necesario, en muchos casos, que ellos mismos breguen por la cobertura de prestaciones de alto impacto, situación producida por una desigualdad en base a una asimetría de conocimientos para el logro de las prestaciones.

Sería indispensable implementar una normativa clara que defina la competencia de cada uno de los organismos que intervienen en la operatoria del Fondo Solidario de Redistribución, como así también su incorporación presupuestariamente tal que la misma refleje en forma completa y detallada los recursos y los gastos asignados, expresando también el origen y aplicación de los fondos del sector.

Los montos recaudados con destino al Sistema de Seguridad Social tienen que ser asignado al mismo sin fugas ni dilaciones, tal que derramen en forma oportuna en los distintos estamentos de la sociedad.

CAPÍTULO VII: Reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales – Instancia administrativa

En la Superintendencia de Servicios de Salud indican que diariamente reciben cientos de reclamos por incumplimiento de la Obras Sociales por prestaciones a sus beneficiarios. Estos reclamos, muchas veces, son solucionados con la intervención del organismo mediando el asesoramiento a los beneficiarios.

No obstante lo indicado precedentemente, existen diversos casos en los que las Obras Sociales resisten el cumplimiento de obligaciones legales respecto de la atención de ciertas enfermedades o la cobertura de otras prestaciones de índole médico asistencial, conducta que da origen al respectivo reclamo formal de los beneficiarios. Es así que directamente se niega el suministro de cierta medicación, provisión de prótesis o la cobertura de determinados tratamientos.

7.1. Procedimientos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales – Penalidades

Para los supuestos mencionados precedentemente, el 23 de julio de 1998 se publica en el Boletín Oficial la Resolución N° 75 de la Superintendencia de Servicios

de Salud, mediante la cual se aprueba un procedimiento administrativo de reclamos, frente a hechos o actos de los agentes del Seguro de Salud, que afecten o puedan afectar la normal prestación médico asistencial.

Dado que la Superintendencia de Servicios de Salud, entre otras funciones, debe fiscalizar el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio, el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica, el ejercicio del Derecho de Opción y la adecuada atención a los beneficiarios del sistema, se establecen procedimientos destinados a dar solución a los reclamos que se formulan garantizando celeridad y asegurando los derechos de los reclamantes.

Se instaura un procedimiento sumarísimo de formulación y solución de reclamos que pretende ajustarse a los principios de legalidad, informalidad, celeridad e inmediatez.

La presentación del reclamo debe hacerse personalmente, por apoderado o por correspondencia y puede presentarse ante el mismo agente del seguro de salud o ante la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante formularios predeterminados, a los que puede accederse a través de la página de internet de la Superintendencia de Servicios de Salud. Mínimamente debe adjuntarse al reclamo DNI, CUIL o CUIT, últimos recibos de sueldo, últimos pagos de monotributo y/o servicio doméstico de corresponder, carnet de la Obra Social, diagnóstico médico en original y copia, prescripción actualizada del médico tratante de la Obra Social y toda otra documentación que haga a su derecho en original y copia.

Se debe certificar la recepción del formulario y entregar la correspondiente copia debidamente sellada, firmada por persona autorizada y haciéndose constar el número de expediente en el que tramitará el reclamo. Asimismo las Obras Sociales deben llevar un Registro de Denuncias donde consten los datos primordiales de las mismas, información que se debe remitir a la Superintendencia de Servicios de Salud mensualmente. La Superintendencia de Servicios de Salud, por los reclamos recibidos en la misma también debe llevar un registro especial y remitir en el plazo de cuatro (4) días las actuaciones a la Obra Social correspondiente.

A partir de la presentación del reclamo, el agente del seguro tiene un plazo de quince (15) días para resolverlo. Dicha respuesta debe ser entregada, en forma personal, al reclamante o a quien lo represente, o remitida por Carta Documento, informando al reclamante que siempre tiene la posibilidad de insistir con su reclamo ante la

Superintendencia de Servicios de Salud. Este reclamo debe hacerse dentro de los diez (10) días corridos de notificado el informe de solución del caso.

Para los supuestos de urgencia médica en los que la normal tramitación del procedimiento pudiera poner en peligro la vida o la salud del reclamante, la solución debe ser brindada de inmediato por la Obra Social. Por los reclamos recibidos directamente por la Superintendencia de Servicios de Salud se remite con carácter de urgente a la Obra Social y se la intima a brindar cobertura médico asistencial, indicando para el supuesto de negativa la derivación a su cargo al Hospital Público de Autogestión o a otra Obra Social del Sistema.

Ante los posibles incumplimientos, por parte de las Obras Sociales, de la normativa vigente o de lo resuelto por la Superintendencia de Servicios de Salud, la Ley N° 23.660 de creación del Régimen de las Obras Sociales, prevé en su artículo N° 28 la aplicación de sanciones por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud conforme con su gravedad y reiteración. Las sanciones mencionadas se encuentran complementadas y reglamentadas en el Capítulo VII De la jurisdicción, infracciones y penalidades de la Ley N° 23.661, de creación del Sistema Nacional de Seguro de Salud, donde, además, se asigna a la Superintendencia de Servicios de Salud el dictado del procedimiento correspondiente asegurando el derecho de defensa y el debido proceso.

Así, las sanciones pueden consistir en:

a) Apercibimiento;

b) Multa, por cada incumplimiento comprobado, desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para Trabajadores en relación de dependencia, vigente al momento de hacerse efectiva la multa, y hasta cien (100) veces, dicho monto.

c) Suspensión de hasta un año a cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.

Por su parte el Poder Ejecutivo Nacional, a instancia de la Superintendencia de Servicios de Salud, previo traslado por diez (10) días hábiles al agente del seguro cuestionado y a pedido de la Secretaría de Salud de la Nación puede dictar la Intervención de la Obra Social disponiendo y limitándose, también, a los fondos que le corresponda en virtud de esta ley N° 23.660. El pedido debe estar fundado en la producción de acciones u omisiones que por su carácter o magnitud impidan o alteren su funcionamiento en cuanto a las prescripciones de la ley N° 23.661. Al mismo tiempo

Universidad de SanAndrés

la Superintendencia de Servicios de Salud debe disponer los mecanismos sumarios que permitan la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.

Cabe destacar que la Ley N° 23.661 establece en su artículo N° 42 qué se considera infracción, estableciendo claramente la amplitud de acciones que pueden ser sancionadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, conforme con lo siguiente:

> Se considera infracción:
> a) La violación de las disposiciones de la presente ley y su reglamentación, las normas que establezcan la Secretaría de Salud de la Nación, la ANSSAL y las contenidas en los estatutos de los agentes del seguro;
> b) La violación por parte de los prestadores de las condiciones contenidas en las contrataciones de los servicios;
> c) La negativa de un ataque del seguro a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la ANSSAL o los síndicos requieran en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones;
> d) El incumplimiento de las directivas impartidas por las autoridades de aplicación;
> e) La no presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, a que hace referencia el artículo 18 de la presente ley.

Complementariamente, según lo previsto en su artículo N° 13 de la ley N° 23.661, los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las Obras Sociales son personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de dichas entidades.

Universidad de San Andrés

7.2.Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016

Se ha realizado un estudio pormenorizado de los reclamos presentados por los beneficiarios de Obras Sociales durante el período 2010/2016, en el marco de la Resolución N° 75/98 de la Superintendencia de Servicios de Salud, según sus registros y cuya resolución, en la casi totalidad de los casos, resulta a favor del beneficiario. Se ha conformado una base de datos sobre la cual se trabajó para realizar clasificaciones y comparaciones que permitieran sacar conclusiones que representaran aportes de conocimiento al presente trabajo.

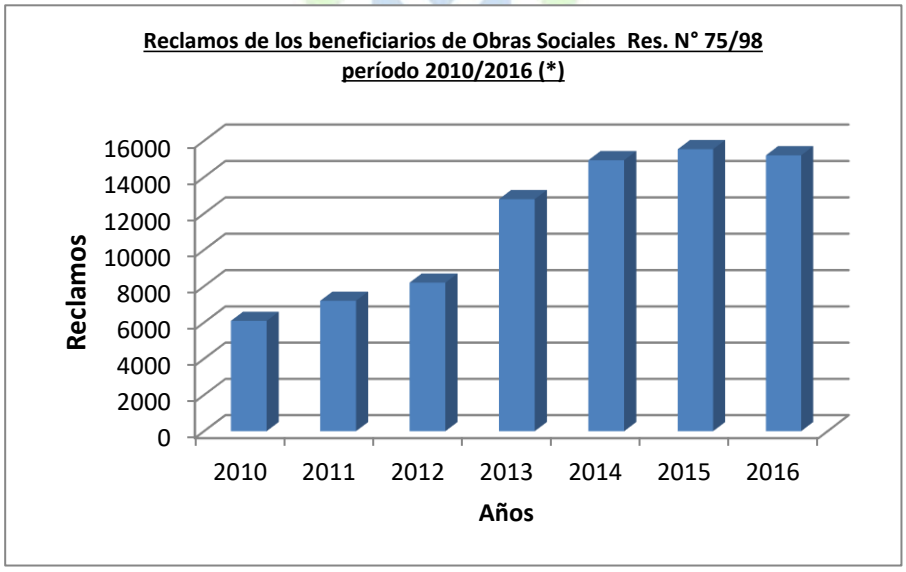
En este contexto, se ha podido observar que la cantidad de reclamos en cuestión se ha incrementado considerablemente año tras año, representando un aumento del casi ciento cincuenta por ciento (150%) en el año 2016 con respecto al año 2010. En cuanto

a la comparación de la cantidad de los reclamos en relación con el período inmediato anterior se observa un aumento constante. En especial durante el año 2013, se advierte un crecimiento abrupto que vuelve a tener los valores ascendentes habituales en el año 2014 para mermar en su ascenso durante 2015 y mostrar un leve descenso durante el período 2016. La situación descripta se muestra en el cuadro y gráfico siguientes de elaboración propia:

Reclamos de los beneficiarios de Obras Sociales en el marco de la Res. N° 75/98- Período 2010/2016

(Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud)

Años	Cantidad de Reclamos	% de aumento año base 2010	% aumento año anterior
2010	6.088		
2011	7.198	18,23	18,23
2012	8.198	34,66	13,89
2013	12.788	110,05	55,99
2014	14.930	145,24	16,75
2015	15.535	155,17	4,05
2016	15.199	149,66	-2,16



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

7.2.1. Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016 - Análisis de motivos

Determinado el constante y considerable aumento de los reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales para el período 2010/2016, se ha procedido a analizar la composición de los mismos y observar su comportamiento, a efectos de establecer sus causas.

- Vemos una preponderancia importante en cuanto a **reclamos por irregularidades de afiliación,** dado que representan el cincuenta y cuatro por ciento (54%) del total de los reclamos para el período en estudio. Estos tipos de reclamos aumentan año tras año, mostrando un marcado ascenso durante 2013, presentando posteriormente una cierta regularidad que empieza a aumentar nuevamente durante el año 2016.

- En cuanto a la variable de **reclamos por problemáticas prestacionales** se observa que es la segunda variable en importancia, ya que constituye el veintisiete por ciento (27%) del total de los reclamos para el período en estudio. Esta variable muestra una tendencia a incrementar sus valores para luego presentar un descenso marcado durante el año 2016.

- Es de hacer notar el comportamiento también de crecimiento de las variables con menor incidencia. Así, los **reclamos por discapacidad**[17], que representan un trece por ciento (13%) del total de reclamos bajo análisis y los **reclamos por salud mental**[18], sin mayor incidencia en el total de reclamos en estudio, siguen creciendo a lo largo de todo el período. Los reclamos por **medicación**[19], que constituyen el cuatro por ciento (4%) del total de reclamos considerados, del mismo modo, tienen un comportamiento de crecimiento pero con una muy leve baja durante el año 2016.

El detalle de los comportamientos de las variables analizadas se muestra en el cuadro y gráficos siguientes:

Reclamos de los beneficiarios de Obras Sociales en el marco de la Res. N° 75/98 por motivo. Período 2010/2016

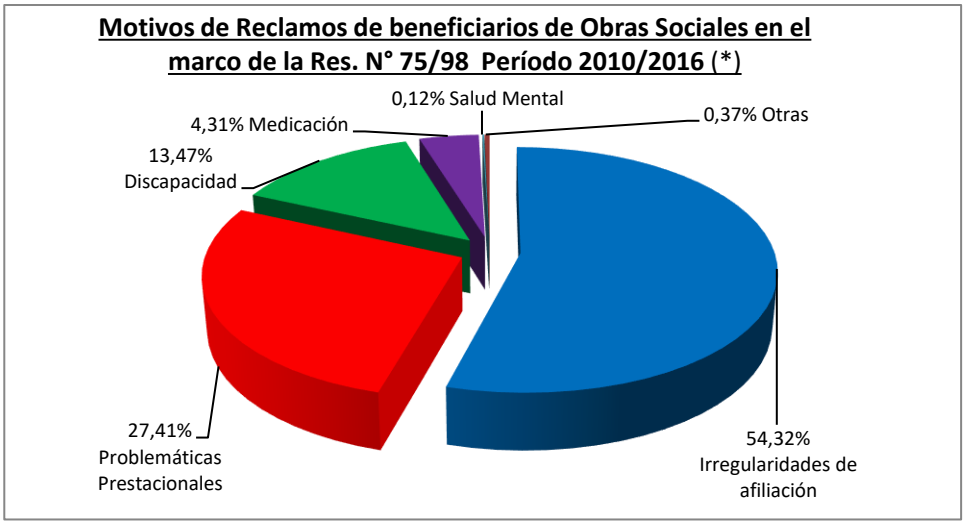
(Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud)

conceptos/años	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*TOTALES*	*%*
Irregularidades de afiliación	3.326	3.941	4.252	7.827	7.964	7.820	8.288	43.418	54%
Problemáticas Prestacionales	1.496	1.598	2.139	3.071	4.409	5.092	4.107	21.912	27%
Discapacidad	1.088	1.239	1.383	1.438	1.787	1.770	2.066	10.771	13%
Medicación	178	420	424	354	603	750	717	3.446	4%
Salud Mental	0	0	0	7	21	41	21	90	0%
Otras	0	0	0	91	146	62	0	299	0%
TOTALES	6.088	7.198	8.198	12.788	14.930	15.535	15.199	79.936	100%

[17] Los reclamos en este tema son variados y responden a la falta de prestación de asistencia domiciliaria, acompañantes en hogares, transportes, rehabilitación, prestaciones educativas, prestaciones terapéuticas, ayudas técnicas, falta de cobertura prótesis y atención integral.

[18] Los reclamos en este tema tiene un alto porcentaje de problemáticas de cobertura ambulatoria, internación, medicación y problemática relacionada con las adicciones.

[19] Los reclamos en este tema se relacionan con medicamentos no tradicionales y de alto costo por medicación oncológica, inmunodepresores, diabetes y Virus de la Inmunodeficiencia Humana.



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Como se ha mostrado, las distintas variables que componen los reclamos de los beneficiarios para el período en estudio, presentan en general comportamientos de crecimiento. Ahora bien, con el objeto de establecer las causales de los reclamos, se hizo foco en las dos variables determinantes del comportamiento total de los reclamos de los beneficiarios en el período bajo análisis, es decir las correspondientes a irregularidades de afiliación y a problemáticas prestacionales, ya que representan más del ochenta por ciento (80%) del total de los reclamos y cuyas tendencias pareciera mostrar una cierta diferencia a través del tiempo.

Conforme con lo señalado precedentemente y profundizando el estudio de los reclamos por **irregularidades de afiliación**, se establece que para la misma la causal preponderante es la negativa de afiliación a los beneficiarios directos. La tendencia de estos reclamos es ascendente, con un pico muy marcado durante el año 2013, para decrecer en los años 2014 y 2015 y retomar la tendencia de aumento en el período 2016, pero siempre con valores muy superiores a los iniciales del año 2010. Si bien, la negativa de afiliación del monotributista social, del concubino y del familiar a cargo tiene una menor incidencia, también muestran una marcada tendencia al crecimiento. Estos conceptos totalizan casi el cincuenta por ciento (50%) de la variable de irregularidades de afiliación y son los de mayor relevancia, ya que implican la negativa a hacerse cargo de los beneficiarios del sistema por parte de las Obras Sociales.

En cuanto a la problemática de opción de cambio[20], es el segundo componente que afecta la variable de irregularidades de afiliación, dado que constituye un veintidós

[20] En las Obras Sociales Sindicales el beneficiario puede ejercer el derecho a la opción de cambio desde el momento mismo del inicio de la relación laboral (Decreto 1400/01), eligiendo una Obra social del

por ciento (22%) de la misma. Este componente tiene una tendencia a la suba, con un notable ascenso en el año 2013, mostrando a partir de allí valores en descenso. Ahora bien, al compensar los valores con los correspondientes a la anulación de la opción de cambio[21], esta tendencia a la baja se observa muy suavizada. Asimismo, este componente tiene una importancia relativa dado que, aunque muestra una falta de eficiencia en la resolución de conflictos, se refiere a cambios de Obras Sociales dentro del mismo subsistema, no afectando prestaciones ni otros subsistemas.

Si bien en la variable de irregularidades de afiliación existe un diecisiete por ciento (17%) de reclamos por irregularidades no identificadas, éstas presentan aún una mayor tendencia creciente que los de los demás componentes. Por otra parte, las problemáticas de procesamiento, a pesar de mostrar cierto descenso durante el año 2016, no es un componente determinante para la temática en estudio. Del mismo modo, los reclamos de aportes y por desempleo, aunque presentan una tendencia a la disminución, por su poca incidencia en los valores totales de la variable en estudio, no serían factores de peso en la tendencia de comportamiento de los reclamos considerados.

A continuación se muestra en un cuadro el detalle del comportamiento de los componentes de los reclamos por irregularidades de afiliación y con posterioridad se ajustan los valores, según las consideraciones mencionadas en los párrafos precedentes, presentando un nuevo cuadro y gráfico representativos:

Reclamos por Irregularidades de Afiliación Res. N° 75/98- Período 2010/2016

(Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud)

conceptos/años	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*TOTALES*	*%*
Negativa afiliación inc. A	1351	1839	1872	3256	2619	2174	2937	16048	37%
Problemáticas de Opción de Cambio	802	699	983	1940	1810	1811	1604	9649	22%
Otros	215	203	245	1177	1496	1646	2312	7294	17%
Monotributo Social	466	535	566	606	978	649	303	4103	9%
Problemáticas de Procesamiento	206	285	108	201	333	923	492	2548	6%
Aportes	56	44	206	273	183	158	64	984	2%
Anulación de Opción Res. 950	77	168	148	64	199	147	261	1064	2%
Negativa Afiliación Concubino	86	94	63	101	125	140	151	760	2%
Negativa Afiliación Familiar a Cargo	23	22	37	138	181	129	121	651	1%
Desempleo	44	52	24	71	40	43	43	317	1%
Totales	3326	3941	4252	7827	7964	7820	8288	43418	100%

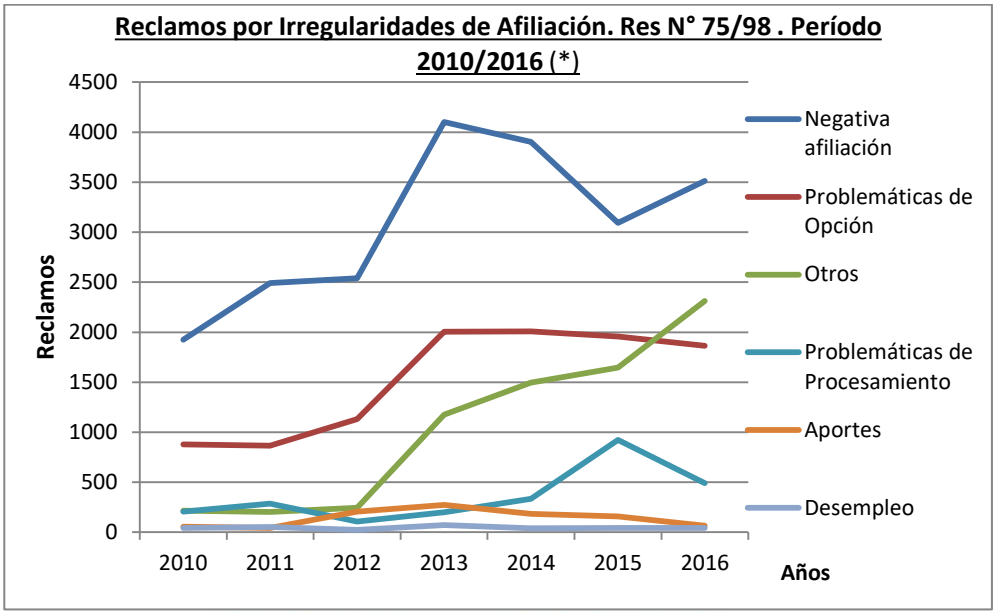
Listado de Obras Sociales Sindicales, en las de Dirección eligiendo una Obra social del Listado de Obras Sociales del Personal de Dirección y los monotributistas en la nómina de Obras Sociales determinadas.

[21] La anulación de la opción de cambio se encuentra normada por la Resolución N° 950/09 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Reclamos por Irregularidades de Afiliación Res. N° 75/98- Período 2010/2016 Ajustados

(Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud)

conceptos/años	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*TOTALES*	*%*
Negativa afiliación	1926	2490	2538	4101	3903	3092	3512	21562	50%
Problemáticas de Opción	879	867	1131	2004	2009	1958	1865	10713	25%
Otros	215	203	245	1177	1496	1646	2312	7294	17%
Problemáticas de Procesamiento	206	285	108	201	333	923	492	2548	6%
Aportes	56	44	206	273	183	158	64	984	2%
Desempleo	44	52	24	71	40	43	43	317	1%
Totales	3326	3941	4252	7827	7964	7820	8288	43418	100%



(*) Gráficos de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Profundizando el análisis de la variable de reclamos por **problemática prestacionales**, podemos apreciar que el componente preponderante corresponde a incumplimiento del Plan Médico Obligatorio, con una marcada tendencia al crecimiento durante todo el período en estudio. Además, al incluir y considerar en su totalidad a los reclamos relacionados con incumplimiento de prestaciones; es decir falta de prestaciones, reintegros, incumplimiento del Plan Materno Infantil, corte de cobertura regional, y prestaciones no incluidas; éstos representan el sesenta y seis por ciento (66%) de los reclamos por problemáticas prestacionales, siendo entonces el componente determinante de la variable. Así conformado el componente, muestra una marcada

tendencia al aumento, con una disminución durante el año 2016 pero cuyos valores aún superan ampliamente los valores de cantidad de reclamos del año 2014.

En relación con los demás componentes de esta variable, es de destacar el correspondiente a fertilización asistida que representa un diez por ciento (10%) de los reclamos en cuestión. Por medio de la ley N° 26.862, del 5 de junio de 2013, se incorpora como prestación obligatoria para las Obras Sociales, entre otros, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, es así que empiezan a presentarse los reclamos por esta cobertura por la cual las Obras Sociales, en muchos casos se resisten a cumplir la prestación, aumentando los reclamos durante los años 2014 y 2015 y disminuyendo los mismos en 2016, al hacerse patente la obligación de la cobertura.

Con respecto al componente de coseguros que pueden percibir las Obras Sociales por determinadas prácticas médica, que importa un siete por ciento (7%) del total de los reclamos, el mismo muestran un comportamiento ascendente, comportamiento que se ve explicado debido a que sus importes fueron establecidos por la Resolución N° 201 del 9 de abril de 2002 del Ministerio de Salud y no se actualizaron hasta el dictado de la Resolución N° 58 del Ministerio de Salud, del 12 de enero de 2017.

El componente de alta complejidad, que representa el dos por ciento (2%) del total de estos reclamos, también presenta un comportamiento ascendente, Es de hacer notar que este componente se encuentra originado por el dictado del Decreto N° 1198/2012, mediante el cual se transfiere a la Superintendencia de Servicios de Salud la Administración de Programas Especiales por prestaciones de alto impacto económico o que demanden una cobertura prolongada en el tiempo.

En cuanto a los reclamos por drogodependencia, no tienen prácticamente incidencia en la variable y mantiene un comportamiento más o menos estable.

A continuación se muestra en un cuadro el comportamiento del total de los componentes y con posterioridad se ajusta el mismo, según las consideraciones mencionadas en los párrafos precedentes, presentando un nuevo cuadro y gráfico representativos:

Reclamos por Problemáticas Prestacionales Res. N° 75/98- Período 2010/2016

(Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud)

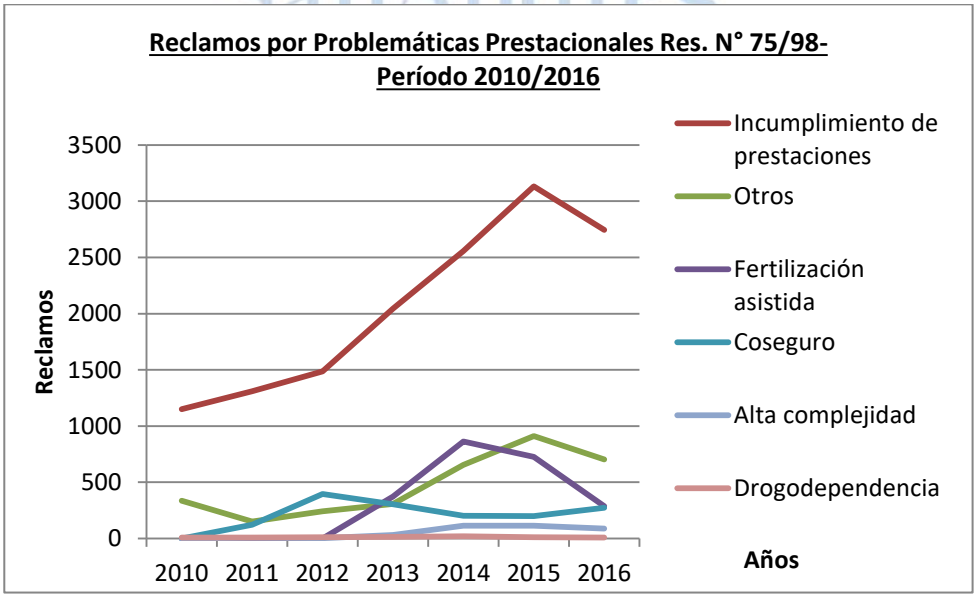
conceptos/años	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*TOTALES*	*%*
Incumplimiento del PMO	497	638	615	1013	1021	1293	1512	6589	30%
Otros	336	150	242	307	654	912	702	3303	15%
Falta de Prestaciones	255	236	355	401	529	688	467	2931	13%
Reintegros	265	258	354	339	467	593	396	2672	12%
Fertilización asistida	0	0	1	372	863	726	289	2251	10%
Coseguro	0	123	395	304	202	198	273	1495	7%
Incumplimiento PMI	74	97	54	141	216	184	112	878	4%
Corte de Cobertura Regional	32	63	104	100	230	213	155	897	4%
Prestaciones no incluidas	28	17	4	51	94	161	103	458	2%
Alta complejidad	1	7	4	30	113	113	89	357	2%
Drogodependencia	8	9	11	13	20	11	9	81	0%
Totales	1496	1598	2139	3071	4409	5092	4107	21912	100%

Reclamos por Problemáticas Prestacionales Res. N° 75/98- Período 2010/2016 Ajustado

(Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud)

conceptos/años	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*TOTALES*	*%*
Incumplimiento de prestaciones	1151	1309	1486	2045	2557	3132	2745	14425	66%
Otros	336	150	242	307	654	912	702	3303	15%
Fertilización asistida	0	0	1	372	863	726	289	2251	10%
Coseguro	0	123	395	304	202	198	273	1495	7%
Alta complejidad	1	7	4	30	113	113	89	357	2%
Drogodependencia	8	9	11	13	20	11	9	81	0%
Totales	1496	1598	2139	3071	4409	5092	4107	21912	100%

Universidad de San Andrés



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Del estudio realizado se puede concluir que los reclamos presentados por los beneficiarios de Obras Sociales durante el período 2010/2016, en el marco de la Resolución N° 75/98 de la Superintendencia de Servicios de Salud, según sus registros, han aumentado año tras año en casi un ciento cincuenta por ciento (150%). Podría decirse que los aumentos anuales han sido prácticamente constantes ya que han existidos ascensos y descenso debido a situaciones particulares, que no modifican la tendencia general.

Es de destacar, como fuera indicado en el Capítulo 3 apartado 4, que la población de beneficiarios de Obras Sociales no parecería haber crecido desde 2011, muy por el contrario habría sufrido una leve baja, por lo que el aumento de los reclamos no tendría relación con el aumento de población.

Analizados los componentes de los reclamos y sus comportamientos, con el objeto de establecer sus causas, se ha observado que más de la mitad de los reclamos del período bajo análisis responden a irregularidades de afiliación y de éstos el cincuenta por ciento (50%) se deben a negativa de afiliación con una marcada tendencia al aumento durante el período en estudio. El motivo de negativa de afiliación, es de vital importancia ya que deja fuera de la cobertura a personas que deberán migrar a otros subsistemas de salud y estaría mostrando un marcado aumento de reclamos de importancia durante el período. Analizando las causas del comportamiento de estos reclamos, se detecta que la mayoría corresponden a la negativa de las Obras Sociales a la afiliación de monotributistas, tal es la situación que en el Decreto N° 1368/2013, mediante el cual se crea el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE), descripto en el Capítulo 6 Apartado 2, se establece como requisito para su cobro que la Obra Social no posea reclamos pendientes de solución ante la Superintendencia de Servicios de Salud por negativa de afiliación y/o cobertura.

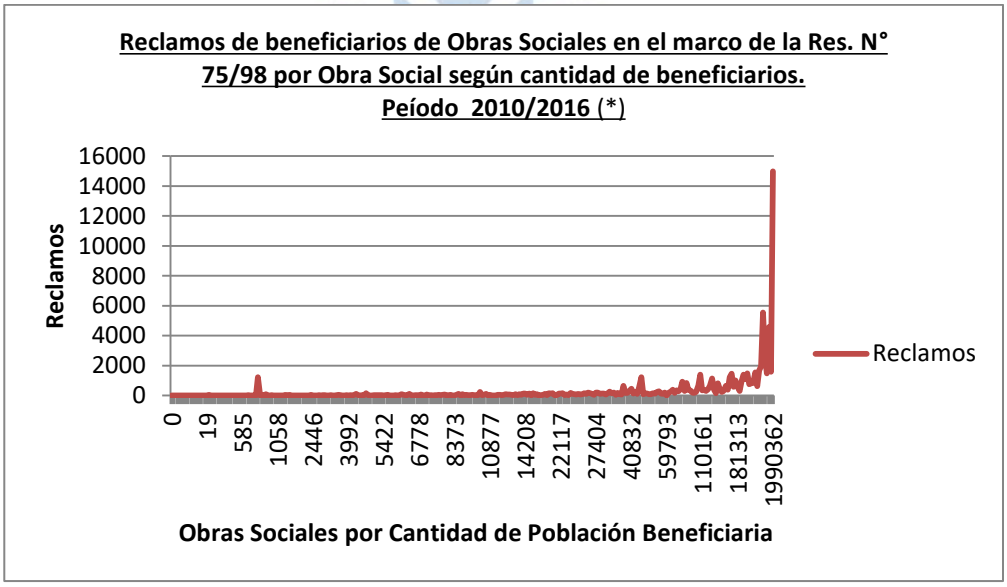
También son de considerar los problemas prestacionales como motivos determinantes de los reclamos, ya que representan más de un veintisiete por ciento (27%) del total, de los cuales el sesenta y seis (66%) responden a incumplimiento de prestaciones. Este componente es determinante ya que los afiliados no reciben prestaciones, o éstas deben ser cubiertas por ellos mismos.

Es de hacer mención que en el año 2013 se observa un abrupto incremento prácticamente en todos los componentes de la variable de reclamos por incumplimientos de las Obras Sociales. Si bien en el organismo no han sabido dar respuesta a los motivos

que la originan, es muy probable que las estructuras burocráticas se hayan visto afectadas por el aumento de tareas al haberse transferido, durante el año 2012, a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud, la Administración de Programas Especiales (Actual sistema Único de Reintegros).

7.2.2. Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016 - Análisis por Obras Sociales

De las trecientas siete (307)[22] Obras Sociales que se encontraron activas durante el periodo en análisis, sólo por once (11) no se presentaron reclamos. Como es de esperar, la mayoría de los reclamos se concentraron en las Obras Sociales con mayor población de beneficiarios, como puede apreciarse en el gráfico que se detalla a continuación:



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

No obstante, con el objeto de profundizar el análisis, se han caracterizado a las Obras Sociales en chicas, medianas y grandes conforme con la cantidad de beneficiarios que tienen a su cargo. La clasificación ha tenido como fundamento que cada uno de los grupos represente una cantidad similar de beneficiarios. De esta manera, se puede observar que los reclamos por tipo de Obra Social son muy similares, teniendo incluso

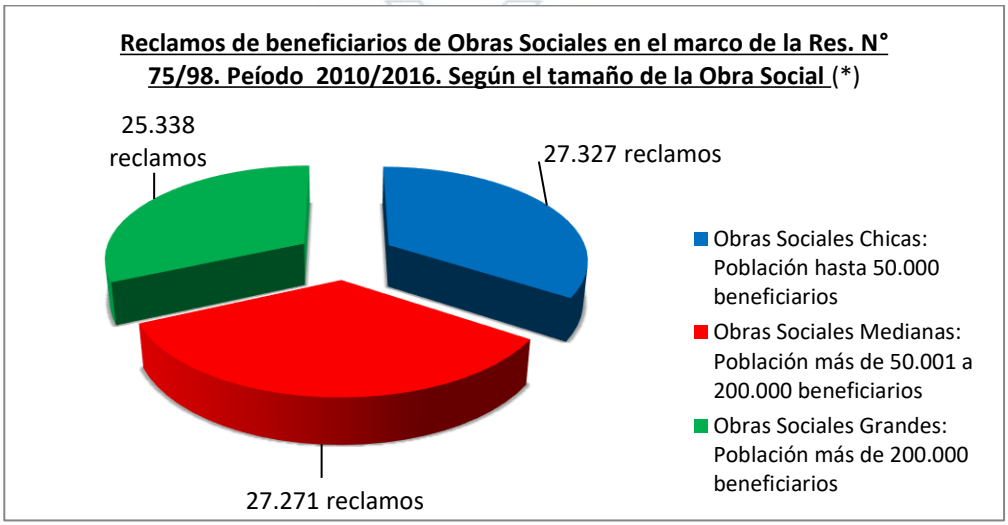
[22] Para diciembre de 2016 se encontraban vigentes doscientos noventa y tres (293) Obras Sociales, como se detallará más adelante, así si bien durante el período 2010/2016 estuvieron vigentes trecientos siete (307) Obras Sociales, de ellas catorce (14) fueron dadas de baja antes de diciembre de 2016.

una menor cantidad de reclamos, de manera proporcional, las Obras Sociales caracterizadas como grandes, conforme se muestra en la planilla y gráficos detallados a continuación:

Reclamos de beneficiarios de Obras Sociales en el marco de la Res. N° 75/98. Período 2010/2016, según el tamaño de la Obra Social

Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

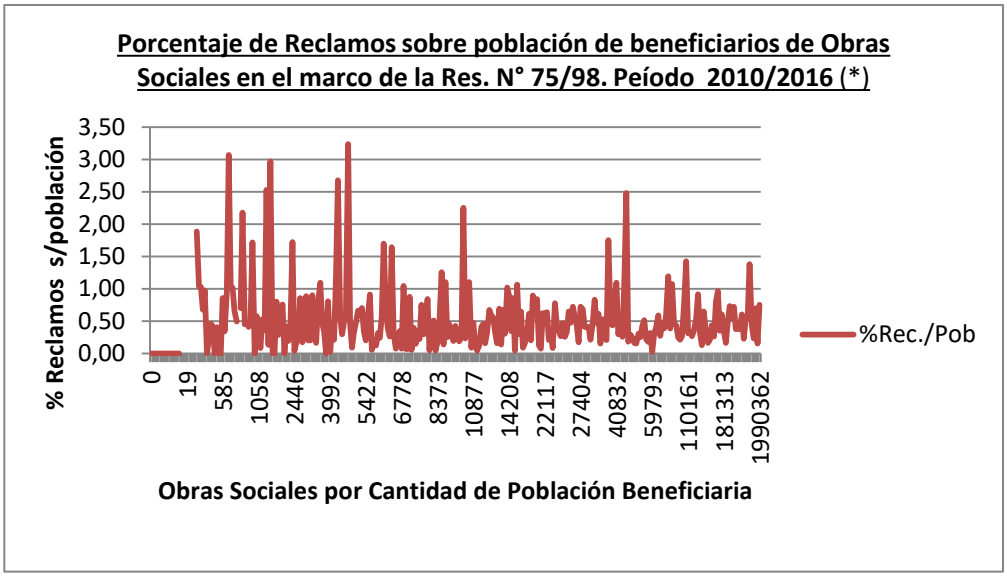
Conceptos	Población	Reclamos	% Reclamos
Obras Sociales Chicas: Población hasta 50.000 beneficiarios	5.150.181	27.327	34%
Obras Sociales Medianas: Población más de 50.001 a 200.000 beneficiarios	5.119.481	27.271	34%
Obras Sociales Grandes: Población más de 200.000 beneficiarios	4.931.942	25.338	32%
Totales	**15.201.604**	**79.936**	100%



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

La situación planteada puede observarse claramente en el gráfico que se presenta donde se muestran para todas las Obras Sociales, vigentes en el período en estudio, la relación del porcentaje de reclamos con respecto a la población beneficiaria[23]:

[23] A efectos de no distorsionar los resultados, se han extraído nueve (9) Obras Sociales con valores muy alejados de la serie, conforme con las siguientes poblaciones y cantidad de reclamos respectivos: 24 y 40; 832 y 1230; 2 y 2; 1 y 1; 19 y 13; 901 y 83; 37 y 3; 94 y 6; 53 y 3.



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Así, en forma complementaria puede decirse que existen reclamos por casi todas las Obras Sociales y que los mismos no se encuentran concentrados en aquellas que representan la mayores cantidades de beneficiarios, por ser las más fuertes, muy por el contrarios son éstas las que muestran una cierta menor cantidad de reclamos, de manera proporcional, ante las Obras Sociales chicas y medianas.

Universidad de San Andrés

7.2.3. Reclamos administrativos por incumplimiento de las Obras Sociales - Período 2010/2016 – Evolución de expedientes

De los setenta y nueve mil novecientos treinta y ocho (79.938) reclamos producidos durante el período 2010/2016, a abril de 2017 el estado de los mismos era el siguiente:

- Tres mil setenta y cinco (3.075) quedaron o se encuentran en primera instancia, donde no se ha podido verificar el contacto con la Obra Social. Éstos corresponden a los siguientes años :
  - 2010: 1
  - 2011: 57
  - 2012: 2
  - 2013: 141
  - 2014: 630
  - 2015: 719
  - 2016: 1.525

- Dos mil trecientos veintitrés (2.323) se hallan en curso, en etapa de primera instancia en el ámbito de la Obra Social, ya sea que sólo se encuentran recepcionados, la Obra Social ya ha efectuado respuesta a la espera de la contestación del beneficiario o, cumplida la misma, no ha solicitado aún reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud. Éstos corresponden a los siguientes años:
    - 2010: 1
    - 2011: 6
    - 2012: 0
    - 2013: 26
    - 2014: 374
    - 2015: 689
    - 2016: 1.227

- Veintiún mil ciento veintiséis (21.126) están en curso en etapa de segunda instancia, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, ya sea iniciado el trámite por pedido del beneficiario, ingresado en Mesa de Entradas, iniciado el expediente, ingresado en el área técnica o con dictamen notificado. Éstos corresponden a los siguientes años :
    - 2010: 1.510
    - 2011: 2.222
    - 2012: 2.444
    - 2013: 4.159
    - 2014: 3.680
    - 2015: 3.660
    - 2016: 3.451

- Cincuenta y tres mil cuatrocientos catorce (53.414) se encuentran finalizados, ya sea que se procedió a su archivo por falta de documentación o por no corresponder, desistido por parte del beneficiario, solucionada la solicitud del beneficiario, o se interpuso un recurso de amparo. Éstos corresponden a los siguientes años :

Universidad de San Andrés

- 2010: 4.576
- 2011: 4.913
- 2012: 5.753
- 2013: 8.462
- 2014:10.247
- 2015:10.467
- 2016: 8.996

De la información expuesta, surge que si bien para el período 2010/2013 aún existen registros sin resolver, por reclamos presentados en las Obras Sociales, los mismos son poco representativos y podrían responder a falta de información entre las Obras Sociales y la Superintendencia de Servicios de Salud; para 2010 representan el cero coma cero tres por ciento (0,03%) del total de los reclamos de ese año, para el 2011 el cero coma ochenta y ocho por ciento (0,88%), para el 2012 el cero coma cero dos por ciento (0,02%) y para el 2013 el uno coma treinta y uno por ciento (1,31%). También los correspondientes al período 2014/2016 muestran una proporción normal de presentaciones en las Obras Sociales sin resolver, en relación al total de los períodos; para 2014 representan el seis coma setenta y dos por ciento (6,72%) del total de los reclamos de ese año, para el 2015 el nueve coma cero seis por ciento (9,06%) y para el 2016 el dieciocho coma once por ciento (18,11%).

La cantidad de reclamos en curso en etapa de segunda instancia, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, estaría mostrando una deficiencia en su resolución ya que presenta grandes porcentajes de reclamos por períodos anteriores no resueltos, lo que va mermando a medida que nos acercamos a la actualidad. Así, por los reclamos presentados durante el año 2010 aún se encuentran sin resolver en la Superintendencia de Servicios de Salud el veinticuatro coma ochenta por ciento (24,80%), por los correspondientes al año 2011 el treinta coma ochenta y siete por ciento (30,87%), por el año 2012 el veintinueve coma ocho por ciento (29,8%), por el año 2013 el treinta y dos coma cincuenta y dos por ciento (32,52%), por el año 2014 el veinticuatro coma sesenta y cinco por ciento (24,65%), por el año 2015 el veintitrés coma cincuenta y seis por ciento (23,56%) y por el año 2016 el veintidós coma setenta y uno por ciento (22,71%).

Consecuentemente y según el análisis realizado los reclamos finalizados, como contrapartida, también estarían mostrando una demora en la resolución de los mismos con altos porcentajes de reclamos sin resolver por períodos de tiempo importantes. Así por los reclamos presentados durante el año 2010 se han resuelto el setenta y cinco coma dieciséis por ciento (75,16%) del total, por los correspondientes al año 2011 el sesenta y ocho coma veintiséis por ciento (68,26%), por el año 2012 el setenta coma diecisiete por ciento (70,17%), por el 2013 el sesenta y seis coma diecisiete por ciento (66,17%), por el 2014 el sesenta y ocho coma sesenta y tres por ciento (68,63%), por el 2015 sesenta y siete coma treinta y ocho por ciento (67,38%) y por el 2016 el cincuenta y nueve coma diecinueve por ciento (59,19%). La situación descripta se muestra en el cuadro siguiente:

Reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales en el marco de la Res. N° 75/98 - Período 2010/2016. Evolución de Expedientes.

(Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud)

Instancia/Años	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		TOTALES	
En la Obra Social	2	0,03	63	0,88	2	0,02	167	1,31	1004	6,72	1408	9,06	2752	18,11	5398	6,75
En la SSS	1510	24,80	2222	30,87	2444	29,81	4159	32,52	3680	24,65	3660	23,56	3451	22,71	21126	26,43
Total Finalizado	4576	75,16	4913	68,26	5753	70,17	8462	66,17	10247	68,63	10467	67,38	8996	59,19	53414	66,82
Total general	6088	100,00	7198	100,00	8199	100,00	12788	100,00	14931	100,00	15535	100,00	15199	100,00	79938	100,00

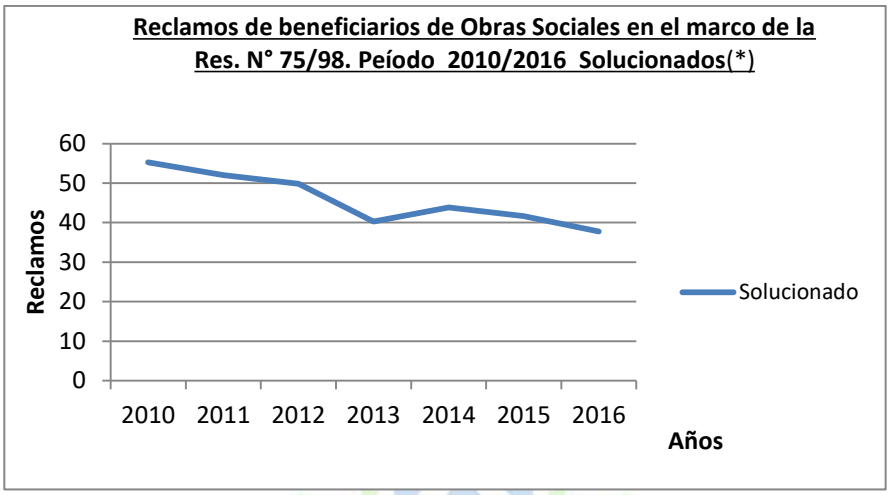
Con relación a los reclamos finalizados es importante profundizar en su análisis, discriminando los motivos. Así, se observa que para el total de reclamos del período, en promedio, casi el sesenta y seis por ciento por ciento (66%) fueron solucionados, interpusieron recursos de amparo el cero coma cuarenta y cinco por ciento (0,45%) y el resto fueron desestimados, archivados por no corresponder o no completaron la documentación. El comportamiento de los conceptos se describe en el siguiente cuadro:

Reclamos de beneficiarios de Obras Sociales en el marco de la Res. N° 75/98. Período 2010/2016 Finalizados- Conceptos.

Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

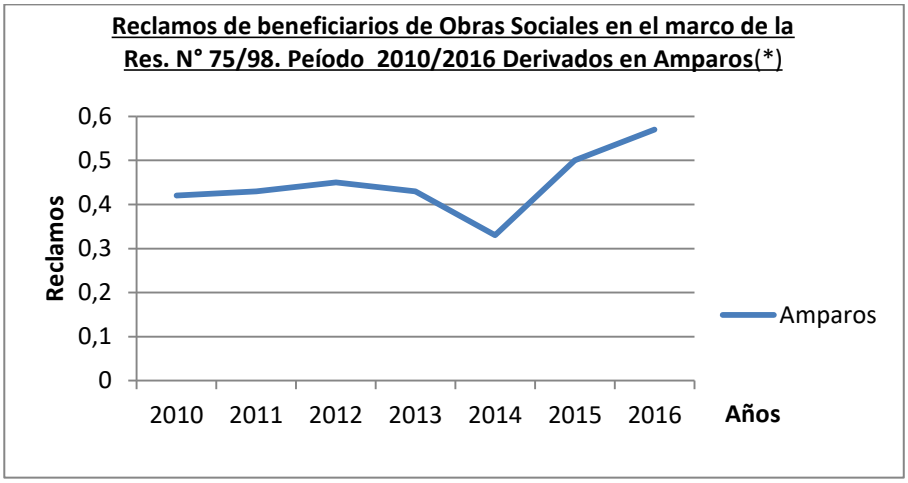
Conceptos/años	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		TOTAL	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Solucionado	3.366	73,56	3.743	76,19	4.088	71,06	5.149	60,85	6.551	63,93	6.465	61,77	5.738	63,78	35.100	65,71
Archivado	592	12,94	195	3,97	294	5,11	858	10,14	1.224	11,94	1.568	14,98	1.081	12,02	5.812	10,88
Falta de Documentación	243	5,31	225	4,58	200	3,48	601	7,10	543	5,30	467	4,46	395	4,39	2.674	5,01
Sin Pedido de Continuidad	356	7,78	729	14,84	1.145	19,90	1.818	21,48	1.895	18,49	1.915	18,30	1.731	19,24	9.589	17,95
Recurso de Amparo	19	0,42	21	0,43	26	0,45	36	0,43	34	0,33	52	0,50	51	0,57	239	0,45
TOTALES	4.576	100,0	4.913	100,00	5.753	100,00	8.462	100,00	10.247	100,00	10.467	100,00	8.996	100,00	53.414	100,00
Total Reclamos anuales	6.088		7.198		8.199		12.788		14.931		15.535		15.199		79.938	

Con los años la proporción de los reclamos solucionados, como es lógico, va disminuyendo ya que los ingresados en los períodos más próximos tuvieron menos tiempo para ser resueltos, no obstante se puede observar una tendencia a la disminución de los casos solucionados, dado que se entiende que un período de un año es tiempo suficiente para lograr la resolución de un caso planteado. Esta evolución se muestra en el siguiente gráfico:



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Adicionalmente, es de hacer notar que los reclamos de los beneficiarios que finalizan como consecuencia de haber interpuesto un amparo judicial, si bien porcentualmente no son muy representativos y muestran un cierto comportamiento decreciente para los años 2013 y 2014, tienen una pronunciada tendencia a aumentar durante los años 2015 y 2016, conforme se muestra en el siguiente gráfico:



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

CAPÍTULO VIII: Reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales ante la Justicia

A pesar de la existencia de los mecanismos administrativos de reclamo detallados en el presente trabajo, por desconocimiento o como muestra de desconfianza en ellos, muchos beneficiarios y usuarios recurren directamente a la justicia en busca de un proceso de inmediatez para restablecer sus derechos. En otros casos el reclamo ante la justicia se produce por dilación o fracaso del tratamiento de su reclamo en sede administrativa o simplemente para solicitar prestaciones que por ley no les corresponde.

8.1.La acción de amparo como procedimiento por reclamos ante la Justicia por incumplimientos de las Obras Sociales

Debido a la jerarquía de los derechos implicados y a la necesidad de una resolución de carácter urgente que los temas de salud implican, el reclamo que se realiza por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios es mediante la acción de amparo, cuyo proceso toma curso en forma expedita y rápida, el cual se encuentra previsto en el artículo N° 43 de los Nuevos Derechos y Garantías, incorporados a la Constitución Nacional en la reforma del año 1994 y cuya reglamentación, hoy vigente, ya existiera mediante el dictado de la Ley 16.986 del 18 de octubre de 1966.

La norma prevé que toda persona puede interponer acción de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, lo cual no obsta la existencia de recursos administrativos por la misma materia, o la necesidad de que se haya agotado previamente una vía de reclamación de carácter administrativo.

En tal sentido, el objetivo de la acción de amparo consiste en proteger contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional, un Tratado o una ley (ya que la libertad física se encuentra protegida específicamente por el habeas corpus, previsto por el mismo artículo de la Constitución Nacional).

La acción de amparo nace a partir de la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, por medio de dos fallos específicos, tales son el Caso Siri, del año 1957, mediante el cual se reconoce la acción de amparo contra actos estatales y el Caso Kot, del año 1958, a través del cual se extiende la protección de la acción de amparo contra actos de particulares.

En el caso Kot (1958) la Corte Suprema de Justicia destacó que siempre que aparezca de modo claro y manifiesto la ilegitimidad de una restricción a alguno de los derechos esenciales de las personas, así como el daño grave e irreparable que se causaría remitiendo el examen de la cuestión a los procedimientos ordinarios, administrativos o judiciales, corresponderá que los jueces restablezcan de inmediato el derecho restringido por la vía del amparo, porque de otro modo habría que concluir que esos derechos esenciales carecen, en el derecho argentino, de las garantías indispensables para su existencia y plenitud, y semejante conclusión no puede ser admitida sin serio menoscabo de la dignidad del orden jurídico.

En los casos que nos ocupan, nos referimos al amparo clásico, tradicional, el cual tiende a proteger los derechos de las personas en forma individual, caracterizado según lo señalado en los párrafos precedentes pero que, además, considera que la violación de los derechos puede ser actual o inminente, es decir que no resulta necesario que se haya llevado a cabo, basta con la existencia del peligro inminente de que ello ocurra. Además, el acto o la omisión deben ser manifiestamente arbitrarios en la interpretación caprichosa de la norma, es decir contrarios a las leyes. Asimismo, si el acto o la omisión se fundan en una norma, el juez puede, durante el proceso, declarar la inconstitucionalidad de la misma.

Ahora bien, en la materia de salud tratada en el presente trabajo la urgencia es lo que marca fundamentalmente la idoneidad de la acción de amparo, la cual en la realidad práctica es un proceso de tramitación que, frecuentemente, presenta un tiempo en el dictado de una resolución como así también en el logro de su efectivo cumplimiento. De esta forma, la dilación del proceso puede producir que su utilización carezca de efectividad en las resoluciones adoptadas.

Consecuentemente, en la gran mayoría de los casos, al interponer este recurso judicial se solicita simultáneamente una medida cautelar, la cual tiende a impedir que la pretensión principal, por efecto del transcurso del tiempo, carezca de eficacia al momento de dictarse un pronunciamiento definitivo de la causa. Las medidas cautelares se encuentran previstas en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación Capítulo III y son las establecidas en su artículo N° 232 las que se aplican al estudio bajo análisis, ya que a través del mismo se autoriza a solicitar en el proceso las medidas urgentes que, según las circunstancias, fueren más aptas para asegurar provisionalmente el cumplimiento de la sentencia a los que tuvieren fundados motivos para temer que

durante el tiempo anterior al reconocimiento judicial de su derecho, éste pudiere sufrir un perjuicio inminente o irreparable,

Precisamente, reaccionando contra la demora en la resolución de las acciones de amparo, la Corte Suprema de la Nación ha destacado que atañe a los jueces buscar soluciones que se avengan con la urgencia que conllevan las pretensiones, para lo cual deben encauzar los trámites por vías expeditivas y evitar que el rigor de las formas pueda conducir a la frustración de derechos que cuentan con tutela de orden constitucional (doct. de Fallos, 327:2177 y sus citas; 327:2413, 2510); jurisprudencia que resulta particularmente aplicable en el caso en que se trata de amparar los derechos fundamentales a la vida y la salud.[24]

Es de señalar, que conforme con lo explicitado con anterioridad, muchas veces las medidas cautelares en las acciones de amparo de salud, tienen un papel de suma importancia y en cierto modo, se juega la suerte de lo pretendido en estas medidas anticipando el decisorio final de la acción de amparo. En la mayoría de los casos, el pronunciamiento de la medida cautelar aunque basado en sustentos provisorio, es directamente operativo y ejecutable. Así, la resolución del fondo de la cuestión en la acción de amparo opera en forma posterior. Según los casos que se han podido observar en el presente trabajo, los resultados suelen ser congruentes y las medidas cumplen el cometido de resguardo de los derechos, lo que no es óbice para reconocer que la acción de amparo termina desvirtuándose.

8.2.Acciones de amparo contra las Obras Sociales sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud

Se ha realizado un relevamiento en cuanto a las acciones de amparo realizadas por los beneficiarios en contra de las Obras Sociales sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, por el período 2014/2016, reconocidas por las mismas.

De un total de doscientos noventa y tres (293) Obras Sociales, vigentes a finales de 2016, que cubren a quince millones doscientos un mil seiscientos cuatro (15.201.604) beneficiarios, doscientos veinte (220) Obras Sociales que representan a trece millones ciento cuarenta mil seiscientos cincuenta (13.140.657) beneficiarios, son sindicadas todos los años, es decir que se sindican un setenta y cinco (75%) de las Obras Sociales las que cubren al ochenta y seis por ciento (86%) de los beneficiarios. Esto se expresa

[24] Belloni Lidia Angélica c/ PAMI s/ Acción de Amparo EXPTE. N° 316/12 Juzgado Federal de Sala N° 1-13/01/2013

en el siguiente cuadro de elaboración propia, realizado en base a la información relevada y clasificada de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud:

Cantidad de Obras Sociales sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud y población que cubren

Conceptos	*Cantidad de Obras Sociales*	*%*	*Población*	*%*
Obras Sociales sindicadas	220	75	13.140.657	86
Obras Sociales no sindicadas	73	25	2.060.947	14
Totales	293	100	15.201.604	100

Si bien se desconoce si el proceso de selección de Obras Sociales sindicadas responde a un criterio aleatorio, no se observan características que impliquen algún sesgo de selección, con lo que se entienden que los resultados estarían dentro de un cierto criterio científico y, además, es de considerarse que tanto la cantidad de Obras Sociales sindicadas como la cantidad de beneficiarios que las mismas representan son muy significativas.

En este marco, de las Obras Sociales sindicada ciento cincuenta y cuatro (154) Obras Sociales reconocen tener o haber tenido en los dos (2) últimos años anteriores al momento de la declaración, acciones de amparo de parte de sus beneficiarios, las mismas cubren a doce millones doscientos ochenta mil quinientos noventa y nueve (12.280.599) beneficiarios, es decir que del total de las Obras Sociales sindicadas el setenta por ciento (70%) reconocen tener o haber tenido en los dos (2) últimos años anteriores al momento de la declaración, acciones de amparo de parte de sus beneficiarios, las que cubren al noventa y tres por ciento (93%) de los beneficiarios del total de Obras Sociales Sindicadas. Esto se expresa en el siguiente cuadro de elaboración propia realizado en base a la información relevada y clasificada de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud:

Cantidad de Obras Sociales sindicadas con y sin acciones por la Superintendencia de Servicios de Salud y población que cubren

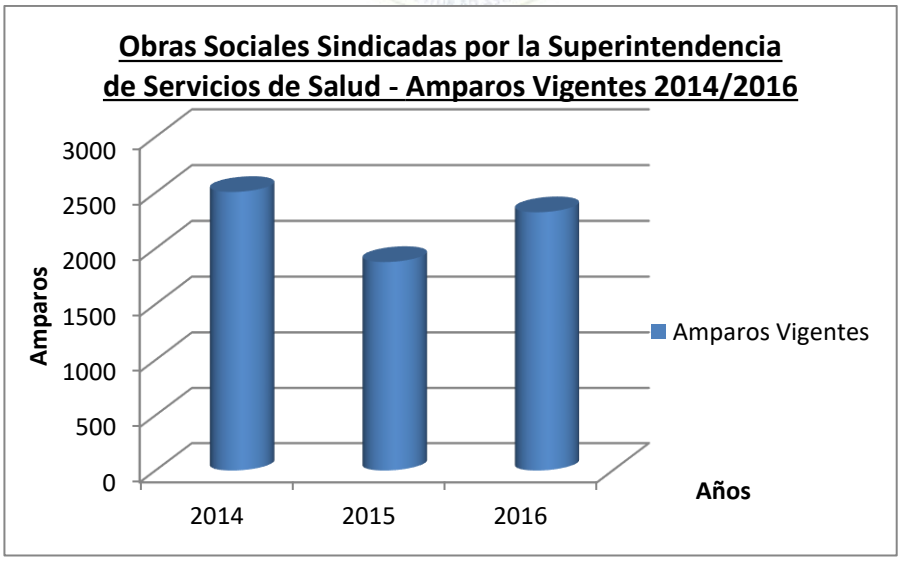
Conceptos	*Cantidad de Obras Sociales*	*%*	*Población*	*%*
Sindicadas con amparos	154	70	12.280.599	93
Sindicadas sin amparos	66	30	860.058	7
Totales	220	100	13.140.657	100

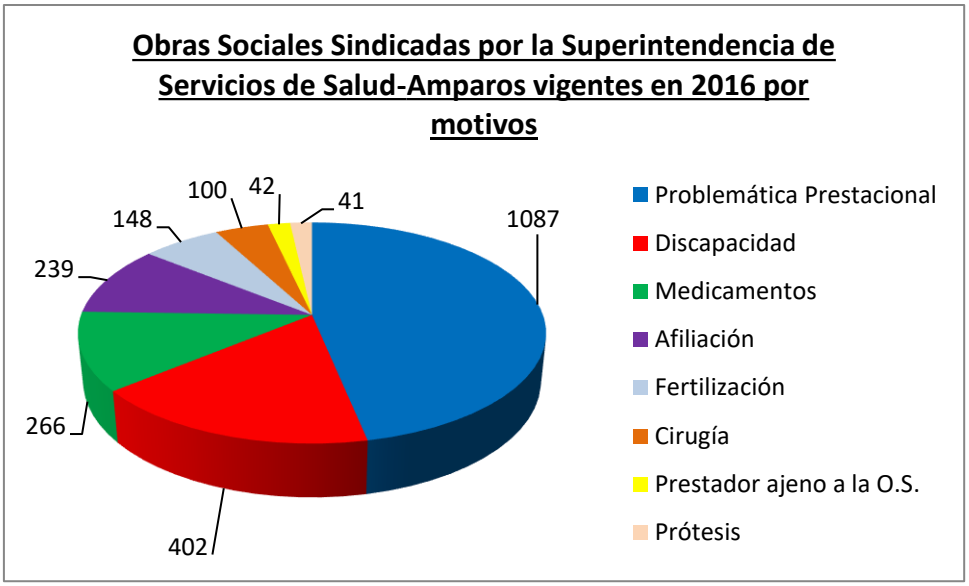
Del análisis realizado, surge que durante el año 2014 se encontraban vigentes dos mil quinientos siete (2.507) acciones de amparos contra las Obras Sociales sindicadas, número que baja notablemente durante el año 2015 a mil ochocientos setenta y nueve (1.879) para volver a subir durante el año 2016 a dos mil trecientos veinte cinco

(2.325). Cabe mencionar, que los motivos de mayor reclamo se relacionan con problemas prestacionales en un cuarenta y dos por ciento (42%), no siendo menor los correspondientes a discapacidad por un veinte por ciento (20%), a medicamentos en un diez por ciento (10%) y por afiliación también en un diez por ciento (10%). Esto se expresa en el siguiente cuadro y gráficos de elaboración propia realizados en base a la información relevada y clasificada de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud:

Obras Sociales Sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud - Amparos Vigentes 2014/2016 – Por concepto

Conceptos/años	2014	2015	2016	Totales	%
Problemática Prestacional	1064	698	1087	**2849**	42
Discapacidad	534	390	402	**1326**	20
Medicamentos	229	201	266	**696**	10
Afiliación	193	212	239	**644**	10
Fertilización	168	123	148	**439**	7
Cirugía	130	120	100	**350**	5
Prestador ajeno a la O.S.	144	91	42	**277**	4
Prótesis	45	44	41	**130**	2
TOTAL AMPAROS VIGENTES POR MOTIVOS	**2507**	**1879**	**2325**	**6711**	**100**

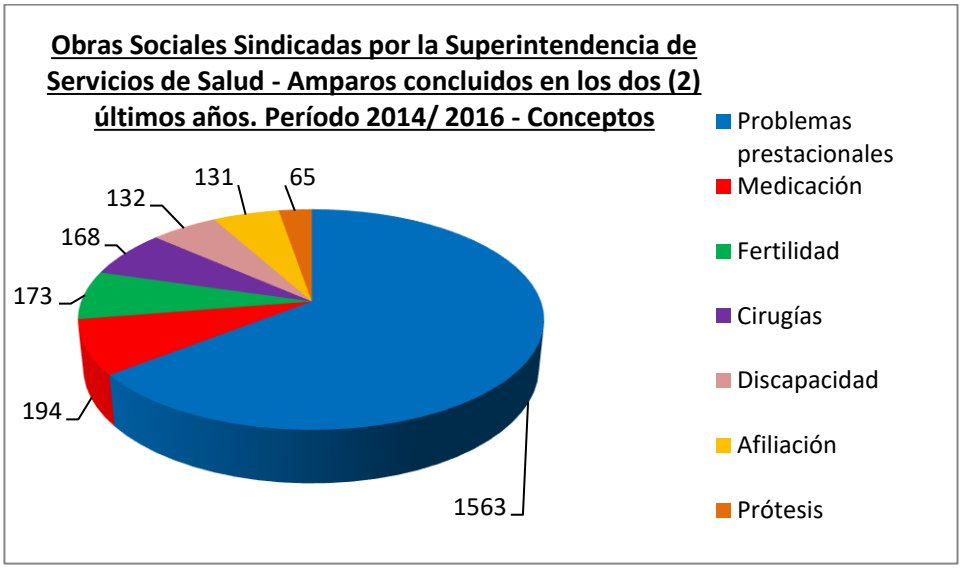




Complementariamente, del trabajo realizado puede concluirse que la cantidad de juicios finalizados declarados por las Obras Sociales sindicadas en los dos (2) últimos años, para el período 2014/2016, van aumentando considerablemente para los distintos años. Así para el año 2014 fueron seiscientos cinco (605), para el año 2015 setecientos cincuenta y dos (752) y para el año 2016 mil sesenta y nueve (1069). Cabe mencionar, que los motivos de mayor reclamo se relacionan con problemas prestacionales en un sesenta y cuatro por ciento (64%), siendo menos representativos los correspondientes a medicación en un ocho por ciento (8%), fertilidad y cirugía un siete por ciento (7%), discapacidad y afiliación un cinco por ciento (5%) y tres por ciento (3%) prótesis respectivamente. Esto se expresa en el siguiente cuadro y gráficos de elaboración propia realizados en base a la información relevada y clasificada de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud:

Obras Sociales Sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud - Juicios de amparos concluidos en los dos (2) últimos años Período 2014/2016 – Por conceptos

Conceptos/años	2014	2015	2016	Totales	%
Problemas prestacionales	333	503	727	**1563**	**64**
Medicación	58	59	77	**194**	**8**
Fertilidad	55	50	68	**173**	**7**
Cirugías	58	44	66	**168**	**7**
Discapacidad	53	31	48	**132**	**5**
Afiliación	22	43	66	**131**	**5**
Prótesis	26	22	17	**65**	**3**
TOTAL AMPAROS CONCLUIDOS	605	752	1069	**2426**	**100**



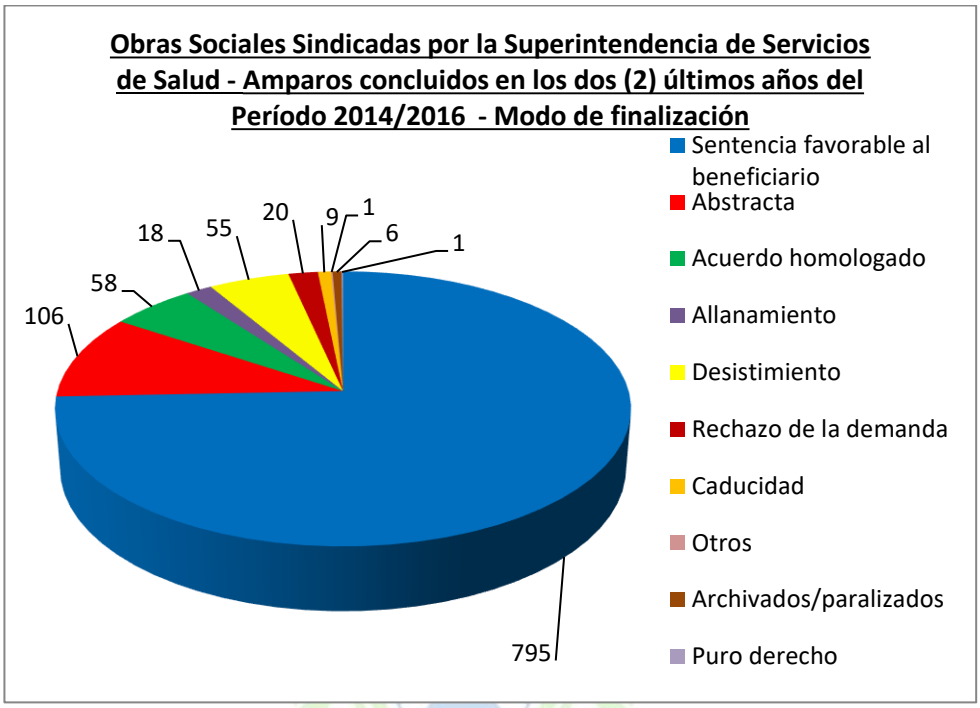
Ahora bien, de lo expuesto hasta el momento puede concluirse que si bien la cantidad de juicios de amparos que mantienen las Obras Sociales con sus beneficiarios presentan valores promedio durante el período, es de destacar que la cantidad de finalización de juicios por amparos que mantienen con sus beneficiarios han aumentado considerablemente año tras año, lo que nos hace suponer que todos los años se inician mayor cantidad de juicios por amparo de los beneficiarios contra las Obras Sociales.

Por otra parte, si se analizan los motivos de finalización de los juicios por amparo contra las Obras Sociales del período en estudio, puede apreciarse que un sesenta y cinco por ciento (65%) ha finalizado con sentencias a favor de los beneficiarios y un uno por

ciento (1%) de los casos la Justicia ha declarado de pleno derecho el pedido realizado. También se reconoce el reclamo del beneficiario en el cuatro por ciento (4%) de los casos en que la Obra Social se ha allanado a lo demandado. Sólo en un dos por ciento (2%) ha procedido la Justicia al rechazo de la demanda. Podría decirse que el diez por ciento (10%) de finalización de juicios por acuerdos homologados tendrían algún viso de reconocimiento, al menos parcial, de la negativa de las Obras Sociales a acceder a los requerimientos de los beneficiarios. Igual interpretación podría hacerse con el tres por ciento (3%) correspondiente al desistimiento de la demanda por parte de los beneficiarios, al uno por ciento (1%) finalizados por haber sido archivados o paralizados y al dos por ciento (2%) por haber caducado la demanda. El once por ciento (11%) de los juicios donde la demanda se ha vuelto abstracta no es de fácil interpretación ya que la mayoría de los casos responden a dos grandes motivos, o se ha cumplido el requerimiento del demandante o el mismo ha fallecido. Consecuentemente, claramente en la gran mayoría de los casos la Justicia falla a favor del beneficiario. Esto se expresa en el siguiente cuadro y gráficos de elaboración propia realizados en base a la información relevada y clasificada de los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud:

Obras Sociales Sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud - Juicios de amparos concluidos en los dos (2) últimos años. Período 2014/2016- Motivos

Conceptos/años	2014	2015	2016	Totales	%
Sentencia favorable al beneficiario	349	438	795	1582	**65**
Abstracta	55	95	106	256	**11**
Acuerdo homologado	94	99	58	251	**10**
Allanamiento	37	43	18	98	**4**
Desistimiento	0	9	55	64	**3**
Rechazo de la demanda	16	12	20	48	**2**
Caducidad	16	21	9	46	**2**
Otros	26	12	1	39	**2**
Archivados/paralizados	12	5	6	23	**1**
Puro derecho	0	18	1	19	**1**
Total amparos concluidos	605	752	1069	2426	100



Universidad de San Andrés

8.3.Apelaciones de acciones de amparo contra las Obras Sociales en la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal.

Se han analizado cinco mil ciento cincuenta y dos (5.152) Resoluciones correspondientes a la totalidad de las emitidas durante el año 2016 por la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal[25], por sus tres salas, donde se ventilan cuestiones relacionadas con incumplimiento de contratos, daños y perjuicios, beneficio de litigar sin gastos, procesos de conocimiento, programas de propiedad participada de Telecom Argentina S.A., faltante y/o avería de carga de transporte terrestre, cese de oposiciones al registro de marcas, cobros de sumas de dinero, habeas data, acción civil por accidente de trabajo enfermedad profesional, accidentes en el ámbito de las Fuerzas Armadas y Fuerzas de Seguridad, acciones de amparo en general, entre otros temas.

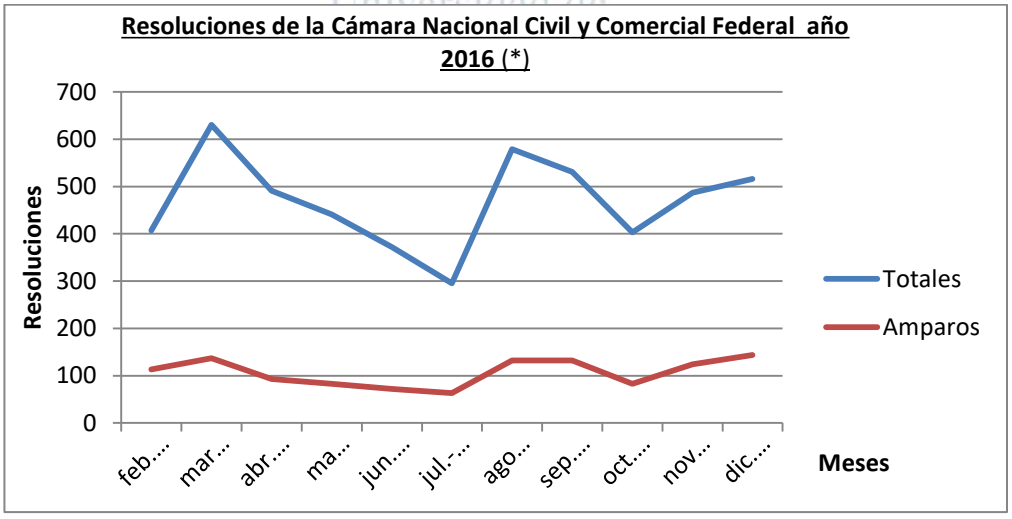
Del total de Resoluciones mencionadas precedentemente se estudiaron mil ciento setenta y seis (1.176), correspondientes a apelaciones en el marco de acciones de

[25] El trabajo se realizó sobre el extracto de la parte resolutiva de los distintos expedientes suministradas en soporte magnético por el titular de la Oficina de Jurisprudencia Digital de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal.

amparos de salud. Podría considerarse, además, que esta cifra aumenta en un diez por ciento (10%) del total de Resoluciones emitidas por la Cámara por reclamos de honorarios, aclaraciones y diversas cuestiones procesales relacionadas con la temática. Consecuentemente, la cantidad total de Resoluciones por apelaciones relacionadas con las acciones de amparo por cuestiones de salud, representarían casi el treinta y tres por ciento (33%) del total de la Resoluciones emitidas por la Cámara, durante el año 2016.

De lo expuesto se puede inferir que el trabajo que se genera en el ámbito judicial en este aspecto es muy significativo, si se considera que la Cámara en cuestión reúne las apelaciones correspondientes a los distintos juzgados de primera instancia de la Capital Federal las que, si se toma como analogía la población, representaría el siete coma veinte por ciento (7,20%) del total de apelaciones que se generan por este motivo en todo el país.[26]

Cabe mencionar, que la cantidad del total de Resoluciones y las correspondientes a acciones de amparo de salud se mantienen más o menos constantes durante el ejercicio (a excepción del período de feria judicial del mes de enero y de julio), según se muestra en el siguiente gráfico:



(*) Gráfico de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

De las Resoluciones emitidas en el marco de acciones de amparo de salud, analizadas en el presente trabajo, quinientos cincuenta y siete (557) corresponden a

[26] Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 la población de la República Argentina era de 4.117.096 habitantes de los cuales 2.890.115 corresponden a la Capital Federal, representando el 7,20% del total de la población.

Obras Sociales, ciento una (101) al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y los quinientos dieciocho (518) restantes a las asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social. Consecuentemente, las acciones de amparos de salud por Obras Sociales en el total tiene una incidencia de casi el cincuenta por ciento (50%).

Al realizar un análisis de las Resoluciones, en el marco de las acciones de amparo de salud correspondientes a las Obras Sociales, se observa que cuatrocientos sesenta y dos (462) corresponden a la Obra Social del Personal de la Unión Civil de la Nación. De ellas trecientas ochenta y dos (382) responden a la temática de continuación de la afiliación, una vez producida la jubilación del beneficiario.

Ante lo notorio de esta cuestión, vale la pena detenerse en la presentación del tema planteado. En forma sintética puede decirse que la Obra Social entiende que no corresponde mantener la afiliación producida la jubilación del beneficiario, toda vez que no se encuentra inscrito en el listado de Obras Sociales que atienden a los jubilados, según lo requiere la normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud. La Cámara considera, en las Resoluciones analizadas, que el traspaso de los afiliados de las Obras Sociales al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados no es automático y que debe existir un consentimiento de ambas partes. Consecuentemente, la Obra Social se niega a mantener la afiliación de aquellos beneficiarios que acceden a su jubilación, ante su disconformidad los mismos presentan amparos judiciales que son apelados por la Obra Social, manteniendo la Cámara su postura al respecto. Por lo expuesto cabe inferir que existe una diferencia de criterio en la materia entre la Obra Social del Personal de la Unión Civil de la Nación, basada en la normativa de la Superintendencia de Servicios de Salud y la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal. Si bien estas Resoluciones no serán consideradas en el trabajo de análisis subsiguiente, son cuestiones a tomar en cuenta muy especialmente porque generan gastos e inconsistencias que afectan al sistema de salud.

Realizada la segregación mencionada en los párrafos anteriores y tomando en consideración que nos referimos a actuaciones de apelaciones, no es menor la cantidad de reclamos correspondientes a las Obras Sociales en este ámbito, según el siguiente detalle presentado en el cuadro de elaboración propia:

RESOLUCIONES DE LA CÁMARA NACIONAL CIVIL Y COMERCIAL FEDERAL POR AMPAROS CORRESPONDIENTES A OBRAS SOCIALES – AÑO 2016

Conceptos	*CANTIDAD*	*PORCENTAJE*
Obra Social del Personal de la Unión Civil de la Nación	80	45,71
Obra Social para la Actividad Docente (OSPLAD)	11	6,29
Obra Social del Personal del Organismo de Control Externo	10	5,71
Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC)	8	4,57
Obra Social del Personal de Edificios de Rentas y Horizontal	6	3,43
Obra Social de los Viajantes Vendedores de la República Argentina	5	2,86
Obra Social de la Actividad del Seguro, Reaseguro, Capitalización y Ahorro y Préstamo para la Vivienda (OSSEG)	4	2,29
Obra Social de los Médicos de la Ciudad de Buenos Aires (OSMEDICA)	4	2,29
Asociación Mutual Sancor	3	1,71
Obra Social de Transporte Colectivo de Pasajeros (OSCTCP)	3	1,71
Obra Social de Árbitros Deportivos de la República Argentina (OSADRA), 125905	3	1,71
Obra Social del Personal de Dirección de Sanidad Luis Pasteur (OSPDS Luis Pasteur) 402004	3	1,71
Asociación del Personal Superior de la Organización Techint (APSOT)	3	1,71
Obra Social de Supervisores de la Industria Metalmecánica (OSSIMRA)	2	1,14
Obra Social de Petroleros	2	1,14
Obra Social del Personal del Automóvil Club Argentino (OSPACA)	2	1,14
Obra Social de Docentes Particulares	2	1,14
Obra Social de los Trabajadores de las Empresas de Electricidad	2	1,14
Obra Social de Seguros	1	0,57
Obra Social del Ministerio de Economía	1	0,57
Obra Social Fedecamaras	1	0,57
Obra Social del Personal Gráfico	1	0,57
Obra Social de Actores	1	0,57
Obra Social de Técnicos de Vuelo de Líneas Aéreas	1	0,57
Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación (OSPIA)	1	0,57
Obra Social de la Industria Cinematográfica (OSPIC)	1	0,57
Obra Social del Sindicato de Obreros y Empleados de la Ind. del Chacinado Tripería y sus Derivados	1	0,57
Obra Social de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor (OSMATA)	1	0,57
Obra Social de Comisarios Navales (OSOCNA)	1	0,57
Obra Social de los Trabajadores de Prensa de Buenos Aires	1	0,57
Obra Social de Capataces Estibadores Portuarios (OSCEP)	1	0,57
Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina	1	0,57
Obra Social del Personal de la Sanidad (OSPSA)	1	0,57
Obra Social de la Industria del Vestido (OSPIV)	1	0,57
Obra Social de los Profesionales Universitarios del Agua y la Energía Eléctrica (OSPUAYE)	1	0,57
Obra Social Bancaria Argentina	1	0,57
Obra Social del Personal de Telecomunicaciones de la República Argentina	1	0,57
Obra Social de Obreros y Empleados Tintoreros, Sombrereros y Lavaderos de la República Argentina	1	0,57
Obra Social de Personal de Dirección Acción social Empresarios (A.S.E.)	1	0,57
Obra Social de Dirección (OSDO)	1	0,57
TOTALES	175	100

Las acciones de amparo bajo estudio se refieren a las siguientes temáticas:

Temática	**Cantidad**	**Porcentaje**
Afiliación	46	% 26,29
Fertilización	22	% 12,57
Medicación	19	% 9,71
Prestación	90	% 51,43
TOTALES	175	%100,00

Como es de esperar, los la mayor cantidad de reclamos responden a prestaciones y los medicamentos se encuentran íntimamente relacionados con las mismas. La temática de afiliación cobra importancia debido a la cobertura por parte de las Obras Sociales de distintas prestaciones.

La cuestión de fertilización, sin lugar a dudas, es un tema novedoso que va tomando mayor importancia en la actualidad, luego del dictado de la Ley 26.862 en 2013 del "Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida". Es de hacer notar, que las cuestiones ventiladas al respecto ya no giran alrededor de la procedencia de la misma, sino más bien a los métodos utilizados.

Ahora bien, es muy relevante el hecho que del total de ciento setenta y cinco (175) Resoluciones por apelaciones, en el marco de acciones de amparo de salud, solamente diecinueve (19) son iniciadas por beneficiarios disconformes con las decisiones adoptadas por los juzgados, ya que casi la totalidad fueron presentadas por las Obras Sociales al recibir fallos adversos de primera instancia, Sólo se presenta un caso, de internación geriátrica, donde ambas partes apelaron y la Cámara mantiene el decisorio de primera instancia de limitarse a la normativa y al nomenclador. Esta situación es un claro indicio de que los distintos juzgados de primera instancia, en general, fallan a favor de los beneficiarios en las cuestiones planteadas, en el marco de amparos por razones de salud.

En un análisis más detallado puede observarse que de las diecinueve (19) apelaciones realizadas por los beneficiarios, en siete (7) expedientes encontramos que primera instancia no había denegado la petición solicitada, sino que la había otorgado pero circunscribiéndola a los valores y metodologías establecidos por la normativa vigente. En estos casos, la Cámara sólo confirmó dos (2) Resoluciones limitantes, correspondientes a internaciones por discapacidad de prestadores ajenos a la cartilla de la Obra Social, en un (1) caso de discapacidad aumentó la prestación al treinta y cinco por ciento (35%) por dependencia y en cuatro (4) casos de internación geriátrica y psiquiátrica revocó la medida de primera instancia y otorgó una cobertura del cien por cien (100%). De las doce (12) apelaciones restantes llevadas a cabo por los beneficiarios por haber sido denegado su requerimiento en primera instancia, en cuanto al accionar decisorio de la Cámara, en sólo cuatro (4) expediente se mantiene el fallo adverso contra los amparistas, los que corresponden a una (1) solicitud de cirugía bariátrica, una (1) correspondiente a afiliación y dos (2) en los que la Cámara no convalida el método solicitado para realizar fertilización asistida. En seis (6) casos, la Cámara directamente revoca el decisorio de primera instancia otorgando el cien por cien (100%) de lo solicitado por el amparista, en expedientes correspondientes a un (1) traslado a un centro de rehabilitación, un (1) cateterismo y posible angioplastia con prestador fuera de

cartilla, una (1) solicitud de escolaridad para discapacitado en centro privado, un (1) requerimiento de fertilización asistida y dos (2) cirugías bariátricas. En un (1) pedido de escolaridad especial por discapacidad no existente en cartilla de la Obra Social, la Cámara revoca la negativa de primera instancia pero limita a los valores y metodologías establecidos por norma y en un (1) tema de internación geriátrica especial, revoca la negativa de primera instancia y solicita realizar evaluación a los ciento veinte (120) días.

En cuanto a las ciento cincuenta y cinco (155) apelaciones realizadas por las Obras Sociales, corresponden a Resoluciones de primera instancia donde se ha conformado a los beneficiarios según lo solicitado, de ellas sólo en (1) una Resolución el Juez de primera instancia limita parcialmente el otorgamiento del beneficio concediendo la fertilización asistida pero no con el método de donación in fresh, criterio que es avalado por la Cámara. En ciento catorce (114) expedientes la Cámara directamente confirma la Resolución de primera instancia haciendo lugar al requerimiento del beneficiario. En veintiocho (28) casos la Cámara declara desierto el recurso y en cuatro (4) los considera abstractos, por lo que quedan vigentes las Resoluciones de primera instancia donde se hace lugar a lo requerido por los beneficiarios del sistema. En tres (3) casos la Cámara limita parcialmente la Resolución favorable al beneficiario, aprobando la fertilización asistida pero no con el método de donación in fresh, En dos (2) casos de internaciones psiquiátricas, la Cámara avala la Resolución favorable al beneficiario realizada en primera instancia, pero solicita evaluaciones a los ciento veinte (120) días. En un (1) expediente de escolaridad especial por discapacidad limita el beneficio otorgado por primera instancia a los montos y metodologías establecidos por la normativa. En un (1) tema de medicación oncológica, no aprobado por la Administración Nacional de Medicamento, Alimentos y Tecnología Médica (la cual tiene entre otros objetivos el de autorizar y registrar la elaboración y comercialización de especialidades medicinales, productos para diagnóstico y cosméticos, así como su actualización y modificaciones, según lo establece el Decreto N° 1490/92 y sus modificatorias), la Cámara establece que el setena por ciento (70%) del valor del medicamento sea solventado por la Obra Social y el otro treinta por ciento (30) por el Estado Nacional, ya que se establece que el amparista no cuenta con medios económicos para hacerse cargo. En un (1) solo caso, la Cámara revierte la Resolución favorable al beneficiario del sistema, por no acreditar los requisitos de la medida en un tema de fertilización con criopreservación.

Del estudio realizado, expuesto precedentemente, puede inferirse que, en cuanto a acciones de amparo en cuestiones de salud donde intervienen Obras Sociales, la Justicia de primera instancia, en su gran mayoría, falla a favor del beneficiario. En cuanto a las apelaciones que se realizan ante la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, en la casi totalidad de los casos, se mantienen los decisorios de primera instancia con una marcada tendencia de favorecer a los beneficiarios del sistema de salud.

Esto se expresa en el siguiente cuadro de elaboración propia:

Fallos de la Cámara de Apelación Civil y Comercial de la Capital Federal 2016 en Acciones de Amparos donde intervienen Obras Sociales (1)

Conceptos	A favor del Beneficiario				A Favor de la Obra Social	Totales
	Pedido por el beneficiario(2)	*Con mejora*	*Según norma*	*Con Evaluación*		
Iniciada por el Beneficiario						***19***
Con fallo adverso de 1ra instancia	6		1	1	4	12
Con límite de norma de 1ra instancia	4	1	2			7
Iniciado por la Obra Social						**155**
Con fallo adverso de 1ra instancia	147		4	2	1	154
Con límite de norma de 1ra instancia			1			1
Iniciado por ambos						***1***
Con límite de norma de 1ra instancia			1			1
Totales	157	1	9	3	5	175
	170				**5**	**175**

(1) Excluidas apelaciones de la Unión Personal Civil de la Nación por afiliaciones de jubilados
(2) Se incluyen Resoluciones por declaración de recursos desiertos y abstractos

En forma complementaria, es interesante analizar las Resoluciones en cuestiones de salud adoptadas por la Cámara donde se encuentran involucrados el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y las asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social.

En relación con las ciento una (101) apelaciones en las que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es parte, nos encontramos con un panorama muy parecido al presentado en aquellas donde las Obras Sociales se encuentran alcanzadas, con un accionar de la Cámara aún más marcado a favor de los beneficiarios del sistema de salud. Así, vemos que sólo tres (3) acciones son iniciadas por los beneficiarios o el Defensor Oficial, en su caso, disconformes con las decisiones adoptadas por los juzgados, ya que casi la totalidad fueron presentadas por el Instituto

Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, al recibir fallos adversos de primera instancia. De las tres (3) acciones mencionadas, dos (2) se inician con fallos adversos de primera instancia, donde en un caso de afiliación la Cámara adhiere a lo resuelto por la misma y en el otro caso, también de afiliación, revoca la Resolución, haciendo lugar a lo solicitado por el beneficiario. La acción restante se inicia con un fallo de primera instancia que se limita a la asignación de un viático fijo para un caso de prestación y donde la Cámara revierte el decisorio de primera instancia, concediendo la actualización del mismo según lo solicitado por el beneficiario.

En referencia a las noventa y ocho (98) apelaciones realizadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, corresponden en su totalidad a Resoluciones de primera instancia donde se ha fallado conformado los requerimientos de los beneficiarios. De ellas en sesenta y un (61) expedientes, la Cámara directamente confirma la Resolución de primera instancia, haciendo lugar a lo solicitado por el beneficiario. En veintiséis (26) casos, la Cámara declara desierto el recurso y en seis (6) los considera abstractos, por lo que quedan vigentes las Resoluciones de primera instancia, donde se hace lugar a lo requerido por los beneficiarios. En tres (3) casos, de internación en centros geriátricos, la Cámara limita parcialmente la Resolución inicialmente favorable al beneficiario, conforme lo establecen las normas y el nomenclador. En un (1) caso, también de atención geriátrica, la Cámara avala la Resolución favorable al beneficiario realizada en primera instancia, pero solicita evaluaciones a los ciento veinte (120) días. Sólo en un (1) caso, la Cámara revierte la Resolución de primera instancia favorable al beneficiario por no acreditar las pruebas necesarias de los requerimientos para la enfermedad de hepatitis C.

De esta forma y conforme con el estudio realizado, puede inferirse que también en las acciones de amparo en cuestiones de salud, donde intervienen Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, la Justicia de primera instancia, en su gran mayoría, falla a favor del beneficiario. En cuanto a las apelaciones que se realizan ante la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, en la casi totalidad de los casos, se mantienen los decisorios de primera instancia con una marcada tendencia de favorecer a los beneficiarios del sistema de salud.

Esto se expresa en el siguiente cuadro de elaboración propia:

Fallos de la Cámara de Apelación Civil y Comercial de la Capital Federal 2016 en Acciones de Amparos donde interviene el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Conceptos	A favor del Beneficiario				A Favor del INSSJP	Totales
	Lo pedido(1)	*Con mejora*	*Según norma*	*Con Evaluación*		
Iniciada por el Beneficiario						***3***
Con fallo adverso de 1ra instancia	1				1	2
Con límite de norma de 1ra instancia	1					1
Iniciado por el INSSJP						**98**
Con fallo adverso de 1ra instancia	93		3	1	1	98
Totales	95	0	3	1	2	101
	99				**2**	**101**

Las acciones de amparo por salud, donde es parte el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, se refieren a las siguientes temáticas:

Temática	**Cantidad**	**Porcentaje**
Afiliación	3	% 2,97
Medicación	25	% 24,75
Prestación	73	% 72,28
TOTALES	101	%100,00

En los casos mencionados en el párrafo precedente la temática preponderante se relaciona con las prestaciones, ligadas estrechamente a medicamentos, ya que en cuanto a afiliación no se observa casi negativa ni problemática en la aceptación de las mismas.

En cuanto a las apelaciones por acciones de amparo de salud, donde son parte las asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social, la Cámara emitió quinientas dieciocho (518) sentencias en la materia[27], de las cuales setenta y cuatro (74) fueron en respuesta a acciones de amparo iniciadas por los beneficiarios, por encontrarse disconformes con los resultados obtenidos en primera instancia, veintiuna (21) por ambas partes por no haber satisfecho la Resolución de primera instancia a ninguno de los involucrados y el resto, es decir cuatrocientos veintitrés (423) responden a apelaciones efectuadas por las empresas de medicina privada por resultarles adverso el fallo de primera instancia.

Nuevamente, se presenta como indicio claro que en materia de reclamos de acciones de amparo de salud los distintos tribunales de primera instancia fallan a favor de los beneficiarios del sistema, en su gran mayoría.

[27] Se describe en Anexo V el detalle de la cantidad de Resoluciones emitidas por la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, durante 2016, por cada empresa.

Realizando un análisis más profundo de los casos planteados, puede observarse que en los veintiuna (21) casos de reclamos de ambas partes, las sentencias de primera instancia otorgaron lo solicitado por el beneficiario pero dentro de la normativa y del nomenclador vigente. De ellos, en diez (10) Resoluciones la Cámara mantiene la postura de primera instancia, en nueve (9) revoca la sentencia de primera instancia y otorga la totalidad de lo solicitado por el beneficiario y en dos (2) casos, si bien se mantiene dentro de la normativa, aplica una que otorga mayores beneficios a la que le fuera concedido al afiliado en primer instancia.

En relación con las setenta y cuatro (74) apelaciones realizadas por los beneficiarios, treinta (30) responden a fallos de primera instancia que niegan los requerimientos efectuados por ellos, en trece (13) de ellos, la Cámara mantiene la negativa, en catorce (14) la Cámara revoca el fallo de primera instancia y otorga lo solicitado por el amparista, en dos (2) la Cámara revoca el fallo de primera instancia y otorga lo solicitado por el amparista pero con una evaluación a los ciento veinte (120) días y en un (1) caso la Cámara revoca y otorga lo solicitado, pero dentro de la normativa y el nomenclador vigente. Cuarenta (40) casos corresponden a fallos de primera instancia en el marco de la normativa y el nomenclador vigente o con proveedores de la accionada, de los cuales en veintidós (22) Resoluciones la Cámara mantuvo el criterio de primera instancia, en tres (3) casos mantiene el criterio de primera instancia pero aplica una norma más beneficiosa para el amparista, en dieciocho (18) Resoluciones la Cámara revoca lo dictaminado en primera instancia y otorga el beneficio solicitado por el amparista y en un (1) caso al declarar desierto el recurso se mantiene lo decidido en la sentencia de primera instancia.

Finalmente, de las cuatrocientos veintitrés (423) apelaciones iniciadas por las distintas asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social, por recibir fallos adversos de primera instancia, en trecientos veinte (320), la Cámara avala la Resolución de primera instancia a favor del beneficiario sin modificaciones. En cuarenta (40) casos la Cámara declara desierto el recurso y en quince (15) los considera abstractos, por lo que quedan vigentes las Resoluciones de primera instancia donde se hace lugar a lo requerido por los beneficiarios del sistema. En veinte siete (27) Resoluciones la Cámara avala el fallo favorable al beneficiario de primera instancia, pero dentro de la normativa y nomenclador vigente y, además, en quince (15) Resoluciones se pronuncia también avalando las actuaciones de primera instancia pero solicita una evaluación a los ciento

veinte (120) o noventa (90) días. Por otra parte, sólo en seis (6) casos la Cámara revoca las actuaciones de primera instancia en cuanto al beneficio otorgado.

Esto se expresa en el siguiente cuadro de elaboración propia:

Fallos de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal 2016 en acciones de amparos donde intervienen asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social.

Conceptos	A favor del Beneficiario				A Favor de la empresa	Totales
	Lo pedido(1)	*Con mejora*	*Según norma*	*Con Evaluación*		
Iniciada por el Beneficiario						***74***
Con fallo adverso de 1ra instancia al beneficiario	14		1	2	13	30
Con límite de norma de 1ra instancia	18	3	23			44
Iniciado por la Obra Social						**423**
Con fallo adverso de 1ra instancia al beneficiario	375		27	15	6	423
Iniciado por ambos						***21***
Con límite de norma de 1ra instancia	9	2	10			21
Totales	416	5	61	17	19	518
	499				**19**	**518**

(1) Se incluyen Resoluciones por declaración de recursos desiertos y abstractos

Las acciones de amparo relacionadas con asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social, se refieren a las siguientes temáticas:

Temática	**Cantidad**	**Porcentaje**
Afiliación	66	% 12,74
Fertilización	39	% 7,53
Medicación	26	% 5,02
Prestación	387	% 74,71
TOTALES	518	%100,00

En el mismo sentido que las temáticas de las apelaciones analizadas en el marco de Obras Sociales y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, aquí nos encontramos con una gran preponderancia de reclamos por prestaciones, encontrándose los medicamentos íntimamente relacionados con las mismas. En cuanto a las afiliaciones el porcentaje es menor en relación con los reclamos realizados a las Obras Sociales, presentando las empresas de medicina privada, entonces, una menor resistencia a aceptar las mismas o avenirse al cumplimiento de la normativa en cuanto a aplicación de aumento de cuotas. Por el contrario, el porcentaje

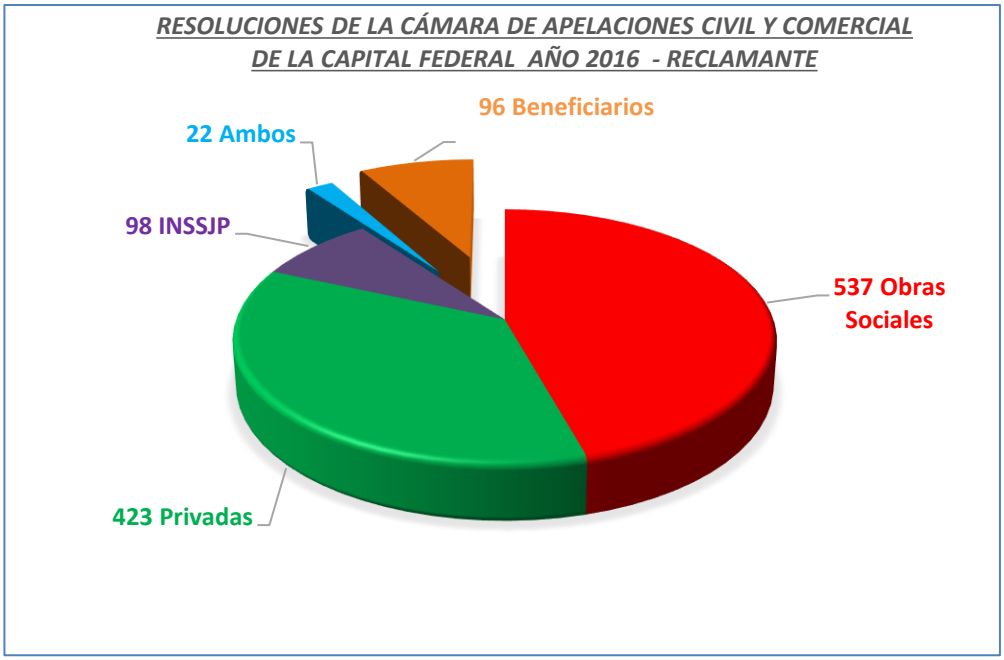
de reclamos por fertilización es más importante en estos casos que en las apelaciones realizadas en el marco de Obras Sociales, siendo entonces más resistido el cumplimiento de la normativa y de los distintos métodos a utilizar en la temática de fertilización.

Después de haber analizado todas las Resoluciones de la Cámara Civil y Comercial Federal emitidas durante el año 2016 en la materia de salud, puede entonces concluirse que recibe, casi en su totalidad, reclamos de las entidades que deben prestar servicios a sus beneficiarios por fallos de primera instancia que le son adversos. En las apelaciones en donde las Obras Sociales son parte, el reclamo de las mismas representa casi el ochenta y nueve por ciento (89%) de los casos y si se incluyen aquellos donde la Obra Social Unión del Personal Civil de la Nación reclama por afiliaciones de jubilados, la incidencia sube a más de noventa y seis por ciento (96%). Complementariamente, cuando el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es parte, el reclamo del mismo representa más del noventa y siete por ciento (97%) de los casos y en las apelaciones donde son parte asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social, el reclamo de las mismas representa casi el ochenta y dos por ciento (82%) de los casos. En cuanto a la incidencia de los reclamantes en el total de los reclamos, el mismo puede apreciarse en el siguiente cuadro y gráfico de elaboración propia:

Universidad de San Andrés

Resoluciones de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal año 2016 según el reclamante

Apelaciones iniciadas por	*total*	*Porcentaje*
Obras Sociales	537	45,66
Empresas de Medicina Privada	423	35,97
INSSJP	98	8,33
Por ambos	22	1,87
Beneficiarios del Sistema de Salud	96	8,16
Totales	**1176**	**100**

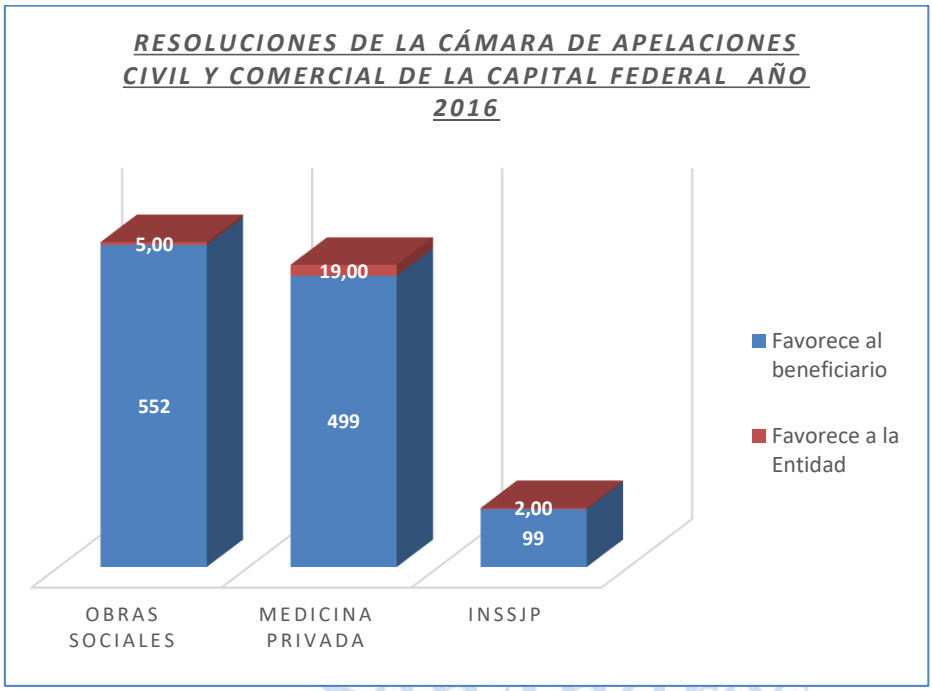


Por último, es de gran importancia destacar el resultado de los fallos relacionados con la temática en estudio ya que, en su gran mayoría, las Resoluciones favorecen las solicitudes de los beneficiarios, ya sea otorgándoles lo requerido en forma total, haciéndolo pero con evaluaciones a ciento veinte (120) o noventa (90) días, o haciendo lugar a su pedido pero conforme con lo normado o establecido por el nomenclador o declarando desiertos los recursos o abstractas las apelaciones de las sentencias de primera instancia que favorecías a los beneficiarios del sistema.

Así, en las apelaciones en donde las Obras Sociales son parte, la Cámara falló favoreciendo al beneficiario del sistema en más del noventa y siete (97%) de los casos y si se incluyen los correspondientes donde la Obra Social Unión del Personal Civil de la Nación reclama por afiliaciones de jubilados, la incidencia sube a más del noventa y nueve por ciento (99%). Complementariamente, cuando el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es parte, la Cámara falló favoreciendo al beneficiario del sistema en más del noventa y ocho por ciento (98%) de los casos y en las apelaciones donde son parte asociaciones de medicina prepaga o seguros privados de salud, incluyendo las entidades de la economía social, la Cámara falló favoreciendo al beneficiario del sistema en más del noventa y seis por ciento (96%) de los casos. En cuanto a la incidencia de los fallos favorables a los beneficiarios del sistema en el total de los reclamos, el mismo puede apreciarse en el siguiente cuadro y gráfico de elaboración propia:

Resoluciones de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal año 2016

Apelaciones donde son parte	*Favorecen al beneficiario*	*Favorecen a la entidad*	*Total*
Obras Sociales	552	5	557
Empresas de medicina privada	499	19	518
INSSJP	99	2	101
Totales	**1150**	**26**	**1176**



SanAndres

CAPÍTULO IX: Una visión desde las Ciencias Sociales

Es relevante hacer foco en que el presente trabajo se enmarca en la visión de las funciones irrenunciables del Estado, no sólo como factor dinamizante de la economía sino también como sostén de la propia legitimidad de los gobiernos, donde la salud es un actor principal. De la otra cara de la moneda tenemos que la salud es, entre otros, un derecho social que debe ser garantizado por el Estado.

Pero cuando nos referimos al Estado, en un estado de derecho democrático, nos referimos a los tres poderes que lo constituyen, donde cada uno juega un papel fundamental de pesos y contrapesos. De tal manera que, si el accionar de uno de los poderes falla, el sistema se desbalancea y otro de los poderes asumirá la carga que impida su quiebre.

Claramente, la intervención del Poder Judicial, ante una falta de prestación de servicios por parte de las Obras Sociales, no admite discusión alguna y es la forma de resguardar el derecho constitucional a la salud que tienen los beneficiarios del sistema.

En muchos casos, la justicia ha reparado situaciones de inequidad amparando verdaderamente a beneficiarios y usuarios a quienes los sujetos obligados a brindar la asistencia de salud no prestaban la cobertura requerida, protegiendo de esta manera el inalienable derecho a la salud, garantizado en nuestra Constitución Nacional. En este marco, se puede afirmar que la intervención de la justicia en los conflictos en la atención de la salud, aunque en algunos casos inconvenientes, es un hecho positivo que beneficia ampliamente al ciudadano a través de la obtención del reconocimiento de un derecho legítimo y la satisfacción de su requerimiento mediante una vía rápida y eficaz.

La salud es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado, en este sentido el Estado debe también establecer los límites a ese derecho en un plano de equidad, eficiencia, efectividad y calidad, para lo cual es necesario entender a la salud como un producto social en tanto es determinada por múltiples factores biológicos, ambientales y socioculturales (Vargas Fuentes, 2013). De esta forma y normativamente, debe tomarse en cuenta que todos los derechos reconocidos por la Constitución Nacional no son absolutos sino que tienen un carácter relativo, dado que deben ejercerse conforme con las leyes que reglamenten su ejercicio, según lo determina el art. 14 de la Constitución Nacional, mediante la competencia del Poder Legislativo, en un marco de razonabilidad, ya que no puede alterarse su esencia y las restricciones que se impongan deben responder al bienestar general. Esta limitación de los derechos responde a su propia naturaleza de relaciones sociales, en una combinación de convivencia con las obligaciones.

También debe considerarse que el Poder Ejecutivo emite las instrucciones y reglamenta las leyes de la Nación para que puedan ser ejecutadas, en el marco del espíritu con que fueron dictadas, conforme lo indicado por el art. 99 inc.2. Es así, que se emiten Decretos y a través de sus Ministerios y Órganos inferiores, Resoluciones, Disposiciones y demás actos administrativos que conforman la normativa que permite ejercer los derechos y a su vez los limita, en un marco de beneficio social y costo de oportunidad.

Ahora bien, cuando el Poder Ejecutivo no cumple su función coercitiva y coactiva, cristalizado fundamentalmente en el derecho y en las instituciones y no logra

generar consensos, representando solidaridades colectivas, situación que legitima las instituciones estatales y cuando, además, no logra eficiencia en su accionar de mediador basando su accionar en una ideología de igualdad, logrando ser árbitro imparcial, falla irremediablemente en su gestión social. Así, ha sido demostrado en los resultados obtenidos en el presente trabajo, en relación con el incumplimiento de las prestaciones de salud por parte de las Obras Sociales con sus beneficiarios.

Es aquí donde el Poder Judicial entra en acción en situaciones que debieron ser resueltas en instancias administrativas, produciéndose entonces la judicialización de los reclamos de los beneficiarios de las Obras Sociales.

Muchas veces los jueces toman decisiones con información y recursos limitados, con una lógica tendencia a dar curso a las solicitudes de los beneficiarios del sistema, pudiendo avalar una mala praxis médica y lo que es aún peor con su accionar pueden promover la litigiosidad, dando lugar no al progreso del conocimiento de la medicina basada en la evidencia médica científica, sino que se deja lugar a la medicina basada en la Resolución de la Justicia.

Es así, que en varias oportunidades, se presentan recursos de amparos por medicamentos y prácticas en fase de experimentación en los que medidas cautelares obligaron a las Obras Sociales a abonar importantes sumas de dinero. En instancias superiores estos recursos no prosperan, al considerarse tratamientos o medicamentos no autorizados, o porque carecen de fundamentos científicos o no cuentan con los protocolos ni con los estudios que demuestran su utilidad en seres humanos[28].

De esta forma, muchas veces a través de la justicia se realizan solicitudes de cobertura de tratamientos donde no se considera la evidencia científica, no se tienen en cuenta los consensos internacionales ni nacionales, no se respetan las normas y protocolos de probada eficacia y se omiten las regulaciones de organismos como el ANMAT (Administración Nacional de Medicamento, Alimentos y Tecnología Médica) o el FDA (Agencia de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norte América).

De esta manera, cuando se fuerza una cobertura en busca de proteger un derecho individual pero donde no se respeta la evidencia científica y no se usan las alternativas terapéuticas eficazmente comprobadas, se provoca un daño grave sobre el derecho colectivo, el principio de equidad y solidaridad del sistema, y el financiamiento de la salud.

[28] La Scaleia, Antonio. 2011. "Advierten que por Amparos pueden Desfinanciarse Obras Sociales". *Bureau de Salud en Seguridad Social*. 2 de junio.

Uno de los problemas más importantes en la presente temática es el relacionado con procesos que requieren resoluciones de medidas autosatisfactivas, como fueran definidas por el Dr. Jorge Peyrano (2008) soluciones jurisdiccionales urgentes, autónomas, despachables inaudita pars y mediando una fuerte probabilidad de que los planteos formulados sean atendibles. Estos son requerimientos urgentes que se agotan con su despacho favorable no siendo necesaria, entonces, de una ulterior acción principal para evitar su caducidad o decaimiento, en ellos se debe probar la existencia de un daño irreparable o de muy dificultosa reparación que deviene de la no anticipada tutela solicitada. Si en estos casos los jueces favorecen requerimientos arbitrarios, muchos de ellos impetrados por beneficiarios y usuarios influenciados por distintos profesionales quienes en su propio beneficio impulsan procesos judiciales con reclamos de asistencia sanitaria improcedentes, la justicia vulnera el sistema de salud. Dentro de estos supuestos se han tomado decisiones judiciales donde se obliga a Obras Sociales a otorgar por vía de amparo judicial la entrega de medicamentos no autorizados por la ANMAT, fabricados en el exterior o prácticas médicas en estado de experimentación y sin evidencia científica ni homologación clínica.

En resumidas cuentas, los jueces al dictaminar en casos particulares muchas veces desconocen los alcances del plan de salud de las Obras Sociales y ponen en riesgo la administración de los recursos, la financiación y la equidad de un sistema que ha de ser solidario.

Las preguntas insoslayables que se presentan a esta altura del relato son ¿Por qué la judicialización de los reclamos de los beneficiarios de las Obras Sociales se mantiene y agrava en la actualidad? ¿Por qué la Superintendencia de Servicios de Salud recibe cada vez más reclamos y es más ineficiente en la resolución de los mismos? ¿Por qué continúan sin resolverse la asignación de recursos que por ley les corresponden a las Obras Sociales? En definitiva, la pregunta que debe ser contestada en estas instancias es ¿Por qué una problemática que continuamente amenaza con quebrantar el sistema de salud, no sólo no ha sido solucionada sino que muy por el contrario y, según fuera demostrado a lo largo del presente trabajo, tiende a empeorar?

A efectos de encontrar alguna respuesta a los interrogantes planteados es interesante el análisis de la temática a través de la teoría de la elección pública o public choice, postulada originalmente por James M. Buchanan y que le valiera ser premiado en 1986 con el Premio Novel de Economía. Considerando brevemente y en forma muy sintética sus postulados, se entiende que los procesos de elección colectiva difieren

sustancialmente de los procesos privados, en la medida que los sistemas de incentivos de los individuos son diferentes en cada contexto. De esta manera, para realizar un análisis de las decisiones tomadas en forma individual o colectiva deben considerarse los conflictos de intereses, entendidos en una relación de principal-agente entre los ciudadanos, empresas, políticos y burócratas.

El modelo del principal agente es una expresión analítica de la relación de la agencia en la cual una parte, el principal, considera entrar en un acuerdo contractual con otro, el agente, con la expectativa que el agente subsecuentemente elegirá acciones que produzcan resultados deseables para el principal.

Así, en las decisiones que toman los funcionarios de las Obras Sociales y de la Superintendencia de Servicios de Salud, los jueces de los distintos juzgados, como así también los beneficiarios del sistema, es interesante considerar el individualismo metodológico que utiliza la teoría del public choice, por la que se entiende que los agentes persiguen racionalmente sus objetivos particulares. En consecuencia, las acciones de todos ellos estarán signadas, principalmente, por la maximización del presupuesto público en aras de satisfacer intereses personales y, sólo en segundo lugar en buscar optimización el bienestar general.

Con esta visión, puede comprenderse la negativa en muchos casos de las Obras Sociales a cumplir con ciertas prestaciones que, por ley, corresponde que realicen. También, puede entenderse que en varias oportunidades no cumplan con las Resoluciones emanadas por su órgano de contralor. Además, puede encontrarse lógica en la inacción e implementación de medidas ineficientes, por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, que no logren regularizar el cumplimiento de las prestaciones de las Obras Sociales con sus beneficiarios. Asimismo, puede aceptarse el obrar de la justicia en cuanto a su tendencia a hacer lugar a las solicitudes de los beneficiarios, más allá del sistema normativo y presupuestario que sustenta el sistema de salud. Finalmente, puede entenderse por qué los ciudadanos esperan que el Estado cubra las necesidades de salud de todos con las mejores tecnologías existentes en el mercado y por otro lado, son reticentes a contribuir económicamente al sistema, conforme con sus obligaciones tributarias.

La visión planteada sólo nos ha servido para comprender el porqué de la judicialización de los reclamos de los beneficiarios ante el incumplimiento de las Obras Sociales. Para encontrar respuestas que nos orienten hacia la solución de la problemática deberán realizarse otros estudios que complementen el trabajo aquí presentado, con la

rigurosidad y compromiso necesario que las ciencias sociales requieren. Así, deberán encontrarse respuestas sobre diferentes temáticas como por ejemplo: ¿Cuál es la incidencia de la complejidad organizacional en las deficiencias del control o eficiencia en el procesamiento? ¿Cuál es la economía política que incide en esta evidencia (actores, intereses, etc.) y si la misma es determinante? ¿Cómo se articulan las distintas esferas de control con los criterios en juego? ¿Cuáles son los incentivos o falta de incentivos en la tramitación de los recursos y si difieren por tipo de solicitante? ¿Existe alguna relación entre complejidad de las problemáticas tratas y los criterios utilizado para la resolución de las demandas?

En tal sentido, es de considerar que el presente trabajo de investigación se ha basado entonces, en datos, estadísticas y descubrimientos, es decir en evidencia utilizando el término no en su acepción restringida ni tampoco amplia, como las que describiera oportunamente Wyatt (2002), sino con una visión práctica fundamentando en cada caso los parámetros considerados. No obstante, la intención es ir más allá y adentrarse en la búsqueda de ideas y argumentos que sustenten políticas públicas que logren modificar la realidad presentada, sin diluir la investigación realizada ni deformarla. De alguna manera se busca construir una nueva realidad e influir para que las prestaciones de los servicios de las Obras Sociales respondan a normativas basadas en la salvaguarda del derecho a la salud y de la equidad. Se intenta que las funcione del organismo rector tengan como basamento el monitoreo y control de dicho accionar y que, tanto éste como el Poder Judicial, intervengan en casos excepcionales que salgan de la esfera de la normalidad o planteen nuevas situaciones. Estos planteamientos excepcionales merecerán la atención de los órganos legislativos, los que determinarán la necesidad de modificaciones de la normativa que rige el accionar de las Obras Sociales, en cuanto a la prestación de servicios de salud.

Así, siguiendo a Weiss (1999) se intenta que la asimilación de la idea presentada en esta investigación pueda ayudar a transformar el modo en que se enfoca las cuestiones de la presente política pública y el tipo de soluciones que se consideran, debaten y adoptan. Se intenta, al menos, provocar dudas acerca del statu quo de la implementación de las políticas actuales logrando que los responsables de las mismas las reexaminen y reconsideren lo que se debe hacer. De nada ha servido realizar medidas paliativas que desvirtúan el accionar de las instituciones, como se ha demostrado en la falta de eficacia de la creación de la figura del “Defensor del Beneficiario”, si no se refuerza el accionar de la Institución de contralor como es el caso de la Superintendencia de Servicios de

Salud, donde se han demostrado fallas de estructuras organizativas, deficiencias económicas, financieras e ineficiencias en la respuesta de los reclamos de los beneficiarios y por ende del control de la Obras Sociales. La presente investigación tiene la pretensión de servir como argumento para la implementación de una política pública racional, que adopte metas de equidad y equilibrio del sistema de salud de forma sustentable, en un ambiente de intenso conflicto entre los intereses encontrados de los distintos grupos (obras sociales, beneficiarios, prestadores, etc.), ya que las decisiones gubernamentales cobran calidad en la medida que se basan en el conocimiento científico, sustentando el concepto de que las ciencias sociales aplicadas a las políticas públicas fomentan las buenas decisiones.

Este estudio pretende formar parte del conocimiento, elemento esencial en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, engranaje decisivo en la conformación de esta rueda, que cierra su circuito con la retroalimentación y que avanza por la sociedad modificándola. La rueda se agranda nutriéndose de nuevos aportes que obtiene de su propia interacción y disminuye cuando cumple su objetivo o no logra dejar surcos en el suelo de la sociedad. La relación entre el conocimiento y las ciencias sociales ha tenido una larga historia de luchas de preponderancias e influencias mutuas. La conformación del conocimiento es un camino arduo que demanda tiempo y las necesidades de las políticas públicas se ven signadas por las urgencias, así la relación entre ellas ha tenido desencuentros pero nunca han dejado de gravitar en sus respectivas esferas de acción porque las dos se encuentran en la esencia de la sociedad.

El presente trabajo trata de evitar la paradoja subrayada por Wittrock (1999) donde el conocimiento de las ciencias sociales como proceso de políticas crece en jerarquía, pero los resultados de las investigaciones no son plenamente utilizados por los decisores políticos.

Se intenta realizar algún aporte al proceso de aprendizaje de las políticas públicas, sostenido por Sabatier (1988, en Wittrock, 1999), que con pautas fuertemente análogas y continuas, entiende a las políticas públicas como hipótesis, estableciendo relaciones causales, postulando enunciados falsables. De esta manera, a la postre, la incertidumbre se va estrechando y se conforma un cuerpo de hipótesis con una aproximación a la verdad. De igual manera, es intensión que el estudio realizado sume algún aporte al conocimiento para ingresar en un proceso de interacción, de análisis que presupone distintas medidas, procesos reflexivos y deliberativo, según los postulados por Lindblom y Cohen (1979, en Wittrock, 1999).

En este marco, se presenta como hipótesis de solución la revalorización de la Institución de contralor de la Superintendencia de Servicios de Salud, haciendo foco en su función de monitoreo y control, realimentando la información necesaria para aportar a la adecuación de las pautas normativas que rigen la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios. Va de suyo que esta tarea no va a ser fácil, ya que si bien se presenta como una verdad de Perogrullo no se ha podido implementarse hasta la actualidad, debido a los intereses encontrados que juegan sus influencias dentro del Poder Ejecutivo y tironea para ejercer el poder de la toma de decisiones en la propia Institución, también en la asignación de partidas presupuestarias y de efectivización de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución.

Para el logro de la hipótesis de solución planteada, es fundamental considerar el papel que juegan los valores morales en la relación del conocimiento y las políticas públicas. La dualidad en los valores morales de los distintos grupos de interés debe ser evaluda en la toma de decisiones, con el fin de lograr resultados posibles y estables, relacionando causas y efectos en un mundo pragmático. Para esto, es necesario establecer problemáticas potenciales, valores posibles y lograr consensos. Es deseable una interacción que permita una remodelación de los marcos cognitivos y normativos de los responsables políticos. Así, se deben considerar otras formas de inteligencia, que comprendan los procesos falibles y la destreza en los juicios para incorporar evidencia. Es de vital importancia considerar la posibilidad de tomar cursos de acción alternativos que acerquen a una realidad más factible, mediante los debates y deliberaciones relacionados con los fines de la política, las cuestiones éticas y morales.

El avance cada vez más vertiginoso de las tecnologías produce un doble efecto en las políticas públicas. En un sentido, el conocimiento de las distintas especializaciones se circunscribe cada vez más en grupos cerrados poseedores de los saberes específicos. Por otro lado, el avance en las comunicaciones hace que cada vez más se expanda el conocimiento de la existencia de dichos saberes. En tal sentido, los tomadores de decisiones tienen que fundar las mismas en un conocimiento científico ofreciendo evidencia, al verse expuestos ante las presiones de la sociedad a la que debe rendir cuentas y la que se encuentra cada día más informada. De esta manera, los círculos científicos son consultados por los tomadores de decisiones, pero también por aquellos ante quienes mantienen argumentaciones para imponer las políticas públicas. Así, muchas veces las discusiones se trasladan a los ámbitos de los especialistas que defienden también distintas posturas políticas. Por lo que cada día más el conocimiento

científico influye en los ámbitos de poder y éstos en los ámbitos científicos. De esta manera, no pueden despreciarse los conocimientos que los profesionales de la salud aportan a la temática porque constituyen un grupo de interés de gran peso en la sociedad, que interactúa en la problemática de la cuestión planteada en el presente trabajo.

Ahora bien, es imperativo considerar que las políticas públicas que se adopten en el sentido propuesto puedan sostenerse en el tiempo y sea sustentables, ya que como menciona Martínez Nogueira (1995) "las políticas son básicamente 'comprensiones sociales relativamente compartidas', construidas a través de manifestaciones de propósitos y de su reformulación y reinterpretación dinámica a través de un proceso que algunos autores denominan de 'retroalimentación' y otros de 'reflexividad'. Consecuentemente, la lucha de intereses de los actores sociales y el cambio de las realidades del medio social serán cuestiones con las que la política pública tendrá que lidiar sometiéndose a su análisis en forma constante a través del tiempo, interactuando e influyendo también en su modificación.

Se ha mostrado a través del presente trabajo la falta de coherencia y coordinación en las políticas públicas llevadas adelante para enfrentar los reclamos de los beneficiarios ante las Obras Sociales. De esta manera, se ha visibilizado el dictado de normativas que no se cumplen, la aplicación de medidas punitivas que o no se llevan a cabo o no tienen el impacto deseado, la asignación dentro de la estructura de las burocracias administrativas de funciones que se superponen, o no corresponden sean realizadas por funcionarios de la Administración Pública con representación de beneficiarios ante el mismo organismo, la asignación de fondos que no se efectivizan, etc. En este sentido, siguiendo a Martínez Nogueira (2009), "La coherencia es resultado de la subordinación de las políticas a una concepción estratégica de parte del estado o de sus distintos niveles y ámbitos. La coordinación es un proceso que se despliega durante la ejecución".

Aparece entonces, el cuestionamiento de las políticas públicas llevadas adelante en esta materia. Se hace imprescindible la revisión del enfoque que se ha dado a su planificación estratégica, como un hilo conductor de acciones que modifican las realidades, conforme con las necesidades de la sociedad en un ambiente problemático. Las evidencias en las que se han amparado las políticas públicas implementadas, no han sido sustento suficiente para evitar falencias de diagnóstico y diseño de los programas y proyectos con las que se han buscado alcanzar los objetivos, haciendo imposible su logro. Se vuelve palmaria la imposibilidad que han tenido estas políticas públicas de

conciliar los intereses de los distintos actores, en cuanto a negociaciones e incentivos. Es necesario lograr una congruencia en la planificación de las políticas públicas de salud prestada por las Obras Sociales a los beneficiarios del sistema, tal que se interrelacionen con el resto de la políticas del Estado y tome en cuentas los distintos actores que influyen en su implementación e impacto, tal que conlleven una visión de largo plazo y no soluciones cortoplacistas. De igual manera, la coordinación de la implementación de dichas políticas públicas será determinante para el logro de las metas poniendo en juego todas las estructuras burocráticas, considerando fundamentalmente los productos que se ofrecerán para el logro de los resultados esperados.

Es necesario tener presente que las posturas de intereses contrapuestos generan la judicialización de los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios, la cual atenta contra la justicia distributiva, ya que las sentencias judiciales resuelven casos particulares, tendiendo a beneficiar a aquellos ciudadanos que tienen la posibilidad del acceso a la justicia en detrimento de los demás integrantes del sistema de salud. De esta manera, comprender los mecanismos que generan y promueven la judicialización es un camino que ayuda a neutralizarla o al menos minimizarla, ya que la misma no promueve la eficiencia puesto que solo realiza acciones paliativas, las que atentan contra la posibilidad del trato igualitario de los beneficiarios, entorpeciendo las acciones de promoción y prevención.

Universidad de SanAndrés

CAPÍTULO X: Herramientas para la solución del problema de la judicialización en el tema de salud

A esta altura del relato, queda claro que el Estado Argentino es consciente de la existencia de la judicialización de los temas de salud y de la problemática que la misma acarrea. En tal sentido, y como fuera expresado en el Capítulo II del presente trabajo, correspondiente al Estado de la cuestión, se ha creado a través de "Carta Compromiso con el Ciudadano" la figura de "La Defensoría del Usuario del Servicio de Salud", cuyas posibles duplicidades de funciones en relación a las asignadas a la estructura centralizada de la Superintendencia de Servicios de Salud se ha analizado en el presente trabajo.

Por otra parte el Poder Ejecutivo Nacional remitió al Congreso de la Nación, durante el mes de agosto de 2016, un proyecto de Ley mediante el cual se propone crear la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET) la cual tendría

por objeto la realización de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza que sean utilizadas para prevenir, tratar o rehabilitar la salud, a fin de determinar la oportunidad y modo de su incorporación, uso apropiado o exclusión del Programa Médico Obligatorio, la canasta básica de prestaciones que se determine para el sector público o los que en el futuro los reemplacen.

Asimismo, por Resolución 409 del 28 de octubre de 2016, la Superintendencia de Servicios de Salud ha creado un Registro Nacional de Juicios de Amparo, cuya obligatoriedad de información entró en vigencia el 1° de marzo de 2017, con actualizaciones trimestrales, para los agentes del Seguro de Salud enmarcados en las Leyes N°23.660 y N° 23.661, a fin de conocer adecuadamente los procesos judiciales en los que intervienen en calidad de demandados, con motivo de las obligaciones prestacionales y de cobertura vinculadas a sus usuarios, a excepción de las de índole económica.

Sin embargo, existen otras medidas que se encuentran en análisis por parte del Poder Ejecutivo para paliar los efectos de la judicialización por los reclamos de los beneficiarios por los incumplimientos del sistema de salud y, además, existen otras herramientas que podrían ser utilizadas a tal efecto, conforme se mencionan en los siguientes apartados, sin intención de considerar agotada la materia.

SanAndrés

10.1. La Mediación como proceso alternativo a la acción judicial

Existe en la Superintendencia de Servicios de Salud en estudio la implementación de un proyecto de Ley de Mediación de Litigios, como un servicio a todos los involucrados en el sistema de salud: beneficiarios, usuarios, Obras Sociales y entidades de medicina privada, el cual se encontraría en la órbita del Organismo, bajo su supervisión, con Mediadores asistidos por Consultores (Profesionales y Auxiliares) y por el Área de Evaluación de Tecnologías.

El organismo ha elegido la mediación ya que es un método que permite la resolución de conflictos de manera pacífica, a través del diálogo entre las partes, donde el mediador como tercero neutral las acompaña para que ellas mismas, como protagonistas, encuentren las soluciones más beneficiosas[29].

[29] Según definición del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina. Recuperado el 27/08/2017 de http://www.jus.gob.ar/mediacion.aspx

Este proyecto, no pretende limitar ni entorpecer el acceso a la justicia de la comunidad, sino que intenta poner a disposición de las partes involucradas otros instrumentos que eviten llegar a la instancia judicial. Consecuentemente, a fin de minimizar enfrentamientos y disputas de las partes que actúan, se analiza un proyecto de ley que establezca el procedimiento de mediación como instrumento de solución de controversias, ya que la presencia de un tercero puede ayudar a desbloquear situaciones sin solución aparente. El mediador es una persona imparcial, aceptada por ambas partes, que no tiene autoridad ni poder alguno para controlar el resultado del conflicto.

El proyecto tiene como fundamento la Ley de Mediación y Conciliación Nº 26.589, la cual establece expresamente con carácter obligatorio la mediación previa a todo proceso judicial, con el objeto de promover la comunicación directa entre las partes para la solución extrajudicial de la controversia. Dentro de las exclusiones previstas por la Ley se encuentra la acción de amparo y las medidas cautelares, ya que de ninguna manera pueden establecerse mecanismos de carácter obligatorio que interfieran, restrinjan, alteren o amenacen los derechos y garantía reconocidos por la Constitución Nacional.

Consecuentemente, tomando como basamento la Ley de Mediación y Conciliación, mencionada en el párrafo precedente, se encuentra en estudio un proyecto que considere los beneficios de la misma, pero que sea utilizada de forma optativa, incorporando la negociación entre los beneficiarios del sistema de salud y las Obras Sociales y empresas de medicina privada, en un marco de formalidad, incorporando el carácter de inmediatez que la mayoría de estos conflictos requieren por la temática tratada,

Ahora bien, dado que en el derecho a la salud está directamente comprometido el orden público, la autoridad de aplicación debe necesariamente intervenir en cualquier procedimiento alternativo para la resolución de conflictos que pudieran suscitarse entre las entidades bajo su control y fiscalización y los beneficiarios y/o usuarios del sistema. Por este motivo, el organismo propone la creación de un Servicio de Mediación, Conciliación y Solución de Controversias en Conflictos de Salud, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, quien tendría a su cargo la sustanciación del procedimiento instaurado por la ley a crearse. Además, las funciones del Servicio en cuestión, incluiría no sólo un conjunto de Mediadores registrados con los requerimientos que se especifiquen, sino además de un equipo interdisciplinario de profesionales que, en carácter de Consultores, puedan emitir opinión con base científica en cada una de las

disciplinas que incluyen el derecho a la salud, a los fines de coadyuvar en la solución de las cuestiones que se presenten. Asimismo, los Mediadores podrían contar también con la asistencia del Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Organismo a cuyo cargo se encuentra el control y actualización del Programa Médico Obligatorio y con el asesoramiento de la nueva la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud, cuya creación a través de un proyecto de ley se promueve.

Finalmente, es fundamental que el acuerdo al que se arribe sea homologado de tal manera que revista el carácter de cosa juzgada y que no implique gasto alguno para los beneficiarios y usuarios del sistema de salud, ya que la finalidad es evitar procesos judiciales minimizando costos.

Es de hacer notar que nuevamente la Superintendencia de Servicios de Salud, al tener bajo análisis este tipo de alternativa, adopta una postura ajena a su responsabilidad rectora y de contralor. El organismo ignora su objetivo de afianzar el equilibro entre usuarios, prestadores y financiadores, en condiciones de equidad social y coloca a las Obras Sociales y entidades de medicina privada en un plano de igualdad con los beneficiarios, dejando a éstos aún en una situación de mayor debilidad.

10.2. Compromisos de Resultados de Gestión de la Superintendencia de Servicios de Salud

Otra herramienta a considerar en la problemática de la judicialización de los reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales, es la implementación del Compromiso de Resultados de Gestión en la Superintendencia de Servicios de Salud. Este instrumento tiene por finalidad ordenar y evaluar los resultados de la gestión al interior de los organismos, definiendo compromisos recíprocos en la cadena de responsabilidades. Esta herramienta busca establecer dentro de la estructura de la organización una clara definición de resultados, plazos, y medios de verificación de cumplimiento como contracara de la asignación de recursos y un proceso de descentralización creciente de decisiones al interior de cada organización. La medida se basa fundamentalmente en un proceso de instalación de Acuerdos de Programa, es decir de compromisos que asumen cada uno de los estamentos de la organización en el cumplimiento de los programas determinados para el logro de objetivos. Asimismo, en el nivel superior de la administración descentralizada se introduce la figura del gerente de programa, que combina atributos político-técnicos con capacidad de gestión. Esta es

Universidad de San Andrés

una figura nueva en la tradición administrativa del país, aunque su presencia es creciente en las administraciones públicas de otras naciones.[30]

En el mismo curso de ideas, si se establece en la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud una cadena de Compromisos de Resultados de gestión, esto permitiría delimitar los campos de accionar de cada uno de los participantes y establece claras relaciones de autoridad y responsabilidad en cuanto a los resultados, otorgando una mayor autonomía en la toma de decisiones y flexibilización del uso de los recursos, conforme con la asignación programática de los resultados previstos. De esta forma, se estimularía la creación de sistemas de autocontrol orientado a la retroalimentación en las acciones vinculadas a la toma de decisiones, al planeamiento estratégico, al proceso presupuestario y al monitoreo y evaluación.

Pero para establecer los Compromisos de Resultado de Gestión en la cadena jerárquica de la Superintendencia de Servicios de Salud es necesario contar con mecanismos de incentivos materiales o morales para quienes, en forma objetiva, son evaluados de manera positiva tomando en cuenta los indicadores de eficiencia y eficacia que hayan sido acordados. La definición de los tipos de incentivos a utilizarse deben estar regulados y formar parte de las normas a incluirse en los contratos por desempeño o resultados. En dichos contratos se establecen los compromisos mutuos que acuerdan la Superintendencia de Servicios de Salud y las autoridades a cargo de los sistemas de planificación, de presupuesto y de la administración de recursos reales y financieros. Mientras la primera se compromete a lograr el cumplimiento de políticas, objetivos y resultados, las segundas asumen el compromiso de otorgar incentivos en la medida que se verifique dicho cumplimiento.

Dado que la Superintendencia de Servicios de Salud no es ajena a las formas de contratación del Estado, es de vital importancia que una normativa presupuestaria permita, de alguna manera, establecer incentivos pecuniarios, de licencias, acceso a créditos, premios y demás beneficios que puedan incorporarse a los estímulos morales.

En el mismo orden de ideas, habría que tomar en cuenta que las Obras Sociales forman parte de la estructura que conforma la problemática de la judicialización de los reclamos de los beneficiarios, así, por este motivo, sería de interés considerar la

[30] Domenella, Oscar. (2012). "Sistema para una Gestión de Gobierno Integrada: una perspectiva desde las organizaciones públicas". Gestión de Organizaciones Públicas y Privadas. Posgrado de Gestión por Resultado y Control de Gestión Universidad de Buenos Aires.

inclusión de las mismas en la cadena de Compromisos de Resultados de Gestión, estableciendo incentivos particulares para el logro de la eficiencia en su actuación.

Ahora bien, es importante destacar que los Compromisos de Resultados de Gestión son sólo una herramienta de la Gestión por Resultados, la cual puede ser utilizada también en una forma amplia, modificando la cultura institucional. En el caso que nos ocupa, la gestión por resultados es imprescindible para enfrentar la problemática y lograr que los beneficiarios del sistema reciban respuestas en el tiempo y en la forma oportuna, lo que implica crear mecanismos que estimulen las respuestas oportunas de las Obras Sociales y que, de esta manera, el organismo de contralor y la Justicia cada vez reciban menos requerimientos en tal sentido.

La implementación de un sistema de Gestión por Resultados conlleva una forma de accionar sistemática y cotidiana, que modifica la cultura institucional de la Superintendencia de Servicios de Salud en la toma de decisiones. Así, se priorizarían respuestas orientadas a la obtención de resultados relacionados con la planificación, buscando la eficiencia de la utilización de recursos, seleccionando los mejores medios para la obtención de los fines planteados, conforme con el futuro deseado y seleccionando la direccionalidad de las operaciones, construyendo el mejor itinerario posible hacia la situación objetivo que, en este caso en especial, es la búsqueda de solución de los reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales, por lo que no es ajeno el funcionamiento orgánico de la institución.

Tal como surge de lo expuesto, la instrumentación de la gestión por resultados en la Superintendencia de Servicios de Salud implica una profunda transformación en el funcionamiento de sus sistemas administrativos, incluido el sistema presupuestario, la reinstalación del sistema de planificación, el desarrollo de indicadores que vayan más allá de los tradicionales indicadores de la producción pública y la instauración de regímenes de incentivos tanto organizacionales como personales, que actúen como elementos que premien la eficiencia y eficacia en la gestión y el cumplimiento de los compromisos contraídos.

La respuesta a los beneficiarios por los reclamos a las Obras Sociales no puede ser un objetivo aislado en el funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, ya que para su logro es necesario modificar toda su cultura organizativa, directiva y de gestión, optimizando su funcionamiento, integrando los distintos componentes del proceso de gestión interconectándolos y donde el foco se encuentre en los resultados y no en los procesos y procedimientos que sólo buscan cumplir con una legalidad que a

veces, con el transcurso del tiempo, se aleja de los objetivos a alcanzar y debe ser reformulada.

Consecuentemente, la Gestión por Resultados es la forma de creación de valor que se articula a través de una dinámica cíclica y circular que permitiría ejercer a la Superintendencia de Servicios de Salud sus políticas de contralor, en una forma de retroalimentación, modificando así las causas de los constantes reclamos. De esta manera, se considera la implementación del modelo basado en las premisas de Planificar (establecer los planes), Hacer (llevar a cabo los planes), Evaluar (Verificar si los resultados concuerdan con lo planeado) y Reconducir (actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar).

Para la creación de valor público, en el área de la Superintendencia de Servicios de Salud, en especial en cuanto al reclamo de los beneficiarios con las Obras Sociales en un marco de Gestión por Resultados, se debería poner el foco en los siguientes aspectos, ya sea en forma explícita o implícita:

- *La situación social inicial:* identificación y diagnóstico precisos de la situación social en estudio, es decir el amplio espectro que engloban las Obras Sociales con sus características particulares.
- *Los objetivos estratégicos:* Dentro de las aspiraciones de cambio social, la definición de los correspondientes a la satisfacción del cumplimiento de las Obras Sociales con las prestaciones a sus beneficiarios, en un ambiente de puja de intereses.
- *Las unidades de acción estratégica:* Encargadas de la creación de valor, es decir, el Ministerio de Salud de la Nación, la Superintendencia de Seguros de Salud, en particular, y las Obras Sociales.
- *Cartera de estrategias:* Relaciona el plan del gobierno con las unidades de acción estratégica y con el presupuesto. El mecanismo para construir la cartera de acciones estratégicas es la estructura de programas que se convierte, posteriormente, en el presupuesto por programas, que no es una herramienta aislada ni limitante de los objetivos de la Superintendencia de Servicios de Salud, muy por el contrario debe ser construida como un facilitador de los objetivos últimos establecidos por la planificación.
- *Cartera de productos:* Constituye el punto de contacto entre la institución pública y los ciudadanos. El valor público producido por el Estado en todos sus niveles cobra un carácter concreto y palpable en los bienes y servicios. Estos son los instrumentos capaces de producir el cambio social deseado. En este caso estamos en presencia del rol de control que ejerce la Superintendencia de Servicios de Salud, tanto

con las Obras Sociales como en su función de organismo rector encargado de prevenir, informar y delimitar el bien individual en búsqueda del bienestar común.

- *Objetivos productivos:* El volumen deseable (o posible) de producción para cada año fiscal es una decisión que debe revisarse en la asignación presupuestaria respectiva. La eficacia, la eficiencia, la productividad y la calidad del sistema se definen fundamentalmente en este componente. Las metas a alcanzar en cuanto a la disminución de reclamos de los beneficiarios de las Obras Sociales, deben ser posibles pero más que nada sustentables, presentando un panorama lo suficientemente estable como para ir mejorando a través del tiempo

- *Presupuesto y sistema contable:* El diseño presupuestario junto con la elaboración del plan de gobierno son las piezas clave del sistema público de creación de valor. En el presupuesto se definen los recursos con que las unidades de acción contarán para la producción de bienes y servicios, y, por tanto, representa la concreción del plan de gobierno y la sanción definitiva de sus programas. Es en la proyección presupuestaria, cuando la Superintendencia de Servicios de Salud debe afinar la previsión y la utilización de los recursos de la forma más eficiente, porque no siempre el mayor gasto implica el mejor resultado.

- *Producción de servicios:* En la medida en que la producción de la Superintendencia de Servicios de Salud desemboque en servicios eficientes, con una gran interacción entre los proveedores, en este caso las Obras Sociales, y el público usuario, la evaluación de los productos no implicará un control absoluto sino que sólo se realizaría por muestreo y por distintos métodos aleatorios. De esta manera, la evaluación de la gestión y la de sus variables clave (relación tiempo, costo, satisfacción) requeriría de un esfuerzo menos importante.

- *Resultados estratégicos de la acción de gobierno e impacto:* Si el proceso de creación de valor se cumple siguiendo lo descrito en los componentes anteriores, los productos diseñados, es decir el control de las prestaciones oportunas, deberían impactar en la situación social y provocar los cambios esperados, alcanzándose así los objetivos del plan de la Superintendencia de Servicios de Salud, disminuyendo de esta forma los reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales con las prestaciones. Sin embargo, la posibilidad de añadir a este proceso otros métodos de evaluación (análisis de políticas, evaluaciones intermedias y finales, evaluación de impacto) puede contribuir a mejorar la capacidad de reacción, rediseño, aprendizaje y adaptación necesaria para encarar un nuevo ciclo.

Hasta aquí se ha comentado la relevancia de cada uno de los componentes así como de los retos y oportunidades que plantea la Gestión por Resultados, para la Superintendencia de Servicios de Salud, en la búsqueda de solución a la problemática de reclamos de los beneficiarios por incumplimiento de las Obras Sociales, con el objetivo de generar valor público. Cabe agregar que han de considerarse, además, las interacciones entre dichos componentes ya que son tan importantes como sus propias características. De este modo, deben tomarse en cuenta para su implementación la consistencia, es decir la coherencia y articulación entre los distintos componentes, la eficacia como el logro del objetivo al menor costo posible y finalmente, la mejora de la productividad de la generación de productos que, en este caso, se relaciona con los mecanismos de control, prevención y participación ya se mediante la capacitación, la innovación tecnológica, la inversión en capital, la investigación etc. Además, no sólo se debe evaluar el resultado obtenido, sino también el impacto que la solución y merma de los reclamos de los beneficiarios de las Obras Sociales opera en la sociedad, generando otras consecuencias que influyen en los demás sistemas de salud, en la educación, etc. Para concluir, cabe agregar que no es menor la importancia de la evaluación de la satisfacción del logro del objetivo en cuestión por parte de la sociedad, como receptora del valor público colectivo, ya que esto desembocaría en beneficio de otras cuestiones relacionadas por ejemplo con la cultura, el esparcimiento, etc.

Universidad de SanAndrés

CAPÍTULO XI: Conclusiones y palabras finales

El presente trabajo se propuso establecer la existencia de una judicialización de los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios. Por otra parte, intentó analizar las facetas financiera, estructural y de ejecución que afectan al Sistema Nacional de Seguro de Salud, determinando la existencia de falencias y alguna de sus causas y consecuencias. En este marco, se pretendió analizar si el proceder, tanto del órgano rector como del sistema judicial, se encuentra dentro de los principios de eficiencia y equidad, favoreciendo el mejoramiento del sistema de salud o por el contrario propenden a su desequilibrio.

Para determinar el propósito del presente trabajo se partió del precepto de que una de las funciones irrenunciables del Estado es el cuidado de la salud de su población, derecho que se encuentra amparado por nuestra Constitución Nacional y los Tratados Internacionales que forman parte de la misma. Dentro de este marco, el foco del Estado

está puesto en aquella población que no se halla protegida por ningún sistema de cobertura médica y en sus ancianos, por ser el segmento etario más vulnerable. En relación con la población que puede hacer frente a la medicina privada, dado que es el sector de mayor poder adquisitivo, también es el que puede alcanzar la cobertura sanitaria de mejor calidad, no conformando el segmento social donde la presencia del Estado es la más requerida. Con esta visión, es que este trabajo se ha centrado en la población que hoy se encuentra cubierta por el sistema de Obras Sociales, ya que este segmento no es menor y hoy representa mínimamente el 36 % de la población total.

No cabe dudas de que el sistema de cobertura de salud de la Obras Sociales de alguna manera funciona y que diariamente cubre cientos de miles de prestaciones.

Ahora bien, en este contexto, el primer interrogante que se presenta es saber si las necesidades de salud de esta parte de la sociedad se encuentran totalmente cubiertas, para lo cual debería primero poder contestarse si la población en cuestión está en conocimiento de los derechos que le asisten en cuanto a salud. ¿Es, por ejemplo, de conocimiento de esta población el hecho que las prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, deben ser cubiertas en su totalidad a través de su Obra Social?, de igual manera, ¿sabe esta población que también constituyen prestaciones básicas esenciales a ser cubiertas por las Obras Sociales las correspondientes a la obesidad, las que incluyen cirugía baríatica como Banda gástrica ajustable o By-pass gástrico? y, en el mismo orden de ideas, ¿los beneficiarios de estos segmentos de la sociedad, se encuentran informados en cuanto a que los medicamentos oncológicos y los tratamientos para personas que padecen del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o para personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes también deben ser cubiertos al cien por cien (100 %) por las Obras Sociales?.

El segundo interrogante que se presenta, es en relación con la cantidad de incumplimiento en las prestaciones de salud que sí son reclamadas a las Obras Sociales y que no son otorgadas, cuyos reclamos ante instancias administrativas o judiciales no son realizados por falta de conocimiento de estas posibilidades por parte de la población.

Si bien no existen relevamientos realizados que demuestren con claridad la falta de conocimiento de la sociedad de sus derechos, en cuanto a la cobertura de su salud y las vías de reclamo de los mismos, es claro que no se observa una campaña de difusión ni de educación al respecto. En tal sentido, no se visibiliza información ni radial,

televisiva o por medios gráficos, ni actividades de información, ni talleres en escuelas, entidades recreativas, culturales, etc. Esta situación, en principio, hace pensar en la posibilidad de falta de cumplimiento de prestaciones que ni siquiera son reclamadas a las propias Obras Sociales, por falta de conocimiento de parte de los beneficiarios de sus derechos y formas de reclamarlos.

Ahora bien, con este cuadro de situación, en este trabajo se ha presentado un estudio de los reclamos administrativos que realizan los beneficiarios del sistema ante la Superintendencia de Servicios de Salud, ente regulador y de control de las Obras Sociales, por prestaciones que éstas deberían cumplir y no cumplen, durante el período 2010-2016 y cuya resolución, en la casi totalidad de los casos, es a favor del beneficiario. En este contexto, si comparamos la cantidad de reclamos administrativos en relación con la cantidad de beneficiarios del sistema en estudio, los porcentajes de reclamos no serían significativos. Ciertamente, la población total de beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales al 31/12/2016, según el relevamiento efectuado en la Superintendencia de Servicios de Salud, es de quince millones doscientos un mil seiscientos cuatro (15.201.604) y la cantidad total de reclamos administrativos por el período en estudio es de setenta y nueve mil novecientos treinta y seis (79.936), es decir que cada mil (1.000) beneficiarios existen, en el período en estudio, cinco coma veintiséis (5,26) reclamos. Este no parecería un número muy significativo de reclamos, no obstante, la magnitud de la problemática cobra importancia cuando se parte del supuesto que la población que conoce la existencia del organismo de reclamos como instancia superior a las Obras Sociales es poco significativa, que no existe gran confianza en la población ante la efectividad de sus posibles reclamos, que los trámites de reclamos resultan engorrosos y que la cantidad de tiempo con que cuenta el segmento socio cultural de la población, que debe realizar el cuidado y atención de estos pacientes, es muy escaso. También debe considerarse que los reclamos administrativos, sobre los que se ha realizado el estudio, constituyen un tipo de tramitación al que se arriba luego de que la Superintendencia de Servicios de Salud ha solucionado cientos de reclamos de los beneficiarios, mediante asesoramiento telefónico y personal.

Dirimida la cuestión de la importancia de la cantidad de reclamos administrativos realizados por los beneficiarios del sistema de Obras Sociales en el período en estudio, se ha podido establecer, como un hecho de suma importancia, que los reclamos administrativos en cuestión, han aumentado durante todo el período en estudio en casi un ciento cincuenta por ciento (150%) y que los aumentos anuales han

sido prácticamente constantes. Esta información cobra aún mayor relevancia al haber señalado que la población de beneficiarios de Obras Sociales no habría crecido durante el período en estudio descartando, entonces, este factor como el generador de los incrementos de reclamos.

No es menor la importancia que tiene la determinación de los motivos de los reclamos administrativos realizados durante el período en estudio, ya que se ha determinado que el cincuenta y cuatro por ciento (54%) responden a irregularidades de afiliación y de éstos el cincuenta por ciento (50%) se debe a negativa de afiliación dejando, de esa forma, fuera de la cobertura a personas que deberán migrar a otros subsistemas de salud. Adicionalmente, los problemas prestacionales representan más de un veintisiete por ciento (27%) del total de los reclamos en estudio, de los cuales el sesenta y seis (66%) responden a incumplimiento de prestaciones, de esta manera los afiliados no reciben prestaciones, o éstas deben ser cubiertas por ellos mismos. Si bien los reclamos por discapacidad y por medicación tienen menor importancia, ya que representan el trece por ciento (13%) y cuatro por ciento (4%), respectivamente, del total de reclamos en estudio, son relevantes y también derivan en la cobertura por parte de los propios afiliados de las necesidades prestacionales o la falta de la cobertura de las mismas.

Adicionalmente, surge del trabajo realizado que existen, para el período bajo análisis, reclamos por casi todas las Obras Sociales y que los mismos no se encuentran concentrados en aquellas que representan la mayores cantidades de beneficiarios, por ser las más fuertes, muy por el contrarios son éstas las que muestran una cierta menor cantidad de reclamos, de manera proporcional, ante las Obras Sociales chicas y medianas.

El aumento constate de los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios, relacionadas con falta de afiliación o de prestación de servicios de salud y la generalización de estos incumplimientos por parte de todas las Obras Sociales que conforman el sistema, muestra una falencia generalizada de control eficaz por parte del organismo de control que vulnera el derecho de salud de la población, afectando también su calidad de vida.

Esta falta de eficacia, por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, se ve claramente reflejada en el análisis de la evolución de los reclamos bajo estudio correspondientes al período 2010-2016 ya que para abril de 2017 existen grandes porcentajes de reclamos no resueltos, lo que va mermando a medida que nos acercamos

a la actualidad. Así, por los reclamos presentados durante el año 2010 aún se encuentran sin resolver en la Superintendencia de Servicios de Salud el veinticuatro coma ochenta por ciento (24,80%), por los correspondientes al año 2011 el treinta coma ochenta y siete por ciento (30,87%), por el año 2012 el veintinueve coma ocho por ciento (29,8%), por el año 2013 el treinta y dos coma cincuenta y dos por ciento (32,52%), por el año 2014 el veinticuatro coma sesenta y cinco por ciento (24,65%), por el año 2015 el veintitrés coma cincuenta y seis por ciento (23,56%) y por el año 2016 el veintidós coma setenta y uno por ciento (22,71%).

Ahora bien, la falta de eficacia por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud en la resolución de reclamos de los beneficiarios del sistema no sólo se refleja en el atraso de la resolución de los expedientes administrativos, es importante también tomar en cuenta el análisis que se ha realizado en cuanto a la normativa existente. El desarrollo y análisis de la evolución de la normativa en la materia, hace suponer que la misma cubre las necesidades del sistema y tiene una apertura suficiente para considerar que se caracteriza por la flexibilidad necesaria para la incorporación de las actualizaciones y avances científicos. Asimismo, prevé los mecanismos de reclamos administrativos, como así también, un completo sistema de penalidad a aplicar que va desde el apercibimiento hasta la suspensión y permite a la Superintendencia de Servicios de Salud instar al Poder Ejecutivo a la intervención de la Obra Social. En este sentido, no se advierte que las penalidades que se hubieren impuesto a las Obras Sociales, hayan sido aplicadas de tal manera que sirvan como correctivo de un comportamiento reiterado a través del tiempo, muy por el contrario, como fuera señalado con anterioridad, los reclamos por incumplimiento aumentan y se generalizan.

En relación con el análisis que se ha efectuado de la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, el modelo tradicional jerárquico – burocrático, también tiene parte de responsabilidad en la falta de eficacia de la resolución de los reclamos de los beneficiarios, ya que tiende a cerrarse sobre sí mismo y no se encuentra orientado a procesos y productos, ofrecidos al usuario. Si bien el Estado ha buscado instrumentos de Gestión por Resultado, a través del accionar de Carta Compromiso con el Ciudadano, para solucionar la problemática plateada, ha creado la figura de la Defensoría del Usuario de Servicio de Salud que, contrariamente con los objetivos buscados, genera problemas estructurales y de representación ya que superpone sus funciones con la Gerencia de Atención y Servicio al Usuario del Sistema de Salud y asume en los reclamos administrativos y judiciales la representación del

beneficiario ante la propia Superintendencia de Servicios de Salud o contra ella, de la cual forma parte y es representante.

En cuanto al análisis económico financiero del sistema de Obras Sociales, se han analizado los recursos con que cuentan las Obras Sociales para hacer frente a las prestaciones de salud, los que han aumentado significativamente durante el período de análisis. No obstante, los aumentos no implicarían incrementos de recaudación ya que en principio podría inferirse, responden a suba en los índices de inflación, actualizaciones salariales y a la incorporación de aportantes relacionados con la inclusión de beneficiarios, como los correspondientes a monotributistas y a personal del servicio doméstico. También se ha presentado la composición y destino del Fondo Solidario de Redistribución, creado como mecanismos de equilibrio de desigualdades. Además, se ha analizado el sistema de recaudación, distribución y administración del Sistema de Obras Sociales y los organismos intervinientes cuya complejidad, claramente, es uno de los factores que atenta contra la eficacia del sistema de Obras Sociales. Finalmente, se ha estudiado el presupuesto de la Superintendencia de Servicios de Salud. Dentro de este análisis es importante destacar, que sólo se presupuestan los recursos destinados a la Superintendencia de Servicios de Salud en relación con el Fondo Solidario de Redistribución, por transferencias que se proyecta realizar y se imputan las que efectivamente concreta la Administración Federal de Ingresos Públicos, según los cupos que determina la Secretaría de Hacienda, con lo cual se debilita el sistema de control interno de la operatoria en su conjunto, dificultando el seguimiento y control tendientes a asegurar la corrección de los procedimientos, la verificación de los objetivos de creación del Fondo Solidario de Redistribución y diluyendo responsabilidades de los entes intervinientes. Tal es así que, como se expresa en los considerandos del Decreto N° 908/16, “en los últimos años se fue acumulando en el Fondo Solidario de Redistribución una significativa reserva de capital disponible —originado en la Administración de Programas Especiales— como consecuencia de la inobservancia de las disposiciones legales vigentes en la materia”, fondos que son distribuidos mediante el Decreto en cuestión para la financiación de la estrategia de Cobertura Universal de Salud, para la conformación del Fondo de Emergencia y Asistencia de los agentes del seguro de salud descriptos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660 y sus modificatorios y para los objetivos específicos que determina la normativa y por el saldo remanente se suscriben valores de mercado que no afectan los saldos pero sí sus intereses que se liquidan a favor de la Superintendencia del Servicio de Salud.

Además, según surge del análisis del presupuesto del ejercicio 2017, para ese período se preveía asignar para gastos a la Superintendencia de Servicios de Salud casi un cincuenta por ciento (50%) menos de los recursos que se preveía correspondían transferir a la misma, es decir que no se aprecia la normalización de las transferencias que por el Fondo de Redistribución le corresponde a la Superintendencia de Servicios de Salud. De lo expuesto surge en forma palmaria que la complejidad del sistema y la falta de cumplimiento en tiempo y formar del aporte de ingresos al sistema, atentan contra la función estabilizadora de asignación de recursos y redistributiva del Estado, indispensable para compensar las fallas de mercado y coadyuvar a minimizar las fallas del Estado.

Conforme con lo expresado hasta el momento, surge de forma palmaria que el accionar de la Superintendencia de Servicios de Salud no contribuye en forma eficiente a dar respuesta a los beneficiarios del sistema por los reclamos por incumplimiento de las Obras Sociales, lejos está de contribuir su accionar en el afianzamiento del equilibro entre usuarios, prestadores y financiadores, en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social. Consecuente, si el órgano que debe restituir los derechos de los beneficiarios del sistema no cumple con su función en una forma eficiente, agrava la problemática, generando desequilibrios y desigualdades.

De esta manera, como una opción posterior al reclamo en el ámbito administrativo o simplemente como otra posibilidad de reclamo ante los incumplimientos de las Obras Sociales con sus beneficiarios, nos encontramos con el amparo judicial, instancia a la que puede acceder una mínima porción de la población no sólo por la dificultad del conocimiento de la posibilidad de la acción en sí, sino también por el acceso a la contratación de un letrado patrocinaste. Es de tomarse en consideración, además, que los sectores trabajadores realizan sus consultas legales a través de la asesoría sindical, casualmente ligada a la Obra Social contra la que se debe hacer la denuncia.

No obstante la dificultad del acceso al reclamo judicial en la temática, según lo ya esbozado, existe un claro reconocimiento de la judicialización de la salud por parte del Estado, es decir de la utilización de la vía judicial para resolver un asunto que podría conducirse por las instancias administrativas. Tal es así, que por Resolución N° 409 del 28 de octubre de 2016 y "…en atención a que en la última década ha sido notorio el incremento de la llamada judicialización de la salud…" se crea el Registro Nacional de Juicios de Amparos en Salud, como una base de datos general de información reportada

por los Agentes del Seguro de Salud donde informan los procesos judiciales en los que intervienen en calidad de parte demandada, con motivo de las obligaciones prestacionales y de cobertura vinculadas a sus usuarios. Debido a que la carga de datos en cuestión se debe realizar trimestralmente por parte de las Obras Sociales, la información no es pública y que, además, la presentación de la primera información vence el último día hábil del mes de marzo de 2017, en el momento de la realización del presente estudio no se encontraba disponible esta información para su análisis. No obstante, se ha realizado un relevamiento en cuanto a las acciones de amparo realizadas por los beneficiarios en contra de las Obras Sociales sindicadas por la Superintendencia de Servicios de Salud por el período 2014/2016, reconocidas por las mismas. De este estudio surge que del total de las Obras Sociales sindicadas el setenta por ciento (70%) reconocen tener o haber tenido en los dos (2) últimos años anteriores al momento de la declaración, acciones de amparo de parte de sus beneficiarios, las que cubren al noventa y tres por ciento (93%) de los beneficiarios del total de Obras Sociales Sindicadas. Además, también se puede apreciar que, si bien la cantidad de juicios de amparos que sostienen las Obras Sociales con sus beneficiarios se mantienen en valores promedio durante el período en estudio, es de destacar que la cantidad de finalización de estos juicios por amparos han aumentado considerablemente año tras año, lo que hace suponer que todos los años se inician mayor cantidad de juicios por amparo de los beneficiarios contra las Obras Sociales. En cuanto a la forma de finalización de estos juicios de amparo, el estudio llega a la conclusión que en la gran mayoría de los casos la Justicia falla a favor del beneficiario.

Finalmente, se ha realizado un estudio de las Resoluciones correspondientes a amparos por cuestiones de salud emitidas durante el año 2016 por las tres salas de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, las que representarían casi el treinta y tres por ciento (33%) del total de la Resoluciones emitidas por la Cámara en cuestión, durante el año 2016. Consecuentemente, se infiere que el trabajo que se genera en el ámbito judicial en este aspecto es muy significativo, ya que la Cámara en estudio reúne las apelaciones correspondientes a los distintos juzgados de primera instancia de la Capital Federal las que, si se toma como analogía la población, representaría el siete coma veinte por ciento (7,20%) del total de apelaciones que se generan por este motivo en todo el país. Del trabajo realizado surge que la cantidad de apelaciones se mantienen más o menos constante a través del período judicial en análisis y los temas tratados responden a prestaciones, medicamentos y afiliación, surgiendo como nueva temática

la cuestión de fertilización, la que ya no gira alrededor de la procedencia de la misma, sino más bien a los métodos utilizados. Ahora bien, es de destacar que del total de Resoluciones emitidas por las apelaciones analizadas, donde se encuentran involucradas las Obras Sociales, sólo el diez por ciento (10%) son iniciadas por beneficiarios disconformes con las decisiones adoptadas por los juzgados, ya que casi la totalidad fueron presentadas por las Obras Sociales al recibir fallos adversos de primera instancia. Esta situación es un claro indicio de que los distintos juzgados de primera instancia, en general, fallan a favor de los beneficiarios en las cuestiones planteadas, en el marco de amparos por razones de salud. En cuanto a las Resoluciones adoptadas por la Cámara por el período en estudio, en la casi totalidad de los casos, se mantienen los decisorios de primera instancia con una marcada tendencia de favorecer a los beneficiarios, ya sea otorgándoles lo requerido en forma total, haciéndolo pero con evaluaciones a ciento veinte (120) o noventa (90) días, haciendo lugar a su pedido pero conforme con lo normado o establecido por el nomenclador o declarando desiertas o abstractas las apelaciones de las sentencias de primera instancia las que favorecías a los beneficiarios del sistema. Así, en las apelaciones en donde las Obras Sociales son parte, la Cámara falló favoreciendo al beneficiario del sistema en más del noventa y nueve por ciento (99%) de los casos.

Como conclusión final, se señala que el presente trabajo ha podido establecer la existencia de la judicialización de los reclamos de los beneficiarios de las Obras Sociales, es decir la existencia de resoluciones de conflictos por la vía judicial que podrían haber sido dirimidas en el ámbito administrativo. También se ha podido fundar la responsabilidad de la Superintendencia de Servicios de Salud, ente de regulación y control de la Obras Sociales, por ineficiencias en el tratamiento de los reclamos, de las herramientas punitivas y por problemas estructurales, económicos y financieros. También se ha demostrado que la Justicia resuelve los conflictos con una marcada tendencia a favorecer al beneficiario del sistema, sin tomar en cuenta las limitaciones de las prestaciones dadas por el equilibrio económico, produciendo de esta manera una reasignación de recursos sin un plan estratégico que establezca prioridades.

Es de destacar que es de suma importancia considerar el desarrollo de soluciones alternativas a la problemática aquí planteada, como por ejemplo la implementación de Resultados de Gestión, donde se incorpore a las Obras Sociales en la cadena contractual. No obstante, la educación de los integrantes del sistema de salud y en especial de los beneficiarios es un paso fundamental para el eficiente accionar del sistema. Claramente

es el Estado, a través de sus diferentes agentes, el encargado de brindar las garantías necesarias para cerrar el círculo entre acceso, sustentabilidad y calidad del sistema de salud. Es así que la creación del valor público estará articulado a través de la eficiencia en la Gestión por Resultados, de planificar, ejecutar, evaluar y reconducir.

A esta altura del relato, es de vital importancia retomar las cuestiones presentadas al describir el marco teórico que da forma al presente trabajo. En tal sentido, sólo el accionar del Estado puede revertir la problemática presentada, ya que la prestación de salud es una de sus funciones irrenunciables. Sólo su accionar dinamizante puede revertir el proceso distorsivo que, en la actualidad, la judicialización por incumplimiento de las Obras Sociales con sus beneficiarios afecta al sistema de salud. Así, mediante la implementación de políticas públicas sustentables que generen profundos cambios en la gestión del Estado, se puede lograr que los distintos actores que tienen injerencia en el sistema y cuyos intereses se contraponen (beneficiarios, obras sociales, prestadoras de salud, etc.) converjan en acuerdos básicos que hagan eficiente la prestación y beneficioso al sistema para cada uno de ellos. De nada servirá que el Estado ejerza su accionar coercitivo, aplicando los mecanismos punitivos previstos por la normativa, si no logra un consenso entre los distintos actores como mediador y árbitro imparcial.

A través del presente trabajo se ha realizado un estudio pormenorizado y se han señalado las falencias de los sistemas burocráticos, financieros y económicos. Se ha presentado en forma patente cómo el Estado ha intentado crear figuras como el Defensor del Beneficiario en pos de la resolución y protección de los actores más débiles del sistema sin obtener resultado alguno.

La falta de cumplimiento de la normativa en cuanto a proveer al sistema de los fondos para hacer frente a las prestaciones establecidas es de vital importancia, no obstante, no es menor el papel que juega la ineficiencia de la estructura burocrática que con superposición de funciones y con falta de delimitación de objetivos, vuelve difusa la asignación de responsabilidades, propendiendo a la inacción y tiñendo de una sensación de impotencia ante los resultados adversos.

De esta manera, los integrantes del Poder Judicial que deben dirimir las distintas causas en la materia, consideran que el organismo de contralor no tiene ninguna relevancia en la temática y entienden que la problemática ha quedado bajo su responsabilidad. Referenciados por el reconocimiento del derecho a la salud por Tratados Internacionales, que forman parte de nuestra propia Constitución Nacional, se

ven impelidos a reconocer los mejores beneficios a los ciudadanos, sumergidos en un desconocimiento del funcionamiento total del sistema de salud y de la viabilidad del mismo.

Con un accionar eficiente del Estado, estarían dadas las condiciones para conseguir que los reclamos de los beneficiarios sean solucionados por las mismas Obras Sociales y sólo por excepción, por los organismos administrativos y judiciales, siendo necesario cambios culturales y de comportamiento, los que se realizan a través del tiempo y surgen como consecuencia de un obrar sistemático y continuo que tienda a consolidar las instituciones.

Universidad de
SanAndrés

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002, marzo). *"El Sistema de Salud en Argentina".* Documento 60 Universidad de San Andrés. Argentina: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y Sociedad.

_____ (2013). "*Cómo entender las instituciones y su relación con la política. Lo bueno, lo malo y lo feo de las instituciones y los institucionalismos".* En Acuña, C. (compilador) ¿Cuánto importan las Instituciones? Gobierno, estado y actores en la política argentina. Argentina: Editorial Siglo XXI.

Álvarez, J. y Thomas, C. (2014,). Judicialización de Derecho a la Salud. Publicado por el *Instituto Superior Goya.* Mayo. Extraído el 29 de agosto de 2016 de *www.isg.org.ar/judicializacion-del-derecho-a-la-salud/*

Amestoy, C. (2012). El amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO. *Gestión en Salud- Revista para la Seguridad Social Argentina*, marzo-abril año 1, núm. 1, pp. 21.uper

Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011: El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. (2011). Buenos Aires, Argentina. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Comisión Nacional para América Latina y El Caribe Organización Panamericana de la Salud. Vol. 6. pp. 21-52.

Auditoría General de la Nación (2012) Informe de Auditoría. Evaluar la gestión en orden a la misión asignada al organismo en cuanto a la supervisión, fiscalización y control de las Obras Sociales y agentes del sistema. Extraído el 24 de agosto de 2017 de https://www.agn.gov.ar/informes/evaluar-la-gestion-en-orden-la-mision-asignada-al-organismo-en-cuanto-la-supervision

Badeni, G. (2004). *Tratado de Derecho Constitucional. Tomo I y II*. (Buenos Aires: La Ley).

Bellagio, R. (2011). *Revista La Salud en la Seguridad Social, la revista de la Superintendencia.* Año 2 N° 7. Agosto, Septiembre, Octubre.

Bergallo, P. (2016). "La concepción es un concepto moral". Diario Judicial La Actualidad desde el Derecho. 12 de agosto. Edición número 4107. ISSN 1667-8487.

Berizonce, R. (2010). Medidas cautelares, anticipatorias y de urgencia en el proceso de amparo. *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; año 7, no. 40.* Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales – Universidad Nacional de La Plata.

Bidart Campos, G. (1995). *Lo Explícito y lo Implícito en la Salud como Derecho y como Bien Jurídico Constitucional*. *Salud, Derecho y Equidad*. (Buenos Aires: Ad-hoc).

_____.(1996). *Manual de la Constitución Reformada*. *Tomos I, II y III.* (Buenos Aires: Ediar).

Bürgin Drago, M. (2013). *El Amparo Judicial como Instrumento de Ampliación del PMO. El Estado Nacional como Garante de Salud*. (Buenos Aires: Latingráfica).

Cano Blandón, L. (2015). El litigio estructural en salud: un estudio comparado con base en casos de Sudáfrica, Argentina, India y Colombia. *Revista Facultad Nacional de Antioquía.* Colombia. enero-abril .*Vol.* 33, num. 1, pp. 111-120.

Carnota, W. (2014). Teoría Constitucional. La Salud como Bien Constitucionalmente Protegido. Editorial La ley Argentina.

Cayuso, S. (2001). El Derecho a la Salud - Un Derecho de Protección y de *Prestación. Salud, derecho y equidad*. Editorial Ad-hoc. Argentina.

Cetrángolo O. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires.* Año 8 | Vol. 13 | 2015. ISSN 1850-6933.

Czubaj, F. (2016, 2 de agosto). Crecen los amparos para resolver prestaciones de salud. *Diario La Nación*. Extraído el 29 de agosto de 2016 de http://www.lanacion.com.ar/1923838-crecen-los-amparos-para-resolver-prestaciones-de-salud.

Chagra Dib, G. (2016). Presentación como Presidente del Consejo de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina. *8va. Reunión Nacional del Consejo de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina*. San Juan, Argentina. COSSPRA. Obtenido el 29 de agosto de 2016 de http://www.msal.sanjuan.gov.ar/noticias/index/1110

Universidad de San Andrés

Diccionario de la Real Academia Española (2016). Edición N° 23ª. Consulta electrónica el 29 de agosto de 2016 en http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola.

Domenella, O. (2012). "Sistema para una Gestión de Gobierno Integrada: una perspectiva desde las organizaciones públicas". Gestión de Organizaciones Públicas y Privadas. Posgrado de Gestión por Resultado y Control de Gestión Universidad de Buenos Aires.

El Presidente de la Corte de Justicia recomienda una mayor utilización del arbitraje. (1985, 22 de agosto). *The New York Times.* Extraído el 29 de Agosto de 2016 de http://www.nytimes.com/1985/08/22/us/chief-justice-urges-greater-use-of-arbitration.html.

Foro Social de Salud y Ambiente. (2012). "Sombras sobre la Salud". *Informe Colectivo. Examen periódico universal* - Argentina.

Finvarb, F. (2011). Unidades gerenciales una vuelta al ordenamiento. *Revista La salud en la seguridad social – la revista de la superintendencia – edición especial dos años de gestión*. Año 2 N° 7 ISSN 1853 – 2314.

Galindo Vácha, J. (2012). *"Amparos y coberturas de la salud. Seguridad Social, medicina prepagada y seguros privados".* Colección Profesores 47. Bogotá, Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas Grupo Editorial Ibáñez.

Garay, Oscar E. (2003). *Derechos Fundamentales de los Pacientes*. (Buenos Aires: Ad-hoc).

Giménez, R. (2010). "Cobertura de Salud en Argentina. Propuesta para una Atención Farmacéutica". *Las Tesinas en Belgrano, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales Carrera de Farmacia*. Octubre.

Gordillo, A., Gordo, G., Loiano, A, Flax, G., López Alfonsín, M., Tambussi, C., et al. (2007). *"Derechos Humanos"*. Argentina: Editorial Astrea, Edición 6.

Gotlieb, V., Yavich, N. y Báscolo, E. (2016). Litigio Judicial y el Derecho a la Salud en Argentina. *Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario,*

Argentina. Publicado en Cadernos de Saúde Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, enero. Fundación Oswaldo Cruz. Río de Janeiro, Brasil.

Gwartney, J., Stroup, R. y Sbobel, R. (2000). Economic: Private and Public Choice. Saunders College Publishing.

Hintze, J. (2005). "Evaluación de Resultados, Efectos e Impactos de Valor Público en el Aparato Estatal". *Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile, 18 - 21 de octubre.

_____. (2003). "Gestión por Procesos y por Resultados". Ponencia presentada en el Segundo Congreso Argentino de Administración Pública - Sociedad, Gobierno y Administración Pública *Reconstruyendo la estatalidad: Transición, instituciones y gobernabilidad.* Córdoba, 27, 28 y 29 de noviembre, República Argentina.

Insúa, J. (2008). "Las Nuevas Demandas Sociales y la Calidad de la Atención Médica". *Revista Medicina y Sociedad*. Diciembre 28 (4), 56-67.

Isuani, E. (1991) *" Bismarck o Keynes ¿quién es el culpable?:notas sobre la crisis de acumulación"*, en Isuani, Ernesto - Lo Vuolo Rubén y Tenti, Emilio "El Estado de Bienestar: crisis de un paradigma" CIEPP/Miño Dávila editores

_____. (1998) "*Una nueva etapa histórica"* en Isuani, E.A. y Filmus, D. "La Argentina que viene" Ed. Norma, Buenos Aires.

Katz, J. y col. (1993). *"El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento"*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Korn, F. (1969). *Conceptos y Variables en la Investigación Social*. (Buenos Aires: Nueva Visión).

Lamata, F. (1998). *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. (Madrid: Díaz de Santos).

La Scaleia, A. (2011). Presentación como Presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales y del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires. *8va. Edición de la Conferencia General Anual organizada por la revista Médicos ¿Quo Vadis Salud?*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

_____. (2012). “La judicialización de la salud casi una nueva enfermedad”. Presidente del Consejo de Obras y Servicio Sociales de la República Argentina (COSSPRA) y del IOMA. *En Fármacos Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el acceso y el uso adecuado de medicamentos*. Vol. 15 N° 4. Editado por Salud y Fármacos. Obtenido el 29 de agosto de 2016 de www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/Nov2012.pdf

_____. (2014). Orador Presidente del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires. *Tercer Encuentro Provincial de Entidades Primarias organizado por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires*. Mayo. La Plata Argentina.

Lemus, J. (2007). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. (*Buenos Aires: Corpus).

Makón, M. (2007). “La Gestión por Resultados es Sinónimo del Presupuesto por Resultados”. *Presentado ante el XII Congreso Internacional del CLAD* – Santo Domingo - 30 Octubre a 2 Noviembre.

Marshall, T., Casado M. y Noya Miranda, F. (1997). Ciudadanía y Clase Social. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas.* No. 79. Septiembre - pp. 297-344.

Martínez Nogueira, R. (1995). Análisis de políticas públicas, INAP. s/d

_____. (2007). Desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales: Provisión, participación y coordinación. Documento de Trabajo Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) Washington, D.C.

_____. (2009). La coherencia y coordinación de las políticas públicas. Aspectos conceptuales y experiencias. s/d

Memorias del Segundo Encuentro Regional sobre Derecho a la Salud y Sistemas de Salud (2011). *Iniciativa regional sobre Priorización, Equidad y Mandatos Constitucionales en Salud*. Auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Centro de Estudios de Justicia de las Américas, el Tribunal Constitucional de Perú y el Instituto del Banco Mundial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Extraído el 29 de Agosto de 2016 de

Universidad de San Andrés

http://www.iats.com.br/panel/uploads/files/Memorias%20del%20Segundo%20Encuentro%20Regional%20sobre%20Derecho%20a%20la%20Salud%20y_%20Sistemas%20de%20Salud.pdf.

Minzberg, Henry y Jan Jorgensen. (1995). "Una Estrategia Emergente para la Política Pública" .*En Gestión y Política Pública* Vol. IV, Núm. 1; CIDE; Pp. 25-46.

Moe, Terry M. (1984). The New Economics of Organization. American Journal of Political Science 28: 739-777. Stanford University.

Musgrave, R. y Musgrave, P. (1992). Hacienda Pública. Teórica y Aplicada, McGraw Hill, Madrid. Quinta edición.

Neilson, S. (2001) IDRC-Supported Research and Its Influence on Public Policy - Knowledge Utilization and Public Policy Processes: A Literature Review. Evaluation Unit IDRC. December.

O'Donnell, G. (1978). Apuntes para una Teoría del Estado. *Revista Mexicana de Sociología Vol.* 40, No. 4, Estado y Clases Sociales en América Latina (2), octubre – diciembre, pp. 1157-1199.

Olson, Mancur. (1998) "La lógica de la acción colectiva", en Saiegh, S. y Tommasi, M. (comps.): La nueva economía política. Racionalidad e instituciones, Bs. As, Eudeba.

Organización Panamericana de la Salud CEPAL, PNUD. (2011). "El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros". *Aportes para el Derecho Humano en la Argentina.*

Oszlak, O. (1992). "Estado, crisis y salud". *Serie Informes Técnicos Nº 7, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud*. Abril. Washington, D. C.

Perrone, N. y Teixidó, L. (2007). Estado y Salud en la Argentina. *Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN* 167-3700 Año 5-N°10. Extraído el 7 de mayo de 2017 de *www.isg.org.ar/judicializacion-del-derecho-a-la-salud/*

Peyrano, Guillermo F., Barbero, Omar U., Arias de Ronchietto, Catalina E. (2007) Derecho a la Salud. Editorial Astrea. Edición: 1.

Universidad de San Andrés

Peyrano, Jorge W. (2008) Medidas Autosatisfactivas. Editorial Rubinzal Culxoni

Piske de Azevêdo Barbosa, O., Piske de Azevêdo Mohamed, C. y Guilhem, D. (2015). La Bioética y la Judicialización de la Salud en Brasil. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*. Año 1 N° 6. Publicação do Centro de Investigação de Direito Privado da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (CIDP) Portugal.

Proyecto de Ley de creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud. Ministerio de Salud N° 4215/16 Mensaje N° 75 (2016).

Rejtman Farah, Mario. (2012). Programa de la materia Marco Normativo para la Gestión en las Organizaciones Públicas de la Carrera de *Especialización en Gerenciamiento por Resultados y Control de Gestión de la Universidad de Buenos Aires*.

Ritzer, G. (1993). *"Teoría Sociológica Contemporánea"*. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España S.A. Edición Oasis.

Rosenberg, Hernán y Bernt Andersson. (2000). "Repensar la Protección Social en Salud en América Latina y El Caribe". *Revista Panamericana de la Salud*. Julio, Agosto Vol. 8 N° 1-2 Washington.

Serra, Albert y colaboradores. (2007). "Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público". Banco Interamericano de Desarrollo - Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo. Julio.

Sotelo Maciel, Aníbal Jorge. (2008). "La Relación Planificación / Presupuesto en el Marco de la Gestión Orientada a Resultados". *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 40. Febrero. Caracas.

_____. (2012). "La Cadena de Valor Público: Un Principio Ordenador que Previene la Colisión Metodológica". *Revista Internacional de Presupuesto Público*. N° 80 Noviembre/Diciembre.

Stiglitz, Joseph E. (1988). Economía del Sector Público. Antoni Bosch Editor.

Tafani, R. (1995, enero). Desfinanciamiento y Sobreoferta en Salud. *Revista de Economía y Estadística.* (76), 225-244.

Vargas Fuentes, M. (2013, 20 de febrero). Tendencias de organización y funcionamiento de los sistemas de salud en el mundo. *Semanario Universidad de Costa Rica*. Opinión.

Weiss, C. (1999). "La investigación de políticas, ¿datos, ideas o argumentos?, en Wagner P. et. al., Ciencias Sociales y Estados Modernos: experiencias nacionales e incidencias teóricas, Capítulo 14. México, FCE.

Wittrock, B. (1999). "Conocimiento social y política pública: ocho modelos de interacción, En Wagner P. et. al., Ciencias Sociales y Estados Modernos: experiencias nacionales e incidencias teóricas, Capítulo 15. México, FCE.

Wyatt, A. (2002). Evidence Based Policy Making: The view from de centre. *Public Policy and Administration*; 17; 12 DOI: 10.1177/095207670201700302. Sage Publication.

Yazda, O. (2016). "Un escenario complejo". *4ª Edición de la Conferencia General Anual que organizada por la revista Médicos ¿Quo Vadis Salud?- Obras Sociales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Universidad de SanAndrés

Páginas web consultadas

- *www.csjn.gov.ar*
- *www.infoleg.mecon.gov.ar*
- *www.jus.gov.ar*
- www.ms.gba.gov.ar
- *www.ssn.gov.ar*

Entrevistas realizadas

Dr. Luis Omar Salomón. Prosecretario de Cámara, Secretaría de Jurisprudencia Cámara Nacional de Apelación en lo Civil y Comercial Federal.

Dr. Pablo Oscar Gallego Fedriani. Juez de la Cámara Federal de Apelaciones en lo Civil y Comercial, Sala II, desde octubre de 1994 a junio de 1995. Actual Juez de la Sala V de

la Cámara Federal de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo, Año 2005 hasta la actualidad.

Distintos funcionarios de la Justicia Federal en lo Contencioso Administrativo y de la Superintendencia de Servicios de Salud que prefieren mantener su anonimato.

Universidad de SanAndrés

ANEXOS

ANEXO I: Listado de Obras Sociales y sus poblaciones por tipo de Obra Social a diciembre de 2016

Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Nro.	Obras Sociales	Beneficiarios
	210 Obras Sociales Sindicales con una población de 12.270.427 beneficiarios	
100106	Personal de la Industria Aceitera y Afines	15.870
100205	Actores	2.206
100304	Técnicos de Vuelo de Líneas Aéreas	141.720
100403	Personal Superior y Profesional de Empresas aerocomerciales	7.024
100502	Obra Social del Personal Aeronáutico	7.683
100601	Obra Social del Personal Aeronave. Entes Privados	68.308
100700	Obra Social del Personal Técnico Aeronáutico	9.199
100809	Obra Social de Aeronavegantes	9.546
100908	Empleados de Agencias de Informes	7.718
101000	Personal de Aguas Gaseas y Afines	46.733
101109	Alfajoreros, Reposteros, Pizzeros y Heladeros	27.595
101208	Personal Industria Alimentación	110.161
101604	Personal del Automóvil Club Argentino	151.560
101802	Personal del Azúcar del Ingenio la Esperanza	2.869
101901	Personal del Azúcar del Ingenio Ledesma	11.236
102300	Personal del Azúcar del Ingenio San Martín	6.947
102706	Personal de la Industria Azucarera	59.793
102904	Personal de Barracas de lanas, Cueros y Anexos	26.135
103006	Personal de la Industria Botonera	4.542
103105	Personal de la Industria del Calzado	53.911
103204	Conductores de Camiones y Empleados del Transporte Automotor de Carga	202.754
103402	Carga y descarga	6.459
103600	Personal Auxiliar de Casas Particulares	202.888
103709	Obra Social del Personal de la Industria del Caucho	12.496
103808	Personal del Caucho	2.996
103907	Personal de la Industria del Caucho de Santa Fe	292
104009	Personal de Cementerios	1.834
104108	Obra Social de Ceramistas	28.579
104207	Personal de la Cerámica, Sanitarios, Porcelana de Mesa	7.386
104306	Personal de Actividad Cervecera y Afines	72.052
104405	Personal Cinematográfico de Mar del Plata	2.799
104504	Personal de la Industria Cinematográfica	4.731
104603	Operadores Cinematográficos	37
104801	Colocadores de Azulejos, Mosaicos, Graniteros	494
105002	Conductores Navales	3.147
105309	Personal Administrativo y Técnico Construcción y Afines	26.176
105408	Obra Social del P. de la Construcción	619.949
105507	Cortadores de la Indumentaria	7.327
105606	Industria del Cuero y Afines	4.262
105705	Personal Industria del Chacinado y Afines	5.426
105804	Obra Social de Chóferes de Camiones	191.372
106005	Entidades Deportivas y Civiles	120.382
106104	Empresas despachantes Aduana	6.438
106203	Personal de Distribuidoras Cinematográficas	3.445
106302	Obra Social de Docentes Particulares	201.760
106401	Personal Edificios Renta y Horizontal de la República Argentina.	25.778
106500	Personal Edificios de Renta y Horizontal de la Capital Federal y G.B.A.	78.546
106609	Obra Social electricistas Navales	81.902
106708	Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén	8.997
106807	Personal de la Enseñanza Privada	14.015
106906	Personal de Escribanías de la Provincia de Bs.As.	3.388
107008	Personal de Escribanos	1.852
107107	Espectáculo Publico	13.992
107206	Personal Estaciones de Servicio. Garajes, Playas Estacionamiento y lavaderos Automáticos	22.868
107404	Obra Social del Personal de Farmacia	38.329

Universidad de San Andrés

Nro.	Obras Sociales	Beneficiarios
107800	Personal de la Industria del Fibrocemento	30.584
107909	Obra Social del Personal de la Industria Fideera	40.652
108001	Personal de la Industria Forestal de Santiago del Estero	5.502
108100	Personal de la Industria del Fósforo	10.213
108209	Obra Social de Fotógrafos	13.922
108407	Personal de la Actividad Frutícola	6.778
108506	Personal de Manipulación Empaque y Expedición de Fruta y Hortalizas de Cuyo	8.073
108605	Obra Social Futbolistas	94
108704	Obra Social Técnicos de Fútbol	672
108803	Personal Actividad Hotelero Gastronómicos	402.029
109004	Obra Social del P. Grafico	32.482
109202	Güincheros y Maquinista de Grúas Móviles	59.596
109301	Personal de Consignatarios del Mercado Nacional de Hacienda de Liniers	1.058
109400	Personal de la Industria Hielo y Mercados Particulares	10.389
109509	Personal de los Hipódromos de Bs.As. y San Isidro	3.043
109608	Personal Mensualizado Jockey Club de Bs.As. Hipódromos Pal y San Isidro	851
109707	Obra Social del P. de Imprenta	23.989
110008	Obra Social Jaboneros	10.877
110107	Obra Social Jardineros, Parquistas, Viveristas y Floricultores	4.863
110206	Personal del Jockey Club de Rosario	5.680
110305	Personal ladrillero	35.717
110404	Personal de la Industria ladrillera A Maquina	14.461
110503	Personal de la Industria Lechera	53.230
110602	Obra Social Locutores	585
110701	Federación Argentina Trabajadores Luz y Fuerza	62.716
110800	Trabajadores Empresas de electricidad	33.063
110909	Personal de Luz y Fuerza de Córdoba	1.464
111001	Personal de la Industria Maderera	53.585
111209	Personal de Maestranza	114.166
111308	Maquinistas de Teatro y Televisión	3.976
111407	Capitanes de Ultramar y Oficiales Marina Mercante	49.016
111506	Capitanes Baqueanos Fluviales de la Marina Mercante	1.551
111605	Empleados de la Marina Mercante	3.003
111704	Encargados Apuntadores Marítimos	45.685
111803	Personal Marítimo	25.342
111902	Servicio Mecánico y Afines Transporte Automotor	166.260
112004	Personal Superior Mercedes Benz Argentina	49.568
112103	Unión Obrera Metalúrgica	307.498
112202	Superior Industria Metal Mecánica de la República Argentina	149.149
112301	Micros y Ómnibus de Mendoza	4.296
112400	Actividad Minera	25.400
112509	Modelos Argentinos	901
112608	Industria Molinera	80.401
112707	Personal Mosaísta	78.545
112806	Obra Social Músicos	652
113205	Jefes y Oficiales Navales de Radiocomunicaciones	30.846
113304	Jefes y Oficiales Maquinistas Navales	5.943
113403	Personal Naval	22.754
113601	Industria Neumático	9.191
113700	Personal de la Industria Naval	1.033
113809	Comisarios Navales	183.834
113908	Personal de Panaderías	32.190
114000	Panaderos, Pasteleros y Factureros de Entre Ríos	991
114109	Papel, Cartón y Químicos	25.306
114208	Industria de Pastas Alimenticias	4.544
114307	Pasteleros Confituras Pizzas y Alfajores de la República Argentina	123.677
114505	Patrones de Cabotaje de Ríos y Puertos	111.494
114703	Personal de Peluquería, Estéticas y Afines	12.885
114901	Oficiales Peluqueros y Peinadores de Rosario	688
115003	Personal Actividad Perfumista	11.451
115102	Trabajadores de Prensa de Buenos Aires	12.063
115201	Personal de la Industria. del Pescado de Mar del Plata	1.864
115300	Obra Social Petroleros	360.244
115409	Obra Social del Petróleo y Gas Privado	40.763
115508	Obra Social Petroleros de Córdoba	11.399

Universidad de San Andrés

Nro.	Obras Sociales	Beneficiarios
115607	Obra Social Personal de la Industria Petroquímica	2.446
115706	Obra Social Pilotos de Líneas Aéreas Comerciales y Regulares	5.736
115805	Personal de Fábricas de Pintura	4.523
116006	Personal de la Industria del Plástico	87.709
116105	Capataces Estibadores Portuarios	137.211
116204	Portuarios Argentinos	3.548
116709	Portuarios de Puerto San Martín y Bella Vista	1.606
117207	Personal de Prensa de la República Argentina	2.940
117405	Personal de Prensa de Bahía Blanca	422
117603	Personal de Prensa de la Provincia de Chaco	53
117702	Personal de Prensa de Mar del Plata	2.470
117801	Personal de Prensa de Mendoza	4.157
118002	Empleados de Prensa de Córdoba	4.252
118200	Agentes Propaganda Medica R.A.	12.188
118309	Agentes de Propaganda Medica de Córdoba	23.898
118408	Agentes de Propaganda Medica de Entre Ríos	477
118507	Agentes de Propaganda Medica de Rosario	1.901
118606	Obra Social del P. de la Publicidad	13.084
118705	Personal Industria Químicas y Petroquímica	10.803
118804	Recibidores de Granos y Anexos	5.937
118903	Personal de Recolección y Barrido de Rosario	8.355
119005	Personal de Refinerías de Maíz	4.364
119203	Relojeros y Joyeros	56.141
119302	Personal Rural y Estibadores R. A.	1.037.776
119500	Personal de la Sanidad Argentina	256.503
119609	Personal Instalaciones Sanitarias	15.007
119708	Seguridad Comercial Industrial E Investigaciones Privadas	90.070
119906	Serenos de Buques	116.283
120306	Personal de Supervisión de la Empresa Subterráneos de Bs.As.	967
120405	Personal de Dirección de la Empresa Subterráneos de Bs.As.	982
120504	Obra Social del Personal de la Industria del Tabaco	9.140
120603	Obra Social de Empleados del Tabaco	10.474
120702	Obra Social del Personal Telefónico de la R.A.	37.215
120801	Telegrafistas y Radiotelegrafistas	8.951
120900	Obra Social del Personal de Televisión	51.308
121002	Obra Social del P. de la Industria Textil	59.639
121101	Empleados Textiles y Afines	23.218
121309	Personal de la Industria del Tractor	435
121507	Obra Social de la Industria Automotor de Córdoba	15.086
121606	Conductores Transporte Colectivo	181.313
121705	Personal de la Actividad del Turf	190.210
121804	Conductores de Taxis de Córdoba	6.892
121903	Vareadores	1.324
122005	Personal Industria del Vestido y Afines	30.955
122104	Viajantes Vendedores R.A.	97.222
122302	Obra Social del Personal de la Actividad Vial	5.760
122401	Empleados de la Industria del Vidrio	33.450
122500	Obra Social del P. de la Industria del Vidrio	8.462
122609	P. de la Actividad Vitivinícola	64.558
122807	Personal de Vigilancia y Seguridad Comercial Investigaciones Privadas de Córdoba	4.678
122906	Estaciones Servicio Santa Fe	14.208
123008	Personal Estaciones Servicios Garajes y lavaderos Automáticos	8.125
123107	Obra Social Talleristas A Domicilio	7.900
123305	Personal de Sociedades de Autores Afines	123.876
123404	Personal de Prensa de Rosario	4.663
123503	Personal de Prensa de Tucumán	48.749
123602	Trabajadores de Perkins Argentina S.A.C.I.	4.834
123701	Obra Social de Peones de Taxis de la C.F.	19.142
123909	Vendedores Ambulantes de la República Argentina	6.077
124001	Boxeadores Agremiados de la República Argentina	17.210
124506	Obra Social de Trabajadores de la Industria del Gas	16.707
125004	Yacimientos Carboníferos	24
125103	Profesionales Universidad del Agua y la Energía eléctrica	5.522
125301	Federación Nacional Traba Obras Sanitarios	10.112
125509	Trabajador. de las Universidades Nacionales Estatales	70.687

Universidad de SanAndrés

Nro.	Obras Sociales	Beneficiarios
125707	Unión Personal Civil de la Nación	654.102
125905	Obra Social de Árbitros deportivos de la R.A.	31.912
126007	Federación Gremial Industria Carne	30.356
126106	Trabajadores de la Educación Privada	8.589
126205	Empleados Comercio y Actividades Civiles	1.990.362
126304	Bancaria Argentina	48.922
126502	Confederación de Obreros y Empleados Municipales de la Argentina (Oscoema)	47.026
126601	Personal de Industria Químicas y Petroquímicas de Zarate Campana	2.104
126700	Personal de la Actividad Azucarera Tucumana	14.855
126809	Conductores de Remises y Autos Al Instante y Afines	2.886
126908	Médicos de la Ciudad de Bs.As.	167.219
127000	Obra Social de Trabajadores de Estaciones de Servicio	27.404
127109	Obra Social Personal de Telecomunicaciones Sindicato Buenos Aires	11.657
127208	Obra Social de Mandos Medios de Telecomunicaciones	140.842
127307	Obra Social de Trabajadores Viales y Afines de la Rep. Argentina	7.071
127406	Obra Social de obreros y empleados tintoreros sombrereros y lavaderos de la republica argentina	9.124
127505	Obra Social de empleados de farmacia	22.117
127604	Obra Social para el personal de obras y servicios sanitarios	19.170
127703	Obra Social personal estaciones de servicio, garajes, playas y lavaderos de la provincia del chaco	3.621
127802	Obra Social de luz y fuerza de la Patagonia	2.965
127901	Obra Social de petroleros privados	59.035
128003	obra Social del personal de la federación de sindicatos de la industria química y petroquímica	5.627
128102	Obra Social de la Unión de trabajadores del INSSJP de la republica argentina	11.199
128201	Obra Social del sindicato único de recolectores de residuos y barrido de Córdoba	7.134
128409	obra social del sindicato obreros y empleados de empresas de limpieza, servicios y afines de Córdoba	4.552
	31 Obras Sociales de Otra Naturaleza con una población de 1.518.735 beneficiarios	
208	Personal de la Industria Gráfica de la Provincia de Córdoba	7.958
307	Portuarios Argentinos de Mar del Plata	500
406	Organismo de Control Externo	224.563
505	Capitanes, Pilotos y Patrones de Pesca	1.743
604	Agencia Loterías y Afines de la República Argentina	40.832
901	Obra Social Seguros	77.416
1102	Obra Social Para la Actividad Docente	152.010
1201	Ministerio de Economía y Obras y Servicios	22.612
1300	Obra Social Ferroviarios	80.794
1508	Sindicato de Amas de Casa de la República Argentina	82.453
1607	Sindicato Unido de Trabajadores de la Industria de Aguas Gaseosas Santa Fe	7.433
1706	Personal Jerárquico República Argentina Personal Jerárquico de la Industria Gráfica y el Personal Jerárquico Agua y Energía	22.030
1805	Legisladores de la República Argentina	635
1904	Obra Social Federación de Cámaras y Centros Comerciales de la República Argentina	72.319
2105	Profesional del Turf de la República Argentina (Osprotura)	308
2204	Empleados y Personal Jerárquico de Neumáticos Goodyear	26.919
2303	Personal de Empresas de Limpieza, Servicios de Maestranza Mendoza	24.234
2402	Obra Social Personal Jerárquico del Transporte Automotor de Pasajeros de Córdoba	6.206
2501	Obra Social de Ministros, Secretarios y Subsecretarios	125.354
2600	Obra Social de los Trabajadores de la Carne y Afines de la R.A.	9.529
2709	Obra Social de los Trabajadores Asociados a la Asociación Mutual Mercantil Argentina	23.755
2808	Obra Social de la cámara de empresarios de agencias de remises de la provincia de buenos aires	54.300
2907	Obra Social asociación mutual metalúrgica Villa Constitución	8.692
3009	Obra Social del personal asociado a asociación mutual SANCOR	207.159
3108	Obra Social de los inmigrantes españoles y sus descendientes residentes en la República Argentina	52.973
3207	Obra Social. de trabajadores socios de la asociación mutual del personal jerárquico de bancos oficiales	151.372
3306	Obra Social de trabajadores vendedores de diarios revistas y afines	19
3405	Obra Social Asociación mutual de los obreros católicos "Padre Federico Grote"	15.141
3504	Obra Social de conductores titulares de taxis de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.550
3603	Programas médicos sociedad argentina de consultoría mutual	11.321
3702	Obra Social yacimientos carboníferos	6.605
	27 Obras Sociales del Personal de Dirección con una población de 1.291.700 beneficiarios	
400107	Personal Dirección Empresas Alimentación	10.815
400206	Personal de Dirección de la Industria Automotriz Argentina	13.014
400305	Cooperativas Asistencia Médica, Farmacéutica, y Consumo Personal Superior Industria del Caucho	5.422
400404	Personal Dirección Industria Cervecera y Maltera	13.681
400503	Asociación Personal de Dirección y Jerárquico de la Industria del Cigarrillo	1.144
400602	Personal Dirección Industria Construcción	765
400701	Cámara de la Industria Curtidora Argentina	159

Universidad de San Andrés

Nro.	Obras Sociales	Beneficiarios
400800	Ejecutivos y Personal de Dirección de Empresas	629.753
400909	Acción Social de Empresaria	274.713
401001	Personal de Dirección de las Empresas que Actúan en Frutos del País	587
401100	Obra Social Fortabat	1.506
401209	Personal Dirección Industria Metalúrgica	62.299
401308	Personal de Dirección de la Industria Maderera	193
401605	Personal Dirección Industria Privada del Petróleo	24.549
401704	Dirección y Empresarios Pequeños y Medianos	126.068
401803	Asociación Mutual Personal de Philips Argentina (Ampar)	541
401902	Personal Direction perfumería E.W. Hope	14.316
402004	Personal Dirección Sanidad L Pasteur	34.625
402103	Asociación Personal de Dir. de la Industria Siderúrgica	2.054
402202	Mutualidad Industria Textil Argentina	8.226
402301	Asociación Personal Superior Organismo Techint	8.373
402400	Personal de Dirección de la Industria Vitivinícola y Afines	15.928
402509	Obra Social de YPF	21.296
402608	Asociación de Socios. Personal de Dirección de Empresas del Comercio	811
402707	Obra Social de Dirección Osdo	17.032
402806	Obra Social de Dirección de la Actividades Aerocomercial Privada	2.958
402905	Obra Social de Dirección witcel	872
11 Obras Sociales por Convenio con una población de 22.862 beneficiarios		
300704	Ceras Johnson	1.002
301707	Allied Domecq Arg. S.A.	1
302106	Directivos, Técnicos y Empleados de John Deere Arg.	481
302601	Cooperativa Personal de las Sociedades Pirelli Ltda	295
302809	Refinerías de Maíz S.A.I.C.F.	3.992
303109	Superco	6.477
303307	Cabot Argentina	407
303406	Personal Shell-Capsa	2.522
303703	Personal de Petroquímica Bahía Blanca S.A.I.C.	1.750
303901	Ford Argentina S.A.	1.380
304003	Volkswagen Argentina S.A.	4.555
4 Asociaciones de Obras Sociales (A.D.O.S.) con una población de 26.380 beneficiarios		
600309	A.D.O.S Bella Vista	16
600408	A.D.O.S Comodoro Rivadavia	7.608
602305	A.D.O.S Rosario	2
603100	A.D.O.S Trelew	18.754
3 Obras Sociales por Adhesión con una población de 20.173 beneficiarios		
700108	P. Municipal de Avellaneda	4.518
700801	P. Municipal de la Matanza	11.425
701002	P. Municipalidad de Tres de Febrero	4.230
3 Obras Sociales por Ley 21.476 con una población de 23.784 beneficiarios		
800105	Atanor S.A .Mixta	890
800303	Papel Misionero S.A.I.F. y C.	1
800501	Aceros Paraná S.A. y Empresas Antecesoras	22.893
1 Obras Social Estatal con una población de 5.829 beneficiarios		
200400	Empresa Nacional de Correos y Telégrafos S.A. (Correos)	5.829
1 Obra Social de Administración Mixta con una población de 832 beneficiarios		
500807	Inst. Nacional. de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados	832
1 Obra Social de Empresa con una población de 15.405 beneficiarios		
900102	Obra Social Fiat	15.405
1 Obra Social de Mutual con un población de 5.477 beneficiarios		
703	Mutual del Personal del Agua y la Energía de Mendoza	5.477
TOAL DE 293 Obras Sociales con una población total de 15.201.604 beneficiarios		

Universidad de San Andrés

ANEXO II: Discriminación de los beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales a diciembre de 2016

Cantidad de beneficiarios a diciembre de 2016 según titularidad o relación con el mismo

Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Beneficiarios por parentesco	*Beneficiarios*
Titular	8.972.191
Hijo Soltero Menor de 21 Años	4.295.773
Cónyuge	1.070.873
Concubino/a	597.163
Hijo Soltero de 21 a 25 Años Cursando Estudios Regulares	131.352
Familiar a Cargo	73.674
Hijo Del Cónyuge Soltero Menor de 21 Años	27.717
Menor Bajo Guarda o Tutela.	19.064
Mayor De 25 Años Discapacitado	12.351
Hijo Del Cónyuge Soltero Menor de 21 A 25 Años Cursando Estudios Regulares	1.446
Total de beneficiarios	**15.201.604**

Cantidad de beneficiarios a diciembre de 2016 según condición de titularidad

Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Condición del Titular	*Beneficiarios*
Relación de Dependencia	12.499.524
Monotributistas Autónomos	1.177.976
Jubilado no contributivo	459.137
Jubilado	361.921
Empleado de Servicio Domestico	336.396
Adherente	261.772
Beneficio por Desempleo	102.339
No registrado en el Sistema	1.637
Empleado de Monotributista	902
Total de beneficiarios	**15.201.604**

Universidad de

Cantidad de beneficiarios a diciembre de 2016 por Provincia

Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Provincias	*Beneficiarios*
Buenos Aires	5.986.636
Capital Federal	2.159.388
Córdoba	1.186.801
Santa Fe	1.180.479
Mendoza	555.666
Tucumán	486.801
Entre Ríos	419.237
Salta	341.346
Misiones	288.854
Corrientes	263.117
Rio Negro	257.507
No Identificada	240.040
Chubut	226.018
San Juan	202.774
Chaco	193.694
Neuquén	173.457
Jujuy	168.119
Santiago del Estero	167.575
San Luis	143.162
Santa Cruz	108.246
La Pampa	103.376
Catamarca	98.967
La Rioja	95.015
Formosa	88.582
Tierra del Fuego	66.747
Total de beneficiarios	**15.201.604**

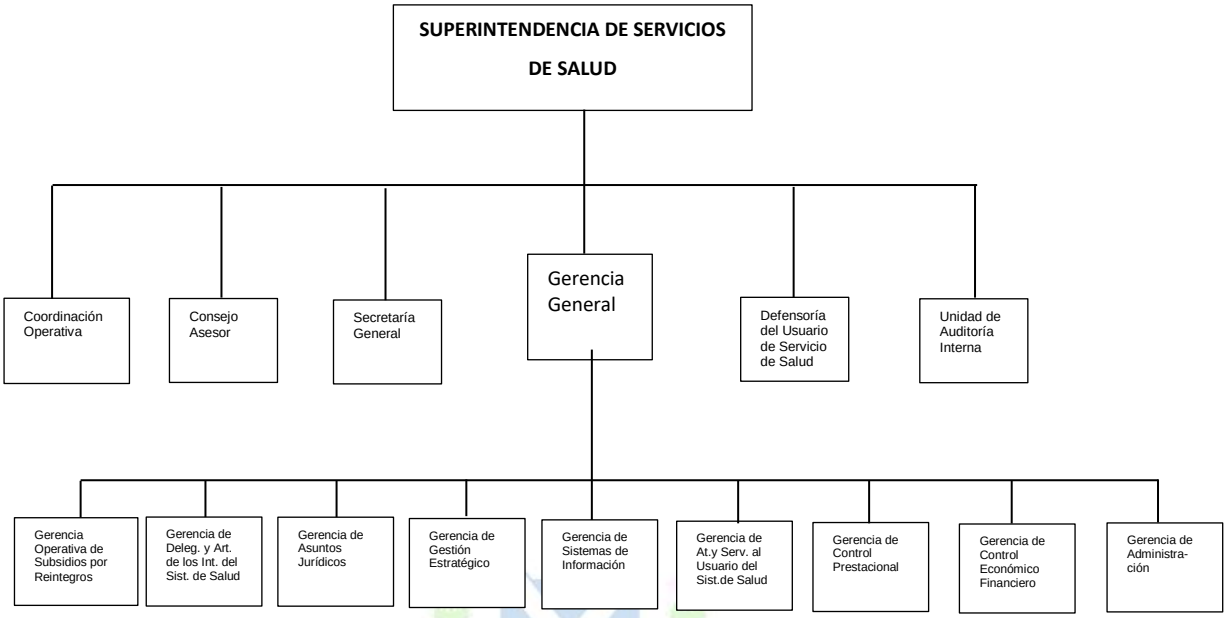
Cantidad de beneficiarios a diciembre de 2016 por rango de edad (incluido el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados)

Cuadro de elaboración propia en base a los registros de la Superintendencia de Servicios de Salud

Rango de Edad	Total
0-4	825.343
5-9	1.144.073
10-14	1.202.870
15-19	1.224.994
20-24	1.155.878
25-29	1.536.466
30-34	1.620.646
35-39	1.688.011
40-44	1.385.418
45-49	1.156.567
50-54	992.626
55-59	890.843
60-64	1.131.487
65-69	1.354.908
70-74	1.130.276
75-+	2.011.429
Total de beneficiarios	**20.451.835**

Universidad de SanAndrés

ANEXO III: Decreto N° 2710/2012 Anexos I y II Estructura Organizativa de Primer Nivel Operativo de la Superintendencia de Servicios de Salud (partes pertinentes)



MINISTERIO DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVOS

1. Regular y supervisar los Servicios de Salud, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población, afianzando el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores, en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social.
2. Dictar las normas para reglamentar las modalidades del desenvolvimiento de las actividades de regulación y control del Organismo.
3. Controlar el funcionamiento del Sistema de Salud integrado por los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales.
4. Aprobar las solicitudes de propuestas de ingreso al Sistema de Salud de las entidades que así lo soliciten y promover la intervención de las mismas para asegurar la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.
5. Aprobar el Programa de Prestaciones Médicas.
6. Aprobar el presupuesto de gastos y recursos del organismo para su ejecución.
7. Negociar los convenios colectivos de trabajo.
8. Asegurar y controlar la libertad de elección de Obras Sociales de los beneficiarios del sistema, así como garantizar su acceso efectivo.
9. Realizar, una vez al año, la rendición de lo actuado por el organismo en Audiencia Pública.
10. Efectuar el contralor del cumplimiento de las obligaciones éticas correspondientes al organismo y a todos sus dependientes y desarrollar mecanismos de control y procesos contra fraude y corrupción.
11. Verificar la eficiencia y eficacia en la ejecución del Plan Estratégico de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y los planes operativos anuales, y desarrollar las medidas correctivas para optimizar los resultados esperados.
12. Implementar, reglamentar y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución, dirigiendo todo su accionar al fortalecimiento cabal de la atención de la salud de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, destinando todos los recursos disponibles para la cobertura de subsidios por reintegros por prestaciones de alto impacto económico y que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones.
13. Desarrollar e implementar Programas de Prevención de patologías de alto impacto económico y de aquellas que demanden una atención prolongada en el tiempo, y de Promoción de la Salud para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
DEFENSORIA DEL USUARIO DE SERVICIOS DE SALUD

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

Asistir a los beneficiarios y/o afiliados de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud, en aquellas cuestiones atinentes a sus reclamos, en el marco del procedimiento previsto por la normativa vigente.

ACCIONES:

1. Representar a los beneficiarios y/o afiliados del Sistema de Salud en sede administrativa o judicial una vez agotado el procedimiento previsto por la normativa vigente y ante una orden emitida por el Superintendente de Servicios de Salud por vía de un acto administrativo.
2. Representar a los beneficiarios y/o afiliados de manera individual o colectiva.
3. Coordinar los reclamos que formulen los beneficiarios y/o afiliados de las referidas entidades del sistema de salud ante el Defensor del Pueblo de la Nación o ante el Defensor del Pueblo de las jurisdicciones locales que prevean su existencia.
4. Entender en el correcto ejercicio de los derechos de los pacientes reconocidos por la Ley Nº 26.529 modificada por la Ley Nº 26.742 en su relación con los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
5. Coordinar acciones en defensa de los derechos de los usuarios con las asociaciones de consumidores, organizaciones no gubernamentales y la Subsecretaría de Defensa del Consumidor dependiente de la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
6. Atender la presentación de reclamos y recursos en Sede Administrativa por parte de los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud.
7. Promover un ámbito de conciliación y mediación entre los afiliados y las entidades del Sistema de Salud, posibilitando la resolución alternativa de conflictos de forma voluntaria, extrajudicial y confidencial.
8. Llevar adelante los planes, programas y proyectos de capacitación de los afiliados y beneficiarios, como así también, de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud y Defensorías.
9. Coordinar con la Subgerencia de Delegaciones las acciones en las distintas jurisdicciones para garantizar el acceso al derecho de salud de los beneficiarios y afiliados.
10. Solicitar informes necesarios a las áreas correspondientes de los distintos poderes del Estado a nivel nacional y provincial, en el ámbito de su competencia.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA GENERAL

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

Asistir al Superintendente en la conducción y ejecución de la gestión del organismo, coordinando y evaluando las acciones a cargo de las distintas Gerencias y Subgerencias hacia la consecución de los objetivos y metas establecidos, con celeridad, economía, eficiencia y eficacia.

ACCIONES:

1. Orientar y articular la gestión del organismo conforme a los lineamientos políticos y estratégicos aprobados por el Superintendente, mediante la interacción directa con las Gerencias y Subgerencias.
2. Propiciar y guiar la planificación estratégica del organismo, incluyendo la elaboración, revisión y/o actualización de su plan, la formulación de presupuestos plurianuales y todo otro aspecto de significación estratégica, para su aprobación por el Superintendente.
3. Diseñar el sistema de seguimiento de los resultados de la gestión de las Gerencias y ejecutar su monitoreo.
4. Convocar y reunir periódica y regularmente a los responsables de las distintas áreas y funcionarios que en cada caso se designen.
5. Dirigir la coordinación y control de las liquidaciones administrativas de los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga y demás entidades prestadoras que se encuentren en proceso de liquidación.
6. Disponer los requerimientos de información a ser producida por las distintas áreas para su posterior integración y producción de conocimiento por la Gerencia de Gestión Estratégica.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

Entender en el control de las relaciones prestacionales entre los prestadores de Servicios de Salud y los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, asociaciones civiles y fundaciones del Sistema de Salud. Fiscalizar el cumplimiento de las normas prestacionales, considerando al Programa Médico Obligatorio como condición básica, por parte de las mencionadas entidades del sistema así como de los prestadores de Servicios de Salud.

ACCIONES:

1. Proponer normas para estandarizar contratos modelos entre las referidas entidades del sistema de salud y los prestadores, que comprendan el Programa Médico Obligatorio considerando la definición de los aspectos incluidos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y promover su observancia.
2. Registrar los contratos efectuados entre las mismas entidades del sistema de salud y los prestadores, verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos, proponer las acciones correctivas y eventualmente las sanciones que correspondan cuando se infrinjan las normas que regulan su contenido.
3. Proponer a la GERENCIA GENERAL el diseño y actualización de las normas sobre información a ser reclamada a los actores del sistema para su incorporación al Sistema de Información Sanitaria y Asistencial.
4. Aprobar y controlar la correcta gestión de los programas prestacionales de las entidades del Sistema de Salud que

se ejecuten a través de efectores propios o contratados.
5. Proponer normas sobre la verificación y evaluación de la producción y remisión de la información relativa al perfil prestacional, los coseguros, las coberturas adicionales al Programa Médico Obligatorio, la utilización de los rubros del Programa Médico Obligatorio y los listados de efectores propios y contratados, a ser provistos por las entidades del Sistema de Salud y prestadores.
6. Controlar la fiscalización que realizan las entidades del Sistema de Salud sobre las prestaciones en relación a los programas asistenciales y garantía de calidad de la atención.
7. Brindar asistencia técnica y capacitación tanto a las entidades del sistema de salud como a los prestadores, con respecto a la celebración de contratos, en términos de accesibilidad, cobertura, integralidad, solidaridad y calidad.
8. Fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales, Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, asociaciones civiles y fundaciones del sistema de salud respecto de los pagos por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, procediendo de igual forma respecto a las asociaciones de Obras Sociales y otros agentes que posean efectores propios.
9. Integrar la coordinación del Comité de Sindicatura en los aspectos atinentes a su competencia.
10. Proponer normas relativas al mejoramiento del control prestacional de los registros y del Hospital Público de Gestión Descentralizada.
11. Orientar los aspectos de su competencia que se ejecutan a través de las Delegaciones de la SUPERINTENDENCIA DE

SERVICIOS DE SALUD en el interior de país.
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

GERENCIA DE ATENCION Y SERVICIOS AL USUARIO DEL SISTEMA DE SALUD

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

Promover acciones tendientes a fortalecer el ejercicio de los derechos de los usuarios, beneficiarios y/o afiliados y controlar el cumplimiento de las normas de atención al usuario por parte de los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud. Ordenar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y gestionar dichas peticiones para lograr una creciente satisfacción por parte de los usuarios.

ACCIONES:

1. Promover y administrar el acceso de los usuarios a la información producida por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD sobre los derechos de los usuarios y las obligaciones que tienen para con ellos, los Agentes del Seguro de Salud y las entidades de la medicina prepaga.
2. Supervisar el ejercicio efectivo de la libertad de elección de Obra Social por parte de los afiliados.
3. Prevenir e informar a la GERENCIA GENERAL sobre la existencia de competencia desleal entre las referidas entidades del sistema de salud y prestadores, así como la detección de conductas que afecten al libre ejercicio del derecho de opción por parte de los beneficiarios y/o afiliados.
4. Evaluar niveles de satisfacción del beneficiario y/o afiliado respecto de los servicios provistos por los prestadores a efectos de propiciar un mejoramiento permanente de los estándares de atención, a través de los estudios realizados por los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud, prestadores o por la propia SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, por sí o por terceros, integrándolos y complementándolos con estudios de carácter general, sectorial, grupal y/o jurisdiccional.
5. Ordenar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema de Salud a través de un centro de atención personalizada y telefónica.
6. Gestionar las presentaciones de los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, efectuar el seguimiento de las actuaciones hasta su conclusión y notificación de los resultados de las mismas a los usuarios peticionantes, procurando la satisfacción de las demandas presentadas.
7. Promover en los usuarios, beneficiarios y/o afiliados el ejercicio de un adecuado nivel de exigencia sobre los servicios que reciben por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud y prestadores.
8. Promover la transparencia del Sistema mediante la propuesta de normas y el control sobre la publicidad y/o comercialización de los servicios por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud.
9. Proponer y organizar actividades de extensión, divulgación y de capacitación técnica para los usuarios y para los diferentes actores del sistema.
10. Orientar y coordinar los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud que se ejecutan a través de las Delegaciones de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el interior del país.
GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

Administrar la información del funcionamiento del Sistema de Salud y desarrollar el conocimiento del desempeño del mismo y promover su permanente mejoramiento mediante regulaciones y acciones tendientes a optimizar los resultados y/o corregir desvíos a nivel global.

ACCIONES:

1. Integrar información generada en otros niveles y organizaciones y en las áreas de gestión del organismo y producir conocimiento comprensivo y competente referido a las variables centrales del desempeño global del sistema.

2. Desarrollar y preparar documentos de análisis estratégico sobre el comportamiento del Sistema de Salud, Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones, así como el de sus diversos componentes.
3. Desarrollar normas, elaboradas sobre la base del conocimiento estratégico, tendientes a reorientar el funcionamiento del Sistema de Salud hacia su mejor desempeño y el equilibrio global del sistema.
4. Evaluar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas así como ventajas comparativas y competitivas de los diferentes actores del sistema, con el objeto de identificar incertidumbres y promover medidas alternativas de prevención respecto de los riesgos involucrados.
5. Supervisar la producción de la información que permita conocer, analizar y evaluar los costos de las prestaciones, medicamentos e insumos médicos y, en general, del funcionamiento del Sistema de Salud, tanto de los Agentes del Seguro de Salud como así también de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones de salud.
6. Entender en la aprobación de los aumentos de las cuotas de las entidades de medicina prepaga y en la fijación de los precios de las prestaciones, de los medicamentos y de los insumos médicos y, en general, de los subsidios a financiar por medio del Fondo de Redistribución Solidaria.
7. Orientar en los aspectos de su competencia que se ejecutan a través de las Delegaciones de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el interior.

Universidad de SanAndrés

ANEXO IV: Cálculo del coeficiente del índice de precios internos al por mayor al 31/12/2016

Fuente: Instituto de Estadística y Censos

Nota: mediante el Dto. 55/16 se declara la emergencia estadística, puesto que el INDEC se encuentra en una situación de desarticulación que impide el cumplimiento normal del calendario de elaboración de los indicadores económicos, por lo tanto no se publicaron los índices de noviembre y diciembre de 2015. A partir del año 2016 se publican las variaciones porcentuales.

I.P.I.M. **Precios Internos al por Mayor**			
2016	**Variación porcentual mes anterior**	**Coeficiente mensual acumulado del 01 al 12/2016**	**Coeficientes anuales al 12/2016**
Diciembre	1,008	**1,35**	
Noviembre	1,011	1,34	
Octubre	1,006	1,32	
Setiembre	1,004	1,31	
Agosto	1,004	1,31	
Julio	1,027	1,30	
Junio	1,029	1,27	
Mayo	1,036	1,23	
Abril	1,015	1,19	
Marzo	1,024	1,17	
Febrero	1,05	1,14	
Enero	1,09	1,09	

Meses	**índices**	**Coeficientes al 12/2015**	
2015			**1,35**
Octubre	930,69	1	
Setiembre	922,14	1,009271911	
Agosto	909,85	1,022904874	
Julio	897,04	1,037512263	
Junio	884,33	1,052423869	
Mayo	872,85	1,066265681	
Abril	860,1	1,082071852	
Marzo	853,74	1,090132827	
Febrero	845,45	1,100822047	
Enero	843,35	1,103563171	
2014			**1,492801725**
Diciembre	841,66	1,105779056	
Noviembre	833,72	1,116310032	
Octubre	826,18	1,126497858	
Setiembre	816,18	1,140299934	
Agosto	803,37	1,158482393	
Julio	790,47	1,177388136	
Junio	779,97	1,193238201	
Mayo	768,4	1,211205102	
Abril	754,31	1,233829593	
Marzo	741,56	1,255043422	
Febrero	723,94	1,285589966	
Enero	688,67	1,351431019	
2013			**1,914795708**

Universidad de San Andrés

Meses	índices	Coeficientes al 12/2015
Diciembre	656,17	1,418367191
Noviembre	646,52	1,439537833
Octubre	638,75	1,457048924
Setiembre	631,55	1,473660043
Agosto	624,72	1,489771418
Julio	617,73	1,50662911
Junio	610,81	1,52369804
Mayo	602,7	1,544201095
Abril	595,22	1,563606734
Marzo	589,56	1,578617952
Febrero	583,68	1,59452097
Enero	577,58	1,611361197
2012		**2,197442153**
Diciembre	571,77	1,627734928
Noviembre	566,27	1,643544599
Octubre	560,64	1,660049229
Setiembre	554,9	1,677221121
Agosto	548,79	1,695894604
Julio	543,17	1,713441464
Junio	537,95	1,73006785
Mayo	532,67	1,747216851
Abril	527,29	1,765043904
Marzo	521,39	1,785016974
Febrero	515,3	1,806112944
Enero	510,26	1,823952495
2011		**2,485915674**
Diciembre	505,42	1,841419018
Noviembre	500,81	1,858369442
Octubre	496,08	1,876088534
Setiembre	491,6	1,893185517
Agosto	486,61	1,912599412
Julio	481,72	1,932014448
Junio	476,92	1,951459364
Mayo	471,54	1,973724392
Abril	466,74	1,994022368
Marzo	462,1	2,014044579
Febrero	457,7	2,033406161
Enero	453,48	2,052328658
2010		**2,800970863**
Diciembre	448,57	2,074793232
Noviembre	444,38	2,094356182
Octubre	440,23	2,114099448
Setiembre	436,28	2,133240121
Agosto	432,25	2,153128976
Julio	427,98	2,174610963
Junio	423,88	2,195644994
Mayo	418,79	2,222331001
Abril	413,79	2,249184369
Marzo	409,06	2,275191903
Febrero	402,94	2,30974835
Enero	396,84	2,345252495

Universidad de San Andrés

ANEXO V: Cantidad de Resoluciones emitidas por la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, durante 2016, por empresa de medicina privada

Cuadro de elaboración propia en base a extractos de la parte resolutiva de los distintos expedientes, suministradas en soporte magnético por el titular de la Oficina de Jurisprudencia Digital de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal

Conceptos	Cantidad	Porcentaje
OSDE	207	39,96
Swiss Medical	63	12,16
OMINT	60	11,58
Medicus S.A.	39	7,53
GALENO SA	27	5,21
Accord Salud	17	3,28
Obra Social del Poder Judicial de la Nación	15	2,90
Hospital Italiano	12	2,32
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC)	10	1,93
Instituto de Obra Social del Ejército (IOSE)	8	1,54
Dirección de Obra Social de la Universidad de Buenos Aires (DOSUBA)	7	1,35
Santa Salud	6	1,16
FEMEDICA	5	0,97
Superintendencia de Bienestar de la Policía Federal Argentina	5	0,97
Hospital Alemán	4	0,77
Hospital Británico	4	0,77
Dirección de Salud y Acción Social de la Armada (DIBA)	3	0,58
Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas (OSDEPYM)	3	0,58
Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires	3	0,58
Staff Médico S.A.	3	0,58
Asociación Mutualista de empleados del Banco de la Provincia de Buenos Aires (AMEBPBA)	2	0,39
Dirección de Bienestar del Personal de la Fuerza Aérea (DIBPFA)	2	0,39
Homis sa	2	0,39
Activa Salud	1	0,19
Bristol Medicine S.R.L	1	0,19
Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires	1	0,19
Centro Médico Pueyrredón S.A.	1	0,19
Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación	1	0,19
Hospital Español	1	0,19
Instituto Panamericano de Salud S.A.	1	0,19
Instituto de Obra Médico Asistencial Pcia. De Buenos Aires (IOMA)	1	0,19
Medin Sasma	1	0,19
Servicio Asistencial Médico Adventista (SAMA)	1	0,19
Sami Salud	1	0,19
TOTAL	518	100

Universidad de San Andrés