

¿A QUIÉN BENEFICIA LAS REFORMAS EN SALUD DEL DNU?



Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar - Abogados

Apenas asumió, este gobierno nacional dictó el Decreto de Necesidad y Urgencia -DNU 70/2023- que, entre otros muchos temas, contiene prescripciones específicas sobre obras sociales y empresas de medicina prepagada.

En los últimos días se publicaron en el Boletín Oficial tres decretos -nº 170/24, nº 171/24 y nº 172/24- que modifican algunas cuestiones vinculadas con el funcionamiento del Sistema Nacional de Obras Sociales.

Ni de los considerandos de estas normas, ni de voces oficiales se desprende cuáles fueron los objetivos que se tuvieron en mira con su dictado. No obstante, varios medios de comunicación indicaron que estas reformas obedecen -entre otros fines- a la necesidad de terminar con la triangulación de los aportes y contribuciones que reciben las obras sociales, por vía de las empresas de medicina prepagada. Intentaremos, en estas líneas, analizar si esa finalidad puede considerarse cumplida y, fundamentalmente, si ello ocurre, redundará en beneficio de los usuarios del Sistema.

Analizaremos en esta nota, las modificaciones más importantes que estas normas producen en el sistema mencionado.

1º) Se habilita la posibilidad de que las empresas de medicina prepagada sean también receptores obligatorios de aportes y contribuciones, es decir, sean "agentes del seguro de salud". De este modo se abren algunos interrogantes que, entendemos, deberán ser respondidos por la reglamentación que se dicte sobre esta materia. En primer término, van a empezar a convivir dos tipos de personas jurídicas -obras sociales y empresas de medicina prepagada- que tienen distinto objeto social. De ello se derivan consecuencias, como por ejemplo preguntarnos ¿Las empresas de medicina prepagada que resuelvan voluntariamente funcionar como agentes del seguro estarán alcanzadas por las exenciones que la ley de obras sociales establece respecto del pago de tasas y contribuciones nacionales?; pues de esa exención gozan las obras sociales nacionales, en virtud de lo prescripto por el artículo 39 de la ley 23.661. En esa misma línea, debiera determinarse si la coexistencia de ambas instituciones con diferentes tipologías jurídicas implicaría que todos administran fondos de terceros, o que los aportes y contribuciones que se destinan a una obra

social son del trabajador y los que se destinan a una empresa de medicina prepagada son de la empresa.¹⁾

Aclaremos aquí que la inscripción en ese Registro por parte de las empresas de medicina prepagada es *voluntaria* y para determinado tipo de instituciones (tipo A y B).²⁾

2º) Se elimina la obligación de las obras sociales de destinar como mínimo el 80% de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, a la prestación de los servicios de atención de la salud, a sus beneficiarios. No existe detalle en los considerandos del DNU 70/2023 que explique los fundamentos que tuvo esta medida.

3º) El DNU 70/2023 incorpora el art. 19 bis a la ley 23.660, dice que "*Cuando las entidades reciban aportes adicionales a los de la suma de la contribución y los aportes..., deberán depositar el VEINTE (20 %) al Fondo Solidario de Redistribución*". Consideramos que este artículo responde al principio de solidaridad que constituye uno de los pilares de la seguridad social, al obligar a pagar al Fondo Solidario de Redistribución a quien más paga. A su vez, el decreto 171/24 extendió esta obligación a aquellas empresas de medicina prepagada que se hubieran inscripto o no en el Registro Nacional de Obras Sociales. Es decir, si bien la inscripción es voluntaria, el pago de ese componente adicional al FSR es obligatorio. No analizamos aquí la naturaleza jurídica de ese pago adicional, que quedará para otro estudio vinculado a la creación de tributo por Decreto.

4º) El DNU 70/2023 permite que las personas ejerzan el derecho de opción de cambio desde el inicio de la relación laboral. Hasta ese momento, a partir del dictado de decreto 438/2021, las personas debían estar obligatoriamente el primer año en la obra social de su actividad. Además, se permite que se ejerza la opción de cambio de la obra social por la cual se hubiera optado, antes de transcurrido 1 año de permanencia allí.

5º) Se habilita la libre opción de obras sociales entre beneficiarios de obras sociales sindicales, de dirección, de convenio, y/o de empresas de medicina prepagada. Hasta ese momento, el ejercicio de ese derecho estaba segmentado de acuerdo con la aplicación del convenio colectivo.

6º) Se deroga el procedimiento de opción de cambio del personal de dirección.

7º) Se deroga el decreto 743/2022 que preveía el otorgamiento de bonificaciones en las cuotas de las empresas de medicina prepagada, a aquellos usuarios que acreditaren no alcanzar los ingresos mínimos que allí se indicaban.

8º) Se liberan las cuotas que pueden cobrar las empresas de medicina prepagada, es decir, la autoridad de aplicación no tiene más atribuciones para fijar montos máximos de aumento. En este sentido, también se elimina la función de la autoridad de aplicación de fijar aranceles mínimos para los prestadores públicos y privados.

9º) Se deroga el Sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Se crea, en sustitución de este sistema, el Regis-

tro Federal de Establecimientos de Salud. A partir de ahora, las obras sociales podrán celebrar convenios con los efectores del subsistema público, tendientes a establecer el mecanismo para implementar el pago de las prestaciones, ya sea a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente o en forma individual.

10º) Se abren más posibilidades para la comercialización de planes parciales.

En estos 10 puntos que enumeramos las cuestiones que, a nuestro criterio, sufrieron las modificaciones más importantes.

Ahora bien, veamos cómo fue la reacción de cada uno de los actores del sistema; y, de este modo, discernir si se cumplió con uno de los objetivos principales que se habrían trazado los funcionarios oficiales para emitir estas normas.

Por un lado, ni las obras sociales sindicales de modo individual, ni la Confederación General del Trabajo de modo colectivo, interpusieron acciones judiciales contra esta reforma; como si ocurrió, por ejemplo, con el capítulo del DNU 70/2023 vinculado con aspectos del derecho del trabajo. Parecería ser que estos actores no han detectado perjuicios que pudieran invocar con estas reformas; y que, además, se incluyó allí una aspiración de todos los sectores sindicales, como lo es la obligación que se les impone a las empresas de medicina prepaga de depositar en el Fondo Solidario de Redistribución el 20% de los aportes adicionales que reciben de la suma de la contribución y los aportes.

Por otro lado, los representantes de las principales empresas de medicina prepaga criticaron esta reforma y dejaron trascender que no estarian dispuestas a inscribirse en el Registro Nacional de Obras Sociales.

Finalmente, tampoco los usuarios parecen haber salido favorecidos con esta reforma. Ello así, pues al eliminar la autorización de la aplicación de aplicar topes máximos en las cuotas que cobran las empresas de medicina prepaga, vieron aumentadas sus facturas en alrededor de un 100% en solo 3 meses -existen numerosas acciones judiciales interpuestas contra esta liberación de cuotas-. A ello, hay que agregar que este nuevo "cargo" del 20% al Fondo Solidario de Redistribución será trasladado a los bolsillos de los propios usuarios.

Existen además otros resortes técnicos que nos hacen pensar que la "triangulación" (así la han dado en llamar los medios de comunicación), como por ejemplo que se incrementa el aporte al Fondo Solidario de Redistribución sobre los aportes y contribuciones que se destinan a la empresa de medicina prepaga¹³ no va a ser eliminada. Y con ello, tampoco se verá reducida la porción que queda en la obra social que recibe los aportes y contribuciones.

En síntesis, no consideramos que las reformas tengan el efecto que se enuncia públicamente.

Por otro lado, consideramos que la actualidad del sistema de salud tiene otros problemas que son mucho más importantes que permitir que los beneficiarios opten por una empresa de medicina prepaga evitando la intermediación.

Sin la pretensión de ser taxativos, entendemos que debemos adoptar medidas para resolver los siguientes temas:

- A) No existe posibilidad que un sistema de salud se base en una fuente de financiamiento casi exclusivamente contributiva. Una muestra de ello lo refleja el aumento que tuvo el costo de las prestaciones médicas en los últimos 3 meses, que no fue acompañada por un aumento equivalente de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones patronales, al no haber existido aumentos significativos de salarios en este periodo.
- B) Establecer las bases de una canasta mínima de prestaciones en una ley.

C) Se debe rediscutir el modo en que se deben financiar las prestaciones asistenciales de la discapacidad, especialmente en lo relativo a transporte y educación.

D) Proponemos también discutir la atención de los jubilados por parte de las obras sociales. Recordemos que, actualmente, numerosos beneficiarios de las obras sociales que no están inscriptas en el Registro de Jubilados de la Superintendencia de Servicios de Salud; al llegar a la edad jubilatoria exigen su permanencia en dichas obras sociales, por vía de amparos. Desde hace ya unos años, este conflicto constituye la causa principal de las causas judiciales que se interponen contra las obras sociales. Sobre esta población rige también un sistema de compensación a favor de las obras sociales (cápita) que no alcanza a cubrir el gasto prestacional promedio¹⁴ y genera la consecuencia que las obras sociales intenten poner todo tipo de trabas para recibir jubilados.¹⁵

E) Es sabido que el componente de salud que abonan los monotributistas, los monotributistas sociales y el personal doméstico es absurdamente exiguo. Como en el punto anterior, es necesario actualizar ese valor que actualmente ronda los seis mil pesos (\$ 6.000).

Debemos señalar, por último, que es sabido que son aproximadamente seis millones (6.000.000) de usuarios los que gozan de un servicio de salud a través de la medicina prepaga. En consecuencia, las normas que hemos analizado no implican una reforma del sector ya que el Sistema Nacional del Seguro de Salud cuenta con más de veinte millones (20.000.000) de afiliados y parecería estar destinado, exclusivamente, a la apertura hacia la medicina prepaga en la creencia (a nuestro entender errónea) que ese es el problema del sistema. Dicho de otro modo ¿La eliminación de los costos de la intermediación va a incidir en la mejora de la accesibilidad y la equidad de los beneficiarios en su atención médica? Si en la actualidad la salud de cada individuo (y su grupo familiar) depende de su capacidad de pago, estas normas incrementarán la desigualdad y hará más oneroso el tránsito por las empresas de medicina prepaga para los usuarios.

En estas líneas, hemos limitado las consideraciones al contenido del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Si nos referimos a la totalidad de la población, debemos decir que miran todas estas reformas con "la fiata contra el vidrio". Quizás, entre tantas medidas disruptivas, sea prudente rediscutir el federalismo en salud que hoy es un argumento para sostener la inequidad.

Esperemos que se puedan obtener consensos para el cambio que necesita nuestro Sistema Nacional de Obras Sociales. ■

Referencias:

- 1.- El artículo 16 del Decreto 576/93, reglamentario de la ley 23.660 dice textualmente: Los aportes y contribuciones que, por imperativo legal, se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador a favor del Sistema de Salud le pertenecen y puede disponer de ellos para la libre elección del Agente del Seguro, pues constituyen parte de su salario diferido y solidario.
- 2.- La Superintendencia de Servicios de Salud dictó la Resolución n° 1950/2021 (B.O. del 23 de noviembre de 2021) a través de la cual estableció la tipificación de las empresas de medicina prepaga.
- 3.- Los aportes y contribuciones destinan el 15% al FSR para las obras sociales de convenio, y el 20% para las de dirección y las empresas de medicina prepaga (artículo 19 de la ley 23.660 con la reforma introducida por el DNU).
- 4.- El Instituto Nacional de Obras Sociales para Jubilados y Pensionados abona una capita mensual equivalente a \$ 17.063,61).
- 5.- Es de sentido común considerar que alguien que aportó muchos años a una obra social, pretenda continuar en ella en la pasividad, máxime sabiendo que es el período en que más la va a necesitar.