

TRES ESTUDIOS PARA UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN EN LA SEGURIDAD SOCIAL

EL ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA
SUSTENTABILIDAD, EQUIDAD Y SOLIDARIDAD
EN LA SALUD

Instituto de Investigación de
Obras Sociales de OSDEPYM

COLECCIÓN PERIFERIAS



POLIEDRO
EDITORIAL
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN ISIDRO

UNIVERSIDAD ISALUD

PREMIO AL FORTALECIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

“EUGENIO ZANARINI”

**TRES ESTUDIOS PARA UN NUEVO MODELO DE
GESTIÓN EN LA SEGURIDAD SOCIAL:
EL ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA
SUSTENTABILIDAD, EQUIDAD Y SOLIDARIDAD
EN LA SALUD**

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE OBRAS SOCIALES - OSDEPYM

Franco Caviglia
(Coordinador)

Facundo Rodríguez

Yanina Zanarini

Herman Moldovan

Daniel Roggero

Instituto de Investigación de Obras Sociales -OSDEPYM

Tres estudios para un nuevo modelo de gestión en la seguridad social : el abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad, equidad y solidaridad en la salud / coordinación general de Franco Caviglia. - 1a ed. - Beccar : Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro, 2023.

Libro digital, PDF - (Periferias)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90146-4-8

1. Seguridad Social. 2. Desarrollo Sustentable. 3. Solidaridad. I. Caviglia, Franco, coord. II. Título.
CDD 362.04

Colección Periferias

Diseño editorial: María Soledad Lohlé

Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro

Universidad de San Isidro Dr. Plácido Marín

Av. Del Libertador 17175 Beccar (B1643CRD), Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-631-90146-4-8



Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro es propiedad de la Fundación de Estudios Superiores Dr. Plácido Marín
Autorizada provisoriamente por Decreto PEN Nro. 1642/2012 conforme a lo establecido en el artículo 64 inciso "c" de la Ley
24521

***“Hablar de una reforma del sistema de
salud es necesario”***

Dr. Eugenio Zanarini

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	6
CAPÍTULO I: RESUMEN EJECUTIVO	10
CAPÍTULO II: INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO	27
CAPÍTULO V: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
PRIMER ESTUDIO - ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA SUSTENTABILIDAD: EL ALTO COSTO EN SALUD	34
SEGUNDO ESTUDIO - ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA EQUIDAD: EL IMPACTO DEL MONOTRIBUTO EN SALUD.....	96
TERCER ESTUDIO - ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA SOLIDARIDAD: LA JUDICIALIZACIÓN EN SALUD.....	137
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES HALLAZGOS Y PROPUESTAS - REMISIÓN.....	175
CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA.....	185

PRESENTACIÓN

PRIMER PREMIO DE LA UNIVERSIDAD ISALUD PARA UN TRABAJO CIENTÍFICO DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE OSDEPYM

-UN PROYECTO INNOVADOR QUE PROMETE TRANSFORMAR LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE NUESTRO PAÍS-

En el año 2022, la **Universidad ISALUD** convocó a la presentación de propuestas de proyectos y diseños de programas que aborden las posibles soluciones para enfrentar los retos que presenta el sistema de Seguridad Social en Salud de Argentina, en el marco del "**Premio al Fortalecimiento de la Seguridad Social en Salud Eugenio Zanarini**".

Esta convocatoria tuvo tres objetivos fundamentales: en primer lugar, establecer un espacio de trabajo para abordar las necesidades y desafíos del sistema de Seguridad Social en Salud de Argentina, preservando su sostenibilidad, equidad y solidaridad. En segundo lugar, fomentar y motivar la generación de propuestas innovadoras que ofrezcan soluciones con un alto potencial de desarrollo o implementación, premiando las mejores propuestas. Por último, se buscó incentivar la creación de un entorno que estimule y potencie las capacidades individuales y colectivas en términos de conocimiento y fortalecimiento de la Seguridad Social en Salud en Argentina.

Luego de un riguroso proceso de evaluación llevado a cabo por el **Comité Evaluador de la Universidad ISALUD**, en el cual se consideraron criterios como la pertinencia, relevancia, metodología, factibilidad técnica y política de implementación, así como la idoneidad del equipo investigador, se seleccionó y otorgó el primer premio al trabajo titulado "**Tres estudios para un nuevo modelo de gestión en la seguridad social: el abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad, equidad y solidaridad en la salud**", presentado por el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM (IIDOS).

El **equipo ganador de IIDOS** estuvo compuesto por un grupo interdisciplinario altamente especializado. El **Dr. Franco Caviglia**, Director de IIDOS, aportó el enfoque original de abordaje de campo; el **Dr. Facundo Rodríguez** contribuyó con su amplia experiencia y trayectoria profesional en el sistema de salud; la **Lic. Yanina**

Zanarini se encargó de la redacción final; el **Lic. Herman Moldovan** desarrolló todo el aspecto relacionado con las métricas y cálculos numéricos; finalmente, el **Dr. Daniel Roggero** se encargó del enfoque metodológico y epistemológico.

El trabajo de investigación reconocido con primer premio, acompañado de anexos numéricos, gráficos y sólido respaldo bibliográfico, propone la creación de un nuevo modelo de gestión en la seguridad social que fortalezca la sustentabilidad, equidad y solidaridad en el ámbito de la salud, representando así un cambio de paradigma.

Para lograr esto, se propuso un enfoque original de abordaje de campo aplicado a **tres estudios** que abordan la descripción, explicación y propuestas basadas en evidencia empírica y orientadas en valores.

El eje central de la investigación se centralizó en los siguientes estudios: **1) los altos costos y su impacto en los servicios del sistema, 2) el efecto del monotributo en el financiamiento de las obras sociales y 3) la judicialización del derecho a la salud.**

Este nuevo enfoque permite entender cómo los diversos elementos del campo de la salud interactúan entre sí y cómo se influyen mutuamente, facilitando una acción efectiva.

Entendemos el abordaje de campo como un cambio epistemológico necesario que se refleja en la interdisciplinariedad como herramienta hermenéutica y también como un cambio metodológico necesario que se refleja en la intersectorialidad como herramienta heurística. De esta manera, los hallazgos identificados dan lugar a propuestas concretas de implementación: un nuevo modelo de gestión en la seguridad social que involucre a todos los actores y disciplinas que participan en el ámbito de la salud.

La metodología aplicada se basa en un enfoque interdisciplinario de campo de salud con un enfoque sistémico comparativo, respaldado por técnicas cualicuantitativas. Estas técnicas se apoyan en una base empírica sólida, respaldada por anexos que se adjuntan al trabajo de investigación premiado. La interdisciplinariedad aplicada en cada uno de los tres estudios presentados implica que se aplicó una interrelación sistémica convergente y emergente en cuatro aspectos considerados componentes esenciales del campo de la salud: a) dimensión médico-sanitaria, b) dimensión

económico-financiera, c) dimensión jurídico-normativa y d) dimensión estadístico-descriptiva.

La factibilidad técnica y política, posiblemente el desafío más grande de la propuesta, se presenta como una carta sobre la mesa y está al alcance de la mano, como se pudo evidenciar en la "Primera Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales". Esta jornada se llevó a cabo en formato de Conversatorio Multisectorial y fue organizada por IIDOS en el salón principal de la Biblioteca del Congreso de la Nación el 4 de noviembre de 2022, contando con la participación de jueces federales, diputados, senadores, ex ministros de salud, académicos, abogados y representantes de diversos sectores de la salud. Evento que tiene una nueva edición el día 21 de septiembre de 2023 como "Segunda Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales".

CAPÍTULO I: RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN

El presente trabajo de investigación propone generar un **nuevo modelo de gestión en la seguridad social** que permita fortalecer la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad en la salud.

A ese fin aquí planteamos un original **abordaje de campo** aplicado a **tres estudios específicos** que tienen como objeto la descripción, explicación y propuestas con base a evidencia empírica: 1) Altos costos y su repercusión en los servicios que brinda el sistema 2) Impacto del monotributo en el financiamiento de las obras sociales 3) Judicialización del derecho de la salud.

Este enfoque permite comprender cómo los diferentes elementos del campo de la salud interactúan entre sí y cómo se afectan mutuamente para poder actuar eficazmente sobre ellos. Entendemos el abordaje de campo como un necesario **giro epistemológico** que se plasma en la interdisciplina como herramienta hermenéutica y también como un necesario **giro metodológico** que se plasma en la intersectorialidad como herramienta heurística.

Creemos que los hallazgos detectados dan lugar a propuestas de realización concreta: **un nuevo modelo de gestión en la seguridad social que “incluya a todos -los actores- y a todas -las disciplinas- que participan en el campo de la salud”**

ABSTRACT

This research work proposes to generate a **new management model in social security** that allows strengthening sustainability, equity and solidarity in health.

To this end, here we propose an original **field approach** applied to **three specific studies** that have as their object the description, explanation and proposals based on empirical evidence: 1) High costs and their repercussion on the services provided by the system 2) Impact of the monotributo in the financing of social works 3) Judicialization of the right to health.

This approach allows us to understand how the different elements of the health field interact with each other and how they affect each other in order to be able

to act effectively on them. We understand the field approach as a necessary **epistemological turn** that is embodied in interdiscipline as a hermeneutic tool and also as a necessary **methodological turn** that is embodied in intersectorality as a heuristic tool.

We believe that the detected findings give rise to proposals for concrete implementation: **a new management model in social security that *"includes all -the actors- and all -the disciplines- that participate in the field of health"***

CAPÍTULO II: INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN

El trabajo del “**Instituto de Investigación de Obras Sociales**” de OSDEPYM que aquí presentamos tiene como objeto la descripción, explicación y propuestas en base a evidencia empírica sobre un **nuevo modelo de gestión en la seguridad social** mediante el **abordaje de campo** aplicado a la **sustentabilidad**, la **equidad** y la **solidaridad** en la **salud**.

A ese fin aquí planteamos **tres estudios** que giran en torno a un enfoque innovador y disruptivo que consiste en el abordaje de lo que denominamos **campo de la salud**.

ABORDAJE DE CAMPO: HERRAMIENTA HERMENÉUTICA Y HEURÍSTICA

Proponemos el **abordaje de campo** como un necesario **giro epistemológico** que se plasma en la **interdisciplina** como **herramienta hermenéutica** y también como un necesario **giro metodológico** que se plasma en la **intersectorialidad** como **herramienta heurística**.

METODOLOGÍA SISTÉMICO COMPARATIVA E INTERDISCIPLINARIA APLICANDO TÉCNICAS CUALICUANTITATIVAS

La **metodología** que aplicamos es un enfoque de campo de salud **interdisciplinario** con un abordaje **sistémico comparativo** y recurriendo a **técnicas cualicuantitativas**. Las mismas se apoyan conforme **base empírica** con **anexos** que también se adjuntan al presente trabajo de investigación.

Más que metodologías opuestas, lo cuantitativo y lo cualitativo son miradas complementarias como una metodología híbrida que combina dichas perspectivas de investigación.

Asimismo, nos planteamos como objetivo **desarrollar métricas e instrumentos** que sean idóneos y nos permitan monitorear las operaciones realizadas en cada uno de los tres estudios.

La interdisciplina aplicada en cada uno de los tres estudios que aquí se presentan, implica que en su conjunto aplicamos la una interrelación **sistémica convergente**

y **emergente** en los siguientes cuatro aspectos componentes inescindibles del campo de la salud:

- i. Dimensión **médico sanitaria**
- ii. Dimensión **económico financiera**
- iii. Dimensión **jurídico normativa**
- iv. Dimensión **estadístico descriptiva**

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nuestro trabajo de investigación se justifica porque entendemos que abordar esta problemática desde la ya muy conocida noción de sistema de salud, dentro del cual existirían tres subsistemas -el público, el de la seguridad social y el privado- nos impediría un abordaje epistemológico y metodológico suficiente de la misma a los fines del planteo. Proponemos, en cambio, encararlo a partir de la **nueva noción de campo de la salud**. La finalidad última es encontrar **soluciones concretas, relevantes y factibles** que resulten aplicables para el fortalecimiento de la seguridad social en salud.

Aclaremos aquí que “campo” comprende al “sistema” y sus “subsistemas” de salud a los que no los niega ni descalifica, sino que pretende superarlos yendo más allá por integración epistémica y asimilación metodológica, en la medida que permite **incorporar** a todos los **otros actores estructurales** y sus **dimensiones operativas funcionales** mediante las disciplinas propias que les corresponden y los estudian a cada uno según su objeto formal.

Actores y dimensiones que directamente no están dentro del sistema, como por ejemplo sería el caso del poder legislativo y del poder judicial, incluyendo también aquellas entidades un tanto invisibilizados que están en el entorno del sistema, como es por ejemplo el caso de los laboratorios medicinales, droguerías, farmacias, asociaciones de pacientes y prestadores de salud.

Creemos que es un **obstáculo metodológico** más que importante considerar que, si cada uno de los mencionados actores del campo de la salud optimiza su potencial de modo individual, esto traerá como resultado un mejor derecho a la salud para la gente.

Del mismo modo creemos que se trata también un **obstáculo epistemológico** de no menor importancia que las diferentes disciplinas que se ocupan de las distintas dimensiones del tema como lo sanitario, lo económico, lo jurídico y lo estadístico lo hagan de un modo autónomo sin interacción alguna.

Para evitar ambos obstáculos respectivamente proponemos la **interrelación de todos los actores** para formular las políticas públicas adecuadas por consenso gradual e integrado y la **interdisciplinariedad** para elaborar hipótesis, desarrollar investigaciones, contrastar resultados y finalmente lograr los aportes teóricos que resulten consistentes con la realidad.

RELEVANCIA DE LA PROPUESTA Y DE LA METODOLOGÍA

En cuanto a la **relevancia** de la propuesta, planteamos un nuevo modelo de gestión con la noción de abordaje de campo de la salud que propone la mejora del proceso total de gestión –productivo, distribución, prestacional- y que permite medir el impacto de modo longitudinal sobre la seguridad social para su fortalecimiento.

Lo mismo sobre la **metodología** aplicada en tanto se identifica el escenario de modo realista, el desarrollo del proceso y los resultados obtenidos.

Dicho en distinta forma, el nuevo modelo de gestión que ofrecemos pretende vincular de forma gradual e integral a todas las dimensiones y las disciplinas que las estudian mediante el criterio de interdisciplina, superando el obstáculo epistemológico; y a todos los actores mediante el criterio de intersectorialidad, superando el obstáculo metodológico.

PERTINENCIA

Consideramos que el presente trabajo de investigación responde a los estándares establecidos de **pertinencia** al identificar el problema del modelo actual de gestión en la seguridad social, sus dificultades y oportunidades.

FACTIBILIDAD TÉCNICA Y POLÍTICA

La **factibilidad técnica y política**, tal vez el desafío más grande de la propuesta, son cartas que están sobre la mesa y que están al alcance de la mano tal como se pudo

observar en la **“Primera Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales”** bajo el formato de Conversatorio Multisectorial que organizamos desde nuestro “Instituto de Investigación de las Obras Sociales” de OSDEPYM, en el salón principal de la Biblioteca del **Congreso de la Nación** el día **4 de noviembre de 2022** con presencia como disertantes de jueces federales, diputados, senadores, ex ministros de salud, académicos, abogados y representantes de los distintos sectores de la salud.

IDONEIDAD DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Finalmente, en cuanto a la **idoneidad de los autores** que integran el equipo del “Instituto de Investigación de las Obras Sociales” de OSDEPYM creemos que responde a la pauta de interdisciplinariedad e intersectorialidad que estamos proponiendo en el presente trabajo de investigación y cuentan con una extensa trayectoria en sus respectivas esferas de competencia profesional que permite complementar y enriquecer la contrastación de sólidos presupuestos teóricos con la evidencia empírica.

HACIA NUEVO MODELO DE GESTIÓN

En los capítulos correspondiente al desarrollo propiamente dicho del trabajo de investigación aplicaremos el mencionado **abordaje de campo de la salud** en **tres estudios** referidos respectivamente a la **sustentabilidad** donde trataremos el “**alto costo**”, seguidamente a la **equidad** en que analizaremos el “**impacto del monotributo**” y finalmente a la **solidaridad** donde exponemos sobre la “**judicialización de la salud**”.

En un juego de palabras oportuno, se podría también sintetizar en un postulado de mucha carga discursiva en cuanto a la semántica, sintáctica y pragmática del lenguaje. Creemos que los hallazgos detectados dan lugar a propuestas de realización concreta: un nuevo modelo de gestión en la seguridad social que “incluya a todos -los actores- y a todas -las disciplinas- que participan en el campo de la salud”.

CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fragmentación del sistema de salud en su conjunto, el alto costo médico y los denominados gastos catastróficos, el impacto del monotributo, la judicialización de la salud, la siempre presente “inflación” de patologías incluidas en el Programa Médico Obligatorio, los reiterados problemas de financiamiento, inconsistencia actuarial y la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, los controles de precios, problemas de comercialización y de importación, excesos de regulación y demás cuestiones ponen en crisis la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad, hacen necesario y confluyen en la imperiosa **búsqueda de una solución integral a esta problemática** tan compleja y de urgente solución.

Ante semejante cuadro de situación se deberá recurrir a un abordaje claro y distinto en cuanto se constituye como un enfoque que nos permita **describir qué ocurre**, además de **explicar cómo sucede** y, finalmente, **prescribir eventuales propuestas relevantes y factibles**. De allí la necesidad de plantear un abordaje de campo de la salud, interdisciplinario en lo epistemológico e intersectorial en lo metodológico tal como lo hacemos en el presente trabajo de investigación.

Tenemos, en un primer plano a la vista de todos, **actores directos del sistema** como por ejemplo los **médicos** quienes prescriben y son responsables frente a sus pacientes e independientes en sus decisiones sin considerar el impacto en los recursos disponibles; los **laboratorios** que son libres de seleccionar qué tecnologías producir y promocionar sin que tengan que responder a las necesidades de los países; exponenciales **avances tecnológicos**; los **cambios demográficos y epidemiológicos**. Los **gobiernos**, a su vez, tienen metas sanitarias y recursos finitos para cumplir con sus obligaciones y compromisos con estándares internacionales, pero no controlan la asignación de los recursos a nivel de las prestaciones específicas. Los **ministros de salud**, si bien deben velar por la salud de la población general, están expuestos a presiones por parte de todos los actores - pacientes y ciudadanos, la industria, financiadores de salud, los prestadores, etc. - cuyos intereses no siempre se alinea con las metas sanitarias nacionales (gestión y control). Las **financieras de salud**, como las **obras sociales nacionales**, que son organizaciones de la seguridad social, financiadas con el aporte y contribuciones de empleadores y trabajadores (justicia distributiva) o privadas como las **entidades de medicina prepaga**, cualquiera sea su tipo o figura jurídica que adopten, cuyo

objeto consiste en brindar prestaciones de salud, es decir cobertura médica a sus afiliados, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas de pago previo abonado por el socio.

Pero también aparecen en un segundo plano, un poco más desapercibido, otros actores no menos importantes. Actores del entorno del sistema pero que influyen de forma determinante en el campo de la salud como lo son el **Poder Legislativo** mediante la sanción de leyes que amplían derechos sin su correspondiente partida presupuestaria deteriorando los mecanismos de financiación de la salud y el **Poder Judicial** mediante el dictado de sentencias y medidas cautelares y tienen la responsabilidad de velar por el cumplimiento del derecho a la salud.

La ecuación final resultante de todos los actores es que termina siendo que “cada cual atiende a su juego”.

Así las cosas, ¿cómo lograr, entonces, un resultado final en la ecuación de este juego que agregue valor -tomar la mejor decisión de cobertura posible conforme a los recursos disponibles- con tantas fuerzas con distintas lógicas en la toma de decisiones y, en circunstancias contradictorias, actuando independiente y simultáneamente?

Veamos un par de ejemplos para ilustrar lo que venimos diciendo. A modo demostrativo cabe preguntarse si la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET), por su sola creación, va a contener y reducir la judicialización por sí misma o requiere además de otros factores para lograr dicho objetivo.

Comparemos con el caso colombiano la creación del IETS 2012, fue insuficiente para contener la judicialización.

La evaluación de tecnologías y la priorización explícita de cobertura (en la actualidad existe una priorización de facto y desordenada por vía de presiones focalizadas de distintos sectores) debe ir acompañada de un consenso integral de todos los sistemas que interactúan en el campo donde los distintos actores tomen como marco de referencia el principio de un acuerdo social de escasez como paradigma para ordenar la problemática.

Si los pacientes creen que le están negando sus derechos, los médicos entienden que se recortan prestaciones, los laboratorios temen por nuevas barreras a la innovación, mientras que los financiadores de salud entienden que se puede reducir la creciente judicialización, por más Agencias Nacionales que se cree, no tendremos las respuestas deseadas al nivel del desafío planteado.

Lo mismo ocurre, por dar solo un ejemplo más, con relación al Poder Legislativo. La extensión exponencial de la Programa Médico Obligatorio, a través de leyes que regulan patología por patología, como es el caso de las leyes 26.130 (contracepción quirúrgica), o 26.279 (de detección y tratamientos de determinadas patologías en el recién nacido), o 26.396 (trastornos alimentarios), o 26.588 (celiaquía), o 26.657 (de salud mental), o 26.689 (atención de enfermedades poco frecuentes, comúnmente llamadas "enfermedades huérfanas"), o 26.743 (identidad de género, obliga a cubrir intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género auto percibida), o 26.862 (reproducción asistida), o 26.914 (diabetes), o 27.350 (uso medicinal del cannabis), o 27.552 (fibrosis quística). Sin ningún grado de sistematicidad, coherencia e integración no sólo configuran una significativa volatilidad legislativa, con el agravante de que no contemplan su correspondiente partida presupuestaria, sino que además implica una falsa ampliación de derechos, que no configura una real y efectiva consagración del derecho a la salud.

En este caso el Estado habrá ampliado el derecho de acceso a la salud, pero solo será un logro formal, porque si seguimos con este esquema inflacionario de ampliación de derechos a la salud sin anclarlo a un sistema de financiamiento, las obras sociales no podrán hacer frente a las mismas y en caso de que se niegue la prestación y el afiliado recurra a la justicia, obtendrá una sentencia favorable que será muy parecido a "una carta a los reyes magos". Muchas veces la incorporación de nuevos tratamientos médicos al PMO es meramente aspiracional y está totalmente desconectado de la realidad.

Vemos entonces que los así considerados "sistemas" parciales interactúan en el campo total de la salud y tienen dos formas de aproximarse a este reto: una **reduccionista -hacer eje solo en el "sistema"-** en la cual tratan de regular o modificar los incentivos sobre componentes individuales sin tener en cuenta los

efectos sobre otras partes del sistema y sin modular los vínculos entre sus partes; y la otra, que proponemos, que procura abordar la problemática de manera **gradual e integral –pretende hacer eje en torno el criterio de “campo”-**.

Según esta última aproximación, las propiedades esenciales de un sistema complejo como es el servicio de salud, son propiedades del conjunto y surgen de las interacciones y las relaciones entre todas las partes y con su contexto. Las propiedades de las partes no son intrínsecas, y se pueden entender sólo dentro del contexto de un “todo” más amplio. De allí la necesidad de plantear un abordaje sistémico que apunte a una solución gradual e integral como lo requiere el abordaje de campo de la salud.

El enfoque de campo da cuenta que esa tensión esperable entre los ya mencionados sectores -sistemas o subsistemas de la salud- no significa ruptura sino interdependencia, conceptos nuevos o conocidos que conviven asociados a una referencia que les es común y que está delimitado por el campo de estudio. Esta nueva forma de abordar la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad supone modificar las perspectivas tradicionales con las que se las viene estudiando hasta el presente sin dar demasiados frutos.

Esto se debe a que los distintos componentes del campo –actores y disciplinas- que interactúan, responden a una lógica de funcionamiento que en la mayoría de los casos tensionan situaciones problemáticas que en vez de mejorarlas las agravan. Si rápidamente no se busca un equilibrio que posibilite una articulación donde las distintas lógicas logren encauzar en un esquema que las contenga y sintetice, todo indica que el panorama irá empeorando.

Entendemos que es necesario, como repetimos más arriba, realizar un imprescindible giro epistemológico para entender y un giro metodológico para actuar que nos permita de una vez enfocarnos de modo integral este nuevo fenómeno que no es alcanzado o bien entendido con las categorías tradicionales que estamos utilizando.

Mirar la realidad desde este abordaje integral implica mencionar al menos **un par de propuestas o tareas básicas activas**. Una de estas tareas consiste en la identificación y la comprensión de las **interrelaciones causales** más importantes,

porque los vínculos entre los diferentes componentes del sistema de salud originan la posibilidad de que los cambios en un componente del sistema repercutan necesariamente en los otros componentes. La otra tarea es **comprender la dinámica** misma de la seguridad social tanto sobre cómo funciona -proceso- y también sus resultados finales -producto-.

Resulta entonces necesario dar ese gran giro epistemológico para **describir** qué ocurre y además de **explicar** cómo sucede y, finalmente dar el giro metodológico para **prescribir** eventuales líneas de acción impulsadas en **propuestas relevantes y factibles**.

Describir y explicar a través de la **interdisciplina** porque no es razonable pensar que las distintas disciplinas (como las Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas, Ciencias Jurídicas, Ciencias Económicas, Ciencias Estadísticas y de Datos, Inteligencia Artificial, con sus respectivas especializaciones como Epidemiología, Economía de la Salud, Gestión de Servicios de Salud, Gestión Sanitaria, Especialista en Derecho a la Salud, Farmacoeconomía, etc.) que estudian la salud, operen como compartimentos estancos y de una forma exclusiva y excluyente en la seguridad social aplicada a la salud.

Esto se ve reflejado, por ejemplo, en las obras sociales que hacen un tremendo esfuerzo económico para lograr un equilibrio financiero y luego el Estado (ya sea a través del Ministerio de Salud o del Poder Legislativo) incorpora nuevos tratamientos de patologías de alto costo al PMO sin analizar previamente como se van a financiar, con lo cual, vamos a estar en presencia de lo más parecido a una crisis en la financiación de las obras sociales.

Por este motivo, **cuando cada sistema tome decisiones en esta materia, no solo debe pensar en optimizar su función como tal, sino que, además, como esa decisión impacta en el conjunto de forma tal que ese conjunto en su totalidad se vea fortalecido**.

Si cada uno de los sistemas no aborda esta problemática desde un criterio gradual e integral, lo más probable es que nos enfrentemos a un esquema de suma cero donde ninguno logrará el objetivo que se propuso al impulsar su respectiva decisión inicial.

Pensar que si cada uno de los sistemas funciona “correctamente” implica automáticamente que el conjunto saldrá fortalecido, se contrapone con una realidad que se encargará de demostrarnos lo contrario. No podemos sustraernos a la realidad de que nos enfrentamos a una lógica donde tenemos recursos finitos para necesidades infinitas. **No hay soluciones mágicas, voluntaristas ni de salvación individual. Solo queda un camino, el del consenso de los distintos actores del sistema en la búsqueda de acuerdos que prioricen soluciones justas, equitativas y razonables.**

Es necesario un diálogo fluido y coordinado entre los organismos técnicos, como la Superintendencia de los Servicios de Salud y las instituciones políticas como el Poder Legislativo y el Ministerio de Salud e incluso el Poder Judicial cuyas decisiones impactan en el sistema de la salud. **Si las decisiones de estos distintos actores no van en un mismo sentido, sino que se contraponen, aunque las mismas se realicen en nombre de garantizar de la mejor manera posible el derecho a la salud, lo único que se logrará es que los sistemas del campo en su totalidad no logren el máximo de optimización.**

Hay poca claridad sobre cómo lograr un cambio que resuelva gran parte de los problemas que estamos tratando, por eso creemos que la solución pasa por la integración de todos los sistemas que impactan en el área de la salud. Afrontar un problema difícil a menudo requiere ver dónde se encuentra el punto de apalancamiento, un cambio que con mínimo esfuerzo llevaría a una mejora significativa y duradera.

No hay reglas sencillas para efectuar cambios de alto apalancamiento, pero hay modos de pensar que los facilitan. Un punto de partida consiste en aprender a ver estructuras subyacentes en vez de hechos. Otro punto de partida consiste en pensar en procesos de cambio y no en instantáneas.

Llegados hasta aquí, la pregunta sería la siguiente: ¿alcanza solo con un cambio normativo, con la creación de un Fondo Nacional de Gasto Catastrófico o redefinir el Fondo Solidario de Redistribución, con la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias?, y la respuesta indefectiblemente sería negativa. **Porque no**

logramos alinear a todos los actores del sistema en una misma dirección - trabajando en los puntos de apalancamiento - no vemos solución posible.

Trabajar todos juntos y trabajar todos en lo mismo. De modo gradual -paso a paso- para dar tiempo a la adaptación; pero, en todos los puntos de apalancamiento de modo integral. De lo contrario cada uno solo se preocupará de “tirar para su lado” y ocurrirá fatalmente el síndrome de la “frazada corta” o arreglos por “parche”.

Por todo ello cabe decir a esta altura de la exposición que resulta necesario articular políticas comunes entre los sistemas. Lo más probable es que los objetivos de cada uno de los sistemas se neutralicen entre sí de tal forma que nunca se logre un equilibrio superador. En verdad, **cada uno de los sistemas no son piezas sueltas, sino que están interconectadas.** No nos debemos enfocar en las decisiones que tome cada uno de los sistemas sino en la relación que se da “entre” los mismos. **Si ese proceso que se da “entre” los sistemas no tiene un valor agregado de equilibrio y acumulación positiva nunca podremos garantizar el derecho a la salud de la gente por más que cada uno de los sistemas en forma individual así se lo propongan como objetivo.**

Si las políticas son bien intencionadas pero deficientes, si las leyes que incorporan más derechos al PMO son impracticables, si las sentencias de los jueces no se pueden cumplir, si los reintegros de la Superintendencia a las Obras Sociales no son completos, si la asignación de recursos se realiza sin criterios explícitos, la garantía del derecho a la salud será una mera declaración formal que poco o nada tendrá que ver con la realidad.

En la **búsqueda de una solución integral** hacen falta **procesos deliberativos y participativos de todos los sistemas**, que **incorporen nuevas racionalidades**, para mejorar la toma de estas difíciles decisiones.

Si tensionamos este proceso, donde cada uno responda a sus objetivos particulares sin entender que garantizar el derecho a la salud no es el resultado de lo que cada uno individualmente se proponga, sino la resultante de un equilibrio de todos los sistemas en su conjunto, no podremos garantizar sostenidamente la mejor salud posible para todos.

Pensar en un abordaje gradual e integral de campo no es solo un discurso bonito, sin contenido, sino que se trata de un diálogo razonable y responsable para garantizar en los hechos el cumplimiento de lo que se propone.

La opción es de hierro, o seguimos por este camino, seguimos como estamos, actuando como compartimentos estancos echándole la culpa de los problemas a los otros, o vamos en la búsqueda de un reconocer finalmente la existencia del campo de la salud donde será imposible salvarse solo.

CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

El primer problema con que nos encontramos al analizar la sustentabilidad de la seguridad social en nuestro país y de las obras sociales en particular, es que dicho objeto de estudio **carece de un marco teórico** eficiente que traduzca la realidad en conceptos, que nos permita comprenderla desde categorías y constructos que sistematizan, armonicen y ordenen el estudio de esta problemática para encuadrar adecuadamente su abordaje integral. Dicho esto, lo primero que debemos analizar será la mecánica de investigación y categorías conceptuales a desarrollar para avanzar en la descripción y explicación de esta problemática. Cumplidas la **descripción del objeto** y la **explicación del funcionamiento**, recién estaremos en condiciones de prescribir propuestas con aspiración a constituirse como soluciones eficaces.

Abordaje de campo: Ante la inexistencia de un marco teórico general que se ocupe de la sustentabilidad, equidad y solidaridad de la seguridad social en la salud y la falta de una disciplina específica que trate en forma integral esta problemática, que se nos presenta con mucha ambigüedad y falta de precisión, utilizaremos para su abordaje el constructo hermenéutico y heurístico de **“campo”**. Dentro del denominado **“campo”**, se toma en cuenta a **todos los actores** y a **todas las disciplinas** directamente vinculadas a la gestión en la seguridad social. Se trata de una herramienta necesaria como **hermenéutica** para interpretar y conocer y así también es una herramienta necesaria como **heurística** para buscar soluciones a los problemas sobre la realidad.

Tenemos claro que en este punto hay casi unanimidad en considerar a la salud solo como un sistema y analizar a los demás sectores como subsistemas del mismo: no obstante ese consenso práctico –se ve reflejado en la academia y derrama en la política también-, creemos que el concepto superador de campo nos permite un mejor abordaje de otros actores menos visibles pero con presencia como es podría ser, entre otros, el caso de los laboratorios, del Poder Legislativo y el Judicial; que, si bien no forman parte estrictamente del sistema de salud, sus decisiones impactan de modo directo sobre el mismo.

El problema necesita ser antes descrito y explicado para poder después comprenderse con mayor precisión y profundidad que todos los análisis y literatura

que tenemos a la vista que integran el “corpus” hasta el presente, donde solo se realiza lo que entendemos es apenas una aproximación parcial del mismo.

Comportamiento de los sistemas: Considerar que la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad deben tener su propio campo de estudio y de acción supone modificar su carácter como objeto de conocimiento, su extensión, sus límites, así como su relación con los sistemas que interactúan en dicho campo. El concepto de **sistema** es el otro elemento que consideraremos en nuestro abordaje integral, es decir **analizaremos los distintos sistemas institucionales que operan en el campo de estudio** como los afiliados a las obras sociales, los socios de entidades privadas de salud, las asociaciones de pacientes, el Estado y hacia su interior el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud, el Poder Legislativo, el Poder Judicial, los laboratorios farmacéuticos, prestadores, las propias obras sociales, las empresas de medicina prepaga, etc. en cuanto se vinculan, relacionan y tensionan hacia el interior del campo que los comprende.

Este nuevo enfoque que nosotros proponemos en el presente trabajo de investigación sustituye el carácter sustancial y sólido de las instituciones como objeto de estudio de las distintas disciplinas que se ocupan de ellas, para adquirir una perspectiva de carácter relacional y a veces tensional, y así comprender desde una dimensión más amplia el estudio de la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad en la salud y apunta a un nuevo modelo de gestión en la seguridad social.

Es decir, esta problemática transversal -relacional y tensional- afecta a todos los componentes del campo -actores y disciplinas- desde una nueva perspectiva de un abordaje integral de campo. Abordaje en que la relación de los conceptos pueda superar una visión fragmentada y así adquirir un nuevo sentido de comprensión. Además de la estructura de todos sus componentes y los vínculos recíprocos que generan, el análisis de las relaciones y tensiones que generan la conducta del sistema es esencial, incluyendo el estudio de cómo los diferentes componentes y procesos interactúan funcionalmente para generar respuestas: de qué manera el sistema se adapta y se transforma.

El desarrollo de un nuevo modelo de gestión en la seguridad social exige entonces una mirada más extensa y más profunda sobre la realidad, porque sólo de este modo

es posible tener una visión del conjunto más que de las meras partes, y dar respuestas interdisciplinarias a las diferentes demandas como explicamos más abajo.

Además, son complejos, pues siempre tienen varias dimensiones que interactúan en simultáneo y de manera concatenada –en principio, los cuatro aspectos principales son el **médico sanitario, económico financiero, jurídico normativa y estadístico descriptiva**- y que en muchas ocasiones pareciera en una primera impresión que sus necesidades y requerimiento son contrapuestos.

Campo de estudio autónomo: Por ese motivo debemos avanzar en la construcción de un propio campo de estudio, que se vaya legitimando y afianzando con sus propios abordajes teóricos y metodológicos en el proceso de creación de nuevo conocimiento, el modelo de gestión en la Seguridad Social aplicada a la Salud, como tal, no tiene ni han tenido un **campo de estudio autónomo**. Este campo supone entender la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad desde una propuesta interdisciplinaria que tiene la vocación de articular los distintos componentes, donde al interior de ese universo, cada sistema involucrado constituye una relación de tensión con los demás.

No se trata con ello de desarrollar una nueva disciplina, sino de articular fenómenos que proceden de la convergencia y que emergen entre diferentes disciplinas ya existentes y de conjugar la tensión que existe entre ellas en un proyecto interdisciplinario.

Este nuevo campo de estudio afecta y es afectado por nuevos interrogantes sin responder, que se producen en la zona de frontera de las disciplinas que las atraviesan y pueden ser capturadas con mayor plenitud desde un espacio interdisciplinario. Radica en un cambio de enfoque: ver las interrelaciones en vez de las sucesiones lineales de causa - efecto; y ver procesos en lugar de elementos individuales. Abordaje integral en que la relación de los conceptos pueda superar una visión fragmentada y así adquirir un nuevo sentido de comprensión, que nos permita describir, explicar y formular propuestas relevantes y factibles. Es decir, finalmente que las cosas se terminan haciendo, cambiando la realidad desde una

lógica operativa que resulte razonable para todos los componentes involucrados en el proceso.

El campo de la salud de nuestro país es tan fragmentado que **debilita la posibilidad de un abordaje integral y sistémico**. No decimos que esto no sea posible, sino que **para que se pueda realizar se requiere previamente validar la calidad de la información, homogeneizar las categorías de análisis y desarrollar un mismo lenguaje**.

También debemos desarrollar una metodología de abordaje del problema que si bien va de lo individual a lo general es indispensable que **la resultante del conjunto sea superior al desempeño de cada una de las partes**. Debemos superar el hecho de que los distintos sistemas que interactúan en el campo de la sustentabilidad de las obras sociales respondan a distintas lógicas que muchas veces se tensionan o contraponen entre sí.

No alcanza con optimizar cada uno de los Sistemas que componen el Campo de la Salud: Si tenemos un problema que es lo suficientemente grande como para resolverlo de “un solo golpe”, una buena alternativa es analizar el problema desde cada una de las partes (componentes / sistemas) que lo componen, es decir, analizar, describir y explicar cada uno de los sistemas en forma individual, lo que es válido y necesario, pero sería un error suponer que al hacer esto estaremos resolviendo el problema en su totalidad.

Es un error creer que si cada uno de los sistemas optimiza su potencialidad esto traerá como resultado un mejor enfoque del problema en su conjunto, es decir, este nivel de análisis no implica que se resuelva el problema en su integralidad. Cabe mencionar la llamada “**teoría de las restricciones**” -**formulada por Eliyahu Goldratt**- y que se basa en los métodos de la ciencia para interpretar y optimizar sistemas integrados. Esta teoría postula que, en un proceso multitarea, independientemente del ámbito en el que se desarrolle, el ritmo será dictado por el 'engranaje' más lento. Es decir, optimizar cada parte o componente de modo separado al resto no equivale necesariamente a mejorar el funcionamiento del todo como conjunto justamente por lo que hace al sistema eficiente es el proceso de interrelaciones de las partes y no las partes por sí mismas individualmente

consideradas. En términos más coloquiales si se quiere: once buenas individualidades no hacen necesariamente un buen equipo.

Debemos articular un diálogo entre los distintos sistemas: Sobre esta base, debemos llevar la idea un paso más adelante. Si cada sistema logra su mejor desempeño, de manera individual, **debemos buscar la forma de articular esa optimización, en beneficio de la problemática en el conjunto que estamos analizando.** La visión compartida comienza con una declaración sobre algo que queremos alcanzar, de ahí que la llamemos visión: es algo que aún no tenemos, y cuya consecución no depende únicamente de uno mismo, sino que requiere la acción y el compromiso de otros, de ahí que sea compartida: **no hay cambio posible sin compromiso, y no hay compromiso sin la participación de todos los actores del sistema. Es decir, hacer sustentable el sistema implica que la participación y el compromiso permitan los cambios posibles a futuro.**

Para lograr ese máximo grado de optimización, no sólo debemos lograr el mejor desempeño de cada sistema del campo de la salud, sino que también es fundamental que cada uno de los sistemas busque lograr el mejor desarrollo y equilibrio de todos los sistemas en su conjunto. No solo alcanza con lograr el máximo desempeño individual del sistema, sino que cada uno de ellos, **al buscar su máximo desempeño individual debe estar asegurando al mismo tiempo la máxima optimización de todo el campo integrado por todos los sistemas.**

COROLARIO

En síntesis: proponemos el “**abordaje de campo**” como necesario **giro epistemológico** que se plasma en la **interdisciplina** como **herramienta hermenéutica** y también como necesario **giro metodológico** que se plasma en la **intersectorialidad** como herramienta heurística. Un **nuevo modelo de gestión en la seguridad social** que “**incluye a todos (los actores) y a todas (las disciplinas)**” A continuación aplicaremos el **abordaje de campo** en **tres estudios** referidos respectivamente a la **sustentabilidad** donde trataremos el “**alto costo**”, seguidamente a la **equidad** en que analizaremos el “**impacto del monotributo**” y finalmente a la **solidaridad** donde exponemos sobre la “**judicialización de la salud**”.

CAPÍTULO V: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

PRIMER ESTUDIO

**ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA
SUSTENTABILIDAD:
EL ALTO COSTO EN SALUD**

PRIMERA PARTE DEL PRIMER ESTUDIO

PLANTEO

ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA SUSTENTABILIDAD:

EL ALTO COSTO EN SALUD

“La creciente aparición de tecnología innovadora pone en riesgo la sustentabilidad de los sistemas de salud, y en muchos casos su inadecuada utilización genera eventos adversos serios”

Dr. Rubén Torres

El primer estudio del “**Instituto de Investigación de Obras Sociales**” de OSDEPYM tiene como objeto la descripción, explicación y propuestas con base a evidencia empírica sobre un **nuevo modelo de gestión en la seguridad social** mediante el **abordaje de campo** aplicado a la **sustentabilidad: el alto costo en salud**.

SEGUNDA PARTE DEL PRIMER ESTUDIO

PROBLEMÁTICA

El análisis del conjunto de enfermedades cuyo **tratamiento implica un alto costo no solo se encuentra adjetivada de diferentes formas, sino que además no hay consenso respecto de las patologías que contiene.**

Esta problemática fue abordada de diversas maneras en la bibliografía especializada. Se las denomina **Enfermedades Raras, Huérfanas, de Alto Costo y Baja Incidencia** o **Enfermedades poco Frecuentes** (que dentro de las 5.888 patologías que tipifica comprende enfermedades de alto costo, conforme a la Ley 26.689, cuyo art 6 establece que las obras sociales deben brindar cobertura asistencial).

A su vez la Superintendencia de Servicios de Salud en la Resolución 465/2021 prevé en el Sistema Único de Reintegro financiar las patologías que denomina de **baja incidencia y alto impacto financiero** que representan las comúnmente denominadas Enfermedades Catastróficas y las de tratamiento prolongado, así catalogadas por el alto impacto que suponen por la fuerte erogación que implica para quienes la financian. Otros consideran que se trata de un conjunto limitado de aproximadamente 100 patologías (Tobar Federico, 2010). **No hay consenso sobre el universo que comprende.**

Este universo difuso en cuanto a su denominación lo vamos a designar como **Enfermedades Catastróficas (EC)**, que según a la opinión de los especialistas en el tema las podemos identificar por sus características cuyo denominador común es que son enfermedades que generan severos daños en la salud de quienes la padecen, tienen un alto costo económico, registran bajo impacto en la carga de la enfermedad, presentan una curva de gastos diferente, manifiestan un alto grado de judicialización y la mayor parte del gasto se destina a medicamentos (Tobar Federico, 2010; Colina Jorge, 2008; Lifstchitz, Esteban, 2018; Marcelo Garriga y Walter Cont, 2013).

Las **Enfermedades Catastróficas (EC)** tienen un impacto económico alto para las obras sociales. Los tratamientos de dichas enfermedades tienen un elevado costo por requerir erogaciones significativas y en general sus tratamientos son reiterados y prolongados en el tiempo y **hoy representan el mayor problema para la sustentabilidad de las obras sociales.**

Esta categoría de enfermedades genera severos daños a la salud, la economía familiar de quien la padece y el sistema de salud o los subsistemas que la financian. Se considera que su **tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 40% del ingreso del hogar** donde hay un paciente afectado (OMS). Federico Tobar entiende que se trata de aquellas patologías cuyo **tratamiento promedio supera un salario mínimo**. El tema no es menor si tenemos en cuenta que **tampoco hay consenso en el punto de corte** para saber cuándo estamos frente a una EC. Estos criterios toman como universo medible una economía familiar pero **no conocemos mediciones en relación al sistema de salud en general y los distintos**

subsistemas en particular. Nuestro informe trata de echar un poco de luz sobre este aspecto.

De las distintas definiciones sobre EC, adoptaremos en este trabajo, la que está vinculada con un nivel de gasto por período, considerando como catastrófica a **cualquier situación que supere un umbral de costos preestablecido atento a nuestro rol de financiadores de la salud.**

Las EC son un grupo de patologías que deben su nombre a las consecuencias económicas que acarrearán a quienes las padecen y **requieren un abordaje diferente al resto de las enfermedades, particularmente en relación a la financiación de las mismas.**

El adjetivo de catastrófica **lo vinculamos a la economía de quien financia la patología.** Es decir, no vamos a abordar la enfermedad desde una perspectiva médica o clínica sino desde la problemática de su financiamiento. Son patologías que tensionan la responsabilidad de su respuesta financiera, en nuestro caso de las Obras Sociales Nacionales, pues **generan una dinámica de desfinanciación que erosiona las bases del sistema** para brindar cobertura al resto de enfermedades no catastróficas que representan más del 95% de la población total a cubrir, al concentrar los recursos en muy pocos afiliados y patologías.

Su baja probabilidad de ocurrencia sumada a la necesidad de recurrir a tratamientos altamente costosos (por el uso de tecnología sofisticada o medicamentos caros) hacen que **estas EC ameriten ser consideradas en forma separada del resto de la atención médica** (Colina, Giordano y Rodríguez del Pozo, 2004). A esto se suma que no son eventos predecibles en su temporalidad ni en su magnitud, es decir, tienen un efecto incertidumbre.

En la Argentina, **el financiamiento de las EC no ha sido incluido en una legislación especial,** ya sea en relación con el sistema de salud en general y los subsistemas en particular, como las obras sociales, que deben **velar por su provisión integral** sin considerar la sustentabilidad del sistema.

Las EC presentan una curva evolutiva de costos diferente de las patologías que podemos denominar comunes, pues la evolución habitual en el gasto generado por una persona con una patología común presenta el fenómeno de regresión a la media. Esto es que quien gasta más al comienzo, lo hará en menor proporción en períodos subsiguientes. En las EC esta evolución es en muchos casos impredecible, y en caso de serlo, la evolución se realiza en forma extremadamente lenta denominándose este comportamiento “regresión lenta a la media”.

El envejecimiento de la población, el avance farmacológico, la biotecnología, la medicina genómica en salud y en general las nuevas tecnologías sanitarias generan constantes presiones que desplazan el destino de los recursos hacia este tipo de prestaciones en forma exponencial, poniendo a las obras sociales en una situación crítica.

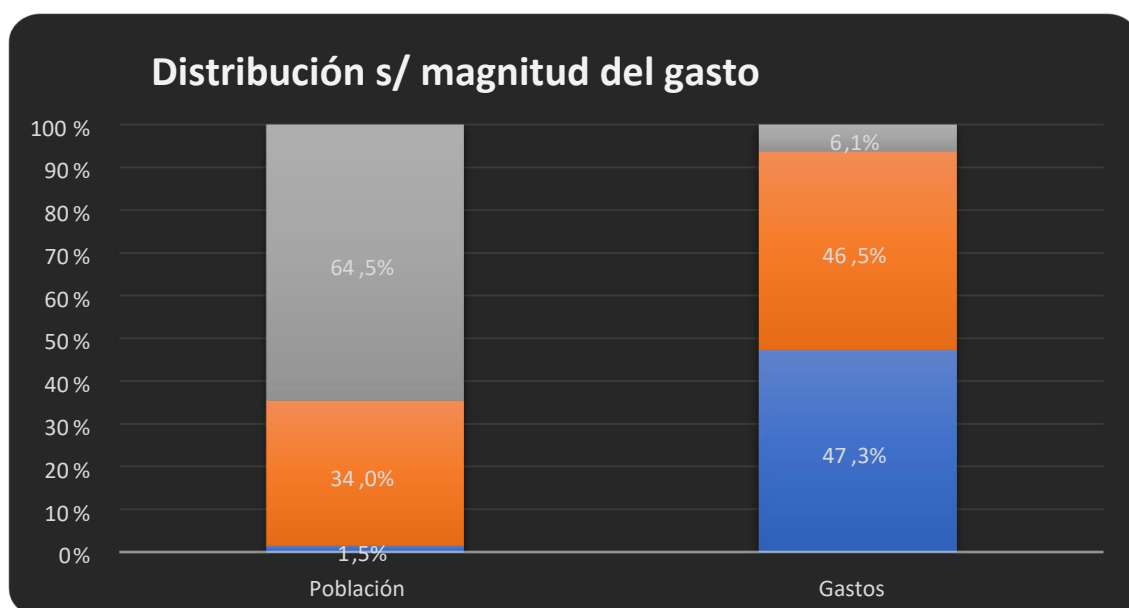
Las obras sociales no pueden dar todo a todos. No debe dar todo a pocos. Pero debe garantizar una prestación adecuada a todos (parafraseando a William Beveridge). **No pueden garantizar la mejor prestación de salud, sino la mejor prestación posible.** El derecho a la salud debe ser interpretado de forma integral y amplia, pero no es viable una interpretación sin analizar su sustentabilidad por la sencilla razón que los recursos son limitados. Esta es una verdad, **una verdad incómoda** pero una verdad al fin.

En las Obras Sociales, **el gasto médico prestacional se concentra cada vez más en menos afiliados**, con el agregado de que **no se trata de un gasto fijo sino incremental que afecta significativamente la sustentabilidad de los seguros de salud**, motivo por el cual genera desafíos sociales, económicos, jurídicos y de políticas públicas que nos permitan encontrar nuevas respuestas a estos desafíos.

Esta categoría de EC, representa un grave problema para el sistema de salud y sus distintos subsistemas y **todo indica que tendrá una evolución incremental hacia el futuro, con lo cual ya no estaremos hablando de Enfermedades Catastróficas, sino de una verdadera “epidemia catastrófica” que hará necesario redefinir el financiamiento del sistema de salud**, respecto de estas patologías.

Esta situación crítica se va a ir agudizando con el avance de las nuevas tecnologías sanitarias y **lo que hoy es una enfermedad catastrófica en un futuro inmediato se va a convertir en una “epidemia catastrófica”** con el consecuente colapso de los subsistemas de salud.

Un trabajo de J.C. Beebe de 1988 estima que el 1% de la población puede llegar a consumir el 25% del gasto total, mientras que el 5% más demandante llega a consumir el 40% y sólo, el 60% del gasto restante es consumido por el 95% de la población (Beebe, 1988). En tal sentido elaboramos un informe para identificar el porcentaje de afiliados que genera los mayores gastos prestacionales. Como podemos ver en el siguiente gráfico **el costo prestacional se ha disparado en forma exponencial** si lo comparamos con nuestro informe que comprende el periodo 2019, donde el 1,5% de la población consume el 47,3% del gasto prestacional.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Se tomó como base el universo de 174.495 afiliados a la obra social OSDEPYM**

Si esto fuera una foto los seguros de salud estarían en una situación mala pero estable, lo grave de esta situación es que **no estamos en presencia de una foto sino de una película** que presenta una curva incremental de gastos prestacionales.

Se da la inexorablemente la siguiente **paradoja** que establece a modo de axioma lo siguiente: ***“el consumidor (el paciente) no decide ni paga, el que decide (el médico) no paga y el que paga, no decide”***. En alguna parte nos parece que esto no está bien. La lógica de este esquema conduce a que el financiamiento no sea sustentable a lo largo del tiempo. En este contexto la prestación debe ser suficiente, apropiada y oportuna, con un criterio amplio que garantice el derecho a la salud en forma integral, pero también adecuada para el que financia la prestación.

Conforme leemos en los *papers* de la Organización Panamericana de la Salud al **no contar con una definición uniforme sobre los Medicamentos de Alto Costo (MAC)**, sus características se encuentran determinadas por **diversos elementos**. En la mayoría de los casos son **medicamentos para enfermedades de gran repercusión social y/o con grave riesgo de muerte** (por ejemplo, enfermedades oncológicas, y otras); o una **población objeto muy pequeña** (como son, medicamentos huérfanos y enfermedades raras). Su adquisición constituye una **gran carga al financiamiento del sistema público de salud y/o al gasto de bolsillo**.

Algunos países de la Región han realizado **cierta aproximación conceptual a la definición** de estos tipos de medicamentos, principalmente a través de **indicadores cualitativos** (por ejemplo, medicamentos para enfermedades con alto riesgo vital) y, **cuantitativos** (mediante la fijación de un importe como referencia por paciente, año o tratamiento).

Otras expresiones habituales para referirse a esta tipología de medicamentos son los **medicamentos de alta complejidad**, asociados habitualmente a procedimientos de administración complejos y costosos, como el monitoreo frecuente para conocer la evolución del enfermo o condiciones muy precisas para su uso; y, **medicamentos de fuentes limitadas**, enfatizando una de las causas casi universales de alto costo, como es la situación de exclusividad.

La noción de enfermedades catastróficas, caracterizadas por su gravedad médica y su elevado costo tanto de medicamentos como de otros recursos sanitarios y cuya necesidad implica un previsible esfuerzo económico para quién las sufre –si es el

individuo quien tiene que pagar dichos tratamientos directamente– o, para el sistema público, si el tratamiento es cubierto a través del financiamiento público.

En síntesis: Sin ánimo de encontrar una definición universal, todos estos elementos: 1) costo 2) exclusividad 3) novedad y 4) tipo de enfermedad configuran las características de este tipo de medicamentos de alto costo o de alto precio que provocan graves problemas de acceso y de sostenibilidad del sistema.

Mientras que, para la **OMS** a nivel internacional, en un estudio sobre 27 países analizados (26 europeos y Canadá), 21 no tienen definición explícita de MAC, aunque algunos han logrado algún tipo de caracterización. Entonces para la OMS el concepto de medicamentos de “alto costo”, “precio alto” o “precio premium” aún **no se ha definido claramente a nivel internacional.**

El alto precio en sí podría no ser el criterio decisivo. Otros factores determinantes pueden incluir el uso o demanda del producto, resultando en altos costos para el tratamiento de los pacientes. Una definición amplia de un nuevo medicamento de precio premium es aquel cuyo **costo de adquisición es superior a 10 000 € por paciente para una terapia anual para el pagador público** y que sustituye a un medicamento existente (cuyos costos los pagadores públicos ya estaban pagando).

Una parte importante de los gastos están destinados al consumo de medicamentos (Hovagimian Miriam, 2017). En nuestro informe representa el 80% del gasto prestacional de las EC que tomamos para su medición (Ver Anexo II). Si bien algunas de estas enfermedades requieren procedimientos de alta complejidad para su diagnóstico o tratamiento, son los medicamentos un elemento crucial, tanto por su elevado costo individual en algunos casos, como por la cronicidad de su requerimiento en muchos otros. En términos generales tres cuartas partes de las enfermedades catastróficas corresponden a medicamentos de alto costo.

TERCERA PARTE DEL PRIMER ESTUDIO

DESARROLLO Y HALLAZGOS

GASTO CATASTRÓFICO

Desde esta perspectiva **vamos a desarrollar el concepto de Gasto Catastrófico (GC)** que incluye las EC, pero a su vez es un concepto más amplio que este último.

Para poder estimar la magnitud del Gasto Catastrófico, una de las posibilidades sería conformar **tres grupos** de prestaciones de salud: **a) prestaciones quirúrgicas complejas (trasplantes), b) tratamientos para enfermedades graves y/o crónicas a través los MAC y c) terapias para la integración social, (discapacidad)** (Isalud y Prosanity, CEMIC, 2018). Estas tres categorías de prestaciones requieren un financiamiento significativo que desafían la sustentabilidad del esquema de cobertura de las obras sociales. Conforme este estudio de julio del 2016, del 100% del GC, un 63% corresponde a MAC, un 34% a discapacidad y un 3% a trasplantes. Aclaremos que para realizar esta estimación se tomaron en cuenta las OSN, OSP, EMP, PAMI, Programa Federal Incluir Salud y el sector público. Para definir el universo de análisis de medicamento de alto costo se utilizó el listado incluido en el sistema único de redistribución y para estimar las cápitas del gasto se tomaron los precios del listado de *Kairos* o el *Vademécum Nacional de Medicamentos*. Con relación al gasto en discapacidad se tomó la base de datos del Programa Federal Incluir Salud, área discapacidad. Si bien es una estimación importante, en nuestro criterio dada la diversidad de los actores medidos y las fuentes de origen tomadas para tal fin, entendemos que no es representativo del efectivo gasto de las obras sociales nacionales.

El trabajo señalado realiza un importante esfuerzo para delimitar el impacto del GC, no obstante lo cual, **entendemos que su delimitación no alcanza al universo real del gasto efectivamente realizado por las obras sociales**, atento que para el análisis de los MAC se toma el conjunto delimitado por el listado de medicamentos incluidos en el SUR y para el caso de discapacidad se toman datos de la financiación de la cobertura de prestaciones dentro del marco de la normativa del Programa Federal Incluir Salud respecto de la base de datos del “Área Discapacidad”.

Como dijimos anteriormente el reintegro de SUR es menor al gasto efectivamente realizado por la obra social (tardío y desactualizado). El reintegro poniéndolo en términos jurídicos “se realizará según las disponibilidades presupuestarias y las razones de oportunidad, mérito, y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento” (art 8 - Resolución 1200/2012), que en los hechos no es un reintegro (devolver por completo una cantidad de dinero que se debe) sino un “pago a cuenta” de un reintegro, que como vimos tampoco es completo. **A pesar del impacto que estos gastos representan para la sustentabilidad de las obras sociales no existen en nuestro país indicadores fiables disponibles respecto de este subsistema de salud.**

Sistema Único de Reintegro (SUR). Resolución 465/2021. Se tomó una muestra de 102 expedientes SUR que fueron presentados ante la SSS desde el año 2018 al 2021 y abonados con identificación de pago individual. Dentro de la muestra están incluidos legajos de medicamentos ACBI otorgados por la Obra Social.

En el siguiente cuadro se puede evaluar que, en la modalidad de SUR por reintegro, el cobro se hace efectivo con una demora de entre 6 meses a 2 años. El recupero no es inmediato, y además los valores recuperados están en el orden del 56% en términos nominales, que actualizados por inflación representa un porcentaje promedio de los reintegros que es del 22,55%.

Del estudio realizado sobre dichos expedientes presentados se obtiene que:

Importe Presentado	Importe Abonado por SUR	Diferencia no reconocida (sin inflación)	Diferencia no reconocida (ajustada por inflación)
\$ 123.719.110,89	\$ 65.984.991,00	\$ 57.734.119,89	\$ 194.844.374,18

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Conceptos a considerar: El Importe Presentado: es el monto de los expedientes presentados ante SUR (costo de la prestación según el periodo presentado en el legajo). Importe Abonado por SUR: Los montos de los expedientes reconocidos y abonados por SUR (los valores están sujetos a la fecha de prestación y Resolución vigente a ese momento en el sistema SUR)**

Para la actualización del valor de la **Diferencia No Reconocida Actualizada** se realizó el ajuste por inflación según cifras oficiales:

INFLACIÓN	
Año	Inflación Anual
2021	50.93%
2020	36.15%
2019	53.83%
2018	47.65%
2017	24.80%
2016	34.59%

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

Para la actualización del valor de la **Diferencia No Reconocida Actualizada** se realizó el ajuste por inflación según cifras oficiales.

Conforme este criterio, hasta que no tengamos **datos totalmente confiables**, el universo del denominado GC y AGC estará determinado no en términos absolutos y generales, sino con **un criterio relativo y particular por cada subsistema de salud**, tomando el universo de gastos a partir del punto en el que se “dispara” de tal forma que pone en riesgo la sustentabilidad del subsistema. Sin duda se podría realizar una discriminación positiva por categoría de prestación, pero la misma **sólo podría ser validada hacia el interior del sistema.**

ANÁLISIS EN BASE A EVIDENCIA EMPÍRICA: EL CASO OSDEPYM

En el siguiente cuadro observamos que la distribución de los consumos por categoría del nomenclador (**\$608 millones**), se realiza de la siguiente forma:

80% Medicamentos

19% Imágenes/Laboratorios/Internación/etc.

1% Consulta

MEDICAMENTOS	\$ 498.430.243,25
INTERNACIÓN QUIRÚRGICA	\$ 18.093.110,01
PRACTICAS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	\$ 17.634.645,48
CUIDADOS INTENSIVOS	\$ 12.295.591,19
LABORATORIO	\$ 10.947.980,12
INTERNACIÓN CLÍNICA	\$ 9.675.915,73
IMÁGENES	\$ 8.959.867,24
INTERNACIÓN DOMICILIARIA	\$ 8.024.400,78
CONSULTA	\$ 5.831.900,44
PRÓTESIS	\$ 4.954.598,83
MATERIAL DESCARTABLE	\$ 4.846.047,60
DISCAPACIDAD	\$ 4.204.956,63
CIRUGÍA AMBULATORIA	\$ 1.205.123,64
INTERNACIÓN OBSTÉTRICA	\$ 1.183.619,67
ORTOPEDIA INSUMOS	\$ 689.115,34
TRASLADOS	\$ 499.157,20
NUTRIENTES	\$ 392.741,94
ODONTOLOGÍA	\$ 342.401,00
IMPLANTES	\$ 294.171,01
LECHE	\$ 80.489,65
INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	\$ 60.600,00
SIN IDENTIFICAR	\$ 45.054,19
PAÑALES	\$ 42.232,62
URGENCIAS Y EMERGENCIAS	\$ 34.310,46
OTROS	\$ 27.857,60
SUBSIDIO	\$ 4.900,00
ÓPTICA	\$ 4.280,17
EDUCACIÓN	\$ 444,35
TOTAL GENERAL	\$ 608.805.756,15

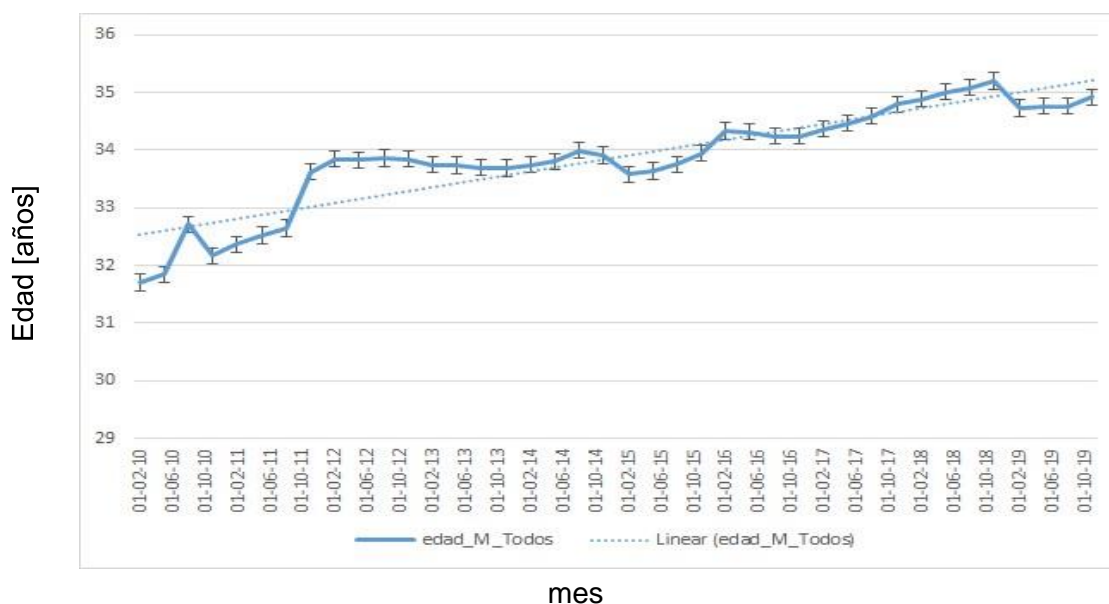
- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Para la realización de este cuadro se tomó el universo de los consumos realizados por 742 afiliados de OSDEPYM desde el 1 de junio de 2020 al 30 de junio de 2021.**

El elevado ritmo de innovación que da preferencia al desarrollo de respuestas para enfermedades crónicas, introduce nuevos y mayores desafíos para los financiadores. No sólo porque el gasto prestacional crece y, dentro de él, el gasto en medicamentos lo hace a un ritmo más acelerado; sino porque ese gasto se concentra en pocos beneficiarios. Esto genera desafíos respecto de la sustentabilidad de la financiación y de la equidad en la asignación de recursos.

EJEMPLOS POSIBLES DE MEDICIONES

1.- Índice del Costo de los medicamentos: Medición de la evolución del costo real de los medicamentos para el financiador

2.- Curva de envejecimiento: Muestra la evolución de la edad del padrón para una o más OS.

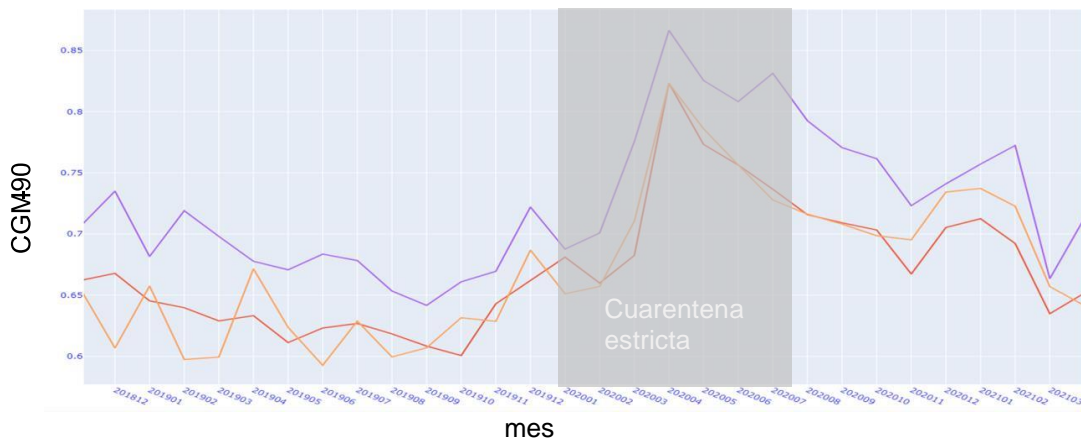


- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

3.- Coeficiente de Gini Modificado: Medición de la asimetría en el gasto prestacional.

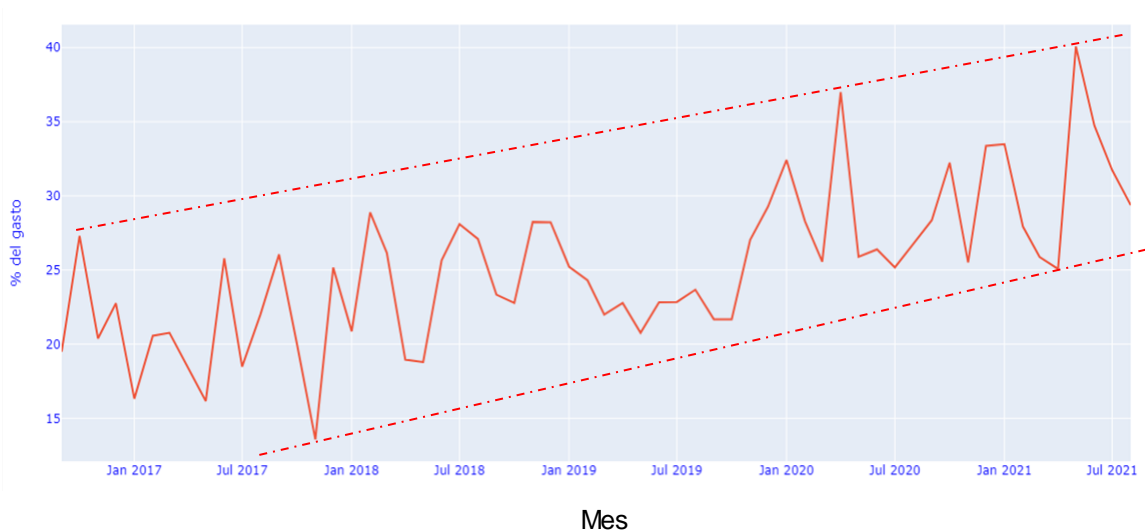
4.- Proporción del gasto de Altísimo Gasto Catastrófico (AGC): Fracción del gasto prestacional explicado por el segmento de afiliados del sistema que más consume.

5.- Variación mensual de la edad media del padrón de la OS. Variación mensual del CGM-90 para los afiliados de cada plan/cobertura.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Evolución del CGM-90 por plan (interno)** Se observa que desagregado por plan los valores tienen una evolución similar, aunque con valores absolutos diferentes.

Proporción del gasto AGC



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Variación mensual del porcentaje del gasto.** Cálculo realizado a partir de datos propios para afiliados plan P-2000

6.- Informe Anual del Gasto Catastrófico que debería contener: 1.- Documentación y sistematización de la información para conformar una fuente de

datos exhaustiva y disponible para la elaboración de indicadores que permitan evaluar el nivel de GC dentro de las organizaciones de salud. 2.- Elaborar un informe descriptivo sobre la incidencia económica del GC dentro de las OS. 3.- Analizar la evolución y tendencia de los índices publicados. 4.- Continuamente se relevarán nuevas tecnologías, medicamentos y/o protocolos médicos para poder modelar y estimar el impacto que tendrían en el gasto prestacional. 5.- Articulación de acciones dirigidas a la difusión y promoción de la problemática del GC. 6.- Participación Institucional en eventos relacionados a la salud y las EC.

CUARTA PARTE DEL PRIMER ESTUDIO

PROPUESTAS

HACIA OTRO CONCEPTO DE GASTO CATASTRÓFICO

Si bien para el análisis de este tema nos parece que el concepto de GC es más representativo y amplio que el de EC, no queda claro que una **discriminación positiva por categoría de prestación** de estas características nos acerque efectivamente al verdadero impacto que este gasto representa para las obras sociales. Por ese motivo nosotros **delineamos un concepto que importa una discriminación positiva cuantitativa**, es decir, no por su encuadre por categoría, sino por **un universo que supere determinado porcentaje del gasto prestacional total**.

Según consta en nuestro primer informe, el **Gasto Catastrófico** incluye las **patologías tipificadas como EC y el gasto de todos aquellos afiliados que corresponda al 1,5% de la población que más gasta del universo total de la obra social**. Como ya señalamos el 1,5% de afiliados que han necesitado prestaciones absorbieron el 47,3% del total erogado. Para tal fin se analizaron los datos correspondientes al año 2019.

Como advertimos que aun dentro de la masa de afiliados que componen el Gasto Catastrófico, se observa que **un segmento del mismo tiene un comportamiento de gasto distinto al resto, atento a que su costo está muy por encima de la media del GC, es que realizamos una segunda medición para observar el comportamiento este segmento**.

Estos gastos extremos que pertenecen a una ínfima parte de los afiliados de la obra social, los denominaremos **Altísimo Gasto Catastrófico (AGC)** que por su magnitud económica y financiera son los que más interpelan la sustentabilidad de la obra social. Tal es así que, como consta en el informe identificado en el Anexo III, **el 0,25% de la población de afiliados de la Obra Social, consumen el 35% del gasto prestacional, mientras que el 1% de los afiliados consumió el 52% del total del mismo**, medido al 21 de abril del 2021.

Es decir que, a los efectos de evaluar, diagnosticar y analizar esta problemática, en nuestro criterio, **deviene necesario distinguir Gasto Catastrófico por un lado del Altísimo Gasto Catastrófico por otro**, atento a que el mismo tiene un comportamiento incremental distinto. Si bien los dos gastos tienen un carácter exponencial, el AGC es considerablemente más significativo que el GC conforme queda demostrado con la distribución del gasto por afiliado medido por el índice GINI y el índice GINI modificado.

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL GASTO CATASTRÓFICO

A.- QUÉ SE CUBRE: HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS.

El **continuo avance en materia de tratamientos y tecnología sanitaria**, sumado a la posibilidad de dar más y mejores respuestas al tratamiento de patologías complejas, genera el fenómeno de **un impacto significativamente alto en materia presupuestaria**. Esta situación se ve agravada por la canalización de la demanda de cobertura a través de la vía judicial, con el **riesgo cierto de que los sistemas de salud evolucionen de una medicina basada en evidencia hacia una medicina basada en la sentencia**. A su vez genera fuertes inequidades derivadas en el avance de coberturas de ciertas patologías con capacidad de influencia en la agenda pública del sector afectado, que generalmente no responden a un criterio sanitario de equidad y sustentabilidad de la intervención.

El incremento de las tecnologías sanitarias y en particular las de alto costo representan beneficios significativos en términos de prevención, seguridad y mejoras en la salud y la calidad de vida. Sin embargo, en un marco en el cual los

recursos son limitados, **la correcta incorporación y difusión de estas tecnologías se ha convertido en un desafío que deben enfrentar los sistemas de salud.** Brindar servicios de salud implica tomar decisiones acerca de qué intervenciones deben ser ofrecidas, la forma en que se organizará el sistema de salud, quién pagará por estas intervenciones y cómo y quiénes deben proveerlas.

En este contexto cobra una creciente relevancia **contar con una instancia institucional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias** tanto en términos de efectividad como de eficiencia, con un enfoque social y una perspectiva de ampliación de derechos. Además, **reduciría la asimetría de información** que existe entre los laboratorios con relación al médico y el paciente. **La discusión ya no se centra en decidir si hacer o no la evaluación de las tecnologías sanitarias, si no como hacerlas.**

En este sentido la **Organización Panamericana de la Salud** (2012) entiende que la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) *“es el proceso sistemático de valorización de las propiedades, los efectos y/o los impactos de la tecnología sanitaria; debe contemplar las dimensiones médicas, sociales, éticas y económicas y tiene como principal objetivo aportar información para que sea aplicada a la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Estas evaluaciones se enfocan en aspectos como nivel de beneficios y eficacia, seguridad clínica y técnica, y relación costo-efectividad. En sí, el proceso de toma de decisiones informada conlleva a analizar las características de cobertura, reembolso, costos, protocolos clínicos y lineamientos, así como también, regulación de dispositivos médicos”.* No solo implica aspectos económicos, sino también de carácter ético, político, social y cultural que tiene que ver con una distribución equitativa y eficiente de los recursos destinados a la salud.

Es necesario generar un debate sobre los desafíos que enfrenta actualmente el sistema de salud para garantizar por un lado la eficiencia y por el otro la equidad, siendo que ambos valores deben ser sostenibles en el tiempo desde un punto de vista económico. Teniendo en cuenta que las necesidades en salud son infinitas y los recursos siempre escasos, sumado a la incertidumbre por los resultados de utilizar muchas de las nuevas tecnologías sanitarias, es necesario evaluar el verdadero aporte de cada una de ellas y los costos que dichos beneficios implican.

En la mayoría de los países desarrollados, ya no se discute sobre qué tecnologías financiar sino cómo hacerlo (BID 2012) y desde hace varios años ingresó en la agenda pública de los países latinoamericanos (En este sentido son interesantes las experiencias de Brasil/CONITEC, Colombia/IETS y México/CENETEC) por lo cual **entendemos que es necesario que nuestro país cuente con una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)**. Atento a que hasta la actualidad no se pudo dar una respuesta legislativa a este tema el Ministerio de Salud de la Nación creó la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de la Salud - CONETEC - para evaluar las tecnologías necesarias a fin de determinar su uso apropiado, oportunidad y modo de incorporación para su financiamiento y/o cobertura, cuyos dictámenes no son vinculantes (emite “*recomendaciones*”).

Es necesario crear una Agencia que emita dictámenes de carácter vinculante para todos los organismos del Estado Nacional, de las jurisdicciones que adhieran y los sujetos alcanzados por su actuación y a su vez sea órgano de consulta obligatoria en los procesos judiciales de toda clase en los que se discutan cuestiones de índole sanitaria relativas a las temáticas previstas en sus incumbencias. Las decisiones de la Agencia pueden constituirse en **un medio de prueba esencial** para establecer cuando existe seguridad, equidad y costo efectividad para determinar el uso apropiado de tratamientos, técnicas, medicamentos y procedimientos clínicos y quirúrgicos que **tenga como resultante la reducción de la litigiosidad.**

La creación de una agencia de ETS, si bien es necesaria para ordenar la evaluación de tecnología y acordar la priorización explícita de cobertura, debe gozar de una legitimidad dentro del sistema de salud para que su gestión sea eficiente y sus decisiones efectivas. Por eso, debe ir acompañada de un **consenso integral de todos los actores que integran el sistema de salud y que a su vez tomen como marco de referencia un acuerdo social de escasez como paradigma para ordenar la problemática.** Además, la transparencia y un fuerte soporte político son vitales por lo menos en sus inicios.

Siguiendo a Esteban Lifschitz (2018) existen importantes razones que justifican la realización de evaluaciones tecnológicas no sólo en medicamentos (seguramente el mayor problema) sino además en dispositivos, procedimientos médicos y

quirúrgicos, así como también en la organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona la atención médica. En particular porque: a.- ocupan un lugar más importante en los costos, b.- el presupuesto es finito, independientemente de quien sea que financie el gasto en salud, c.- no hay una adecuada correlación entre el gasto sanitario y los resultados en salud, d.- no se pueden aceptar tecnologías inefectivas, e.- es necesario dotar de información basada en evidencia científica a los tomadores de decisiones, f.- no siempre las nuevas tecnologías presentan ventaja respecto de las ya existentes.

En la actualidad el único paso que debe atravesar toda nueva tecnología para su incorporación al mercado argentino, es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos, y Tecnología Médica (ANMAT). Este organismo evalúa la eficacia, seguridad y calidad, y determina la aprobación para su comercialización. Una vez aprobada la tecnología está habilitada para ser comercializada y prescrita por los profesionales de la salud.

Hoy nuestro país no cuenta con una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, con las características propuestas, lo cual **pone en agenda la necesidad de discutir la creación de una agencia que evalúe el impacto de las nuevas tecnologías y la sostenibilidad del sistema de salud.** En este sentido el 13/07/2016 ingresó al Senado de la Nación un proyecto de Ley proponiendo la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET).

Si bien hay consenso sobre la necesidad de institucionalizar una AGNET, es necesario precisar algunas cuestiones puntuales, pero no menos trascendentes:

Uno de los puntos a resolver es si una vez que se ha incorporado la tecnología al paquete de cobertura, la misma **reviste carácter vinculante para los distintos actores del sistema o es meramente consultivo y de asesoramiento.** Además, teniendo en cuenta el carácter federal de nuestro país es necesario definir que sus **decisiones tengan alcance nacional, es decir, que rijan para todo el sistema de salud y no solo para quienes deseen adherir voluntariamente.**

También hay **distintas posiciones respecto a la relación de las agencias de ETS con las autoridades gubernamentales** (específicamente del Ministerio de Salud). Por ejemplo, en los países de América Latina y en España las agencias son

dependientes del Ministerio de Salud, no siendo así en los países desarrollados que tienen mayor grado de independencia. **La pregunta a responder es si la AGNET debe estar en la órbita del Ministerio de Salud o bien debe ser un organismo descentralizado de la Administración Pública.**

También determinar **si se establecen dos planes de beneficios diferentes, uno para el sector público y otro para el PMO, o bien definir una cobertura única para todos independientemente de quien la financie.**

En relación a la judicialización, teniendo en cuenta que gran parte de los casos que se judicializan obedecen a la creencia de que la restricción en el acceso es sinónimo de limitación de derechos, **contar con una AGNET prestigiosa, respetada por su transparencia y seriedad en la toma de decisiones que emita dictámenes en los procesos judiciales, generará una reducción de los casos de judicialización de las coberturas de las tecnologías sanitarias.**

Es importante delimitar si deben **monitorear el cumplimiento de las decisiones adoptadas** incluyendo la utilización oportuna de la tecnología para evitar la sub y la sobre prestación.

Precisar si se **requiere evaluación económica y análisis de impacto presupuestario.**

Otro punto a definir es la **posibilidad o no, de apelar por vía judicial la decisión de la Agencia.**

Si bien la presentación ingresada por el Senado de la Nación el 13 de julio del 2016 (al igual que una segunda presentación impulsada por el Poder Ejecutivo y otra posterior por el Senador Federico Pinedo y otros, de similares características) no fue aprobada en el Congreso de la Nación, importa una base sólida a los efectos de insistir sobre la necesidad de contar con una AGNET. A estos se han sumado dos nuevos proyectos, uno presentado por el Senador Mario Fiad (S-0002/2022), y otro por el Diputado Nacional Daniel Gollan y otros (Exp. 4273-D-2022), con lo cual el tema no solo sigue vigente sino además con estado parlamentario. Analizados los antecedentes y los proyectos vigentes, entendemos que la propuesta que en ese entonces envió el oficialismo en el 2016 no tenía observaciones insalvables respecto

del dictamen presentado por el Frente para la Victoria si tenemos en cuenta la magnitud del problema que se intenta resolver.

Más allá de las diferencias, está claro que el sistema de salud no resiste más que cada uno de los actores priorice “observaciones” de menor cuantía cuando en verdad se trata de un problema colectivo.

B.- CÓMO SE CUBRE: HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE UN SISTEMA DE COBERTURA DE GASTOS CATASTRÓFICOS

Se pueden tener diferentes criterios en cuanto a la arquitectura jurídica para enfrentar la problemática del Gasto Catastrófico (GC), pero **no cabe duda que debemos darle una respuesta a este desafío**, no sólo para disminuir la brecha entre los que pueden acceder o no a un tratamiento de Alto Costo, sino que, además, es necesario alcanzar un **modelo satisfactorio para que mitigue el impacto en la sustentabilidad del sistema de salud y en particular de las obras sociales**.

El **derecho comparado** nos ofrece distintos sistemas y esquemas normativos para alcanzar la cobertura de las EC, que a continuación reseñaremos en una apretada síntesis: a.- **Financiación estatal con control de la oferta**, como en Inglaterra y Canadá, b.- **Programas Nacionales para Enfermedades Catastróficas**, tal es el caso de Brasil que considera estratégicos un conjunto de medicamentos para tratar un grupo de enfermedades que tienen un alto impacto económico, c.- **Redistribución de riesgo**, que es el caso de Colombia que no excluye las prestaciones vinculadas a las EC de la canasta de prestaciones aseguradas, pero regula la distribución de los casos a través del Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud, d.- **Coseguros específicos para EC** es el caso típico de Estados Unidos y su mayor debilidad es la restricción para alcanzar una cobertura universal, e.- **Sistema de reaseguros** como en el caso de Chile cuyo objetivo es compensar una enfermedad catastrófica con una cobertura adicional, f.- **Fondos que a través de una discriminación positiva extienden su cobertura hacia las EC**, tal es el caso de México donde las EC están expresamente contempladas en el Fondo para Gastos Catastróficos que se financia de manera solidaria con recursos del gobierno nacional y entidades federativas. En Uruguay, a través del Fondo Nacional de Recursos se cubren determinados medicamentos y tecnologías de alto costo para todos los

habitantes sin importar quién es el asegurador primario de la atención. (Para analizar con mayor detalle la respuesta de la mayoría de los países a esta problemática, ver Federico Tobar, 2014 y Marcelo Garriga y Walter Cont, 2013).

Con esta breve síntesis queremos señalar básicamente dos cosas, en primer lugar, que la problemática del (GC) **es un problema mundial que ya no diferencia entre países desarrollados, países emergentes o países en vías de desarrollo**. La mayoría ha avanzado en la construcción de protección frente a EC, aunque por caminos diferentes y en segundo lugar que **no existe un modelo único**, un tipo ideal que sea superior a cualquier otro, una posición que prevalezca en el debate, fácilmente exportable, independientemente de sus características, sino que por el contrario **los mismos responden al marco institucional en el que se inscribe su sistema político** (federal o centralizado), **y hacia su interior, el sistema de salud** (públicos, seguros sociales, seguros privados o sistemas mixtos). Sobre la base de este entendimiento es que vamos a analizar dos posibles propuestas para implementar en nuestro país.

Lo que se pretende a partir de generar un diseño institucional que alcance la cobertura de las EC es avanzar en la **búsqueda de respuestas equitativas** que garanticen el derecho a la salud, procurando una distribución igualitaria de la misma entre su población.

Para analizar el tema en nuestro país debemos partir de **considerar el sistema político y la realidad de nuestro sistema de salud**, de forma tal que nos permita avanzar en una propuesta no solo superadora, sino que además sea factible de institucionalizar. En primer lugar, debemos partir de que **somos un país federal y por lo tanto no solamente tenemos un sistema de salud a nivel nacional, sino que además cada provincia tiene su propio sistema de salud**. Por otro lado, en cuanto a la gestión de **los distintos sistemas, se caracteriza por su carácter fragmentado, donde coexisten distintos subsistemas** que en términos generales podríamos señalarlos como el sistema público, el sistema de obras sociales y el sistema privado de prepagas.

Los sistemas únicos o integrados presentan menos desafíos a la hora de buscar resolver la problemática del GC en razón de que tienden a buscar respuestas únicas

y de esa forma reproducir su sistema de origen, mientras que **los sistemas fragmentados tienden a enfrentar mayores problemáticas** donde es necesario encontrar esquemas organizativos que generen una mayor equidad, y mitiguen la desigualdad en el acceso a la salud.

Como señalamos anteriormente, en nuestro país coexisten no solo distintas jurisdicciones en materia de salud (Nacional y Provincial), sino que además el mismo es fragmentado, lo que constituye **una dificultad no menor a la hora de procurar el diseño de una cobertura en materia de EC**. Este es el primer y gran desafío en materia de gestión y organización a la hora de abordar la problemática del alto costo en salud.

En este punto creemos necesario establecer un **sistema de cobertura de GC** que puede asumir la forma de un **Seguro Nacional de Gastos Catastróficos** o bien **redefinir el Fondo Solidario de Redistribución** en el marco de la Superintendencia de Servicios de Salud, que permita discriminar en forma positiva y explícita el abordaje de las patologías catastróficas con su respectiva financiación. **Esta estrategia aumenta el acceso a las prestaciones en forma suficiente, apropiada y oportuna, homogeniza la calidad de la atención; aumenta la previsibilidad de los gastos y facilita la regulación de prestadores y prestaciones**. En definitiva, un sistema de cobertura de GC consolida el derecho de todos los habitantes a una asistencia integral de la salud. Veamos los dos esquemas propuestos:

Este modelo ya aparece en el informe sobre **“Bases del Plan Federal de Salud 2004 - 2007”** elaborado en mayo del 2004 por el **Consejo Federal de Salud** al momento que, Ginés González García era el ministro de Salud de la Nación. En el punto 7.3.1 de dicho informe **se propone crear un Seguro Nacional de Enfermedades Especiales como** “Una variable clave para viabilizar el sistema federal y flexible de salud es organizar y socializar el financiamiento de los tratamientos de enfermedades catastróficas o especiales a través de un seguro nacional. Existe un grupo de enfermedades de baja incidencia y alto costo cuyo tratamiento implica una erogación de recursos tan elevada que desequilibra las ecuaciones presupuestarias de los organismos financiadores” ... “Para revertir esta situación se implementará un seguro nacional que contemple a la totalidad de la población y permita la

cobertura de estas patologías. El financiamiento del mismo debería estar integrado por todos los financiadores actuales, con una alícuota a determinar. Los recursos se constituirán en lo que se denomina reserva técnica, siendo el Estado el garante de dichos fondos y no pudiendo ser los mismos asignados a otros fines. Las prestaciones a cubrir, los medicamentos e insumos deberán estar establecidos taxativamente, así como las poblaciones determinadas de manera de permitir la aplicación de cálculos actuariales”. **Para concretar esta meta se proponía que en el año 2004 el Poder Ejecutivo enviara al Congreso de la Nación un proyecto de ley para hacerlo efectivo.**

Hoy el abordaje de la problemática de las EC a través de un **Seguro Nacional de Gastos Catastróficos** está ampliamente desarrollada en la bibliografía especializada por distintos autores para el cual tomaremos como referencia el esquema planteado por Federico Tobar (2014), que tiene su correlato en el proyecto de Ley presentado por el Diputado Nacional Brizuela del Moral (2762-D-2019) que en sus puntos centrales podría definirse de la siguiente manera: 1.- Plantea la **creación de un Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas (FONAEC)** que tiene por objeto constituir un sistema único de cobertura integral para consolidar el derecho universal a la salud frente a las EC. 2.- En cuanto a los **Sujetos cubiertos** son todos los habitantes que residan en forma permanente en el territorio argentino. 3.- Define las **EC** como el conjunto limitado de patologías que demanda un volumen creciente de recursos económicos sobre quienes las padecen y quienes las financian, con un bajo impacto sobre la carga de la enfermedad. 4.- **Delimita las enfermedades a cubrir**, estableciendo que recibirán financiamiento por prestaciones, conforme a los protocolos terapéuticos para diagnósticos y tratamientos definidos por el Comité Científico de Evaluación que serán brindados en forma exclusiva por los prestadores acreditados a tal fin. Dicho Comité deberá, además, evaluar periódicamente las evidencias disponibles para actualizar la nómina de EC para el tratamiento de las nuevas patologías que incorpore. 5.- **En cuanto a su gestión, la administración y autoridades** la misma será dirigida por un Directorio compuesto por nueve miembros: a.- dos representantes del Ministerio Público de Salud; b.- un representante de Consejo Federal de Salud; c.- dos representantes de las obras sociales nacionales; d.- dos representantes de las obras sociales provinciales; e.- un representante de las empresas de medicina prepaga; y

f.- un representante de los usuarios. Los miembros del Directorio serán designados por el Poder Ejecutivo Nacional, a propuesta de cada uno de los subsectores de salud. 6.- En relación a sus **atribuciones y funciones** su principal misión será recaudar y gestionar los fondos necesarios para la cobertura de las EC aportados por cada uno de los subsectores de salud y todo lo necesario para el funcionamiento del Fondo. 7.- Crea un **Comité Científico de Evaluación Clínica** que será el encargado de elaborar un Plan Médico de Enfermedades Catastróficas que determinara las nuevas patologías a ser cubiertas a través de la conformación de un listado de prestaciones, así como también la selección de los procedimientos y protocolos para tratar las patologías seleccionadas, mediante la evaluación de guías de tratamiento para su atención. El Comité Científico de Evaluación Clínica estará integrado por un mínimo de nueve miembros, los que deberán ser especialistas designados por el Directorio, de la siguiente manera: cuatro representantes de las universidades públicas, dos representantes por la Asociación Médica Argentina, dos representantes por la Academia Nacional de Medicina, dos por la ANMAT Asociación Nacional de Medicamentos y Tecnología, un representante por el CONICET. 8.- En cuanto a su **Financiamiento** se conformará un fondo especial que se integrará con los siguientes recursos: a.- Estado nacional, para solventar la cobertura de los beneficiarios del sector público; b.- obras sociales nacionales; c.- aportes capitados por las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; d.- aportes capitados de las empresas de medicina prepaga, sobre la base de su nómina de beneficiarios. 9.- Para que la cobertura sea universal, deberá ser necesario celebrar **convenios de adhesión** con todos los subsectores del sistema de salud, lo que representa una de sus mayores dificultades. 10. En cuanto a su **jurisdicción**, debe ser competente la Justicia Federal. 11.- Todo beneficiario al que se le diagnostique o padezca una enfermedad catastrófica deberá dirigirse a su obra social, entidad de medicina prepaga o servicio público de salud donde se hubiera atendido, quien deberá derivarlo, acompañando de la respectiva historia clínica actualizada del paciente, a un prestador acreditado por el FONAECE a fin de que reciba el tratamiento y prestaciones establecidos en la presente ley. 12.- Las enfermedades contempladas en el FONAECE, serán automáticamente **excluidas del Plan Médico Obligatorio**. Es decir, la creación de un seguro nacional y universal con prestadores públicos y

privados previamente seleccionados y acreditados se harían cargo de financiar **directamente** las prestaciones de alto costo.

Otra posibilidad sería **redefinir el Fondo Solidario de Redistribución (FSR)** en el marco de la Superintendencia de Servicios de Salud que **reembolsaría** los gastos catastróficos como lo viene haciendo a través de SUR. La ley 23.661, en su artículo 24 establece que los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán destinados por la SSS a la cobertura de prestaciones médicas especiales de alta complejidad o elevado costo y baja frecuencia de utilización y la discapacidad. Es decir, **el FSR asegura a los beneficiarios del sistema de salud el acceso a prestaciones originadas de la atención de enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico, así como de otras de largo tratamiento, administrando en forma equitativa y justa los fondos provenientes del aporte solidario de las obras sociales.** Vemos como las enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico, que representan las comúnmente denominadas **EC por el alto impacto que suponen, tienen un abordaje diferente del resto de las enfermedades,** lo que supone una fuerte erogación para quienes la financian, no sólo los ingresos familiares de quien la padece, sino también a los agentes de salud, pertenecientes al Sistema Nacional de Seguridad Social.

Desde esta óptica la Superintendencia de Servicios de Salud, a través del Fondo Solidario de Redistribución, cumple el objetivo de que los beneficiarios del seguro de salud (en este caso las obras sociales) tengan un acceso equitativo a los recursos tecnológicos de avanzada que requieran para el tratamiento de EC en el marco de una mejora de la calidad de atención, optimizando los recursos disponibles, dando dinámica y transparencia a la gestión institucional. Este esquema funciona a través de un procedimiento de reintegro que se agrupa en dos listados, uno para solicitar el reintegro de medicamentos y otro para la solicitud de reintegro del resto de las prestaciones médicas que se lleva a cabo a través del Sistema Único de Reintegro (SUR).

Desde esta lógica se plantea que la “seguridad social tiene muchísimos años, ese seguro, que es el Fondo Solidario de Redistribución, con sus fortalezas y debilidades, funciona bien, y hoy cualquier paciente de la seguridad social termina accediendo a cualquier tratamiento de alto costo en un tiempo bastante

razonable y accesible”, siguiendo en este punto al Dr. Luis Scervino (Reportaje Revista Médicos). A su vez plantea que ante una enfermedad catastrófica alguien debería pagar un adicional de alícuota para su financiamiento y en este sentido piensa en Estado Nacional o Provincial. Sostiene que **“Las nuevas tecnologías de alto costo deberían ser cubiertas por el Estado Nacional o Provincial”** (Clarín, Tratamiento de Alto Costo: ¿Quién debería financiarlos? 14/06/2019). Por último, señala que *“hay que dar respuesta a estas preguntas antes de desarrollar una hiperestructura que después resulte conflictiva en su manejo”*. A nuestro entender, **en este aspecto se pronuncia por un modelo distinto de la creación de un Seguro Nacional sobre Enfermedades Catastróficas.**

Vistos los dos modelos, podemos señalar que, desde una postura ideal, la **creación de un Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas**, resulta más atractiva a la hora de establecer un **sistema nacional y de cobertura universal** para el abordaje y el tratamiento de dichas patologías, sin embargo, esta postura en principio **enfrenta dos importantes dificultades**. Nuestro esquema político federal hace necesario que para abarcar la totalidad del país se **debe contar con la adhesión de todas las provincias** a este nuevo esquema institucional, lo cual, si bien no es imposible, es poco probable y además, dado el carácter fragmentado de nuestro sistema de salud, adquiere nuevas **complejidades en cuanto a la administración y financiamiento** de dicho Fondo. La alternativa de redefinir el **Fondo Solidario de Redistribución**, si bien acota el hecho de que no adquiere características de universalidad, no sólo **reproduce nuestro propio sistema de salud**, sino que además viene a plantear una **respuesta efectiva a uno de los mayores desafíos como es la sustentabilidad de las obras sociales nacionales.**

Cualquiera sea el modelo que se defina, **la protección del derecho a la salud es una obligación impostergable y prioritaria del Estado Nacional y los “Estados Provinciales”, no solo porque la manda constitucional así lo determina, sino además porque la concreción en los hechos del derecho a la salud requiere de su efectiva participación.** En tal sentido **Ricardo Lorenzetti** sostiene que **“quienes tienen a su cargo la administración de los asuntos del Estado deben cumplir con la Constitución** garantizando un contenido mínimo de derechos fundamentales y **muy especialmente en el caso de las prestaciones de salud, en**

los que están en juego tanto la vida como la integridad de las personas”. Asimismo, nos parece importante referir una reflexión del Ex - Superintendente de Servicios de Salud. **Eugenio Zanarini**, no sólo por ser una autoridad en el tema sino porque además sus dichos fueron manifestados mientras estaba al frente de un organismo que pertenece al Estado Nacional (Conversatorio organizado por FAMSA y CEMPRA el 08/09/2020 sobre “Cobertura de Salud en Prestaciones de Alto Costo: La Experiencia del FNR de Uruguay”), en el que sostuvo que **“Tenemos que ir hacia un sistema en el cual el Estado tenga una participación importante...Con lo cual creo seriamente que tenemos que trabajar en esta gestión y lo vamos a hacer, porque además es la idea del Ministro (de Salud de la Nación) también, en llevar adelante un seguro de características nacionales con aporte generales. No hay otra salida”**. De hecho, se estaba pensando y trabajando en un proyecto denominado **Programa de Reconversión y Sustentabilidad de las Obras Sociales (PRO.RE.SU)** cuyos tres ejes principales son a: 1.- Mejorar la sustentabilidad, 2.- Optimizar la eficiencia del sistema, y 3.- Proveer mayor cobertura de calidad. **Este modelo apunta a la integración para reducir los costos de gestión**. A su vez tiene por objetivo lograr el equilibrio económico con un **cambio en el modelo de atención con una nueva canasta de servicios universal que reemplace al PMO**. Este esquema tiene por finalidad la **integración de los agentes de seguro sin la pérdida de identidad de las obras sociales**. Es decir, independientemente del modelo que adoptemos la **participación del Estado deviene imprescindible e impostergable**.

C.- PROPUESTA PARA EVALUAR EL RESULTADO DE LA COBERTURA: CREACIÓN DE UN OBSERVATORIO SOBRE EL GASTO CATASTRÓFICO

En este punto proponemos la **creación de un Observatorio sobre el Gasto Catastrófico**, que tendrá las siguientes características:

a.- Misión 1.- Ser referente de consulta en temas relacionados a las EC y al GC, 2.- Interactuar con organismos similares de otros países, 3.- Diseñar y publicar índices de referencia que permitan comparar las distintas OS y/o grupos de ellas, 4.- Diseño de políticas públicas superadoras para el financiamiento sustentable del gasto en salud y el manejo del GC.

b.- Por qué es necesario 1.- Garantizar el acceso a la salud a toda la población. Los recursos destinados al financiamiento de la salud son limitados por ende resulta fundamental monitorear el GC para poder garantizar un servicio de calidad a toda la población, 2.- Presupuesto y Sustentabilidad del sistema de Obras Sociales. Los GC aumentan fuertemente con el avance de la tecnología y los cambios demográficos (por ejemplo, la esperanza de vida). Esto requiere un abordaje serio y permanente de la problemática, 3.- Mejora continua, 4.- Un observatorio centrado en el análisis del GC genera un impacto positivo en el sistema de obras sociales, al dotarlo de herramientas para mejorar la gestión, 5.- El GC depende fuertemente de las particularidades de cada territorio. Contar con un ente de estas características permitirá tomar mejores decisiones, mejorar las políticas públicas en salud y finalmente un mejor acceso a la salud a toda la población.

c.- Objetivos 1.- Disponer y desarrollar para las OS herramientas de análisis basadas en datos. En particular, el desarrollo de modelos predictivos del GC en Argentina y en cada OS, 2.- Monitoreo continuo del gasto prestacional de las OS que consiste en determinar el gasto de las EC en el total del gasto prestacional, 3.- Colaborar con las OS a dar un buen uso de sus datos en la gestión, 4.- Relevar las nuevas tecnologías y medicamentos disponibles y su impacto en el gasto prestacional

d.- Temas de incumbencia 1.- Afiliados: Análisis demográfico y caracterización de patologías según su ocurrencia, 2.- Prestadores: Procedimientos y prestadores de servicios de salud: 3.- Caracterización y cobertura, tratamientos y protocolos, 4.- Tecnologías disponibles y nuevas tecnologías de diagnósticos y medicamentos.

e.- Áreas de trabajo 1.- Asistencia al sistema de salud y actores relacionados con el manejo del GC, 2.- Publicación mensual de indicadores y métricas del sistema de salud 3.- Relevamiento continuo de nuevas tecnologías y medicamentos disponibles. Un Informe anual

f.- Asistencia al sistema de salud y otros actores 1.- Asistencia general de procesos y gestión basado en el uso de datos, 2.- Diseño de índices y métricas

de la entidad, 3.- Desarrollo de modelos predictivos del gasto prestacional (Gasto prestacional total, Gasto Catastrófico, Gasto por prestador), 4.- Caracterización del padrón, 5.- Desarrollo de tableros de gestión a medida, 6.- Poder Legislativo: Asistencia técnica sobre el desarrollo de políticas públicas, 7.- Impacto de nuevas tecnologías, protocolos y efectos exógenos en el gasto en salud.

g.- Publicación de índices de frecuencia periódica mensual

D.- HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE UNA AGENCIA NACIONAL DE REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS.

Uno de los **aspectos de suma trascendencia** tiene que ver no solo con la disponibilidad de los medicamentos (en particular los de alto costo), ni con su calidad y cobertura (ETS), sino también con el **acceso de los mismos a la población en general.**

Esta problemática que de por sí ya es importante, adquiere un sesgo que hace sumamente significativo su análisis: a.- cada generación utiliza el doble de medicamentos que la anterior, b.- los precios de los medicamentos en América Latina son superiores a los registrados en el resto del mundo c.- Asimismo en América Latina hay una menor utilización de medicamentos genéricos, d.- A lo que cabe agregar que en la región la mayor parte de la financiación de los medicamentos proviene de los ingresos familiares (Federico Tobar 2018). En relación al punto de esta situación no se verificaría en nuestro país atento a que el sector público y la seguridad social financia el 60% de los medicamentos, en tanto que el sector privado (copago y venta libre) alcanza el 40% restante (Financiamiento y Gastos de Medicamentos Especiales – 2019 – Carlos Vasallo y otros). Por lo señalado **entendemos imprescindible incorporar políticas para regular el precio de los medicamentos, lo que sin duda generará un impacto positivo sobre el acceso de los mismos a la mayor parte de la población.**

Si queremos una sociedad más equitativa en materia de acceso a los medicamentos, entendemos que la regulación debe comprender tanto la **situación del consumidor particular que debe pagar el medicamento de su bolsillo** (canal comercial),

como del canal institucional que financia el costo del medicamento ya sea **a través del Estado como de las instituciones del seguro social (obras sociales) o el seguro privado (prepagas)**. El Estado cumple un papel fundamental en materia de acceso a los medicamentos, ya sea a través de los seguros sociales y privados de salud, como la regulación del precio de los mismos para garantizar que resulten accesibles dentro del mercado.

Institucionalizar la regulación del precio deviene como un aspecto indispensable en el mercado de los medicamentos que en lo medular responde a estas **dos características**: a.- la **formación de precio es arbitraria** dado que los costos de investigación, desarrollo y producción, en la mayoría de los casos es ínfimo comparado con el precio de venta y b.- esta industria presenta **múltiples fallas de mercado** que repercuten en el nivel de precios de venta. El mercado de medicamentos, presenta segmentos monopólicos, oligopólicos y de competencia monopolística, que hacen que se configure un escenario de mercados opacos, donde los precios generalmente están distorsionados, en detrimento del bienestar del consumidor. Además, se dan situaciones donde la asimetría de información entre el consumidor y el productor es abismal. Muy pocos consumidores disponen de conocimientos e información de medicamentos como para buscar sustitutos. Por otro lado, la demanda de medicamentos no depende sólo del consumidor, sino del “prescriptor”, por lo que estamos en presencia de una demanda inducida. Asimismo, en algunos casos el que consume no paga, o sólo paga una parte dando lugar a otra falla de mercado, que es el tercer pagador.

Con respecto a lo señalado en el **apartado a** podemos señalar como **caso testigo el Sofosbuvir**, que se comercializa bajo el nombre de Sovaldi, para el tratamiento de la Hepatitis c, que fue lanzado con un precio de U\$D 84.000 para un tratamiento de 12 semanas, lo que implica un costo de U\$D 1.000 por comprimido. Resumiendo, luego de varias negociaciones se determinó que el precio de producción por comprimido es de 0.90 euros lo que da un costo total de 75.56 euros por tratamiento. Es decir, **el precio de venta es 1.000 veces superior al de producción** (Federico Tobar 2018).

Respecto del **apartado b** podemos señalar como **caso testigo la provisión del medicamento “Spinraza” (principio activo del Nusinersen)**. En este caso el

precio sugerido por el laboratorio Biogen en el Vademécum Nacional de Medicamentos representaba aproximadamente U\$D 121.000. El Nusinersen es el único producto registrado y aprobado por el ANMAT para el tratamiento de pacientes con atrofia muscular espinal, lo que da lugar a un mercado concentrado dominado por la empresa Biogen que obtuvo beneficios desproporcionados en la venta del producto. Por ese motivo el estado a través del Ministerio de Desarrollo Productivo y Secretaría de Comercio Interior el 01 de julio dictó la resolución 202/2020 que fija el precio máximo de venta del medicamento en U\$D 27.000, **lo que significa un descuento de casi U\$D 100.000 en relación al precio estipulado por el laboratorio.**

En los considerandos de dicha resolución se manifiesta que nos encontramos frente a “un mercado concentrado y dominado por la firma Biogen (Argentina S.R.L)”. A su vez refiere que “se advierte que el **laboratorio Biogen** en tanto **comercializador del único medicamento aprobado para tratar pacientes con atrofia muscular espinal en el país ha obtenido ganancias desproporcionadas**, en la venta del Spinraza/Nusinersen”. Cómo si esto no fuera suficiente agrega que “el precio es irrazonable y abusivo”, y que los mismos “No responden naturalmente a la estructura de costos ni son comparables a los precios de otros países de la región, a fin de asegurar un acceso razonable y equitativo al **único medicamento aprobado** en el país contra la atrofia muscular espinal”. Resulta evidente que se trata de un mercado concentrado y dominado por un solo laboratorio que fijó precios irrazonables y abusivos para su comercialización.

En nuestro criterio la regulación del precio de los medicamentos en Argentina es poco clara y dispersa. El **Ministerio de Salud de la Nación** dictó en enero la Resolución 27/2022 en la que difunde los **precios de referencia** de 85 principios activos utilizados en el tratamiento de patologías crónicas prevalentes, que cuenta con 205 precios de referencia que incluye a 1.200 presentaciones farmacéuticas. La medida alcanza inicialmente a los agentes de los seguros de salud inscriptos en el Registro Nacional de Obras Sociales Nacionales y las entidades inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga, pero a la que podrán adherir otros agentes de salud y organismos de seguridad social, como las obras sociales provinciales, mutuales o cooperativas. La resolución establece que el monto fijo a

cubrir por el agente financiador es del 70% del precio de referencia de los medicamentos que contengan los principios activos aprobados.

En abril del 2021 se formó una mesa intersectorial convocada por el **Ministerio de Salud de la Nación** donde se acordó para los seis meses subsiguientes el establecimiento de **precios máximos** únicos en todo el país para favorecer el abastecimiento de cinco medicamentos (atracurio, bromuro de pancuronio, fentanilo, midazolam y propofol) de vital importancia para el tratamiento de pacientes internados en unidades de terapia intensiva. El acta compromiso contó con la firma de la Ministra de Salud de la Nación, la Jefa del Gabinete del Ministerio de Salud, el Subsecretario de Medicamentos e Información Estratégica del Ministerio de Salud, la Secretaria General del PAMI, el Secretario General Médico del PAMI, la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de usos Hospitalarios (CAPGEN), la Asociación de Distribuidores de Especialidades Medicinales (ADEM), la FAPS en representación de los prestadores privados, y el Sub-secretario de Políticas para el Mercado Interno de la Secretaría de Comercio Interior.

En noviembre del 2021 ante el aumento de precio de algunos medicamentos de consumo poco frecuente, **se convocó a una mesa de trabajo para analizar el tema del precio de los medicamentos** con el objeto de retrotraerlos al 1° de noviembre del 2021 y **congelarlos** hasta el 7 de enero del año siguiente. En la reunión participaron por el lado del Estado Nacional el Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Comercio Interior, la Subsecretaría de Acciones para la Defensa de las y los Consumidores, el ANMAT y la Superintendencia de Servicios de Salud, mientras que por las cámaras que nuclean a los principales laboratorios participaron la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEM), la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de Uso Hospitalario (CAPGEM) la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA), la Confederación Farmacéutica Argentina, y la Federación Farmacéutica (FEFARA), con el objeto de acordar algún tipo de intervención por parte del Estado en este sector en el entendimiento de que no puede haber consumos esenciales que no tengan algún grado de regulación.

El 18 de julio del 2022 el gobierno y la industria farmacéutica llegaron a un acuerdo para que en los próximos 60 días los laboratorios ajusten los precios de los medicamentos en un punto por debajo de la inflación de dicho periodo, tomándose como base los precios vigentes al 30 de junio del mismo año. El convenio fue firmado por el Presidente de la Nación Alberto Fernández, la Ministra de Salud Carla Vizzotti, la Ministra de Economía Silvina Batakis y representantes de las cámaras que nuclean a los laboratorios y farmacias nacionales y extranjeros de todo el país. Sin embargo y a pesar del acuerdo el 11 de agosto del mismo año, es decir, 24 días después, el Secretario de Comercio Matías Tombolini manifestó que en 70 productos de los 193 que habían sido incluidos en el acuerdo, habían aumentado por encima de lo acordado oportunamente. Puntualmente por la red social Twitter aseguró que *“detectamos que, desde principio de mes, y adelantándose a la publicación del IPC de julio, varios laboratorios aumentaron los precios de los medicamentos por encima del umbral”*, agregando que *“revisaremos lo que falta para llevar orden a los precios de los medicamentos”*. Una simple referencia a esta situación; **no solo es engorrosa la manera en que se fijan los precios de los medicamentos, sino que además los acuerdos que se alcanzan no se cumplen, y no en cualquier tiempo sino en menos de 30 días.**

Por un lado tenemos, **precios de referencia, precios máximos y congelamientos**, mientras que por el otro, participan como actores para la toma de estas decisiones el **Ministerio de Salud, la Secretaría de Comercio Interior, la SSS, el ANMAT, el PAMI, y/o la Sub-secretaría de Acciones para la Defensa de las y los Consumidores** (tal atomización tal vez corrija las fallas del mercado pero puede generar fallas en el Estado), lo que pone de **manifiesto la necesidad de institucionalizar el tema de la regulación del precio de los medicamentos**. En este aspecto seguimos a los Dres. Luis Scervino y Oscar Cochlar que proponen en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación la creación de una **Agencia de Regulación de Precios** para los medicamentos y nuevas tecnologías sanitarias, (como un) ente autárquico descentralizado del Estado Nacional, dependiente de la secretaría de Salud, cuya función será la de establecer el precio de los nuevos medicamentos y/o tecnologías que se incorporen a la canasta de servicios asistenciales, en especial aquellos definidos como de alto costo. El proyecto de Daniel Gollan identificado como expediente 4273-D-2022, propone en su proyecto

crear “en la órbita del Ministerio de Salud, con rango de Dirección Nacional, la Oficina Nacional de Negociación de Precios y/o Compras Conjuntas de medicamentos y productos para la salud de alto impacto en el financiamiento del Sistema de Salud. Las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las Obras Sociales sindicales, los actores del sector privado podrán adherir al sistema de negociación de precios o compras conjuntas definidas en el presente artículo.” (Artículo 13). **Se podrá discutir si se trata de un ente autárquico descentralizado o una Dirección Nacional dependiente del Ministerio de Salud, pero lo que a esta altura no debería discutirse es la necesidad de poner orden en esta materia.**

La Asamblea Mundial de la Salud, instancia deliberativa máxima de la **Organización Mundial de la Salud** (OMS), realizada en **mayo de 2019** en Ginebra, aprobó una resolución inédita sobre transparencia de los costos de medicamentos, vacunas y otros productos médicos. El texto reconoce la necesidad de **ampliar la transparencia del sector farmacéutico** y el papel de los **Estados en monitorear y promover cooperación institucional**, relacionando la ausencia de información sobre precios y costos directamente con el problema de los altos precios de productos esenciales para la salud.

Por todas estas razones y muchas otras de carácter de política sanitaria y equidad, es necesario crear una Agencia Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos, que tenga por objeto disminuir las asimetrías de información, facilitar la competencia y pedir informes sobre costos y precios a los oferentes para garantizar el mayor bienestar de la población en general.

ANEXO I DEL PRIMER ESTUDIO

Objetivo del trabajo

El objeto central de trabajo es identificar qué grupo de afiliados genera los mayores costos prestacionales.

Para tal fin se analizaron los datos correspondientes al año 2019, tomado como año más representativo que el año calendario 2020 con motivo del COVID 2019.

Análisis de la población

El cuadro 1 muestra los afiliados al sistema y el cuadro 2 los aportantes al sistema, con lo que resulta una relación de 1,42 afiliados por cada aportante.

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
1	1.208	1.282	2.490	1,4%
1-5	3.378	3.484	6.862	3,9%
6-14	6.846	7.444	14.290	8,2%
15-19	3.179	3.310	6.489	3,7%
20-24	4.443	4.929	9.372	5,4%
25-29	8.639	8.710	17.349	9,9%
30-34	10.425	11.066	21.491	12,3%
35-39	9.815	11.013	20.828	11,9%
40-44	9.081	10.228	19.309	11,1%
45-49	7.524	8.147	15.671	9,0%
50-54	6.363	6.690	13.053	7,5%
55-59	6.206	6.400	12.606	7,2%
60-64	3.147	4.865	8.012	4,6%
65-69	1.246	2.307	3.553	2,0%
70-74	638	630	1.268	0,7%
75-79	329	314	643	0,4%
80-84	217	151	368	0,2%
85-89	183	118	301	0,2%
> 89	305	235	540	0,3%
TOTAL	83.172	91.323	174.495	100,0%

* FUENTE PROPIA DEL INSTITUTO: Cuadro 1

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
1	0	0	0	0,0%
1-5	0	0	0	0,0%
6-14	0	0	0	0,0%
15-19	145	186	331	0,3%
20-24	2.927	3.829	6.756	5,5%
25-29	7.007	8.043	15.050	12,3%
30-34	8.413	10.260	18.673	15,2%
35-39	7.854	10.149	18.003	14,7%
40-44	7.357	9.350	16.707	13,6%
45-49	6.237	7.443	13.680	11,1%
50-54	5.349	6.069	11.418	9,3%
55-59	5.148	5.765	10.913	8,9%
60-64	2.399	4.457	6.856	5,6%
65-69	830	2.037	2.867	2,3%
70-74	358	432	790	0,6%
75-79	94	147	241	0,2%
80-84	34	37	71	0,1%
85-89	26	16	42	0,0%
> 89	170	162	332	0,3%
TOTAL	54.348	68.382	122.730	100,0%

● **FUENTE PROPIA DEL INSTITUTO: Cuadro 2**

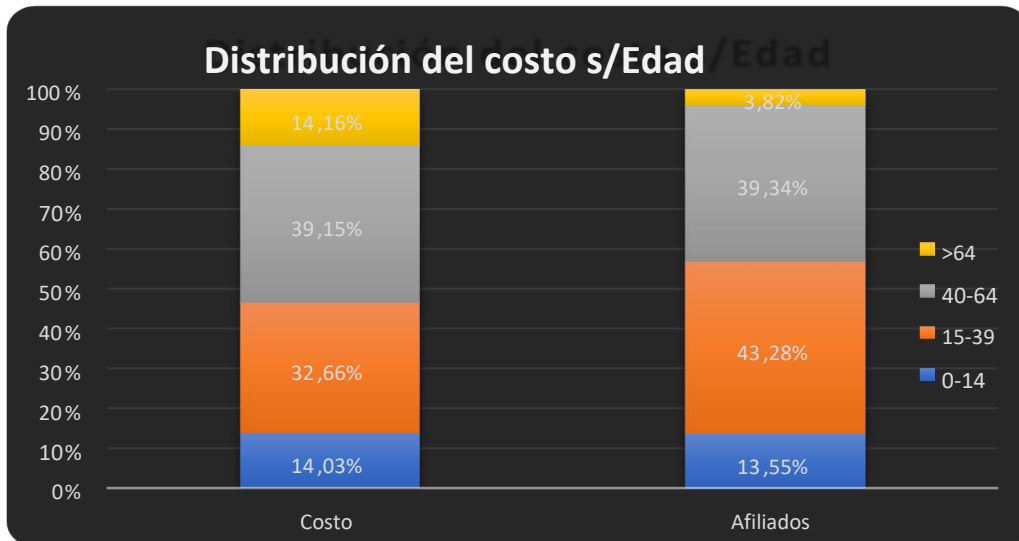
La edad promedio de los afiliados es de 36 años y la edad promedio de los aportantes es de 41 años. El 48% de la población afiliada corresponde al sexo femenino y el 52% al sexo masculino.

Del total de los afiliados el 8,4% tienen 60 años o más (14.685 afiliados) y el 3,8% tiene 65 años o más (6.673 afiliados).

Según el cuadro 4 el 17% de los afiliados absorben el 28% del costo anual, representando los mayores de 64 años al 3,8% de los afiliados que usaron prestaciones y absorbieron el 14% del gasto del año.

Grupo	Número		Costo \$	Afiliados	Prestaciones	Costo
	Afiliados	Prestaciones		%	%	%
0-14	23.642	705.989	389.372.493	13,55%	19,73%	14,03%
15-39	75.529	1.305.162	906.620.947	43,28%	36,47%	32,66%
40-64	68.651	1.185.729	1.086.576.453	39,34%	33,13%	39,15%
>64	6.673	381.632	393.075.854	3,82%	10,66%	14,16%
Total	174.495	3.578.512	2.775.645.748	100,00%	100,00%	100,00%

● **FUENTE PROPIA DEL INSTITUTO: Cuadro 4**

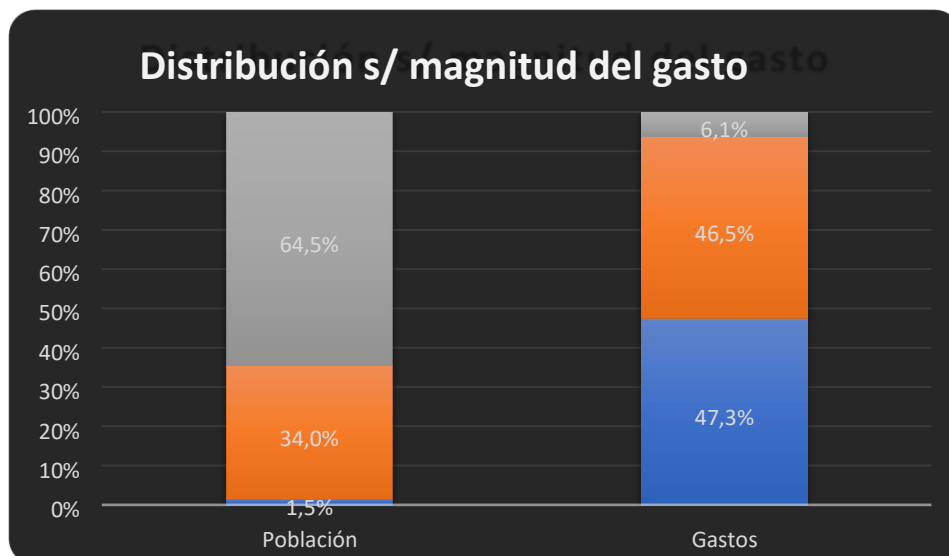


- **FUENTE PROPIA DEL INSTITUTO: Gráfico 5**

Costo prestacional por rango de costo y prestación

Si agrupamos a los afiliados según la magnitud del gasto total en el año y los ordenamos de mayor a menor vemos que el 1,5% de los afiliados que han necesitado prestaciones absorbieron el 47,3% del total erogado, cubriendo los rangos desde \$300.000.

Del análisis podemos afirmar que los afiliados que incurren en gastos por prestaciones el 1,5% absorbe el 47,3% del gasto, el 34% absorbe el 46,5% y el 64,5% absorbe el 6,1%.



- **FUENTE PROPIA: Gráfico 7**

ANEXO II DEL PRIMER ESTUDIO

Impacto de los Medicamentos de Alto Costo (MAC) en el gasto prestacional total.

Para la realización del análisis se tomaron los consumos realizados por los afiliados desde 1° de junio del 2020 hasta el 30 de junio del 2021, debajo se muestra la población de análisis contemplando el diagnóstico ingresado en las autorizaciones y si posee situación terapéutica asociada dentro del sistema **(742 afiliados)**.

ARTRITIS REUMATOIDEA	189
MACULOPATÍA	113
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	107
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	79
TROMBOSIS VENOSA	33
TROMBOFILIA	31
ARTRITIS PSORIASICA	28
DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO	24
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	20
SOSPECHA DE MACULOPATÍA	18
SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	17
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	14
HEMOFILIA A SEVERA	12
FIBROSIS PULMONAR	11
TROMBOCITOPENIA	10
PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO	10
HEPATITIS C CRÓNICA	9
HEPATITIS B CRÓNICA	9
ACROMEGALIA	8
SOSPECHA DE TROMBOFILIA	8
MACULOPATÍA DIABÉTICA	6
PURPURA TROMBOCITOPENIA IDIOPÁTICA	6
HEPATITIS CRÓNICA	6
TROMBOSIS DE LA VENA PORTA	5
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	4
HEMOFILIA	4
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA	4
MACULOPATÍA EN AMBOS OJOS	4
HEMOFILIA TIPO A	4

TROMBOCITOSIS	4
MACULOPATÍA EN EL OJO DERECHO	4

POLICITEMIA VERA	3
ENFERMEDAD DE GAUCHER	3
HEMOFILIA B	3
MACULOPATÍA EN EL OJO IZQUIERDO	3
TROMBOFLEBITIS	3
SOSPECHA DE ARTRITIS REUMATOIDEA	3
TROMBOSIS DE LA VENA RETINAL	3
TROMBOCITOSIS ESENCIAL	3
TROMBO EN EL CORAZÓN	3
SOSPECHA DE INSUFICIENCIA DE HORMONA DE CRECIMIENTO	3
PURPURA TROMBOCITOPENIA	3
TROMBOSIS DE LA VENA CENTRAL DE LA RETINA	2
TROMBOSIS ARTERIAL	2
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL	2
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA	2
TROMBOSIS DE FISTULA ARTERIOVENOSA	2
SOSPECHA DE HEPATITIS B	2
TROMBOSIS DEL BRAZO	2
HEMORROIDES TROMBOSADAS	2
SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA	2
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO	2
SOSPECHA DE FIBROSIS PULMONAR	1
TROMBOSIS SUBAGUDA	1
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS	1
CONTACTO CON HEPATITIS B	1
SOSPECHA DE TROMBOCITOPENIA	1
SOSPECHA DE TROMBOSIS ARTERIAL	1
ACROMEGALIA Y GIGANTISMO HIPOFISARIO	1
ENFERMEDAD GAUCHER TIPO 1	1
TROMBOSIS EN LOS SENOS VENOSOS CEREBRALES	1
ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL	1
TROMBOSIS VENOSA EN OJO DERECHO	1
ESCLEROSIS MÚLTIPLE GENERALIZADA	1
SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	1
TROMBOCITEMIA	1
PURPURA TROMBOCITOPENIA TROMBOTICA	1

ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE	1
MACULOPATÍA HÚMEDA	1
MACULOPATÍA CICATRIZAL	1
SOBRECARGA DE HIERRO	1
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES	1
TROMBOSIS HEMORROIDAL LEVE	1
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA RECURRENTE	1
EMBOLIA Y TROMBOSIS ARTERIALES	1
DISMINUCIÓN VISUAL Y MACULOPATÍA	1
TROMBOSIS VENOSA EN OJO IZQUIERDO	1
TROMBOFILIA GESTACIONAL	1
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CRÓNICA	1
FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	1
TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL	1
ESPONDILO ARTRITIS ANQUILOSANTE	1
HEMOFILIA A LEVE	1
ESPONDILO ARTRITIS SERONEGATIVA	1
PURPURA TROMBOCITOPENIA AUTOINMUNE	1
Total general	742

- **FUENTE PROPIA DEL INSTITUTO**

Distribución del consumo

En el siguiente cuadro observamos que la distribución de los consumos por categoría del nomenclador (**\$608 millones**), se distribuye de esta forma:

80% Medicamentos

1% Consulta

19% Imágenes/Laboratorios/Internación/etc.

MEDICAMENTOS	\$ 498.430.243,25
INTERNACIÓN QUIRÚRGICA	\$ 18.093.110,01
PRACTICAS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	\$ 17.634.645,48
CUIDADOS INTENSIVOS	\$ 12.295.591,19
LABORATORIO	\$ 10.947.980,12
INTERNACIÓN CLÍNICA	\$ 9.675.915,73
IMÁGENES	\$ 8.959.867,24
INTERNACIÓN DOMICILIARIA	\$ 8.024.400,78
CONSULTA	\$ 5.831.900,44
PRÓTESIS	\$ 4.954.598,83

MATERIAL DESCARTABLE	\$ 4.846.047,60
DISCAPACIDAD	\$ 4.204.956,63
CIRUGÍA AMBULATORIA	\$ 1.205.123,64
INTERNACIÓN OBSTÉTRICA	\$ 1.183.619,67
ORTOPEDIA INSUMOS	\$ 689.115,34
TRASLADOS	\$ 499.157,20
NUTRIENTES	\$ 392.741,94
ODONTOLOGÍA	\$ 342.401,00
IMPLANTES	\$ 294.171,01
LECHE	\$ 80.489,65
INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	\$ 60.600,00
(en blanco)	\$ 45.054,19
PAÑALES	\$ 42.232,62
URGENCIAS Y EMERGENCIAS	\$ 34.310,46
OTROS	\$ 27.857,60
SUBSIDIO	\$ 4.900,00
ÓPTICA	\$ 4.280,17
EDUCACIÓN	\$ 444,35
Total general	\$ 608.805.756,15

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

ANEXO III DEL PRIMER ESTUDIO

HACIA UN NUEVO CONCEPTO DE GASTO CATASTRÓFICO.

ALTÍSIMO GASTO CATASTRÓFICO. ¹

Resumen

Este informe tiene como objetivo principal analizar el impacto de los grandes consumidores en el gasto prestacional total de la obra social y su impacto en la sustentabilidad. Asimismo, nos planteamos como objetivo desarrollar métricas y herramientas que nos permitan monitorear la operación

Para este estudio se empleó información anonimizada de afiliados de la obra social. Se consideran todos los tipos de afiliados (obligatorios, voluntarios, jubilados, monotributistas, etc.). Para este análisis, no se diferencia por el tipo de obra social de derivación.

Periodo analizado: desde noviembre 2018 (201811) / hasta abril 2021 (202104)

- Se analizaron solo los planes propios

A partir del análisis de la asimetría del gasto (basado en el uso del coeficiente de Gini) se propuso clasificar a los afiliados según su nivel de gasto. De esta forma, los afiliados que consumen en un mes fueron clasificados en

Consumidor medio: Gasto menor a P-97

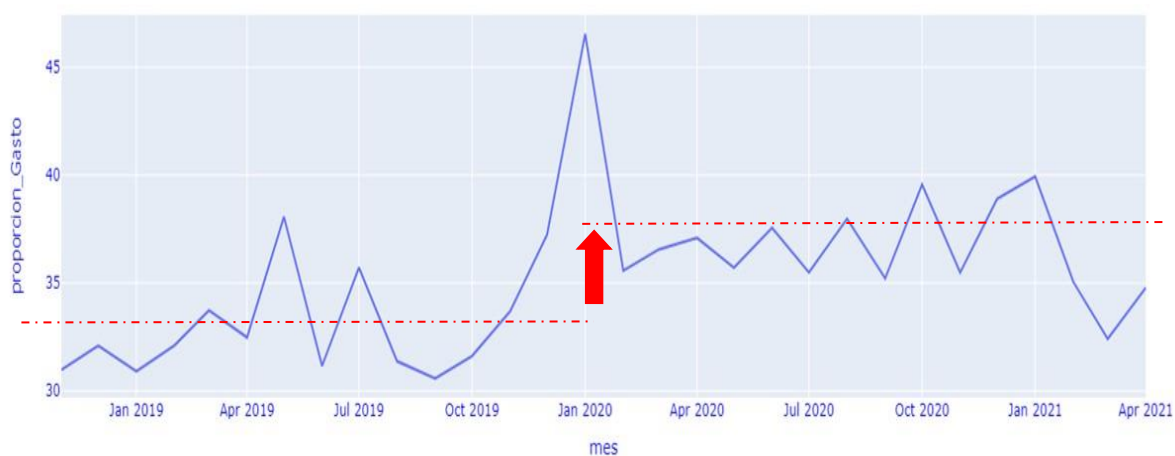
Gasto Catastrófico: Gasto superior al P-97

Altísimo Gasto Catastrófico (AGC): Aquellos que en el mes tienen un gasto prestacional superior al P-99.

Se obtuvo que los 300 afiliados que más consumen explican el 35% del gasto prestacional total de la obra social.

¹ Para más información referirse a Moldovan H. [3] et. al. (2022). *Reporte técnico NRO 003/2022: Medición del Gasto Catastrófico - IIDOS*

La siguiente figura muestra la evolución del gasto prestacional para los afiliados con AGC:



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO:** Esta figura muestra que en el periodo analizado el porcentaje del AGC, estuvo alrededor del 30% y se destaca el salto a principios del 2020.

Así mismo proponemos continuar con las siguientes tareas:

Parte de los GC son consecuencia de amparos judiciales. Se propone identificarlos y determinar el porcentaje del gasto prestacional explicado por estos

En los últimos años el cambio de tecnología sanitaria y protocolos médicos han impactado en la estructura de costos. Este impacto es diferente para cada grupo de afiliados. Se propone identificar la fecha en la que algunos de estos cambios han tenido lugar y poder medir el antes y el después de las métricas definidas aquí

Datos utilizados para el estudio

Se empleó información anonimizada de afiliados de la obra social. Se consideran todos los tipos de afiliados (obligatorios, voluntarios, jubilados, monotributistas, etc.). Para este análisis, no se diferencia por el tipo de obra social de derivación.

- La información de consumo, tiene como origen el detalle de la liquidación de los prestadores.

- Se analiza la información proveniente de la liquidación (detalle) de prestaciones
- Solo se consideran los afiliados que consumen en cada periodo
- Mensualmente se agrupa el consumo prestacional por afiliado. Se analiza solo los planes propios:
 - La cantidad de afiliados considerada, fluctúa de mes en mes, siendo de aproximadamente 170.000 afiliados habilitados para consumir en todo el lapso de tiempo analizado

Consumo prestacional de afiliados

No todos los afiliados habilitados y con cobertura, tienen consumos prestacionales todos los meses, de hecho, una fracción importante de ellos no lo hace.

Una de las motivaciones principales de este estudio, es caracterizar este comportamiento y la frecuencia de uso de los servicios prestacionales por parte del padrón de la obra social.

El siguiente gráfico, nos permite visualizar la cantidad mensual de afiliados que consumieron servicios de la obra social, como así también su evolución durante el periodo de estudio.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 1. Variación mensual de la cantidad de afiliados que registran consumos no capitados para los planes considerados. Se destaca la notoria baja durante la estricta cuarentena por COVID-19**

En primer lugar, se destaca, que en un mes tipo, casi el 80% de los afiliados no consumen y se comprueba que este resultado es similar para todos los planes considerados.

La cantidad de afiliados que consumen en un mes, obviamente depende del tamaño del padrón, efectos estacionales y eventos particulares. La evidencia la fuerte baja que generó el inicio de la cuarentena, en abril 2020, como así también la recuperación posterior.

Distribución del gasto por afiliado

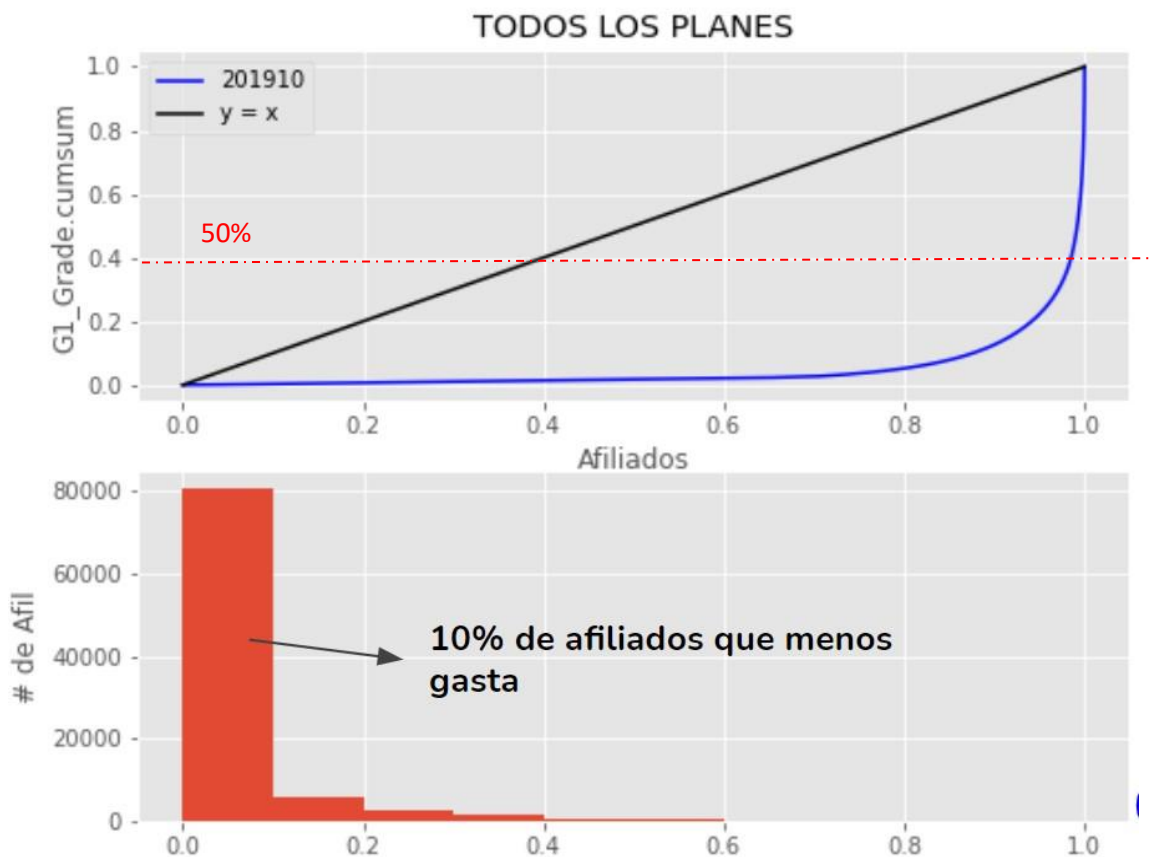
Es conocida la gran asimetría en la distribución del gasto por afiliado. En particular, el impacto que tiene el *GC en salud*.

En la bibliografía, se suele utilizar una definición arbitraria para el GC. La proporción de este gasto, depende de la población, pero especialmente de las *tecnologías sanitarias* utilizadas.

En nuestro caso, analizaremos la distribución del gasto por afiliado para sí, luego definir lo que consideraremos como GC e identificar los afiliados que presentan esos niveles de consumo.

Ordenando el consumo de los afiliados de menor a mayor, la **Figura 2** nos permite visualizar el gasto acumulado relativo. La curva azul (denominada curva de Lorenz), muestra el gasto acumulado de los afiliados, desde los que menos gastan hasta los que presentan gastos de *Altísimo Gasto Catastrófico (AGC)*.

Asimismo, el histograma de la **Figura 2** (rojo), nos permite visualizar que el consumo de los afiliados, se encuentra distribuido y que la gran mayoría, tiene un gasto muy bajo.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 2. Ejemplo construido en base a al gasto efectuado en el mes octubre 2019**

La curva azul de la **Figura 2**, permite fácilmente ver, cuando se ‘dispara’ el gasto y de esta forma proponer, una metodología para definir afiliados con AGC:

Gasto de Altísimo Gasto Catastrófico - Definición:

Opción 1: 1% de afiliados que más consumen

Opción 2: Los afiliados que más consumen y representan el 40-50% del gasto prestacional

Evaluando ambas opciones con nuestros datos, se obtienen resultados similares y se opta por la opción 1.

Coeficiente de Gini Modificado - CGM

Objetivo

En esta sección, se define y presenta brevemente, un nuevo índice que mide el impacto de los afiliados que más consumen (con AGC), como herramienta de análisis del gasto prestacional de la obra social.

Este nuevo índice, se lo define de forma que, un valor igual a CERO corresponda a una distribución del gasto uniforme (todos los afiliados gastan exactamente lo mismo) y un valor igual a UNO, cuando la diferencia entre los que más gastan y los que menos gastan resulta máxima.

Coeficiente de Gini

El coeficiente de GINI, provee una forma conocida y estándar de determinar la desigualdad en una distribución. En nuestro caso analizamos el gasto prestacional por afiliado.

En la **Figura 2**, la curva azul muestra el gasto acumulado de los afiliados, desde los que menos gastan hasta los AGC².

El coeficiente de Gini se calcula como el área comprendida entre la recta negra y la curva azul.

En el caso de una Obra Social, este índice será de utilidad para medir el impacto que tienen los AGC en el gasto total, permitiendo realizar el cálculo por periodo, plan, región, edad, sexo, etc.

Analizar la evolución del coeficiente de GINI, da una forma simple de comparar periodos, diferentes planes, u obras sociales y analizar su evolución es de utilidad para determinar precozmente un comportamiento anómalo.

² El cálculo del coeficiente de Gini y el CGM no requieren una definición de AGC. Para el cálculo de otros índices propuestos se define como aquellos afiliados cuyo gasto mensual está sobre el percentil 99

La **Figura 3**, muestra la evolución del coeficiente de Gini para todos los afiliados y todos los planes, desde noviembre 2018 a mayo 2021 inclusive.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 3. Evolución del CG. Se observa que mensualmente varía levemente entre 0.90 y 0.93**

CGM - Coeficiente de Gini Modificado

Por definición el CG resume en un valor la DESIGUALDAD de una distribución. Siendo CERO cuando la distribución es uniforme y UNO cuando la desigualdad es máxima.

En nuestro caso (Gasto Prestacional por Afiliado), la desigualdad máxima viene por ejemplo cuando un solo afiliado que explica el 100% del gasto.

En el caso del consumo prestacional hay que considerar que: La existencia de afiliados que consumen muy poco, incrementa la desigualdad (aspecto positivo desde el punto de vista del financiamiento). Esto al igual que la existencia de gastos de Altísimo Gasto Catastrófico (AGC) (negativo).

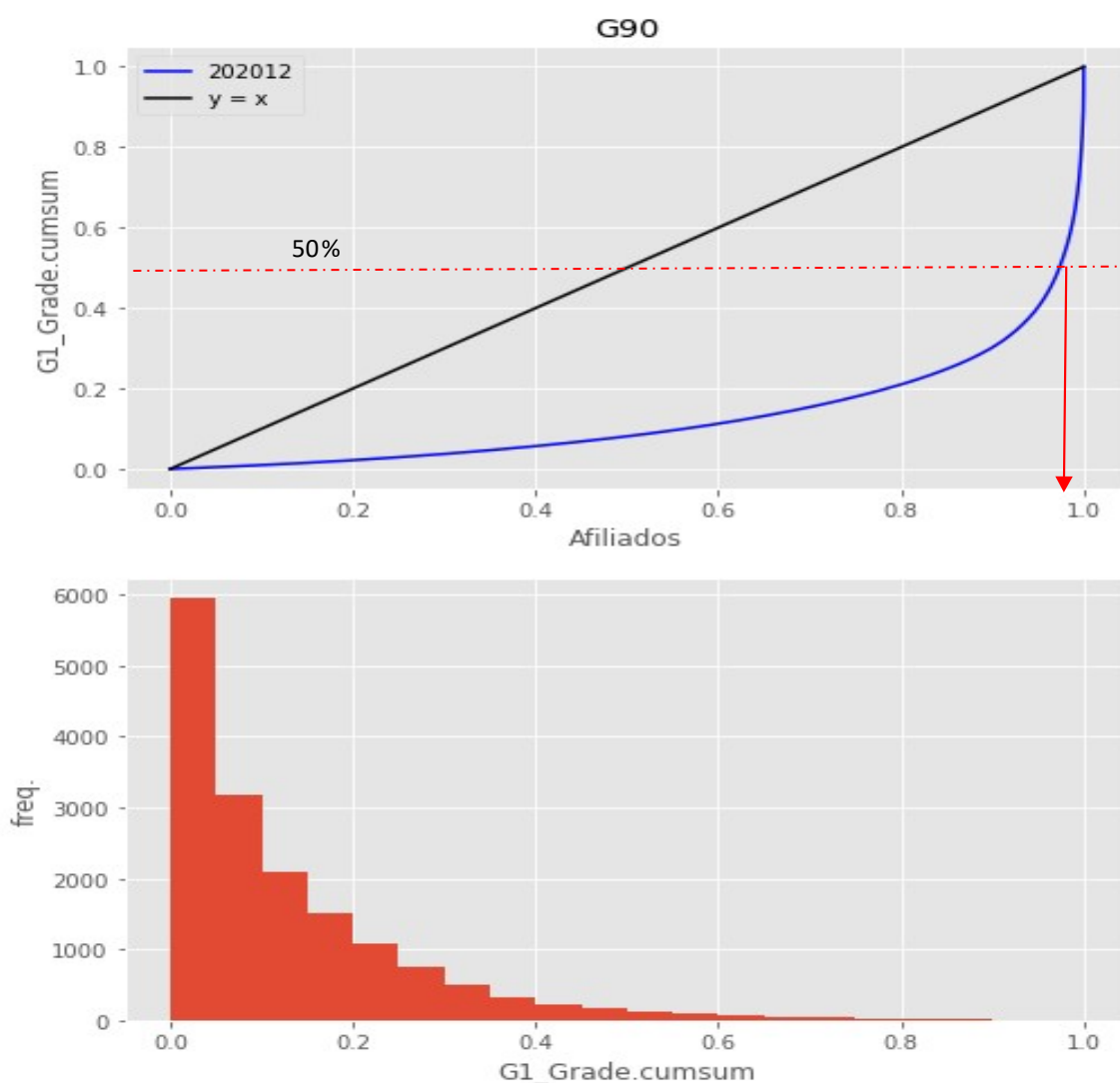
Para analizar el impacto de los AGC, proponemos un nuevo índice, donde el cálculo del CG, se realiza únicamente, sobre los afiliados que consumieron más en un determinado valor, generalizando los afiliados cuyo consumo es superior a un determinado percentil.

Por ejemplo:

$$CG90 = CG (\text{Afiliados con consumo mayor al percentil } 90)$$

En la **Figura 4**, sólo se consideran los afiliados que más consumen (> percentil 90). Aquí nuevamente la curva azul (curva de Lorenz) muestra el gasto acumulado de los afiliados desde los que menos gastan hasta los AGC.

Visualmente se aprecia que el coeficiente ahora será menor, aunque aún la distribución del gasto es bastante desigual.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 4. Cálculo del CGM90 para diciembre 2020**

De esta forma el Coeficiente de Gini Modificado (CGM), para diciembre 2020 resulta ser: $CGM90 = 0.746$

Repitiendo este cálculo para todos los meses analizados se obtiene:



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 5. Evolución del CGM90. Se observa el incremento durante la cuarentena a causa de la suspensión de cirugías programadas y otros procedimientos costo medio y haciendo lo mismo, pero desagregando por plan, se obtiene:**



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 6. Evolución del CGM90 por plan (P-2000, P-3000, y P-4000). Se observa que desagregado por plan los valores tienen una evolución similar, pero valores absolutos diferentes**

Las últimas dos figuras, muestran un valor de **CGM90** de aproximadamente 0.7, pre pandemia del Covid 19.

Con el inicio de la cuarentena, se observa un incremento cualitativo del índice, seguramente debido a la suspensión de prestaciones programadas de costo medio y medio alto.

Asimismo, se observa un comportamiento similar (alta correlación) entre la curva del índice para cada plan, aunque diferentes valores que resulta muy interesante estudiar y explicar.

El índice así definido, ha sido testeado y validado, para diferentes umbrales de exclusión de afiliados (percentiles 50, 75, 90, 95), obteniendo los mejores resultados para el caso presentado: **CGM90**.

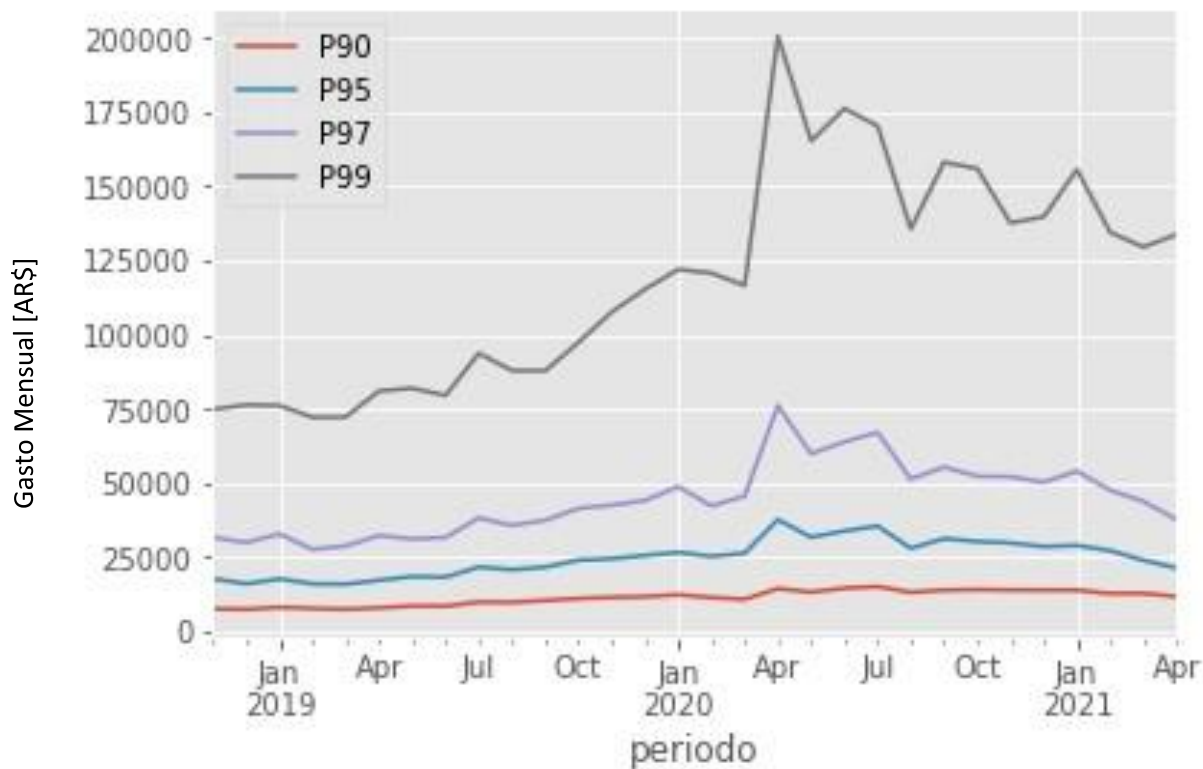
Clasificación según nivel de gasto

Cotas

En la sección anterior, hemos definido a los *gastos de Altísimo Gasto Catastrófico (AGC)*, como el 1% de los afiliados que más gastan (sin considerar los que solo consumen capitas). Es decir, los afiliados pertenecientes al percentil 99 [**P99**].

De esta forma, para cada mes, podemos determinar cuánto ha debido gastar un afiliado para caer en el P99. A este valor expresado en ARS lo denominamos **cota**.

De igual forma, podemos preguntarnos, ¿cuál es la cota para que un afiliado esté en el P90, P95, P97 o cualquier otro percentil?



- ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 7. Variación de las cotas de consumo, expresada en AR\$ corrientes. La suba en la cota de abril 2020 se debe al efecto de la cuarentena/pandemia**

De esta forma la curva superior de la **Figura 7** (P99) indica, cuánto debe gastar un afiliado para ser considerado súper Consumidor en cada mes.

Adicionalmente el salto cualitativo entre la cota P97 y P99 da sustento a la definición de “Super Consumidor” propuesta.

Claramente, el valor de estas cotas, se ve afectado por la inflación, pero también por otros aspectos como ser: nuevos prestadores y/o acuerdos comerciales, eventos puntuales (ejemplo cuarentena), nuevas tecnologías sanitarias, cambios de protocolos médicos, etc.

La suba en la cota de abril 2020, se debe al efecto de la cuarentena/pandemia.

Distribución del gasto prestacional

Con el objeto de clasificar a los afiliados según su nivel de consumo, como herramienta de gestión, se propone:

Los afiliados se clasifican en 2 grupos:

- Los que realizan consumos (no cápitas) en el mes
- Los que no Consumen

De los que consumen se clasifican en 2 grupos:

- **Consumidor medio:** Gasto menor a P97
- **Gasto Catastrófico:** Gasto superior al P97

Altísimo Gasto Catastrófico

Aquellos que en el mes tienen un gasto prestacional superior al P-99

A partir del segundo grupo, se pueden cuantificar mes a mes, las cantidades correspondientes y construir el siguiente semáforo propuesto para incorporar en la operación:

Distribución del gasto prestacional para abril 2021

Categoría	Cota	Percentil (+)	Cantidad afiliados	Porcentaje [%]	% del gasto explicado
Consumidor Medio (*)	=< \$40.350	<= P97	171.706	99%	48%
Gasto Catastrófico	> \$40.350	> P97	2.789	1%	52%
	↓			↓	
Altísimo Gasto Catastrófico	> \$139.100	> P99	328	0.25%	35%

(+) Calculado sobre los afiliados que consumen en el mes. (*) SIN gasto capitado

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 8. Clasifican mensual (abril 2021) de los afiliados que consumen en el periodo. Del 1% de los afiliados que más consumen 0.25% absorben el 35% del gasto. Universo medido: 174.495**

De esta forma, en abril 2021, se identificaron 328 afiliados con AGC (todos gastaron más de ARS 139.100, en el mes) y estos afiliados, explican el 35% de todo el gasto prestacional de la obra social de dicho mes.

Cantidad de Altísimo Gasto Catastrófico (AGC)

Es importante destacar, que las definiciones realizadas, permiten concentrar el GC en un grupo reducido de afiliados. Esto permite diseñar protocolos internos que permitan optimizar los servicios brindados por la obra social.

Esta cantidad será (por definición) siempre el 1% de los afiliados que consumieron en el mes (gasto no capitado). De esta forma si aumenta el padrón, o bien simplemente aumenta la cantidad de prestaciones realizadas, se incrementará la cantidad de afiliados con AGC

La **Figura 9**, permite visualizar cómo fue la variación de la cantidad de afiliados con AGC en todo periodo analizado.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 9. Evolución de la cantidad de afiliados con AGC. El mínimo de abril 2020 (138) responde a la baja de la tasa de uso al inicio de la cuarentena por Covid-19**

Asimismo, no todos los meses se identifican los mismos afiliados, algunos afiliados con enfermedades crónicas, serán todos los meses, etiquetados como afiliado con AGC y otros, esporádicamente.

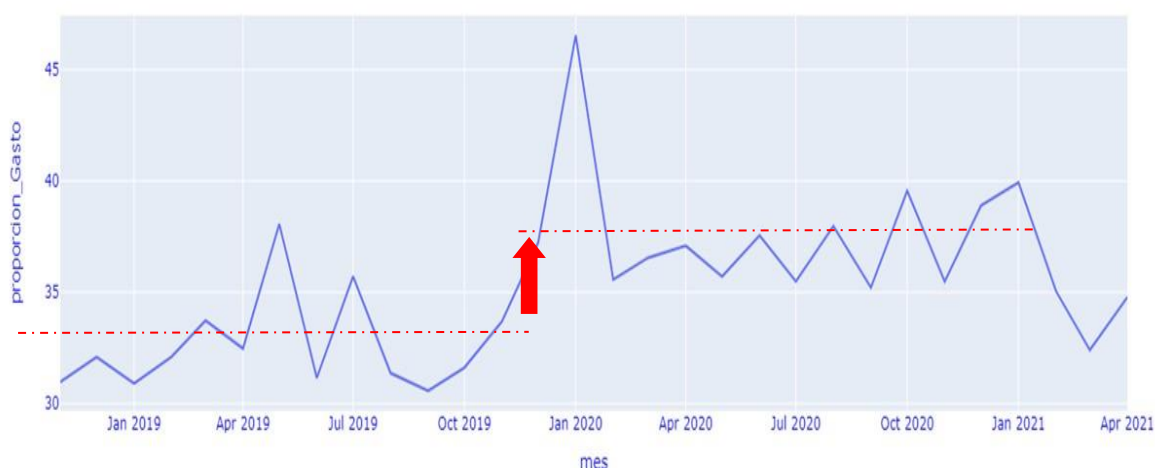
De todas formas, todos los meses hay afiliados que ingresan y otros que egresan de esta categoría.

Análisis de sustentabilidad financiera

Proporción del gasto explicado por los ACG.

Una vez seleccionados los afiliados etiquetados como *AGC* se analiza en detalle la proporción del gasto prestacional que estos representan. Como se indicó más arriba el valor para la obra social se encuentra en torno al 40% pero fluctúa de mes a mes.

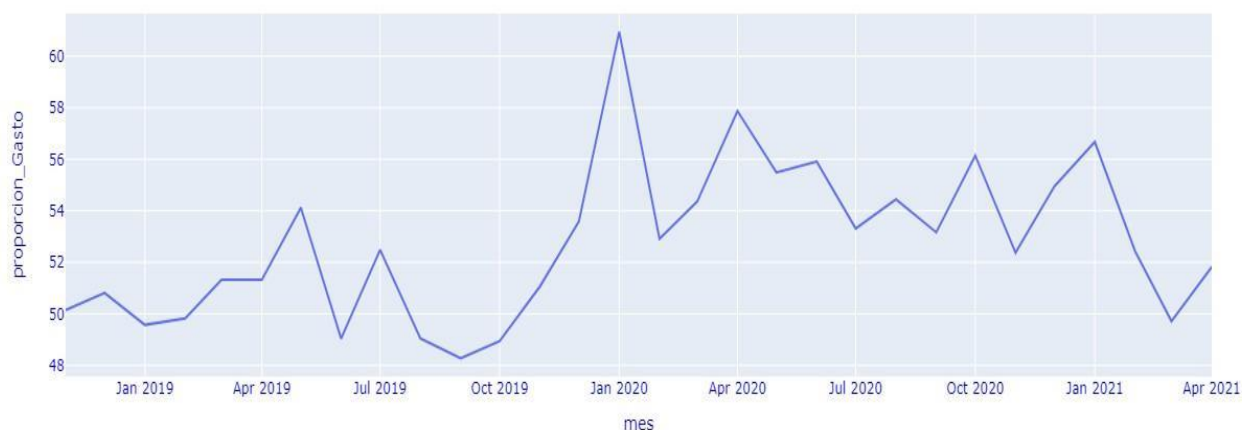
En la **Figura 10a** se presenta la evolución de este valor que consideramos en un indicador clave para la operación de la obra social.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 10a. Evolución del porcentaje del gasto prestacional que representan los afiliados con AGC. Se destaca el salto de más de 5 puntos en la post pandemia**

Resulta preocupante el incremento registrado de esta proporción y se sugiere monitorear este indicador en forma continua y hacer un estudio detallado para entender el cambio.

En la **Figura 10b** se muestra que la proporción del GC es mayor, pero sigue un comportamiento similar a la de los AGC.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 10b. Evolución del porcentaje del gasto prestacional que representan los afiliados con GASTO CATASTRÓFICO.**

Costos por cápita

En todo sistema de financiamiento de salud aquellos afiliados que menos consumen financian a los que más lo hacen, en particular a los que hemos denominado '**Gastos Catastróficos**' y al '**Altísimo Gasto Catastrófico**'.

Es por esto que para analizar la sustentabilidad es importante calcular el costo promedio por afiliado, más allá de a cuál categoría corresponde.

Conclusiones

Principales resultados

Se analizó el gasto prestacional de OSDEPYM a partir del registro de todas y cada una de las transacciones registradas.

El análisis se realizó en un periodo de casi 3 años.

Se generaron métricas mensuales y se analizó su evolución

Se obtuvo un índice que potencialmente es de gran valor para medir el impacto de los AGC en una obra social: CG90

Se propone el uso de un clasificador de afiliados como herramienta operativa:

Distribución del gasto prestacional

Se obtuvo que los 300 afiliados que más consumen explican el 35% del gasto prestacional total de la obra social

Adjunto 1: Consumo por grupo de afiliado

De igual forma que se realizó en el cuerpo principal del presente informe, segmentando a los afiliados según su nivel de consumo podemos visualizar la variación del gasto prestacional medio de cada grupo.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura A2-1. Mediana y promedio del gasto prestacional para cada grupo de afiliado definido**

Los valores indicados en la figura anterior incluyen el impacto inflacionario. Por lo cual resulta especialmente destacable el cambio cualitativo observado a partir de febrero de 2020, en especial la baja registrada en valores absolutos.

Adjunto 2: Glosario y definiciones básicas

GC - Gasto Catastrófico

Se entiende por Gasto Catastrófico a un conjunto de prestaciones, insumos y otros cuidados de la salud, más o menos prolongados en el tiempo, que impactan en forma considerable sobre las economías de quienes deben financiarlas

Gasto de Altísimo Gasto Catastrófico

Nombre con el que se identifica a los afiliados que más consumen (gasto prestacional no capitado). Estos forman parte del **GC** siendo la fracción que genera un mayor costo a la obra social.

Se establece que los afiliados cuyo consumo mensual se encuentre dentro del percentil 99 serán identificados como afiliados con AGC

or entre 0 y 1 que mide la asimetría (o desigualdad) de una distribución. En el contexto de este trabajo se emplea para medir la desigualdad en la distribución del gasto prestacional. El caso igual a 1 corresponde a que un solo afiliado explica el 100% del gasto.

CGM - coeficiente de Gini modificado

Familia de índices donde de la población analizada se elimina un grupo de los que tienen valores más bajos de consumo.

CGM90 - coeficiente de Gini modificado P90

Corresponde al CGM donde se utiliza para el cálculo sólo al 10% de la población de afiliados que más gasta en el periodo de análisis.

Mediana

Valor correspondiente al percentil 50 de una distribución. En el caso del gasto prestacional indica el valor para el cual el 50% de los afiliados gasta más y el 50% gasta menos

ANEXO IV DEL PRIMER ESTUDIO

Patología	Año de cobertura prestacional	Mes de presentación en SUR	Importe Presentado	Importe Abonado por SUR	Mes que informa SUR los pagos - FECHA REGISTRO PAGOS MR	Diferencia no reconocida (sin inflación)	% recupero sobre gasto (sin inflación)	Meses demora desde presentación en SUR	Meses de demora desde prestación efectiva	Actualización a mes de cobro (con inflación)	Meses 2021	% recupero con inflación	Diferencia no reconocida actualizada por inflación anual
CA GASTROINTESTINAL	Dec-16	Nov-18	\$ 110,805.00	\$ 54,647.00	Mar-21	\$ 56,158.00	49%	28.367	51.70	455,823.50	2	11.99%	\$ 401,176.50
ENFERMEDAD DE CROHN	Dec-16	Oct-18	\$ 146,832.10	\$ 65,021.00	Aug-21	\$ 81,811.10	44%	34.500	56.80	712,803.80	7	9.12%	\$ 647,782.80
ENFERMEDAD DE POMPE	Dec-16	Aug-18	\$ 2,277,480.72	\$ 1,103,251.00	Mar-21	\$ 1,174,229.72	48%	31.433	51.70	9,368,974.65	2	11.78%	\$ 8,265,723.65
ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PANC	Dec-16	Feb-19	\$ 107,868.00	\$ 67,350.00	Nov-21	\$ 40,518.00	62%	33.467	59.87	578,472.35	10	11.64%	\$ 511,122.35
HEMATOLÓGICAS/ONCOLÓGICAS/HERED	Dec-16	Feb-19	\$ 147,786.00	\$ 71,449.00	Nov-21	\$ 76,337.00	48%	33.467	59.87	792,543.80	10	9.02%	\$ 721,094.80
HEMATOLÓGICAS/ONCOLÓGICAS/HERED	Dec-16	Feb-19	\$ 112,660.00	\$ 57,529.00	Nov-21	\$ 55,131.00	51%	33.467	59.87	604,170.79	10	9.52%	\$ 546,641.79
HEMOFILIA	Dec-16	Jun-19	\$ 559,275.64	\$ 190,766.00	Mar-21	\$ 368,509.64	34%	21.300	51.70	2,300,717.30	2	8.29%	\$ 2,109,951.30
HEMOFILIA	Dec-16	Jan-19	\$ 415,766.00	\$ 415,766.00	Mar-21	\$ 374,190.00	10%	26.333	51.70	1,710,355.25	2	2.43%	\$ 1,668,779.25
MIELOFIBROSIS	Dec-16	Dec-18	\$ 229,276.00	\$ 127,274.00	Aug-21	\$ 102,002.00	56%	32.467	56.80	1,113,031.85	7	11.43%	\$ 985,757.85
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL	Dec-17	Dec-19	\$ 164,018.00	\$ 126,054.00	Mar-21	\$ 37,964.00	77%	15.200	39.53	540,647.60	2	23.32%	\$ 414,593.60
ARTRITIS PSORIASICA	Dec-17	Dec-19	\$ 138,526.05	\$ 107,424.00	Mar-21	\$ 31,102.05	78%	15.200	39.53	456,619.25	2	23.53%	\$ 349,195.25
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-17	Dec-19	\$ 170,300.00	\$ 147,063.00	Mar-21	\$ 23,237.00	86%	15.200	39.53	561,354.77	2	26.20%	\$ 414,291.77
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-17	Dec-19	\$ 163,100.00	\$ 113,697.00	May-21	\$ 49,403.00	70%	17.233	41.57	574,311.33	4	19.80%	\$ 460,614.33
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-17	Dec-19	\$ 144,590.00	\$ 107,424.00	May-21	\$ 37,166.00	74%	17.233	41.57	509,133.51	4	21.10%	\$ 401,709.51
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Dec-19	\$ 175,092.00	\$ 107,062.00	Mar-21	\$ 68,030.00	61%	15.200	39.53	577,150.50	2	18.55%	\$ 470,088.50
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Dec-19	\$ 414,496.95	\$ 286,826.00	Mar-21	\$ 127,670.95	69%	15.200	39.53	1,366,293.83	2	20.99%	\$ 1,079,467.83
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Sep-19	\$ 357,090.00	\$ 245,850.00	May-21	\$ 111,240.00	69%	20.267	41.57	1,257,393.21	4	19.55%	\$ 1,011,543.21
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Aug-19	\$ 321,350.58	\$ 271,046.00	Aug-21	\$ 50,304.58	84%	24.367	44.63	1,250,010.03	7	21.68%	\$ 978,964.03
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Sep-19	\$ 227,358.00	\$ 122,925.00	Aug-21	\$ 104,433.00	54%	23.333	44.63	884,391.68	7	13.90%	\$ 761,466.68
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Aug-19	\$ 200,402.00	\$ 135,522.00	May-21	\$ 64,880.00	68%	21.300	41.57	705,659.96	4	19.21%	\$ 570,137.96
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Dec-19	\$ 182,145.00	\$ 80,296.00	May-21	\$ 101,849.00	44%	17.233	41.57	641,373.01	4	12.52%	\$ 561,077.01
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Aug-19	\$ 146,748.00	\$ 122,925.00	Aug-21	\$ 23,823.00	84%	24.367	44.63	570,829.75	7	21.53%	\$ 447,904.75
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-17	Dec-19	\$ 118,744.00	\$ 87,180.00	May-21	\$ 31,564.00	73%	17.233	41.57	418,124.00	4	20.85%	\$ 330,944.00
HEMOFILIA	Dec-17	Apr-19	\$ 590,923.90	\$ 222,400.00	Sep-21	\$ 368,523.90	38%	29.467	45.67	2,377,038.94	6	9.36%	\$ 2,154,638.94
HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTU	Dec-17	Jan-21	\$ 3,785,622.21	\$ 2,392,000.00	Sep-21	\$ 1,393,622.21	63%	8.100	45.67	15,227,969.99	8	15.71%	\$ 12,835,969.99
LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	Dec-17	May-19	\$ 184,912.72	\$ 109,295.00	May-21	\$ 75,617.72	59%	24.367	41.57	651,118.76	4	16.79%	\$ 541,823.76
RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO	Dec-17	Aug-19	\$ 151,362.00	\$ 103,253.00	Nov-21	\$ 48,109.00	68%	27.433	47.70	650,417.55	10	15.87%	\$ 547,164.55
RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO	Dec-17	Nov-19	\$ 124,191.45	\$ 80,180.00	Nov-21	\$ 44,011.45	65%	24.367	47.70	533,663.00	10	15.02%	\$ 453,483.00
RECHAZO DE ÓRGANO O TEJIDO	Dec-17	Nov-19	\$ 112,368.00	\$ 75,713.00	Nov-21	\$ 36,655.00	67%	24.367	47.70	482,856.46	10	15.68%	\$ 407,143.46
ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL	Dec-18	Jul-20	\$ 115,887.99	\$ 63,027.00	Sep-21	\$ 52,860.99	54%	14.233	33.50	315,725.54	8	19.96%	\$ 252,698.54
ARTRITIS PSORIASICA	Dec-18	Jan-21	\$ 191,271.00	\$ 126,054.00	Sep-21	\$ 65,217.00	66%	8.100	33.50	521,099.21	8	24.19%	\$ 395,045.21
ARTRITIS PSORIASICA	Dec-18	Oct-19	\$ 146,837.22	\$ 128,908.00	May-21	\$ 17,929.22	88%	19.267	29.40	350,183.86	4	36.81%	\$ 221,275.86
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-18	Oct-19	\$ 181,307.46	\$ 136,437.00	May-21	\$ 44,870.46	75%	19.267	29.40	432,390.00	4	31.55%	\$ 295,953.00
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-18	Jul-20	\$ 128,634.00	\$ 68,218.00	Sep-21	\$ 60,416.00	53%	14.233	33.50	350,450.81	8	19.47%	\$ 282,232.81
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-18	Nov-20	\$ 120,185.00	\$ 78,375.00	Sep-21	\$ 41,810.00	65%	10.133	33.50	327,432.33	8	23.94%	\$ 249,057.33
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-18	Jul-20	\$ 109,590.00	\$ 59,656.00	Sep-21	\$ 49,934.00	54%	14.233	33.50	298,567.28	8	19.98%	\$ 238,911.28
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)	Dec-18	Jan-21	\$ 4,025,000.00	\$ 3,500,000.00	Oct-21	\$ 525,000.00	87%	9.100	34.50	11,327,589.34	9	30.90%	\$ 7,827,589.34
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)	Dec-18	Jan-21	\$ 2,288,538.40	\$ 2,288,538.00	Oct-21	\$ 0.40	100%	9.100	34.50	6,440,651.72	9	35.53%	\$ 4,152,113.72
CA MAMA	Dec-18	Nov-20	\$ 606,572.94	\$ 355,004.00	Sep-21	\$ 251,568.94	59%	10.133	33.50	1,652,548.91	8	21.48%	\$ 1,297,544.91
CA MAMA	Dec-18	Nov-20	\$ 189,511.70	\$ 112,593.00	Sep-21	\$ 76,918.70	59%	10.133	33.50	516,306.17	8	21.81%	\$ 403,713.17
CA MAMA	Dec-18	Feb-20	\$ 850,504.16	\$ 663,795.00	May-21	\$ 186,709.16	78%	15.167	29.40	2,028,319.72	4	32.73%	\$ 1,364,524.72
CA MAMA	Dec-18	Jan-21	\$ 711,138.69	\$ 402,843.00	Sep-21	\$ 308,295.69	57%	8.100	33.50	1,937,428.11	8	20.79%	\$ 1,534,585.11
CA MAMA	Dec-18	Jan-21	\$ 220,332.76	\$ 142,605.00	Sep-21	\$ 77,727.76	65%	8.100	33.50	600,275.15	8	23.76%	\$ 457,670.15
CA DE RIÑÓN	Dec-18	Jan-21	\$ 187,196.00	\$ 125,913.00	Sep-21	\$ 61,283.00	67%	8.100	33.50	509,997.27	8	24.69%	\$ 384,084.27
DEFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO	Dec-18	Nov-20	\$ 424,429.38	\$ 47,862.00	Sep-21	\$ 376,567.38	11%	10.133	33.50	1,156,316.52	8	4.14%	\$ 1,108,454.52
DEFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO	Dec-18	Jan-21	\$ 148,729.90	\$ 96,956.00	Sep-21	\$ 51,773.90	65%	8.100	33.50	405,200.13	8	23.93%	\$ 308,244.13
ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PANC	Dec-18	Nov-20	\$ 137,895.02	\$ 104,015.00	Sep-21	\$ 33,880.02	75%	10.133	33.50	375,681.55	8	27.69%	\$ 271,666.55
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Nov-20	\$ 501,816.86	\$ 196,536.00	Sep-21	\$ 305,280.86	39%	10.133	33.50	1,367,151.17	8	14.38%	\$ 1,170,615.17
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Jul-20	\$ 475,540.32	\$ 406,553.00	Sep-21	\$ 68,987.32	85%	14.233	33.50	1,295,563.30	8	31.38%	\$ 889,010.30
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Nov-20	\$ 410,668.02	\$ 316,221.00	Sep-21	\$ 94,447.02	77%	10.133	33.50	1,118,825.03	8	28.26%	\$ 802,604.03
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Oct-19	\$ 399,782.04	\$ 271,046.00	May-21	\$ 128,736.04	68%	19.267	29.40	953,417.79	4	28.43%	\$ 682,371.79
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Oct-19	\$ 389,009.34	\$ 271,046.00	May-21	\$ 117,963.34	70%	19.267	29.40	927,726.58	4	29.22%	\$ 656,680.58
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Nov-20	\$ 332,353.74	\$ 131,024.00	Sep-21	\$ 201,329.74	39%	10.133	33.50	905,465.40	8	14.47%	\$ 774,441.40
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Feb-20	\$ 309,936.85	\$ 204,875.00	Sep-21	\$ 105,061.85	66%	19.267	33.50	844,392.77	8	24.26%	\$ 639,517.77
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-18	Oct-19	\$ 188,231.70	\$ 160,593.00	May-21	\$ 27,638.70	85%	19.267	29.40	448,903.24	4	35.77%	\$ 288,310.24
LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	Dec-18	Jan-21	\$ 650,391.18	\$ 244,712.00	Nov-21	\$ 405,679.18	38%	10.133	35.53	1,892,851.69	10	12.93%	\$ 1,648,139.69
LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	Dec-18	Nov-20	\$ 398,669.90	\$ 54,363.00	Sep-21	\$ 344,306.90	14%	10.133	33.50	1,086,137.32	8	5.01%	\$ 1,031,774.32

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	Dec-18	Jan-21	\$ 253,437.00	\$ 105,659.00	Sep-21	\$ 147,778.00	42%	8.100	33.50	690,464.43	8	15.30%	\$ 584,805.43
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	Dec-18	Nov-20	\$ 230,257.14	\$ 109,295.00	Sep-21	\$ 120,962.14	47%	10.133	33.50	627,313.16	8	17.42%	\$ 518,018.16
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	Dec-18	Jan-21	\$ 229,172.00	\$ 140,878.00	Sep-21	\$ 88,294.00	61%	7.700	33.50	624,356.80	8	22.56%	\$ 483,478.80
LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR	Dec-18	Nov-20	\$ 200,241.00	\$ 113,081.00	Sep-21	\$ 87,160.00	56%	10.133	33.50	545,537.11	8	20.73%	\$ 432,456.11
LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR	Dec-18	Nov-20	\$ 165,108.00	\$ 113,081.00	Sep-21	\$ 52,027.00	68%	10.133	33.50	449,820.67	8	25.14%	\$ 336,739.67
MIELOMA MULTIPLE	Dec-18	Nov-20	\$ 836,222.46	\$ 405,379.00	Sep-21	\$ 430,843.46	48%	10.133	33.50	2,278,206.66	8	17.79%	\$ 1,872,827.66
LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR	Dec-18	Nov-20	\$ 350,824.00	\$ 210,836.00	Sep-21	\$ 139,988.00	60%	10.133	33.50	955,785.83	8	22.06%	\$ 744,949.83
PSORIASIS EN PLACA	Dec-18	Jan-21	\$ 213,229.08	\$ 126,054.00	Sep-21	\$ 87,175.08	59%	8.100	33.50	580,921.87	8	21.70%	\$ 454,867.87
PSORIASIS EN PLACA	Dec-18	Jan-21	\$ 175,965.30	\$ 126,054.00	Sep-21	\$ 49,911.30	72%	8.100	33.50	479,400.33	8	26.29%	\$ 353,346.33
RECHAZO DE ORGANOS O TEJIDO	Dec-18	Nov-20	\$ 188,980.34	\$ 82,502.00	Sep-21	\$ 106,478.34	44%	10.133	33.50	514,858.53	8	16.02%	\$ 432,356.53
ARTRITIS PSORIASICA	Dec-19	Feb-21	\$ 281,762.97	\$ 126,054.00	Aug-21	\$ 155,708.97	45%	5.633	20.30	482,551.68	7	26.12%	\$ 356,497.68
ARTRITIS PSORIASICA	Dec-19	Jul-20	\$ 279,373.32	\$ 136,437.00	Sep-21	\$ 142,936.32	49%	14.233	21.30	494,783.47	8	27.58%	\$ 358,346.47
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-19	Mar-21	\$ 124,922.00	\$ 53,021.00	Oct-21	\$ 71,901.00	42%	7.133	22.30	228,543.83	9	23.20%	\$ 175,522.83
ASMA SEVERO	Dec-19	Nov-20	\$ 873,102.00	\$ 285,690.00	Sep-21	\$ 587,412.00	33%	10.133	21.30	1,546,305.26	8	18.48%	\$ 1,260,615.26
ASTROCIOMA ANAPLASICO	Dec-19	Nov-20	\$ 196,873.70	\$ 109,187.00	Sep-21	\$ 87,686.70	55%	10.133	21.30	348,672.71	8	31.32%	\$ 239,485.71
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)	Dec-19	Sep-21	\$ 5,847,840.46	\$ 3,500,000.00	Oct-21	\$ 2,347,840.46	60%	1.000	22.30	10,698,578.74	9	32.71%	\$ 7,198,578.74
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)	Dec-19	Jun-21	\$ 19,566,453.20	\$ 14,000,000.00	Oct-21	\$ 5,566,453.20	72%	4.067	22.30	35,796,674.28	4	39.11%	\$ 21,796,674.28
ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DEL PANCR	Dec-19	Aug-21	\$ 1,006,753.11	\$ 441,491.00	Nov-21	\$ 565,262.11	44%	3.067	23.37	1,904,688.17	10	23.18%	\$ 1,463,197.17
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Feb-21	\$ 1,305,008.88	\$ 180,000.00	Aug-21	\$ 1,125,008.88	14%	5.633	20.30	2,234,978.68	7	8.05%	\$ 2,054,978.68
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Feb-21	\$ 615,904.08	\$ 180,000.00	Aug-21	\$ 435,904.08	29%	5.633	20.30	1,054,806.99	7	17.06%	\$ 874,806.99
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Feb-21	\$ 333,328.00	\$ 60,000.00	Aug-21	\$ 273,328.00	18%	5.633	20.30	570,862.76	7	10.51%	\$ 510,862.76
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Mar-21	\$ 327,382.50	\$ 98,269.00	Oct-21	\$ 229,113.50	30%	7.133	22.30	598,943.74	9	16.41%	\$ 500,674.74
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Feb-21	\$ 197,632.82	\$ 60,000.00	Aug-21	\$ 137,632.82	30%	5.633	20.30	338,469.07	7	17.73%	\$ 278,469.07
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Jan-21	\$ 195,192.20	\$ 60,000.00	Sep-21	\$ 135,192.20	31%	7.700	21.30	345,694.69	8	17.36%	\$ 285,694.69
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Mar-21	\$ 194,076.00	\$ 60,000.00	Aug-21	\$ 134,076.00	31%	5.100	20.30	332,377.60	7	18.05%	\$ 272,377.60
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Jan-21	\$ 194,076.00	\$ 60,000.00	Sep-21	\$ 134,076.00	31%	7.700	21.30	343,717.85	8	17.46%	\$ 283,717.85
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Feb-21	\$ 180,000.00	\$ 90,000.00	Aug-21	\$ 90,000.00	50%	5.633	20.30	308,270.82	7	29.20%	\$ 218,270.82
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Feb-21	\$ 154,716.00	\$ 107,062.00	Aug-21	\$ 47,654.00	69%	5.633	20.30	264,969.05	7	40.41%	\$ 157,907.05
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Mar-21	\$ 127,921.00	\$ 107,060.00	Aug-21	\$ 20,861.00	84%	5.100	20.30	219,079.51	7	48.87%	\$ 112,019.51
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Nov-20	\$ 118,691.97	\$ 80,296.00	Sep-21	\$ 38,395.97	68%	10.133	21.30	210,209.14	8	38.20%	\$ 129,913.14
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Nov-20	\$ 117,110.22	\$ 80,296.00	Sep-21	\$ 36,814.22	69%	10.133	21.30	207,407.78	8	38.71%	\$ 127,111.78
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-19	Apr-21	\$ 108,287.00	\$ 59,625.00	Nov-21	\$ 48,662.00	55%	7.133	23.37	204,869.46	10	29.10%	\$ 145,244.46
HEMOFILIA	Dec-19	Sep-21	\$ 24,809,400.00	\$ 6,608,510.00	Nov-21	\$ 18,200,890.00	27%	2.033	23.37	46,937,198.53	10	14.08%	\$ 40,328,688.53
HEMOFILIA	Dec-19	Sep-21	\$ 205,200.00	\$ 205,200.00	Nov-21	\$ -	100%	2.033	23.37	388,220.32	10	52.86%	\$ 183,020.32
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	Dec-19	Nov-20	\$ 302,512.26	\$ 109,295.00	Sep-21	\$ 193,217.26	36%	10.133	21.30	535,763.63	8	20.40%	\$ 426,468.63
MIELOMA MULTIPLE	Dec-19	Nov-20	\$ 1,190,342.10	\$ 502,171.00	Sep-21	\$ 688,171.10	42%	10.133	21.30	2,108,152.60	8	23.82%	\$ 1,605,981.60
MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO 1	Dec-19	Jan-21	\$ 3,149,145.70	\$ 816,086.00	Sep-21	\$ 2,333,059.70	26%	7.700	21.30	5,577,287.14	8	14.63%	\$ 4,761,201.14
RECHAZO DE ORGANOS O TEJIDO	Dec-19	Nov-20	\$ 262,485.60	\$ 103,253.00	Sep-21	\$ 159,232.60	39%	10.133	21.30	464,874.51	8	22.21%	\$ 361,621.51
SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATIP	Dec-19	Sep-21	\$ 14,945,280.00	\$ 4,992,000.00	Oct-21	\$ 9,953,280.00	33%	1.000	22.30	27,342,273.77	9	18.26%	\$ 22,350,273.77
SOBRECARGA CRONICA DE HIERRO	Dec-19	Mar-21	\$ 161,490.24	\$ 47,054.00	Nov-21	\$ 114,436.24	29%	8.167	23.37	305,525.30	10	15.40%	\$ 258,471.30
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)	Dec-20	Sep-21	\$ 6,300,495.89	\$ 3,500,000.00	Oct-21	\$ 2,800,495.89	56%	1.000	10.13	8,466,183.13	4	41.34%	\$ 4,966,183.13
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)	Dec-20	Sep-21	\$ 5,345,248.00	\$ 5,345,248.00	Oct-21	\$ -	100%	1.000	10.13	7,182,585.19	9	74.42%	\$ 1,837,337.19
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)	Dec-20	Jun-21	\$ 4,618,101.60	\$ 4,618,101.00	Oct-21	\$ 0.60	100%	4.067	10.13	6,205,494.70	9	74.42%	\$ 1,587,393.70
ARTRITIS REUMATOIDEA	Dec-20	Apr-21	\$ 168,405.70	\$ 30,000.00	Oct-21	\$ 138,405.70	18%	6.100	10.13	226,292.27	9	13.26%	\$ 196,292.27
ESCLEROSIS MULTIPLE	Dec-20	Apr-21	\$ 250,108.16	\$ 60,000.00	Nov-21	\$ 190,108.16	24%	7.133	11.17	347,545.06	10	17.26%	\$ 287,545.06
TOTAL			\$ 123,719,110.89	\$ 65,984,991.00		\$ 57,734,119.89	56%	13.058	32.421	260,829,365.178		22.55%	\$ 194,844,374.18

● **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

**ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA EQUIDAD:
EL IMPACTO DEL MONOTRIBUTO EN SALUD**

PRIMERA PARTE DEL SEGUNDO ESTUDIO

PLANTEO

ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA EQUIDAD:

EL IMPACTO DEL MONOTRIBUTO EN SALUD

*“El que menos gana subsidia
una práctica a veces muy costosa
al que más gana.
La incorporación de los monotributistas
generó este esquema perverso,
lo que claramente desfinancia el sistema.”*

Dr. Rubén Torres

El segundo estudio del **“Instituto de Investigación de Obras Sociales”** de OSDEPYM tiene como objeto la descripción, explicación y propuestas con base a evidencia empírica sobre un **nuevo modelo de gestión en la seguridad social** mediante el **abordaje de campo** aplicado a la **equidad: el impacto del monotributo en salud**.

SEGUNDA PARTE DEL SEGUNDO ESTUDIO

PROBLEMÁTICA

Las obras sociales en su origen fueron pensadas como un **mecanismo de equidad** para la cobertura integral de salud consagrando un criterio rector de **justicia distributiva**. La equidad radica en el principio que todos los beneficiarios del sistema aportan a un fondo común según su capacidad contributiva y todos reciben el mismo servicio de salud según su necesidad.

Además, el sistema de obras sociales cuenta con el valor agregado de ser **administrado por los propios trabajadores en relación de dependencia mediante sus organizaciones**, las que en su mayoría son sindicales.

La **equidad** se refleja en que el financiamiento del sistema se sostiene con los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores. Quienes tienen altos salarios y los de salarios más bajos contribuyen en proporción directa a su capacidad económica.

Como regla general el empleado aporta el 3% de su remuneración bruta para financiar su obra social y el empleador a su vez contribuye con otro 6%. Todos abonan según su capacidad.

La **equidad** también se observa en que cada uno de los beneficiarios obtiene como contraprestación una asistencia idéntica, sin discriminación; gracias al propio diseño del sistema y cada prestación está disponible para quien la requiera siempre. Todos reciben según su necesidad.

El **marco jurídico previsto**, que refleja estos principios, surge de la **Ley N° 23.661**, sancionada en el año 1988, que establece expresamente el principio rector de **“justicia distributiva”**.

Vale la pena leer el **texto normativo de modo completo** y que el propio legislador quiso definir en letra y espíritu de la ley de modo contundente: *“Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un **seguro social**, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para **todos** los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una **concepción integradora del sector salud** donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna. El seguro tendrá como **objetivo fundamental** 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**. Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar*

sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente”

EL MONOTRIBUTO COMO FENÓMENO DISRUPTIVO DEL SISTEMA

El **monotributo fue creado -muchos años después-**, como un **sistema tributario** mediante la Ley N° 24.977 en el año 1998 bajo el nombre de *“régimen simplificado para pequeños contribuyentes”*. Desde su nacimiento se presenta como una cuestión **completamente ajena al sistema de salud**, que entra por la ventana al propio sistema y que no fue pensado para esa finalidad. Se estableció entonces según la propia letra de la ley como un régimen tributario integrado y simplificado, relativo a los impuestos a las ganancias, al valor agregado y al sistema previsional, destinado a los pequeños contribuyentes. Se creó con un criterio estrictamente tributario.

Cabe subrayar que la mencionada Ley N° 24.997 fue **modificada o complementada** a lo largo de los años **por otras 166 normas** de distintas jerarquías (otras leyes del Poder Legislativo, Decretos del Poder Ejecutivo, y también Resoluciones, Circulares y Disposiciones, de múltiples organismos, especialmente por la AFIP y la Superintendencia de Servicios de Salud). Lo que demuestra a las claras la volatilidad que contiene el régimen y que ha sufrido de “parches” sucesivos a lo largo del tiempo.

El efecto disruptivo del monotributo ocurre porque **rompe con la lógica de creación y funcionamiento de la justicia distributiva de las obras sociales**. Esto se debe a que el aporte del componente de salud de los monotributistas se basa en una simple **igualdad aritmética o numérica**.

Sin embargo, utilizar la **igualdad aritmética** como único criterio distributivo en todos los casos llevarían a producir una **falta de equidad que pone en crisis todo el sistema**, pues los afiliados en relación de dependencia y los afiliados monotributistas de la obra social contribuyen de manera muy desigual, en razón de que los que están en relación de dependencia lo hacen según su capacidad económica, mientras que los monotributistas aportan una misma suma independientemente a la categoría a la cual pertenezcan.

Este mecanismo produce finalmente una **evidente disrupción** de la **justicia distributiva** y en **dos** dimensiones: a.- **inequidad** hacia **adentro** mismo del sistema y b.- **inequidad** hacia **afuera** del mismo.

LA REFORMA LEGISLATIVA QUE SE HIZO DEL MONOTRIBUTO EN EL AÑO 2016

Como indicamos es un régimen opcional y simplificado para pequeños contribuyentes que se dividen en 11 categorías, que abarca desde la categoría “A” que es la de ingresos más bajos, hasta la categoría “K” que es la de ingresos más altos. La categoría de monotributo se le asigna en base al detalle de las actividades, que se separan en dos grandes grupos: prestación de servicios y venta de cosas muebles (productos).

Pensado como un tributo integrado con una sola cuota de pago mensual y cuyos tres componentes desglosados son los siguientes:

Monotributo Impuesto: monto *incremental* de acuerdo a cada categoría de monotributo. Este monto va de un mínimo de **\$ 288,07** mensual en la Categoría A (la más baja) -para ingresos anuales de hasta \$ 466.201,59- hasta un máximo **\$ 20.018,33** mensual en la Categoría K (la más alta) -para ingresos anuales de hasta \$ 4.662.015,87-

Monotributo Jubilación: monto *incremental* de acuerdo a cada categoría de monotributo. Este monto va de un mínimo de **\$ 1.270,99** mensual en la Categoría A (la más baja) -para ingresos anuales de hasta \$ 466.201,59- hasta un máximo **\$ 3.296,62** mensual en la Categoría K (la más alta) -para ingresos anuales de hasta \$ 4.662.015,87-

Monotributo Obra Social: monto *único* para todas las categorías. Este monto es el mismo para todas las categorías. De la más baja a la más alta abonarán exactamente el mismo monto mensual: **\$ 1.775,18.-** Afiliación individual a Obra Social, sin adherentes. Por cada adherente deberá ingresarse además la suma de \$ 1.775,18 mensual.

Hasta el año 2016 el componente del monotributo de pago por jubilación también era único para todas las categorías.

La reforma establecida por la **Ley N° 27.346** fijó en el 2016 el aporte de la categoría más baja en 300 pesos y dispuso que, a partir de allí, en cada escalón se adicione un 10%. Así, en la segunda categoría se pagaría entonces 330 pesos y la cifra llega, en el caso de la facturación más alta, a 778 pesos.

Esto fue modificado por el **artículo 2° inciso 5° de la Ley N° 27.346, el que quedó redactado de este modo:** *“Fijase nuevo valor para la cotización previsional fija con destino al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) dispuesta por el inciso a) del primer párrafo del artículo 39 del Anexo de la ley 24.977, sus modificaciones y complementarias, en la suma de pesos trescientos (\$ 300), para la Categoría A), incrementándose en un diez por ciento (10%) en las sucesivas categorías respecto del importe correspondiente a la categoría inmediata inferior”.*

La reforma introducida en el aporte jubilatorio del monotributo fue hecha aprovechando una modificación de la Ley de Impuesto a las Ganancias. El cuadro normativo elegido para la modificación desnuda la perspectiva tributaria con el que se observa al monotributo.

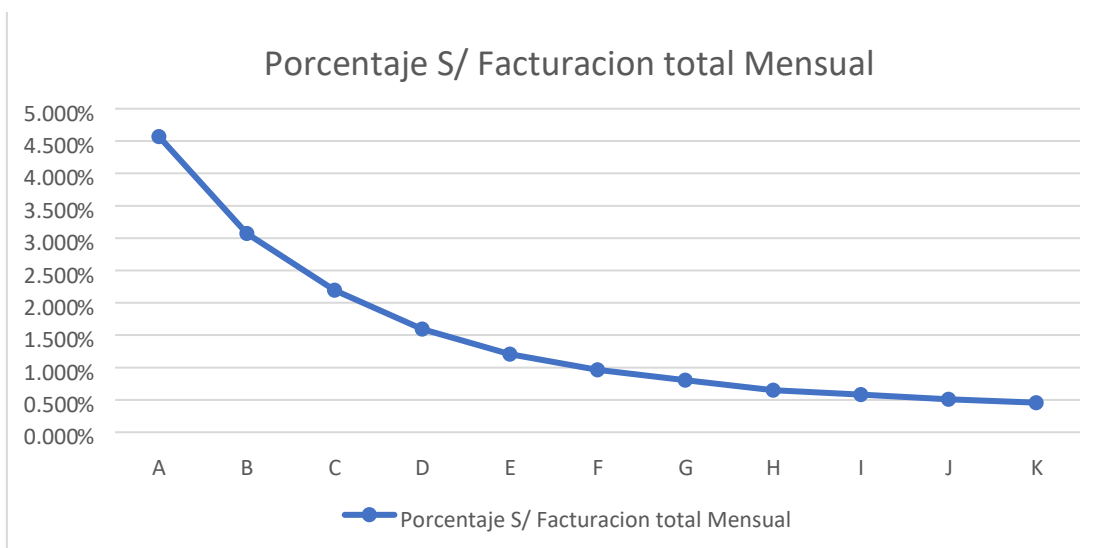
Creemos que se trata de un detalle que no debería pasar desapercibido para entender todo lo que venimos diciendo. Confirma el postulado que indica que el monotributo se creó con un diseño y una finalidad esencialmente tributaria.

Vemos que se hizo una modificación legislativa del monotributo dentro de un marco normativo tributario por excelencia como es el Impuesto a las Ganancias, que lidera junto al IVA la recaudación impositiva en nuestro país.

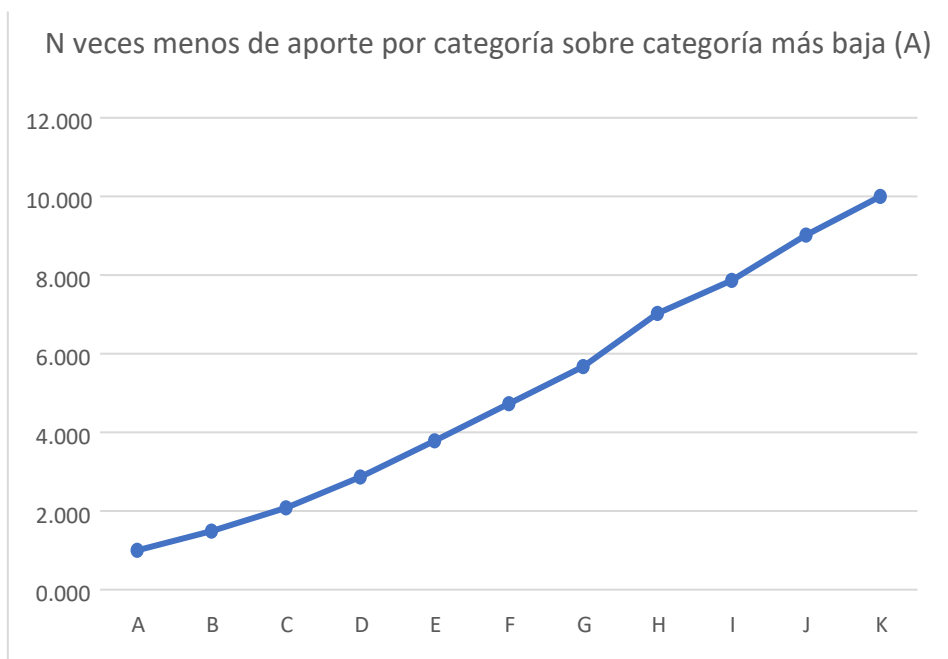
El aporte jubilatorio fue modificado, antes era fijo y ahora es incremental de acuerdo a los ingresos. Por lo tanto, en síntesis, es desde el origen del monotributo y la Ley de Ganancias, donde se lleva a cabo la modificación del criterio sostenido y que fuera hasta entonces de un monto idéntico del aporte jubilatorio para todas las categorías y se le reemplazó por un monto incremental de un 10% para cada categoría sucesivamente.

INEQUIDAD INTERNA

La falta de equidad internamente se ve a las claras porque los monotributistas de todas las categorías, desde la más baja a la más alta, aportan un mismo monto mensual, y lo que resulta aún peor y paradójico, es que **la categoría más baja (categoría A) aporta 4,57% de sus ingresos mientras que la categoría más alta (categoría K) apenas un exiguo 0,45% de sus ingresos**. El que tiene menos capacidad contributiva aporta más, mientras que el que tiene más capacidad contributiva termina aportando mucho menos tanto en términos porcentuales como en valores absolutos.



*** ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Esto demuestra que la categoría A aporta 10 veces más que la categoría K (en términos porcentuales)**



****ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Este gráfico muestra la cantidad de veces menos que significa el aporte según la categoría, o sea que la categoría K aporta 10 veces menos que la categoría A***

INEQUIDAD EXTERNA

Externamente ocurre lo mismo entre los monotributistas y los trabajadores en relación de dependencia, porque por vía de los asalariados ingresa al sistema un total del 9% de su remuneración bruta. Mientras que para los monotributistas ese aporte, como acabamos de indicar es de un mínimo del 0,45% hasta un máximo de 4,57%

EL MONOTRIBUTISTA Y LAS OBRAS SOCIALES

En el siguiente gráfico se calculó cual sería el aporte a las obras sociales si se mantuviera el porcentual con respecto al monto superior de facturación de la categoría A, que es de 4,569%. A simple vista se puede observar que la categoría K (que hoy aporta 1.775 pesos), si mantiene el porcentual de la categoría más baja, debería estar aportando 17.751,80 pesos. Además, se ilustra como baja el porcentaje a medida que aumenta la categoría (mientras que la categoría A representa un 4,569%, la categoría K significa un 0,457%).

Categoría	Porcentaje S/ Facturación total Mensual	N veces la categoría A	Aporte Teórico Manteniendo porcentaje Inicial
A	4,569%	1,000	1.775,18
B	3,074%	1,486	2.638,78
C	2,196%	2,081	3.694,29
D	1,595%	2,865	5.085,65
E	1,208%	3,784	6.716,89
F	0,966%	4,730	8.396,12
G	0,805%	5,676	10.075,34
H	0,650%	7,027	12.474,23
I	0,581%	7,865	13.961,55
J	0,507%	9,014	16.000,60
K	0,457%	10,000	17.751,80

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO:** *En esta simulación se calculó lo que “debería pagar las categorías más altas”. Si bien puede parecer que los de las categorías superiores estarían aportando una suma considerable, dichos aportes tendrían la libre disponibilidad para ser derivados a cualquier otro subsector del sistema de salud*

El monotributista aporta a junio 2022, por todo concepto la **suma total de \$1.941,15** mensual y además debe subrayarse que el monto es el mismo sea cual fuere la categoría del monotributista.

En el caso de un empleado en relación de dependencia, como indicamos más arriba, el pago obligatoriamente deben realizarlo los trabajadores (aportes) y sus empleadores (contribuciones). Como regla general, el trabajador aporta un **tres por ciento (3%)** de su remuneración bruta (art. 16, inc. b, Ley de Obras Sociales 23.660). El empleador, a su vez, por imperio de lo normado en la Ley de Obras Sociales, a través de su artículo 16, inciso a, se le impone “una contribución equivalente al seis por ciento **(6%) de la remuneración** de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia” (aplicación art. 80, ley 25.265).

CUADRO COMPARATIVO DE APORTES: MONOTRIBUTISTA Y EMPLEADO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

		Aporte 9%	Aporte Monotributista	Rel Obli/ Mono
SALARIO MÍNIMO AL 1.06.2022 (Según decreto PEN)	45,540	4098.6	1775.18	131%
SALARIO MÍNIMO AL 1.08.2022 (Según decreto PEJ)	47,850	4306.5	1775.18	143%
SALARIO PROMEDIO AL 4to trim 2021 (Según INDEC)	55,823	5024.07	1775.18	183%

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

En este cuadro se puede ver que un salario mínimo a agosto del 2022 aportará 143% más que un monotributista de cualquier categoría, incluso la K. Según el INDEC el salario promedio de la República Argentina en el cuarto trimestre DEL 2021 fue de 55.823 pesos con lo cual el aporte promedio aproximado de todo el sistema sería de unos 5.024,07 pesos, es decir, un 183% más que el aporte de los monotributistas, esto sin contar con los ajustes salariales del primer semestre del 2022.

EL DESBALANCE EN EL FINANCIAMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES

Veremos que comparando los respectivos aportes en el caso del empleado en relación de dependencia y en el caso del monotributista existe un *evidente desbalance* que desnaturaliza el equilibrio del sistema.

El cálculo estimado de acuerdo al siguiente cuadro sirve como referencia y aproximación a la problemática:

	Aportantes	Monto mensual
Empleados Privados	6.089.300	\$ 11.032,00
Monotributistas	1.805.700	\$ 1.775,18

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES OFICIALES: Datos del Informe sobre Situación y Evolución del Trabajo Registrado mayo 2022 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.**

Monotributistas	Facturación Anual	Aporte Impuesto	Aporte Jubilación	Aporte Obra Social
Categoría "A"	\$ 466.201,59	\$ 288,07	\$ 1.270,99	\$ 1.775,18
Categoría "K"	\$ 4.662.015,87	\$ 20.018,3	\$ 3.296,62	\$ 1.775,18

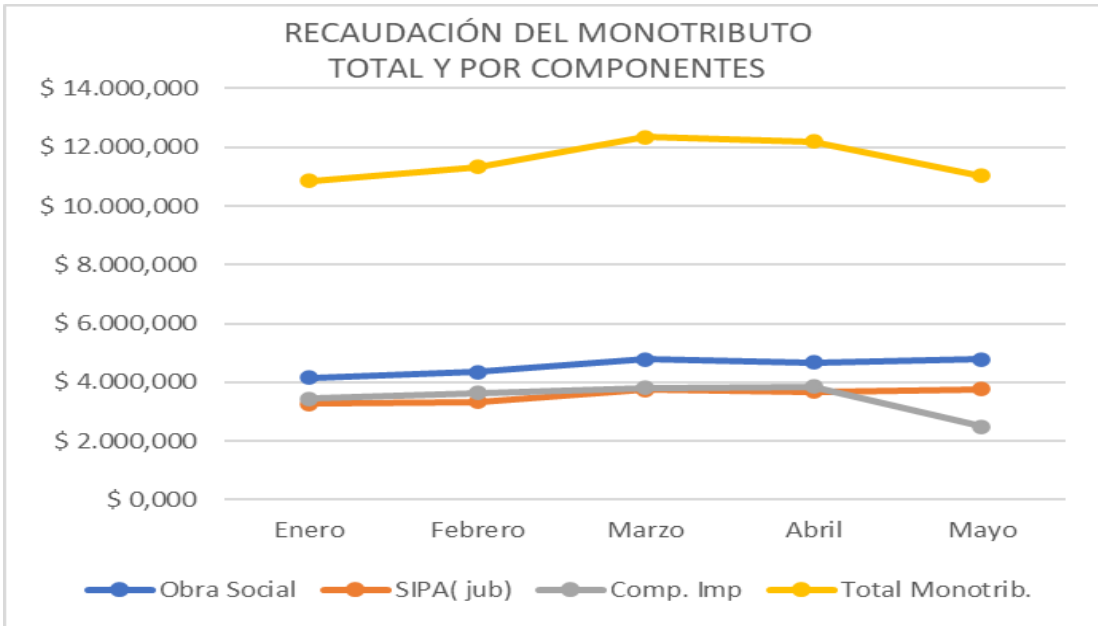
- **ELABORADO EN BASE A FUENTES OFICIALES: Datos de la AFIP**

**DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL MONOTRIBUTO EN
RELACIÓN A SU COMPONENTE DE SALUD. HACIA UNA PROPUESTA
SUPERADORA**

Recaudación Monotributistas por componentes						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
OBRA SOCIAL	\$ 4.149,559	\$ 4.344,498	\$ 4.777,782	\$ 4.676,009	\$ 4.772,838	\$ 22.720,686
SIPA - JUBILACIÓN	\$ 3.271,022	\$ 3.343,776	\$ 3.749,524	\$ 3.678,664	\$ 3.759,911	\$ 17.802,898
COMPONENTE IMPOSITIVO	\$ 3.444,991	\$ 3.632,927	\$ 3.819,225	\$ 3.844,562	\$ 2.503,030	\$ 17.244,734
TOTAL MONOTRIBUTO	\$ 10.865,572	\$ 11.321,201	\$ 12.346,532	\$ 12.199,235	\$ 11.035,779	\$ 57.768,318
TOTAL RECAUDACIÓN	1.291.122	1.263.973	1.344.469	1.450.063	1.665.309	7.014.936
% DEL TOTAL MONOTRIBUTO vs TOTAL RECAUDACIÓN	0,84156%	0,89568%	0,91832%	0,84129%	0,66269%	0,8235%
COMPONENTE IMPOSITIVO vs. TOTAL RECAUDACIÓN	0,266821%	0,287421%	0,284069%	0,265131%	0,150304%	0,2458%

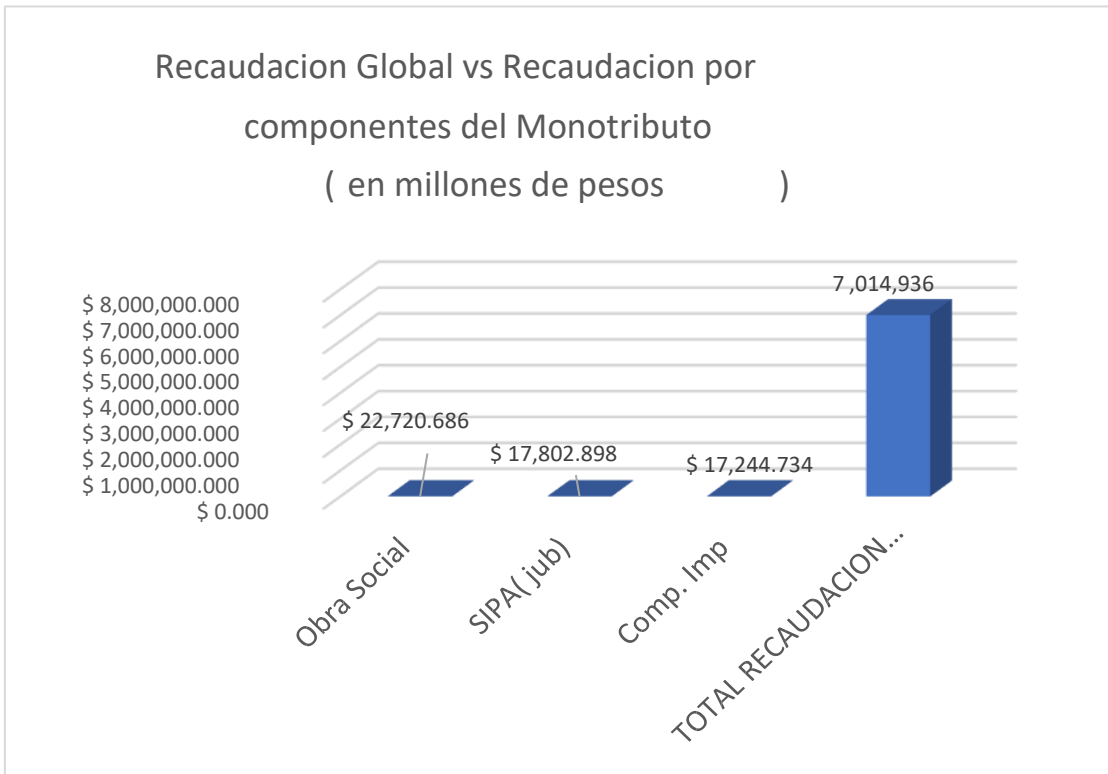
- **ELABORADO EN BASE A FUENTES OFICIALES: Datos de la AFIP**

En este cuadro se refleja la **recaudación impositiva total del Estado** (azul), y la **recaudación total del monotributo** (amarillo). Una primera **conclusión** que demuestra la desnaturalización del monotributo como mecanismo de recaudación impositiva se refleja en que **representa menos del 1% (0.82% - verde) del total de la recaudación del estado**. A su vez, **el componente impositivo puro del monotributo representa el 0.24% de la recaudación total (naranja)**, lo que refuerza aún más la idea de que el monotributo como instrumento de recaudación impositiva es prácticamente insignificante.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES OFICIALES: Datos de la AFIP**

En este gráfico se puede visualizar que los tres componentes del monotributo tienen un comportamiento similar en cuanto a su componente de recaudación.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES OFICIALES: Datos de la AFIP**

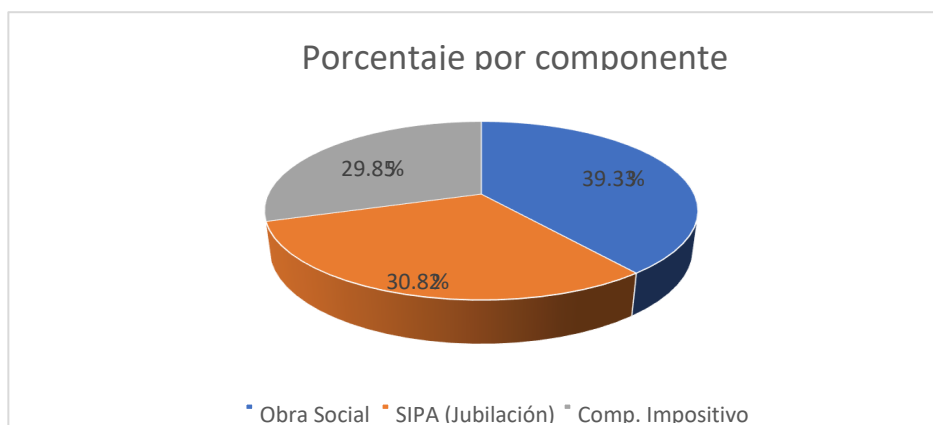
En este gráfico se evidencia que la recaudación por cada componente del monotributo en relación a la recaudación total del Estado es insignificante. En este sentido podemos observar que la recaudación por monotributo en su componente de obra social está en el orden de los 22.700 millones de pesos, el componente jubilatorio representa 17.800 millones de pesos, mientras que el componente impositivo está en el orden de los 17.200 millones de pesos, mientras que la recaudación total del estado representa 7 billones de pesos (todo esto acumulado a mayo 2022). Datos visiblemente significativos que **ponen de manifiesto la insignificancia del monotributo como instrumento recaudatorio para el Estado.**

Recaudación por componente en porcentaje sobre el total recaudado

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
Obra Social	38,19%	38,37%	38,70%	38,33%	43,25%	39,33%
SIPA Jubilación	30,10%	29,54%	30,37%	30,15%	34,07%	30,82%
Comp. Impositivo	31,71%	32,09%	30,93%	31,51%	22,68%	29,85%
Total Monotributo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES OFICIALES: Datos de la AFIP**

En este cuadro se puede observar lo que venimos desarrollando en cuanto a lo recaudado por el monotributo en sus diferentes componentes entre enero y mayo del 2022 **medido en términos porcentuales**, donde se puede visualizar que las partes son relativamente proporcionales.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

TERCERA PARTE DEL SEGUNDO ESTUDIO

DESARROLLO Y HALLAZGOS

EL APOORTE DEL MONOTRIBUTO NO CUBRE EL MÍNIMO DEL GASTO DEL PMO

Para **corregir estas incongruencias**, cabe pensar en introducir algún criterio de distribución basado en la igualdad proporcional o igualdad de acuerdo con la analogía.

Esto parte de la base de que el **sistema de obras sociales** se funda en el criterio de la **justicia distributiva**, donde los beneficiarios eran los trabajadores formales, cuya contribución al sistema estaba dado en relación a su ingreso, es decir, su salario. Concretamente el que más tiene más aportaba y el que cobraba un menor salario aporta menos y luego se construye una masa solidaria donde independientemente del ingreso de cada trabajador, la calidad de la prestación en materia de salud es igual para todos.

Este criterio quedó pulverizado por el esquema del **monotributo** donde independientemente de la facturación el aporte individual a la cobertura en salud es siempre el mismo, es decir, que se quiebra con el sistema de justicia distributiva sobre el cual se funda el sistema de las obras sociales, generando una enorme brecha que trae como consecuencia una fuerte desfinanciación de las mismas.

A junio 2022 todos los monotributistas aportaron a las obras sociales **\$ 1.775,18** a lo que debemos restar un 20% que se deriva al Fondo de Redistribución, es decir 355,03 pesos, lo que configura un aporte neto de 1.420,15 pesos, a lo que a su vez hay que sumar 521 pesos en concepto del subsidio SUMARTE, lo que da un total de **\$ 1.941,15**, mientras que PROSANITY CONSULTING y la UNIVERSIDAD ISALUD realizaron un trabajo de actualización de *“La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO)”* estimando para febrero de 2022 su valor en **4.630 pesos**. Como vemos, ***el aporte de los monotributistas cubre apenas poco más de un tercio del gasto promedio del PMO***. En síntesis, no resulta sustentable que el valor del PMO

financiado por las obras sociales es de 4.630 pesos mientras que la recaudación promedio *per cápita* del monotributo sea de apenas 1.941,15 pesos.

PMO (según PROSANITY - ISALUD)	\$4.630
Aportes de los MONOTRIBUTISTAS	\$1.941,15
Diferencia (negativa)	-\$2.688,85

- ***ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: El aporte de los monotributistas se tomó a junio del 2022, mientras que el valor del PMO es de febrero del mismo año (no tenemos el valor actualizado) con lo cual hoy la diferencia debe ser aún mayor***

Se desprende de una investigación de *MiObraSocial.com.ar*, una plataforma que reúne información y valoración de usuarios del sistema de salud, que **el 47,44% de los monotributistas se inscribe solo para tener cobertura médica**, lo que demuestra una clara desnaturalización del sistema, que pone de manifiesto el bajo impacto tributario que significa su inscripción (para el cual en esencia fue creado) mientras que para el sistema de salud de las obras sociales puede significar un gasto catastrófico y de hecho pone en evidencia un incorrecto diseño en materia de cobertura de la salud.

ANÁLISIS EN BASE A EVIDENCIA EMPÍRICA: EL CASO OSDEPYM

COMPARACIÓN ENTRE MONOTRIBUTISTAS Y OBLIGATORIOS

³Se determinó el gasto medio por afiliado, por un lado, para el plan P-800 (cobertura básica/PMO) y por otro lado los planes superadores (P-2000, P-3000, y P-4000).

Esto se realizó para los afiliados tipo monotributistas y por otro lado para los tipos obligatorios de forma de compararlos monitoreando su relación a lo largo del tiempo.

Es importante aclarar en este punto que OSDEPYM cuenta con otros planes de tipo superador (P-2500, STAFF, Personal, otros) que no son utilizados en este trabajo por no satisfacer requerimientos técnicos de la metodología de cálculo empleada

³ Para más información referirse a Moldovan H. [2] et al. (2022). *Reporte técnico NRO 003/2022: Medición del Gasto Catastrófico - IIDOS*

(en particular: cantidad de afiliados mínima para todos los meses del periodo de análisis)

En el siguiente gráfico se muestra la evolución del padrón de afiliados para los 4 planes utilizados en este estudio.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 2. Evolución de los afiliados activos (con cobertura) para cada uno de los planes considerados. Eje y con escala logarítmica**

De este gráfico tomamos nota de:

- En general el padrón (o cantidad de afiliados) de los afiliados monotributistas y obligatorios evolucionó de forma similar
- En el plan P-2000 se destaca el cambio relativo (aumento de monotributistas) a partir del inicio de la pandemia Covid19

- El plan P-4000 evidencia un cambio a partir de abril 2020 y muestra valores muy bajos antes de junio 2019. Esto último se tendrá en consideración para cálculos estadísticos futuros.

Como se discutió previamente, uno de los aspectos que más afecta el gasto es la edad de los afiliados. Es importante la edad media como la distribución. Asimismo, tener en cuenta que esta distribución es consecuencia de la cantidad de adherentes de cada afiliado titular.

Plan Básico

En la siguiente figura se visualiza que el gasto medio de ambos grupos de afiliados lleva un comportamiento similar a lo largo de los años analizados, siendo los principales forzantes identificados:

- Impacto inflacionario
- Inicio de la pandemia Covid19
- Sin observarse claramente el efecto estacional esperado para este tipo de serie de tiempo.

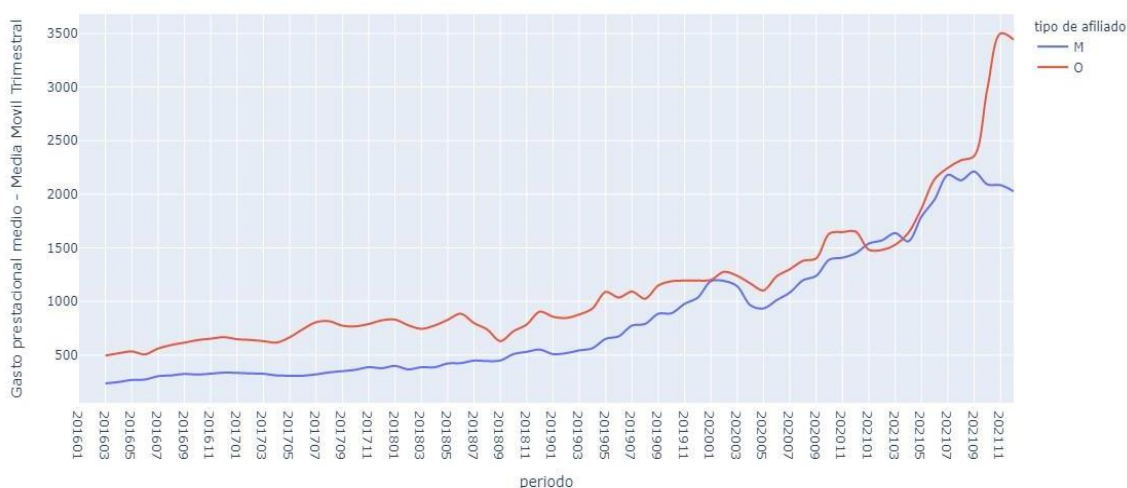
En el gráfico se visualiza claramente un pico en el gasto medio de noviembre de 2021 el cual se debe a un incremento en el gasto catastrófico (se registra un consumo de **ARS 23.165 M**) y no resulta relevante para este estudio.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 4. Evolución mensual del gasto medio por afiliado para planes básicos (cobertura PMO). El pico en noviembre 2021 corresponde a un gasto catastrófico puntual**

Como se mencionó previamente, el gasto per cápita mensual se ve afectado por particularidades de cada mes y efectos como el consumo de los afiliados catastróficos que no se requieren para este análisis. Para eliminarlos se aplica la media móvil (3) obteniendo para el último trimestre analizado los siguientes valores:

PLAN BASICO - media movil



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 5. Evolución mensual del gasto medio por afiliado para planes básicos (cobertura PMO). Curvas suavizadas aplicando media móvil (3)**

Evidentemente, aunque con menor impacto, el efecto del outlier (el impacto en el cálculo del afiliado catastrófico antes mencionado) se mantiene al realizar la media móvil.

Valores característicos del Q4 2021 - Plan Básico

Tipo de afiliado	Gasto medio mensual [ARS]
Monotributista	2027
Obligatorio	3442(*)

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO (*) Valor sobreestimado por un gasto catastrófico**

Más allá del comportamiento cualitativo similar de ambas curvas, el cálculo del cociente entre ambas permite monitorear cómo ha evolucionado desde 2016 a la fecha la relación entre el gasto de ambos grupos de afiliados.

Se observa que hacia mediados del 2017 la relación del gasto entre ambos grupos se modificó. Previo a dicha fecha el gasto de los obligatorios era aproximadamente el doble que los monotributistas y luego (sin considerar el efecto del outlier) el gasto

de los monotributistas de incremento consistentemente hasta casi alcanzar los valores característicos de los afiliados obligatorios durante todo el 2021:

Antes de julio 2017: Gasto Monotributistas \simeq 0.5 × Gasto obligatorios

Después de enero 2021: Gasto Monotributistas \simeq 0.92 × Gasto obligatorios

Varios factores explican estos cambios, pero se destacan los cambios comerciales de la OS en relación a la capitación del gasto prestacional.

En particular el gasto capitado para los afiliados monotributistas del plan P-800 asciende a más de ARS 8 Millones de pesos al final del periodo de estudio.

Planes Superadores

En la siguiente figura se visualiza que el gasto medio de ambos grupos de afiliados lleva un comportamiento similar a lo largo de los años analizados siendo los principales forzantes identificados: Impacto inflacionario Inicio de la pandemia covid19⁴. Sin observarse claramente el efecto estacional esperado para este tipo de serie de tiempo.



- ***ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 7. Ídem figura 4 para Planes Superadores***

⁴ El impacto de la pandemia se manifiesta mucho más claramente en los planes superadores.

El gasto per cápita mensual se ve afectado por particularidades de cada mes y efectos como el consumo de los afiliados catastróficos que no se requieren para este análisis. Para eliminarlos se aplica la media móvil (3) obteniendo para el último trimestre analizado los siguientes valores:



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 8.**
Ídem figura 5 para Planes Superadores

Valores característicos del Q4 2021 - Planes Superadores

Tipo de afiliado	Gasto medio mensual [ARS]
Monotributista	4635
Obligatorio	3720

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

Más allá del comportamiento cualitativo similar de ambas curvas, el cálculo del cociente entre ambas permite monitorear cómo evolucionó de 2016 a la fecha la relación entre el gasto de ambos grupos de afiliados.

La siguiente figura muestra claramente como la relación fue disminuyendo pasando de ser el gasto de los monotributistas casi 2 veces el de los obligatorios en el año 2016, a ser hacia el final del 2021 de solo un 20% superior:

$$\text{Gasto Monotributistas} \simeq 1.2 \times \text{Gasto obligatorios}$$

Haciendo un primer análisis puramente matemático la caída *cuasi lineal y monótona* de la ratio (figura 8) se debe a que ambas curvas van creciendo mes a mes, principalmente por la inflación, manteniendo un 'gap' o corrimiento aproximadamente constante.

Resultará interesante buscar una explicación a dicho corrimiento aproximadamente constante:

$$\text{Gasto Monotributistas (t)} \simeq \text{Gasto obligatorios (t)} + \text{Cte}$$

Si bien se deja este análisis para otro trabajo aquí marcaremos que existen varios factores explican estos cambios entre ellos los cambios comerciales de la OS en relación a la capitalización del gasto prestacional.

Cuanto mayor es la proporción del gasto prestacional capitada más próximos deberán ser los gastos promedio de todos los tipos de afiliados. Ver Anexo 1 para mayor detalle de este análisis.

Sustentabilidad del financiamiento de servicios de salud para monotributistas

Como se mencionó en las secciones anteriores resumimos algunos resultados obtenidos para los afiliados monotributistas de OSDEPYM con cobertura básica.

La siguiente información corresponde a los afiliados monotributistas plan básico - último trimestre del año 2021.

Resultados último trimestre 2021

Gasto medio solo PRESTACIONAL por afiliado	\$2027
Gasto medio TOTAL por afiliado (se adiciona 8%)	\$2190
Aporte directo Obra Social del periodo	\$1409
% afiliados con algún consumo y gasto medio mensual menor a \$2190	95,7%
Margen neto por afiliado	(-\$781)

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

Basados en estos resultados es evidente la insustentabilidad del sistema.

Por cada afiliado monotributista con cobertura básica la OS (OSDEPYM) perdía hacia fin del 2021 \$781 por mes.

OSDEPYM mantiene una masa de afiliados monotributistas muy estable, alrededor de 80.000 (ver Figura 2 para plan P-800), o sea que esta pérdida por afiliado implica un flujo neto mensual negativo superior a los \$62M/mes.

Análisis de sensibilidad

El análisis anterior, además de ser una primera aproximación, resulta ser un caso optimista.

Los resultados de gasto medio (\$2027) no dependen simplemente de las características de la población de afiliados, sino que surge también de: la oferta y calidad de servicios.

Las siguientes consideraciones exponen adicionalmente la fragilidad del sistema.

El resultado económico (pérdida de \$62M/mes) se basa en que más del 90% de los monotributistas con cobertura básica (PMO) **no consumen** o bien casi no usan la OS.

Proyecciones al 30 de junio 2022: El incremento del costo de los medicamentos (37%) supera al incremento del aporte de OS (26%)

Los medicamentos representan el 43.2% del gasto prestacional, esto con mucho más impacto sobre los que consumen.

Cada punto de incremento de los medicamentos sobre los aportes representa un incremento de pérdida por afiliado de \$ 6.13.

Un último aspecto a destacar es que este análisis simplificado asume el desacople entre el consumo de los afiliados y el aporte que realizan. Es de esperar que un incremento en el aporte implique un mayor consumo por parte de la gran masa de afiliados que hoy no lo hacen. Por mínimo que fuese ese aumento de la tasa de uso generaría efectos catastróficos en el sistema de obras sociales.

Esto último, muestra lo perverso del sistema. La única forma de evitar el colapso es generar trabas de uso (i.e. aranceles o copagos y trabas para arancelarias) para que la gran masa de afiliados que aportan y no consumen se mantengan en esa situación.

Conclusiones generales

Se determinó el impacto de los afiliados monotributistas en las capacidades de OSDEPYM de financiar su gasto.

Si bien no se incluye en este análisis el impacto de los subsidios directos (SUMA, SUMARTE, SUMA 70) ni los indirectos (SUR) los resultados muestran claramente la gravedad del problema.

Próximos pasos

Evaluar el impacto desagregado de afiliados monotributistas individuales vs. monotributistas con adherente.

Validar el modelo desarrollado para otros subgrupos de afiliados. En particular plantear la predicción de los afiliados voluntarios de OSDEPYM a partir del uso de datos de obligatorios.

Analizar el padrón de ingresos y el padrón de egresos para entender el impacto en:
o Ingresos o Egresos por cápitas o Egresos por consumos.

Continuar el análisis con datos del 2022 incluyendo los ingresos por subsidios directos.

CUARTA PARTE DEL SEGUNDO ESTUDIO

PROPUESTAS

FORMULACIÓN DESPUÉS DE LA REFORMA

La reforma que tuvo media sanción el 15 de junio en la Cámara de Diputados a la Ley 27.977 del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (monotributo) **sigue la línea argumental y la lógica jurídica y social que venimos planteando** a lo largo del documento, donde podemos ver que en el transcurso del tiempo **el componente impositivo ha ido cediendo espacio frente al componente previsional y de salud**. A tal punto fue tajante esta media sanción de diputados que para las categorías más bajas A y B directamente eliminó el componente impositivo dentro del **sentido general de la reforma que tiene por objetivo llevar alivio fiscal a la gente**.

Dicho esto, podemos avanzar en el marco conceptual que permita mejorar el equilibrio del vínculo entre el aporte que se hace para las obras sociales por vía del monotributo, que consistiría en **reasignar el monto actual definido como componente impositivo y pasar un porcentaje del mismo al componente de obra social**.

Previo cabe aclarar que conforme al artículo 55 de la Ley 24.977 del 100% del componente impositivo, un 70% va al Estado Nacional (ANSES), mientras que el 30% restante se destina a las jurisdicciones provinciales. Con esto queremos aclarar que la reasignación sólo es posible sobre el 70% que se destina a las arcas de la Nación.

Ahora bien, sobre esta base tenemos **dos escenarios posibles**:

- a.- uno de **máxima**, donde el 70% que va al Estado Nacional se reasigne como cuota salud para las obras sociales
- b.- uno de **mínima**, que el 50% del 70% se destine como cuota salud y el resto siga como componente impositivo. Cualquiera sea la posición que se alcance en ambos supuestos **la reasignación de recursos para las obras sociales**

sería altamente significativa, mientras que el efecto que produciría en las arcas del Estado Nacional sería meramente simbólico.

Queda a salvo el 30% del componente impositivo ya que solo es modificable por vía legislativa o acuerdo interprovincial. **El resto del 70% entendemos que es perfectamente reasignable por vía de Resolución de la AFIP toda vez que va siempre a ANSES.**

Los términos y condiciones que hacen sustentable este concepto se basan en el criterio de que **la AFIP puede, ya que ha sido así delegada por ley, redefinir los montos de cada uno de los tres componentes: impositivo, jubilación y obra social. La AFIP puede aumentar los montos de cada categoría, dentro de las pautas fijadas por la ley, por lo tanto, también entendemos que puede modificar los montos en cuanto su reasignación.**

La AFIP puede aumentar las cotizaciones de los componentes, entonces también puede reasignar el monto que hoy corresponde al componente impositivo y sumarlo a las Obras Sociales. Esto implicaría un aumento sustancial a favor de la Obra Social, SIN AUMENTAR el monto total abonado mensualmente por el monotributista, lo cual sigue en consonancia con el marco de alivio fiscal planteado por el gobierno.

El Monotributo vence el 31/12 y entendemos que aún no se han renovado los valores de los aportes. **En este contexto es importante aprovechar este momento para negociar la línea argumental que venimos sosteniendo.** Una vez que este proyecto sea sancionado y se convierta en Ley, cuando pase al PEN para su reglamentación es el momento para intercalar la idea de reasignación, ya sea en la posición de máxima o de mínima, para atender la situación financiera de las obras sociales por vía de la AFIP que tiene delegada la facultad para fijar los montos.

Generalmente se piensa de modo casi automático que siempre corresponde “aumentar los tributos” (la ley emplea la palabra “actualizar”); sin embargo, quien puede lo más puede lo menos (técnicamente se estaría produciendo una rebaja de la carga impositiva). Por lo tanto, “actualizar” no necesariamente significaría siempre “aumentar”, sino que estrictamente implica poner al día, realizar, dar el valor correspondiente. Es decir, entendemos que la AFIP puede también “bajar” los

montos impositivos, salvo el 30% de las Provincias (es intocable) todos los otros montos los pueden cambiar o intercambiar, lo que iba a IMPUESTOS ahora va a OBRA SOCIAL.

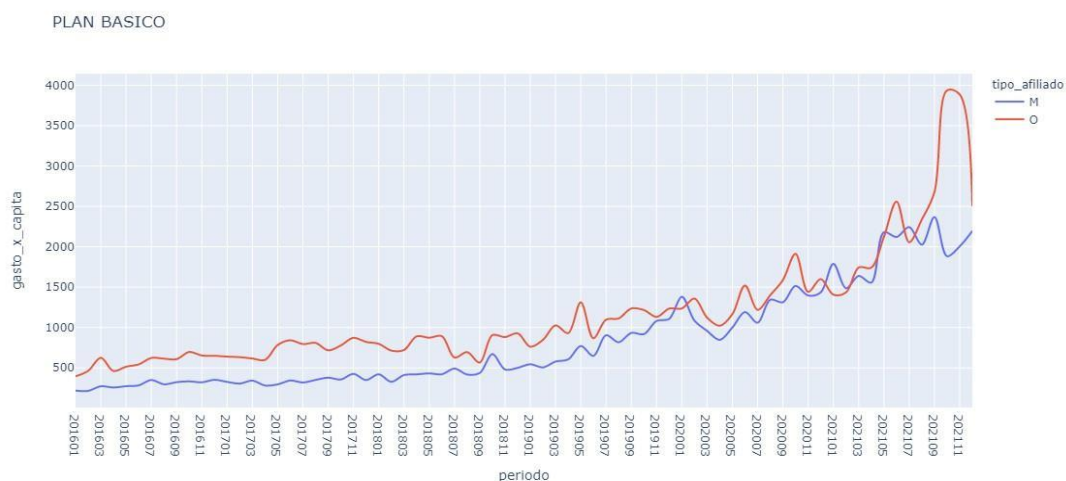
Para finalizar, entendemos que este **es el “único” intento válido de mejorar la situación financiera de las obras sociales** sin alterar el espíritu del gobierno respecto de la reforma impositiva en cuanto a llevar alivio físico a la gente. **Cualquier otro intento implicaría un aumento del monotributo, ya sea planteando el aumento de la cuota social del mismo, o bien estableciendo un sistema incremental progresivo de acuerdo a la categoría.**

El presente estudio tiene como objeto principal entender el impacto de financiar el gasto en salud básico (PMO) para los afiliados *tipo monotributistas*. Para este trabajo se emplea toda la información registrada por OSDEPYM en el periodo (periodo de estudio) comprendido entre el 01/2016 y el 12/2021 inclusive.

De esta forma, se espera que, a partir de los resultados obtenidos, junto al análisis cualitativo de las situaciones particulares identificadas en los más de 5 años de datos analizados, se pueda extraer conclusiones firmes sobre el tema de interés.

Principales resultados para monotributistas con cobertura básica:

Se determinó el gasto medio por afiliado, por un lado, para el plan P-800 (cobertura básica/PMO) y por otro lado los planes superadores (P-2000, P-3000, y P-4000).



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: Figura 1. Evolución del gasto medio por afiliado (plan P-800). Afiliados monotributistas vs obligatorios**

El gasto per cápita mensual se ve afectado por la inflación, por cambios en la oferta de la OS y por la fluctuación propia del gasto catastrófico. Con el objeto de minimizar la influencia de esto último se aplica una media móvil (3 meses), obteniéndose los siguientes resultados para el último trimestre analizado:

Valores característicos del Q4 2021 - Plan Básico

Tipo de afiliado	Gasto medio mensual [ARS]
Monotributista	2027
Obligatorio	3442 (*)

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO: (*) Valor sobreestimado por un gasto catastrófico**

Tal como se observa en la figura 1, el gasto medio de los monotributistas es inferior al de los obligatorios en todo el periodo de análisis.

La siguiente tabla resume los resultados obtenidos para el último trimestre analizado:

Resultados último trimestre 2021

Gasto medio solo PRESTACIONAL por afiliado	\$2027
Gasto medio TOTAL por afiliado (se adiciona 8%)	\$2190
Aporte directo Obra Social del periodo	\$1409
% afiliados con algún consumo y gasto medio mensual menor a \$2190	95,7%
Margen neto por afiliado	(-\$781)

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

Basados en estos resultados es evidente la insustentabilidad del sistema.

Por cada afiliado monotributista con cobertura básica la OS (OSDEPYM) perdía hacia fin del 2021 \$781 por mes, o sea que esta pérdida por afiliado implica un flujo neto mensual negativo superior a los \$62M/mes.

Otros resultados hallados a destacar:

R1) Para planes superadores el gasto medio de los monotributistas se incrementa fuertemente debido a que disminuye la fracción de afiliados que 'no usan' la OS:

Gasto Plan Básico Monotributistas Gasto Plan Superador Monotributistas

R2) En el plan básico, se observa un incremento en la relación (cociente) el gasto de los monotributistas respecto de los obligatorios:

Antes de julio 2017: Gasto Monotributistas \simeq 0.5 × Gasto obligatorios

Después de enero 2021: Gasto Monotributistas \simeq 0.92 × Gasto obligatorios

R3) El impacto de la pandemia se manifiesta mucho más claramente en los planes superadores (monotributistas y obligatorios)

R4) En el caso de planes superadores la relación entre gasto de monotributistas y obligatorios es inversa al caso de planes básicos. El gasto

de los monotributistas resulta ser mayor para todo el periodo de análisis del estudio:

$$\text{Gasto Monotributistas} \simeq 1.2 \times \text{Gasto obligatorios}$$

R5) Se observa una fracción muy alta de afiliados monotributistas que no consumen en el plan P-800

Nivel de consumo anual (2021)

Monotributistas - P800	Oblig. - P800	Monot. - P Superadores	Oblig. - P Superadores
BAJO 92.58 % MEDIO 4.95 % ALTO 2.45 %	BAJO 93.31 % MEDIO 4.23 % ALTO 2.46 %	BAJO 64.06 % MEDIO 27.08 % ALTO 8.85 %	BAJO 65.74 % MEDIO 26.18 % ALTO 8.063 %

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO donde BAJO < AR\$ 1000/mes y ALTO > AR\$ 5000/mes**

R6) El modelo de expansión del gasto ha mostrado buenos resultados preliminares.

IMPACTO DE FINANCIAR LOS AFILIADOS OBLIGATORIO EN EL GASTO PRESTACIONAL

Aquí se trata de entender el impacto de financiar el gasto en salud para los afiliados obligatorios *tipo* monotributistas, es decir aquellos afiliados que las OS deben ofrecer el PMO.

Para lograr esto nos proponemos diseñar una metodología que permita estimar el gasto prestacional que implica ofrecer el PMO a afiliados tipo monotributistas extrapolando a partir de los datos transaccionales registrados por OSDEPYM.

Fuentes de datos y justificación

OSDEPYM es una OS que cuenta con datos históricos de consumo (datos transaccionales) de sus afiliados. Por otro lado, cuenta con información demográfica de sus afiliados y caracterización de los prestadores y procedimientos.

Para este trabajo se emplea toda la información registrada por OSDEPYM en el periodo (periodo de estudio) comprendido entre el 11/2015 y el 12/2021 inclusive.

Los afiliados de OSDEPYM son de varios tipos, pero el 50% de las transacciones (gastos/consumos) registradas en los últimos años son de afiliados tipo monotributistas. Es por esto que resultan de gran interés para este trabajo. En la siguiente referencia numérica se resume la fracción de consumos registrados para los datos de referencia según el tipo de afiliado.

M 0.534 Monotributistas

O 0.317 Obligatorios

V 0.085 Voluntarios

SO 0.035

JU 0.019

MS 0.009

OT 0.002 Otros

Dicha referencia numérica muestra adicionalmente que el siguiente tipo de afiliado en importancia son los de tipo obligatorio. En este trabajo presentaremos en un análisis comparativo de del gasto prestacional de los afiliados monotributistas respecto de los afiliados obligatorios

Con el objeto de generar conclusiones sobre el impacto de financiar el gasto en salud de los afiliados monotributistas se planteó como estrategia el análisis de los datos históricos de gasto medio por afiliado.

Teniendo en consideración todas las características de OSDEPYM para luego comparar el impacto del gasto de los afiliados monotributistas respecto de los afiliados obligatorios.

La estrategia planteada se basa en comparar a lo largo de los años distintas situaciones/escenarios de la OS. Luego, en cada caso comparar el gasto registrado por los monotributistas respecto a los afiliados obligatorios.

De esta forma, se espera que, a partir de los resultados obtenidos, junto al análisis cualitativo de las situaciones particulares identificadas en los más de 5 años de datos utilizados, se pueda extraer conclusiones firmes sobre el tema de interés.

En forma complementaria se desarrolló un modelo probabilístico para la estimación del gasto en población arbitraria basándose en los datos históricos de consumo por afiliado de OSDEPYM.

Más allá de los buenos resultados obtenidos este tipo de enfoque tiene limitaciones en la expansión a poblaciones muy diferentes a la de referencia. Asimismo, tiene impacto aspectos especiales del padrón de OSDEPYM y del manejo de la obra social (por ejemplo, cápitas). Es por este motivo que se incluye en este trabajo varios Anexos y se hace referencia a otros informes técnicos previamente difundidos.

Frente a las ***dos propuestas que tienen más consenso*** para disminuir la asimetría que representa el monotributo en relación a la brecha que significa ente el pool de riesgo y su pool de financiamiento, y que se expresa en a y b, proponemos una tercera vía en el punto c:

a.- **Aumentar la base del componente salud (esta propuesta se basa en que más de un tercio de los monotributistas están en la categoría más baja, la A, mientras que, en el otro extremo, solamente el 0.2% de los contribuyentes adheridos al monotributo están en la categoría I, J y K), o bien.**

b.- **Establecer un sistema aritmético progresivo en función de las categorías (este criterio se basa en establecer la cuota salud con el mismo criterio incremental que se aplica para la cuota jubilatoria e impositiva).**

c.- **Frente a estas dos alternativas proponemos un esquema que implique aumentar el componente salud sin que el mismo signifique un aumento del monotributo.**

Dicha propuesta podría resumirse en cuatro **características** que lo distingue:

a.- Como dijimos anteriormente **no aumenta el monotributo**;

Simulación Financiera de la propuesta:

Propuesta de Mínima - 35% del componente impositivo						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
En monto	\$ 5.355,31	\$ 5.616,02	\$ 6.114,51	\$ 6.021,61	\$ 5.648,90	\$ 28.756,34
En porcentaje s/Total Mono	49,29%	49,61%	49,52%	49,36%	51,19%	49,78%
En % s/ Rec. Global	0,42%	0,44%	0,46%	0,42%	0,34%	0,41%
Promedio mensual	\$ 5.751,27					
Proyeccion anual	\$ 69.015,22					

Fuente: Propia

Propuesta de Máxima - 70% del componente impositivo						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
En monto	\$ 7.594,55	\$ 7.977,43	\$ 8.597,01	\$ 8.520,57	\$ 7.275,87	\$ 39.965,42
En porcentaje s/Total Mono	0,6989553	0,7046447	0,6963095	0,6984512	0,6592981	0,6918225
En % s/ Rec. Global	0,59%	0,63%	0,64%	0,59%	0,44%	0,57%
Promedio mensual	\$ 7.993,08					
Proyeccion anual	\$ 95.917,01					

Fuente: Propia

- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

b.- Representa un **aumento de la recaudación del componente salud** del orden del 26,56% en la propuesta de mínima y del 76,89% para la propuesta de máxima.

c.- Implica una **verdadera baja impositiva**, atento a que su componente impositivo se reduce en un 70% en la propuesta de máxima y un 35% en la de mínima, el cual es destinado a un servicio esencial como es el caso de la salud;

d.- A su vez **los monotributistas se benefician por mejorar su acceso ante las obras sociales** atento a que **tendrán más recursos disponibles para destinar a las mismas**.

En este cuadro se simula como hubiera sido la recaudación del componente para obras sociales durante los meses transcurridos del año 2022 si se hubiera aplicado la **fórmula que proponemos**, la cual se basa en **reasignar el 70% o bien el 35% conforme la propuesta de máxima y de mínima, del actual componente**

impositivo del monotributo como componente de obra social, lo cual significaría un aumento del promedio en la recaudación del componente salud proyectando un ingreso promedio estimado de 5.751,27 millones de pesos en la propuesta de mínima, mientras que sería de 7.993,08 millones de pesos en la propuesta de máxima como promedio mensual y una recaudación anual de 75.223 millones de pesos. Es decir, estaríamos generando una recaudación de más de 69.015,22 millones de pesos anuales en la propuesta de mínima y 95.917,01 millones de pesos en la propuesta de máxima, para las obras sociales sin aumentar el monotributo.

ANEXO I DEL SEGUNDO ESTUDIO

Características particulares del padrón de OSDEPYM⁵

La información obtenida basándose en forma exclusiva del padrón de OSDEPYM debe considerar sus aspectos particulares que tienen impacto en los resultados de este estudio.

Como se comentó en el cuerpo principal del informe cuenta con muchas características que hacen a estos datos interesantes para el objetivo planteado. Sin embargo, es importante considerar y tener presente todas sus particularidades al momento de implementar métodos de extrapolación y/o al interpretar los resultados obtenidos.

En el informe '*Caracterización de Afiliados de OSDEPYM 2020*' realizado previamente se encuentra el detalle de donde extraemos a continuación los aspectos más relevantes para este estudio.

Los planes que se emplean en el estudio son el P-800 por un lado y por otro lado los planes P-2000, P-3000, y P-4000 que en forma conjunta denominaremos Planes Superadores.

La siguiente figura muestra la cantidad de *afiliados titulares* empadronados en cada plan hacia el final del periodo de datos utilizado (7/2020).

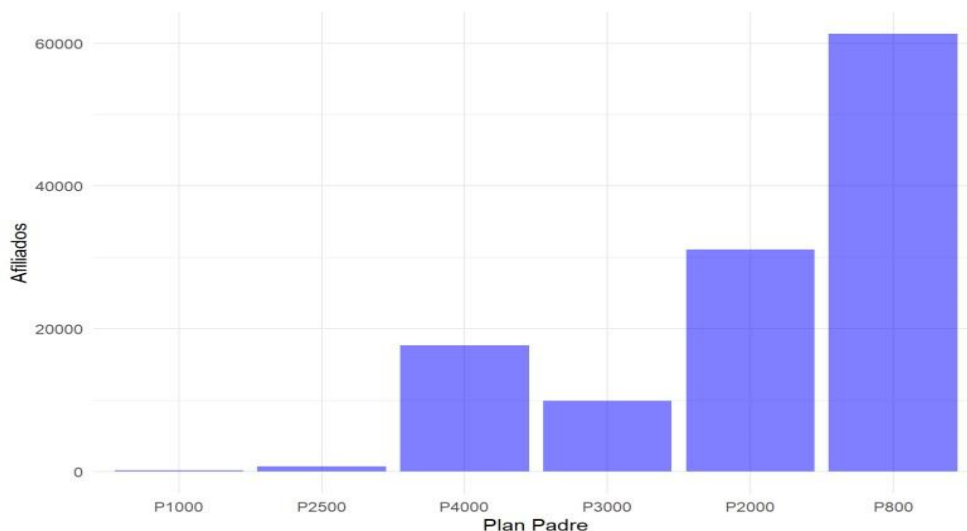
Se observa claramente en la figura que:

Los 4 planes seleccionados son los más relevantes en cantidad de afiliados

P-800 tiene una cantidad de afiliados de orden similar que los Planes Superadores

La cantidad de afiliados son suficientes para realizar análisis estadísticos

⁵ Para más detalle consultar Moldovan H. [1] et. al. (2022). *Reporte técnico NRO 004/2022: Edad como principal predictor del consumo*. IIDOS.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

En este punto es importante remarcar que el plan P-800 tiene una cobertura similar al PMO y serán los afiliados de este plan y sus respectivos consumos históricos los que son principalmente empleados para el estudio presentado en el informe.

Los afiliados de este plan (tanto los de tipo obligatorio como los de tipo monotributistas) tienen características demográficas y de consumo / usos relevantes a la hora de sacar conclusiones a nivel nacional. A continuación, extraemos solo algunas del informe previamente citado

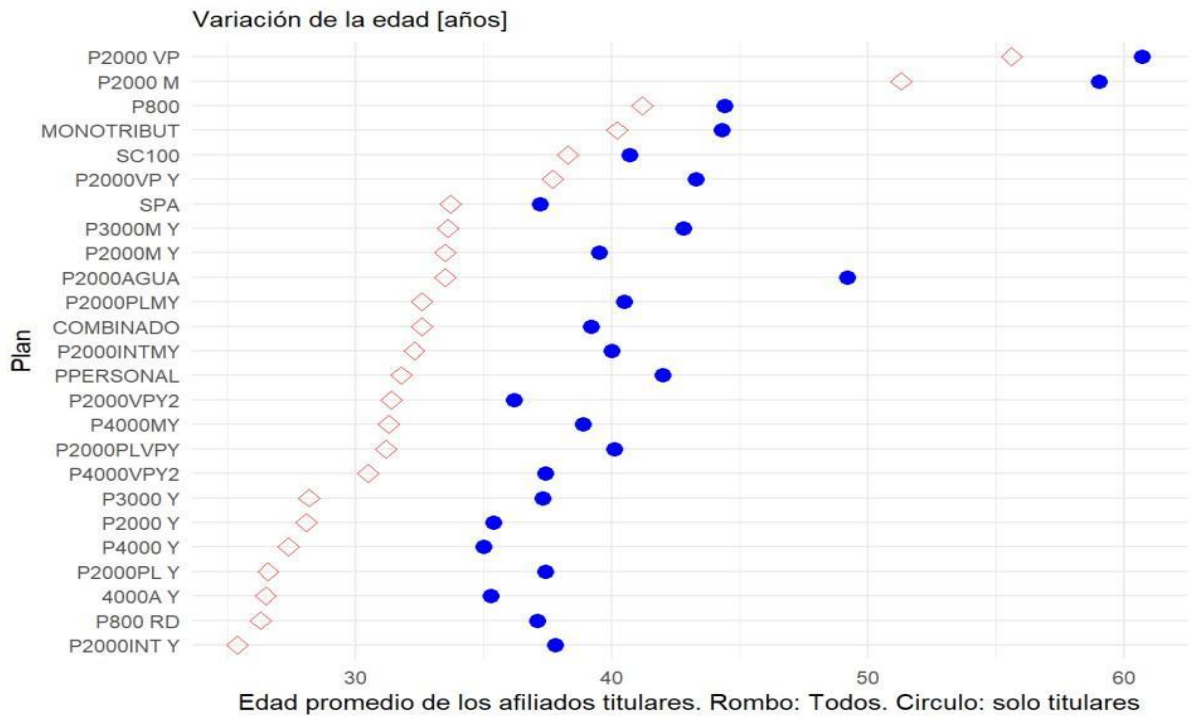
Características demográficas

Distribución etaria

La edad es la principal variable explicativa del gasto en salud. Como se muestra en el siguiente gráfico la edad del padrón desagregada por planes y sub-planes presenta muchas variaciones que deberán ser tenidas en consideración en el estudio:

Distribución etaria del P-800 vs P-2000

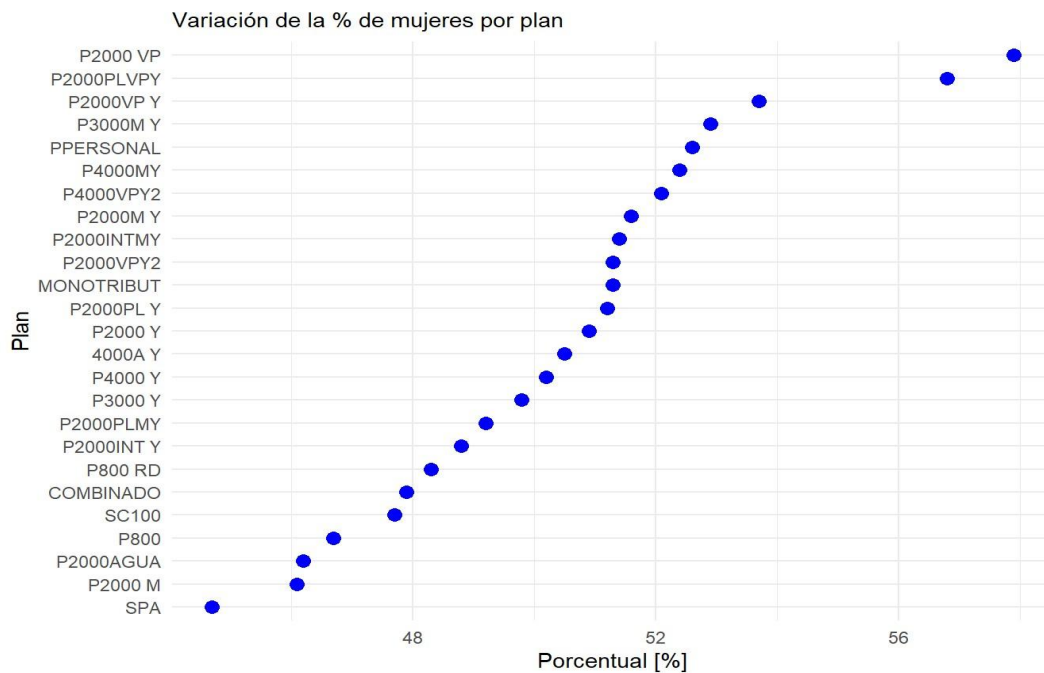
Es relevante considerar no solo la edad media sino determinar la distribución etaria de cada población.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

Género

Otra variable explicativa del gasto prestacional es la fracción de hombres y mujeres del padrón. En los datos de OSDEPYM se observa una importante variación tanto por plan como geográficamente



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

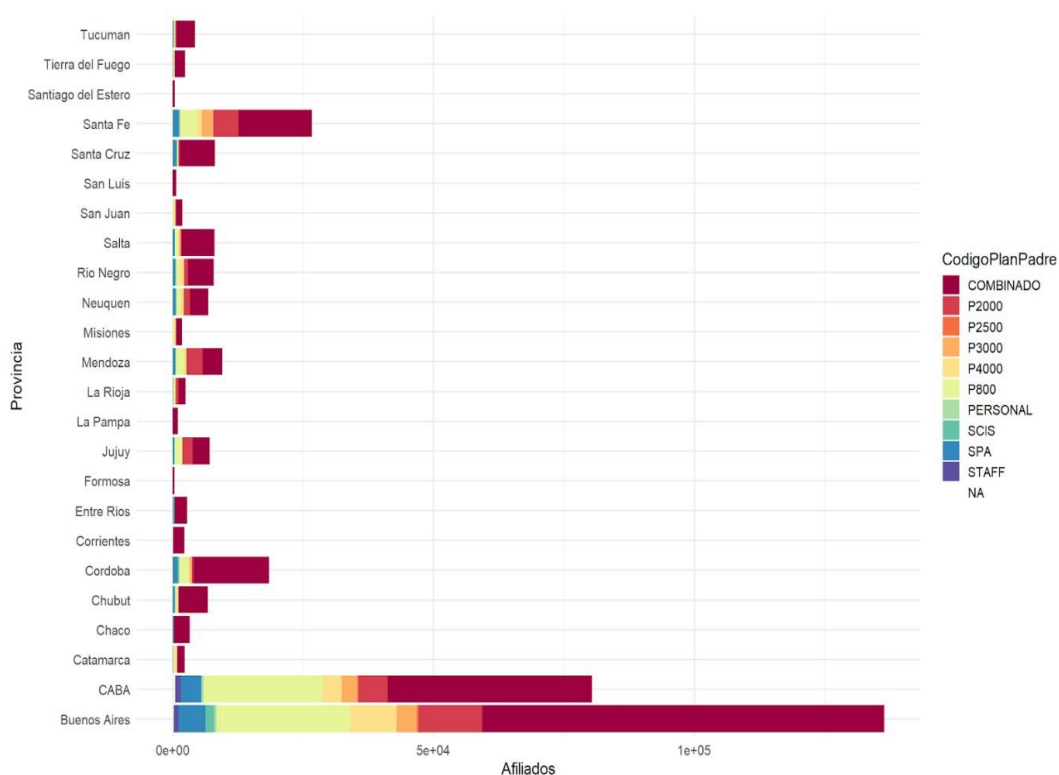
Características NO demográficas

El gasto prestacional registrado (en los datos empleados en este estudio) no solo depende de las características exclusivas de la población. También depende de características de la oferta de servicios de la obra social, sus costos y la interacción con todo el sistema de salud visto como 'competencia'.

Dependencia Geográfica

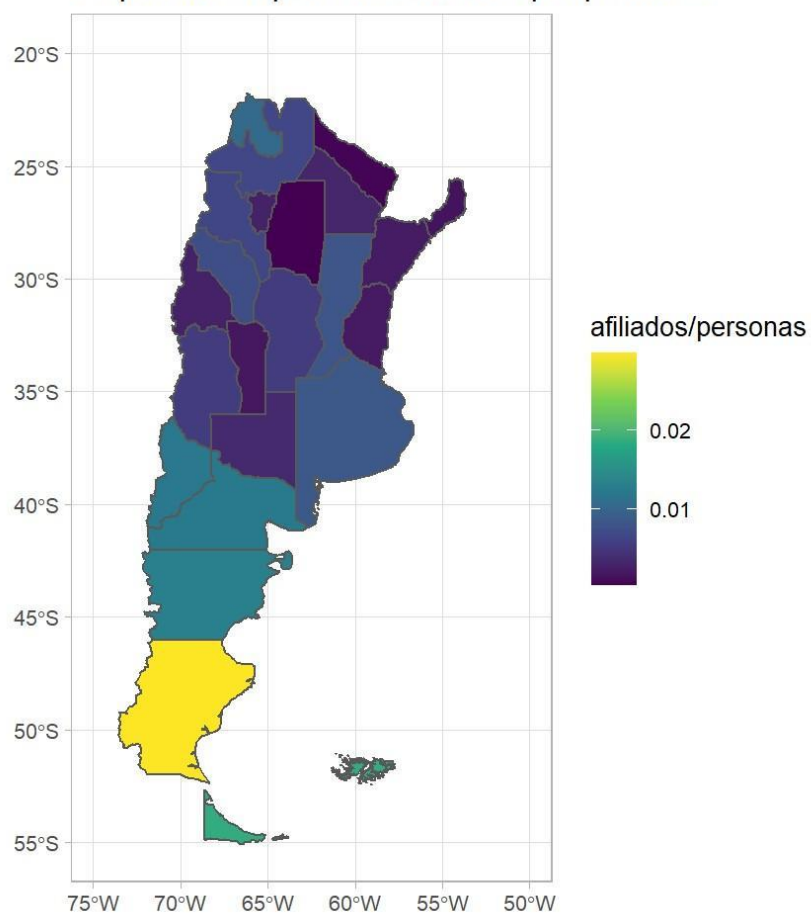
Obviamente los costos en salud no son iguales en todas las regiones del país. Será fundamental utilizar la distribución por región del padrón de OSDEPYM para poder realizar una expansión nacional.

A continuación, se presenta la ubicación de los afiliados de OSDEPYM por provincia pudiéndose observar la prevalencia de las regiones de CABA, GBA, y Provincia de Buenos Aires.



● **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

Proporción de personas afiliadas por provincia

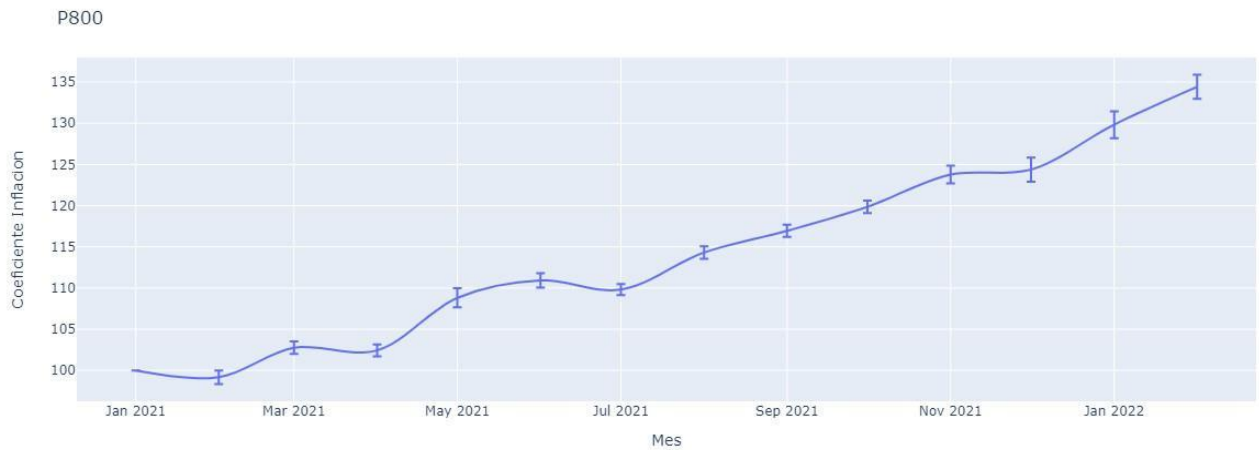


- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

Resultados

Se aplicó la metodología antes descrita para el caso de OSDEPYM y para el plan P-800 exclusivamente.

El siguiente gráfico muestra la evolución de los costos tomando como referencia 100 para *enero de 2021*.



- **ELABORADO EN BASE A FUENTES PROPIAS DEL INSTITUTO**

De esta forma, se observa que la metodología empleada genera un aumento acumulado del 35% entre enero 2021 y febrero 2022 inclusive-

TERCER ESTUDIO

**ABORDAJE DE CAMPO APLICADO
A LA SOLIDARIDAD:
LA JUDICIALIZACIÓN EN SALUD**

PRIMERA PARTE DEL TERCER ESTUDIO

PLANTEO

ABORDAJE DE CAMPO APLICADO A LA SOLIDARIDAD:

LA JUDICIALIZACIÓN EN SALUD

*“Es un gran problema público,
porque la judicialización
extrema los gastos en salud”*

Dr. Rubén Torres

El tercer estudio del “**Instituto de Investigación de Obras Sociales**” de OSDEPYM tiene como objeto la descripción, explicación y propuestas con base a evidencia empírica sobre un **nuevo modelo de gestión en la seguridad social** mediante el **abordaje de campo** aplicado a la **solidaridad: la judicialización en salud**.

SEGUNDA PARTE DEL TERCER ESTUDIO

PROBLEMÁTICA

LA NECESIDAD DE CONSTRUIR UN DERECHO A LA SALUD EQUITATIVO

ESBOZO DEL PROBLEMA

Sobre el tema del **contenido esencial del Derecho Humano a la Salud** tenemos dos concepciones claras independientemente que de la conjugación de ambas puedan surgir posiciones intermedias. Estos dos enfoques permitirán aproximarnos al **contenido** sustancial del Derecho y serán relevantes pues a partir de ellos se podrá determinar qué **instrumentos** lo garantizan, y qué **mecanismos** existen en caso de cumplimiento y cuáles son los **objetivos** que debe perseguir el Estado. No

se trata de tipos ideales a seguir sino de ideas para repensar la construcción de un mejor derecho a la salud sustentable en el tiempo.

El primer punto será el de ubicar el derecho a la salud. La ONU estructura a los derechos humanos en dos grandes categorías: **Derechos Civiles y Políticos**, por un lado; y por el otro, los **Derechos Económicos, Sociales y Culturales**.

Los Derechos Civiles y Políticos, giran en torno al **eje de la libertad**. Se garantizan mediante la **no intervención del Estado** en las vidas de los ciudadanos y por los mecanismos de sanción para quienes pretenden violarlos. Aquí se encuentran los derechos personalísimos como la vida, la integridad física; y los derechos de participación política como la libertad de expresión, asociación, votación, etc.

Los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, giran en torno al **eje de la igualdad**. Apuntan a cumplir con aquellas necesidades elementales de todas las personas y a que puedan así participar en condiciones de igualdad real en la vida social, económica y cultural de sus países. Garantizarlos es mucho más complejo porque **el Estado se ve exigido en su intervención activa** brindando todas las prestaciones que permitan acceder al ciudadano a los bienes fundamentales para desarrollarse, como ser: seguridad social, educación y salud.

Mientras que la integridad física y la vida son parte de los Derechos Civiles y Políticos; en cambio, **el Derecho a la Salud forma parte de esta segunda categoría de derechos humanos**, que **exigen del Estado una “participación activa”, proporcionando a los ciudadanos “prestaciones”**.

Cumplido con el primer punto de ubicar el Derecho a la Salud en su contexto dentro de los Derechos Humanos, pasaremos al punto siguiente referido a las **dos concepciones sobre cómo se interpreta en su aplicación**.

La primera concepción que podemos llamar **garantista o subjetivista**, encuentra racional considerar que el **Plan Médico Obligatorio y las normas infra constitucionales** que fijan la cobertura de salud establece el **límite inferior del universo de las prestaciones** que deben otorgar los agentes del servicio de salud a sus afiliados, tanto respecto de las Obras Sociales como de las empresas de medicina prepaga. Entienden que el apego estricto al mentado programa

colisionaría con el derecho a la salud y a gozar de una real y concreta asistencia médica y terapéutica. Por lo tanto, la determinación de la responsabilidad por **el Plan Médico Obligatorio y las leyes que regulan el contenido del derecho a la salud no se corresponde con una interpretación global de la normativa constitucional e internacional de derechos humanos**, lo que permite concluir que dicho plan fija el límite inferior del universo de las prestaciones que deben otorgar los agentes del Servicio de Salud a sus afiliados, mientras que **el límite superior al no estar reglado lo convierte en algo muy parecido a un derecho directamente operativo y exigible que no puede ser reglamentado conforme a lo establecido por la Constitución Nacional (arts. 14 y 42).**

Esta línea de pensamiento que es la más extendida, por no decir unánime en la justicia, considera que el hecho de que una práctica, tratamiento o medicamento no se encuentre prevista en el PMO o en una norma infra constitucional no es óbice para que una obra social o empresa de medicina pre paga tenga la obligación de brindarla. Adopta un **criterio amplio** que garantiza un **derecho a la salud en forma integral**, además considera que se trata de un **derecho implícito sin el cual no se pueden ejercer los demás derechos** y no toma en consideración **si la obra social no puede afrontar por sí sola** la cobertura total del medicamento, prestación o tratamiento que se solicita, no analiza si la provisión de tal medicamento, prestación o tratamiento **puede llevar a la quiebra de la obra social** o que tal decisión implique la **desatención de los demás afiliado**.

El derecho a la salud y su preservación - comprendido dentro del derecho a la vida - se encuentra resguardado por tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art 75 inc. 22, CN), siendo obligación de las obras sociales realizar acciones positivas a los fines de garantizar tales derechos. En dicho marco el PMO importa un piso prestacional y no un techo, debiendo las obras sociales brindar aquellas prestaciones que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de sus afiliados, valor jurídicamente protegido por nuestra constitución y tratados internacionales sin entrar a considerar otra variable como el hecho de que el seguro social pueda financiar dicha práctica. En síntesis, parte del axioma de que el derecho a la salud debe ser operativo **independientemente** de las normas inferiores que la regulan y si el subsistema de salud puede financiarlo.

La otra posición que denominaremos **realista y objetiva** entiende que se debe brindar la provisión de **la mejor salud posible que el sistema o subsistema pueda financiar** y que está representada fundamentalmente por las obras sociales. El derecho humano a la salud siempre posee una dimensión individual y también una dimensión colectiva. (L. Clérico, L.M. Ronconi, M. Aldao, 2013). Así lo explica Pedro Talavera Fernández (2016) y lo mismo en concepciones realistas del derecho de raigambre aristotélico-tomista (M.A. Ciuro Caldani, 2005).

El interrogante que se plantea es el siguiente. **Es ajustado a derecho rechazar** una práctica, tratamiento o medicamento por el hecho de **no estar contemplado en el Programa Médico Obligatorio o ley o decreto alguno**. Sentado ello, podemos decir que **una interpretación realista respondería al interrogante en forma afirmativa** por las siguientes razones: a.- Extralimitar la cobertura fijada por la normativa - PMO, leyes y decretos - **pone en riesgo el financiamiento del sistema ya que los ingresos** se estiman de acuerdo al riesgo prestacional que asume el agente financiador. b.- Solo el Poder Legislativo y Ejecutivo son los facultados para ampliar la canasta de servicios careciendo de dicha facultad el Poder Judicial, **caso contrario se vulneraría el principio republicano de división de poderes**. c.- El hecho de que un servicio no deba ser provisto por las obras social atento no estar contemplado en la canasta respectiva no implica en todos los casos que no deba ser asumido por otro sector integrante del sistema, como es el **Estado**, con la aclaración de que de seguir las nuevas tecnologías sanitarias de alto costo esta tendencia incremental, ni el Estado podrá financiarlas. d.- Las obras sociales, como agentes del seguro de salud, deben **administrar los recursos conforme un criterio de justicia distributiva** - art 2 ley 23.661- que regula las relaciones del todo con la parte, con lo cual los pedidos efectuados por cada afiliado deben ser razonables, esto es, deben compatibilizar con las expectativas y derechos de los demás afiliados. Porque la disyuntiva no es salud versus economía, sino salud para muy pocos versus no salud para la inmensa mayoría. En síntesis, parte del axioma que el derecho a la salud debe ejercerse, salvo casos excepcionales, razonablemente conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio y esto tiene el sentido de que el mismo pueda ser sustentable financieramente.

En las últimas décadas puede observarse como práctica habitual en nuestro país que las decisiones sobre la cobertura de salud que deben brindar las obras sociales son sometidas a la decisión de un órgano judicial, es decir, **no estamos frente a casos aislados sino a una conducta social ya instalada y repetida que fue multiplicando sus reclamos a lo largo del tiempo. Un mecanismo que tiene nombre propio: “judicialización”.**

Ello se amalgama con el hecho de que como regla general **el Poder Judicial mayormente hace lugar al reclamo formulado por el beneficiario, condenando a la obra social** a brindar la prestación o servicio. Decisiones judiciales que se toman mayormente sin atender razones ni explicaciones que ofrece la obra social.

Es amplia la temática que aborda la problemática en cuestión, pretendiendo este trabajo arribar a ciertas conclusiones tomando como elemento de estudio y análisis los datos estadísticos.

Las primeras **conclusiones** que de estos números se derivan son las siguientes:

a.- En la generalidad de los procesos iniciados contra obras sociales, en donde el objeto del reclamo es la cobertura de un medicamento, instrumentos, técnicas o procedimientos médicos relacionados a la petición de una afiliación, **se dictan medidas cautelares autosatisfactivas (79% de los casos)**, un requerimiento urgente formulado al órgano judicial por quien hace el reclamo y que se agota con su despacho favorable **al actor**.

b.- **En el 74% de las medidas cautelares se citan tratados internacionales y solo en el 17% decretos o resoluciones.**

c.- **El 65% de las medidas cautelares se dictaron antes de transcurrir un mes de iniciada la demanda y dentro de ese universo el 36,5% antes de cumplirse una semana.**

d.- A pesar de la creciente complejidad de los medicamentos y nuevas tecnologías sanitarias, **sólo en el 7,2% de recursos de amparo, se consultó a peritos médicos** (Tomas Augusto Pippo Briant, y otros (2017).

e.- De los procesos judiciales iniciados, **solo entre el 5% a 7% ha presentado previamente el reclamo por ante la Superintendencia de Servicios de Salud** pese a existir un procedimiento administrativo (Resolución 075/98 Superintendencia de Servicios de Salud) que regula este tipo de solicitudes.

f.- **De los juicios concluidos el 89% ha tenido una decisión favorable para el actor.**

De lo manifestado se colige, **como regla general, que ante un reclamo de cobertura médica el juez dictará una medida cautelar autosatisfactiva en un plazo menor a un mes**, lo que demuestra que la obra social se verá compelida a brindar la cobertura de un medicamento, instrumentos, técnicas o procedimientos médicos relacionados a la petición de un afiliación, sin el marco de conocimiento y prueba adecuado, lo que **se ve agravado por el hecho de que tales medidas son autosatisfactivas, esto es, el objeto de la medida coincide con el de la demanda.**

Si bien es cierto que el otorgamiento de tales medidas debe tener carácter restrictivo, dicho principio en la práctica se ve neutralizado porque los jueces interpretan que el peligro en la demora afectaría el derecho a la salud del peticionante.

El despacho de la medida autosatisfactiva es inmediato y, por vía de principio, sin previa audiencia (*inaudita parte*) **El 95,7% de los amparos fueron acompañados de una medida cautelar** (*Tomás Augusto Pippo Briant, y otros (2017)*). En la práctica, la concesión de las cautelares muchas veces directamente torna abstractos los amparos y finaliza el trámite como tal por el logro total del objetivo por quien demanda.

El juez fundara mayoritariamente la **verosimilitud del derecho** que sustenta la manda dictada en el derecho a la salud amparado por la constitución nacional y tratados internacionales, **siendo poco propenso a analizar la normativa infra constitucional que reglamenta dicho derecho** en los términos del artículo 14 de la Constitución Nacional, y en los casos en que lo hace su interpretación será amplia, siendo por ejemplo conocida la máxima **“el Programa Médico Obligatorio es un piso prestacional”**. **La pregunta es ¿cuál es el techo?** Incluso sobre este punto

nos resulta llamativo que los tribunales de instancias inferiores desoyen la doctrina judicial de la misma Corte Suprema que ha reiterado muchas veces: “Si bien se ha reconocido el carácter fundamental del derecho a la salud, en nuestro ordenamiento jurídico tal derecho de raigambre constitucional, así como los principios y garantías consagrados en la Carta Magna, no son absolutos, sino que deben ser ejercidos con arreglo a las leyes que reglamentan su ejercicio, con la única condición de no ser alterados en su substancia” (C., M. I. c/ OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ORGANISMOS DE CONTROL EXTERNO (OSPOCE) Y OTRO s/PRESTACIONES FARMACOLÓGICAS Fallos: 344:1744; 249: 252; 257:275; 262:205; 283:98; 300:700; 303:1185; 305:831; 308:1631; 310:1045; 311:1132 y 1565; 314:225 y 1376; 315:952 y 1190; 316:188; 319:1165; 320:196; 321:3542; 322:215; 325: 11, entre muchos otros).

Dado que la CSJN reconoce que “el derecho a la salud, máxime cuando se trata de enfermedades graves, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida, que está reconocido por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, de la Ley Suprema)” (Fallos 328:1708), frente a una demanda de un afiliado a una obra social que manifieste que el financiador no hizo lugar a un reclamo de cobertura de una patología, en general, **los jueces de tribunales inferiores igualmente reconocen el reclamo para proteger el derecho a la salud más allá de que tal cobertura no esté prevista en el PMO o alguna ley en particular.**

Por otro lado, en muchos **casos la validez técnica del reclamo estará dada por la mera prescripción médica emanada del profesional tratante y la constatación de la afiliación del accionante**, siendo contadas las oportunidades en que se dará previa intervención a peritos o al cuerpo médico forense, los cuales no siempre brindan informes con el fundamento científico necesario.

En la mayoría de los casos en los que se plantean asuntos de salud con tratamientos de alto costo cuya calidad, seguridad y eficacia no encuentra evidencia médica que lo compruebe se resuelve a favor del peticionante con la sola acreditación del certificado del médico tratante que lo solicita, con la particularidad de que en muchas oportunidades los pacientes son inducidos por el profesional a un determinado tratamiento que implica la **incorporación de nuevas tecnologías de**

alto costo y en particular medicamentos que no están cubiertos por el PMO o leyes particulares y como señalamos su **eficacia no se halla completamente acreditada**.

Los jueces **abordan el conflicto preponderantemente bajo el criterio de la justicia conmutativa y no distributiva** pese a que el artículo 2 de la ley 23.661 determina que el seguro tendrá como objetivo fundamental proveer al otorgamiento de prestaciones de salud, igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la 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.

Es visible el reconocimiento y **prioridad del derecho individual por sobre el derecho colectivo** ya que el único beneficiario es aquel que presenta acción judicial, lo que va en detrimento no sólo en relación a los recursos económicos de la OS sino también a la totalidad de sus afiliados. Se resuelve el problema sin analizar la pérdida de oportunidades e iguales derechos que tienen los demás afiliados a la obra social y que probablemente no puedan acceder a ciertas prestaciones atento a la financiación que se requiere para un pequeño grupo de actores que abordaron la vía judicial. Esta situación interpela la discusión que al otorgar salud a un pequeño grupo de afiliados se pone en peligro el pleno ejercicio de los derechos de salud, al limitar el mismo derecho a todos los demás que no accionaron judicialmente, poniendo por encima el criterio conmutativo sobre la justicia distributiva en la que se basa el sistema.

No hay una solución inmediata a esta problemática, pero sin duda un sistema de salud que se basa en el criterio de la solidaridad, resulta desnaturalizada y causa inequidades, cuando un criterio distinto a aquel, que hace a la esencia de su conformación, se introduce para hacer efectivo el derecho a la salud que no es de uno o un grupo pequeños de afiliados, sino de todos los afiliados que contribuyen a la obra social.

Creemos que los jueces deben tener también una **perspectiva teleológica** de las causas que vienen a su conocimiento, debiendo considerar el impacto de su

sentencia, cuando en la práctica real genera consecuencias devastadoras para el sistema respecto del cual resuelve el caso individual.

Ello conlleva a que **no se tenga en cuenta el impacto económico negativo que puede generar la medida adoptada por el juez**, la cual va en detrimento de la totalidad de la masa de afiliados a los cuales la obra social debe continuar brindando cobertura, tornando al sistema inequitativo.

No contemplar la situación planteada puede llevar al colapso del sistema, máxime si tenemos en cuenta que el avance de las nuevas tecnologías ha incrementado ostensiblemente el costo de los tratamientos, tal como ha quedado demostrado en el informe de EC elaborado previamente. Incluso sobre este punto nos resulta llamativo que los tribunales de instancias inferiores desoyen la doctrina judicial de la *misma Corte Suprema que ha señalado reiteradamente que “la interpretación no puede prescindir de las consecuencias que se derivan de cada criterio, pues ellas constituyen uno de los índices más seguros para verificar su razonabilidad”* (Fallos: 302:1284; 303:917; 310:464; 311:1925; 312:156; 320:1962; 323:1406, 3412 y 3619; 324:68, 1481 y 2107; y 326:2095, entre muchos otros).

En las sentencias donde se hace lugar al reclamo, no se hace referencia al efecto no deseado que tal obligación pueda generar en el sistema de salud que debe brindar cobertura, **no solo en cuanto al impacto distorsivo e inequitativo que genera respecto de las demás personas que deben recibir cobertura, sino sobre la factibilidad de financiamiento del reclamo solicitado que puede llevar a la quiebra de la obra social.**

Es sabido que la sentencia judicial que ordena cubrir una prestación de alto costo no solo genera inequidades en el sistema, sino que además puede afectar el financiamiento de la misma hasta el punto de hacerla de imposible cumplimiento, aunque el Estado nacional sea responsable subsidiario en algún porcentaje.

La decisión judicial exige, como primer paso lógico, la delimitación de los hechos (elemento fáctico), la identificación de la norma aplicable (elemento normativo) para elaborar el juicio de subsunción (elemento deductivo); el segundo paso consiste en comprobar que la solución deductiva sea coherente con los precedentes judiciales en los que se establecieron reglas jurídicas para casos con circunstancias

fácticas similares (elemento de consistencia), a fin de garantizar que la ley se aplique en forma igualitaria y previsible; el tercer paso requiere asegurar que la solución también sea coherente con el resto del sistema jurídico, cuyas reglas es preciso armonizar (elemento de coherencia) y un cuarto paso lógico **debe enfocarse en las posibles repercusiones futuras de la solución (elemento consecuencialista)**, en tanto **la interpretación no puede prescindir de las consecuencias que se derivan de cada criterio, pues ellas constituyen uno de los índices más seguros para verificar su razonabilidad (CSJN “Serantes Peña, Diego Manuel c/ Alves Peña, Jerónimo Francisco s/ ordinario” -Disidencia del juez Lorenzetti- Fallos 344:2601)**

En otro orden de ideas se destaca que, aun cuando no ha sido objeto de análisis estadístico, aunque si de la lectura de diversos fallos, **es poco probable que el juez cite al Estado Nacional - garante último de la salud de la población - o a la Superintendencia de Servicios de Salud en su rol de administrador del Sistema Único de Reintegro, el cual se nutre del Fondo Solidario de Redistribución, a los fines de integrarlos a la litis y cubrir en todo o en parte el costo de las practicas ordenadas judicialmente**, aún en los casos en que el producto o la práctica, no se encuentren expresamente autorizadas por la ANMAT para ser comercializada en el país y/o no este contemplada expresamente en norma alguna y/o sea de alto costo.

Las vallas que obturan la mentada citación son diversas, siendo las más comunes la de tipo procesal centradas en que los procesos de amparo o sumarísimos no contemplan dicho instituto o de fondo al considerar que toda cobertura que deba otorgarse a un afiliado de una obra social debe correr por cuenta de la misma no existiendo por lo tanto delimitación alguna de la canasta prestacional que está obligada a otorgar.

De los 210 casos relevados en una investigación sobre Amparos por Salud, la mayoría **se iniciaron contra Empresas de Medicina Privada (43,3%); Obras Sociales Nacionales (38,6%); Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados PAMI (10%); Estado Nacional (2,9%); Obras Sociales con leyes específicas (3,3%) y Obras Sociales Provinciales (1,9%)**. El 8,1% de las demandas fueron presentadas contra más de una institución, donde el

Estado Nacional fue el principal codemandado (Tomás Augusto Pippo Briant, y otros (2017).

Las situaciones descriptas crean las condiciones necesarias, aunque no suficientes, para la proliferación de amparos judiciales o procesos sumarísimos ya que el afiliado/actor obtiene una respuesta rápida y eficaz a su reclamo. No se puede dejar de advertir que para comprender el fenómeno de la judicialización faltan analizar otros aspectos como ser: conducta del médico prescriptor, rol de los organismos de control, laboratorios, ONG, forma en que las obras sociales abordan los pedidos de cobertura médica o el conflicto con sus afiliados en la etapa prejudicial, etc.

Luego de este somero análisis que solo pretende propiciar una aproximación a la problemática de la judicialización de la cobertura de salud centrado en las decisiones que adopta la justicia, se torna imperioso realizar ciertas **propuestas**

TERCERA PARTE DEL TERCER ESTUDIO

DESARROLLO Y HALLAZGOS

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA JUDICIALIZACIÓN EN LOS FALLOS DE LA CORTE SUPREMA DE LA NACIÓN QUE MARCAN LA EVOLUCIÓN EN LA RELACIÓN ENTRE EL DERECHO DE LA SALUD Y EL DERECHO A LA VIDA

06/11/1980 - DERECHO A LA VIDA Y DERECHO A LA SALUD SE ENCUENTRAN **“VINCULADOS”**: “Saguir y Dib, Claudia Graciela s/ autorización” (Fallos: 302:1284). Este fallo del año 1980 es referido por la Corte en 31 nuevos expedientes, siendo el último del año 2021 (Fallos 344:3307)

27/01/1987 - SE DEMANDA INVOCANDO QUE EL DERECHO A LA VIDA ES **“COMPRESIVO”** DEL DERECHO A LA SALUD: “Cisilotto, María del Carmen Baricalla de c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social” (Fallos: 310:112) Este fallo del año 1987 es referido por la Corte en 15 nuevos expedientes, siendo el último del año 2021 (Fallos 344:1557)

11/06/1998 - SE ARGUMENTA EN LA SENTENCIA FUNDADA EN EL “**DERECHO A LA SALUD**” DE MODO EXPLÍCITO, AUNQUE REFERIDO A LA CONSTITUCIÓN DE CABA: “Policlínica Privada de Medicina y Cirugía S.A. c/Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y Otro s/ Amparo” (Fallos: 321:1684) Este fallo del año 1998 es referido por la Corte en 24 nuevos expedientes, siendo el último del año 2021 (Fallos 344:2868)

01/06/2000 - POR PRIMERA VEZ EN UNA SENTENCIA SE FIJA EL CRITERIO RESPECTO DE QUE EL DERECHO A LA SALUD ESTÁ “**COMPRENDIDO**” DENTRO DEL DERECHO A LA VIDA: “Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986” (Fallos: 323:1339) Este fallo del año 2000, paradigmático para el derecho a la salud, mantiene plena vigencia pues es referido por la Corte en 24 nuevos expedientes, siendo el último del año 2021 (Fallos 344:2868)

24/10/2000 - SE INCORPORA EL CONCEPTO DEL DERECHO A LA “**PRESERVACIÓN**” DE LA SALUD: “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas”. (Fallos: 323:3229) Este fallo del año 2000, mantiene plena vigencia pues es referido por la Corte en 33 nuevos expedientes, siendo el último del año 2021 (Fallos 344:2868)

13/03/2001 - DEFINE LA “**PROXIMIDAD**” ENTRE EL DERECHO A LA SALUD Y EL DERECHO A LA VIDA: “Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social)” (Fallos: 324:754) Este fallo del año 2001, sólo ha sido referido por la Corte en 7 nuevos expedientes, siendo el último del año 2014 (Fallos 337:471)

11/04/2006 - TUTELA EL DERECHO A LA SALUD “**AFECTADO**”: “Barria, Mercedes Clelia y otro c/ Chubut, Provincia del y otro (Estado Nacional) s/ amparo” (Fallos: 329:1226). Este fallo del año 2006, solo ha sido referido por la Corte en solo 3 nuevos expedientes, siendo el último del año 2014 (Fallos 337:471)

28/08/2007 - SE ARGUMENTA LA “**PROTECCIÓN DE LA GARANTÍA**” A LA VIDA Y A LA SALUD: “Cambiaso Perés de Nealón, Celia María Ana y otros c/ Centro de Educación Médica e Investigaciones Médicas” (Fallos: 330:3725) Este fallo del año

2007, solo ha sido referido por la Corte en 6 nuevos expedientes, siendo el último del año 2018 (Fallos 341:929)

01/04/2008 - EL DERECHO A LA SALUD ESTÁ “**ÍNTIMAMENTE RELACIONADO**” CON EL DERECHO A LA VIDA: “Chamorro, Carlos c/ Sociedad Argentina de Autores y Compositores de Música s/ amparo”. (Fallos: 331:453) Este fallo del año 2008, solo ha sido referido por la Corte en 3 nuevos expedientes, siendo el último del año 2015 (Fallos 318:556)

18/11/2008 - EL DICTAMEN DEL PROCURADOR GENERAL SOSTIENE EL “DERECHO A LA PRESERVACIÓN” DE LA SALUD “**DENTRO**” DEL DERECHO A LA VIDA. “Federación Médica Gremial de la Capital Federal c/ DNCI-DISP 1270/03” (Fallos: 331:2614) Este fallo del año 2008, no ha sido referido por la Corte en ningún otro expediente.

DERECHO A LA SALUD Y DERECHO A LA VIDA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Presentamos una investigación propia sobre la base de datos que resultan de la Secretaría de Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (años 1863 – 2022). En este sentido, la Corte Suprema ha señalado reiteradamente que **la interpretación que se hace en los Fallos no puede prescindir de las consecuencias que se derivan de cada criterio**, pues ellas constituyen uno de los índices más seguros para **verificar su razonabilidad** (Fallos: 302:1284; 303:917; 310:464; 311:1925; 312:156; 320:1962; 323:1406, 3412 y 3619; 324:68, 1481 y 2107; y 326:2095, entre muchos otros). La investigación es de **carácter documental**, pues se basó en una **revisión biblio-hemerográfica y digital**.

Metodológicamente aplicamos la técnica denominada “**análisis de contenido**”: técnica de investigación social y bibliométrica para estudiar los textos, que en nuestro caso son las sentencias dictadas por la Corte Suprema. A continuación, se grafican los resultados encontrados (Guix Oliver Joan, 2008).

El análisis de las palabras clave en el texto de las sentencias, basado en su **frecuencia de repetición**, da como resultado la existencia de una relación entre las repeticiones de una palabra y su importancia en la construcción de la argumentación

judicial. La actividad central de este análisis de palabras clave es la comparación que nos permite su identificación y contenido, porque el objetivo final es conocer no sólo lo que se transmite literalmente en la sentencia, sino todo aquello que pueda influir o condicionar el mensaje implícitamente.

Se trata de **identificar los textos utilizados en la redacción de las sentencias de la Corte Suprema**, su contenido manifiesto, el contexto en el que surge y se desarrolla el mensaje, descubrir y evidenciar los contenidos presupuestos: ¿cuáles son los supuestos de la argumentación? ¿cómo estructuran sus fallos y llegan a las conclusiones a las que finalmente arriban? En esa línea de ideas se han identificado las citas de fallos en los que figura el concepto **“vida”** (se encontraron 1438 coincidencias); **“salud”** (1236 coincidencias); **“obras sociales”** (466); **“derecho a la salud”** (412); **“derecho a la vida”** (161); citas de fallos en los que figuran ambos conceptos en forma conjunta en la misma causa judicial: **“derecho a la vida”** y **“derecho a la salud”** (78 coincidencias); **“obras sociales”** y **“salud”** (169); **“obras sociales”** y **“derecho a la salud”** (85); **“obras sociales”** y **“vida”** (23); **“obras sociales”** y **“derecho a la vida”** (9); **“preservación de la salud”** (47) y **“preservación de la vida”** (19).

Sustancialmente se infiere que la Corte Suprema partiendo idealmente del concepto de derecho a la vida como el primero de los derechos, presupuesto de cualquier otro derecho, al ir asimilando la salud “dentro” de la vida, por carácter transitivo terminó convirtiendo el derecho a la salud prácticamente en el grado de prioridad que el derecho a la vida misma. Veamos seguidamente el camino por donde avanzó la Corte Suprema destacando los fallos más importantes.

Los fallos referidos de la **Corte Suprema** han demostrado de dónde surgió y cómo paulatinamente se fue elaborando la **construcción argumental de asimilación** entre **dos derechos que son naturalmente diferentes**.

En un principio se argumentó que eran dos derechos autónomos, aunque vinculados, luego se mencionará sucesivamente el derecho a la vida era *“comprensivo”* del derecho a la salud, que el derecho a la salud está *“comprendido”* dentro del derecho a la vida, que existe un derecho a la *“preservación”* a la salud, que existe entre ambos una *“proximidad”*. Más adelante se hablará sobre que existe una

“proximidad” y un derecho a la “protección de la garantía” de la vida y de la salud. Finalmente se sostendrá que ambos están “íntimamente vinculados” y que existe un derecho a la preservación de la salud “dentro” del derecho a la vida.

La Corte Suprema entendió que en el **Preámbulo de la Constitución Nacional** “ya se encuentran expresiones referidas al bienestar general, objetivo preeminente en el que, por cierto, ha de computarse con prioridad indiscutible, la preservación de la salud” (Fallos: 278:313, considerando 15)” La protección de la salud y la obligación de su resguardo que pesa sobre el Estado preexisten al ordenamiento jurídico como tal. En este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación “desde sus inicios entendió que el Estado Nacional está obligado a “proteger la salud pública” (Fallos: 31:273) pues el derecho a la salud está comprendido dentro del derecho a la vida que es “el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva que, obviamente, resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional” (Fallos: 302:1284; 310:112).

Así lo reconoce la Corte que reiteradamente afirma que el derecho a la salud **está reconocido en los tratados internacionales con rango constitucional** (art. 75, inc. 22); entre ellos: art. 12, inc. c), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; arts. 4º y 5º, Convención Americana sobre Derechos Humanos —Pacto de San José de Costa Rica—; art. 6º, inc. 1º, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; art. 11, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 25, Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Internacional de los Derechos del Niño, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”.

El Máximo Tribunal de nuestro país ha sostenido que a partir de lo dispuesto en los tratados internacionales, el derecho a la **preservación de la salud - comprendido dentro del derecho a la vida** que es el primer derecho de la persona humana reconocido por la Constitución Nacional-, **debe ser garantizado por la autoridad pública con acciones positivas**, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de medicina prepaga (Fallos 323:3229 del 17/01/87).

Si el derecho a la salud queda definitivamente “*comprendido*” dentro del derecho a la vida, y si la vida es el primero de los derechos, entonces se deriva e infiere que **el derecho a la salud adquirirá semejante atribución de prioridad**. Algo que la judicialización da cuenta todos los días en cada reclamo en los Tribunales. Se lo valora en el mismo rango que la vida. Esto sí y sólo si fuera cierto en el caso de que vida y salud, salud y vida fueran lo mismo y por lo tanto intercambiables.

¿Entonces por qué debería reconocérseles a ambos derechos - vida y salud - una misma naturaleza e idéntica protección jurídica? Y ocurre que **no son lo mismo**, tanto que nadie confundiría entre enfermedad - lo opuesto a salud - y muerte - lo opuesto a vida.

Comenzando por el **dato semántico** que no es menor respecto a que “*vida*” y “*salud*” **no son sinónimos**. Son dos palabras distintas que denotan y connotan contenidos conceptuales diferentes. Por lo tanto, lo que se garantiza de cada uno también tiene un alcance que puede y debe distinguirse. Hemos visto paso a paso a lo largo de las últimas cuatro décadas como se fueron asimilando hasta llegar al siguiente punto digno de destacar y detenernos en el análisis.

Trataremos de abrir la discusión desde dos perspectivas: la ubicación de cada derecho en su **contexto normativo** y seguidamente profundizaremos el **abordaje valorativo** (Talavera Fernández, Pedro, 2016)

Para afrontar este tema debemos partir de un presupuesto básico: la vida y la salud son ambas y en sí mismas cuestiones íntimamente relacionadas en el **plano existencial** del individuo, pero en su categorización y plasmación como derechos humanos, **han recibido un tratamiento diferenciado**.

La existencia de un **concepto múltiple de salud**, así como de diferentes enfoques teóricos acerca de la misma y los modelos derivados, no es de ninguna manera un inconveniente para la intervención en salud, ni confunde la misma.

Ahora profundizaremos el **abordaje valorativo que implica considerar a la salud como un absoluto que se pretende equiparar a la vida misma**. El Diccionario de la RAE define la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”. Se trata de una **definición de índole fundamentalmente biológica**,

objetivista, que sirvió de base al concepto de enfermedad largamente utilizado en medicina clásica y que se concretaba en “un estado de anormalidad en el ejercicio de las funciones por parte de un ser orgánico”. Dicho de otro modo: la salud sólo podría definirse de una manera negativa, constatando la ausencia de enfermedades y, por ende, el correcto funcionamiento del organismo.

No obstante, este concepto fisiológico, objetivista, de salud **ha evolucionado hacia una concepción mucho más subjetivista**, cuyo **paradigma** viene representado por la **definición adoptada por la OMS**, en junio de 1946, con motivo de su asamblea fundacional: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Con esta definición, que abarca prácticamente todos los aspectos de la vida humana, **la salud se ha convertido en una “categoría subjetiva”**: es decir, ya **no se trata de un parámetro biológico** sino de una **“aspiración” definida por el propio individuo**. Se puede decir, sin temor a exagerar, que esa utópica idea del derecho fundamental a la **“búsqueda de la felicidad”, consagrada en la Declaración de Independencia de los Estados Unidos**, hoy viene interpretada universalmente como el derecho a la ‘búsqueda de la salud’ e identificándose con el derecho a disfrutar de la más plena sensación de bienestar posible.

La salud, en efecto, ha ido adquiriendo progresivamente un carácter de “bien supremo” y convirtiéndose en el fin último de la existencia humana. Hasta que esta definición de la OMS se asumió como paradigma de progreso para la humanidad, **la salud constituía una categoría bastante objetiva, determinada por parámetros biológicos**. La conducta del médico se ajustaba a patrones de atención y cuidado a los enfermos, pero en absoluto pretendía satisfacer las demandas o expectativas de estos. El médico se comprometía a realizar una actividad (poner su ciencia médica al servicio de la curación del enfermo), pero nunca se comprometió a conseguir un resultado, porque tal pretensión siempre estuvo fuera de su alcance. En efecto, puesto que los resultados de la actividad médica nunca son completamente previsibles, carecía de sentido plantear contratos sobre el resultado de un acto médico o comprometerse a garantizarlos.

El nuevo paradigma subjetivista ha roto con ese modelo de atención sanitaria; puesto que **ya no es la biología ni el médico, sino el propio individuo** quien determina su estado de salud. La **salud** se acaba identificando con la **sensación, el deseo o la expectativa y auto percepción del sujeto con relación a su estado físico o psicológico**. El paciente (en sentido pasivo) pasa a ser un cliente o consumidor (en sentido activo) que establece una relación contractual con el médico, prestadores y financiadores, incluso muchas veces mediante un contrato como acuerdo jurídico bilateral de contenido económico.

En consecuencia, el **derecho a la “protección de la salud” se acaba traduciendo en la pretensión (exigencia) de recibir el máximo nivel de atención sanitaria** para garantizar a cada individuo el máximo grado de bienestar personal; un bienestar calibrado subjetivamente en base a la propia percepción del individuo.

El concepto subjetivista de salud, además, tiene una especial proyección en todo lo relacionado con la biotecnología, los medicamentos costosos e incluso las intervenciones genéticas.

La salud se ha transformado en un asunto que la define el propio sujeto y la exige como derecho subjetivo. El ejercicio del derecho a la salud diseña hoy un escenario en el cual el paciente tiene una idea de salud que quiere desarrollar y el profesional sanitario está ahí para procurar satisfacerla con los medios técnicos de que disponga. El trabajo médico consiste hoy básicamente en **satisfacer las demandas de cuidado sanitario que reclaman los pacientes**.

Por otra parte, esas expectativas individuales de salud han ido creciendo desproporcionadamente, porque **la “medicina moderna”** envía a la sociedad un mensaje que es algo un poco ideal pero que resulta muy peligroso porque es asumido acríticamente: **“toda enfermedad es curable y evitable si se invierte lo suficiente para investigarla”**. En consecuencia, **el sujeto exige cada vez más a la ciencia médica y lo espera todo de ella** incentivado por las espectaculares promesas que la biotecnología y la investigación genética formulan continuamente.

El gran factor que ha contribuido a la subjetivación del concepto de salud, además de la autonomía ya apuntada con la que se superpone, radica en la cada vez más estrecha alianza entre medicina y tecnología. Con ello, la medicina

ha sustituido sus fines primordiales clásicos (cuidado y acompañamiento) por los de terapia y curación. Decir medicina hoy es decir investigación avanzada.

Partiendo de esta concepción subjetivista, tal como menciona alguna jurisprudencia, la **autonomía** se convierte en el principio básico, excluyente como único ordenador de la salud, dejando completamente de lado los otros grandes principios: **no maleficencia, beneficencia y justicia** (Beauchamp y Childress, 1978).

El principio bioético más elemental y sobre el que se basan los enumerados anteriormente es el "*respeto a la dignidad de la persona*" basado en un enfoque integral y humanista de la asistencia sanitaria. **Autonomía:** Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. **Beneficencia:** "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. **No-maleficencia:** No producir daño y prevenirlo. **Justicia:** Equidad en la distribución de cargas y beneficios.

La consolidación jurisprudencial de un **concepto subjetivista y de autonomía de salud provoca, al menos, tres consecuencias de carácter general:** En **primer lugar**, el concepto subjetivista de salud condiciona el contenido del derecho a la asistencia médica. En efecto, *se exigirá todo y de modo perentorio*. En **segundo lugar**, si el concepto de salud se acaba construyendo en función de las preferencias y expectativas de los individuos y no basado en un criterio objetivo, toda negativa o dificultad *se terminará judicializando*. La salud se convierte en un bien en el que paciente no pide, sino que exige incluso ante los estrados judiciales. En **tercer lugar**, el derecho a la salud en este contexto tensiona el sistema de salud de manera tal que cada agente o sector al no responder con eficacia desemboca hacia un resultado final que lo termina llevando a una *crisis financiera*.

CUARTA PARTE DEL TERCER ESTUDIO

PROPUESTAS

Creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Creación de una agencia dependiente del Ministerio de Salud de la Nación cuyo financiamiento provenga del presupuesto nacional y no dependa del resultado del

proceso. Dicha agencia tendría a su cargo la evaluación de las nuevas tecnologías en cuanto a su eficiencia, efectividad, utilidad y costo. El juez debería consultar a dicha Agencia sobre aspectos técnicos que requiera la dilucidación de la correspondencia o no de la cobertura de un medicamento, instrumentos, técnicas o procedimientos médicos, etc., teniendo la Agencia la facultad de evaluar la situación, a los efectos de elaborar el dictamen pericial correspondiente. Es prioritario que la consulta se realice previo al dictado de cualquier medida cautelar a los fines de merituar la verosimilitud del derecho y el peligro en la demora. En este sentido analizamos (Parte II) el proyecto de ley que prevía la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, como un mecanismo consultivo en los procesos judiciales.

Celebración de audiencias previas al dictado de una medida cautelar: Resultaría oportuno que el juez cite a una audiencia previa al dictado de una medida cautelar a todos los sujetos involucrados en el conflicto (actor, demandado, médico prescriptor, etc.) y no solo a las partes del proceso, contando con el auxilio de un perito experto en la materia.

Procedimientos alternativos para la solución de conflictos: Se deben fomentar canales extrajudiciales de resolución de conflictos, siendo el ámbito más propicio para ellos la Superintendencia de Servicios de Salud.

Reuniones entre representantes del órgano judicial y de las obras sociales: Se deben propiciar reuniones en un ámbito institucional de los distintos actores del sistema en la que deberían participar jueces que entienden en la materia a los fines de intercambiar información, inquietudes etc., sobre la problemática de la señalada judicialización de la cobertura de salud que no agoten su temática en cuestiones jurídicas, sino que permitan un abordaje integral de la problemática tratada. (impacto económico, gestión, etc.).

Confección de Estadísticas de Procesos en donde se reclama la cobertura de Salud: A la fecha se cuenta con una base de datos creada con la información suministrada por las obras sociales nacionales a la Superintendencia de Servicios de Salud conforme lo prescripto por la Resolución 409/16 S.S. Salud. Ahora bien, las

obras sociales no reciben información estadística extraída de dicha base de datos, situación que debería modificarse para un futuro.

Identificación de los diversos sectores que componen el sistema de salud demarcando su ámbito de actuación: Sabido es que el sistema de salud argentino se encuentra fragmentado en distintos sectores, pudiendo clasificarse en: a) Sector Público, b) Sector de obras sociales, las cuales se dividen en nacionales (ley 23.660 y 23.661) y otras (provinciales, Poder Judicial, etc.). y c) Sector privado: Empresas de Medicina Prepaga. Es imperioso delimitar las obligaciones de cada sector de manera de lograr previsibilidad en el gasto y su forma de financiamiento. Mal puede mensurarse el quantum de los ingresos si no se sabe el riesgo que se asume. Dicho de otro modo, **la ampliación de la cobertura de un producto o practica no previsto en la normativa vigente (PMO, nomenclador de discapacidad etc.) debe ser extremadamente excepcional y no la regla y en caso de decidirse su otorgamiento se debe involucrar al Estado Nacional a los efectos de su financiamiento.**

Entendemos que los casos en que se peticiona por fuera del PMO o que el financiamiento del tratamiento o medicamento requerido no pudiera ser financiado por la obra social dado el alto costo que el mismo implica tal cobertura debe ser asumida por el Estado Nacional como garante último del derecho a la salud establecido en la Constitución Nacional.

RESPUESTAS POSIBLES

Es aún una tarea cotidiana construir un derecho humano a la salud acorde a las garantías constitucionales y características de un estado social, que **profundice este derecho fundamental y que, a su vez, sea equitativo**, tanto para el sistema de salud en general, como para los subsistemas en particular.

Resulta evidente para cualquier garantía constitucional, lo que es válido para el derecho a la salud, **si tiene la pretensión de ser real y efectivo en el mundo empírico, es indispensable que esté claramente planteado, no sólo quien debe financiarlo, sino además la forma en la que la misma se realizara.** El planteo es elemental; cualquier garantía constitucional, si tiene la pretensión de ser real y

efectiva requiere de su respectivo financiamiento, o dicho de otra manera si pretende realizarse efectivamente debe pensarse como se financia.

En este aspecto vamos a **abordar dos polos opuestos** en la forma en que puede evaluarse esta problemática, en el entendimiento que **no se trata de tipos ideales, sino de ideas para repensar como garantizar el mejor derecho a la salud** y a su vez hacer que ese mejor derecho a la salud pueda ser sostenido por el sistema y en particular en lo que respecta a las obras sociales, puedan ser equitativos en cuanto a su financiamiento.

Por un lado, la **jurisprudencia de Estados Unidos** argumenta que no hay razón jurídica válida que justifique el incumplimiento de una garantía constitucional por la falta de fondos para financiarla. **La falta de financiamiento de un derecho constitucional no importa justificación alguna para que le sea denegado**, o la insuficiencia de recursos nunca puede ser una justificación adecuada para que el Estado prive a alguna persona de sus derechos constitucionales. En definitiva, este argumento podría sintetizarse en que **las restricciones presupuestarias no son una razón válida esgrimida por el Estado para justificar el incumplimiento de un derecho fundamental reconocido por la Constitución Nacional**. Este criterio fue aplicado desde la década del '70 hasta la actualidad en diversos litigios, en los que se resolvió sostenidamente que el fracaso de los demandados en cumplir con el fallo no puede ser justificado por una falta de fondos operativos, o que la falta de recursos no es una razón jurídica suficiente para justificar el incumplimiento del fallo, o que el Estado no puede no proveer el tratamiento sólo por razones presupuestarias, o que la escasez de fondos no es una justificación para continuar denegando a los ciudadanos sus derechos constitucionales, o bien que los recursos insuficientes nunca pueden ser una justificación adecuada para que el Estado prive a ninguna persona de sus derechos constitucionales, entre otros argumentos análogos.

Por otro lado, desde la **doctrina y los tribunales de Alemania** se ha desarrollado una forma diferente de enfocar este asunto que podría sintetizarse en la categoría de **"la reserva de lo posible"**. Este principio establece que **los derechos fundamentales, deben necesariamente tener la previsión presupuestaria suficiente para hacerlos efectivos**. Es decir, no se puede exigir más allá de lo

posible, y el más allá de lo posible incluye necesariamente y en primer lugar lo financieramente posible. La obligación de hacer lo necesario lo más rápido posible dentro del alcance de lo posible. Porque los derechos de participación -como ya se mencionó- **están sujetos a lo posible** y necesitan regulación. Aun en la medida en que los derechos de participación no se limitan desde un principio a lo disponible en cada caso, **están sujetos a lo que es posible en el sentido de lo que el individuo puede reclamar razonablemente de la sociedad**. De lo contrario, **equivaldría a una interpretación errónea de la libertad**, que no reconocería que la libertad personal no puede realizarse a largo plazo sin ser independiente de la funcionalidad y el equilibrio del todo y que **un sentido subjetivo ilimitado de derecho a expensas del público en general es incompatible con la idea del estado del bienestar**.

El derecho a la salud, reconocido como uno de los derechos más básicos y fundamentales en nuestro ordenamiento jurídico está previsto en el **art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, donde se establece que toda persona debe gozar del *“mal alto nivel posible de salud”*. Del Pacto podría deducirse que: 1) un individuo tiene derecho a la salud, 2) existe una intervención médica muy costosa que ofrece alguna posibilidad de mejoría en la sobrevivencia o calidad de vida y por lo tanto, 3) esa persona tiene automáticamente el derecho a que el Estado o su cobertura de salud pague por dicha intervención. Sin embargo entendemos que el **justo grado máximo de concreción al derecho a la salud** de una persona dependerá de los siguientes factores: 1) la efectividad de esa intervención médica en la vida real de la persona, 2) su vinculación con el riesgo a la vida, 3) la relación costo-beneficio de la alternativa frente a otras similares, 4) la relación costo beneficio potencial de las intervenciones que puedan ser razonablemente ofrecidas a otras personas dentro del grupo al cual este individuo pertenece y/o contribuye. Daniels, (2007). Este razonamiento parte de la base que **es un error debatir los niveles de concreción del derecho a la salud sin discutir los recursos necesarios para hacerlos efectivo**. Una priorización explícita y ordenada que nazca del efectivo ejercicio del derecho a la salud, es el mejor camino para su progresiva satisfacción, tanto en su dimensión individual como colectiva.

Como **conclusión preliminar** podemos señalar que **es necesario pensar en construir un derecho a la salud donde no se establezca como polo ideal la consagración de un derecho fundamental sin su respectiva correspondencia presupuestaria; por otro lado, tampoco se puede incumplir el derecho a la salud por la circunstancia de que no tenga como correlato su financiamiento.** En el primer caso estaríamos consagrando un derecho que sería letra muerta por la sola circunstancia de que “el papel aguanta todo”, pero que no podría hacerse efectivo en el mundo de los hechos, y el segundo supuesto resulta inaceptable al subordinar la realización de un derecho constitucional a que el mismo tenga su correlativa financiación. Sin duda, aparece como más inaceptable la segunda posición, pero **en el mundo de los hechos para que un derecho pueda estar vivo requiere de ambos elementos**, no sólo que esté consagrado como derecho fundamental, sino que además tenga como contrapartida su correspondiente financiación para que se pueda hacer efectivo.

Tal principio supone una **consistencia jurídica** donde debe haber una **correlación entre el aspecto jurídico y material para que se pueda cumplir con la finalidad que les atribuye e impone el mismo ordenamiento jurídico.** Si bien los medios económicos no pueden condicionar el efectivo ejercicio de un derecho constitucional, el efectivo ejercicio de un derecho constitucional requiere necesariamente de la financiación suficiente para su concreción.

Llegados hasta aquí, **trazamos una distinción para comprender y pensar con precisión intelectual el concepto de equidad en salud.** Porque se trata de buscar proporciones y congruencias entre los fines (asistencia sanitaria idónea) y los medios (recursos económicos suficientes), llevados adelante mediante una acción inteligente: **convertir el desafío en propuesta.** Y esta acción de manera inexorable, tarde o temprano, deberá expresarse en una **toma de decisiones**, por decirlo así, de un **modo “racional”** - lógica pura - o de un **modo “razonable”** - lógica aplicada- La lógica pura racional solo exige la coherencia de la demostración, simplemente **contrasta la acción solo con el pensamiento** en el abstracto mundo de las ideas y de las propias convicciones. En cambio, la lógica aplicada razonable requiere de la prueba de la verificación porque **confronta la acción con la dura realidad** de los datos que reflejan hechos concretos. En el campo de la acción y toma de decisiones

de las políticas públicas en general, y de la salud en especial, por lo tanto, **es mejor - léase: más responsable - ser razonable que ser solamente racional**. Porque la razón allí donde **encuentra sus límites**, y sobre todo los acepta, se convierte en razonable.

CONTEXTO NORMATIVO

El derecho a la salud y el derecho a la vida son **ambos derechos humanos**: la estructuración de los derechos humanos se da en dos grandes categorías según la ONU: **Derechos Civiles y Políticos**, por un lado; y, por el otro, **Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. **¿Dónde cabe ubicar a la vida y dónde cabe ubicar a la salud?**

Si nos fijamos en la ubicación sistemática de estos derechos en la propia **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, apreciamos con claridad esta diferencia sustancial: **la vida y la integridad física** son recogidos en los primeros artículos: el **art. 3**: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”; y el **art. 5**: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Mientras que el **derecho a la salud** viene recogido recién en su **artículo 25**, situado al final del texto, y junto a distintas cuestiones relacionadas con la salud, incluye además la previsión social y laboral y la protección de la maternidad y la infancia: “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos dentro o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Como es bien sabido, la estructuración de los **derechos humanos** en estas **dos diferentes categorías**, además de las diversas cuestiones conceptuales, responde básicamente a un factor diferencial, que explica el mencionado desgajamiento entre la vida y la salud por otro: **se trata de sus distintos mecanismos de garantía**. En

efecto, la **vida** constituyó el frente de la **primera generación** de derechos humanos; mientras que **la salud**, constituyó junto a la educación, el trabajo y el salario justo, el eje de la **segunda generación**: los derechos económicos y sociales.

Los **derechos civiles y políticos**, donde se encuadran **derechos personalísimos** (la vida y la integridad física son su paradigma, además de la intimidad, la libertad religiosa etc.) y **derechos de participación política** (sufragio, libertad de reunión, asociación, manifestación, etc.), son derechos **relativamente fáciles de garantizar** puesto que **sólo exigen la no intervención del Estado** en la vida de las personas y disponer de mecanismos (policiales y judiciales) para sancionar a quienes pretendan vulnerarlos.

Sin embargo, **los derechos sociales, económicos y culturales**, que aspiran a satisfacer las necesidades básicas de todas las personas y a que puedan así participar en condiciones de igualdad real en la vida social, económica y cultural de sus países, son mucho **más difíciles de garantizar** porque **exigen del Estado una ‘participación activa’**, proporcionando a los ciudadanos ‘prestaciones’ que les permitan acceder a bienes fundamentales para su desarrollo (salud, seguridad social y educación, son el paradigma de estos derechos prestacionales).

También podríamos cuestionarnos **si se trata de un derecho de libertad o de igualdad**. De acuerdo con el planteamiento clásico, en la medida en que el **derecho a la salud** se incluye en la categoría de los **derechos sociales**, debería considerarse un **derecho de igualdad**.

En efecto, la teoría de los derechos humanos ha determinado con bastante unanimidad que los **derechos civiles y políticos** son **derechos de libertad**, mientras que los **derechos sociales** son **derechos de igualdad**. Los primeros consagrarían la concepción de la denominada libertad positiva: **“libertad de”**, ausencia de dominio, protección frente a las injerencias del poder o de terceros; y **“libertad para”**, participar en la gestión política de la comunidad y en la creación de normas.

Los **derechos de igualdad** tendrían como objetivo la consecución de unas **condiciones mínimas de vida iguales para todos**. Más allá de la “igualdad formal”, reconocida en las grandes declaraciones de derechos, se trataría de conseguir una

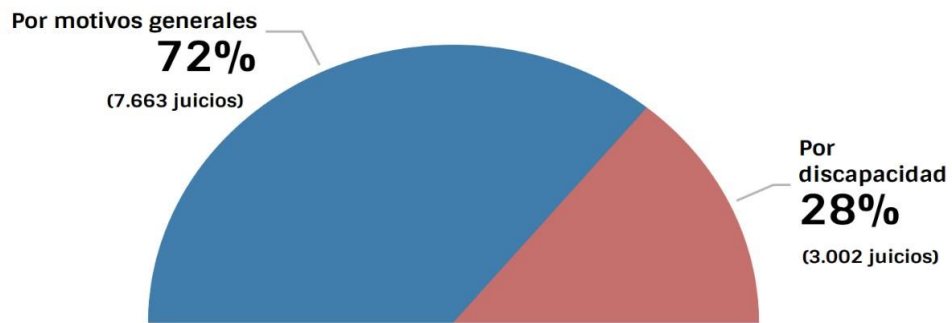
“igualdad material”, que permita un ejercicio ‘real’ de la libertad para todos los individuos.

En otras palabras, se trata de un **derecho a recibir una atención (prestación) sanitaria cuando se precisa**. Este carácter prestacional resulta esencial en la naturaleza del derecho: otorga a su titular la capacidad de **exigir del Estado el cumplimiento de una prestación determinada**; porque el Estado se obliga, a través de los derechos sociales, a actuar para proteger y asistir a sus ciudadanos.

Hasta ahora hemos venido utilizado la expresión genérica **“derecho a la salud”**, aunque hubiera resultado más correcto utilizar la expresión **“derecho a la protección de la salud”** que es la empleada en doctrina y también por ejemplo la Constitución de España en su art. 43.1. En efecto, la “protección de la salud” subraya con precisión que estamos ante un **derecho prestacional por excelencia**; es decir, que no se trata de un “derecho a estar sano” (algo que, obviamente, nadie puede garantizar), sino que se trata de un derecho a “ser atendido cuando alguien está enfermo”.

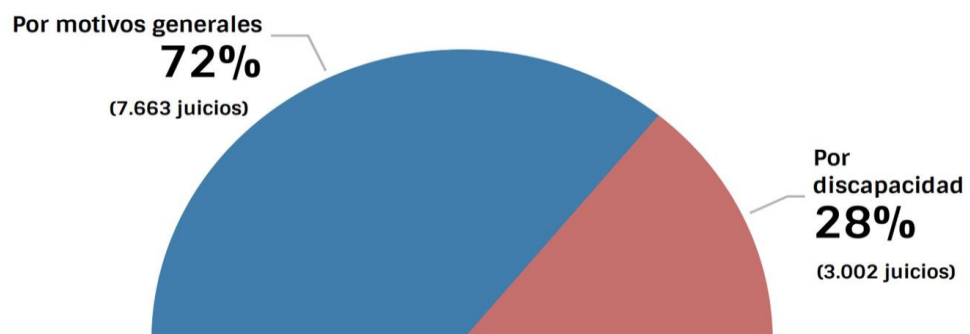
ANEXO I DEL TERCER ESTUDIO

Cantidad total de amparos: 10.655



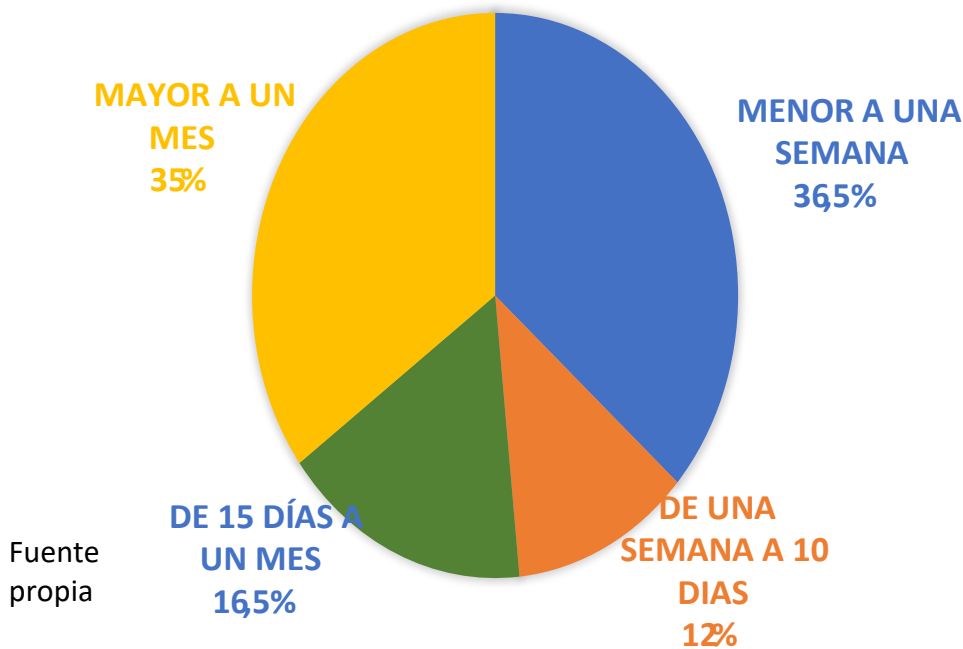
Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Cantidad total de amparos: 10.655

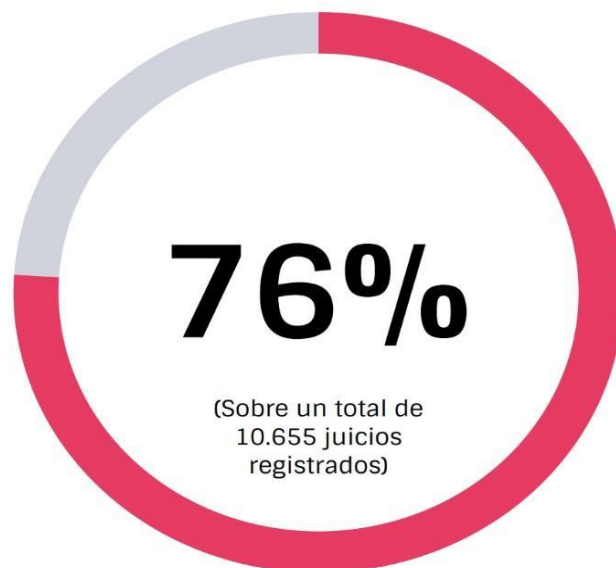


Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

PLAZO DE DICTADO MEDIDA CAUTELAR

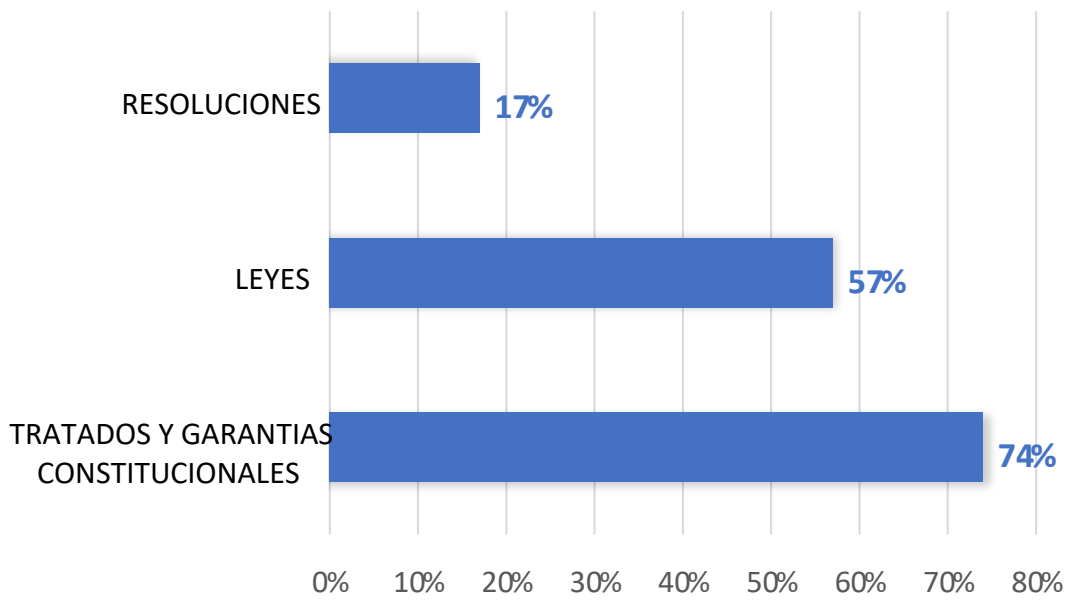


Juicios con medida cautelar concedida (8.163)

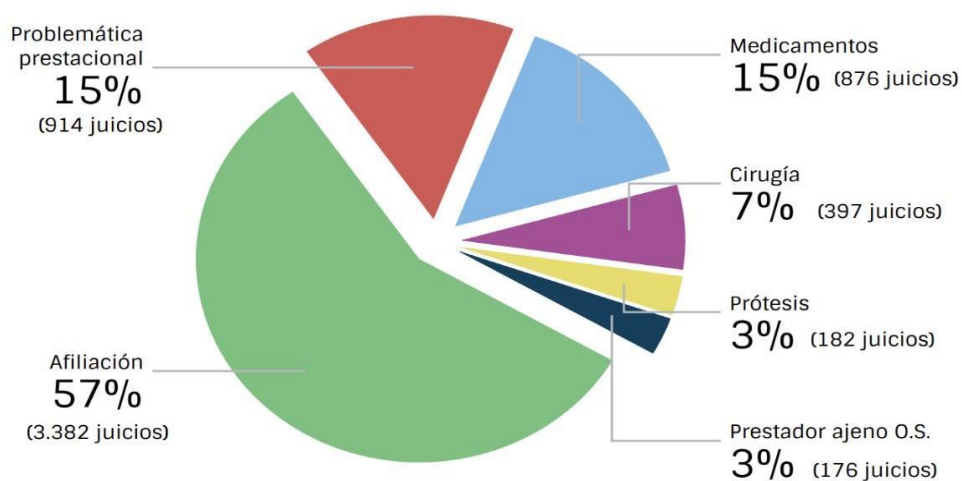


Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

FUNDAMENTOS DEL DICTADO DE MEDIDAS CAUTELARES



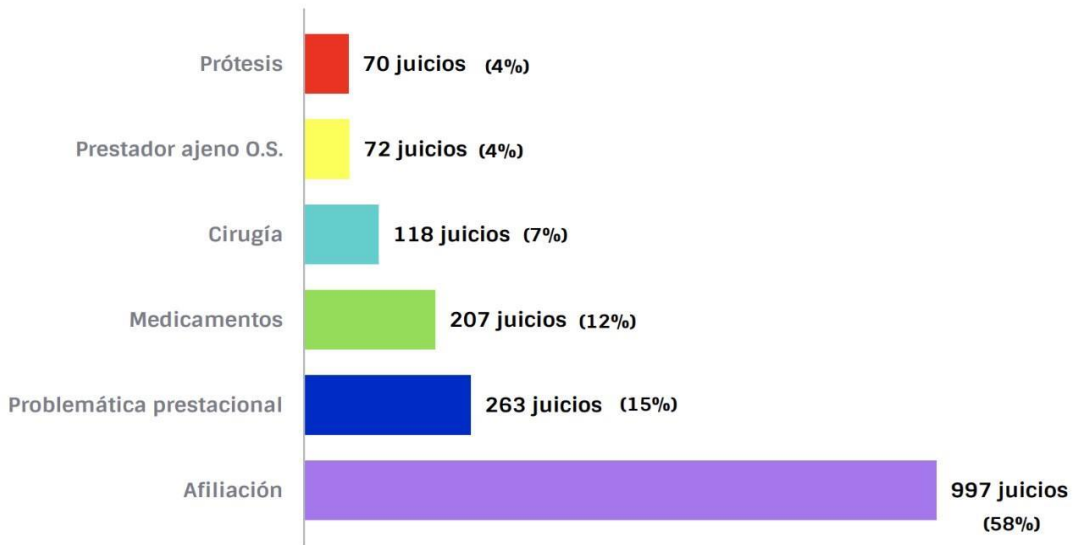
Por motivos generales (5.927) Juicios en trámite



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Reclamos por motivos generales (1.727)

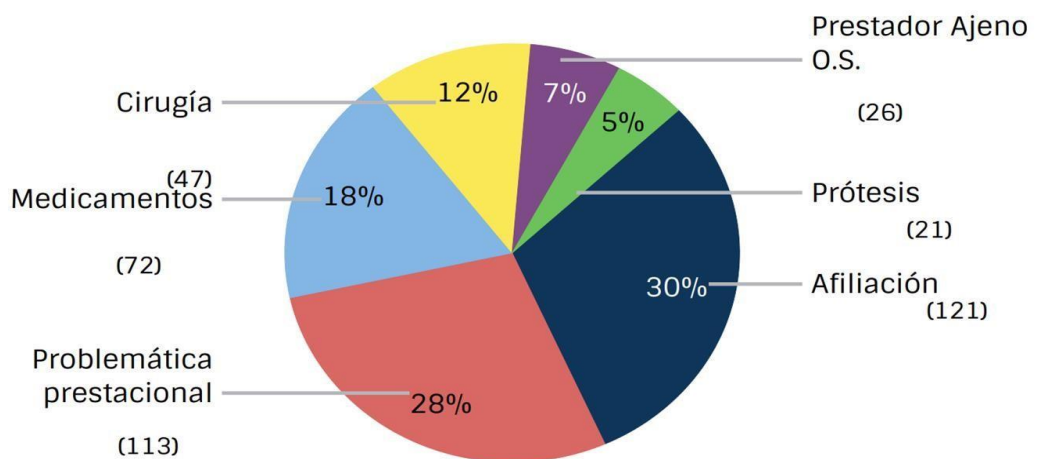
Juicios concluidos



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Amparos por motivos generales

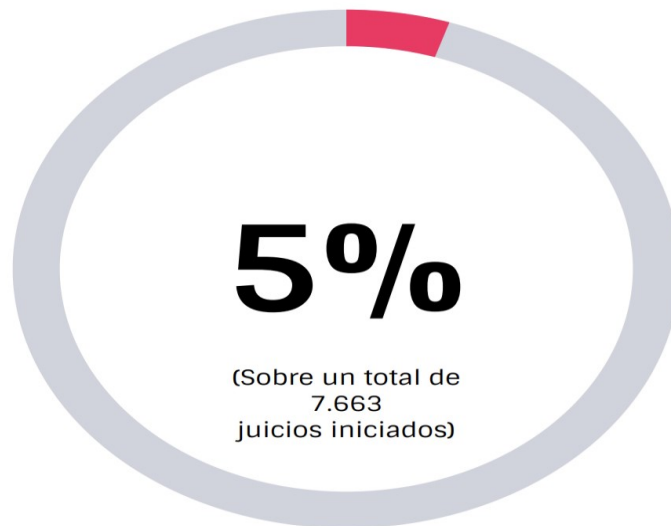
Juicios con reclamo previo ante la S.S.Salud según su objeto



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Amparos por motivos generales

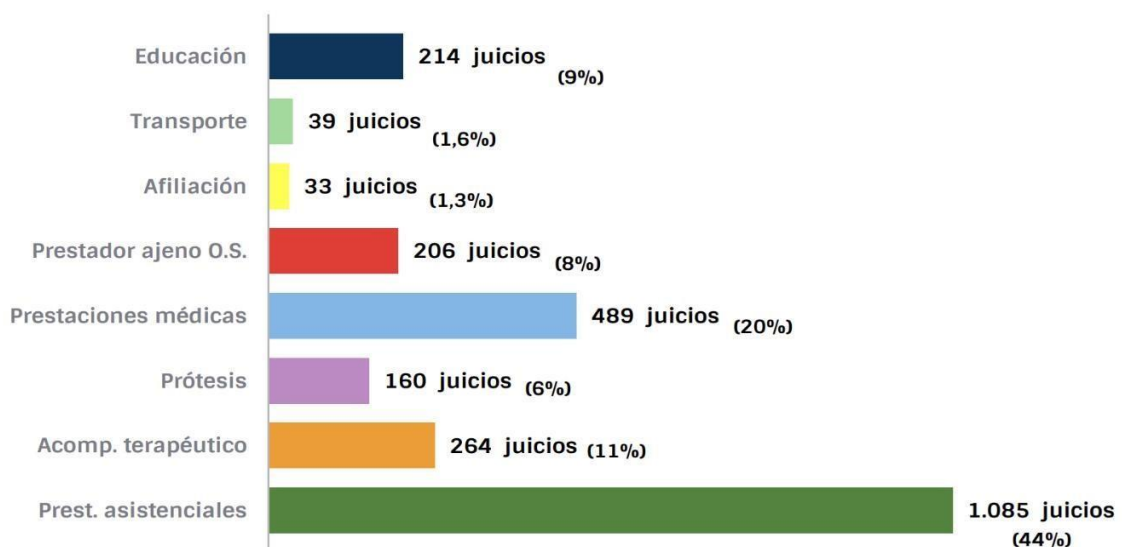
Juicios con reclamo previo ante la S.S.S.



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Por discapacidad (2.490)

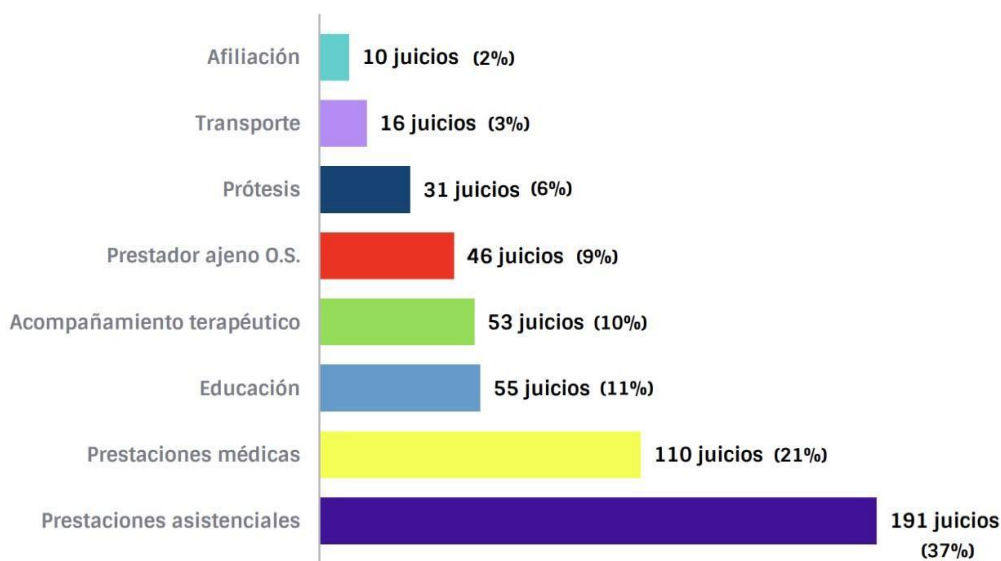
Juicios en trámite



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Reclamos por discapacidad (512)

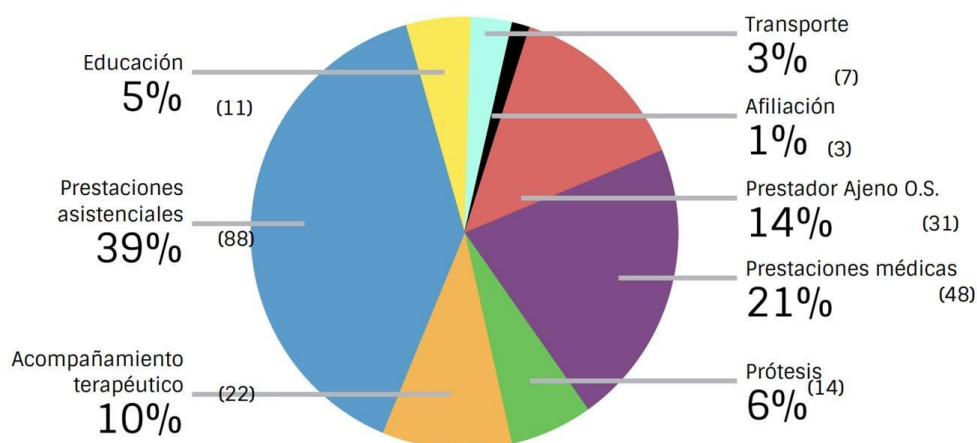
Juicios concluidos



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

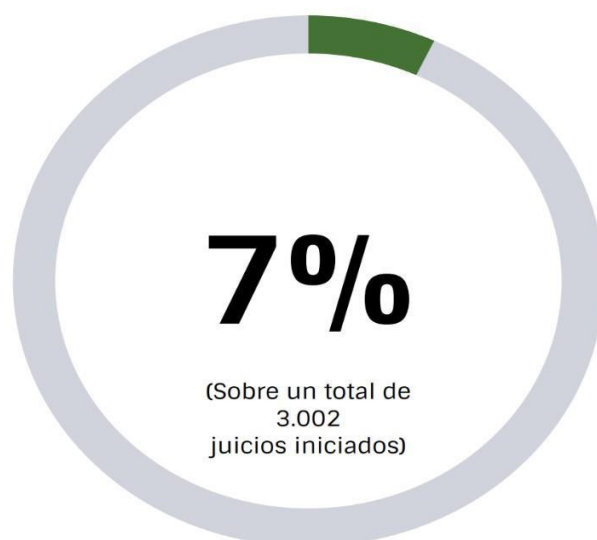
Amparos por discapacidad

Juicios con reclamo previo ante la S.S.Salud según su objeto



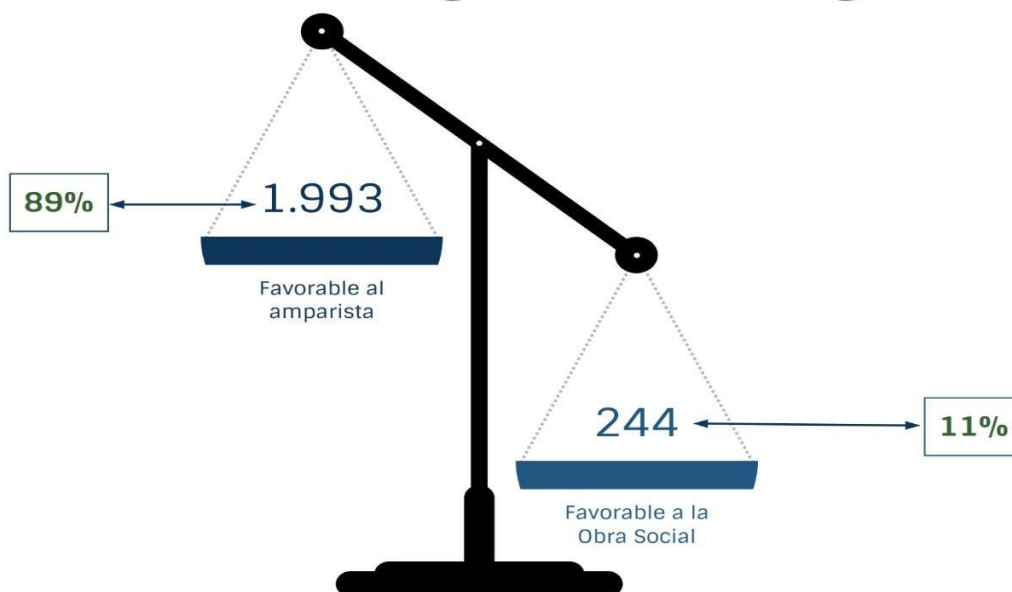
Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Amparos por discapacidad Juicios con reclamo previo ante la S.S.S.



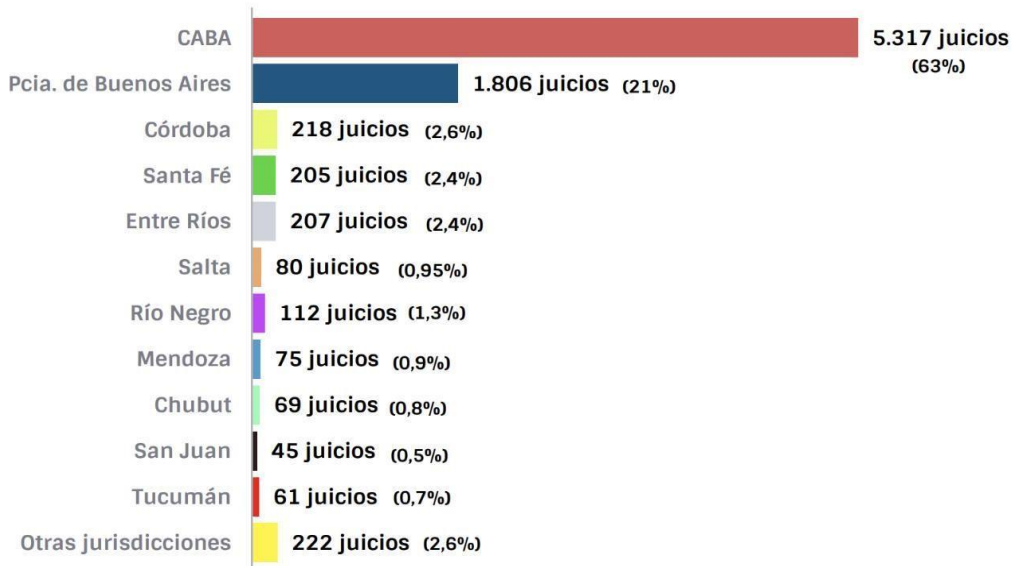
Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Juicios concluidos según su resultado (global)



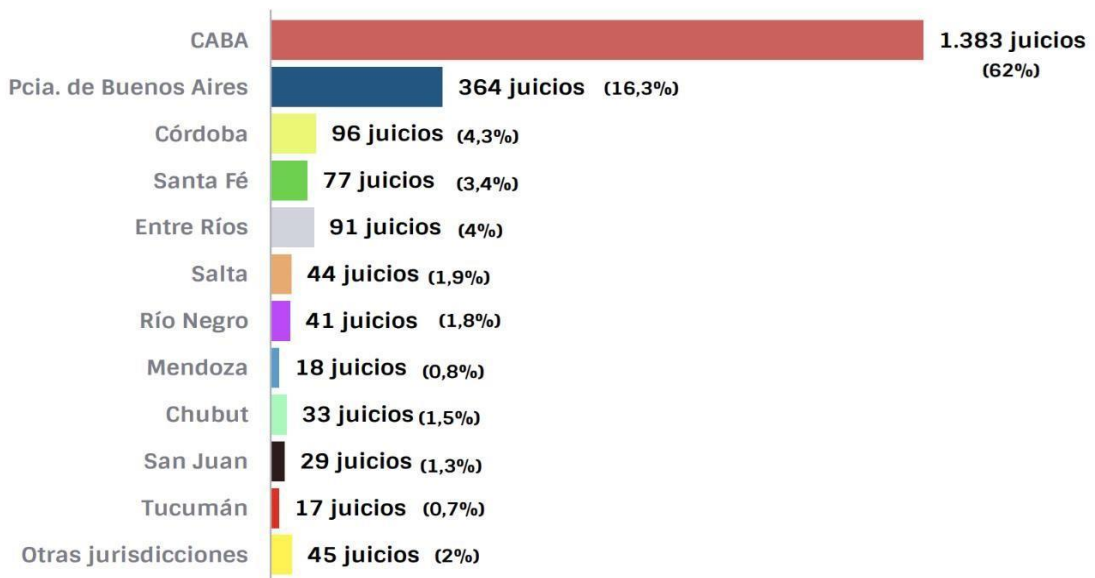
Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Juicios en trámite por jurisdicción (8.417)



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Juicios concluidos por jurisdicción (2.238)

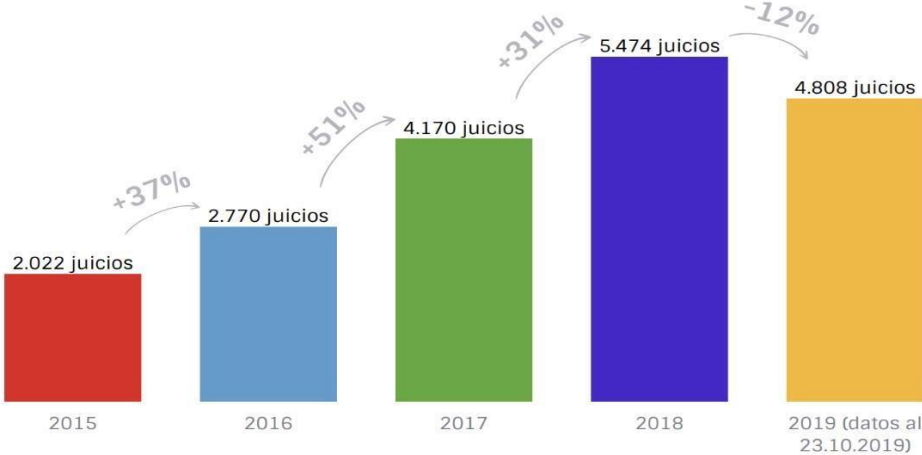


Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Información reunida en virtud de lo dispuesto por RES. S.S.S 409/2016. (Comprende únicamente a obras sociales)

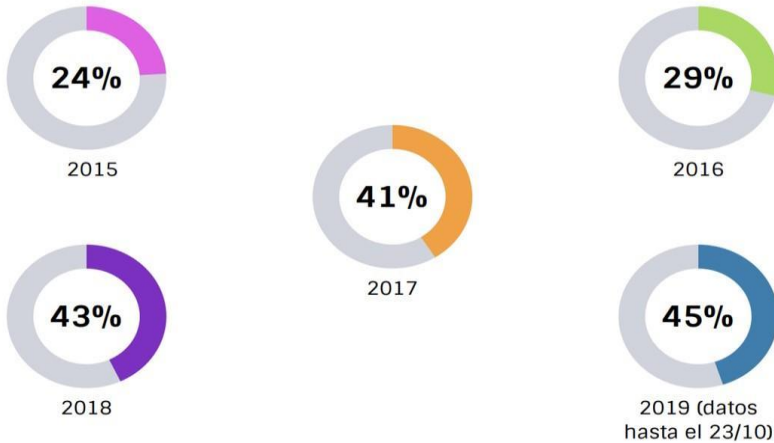
Periodo: 2017 - 3 de noviembre de 2019

Incremento de la judicialización en materia de salud: Fuero Civil y Comercial Federal (Período 2015 - 23/10/2019)



Fuente: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal

Incidencia de juicios de salud en relación al total de la materia del Fuero Civil y Comercial Federal (Período 2015 - 23/10/2019)



Fuente: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal

ANEXO II DEL TERCER ESTUDIO

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN LOS PARADIGMAS DEL MARCO CONCEPTUAL EN LA DEFINICIÓN DE LA SALUD

Año	Autor	Argumentos centrales
	Ejemplos de concepciones populares	La salud es no estar enfermo La salud es vivir feliz La salud es no sentir dolor y poder trabajar La salud es poder llegar a viejo sin depender de otros.
190	Galeno	La salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O también es la cómoda armonía de los elementos (Definiciones médicas)(15)
1935	René Lériche	La salud es la vida en el silencio de los órganos(16)
1941	Henry Sigerist	La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo(17)
1942	Paul Valery	La salud es el estado en el cual las funciones necesarias se cumplen insensiblemente o con placer. (18)
1943	Georges Canguilhem	La noción de salud una categoría que usamos para calificar el margen de tolerancia o seguridad que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades (restricciones) del medio... Es un criterio convencional normativo. La salud no es solo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales(1)
1948	Organización Mundial de la Salud OMS	La salud es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o dolencias. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.(19)
1956	René Dubos	Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado.(20,21)
1978	Declaración de Alma Ata	... La salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y... la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario. (22)
1984	Kamó Nikolaievich Simonian	La salud es el estado de completa satisfacción socio- biológica y psíquica, cuando las funciones de todos los órganos y sistemas del organismo están en equilibrio con el medio natural y social, con la ausencia de cualquier enfermedad, estado patológico, defecto físico.(23)
1980	Instituto de Desarrollo de la Salud de la Habana	La salud es una categoría biológica y social que existe en unidad dialéctica con enfermedad, resultante de la interrelación dinámica entre el individuo y su medio y que se expresa en un estado de bienestar físico, mental y social, y está condicionada por cada momento histórico del desarrollo social.(5)
1980	Milton Terris	Salud es un estado de bienestar físico mental y social (componente subjetivo) con capacidad de funcionamiento (componente objetivo) y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia (24)
1984	Ingman Pörn	La salud es el estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos y metas por ella establecidos. Metas requeridas para lograr un bienestar mínimo y duradero. (25)

**CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES
HALLAZGOS Y PROPUESTAS - REMISIÓN**

“Hablar de una reforma del sistema de salud es necesario” dijo el Dr. Eugenio Zanarini y en esa línea de ideas formulamos el presente trabajo de investigación.

Desde el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM nos comprometimos en aportar tres estudios para un nuevo modelo de gestión en la seguridad social, mediante el abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad, a la equidad y a la solidaridad en salud: 1) Altos costos y su repercusión en los servicios que brinda el sistema 2) Impacto del monotributo en el financiamiento de las obras sociales 3) Judicialización del derecho de la salud.

Entendemos el abordaje de campo como un necesario giro epistemológico que se plasma en la interdisciplina como herramienta hermenéutica y también como un necesario giro metodológico que se plasma en la intersectorialidad como herramienta heurística.

Los hallazgos y propuestas a las que hemos concluido son las siguiente:

Primer estudio: Abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad: El alto costo en salud. Para este estudio se analizó el gasto prestacional de OSDEPYM a partir del registro de todas y cada una de las transacciones registradas. Periodo analizado: desde noviembre 2018 hasta abril 2021.

Propuesta: 1. Es necesario crear una Agencia de Tecnología Sanitaria que emita dictámenes de carácter vinculante para todos los organismos del Estado Nacional, de las jurisdicciones que adhieran y los sujetos alcanzados por su actuación y a su vez sea órgano de consulta obligatoria en los procesos judiciales de toda clase en los que se discutan cuestiones de índole sanitaria relativas a las temáticas previstas en sus incumbencias. Hoy nuestro país no cuenta con una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, con las características propuestas, lo cual **pone en agenda la necesidad de discutir la creación de una agencia que evalúe el impacto de las nuevas tecnologías y la sostenibilidad del sistema de salud.**

Propuesta 2: Establecer un sistema de cobertura de GC que puede asumir la forma de un Seguro Nacional de Gastos Catastróficos o bien redefinir el Fondo Solidario de Redistribución en el marco de la Superintendencia de Servicios de Salud, que permita discriminar en forma positiva y explícita el abordaje de las

patologías catastróficas con su respectiva financiación. Esta estrategia aumenta el acceso a las prestaciones en forma suficiente, apropiada y oportuna, homogeniza la calidad de la atención; aumenta la previsibilidad de los gastos y facilita la regulación de prestadores y prestaciones

Propuesta 3: La creación de un Observatorio sobre el Gasto Catastrófico, que sea referente de consulta en temas relacionados a las EC y al GC, Diseño de políticas públicas superadoras para el financiamiento sustentable del gasto en salud y el manejo del GC. Entendemos imprescindible incorporar políticas para regular el precio de los medicamentos, lo que sin duda generará un impacto positivo sobre el acceso de los mismos a la mayor parte de la población.

Propuesta 4: Elaborar un índice que mida en forma directa la variación de los costos que tienen los medicamentos para las obras sociales que denominaremos: ICM. A diferencia del IPC-SALUD publicado mensualmente por el INDEC, el ICM nos permite contar con un producto estadístico basado en el valor real abonado por las Obras Sociales.

Segundo estudio: Abordaje de campo aplicado a la equidad: El impacto del monotributo en salud

En el segundo estudio se realizó un desglose pormenorizado de los inputs de la Obra Social en cuenta a ingresos por Monotributo y comparándolos estadísticamente con los datos del INDEC. La estrategia planteada para abordar la problemática se basa en analizar a lo largo de los años distintas situaciones/escenarios de la OS. Luego, en cada caso/situación **comparar el gasto registrado por los monotributistas respecto a los afiliados obligatorios**. Se observa que el efecto disruptivo del monotributo ocurre porque rompe con la lógica de creación y funcionamiento de la justicia distributiva de las obras sociales. Esto se debe a que el aporte del componente de salud de los monotributistas se basa en una simple igualdad aritmética o numérica. **Una primera conclusión** que demuestra la desnaturalización del monotributo como mecanismo de recaudación impositiva se refleja en que **representa menos del 1% (0.82%) del total de la recaudación del estado**. A su vez, **el componente impositivo puro del monotributo representa el**

0.24% de la recaudación total, lo que refuerza la idea de que el monotributo como instrumento de recaudación impositiva es prácticamente insignificante.

Propuesta 1. Dos escenarios posibles:

- a.- uno de **máxima**, donde el 70% que va al Estado Nacional se reasigne como cuota salud para las obras sociales;
- b.- uno de **mínima**, que el 50% del 70% se destine como cuota salud y el resto siga como componente impositivo.

Cualquiera sea la posición que se alcance en ambos supuestos **la reasignación de recursos para las obras sociales sería altamente significativo, mientras que el efecto que produciría en las arcas del Estado Nacional sería meramente simbólico**. Queda a salvo el 30% del componente impositivo ya que solo es modificable por vía legislativa o acuerdo interprovincial. **El resto del 70% entendemos que es perfectamente reasignable por vía de Resolución de la AFIP toda vez que va siempre a ANSES**. Frente a las **dos propuestas anteriores que tienen más consenso** para disminuir la asimetría que representa el monotributo en relación a la brecha que significa ente el pool de riesgo y su pool de financiamiento, y que se expresa en a y b, proponemos una tercera vía en el punto c:

Propuesta 2: a.- **Aumentar la base del componente salud** (esta propuesta se basa en que más de un tercio de los monotributistas están en la categoría más baja, la A, mientras que, en el otro extremo, solamente el 0.2% de los contribuyentes adheridos al monotributo están en la categoría I, J y K), o bien. b.- Establecer un sistema aritmético progresivo en función de las categorías (este criterio se basa en establecer la cuota salud con el mismo criterio incremental que se aplica para la cuota jubilatoria e impositiva). Frente a estas dos alternativas proponemos un esquema que implique aumentar el componente salud sin que el mismo signifique un aumento del componente impositivo monotributo.

Tercer estudio abordaje de campo aplicado a la solidaridad: la judicialización en salud

Para este estudio se hizo una investigación detallada de toda la base digital de datos publicado por la Corte Suprema de Justicia aplicando el método denominado análisis

de contenido, y también se exploró la base de datos de la Obra Social, poniendo ambas fuentes para sus análisis en contexto con la normativa internacional y local aplicables al tema del Derecho de la Salud. Metodológicamente aplicamos la técnica denominada “análisis de contenido”: técnica de investigación social y bibliométrica para estudiar los textos, que en nuestro caso son las sentencias dictadas por la Corte Suprema. Es amplia la temática que aborda la problemática en cuestión, pretendiendo este trabajo arribar a ciertas conclusiones tomando como elemento de estudio y análisis los datos estadísticos. Las primeras conclusiones que de estos números se derivan son las siguientes:

a.- En la generalidad de los procesos iniciados contra obras sociales, en donde el objeto del reclamo es la cobertura de un medicamento, instrumentos, técnicas o procedimientos médicos relacionados a la petición de una afiliación, se dictan medidas cautelares autosatisfactivas (79% de los casos), un requerimiento urgente formulado al órgano judicial por quien hace el reclamo y que se agota con su despacho favorable al actor.

b.- En el 74% de las medidas cautelares se citan tratados internacionales y solo en el 17% decretos o resoluciones.

c.- El 65% de las medidas cautelares se dictaron antes de transcurrir un mes de iniciada la demanda y dentro de ese universo el 36,5% antes de cumplirse una semana.

d.- A pesar de la creciente complejidad de los medicamentos y nuevas tecnologías sanitarias, sólo en el 7,2% de recursos de amparo, se consultó a peritos médicos (Tomas Augusto Pippo Briant, y otros (2017).

e.- De los procesos judiciales iniciados, solo entre el 5% a 7% ha presentado previamente el reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud pese a existir un procedimiento administrativo (Resolución 075/98 Superintendencia de Servicios de Salud) que regula este tipo de solicitudes.

f.- De los juicios concluidos el 89% ha tenido una decisión favorable para el actor.

Propuesta 1: Creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias: Creación de una agencia dependiente del Ministerio de Salud de la Nación cuyo financiamiento provenga del presupuesto nacional y no dependa del resultado del proceso.

Propuesta 2: Celebración de audiencias previas al dictado de una medida

cautelar: Resultaría oportuno que el juez cite a una audiencia previa al dictado de una medida cautelar a todos los sujetos involucrados en el conflicto (actor, demandado, médico prescriptor, etc.) y no solo a las partes del proceso, contando con el auxilio de un perito experto en la materia.

Propuesta 3: Procedimientos alternativos para la solución de conflictos:

Se deben fomentar canales extrajudiciales de resolución de conflictos, siendo el ámbito más propicio para ellos la Superintendencia de Servicios de Salud.

Propuesta 4. Reuniones entre representantes del órgano judicial y de las

obras sociales: Se deben propiciar reuniones en un ámbito institucional de los distintos actores del sistema en la que deberían participar jueces que entienden en la materia a los fines de intercambiar información, inquietudes etc., sobre la problemática de la señalada judicialización de la cobertura de salud que no agoten su temática en cuestiones jurídicas, sino que permitan un abordaje integral de la problemática tratada. (impacto económico, gestión, etc.).

Propuesta 5: Confección de Estadísticas de Procesos en donde se reclama la cobertura de Salud: Base de datos de consulta pública.

A la fecha se cuenta con una base de datos creada con la información suministrada por las obras sociales nacionales a la Superintendencia de Servicios de Salud conforme lo prescripto por la Resolución 409/16 S.S. Salud. Ahora bien, las obras sociales no reciben información estadística extraída de dicha base de datos, situación que debería modificarse para un futuro.

Propuesta 6: En los casos en que se **peticiona por fuera del PMO** o que el

financiamiento del tratamiento o medicamento requerido no pudiera ser financiado por la obra social dado el alto costo que el mismo **implica tal cobertura debe ser asumida por el Estado Nacional, para esto debe existir una Identificación de los diversos sectores que componen el sistema de salud demarcando su**

ámbito de actuación Sabido es que el sistema de salud argentino se encuentra fragmentado en distintos sectores, es imperioso delimitar las obligaciones de cada sector de manera de lograr previsibilidad en el gasto y su forma de financiamiento. La ampliación de la cobertura de un producto o práctica no previsto en la normativa vigente (PMO, nomenclador de discapacidad etc.) debe ser extremadamente excepcional y no la regla y en caso de decidirse su otorgamiento se debe involucrar al Estado Nacional/provincial a los efectos de su financiamiento.

Debemos buscar respuestas políticas de consenso entre los distintos actores de los sistemas: Sólo bastaría que un sistema funcione defectuosamente, o directamente no funcione, para que a la totalidad de los sistemas le ocurra exactamente lo mismo. Por eso debemos abordar esta problemática a partir de un enfoque integral donde la acumulación de decisiones nos permita lograr un equilibrio donde el todo (derecho a la salud real) sea superior a cada una de las partes (derecho a la salud formal). Debemos pensar en un solo proceso que sea efectivo y se corresponda en los hechos con las decisiones que adopten cada uno de los sistemas en forma individual.

La preocupación ética y el dilema moral de priorizar recursos escasos frente a necesidades ilimitadas, no es responsabilidad de un solo sistema, sino de todos los actores en su conjunto. No se puede priorizar lo individual cuando el problema es colectivo.

Por tal motivo, hasta encontrar una solución de fondo, debemos generar espacios de diálogo, análisis y estudio para abordar de forma urgente esta problemática y buscar nuevas respuestas, porque no hacerlo es no entender lo que está sucediendo en cuanto a la sustentabilidad de las obras sociales.

Tal como se sostuvo en la Primera Jornada Interdisciplinaria sobre la Sustentabilidad de las Obras Sociales, organizada por el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM en la Biblioteca del Congreso de la Nación el día 4 de noviembre de 2022, este planteo conceptual apunta a un abordaje integral y novedoso de la problemática.

Considerar esta problemática desde la noción de sistema de salud, dentro del cual existen tres subsistemas (el público, el de la seguridad social y el privado) nos

impide un abordaje epistemológico y metodológico gradual e integral de la misma y por eso se propone la idea de que sea estudiado y analizado a partir de la noción de “campo de la salud”.

No lo permite, en primer lugar, porque carece de un marco teórico para entenderlo desde categorías y conceptos nuevos o la reconfiguración de los ya existentes, a lo que se suma la falta de una disciplina específica que se ocupe de esta materia.

Si la salud como sistema abarcara un solo objeto de estudio tal vez podría ser abordado por una disciplina, pero la realidad es que debe ser abordado desde múltiples disciplinas por lo cual proponemos un abordaje interdisciplinario a partir de la noción de “campo de la salud”.

Son muchas las disciplinas que abordan esta problemática, como es el caso de la ciencia de la salud, las ciencias políticas, las ciencias jurídicas, las ciencias económicas y la sociología, cuanto menos. En este marco cada una de las disciplinas no pueden operar como compartimentos estancos, por eso proponemos superar este obstáculo epistemológico y entenderlo a partir de la noción de “Interdisciplina”, criterio donde las distintas ciencias o disciplina operan de forma articulada.

Por eso, no alcanza con optimizar el proceso de toma de decisiones de cada uno de los actores. Es un error creer que si cada uno de los actores del campo de la salud optimiza su potencial esto traerá como resultado un mejor derecho a la salud para la gente. Por esa razón la interrelación de todos los actores y la interdisciplina como aproximación conceptual resultan esenciales.

Por eso resulta necesario realizar un giro epistemológico y metodológico fundamental y abordar este tema no estrictamente como sistema de salud, sino como “campo de la salud”, que comprende la noción de sistema de salud superándolo no por negación sino por integración, ya que a su vez es más amplia y más profunda que el mero sistema, porque incorpora a todos los otros actores y sus correspondientes dimensiones operativas, que directamente no están dentro del sistema, como es el caso del Poder Legislativo y del Poder Judicial incluyendo también aquellos actores un tanto invisibilizados que están en el entorno del sistema, como es el caso de los laboratorios, droguerías, las asociaciones de pacientes, o los prestadores de salud.

La idea es crear un nuevo espacio de análisis y discusión de estas problemáticas para buscar soluciones concretas, no sólo entre los operadores inmediatos del sistema de salud, sino también entre aquellos otros actores que están por fuera del sistema de salud y cuyas decisiones impactan de lleno en el sistema, en particular sobre las obras sociales.

Los conflictos, las tensiones, los diálogos, los consensos y las posibles propuestas de solución de la financiación de las obras sociales, debe buscarse en el ámbito del campo de la salud, donde interactúan desde lo conceptual y desde la práctica, todos los actores que impactan en el mismo.

Tomemos algunos ejemplos, donde queda claramente en evidencia la necesidad de este nuevo abordaje: a.- Cabe preguntarse, si con la sola creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Nuevas Tecnologías Sanitarias ¿se va a ordenar en forma explícita la priorización de las coberturas de salud y reducir la excesiva judicialización? Lo mismo ocurre sobre la creación de un Seguro Nacional sobre Enfermedades Catastróficas en relación a su financiamiento por creemos que su creación es indispensable, pero ¿es suficiente si no se logra un consenso integral de todos los actores que interactúan en el campo? b.- Por otro lado, la ampliación exponencial del PMO, a través de leyes o resoluciones que regulan patología por patología, sin ningún grado de sistematicidad e integración y sin su correspondiente partida presupuestaria ¿significa una real y efectiva ampliación del derecho a la salud? c.- El rol del Poder Legislativo es imprescindible, porque cualquier reforma integral de la salud debe pasar necesariamente por el Congreso y además en lo inmediato pensemos en la creación de una canasta universal y básica de prestaciones que reemplace a un PMO -que no es universal-, pues no alcanza al sector público nacional ni provincial y las obras sociales provinciales y hoy no es marco de referencia para las obras sociales y los jueces cuando se plantea algún problema de cobertura. d.- En cuanto a la participación del Poder Judicial es indispensable para analizar la excesiva judicialización que se está dando en materia de salud y que está afectando el financiamiento de las Obras Sociales, hasta el punto de que a veces las sentencias son de imposible cumplimiento. e.- El tratamiento legislativo del Presupuesto Nacional trajo novedades importantes en materia de financiamiento de la salud con un resultado que no fue el esperado pero que pone

en agenda el tema. En primer lugar, en la Cámara de Diputados no prosperó el artículo impulsado por el Diputado Palazzo que preveía el *aporte de un 15% al Fondo Solidario de Redistribución* en relación a los planes superadores, lo que puso en evidencia la tensión que sobre este tema existe entre las OSN y las EMP. Además, se preveía la creación de un Fondo Nacional de Tecnología Sanitaria de Muy Alto Precio por el cual se centralizaba el financiamiento, la cobertura y la compra de las tecnologías sanitarias de mayor impacto financiero por 36 meses, lo que era una buena noticia, pero fue votado negativamente en la sesión tan vez porque algunos lo percibieron como una ventaja para el sindicalismo donde un sector trato de sacar ventaja sobre el otro y no como una respuesta al problema del financiamiento de la seguridad social y el efectivo ejercicio del derecho a la salud de la gente y se aprobó, también en votación dividida, un aporte progresivo a las obras sociales de los monotributistas con excepción de las categorías A, B y C que representan el 60% de los mismos y son los que más usan las Obras sociales con lo cual su eficacia habrá que verla a futuro. Distinta es la propuesta en el presente trabajo de investigación que consiste en reasignar el componente impositivo del monotributo y destinarlo a las obras sociales con lo cual creemos que se resuelve en gran parte su inequidad. A todo esto, el tema sigue estando en agenda ya sea en la búsqueda de una respuesta integral adecuada para mejorar el financiamiento de las obras sociales o en la búsqueda de paliativos hasta que se encuentren los consensos necesarios entre los distintos actores para dar respuesta al problema de fondo.

Por todo lo dicho, creemos necesario redefinir la idea de interdependencia, diálogo y consenso, dentro de un ámbito más amplio que el de sistema de salud y creemos en este sentido en un nuevo abordaje epistemológico como es el de campo de la salud, para describir, explicar y aplicar en forma urgente esta problemática y buscar soluciones concretas.

Este es el camino que debemos empezar a construir y que aquí presentamos a su elevado juicio y consideración los tres estudios para un nuevo modelo de gestión en la seguridad social mediante el abordaje de campo aplicado a la sustentabilidad, la equidad y la solidaridad en la salud.

De esa manera, con inteligencia y voluntad, haremos realidad la consigna que tuvo en vista y a la que dedicó toda su vida el Dr. Eugenio Zanarini.

CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA BÁSICA APLICADA EN LOS TRES ESTUDIOS

- 1.- Beebe, J. (1988). *"Medicare Reimbursement and Regression to the Mean. Health Care Financing Review"*.
- 2.- Beauchamp y Childress (1978). *"Principles of Biomedical Ethics -"Principios de Ética Biomédica"*.
- 3.- Bracamonte, Silvia Andrea y Cassinerio, José Luis (2020) *"La Judicialización del Derecho a la Salud"*. South Centre.
- 4.- Bianchi, Mariela (2017) *"Judicialización de la salud en relación a los medicamentos de una Obra Social de la Provincia de Santa Fe"*. Universidad Nacional de Rosario.
- 5.- L. Clérico, L.M. Ronconi, M. Aldao (2013) *Tratado de Derecho a la Salud*. Abeledo Perrot, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- 6.- Colina, Jorge. (2008). *"Propuesta para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina"*. Fundación MAPFRE, Madrid.
- 7.- Daniels N. Just Health (2007) meeting Health needs fairly. Cambridge University Press (2007)
- 8.- *"Gasto Catastrófico en salud" (2018)*. Isalud y Prosanity, CEMIC.
- 9.- Glanc, Mario y Del Prete Sergio (2021), *"Gestión del alto costo en salud: un dilema no resuelto"*. FAMSA.
- 10.- Garriga Marcelo y Walter (2013), *"Importancia de los Seguros de Salud y Cobertura de Enfermedades Catastróficas"*. Universidad Nacional de la Plata.
- 11.- Guix Oliver, Joan (2008) *El análisis de contenidos: ¿Qué nos están diciendo? - Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universitat Rovira i Virgili. Agència de Salut Pública de Barcelona*. Barcelona. España.
- 12.- Hovagimian, Mirian (2017). *"Medicamento de alto costo: alternativas para alcanzar un financiamiento sostenible"*. Universidad de San Andrés.

- 13.- Lifschitz, Esteban (2018) *“Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Argentina. ¿Por qué, para que, como?”* Ed. Fundación Sanatorio Güemes.
- 14.- Maceira, Daniel (2018) *“Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, y el Accionar del Sistema Único de Reintegro en Argentina”*. CEDES.
- 15.- Organización Panamericana de la Salud (2014) *“Como tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud”*.
- 16.- Organización Panamericana de la Salud (2009) *“El Acceso a los Medicamentos de Alto Costo en las Américas”*.
- 17.- Pippo Briant, Tomás Augusto y otros (2017) *“Análisis de las implicancias socioeconómicas de la utilización de instrumentos judiciales para la prestación de bienes y servicios sanitarios. Un estudio de casos”*.
- 18.- P. Talavera Fernández (2016) *Las dificultades que el actual paradigma subjetivista de la salud comporta en su configuración como derecho humano universal*. Revista Boliviana de Derecho.
- 19.- Tobar, F., Hamilton, G., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). *“Un seguro nacional de enfermedades catastróficas: Fundamentos para su implementación”*. CIPPEC.
- 20.- Tobar Federico (2014). *“Respuesta a las enfermedades catastróficas”* CIPPEC.
21. - Van der Kooy, E., Pezzella, H., Carril, A. et al (2017) *“Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio”*. Prosanity-Isalud.
- 22.- Xu, K. y otros. (2003). *“Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis”*. Lancet 362, págs. 111-117.
- 23.- Yjilioff Roberto Daniel. (2013). *“Administración de Programas Especiales y su cobertura de enfermedades catastróficas”*. Ed. Fundación Sanatorio Güemes.
- 24.- Zúñiga, José, M, Stephen P. Marks y Lawrence O. Gostin (2013). *Promoción del derecho humano a la salud*, Oxford University Press.

25.- Moldovan H. [1] et. al. (2022). *Reporte técnico NRO 004/2022: Edad como principal predictor del consumo*. IIDOS.

26.- Moldovan H. [2] et. al. (2022). *Reporte técnico NRO 002/2022: Impacto de monotributistas en el financiamiento de una OS*. IIDOS.

27.- Moldovan H. [3] et. al. (2022). *Reporte técnico NRO 003/2022: Medición del Gasto Catastrófico*. IIDOS.