

El DNU atenta contra la solidaridad del sistema

EL TIEMPO CIRCULAR

Cómo el Decreto 70/2023 convalida y profundiza la trayectoria de reformas regresivas del sistema de Obras Sociales realizada por el neoliberalismo durante la década de 1990.

INTRODUCCIÓN

El Decreto de necesidad y urgencia (DNU) 70/23 establece una serie de derogaciones y modificaciones del sistema de obras sociales y prepagas. Se debe aclarar que gran parte de su contenido se limita a actualizar cuestiones semánticas en la normativa de base, debido a que a lo largo del tiempo han sufrido transformaciones por normativas complementarias. Pero el DNU tiene dos puntos centrales en lo referente a la estructura y funcionamiento del Sistema de Salud: **la desregulación de precios de las Empresas de Medicina Prepaga y la incorporación de las mismas a las disposiciones de la Ley de Obras Sociales 23.660.**

En el presente informe se analiza cómo el Decreto convalida y profundiza la trayectoria de reformas regresivas del sistema de obras sociales realizada por el neoliberalismo durante la década de 1990.

EL RÉGIMEN DE OBRAS SOCIALES NACIONALES

La Ley Nacional 23.660 sancionada en 1988¹ brinda el marco legal por el cual se regula el funcionamiento de las Obras Sociales Nacionales en lo referido por ejemplo a la afiliación obligatoria de las y los trabajadores formales a las obras sociales, el nivel de cobertura de prestaciones, como el Programa Médico Obligatorio, y el modelo de financiamiento.

¹ Disponible en línea: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/texact.htm>

Sobre el modelo de financiamiento, el procedimiento establece que a partir de la recaudación de aportes y contribuciones del trabajador y el empleador, se transfiere entre un 80% y 85% a las Obras Sociales Nacionales para la cobertura de las prestaciones sanitarias, sociales y de gastos administrativos de su funcionamiento. Mientras que el 15% o 20% restante es transferido al Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Este es un fondo administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud y tiene como objetivo brindar distintos apoyos financieros a las entidades que forman parte del sistema. Por ejemplo, para la cobertura de prestaciones de alto impacto económico (ya sea por su alto precio o por su cobertura a lo largo del tiempo) y las establecidas en el Nomenclador Nacional de Discapacidad.

El espíritu del FSR es justamente mantener la solidaridad en el sistema, ya que intenta compensar las asimetrías existentes en la distribución de la carga de enfermedad entre las Obras Sociales y, por el lado del financiamiento, las diferencias de ingresos a causa de la rama o jerarquía de la actividad central. Respecto a esto último, es importante recordar que el nivel de financiamiento de las Obras Sociales Nacionales se encuentra sujeto a la evolución de los salarios.

EL RÉGIMEN DE EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

La actividad de las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) se encuentra regulada por la Ley 26.682², sancionada en el año 2011. Esta normativa establece el marco por el cual se define el tipo de afiliación (de carácter voluntario), el control de la cobertura de las prestaciones establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y la modalidad de financiamiento. Esta se basa en el establecimiento de cuotas mensuales cuyo valor, hasta la emisión del Decreto 70/2023, requería previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud y el Ministerio de Salud de la Nación. Dicho proceso regulaba no sólo los incrementos, sino también los diferenciales de precio

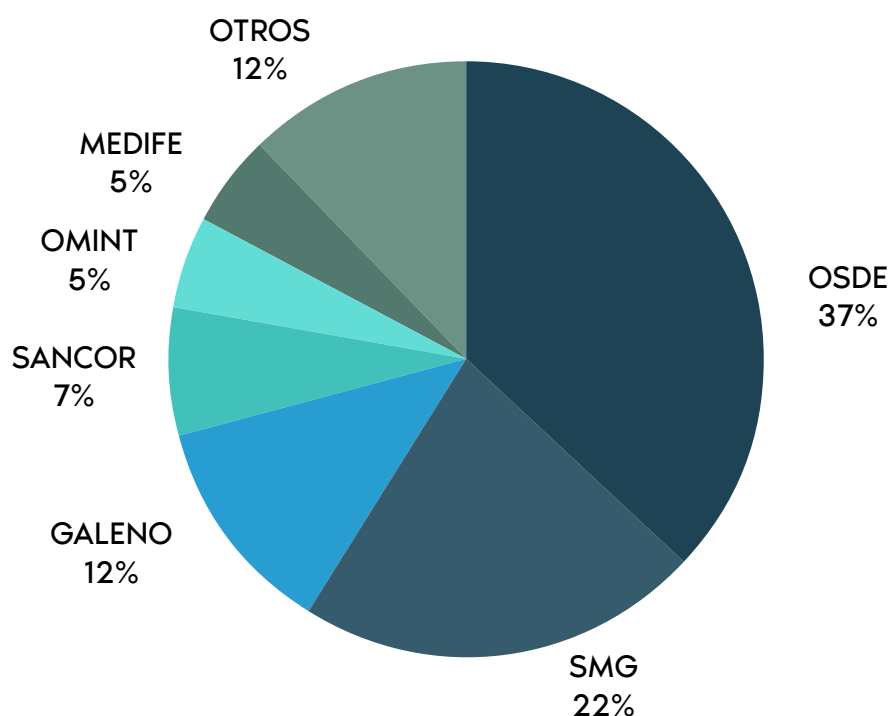
2 Disponible en línea: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/190000-194999/190606/norma.htm>

en las cuotas debido a la existencia de enfermedades preexistentes y/o la edad del usuario.

Se estiman que existen más de 700 EMP en todo el país y que brindan cobertura a poco más de 6 millones de personas. De las cuales aproximadamente sólo 2 millones se encuentran en carácter de beneficiarios directos (que abonan una cuota mensual), mientras que los 4 millones restantes poseen afiliación a una Obra Social Nacional a través de la cual “desregulan” sus aportes hacia el sector privado. Este mecanismo, conocido como *descreme*, utilizaba los “grises” existentes en la legislación para facilitar el traspaso de recursos de la seguridad social al sistema de medicina prepaga.

Pero existe otro dato relevante: el 60% de la población que posee cobertura por prepagas, se encuentra distribuida en dos grandes empresas: OSDE y Swiss Medical (SMG).

Gráfico 1. Principales Empresas de Medicina Prepaga a nivel nacional, según porcentaje de cobertura sobre la totalidad del padrón nacional.



Fuente: Informe sectorial CADIME N° 19, junio 2022. Informantes claves, mayo 2023.

LA RELACIÓN ENTRE AMBOS REGÍMENES

Respecto a la convivencia de ambos regímenes es necesario señalar que las reformas de carácter neoliberal iniciadas en los años 90, generaron una paulatina desfinanciación de las Obras Sociales Nacionales. Es así que muchas obras sociales en la actualidad funcionan como meras instancias administrativas para la transferencia de fondos al sector privado, dado que no poseen capacidad ni infraestructura propia para brindar y garantizar las prestaciones. Esta desfinanciación y transferencia de recursos al sector privado se originó por cambios normativos, pero principalmente por la implementación de la “*libre opción de cambio*” en el Decreto 9/93³: a partir de la cual las personas pueden elegir una Obra Social Nacional que posea convenio con la Empresa de Medicina Prepaga deseada para la cobertura en salud.

A modo de ejemplo: un trabajador que por su rama de actividad se encuentra afiliado a la Obra Social de Choferes de Camiones puede, mediante un sencillo trámite, traspasar sus aportes a la Obra Social de Comisarios Navales. Esta última posee el gerenciamiento de sus prestaciones con OSDE.

Es decir que el trabajador mencionado financiará y recibirá cobertura por dicha prepaga si su aporte salarial cumple con el nivel establecido para el plan que adquiere. Sino, tendrá la opción de abonar un diferencial para poder alcanzarlo. Este mecanismo comenzó a quebrar el sistema solidario de obras sociales, por el cual las y los trabajadores formales destinan un porcentaje salarial y reciben la misma cobertura sanitaria, independientemente de su nivel de ingreso, dado que fue el punto de partida para que las personas con mejores salarios -y muchas veces las más jóvenes y sanas- migraron al sector privado y se concentraron en lo que hoy se conoce como las principales Empresas de Medicina Prepaga. Como se mencionó anteriormente, este fenómeno de traspaso de mejores aportes y población con menor riesgo a las EMP es comúnmente conocido como *descreme*.

3 Disponible en línea: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>

¿QUÉ CAMBIOS PROPONE EL DNU?

Por un lado, las EMP podrán realizar aumentos en sus cuotas mensuales sin previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud y el Ministerio de Salud de la Nación. Además, su incorporación al régimen de Obras Sociales Nacionales permite que reciban los recursos financieros provenientes de la recaudación de contribuciones de las y los trabajadores de manera directa, sin que los mismos pasen por las Obras Sociales Nacionales. Esto también implica que las Empresas de Medicina Prepaga se incorporen de manera directa al actual sistema de subsidios y reintegros que administra la Superintendencia de Servicios de Salud.

Por otro lado, las y los trabajadores que inicien una relación laboral ya no deberán permanecer por un plazo mínimo de un año en la obra social de la rama de su actividad de origen, dado que podrán ejercer el derecho de elección de la Obra Social o EMP que deseen, al momento de darse el alta.

¿QUÉ IMPLICANCIAS TIENE?

Facilita la transferencia de recursos públicos al sector privado que, como describimos, es un mercado oligopólico concentrado en pocos actores. Como se mencionó anteriormente, la incorporación al régimen de Obras Sociales hará posible que los aportes de trabajadores se destinen de manera directa al sector privado. Respecto a la concentración, resulta central su análisis para interrogar la hipótesis liberal según la cual la desregulación haría que más empresas compitan y de esta manera bajen los precios de los servicios ofrecidos y se incremente la calidad de la atención. Misma hipótesis utilizada en los '90 para promover la libre opción de obra social.

Convalida la ruptura de la solidaridad como valor esencial del sistema,

primando la lógica individualista en el acceso a la salud. Como se detalló anteriormente, se profundiza el proceso de “descreme” iniciado en la década de los 90 por el cual los trabajadores con mejores salarios migraron y migran hacia las empresas de Medicina Prepaga. Esto lo confirma el dueño de una prepaga en una reciente entrevista televisiva, al decir que a partir de los aumentos, el contexto económico y la implementación del nuevo régimen “van a aumentar las cuotas entre un 40% y un 50%”, y afirma que seguramente disminuirá la cantidad de personas que lo puedan pagar. Se institucionaliza la lógica individualista de la salud en donde el acceso a los servicios e insumos básicos puede y debe depender de la propia capacidad de pago.

En cuanto al **debilitamiento de la seguridad social, también podrá verse afectado el financiamiento de las Obras Sociales y su capacidad de atención por el aumento de desempleo** (disminución de la recaudación) y el contexto de crisis socioeconómica que, como se ha demostrado en diversas investigaciones⁴, afecta de manera directa a la salud de la población. El debilitamiento de las Obras Sociales profundiza la dificultad de respuesta a la demanda de su población a cargo, pero también puede incrementar las deudas existentes con los prestadores y proveedores privados ampliando la crisis en el sector.

La situación descrita en los últimos párrafos usualmente confluye en la **sobrecarga del sector público** a raíz de la recepción de las demandas que no pueden ser resueltas en los otros subsectores, pero que probablemente no coincida con incrementos de los recursos financieros para dar respuesta, dado que las actuales políticas económicas del gobierno se soportan en lo que el Decreto 70/2023 define como “*no hay solución alternativa a un urgente ajuste fiscal*”.

⁴ David Stuckler y Sanjay Basu. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Santillana; 2013.

CONCLUSIÓN

Existe un consenso generalizado entre los diversos actores del sistema de salud y la ciudadanía acerca de la imperante necesidad de llevar a cabo **reformas sustanciales en el sistema sanitario con el propósito de mejorar su accesibilidad y su calidad**. No obstante, es imprescindible abordar una **revisión crítica del sistema desde una perspectiva histórica con el fin de establecer, de manera consensuada y democrática, qué reformas se requieren**. La discusión puede extenderse a la reconsideración del modelo de financiamiento de los distintos subsectores, pero tal vez sea necesario **debatir y construir una respuesta común sobre qué valores deben estructurar al sistema y qué modelo de atención garantiza el derecho a la salud para toda la población**.