

Título: "DESREGULACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES"

Aportado por: Dr. Antonio Sirino - antoniosirino@yahoo.com.ar

OBRAS SOCIALES

(Actualización del trabajo de Desregulación de O. Sociales)

Autor:

Dr. Antonio P.J. Sirino

**Medico Cardo - Angiólogo; Medico Especialista en Medicina Laboral;
Geriatra; Medico Auditor reconocido por SADAM**

Ex - Coordinador del Ara de Clínica Medica del Policlínico Ferroviario Central

Ex -Director Interino del Hospital Municipal "Dr. Raúl F, Larcade"

**Ex - Presidente de la Sociedad de Socorros Mutuos del Personal del
Ferrocarril General Belgrano,**

Ex - Gerente General de Prestaciones Médicas de I.N.O.S.

**Ex - Delegado Normalizador de Obra Social del Personal de la Actividad
Vitivinícola**

Asesor Medico ad Donoren de la Legislatura de la Porteña

Sindico Medico de la Gerencia de Prestaciones de la S.S.Salud.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La afiliación de los obreros a los sindicatos, tiene un paralelismo directo con las posibilidades de desarrollo industrial del país. Así es como vemos que en los Estados Unidos las estadísticas nos muestran su evolución : el numero de afiliados se incrementa desde el año 1900, manifiesta un progreso lento pero continuo hasta la primer guerra mundial, luego crece bruscamente durante la misma y se mantiene en los años siguientes. Sufre rápida caída y estancamiento en los años 20, vuelve a recuperarse bruscamente durante el periodo del New Deal, que siguió a la gran depresión y experimenta una gran expansión durante la segunda guerra mundial, para luego entrar en una meseta de crecimiento. Esto es lo que ocurre en los países que no solo manejan bien su economía, sino con sentido de la realidad.

Desde la época colonial donde la expresión "obras de caridad" era la más adecuada para esta actividad, por la motivación religiosa que la misma implicaba, se practicaba en forma desinteresada por quienes se dedicaban a tales actividades a favor de los necesitados, en su mayoría por iniciativa privada con poca o ninguna participación de Estado hasta la finalización del siglo XVIII. En dicho período, las cofradías, gremios y hermandades fueron las primeras formas de previsión y asistencia social organizada. Todos estos términos han servido solo para presentarnos un desarrollo constante de la preocupación humana por paliar el sufrimiento de sus semejantes y ofrecer ésa "protección" para conseguir el bienestar físico y espiritual de quienes lo necesitan en determinados momentos. Cada una de estas instituciones ha surgido como un intento de tratar de mejorar lo existente.

Una segunda etapa se vislumbrará en forma lenta pero ininterrumpida desde los comienzos del siglo XIX, con una tibia iniciativa Estatal en Política Social que irá desplazando a la actividad Privada, se crea así en 1822 la "Sociedad de Beneficencia y nuevos hospitales y asilos". En esos momentos se otorgaban "graciosamente" beneficios que implicaban un intento fugaz de solucionar algo, sin conseguir armar una verdadera política social estable. No se sospechaba que esa prestación

"graciable" se convertiría, en algún momento, en un derecho del ciudadano, amparado por leyes e instituciones públicas. Sin embargo, ya comienzan a fijarse pautas que serían el principio de nuestra legislación jubilatoria:

1.- La cifra de los beneficios en los topes a pagar.

2.- La no acumulación de los beneficios.

3.- El límite en el goce de los beneficios, a excepción de las madres de los muertos en defensa de la Patria.

Así se llega tras un historial rico en procesos de protección social, desde el año 1944 donde se transforma la Asistencia Social en Previsión Social. Fue la Justicia Social la cual se constituyó en el pilar fundacional de un nuevo derecho basado en la dignidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas indispensables del hombre más desposeído, y hasta ése momento solo "protegido" por la filantropía, la beneficencia y la caridad.

Se llega entonces a la constitución de las "Obras Sociales" (OOSS), que tanto significan en su acepción genérica como en su estructura orgánica o institucional. Germinal Rodríguez ayuda a la definición considerando que brindan "mutualismo, cooperación, recreación y ayuda jurídica". Estas definiciones no son exhaustivas y en la realidad tienden a ser superadoras.

No se puede dejar de considerar que dada la evolución del proceso, había llegado el momento de integrar y coordinar esfuerzos entre las constituidas Obras Sociales Estatales, Sindicales y Asociaciones Mutuales. Se logra entonces lo que constituyó la acción más adecuada para colmar esas grandes expectativas, la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales cuya finalidad, objetivos y estructura fue fijada por la ley No 18.610.

Es ésta entonces, la que en su artículo 12 expresa " el INOS tendrá como fin Promover, Coordinar, Integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables". Los artículos 1º y 2º referentes a las actividades asistenciales, se pueden así identificar con lo expresado anteriormente en su objetivo controlador.

La síntesis apretada de un derecho social de convivencia humanitaria ha sido el objeto de estas líneas, desechando muchos mojones históricos en su constitución actual, pero dejando como bagaje esas luchas llevadas a cabo para favorecer a los desprotegidos de esa globalización que parece olvidar con desprecio, el bienestar Jurídico y Cristiano que les corresponde a los que tratan de vivir.

El derecho a la salud

Podemos definirlo como parte sustancial de los derechos humanos y deber ser respetado sin restricciones quedando al margen de las políticas de mercado y ajuste.

Así debemos considerar que los derechos de la población referentes a la salud se pueden enumerar como:

- ❖ Del derecho a ser sano: Esto engloba el derecho al trabajo, la educación y la alimentación.
- ❖ Los problemas que entorpecen ese derecho son sociales: Como la marginación, desempleo, pobreza, y el abandono.
- ❖ Derecho a la atención médica oportuna: Que se lo ve entorpecido por los obstáculos del sistemas de atención médica relacionados con la accesibilidad y con la cobertura.
- ❖ El derecho a participar, en forma colectiva, en la elaboración y puesta en marcha de programas de salud en defensa de la atención médica cotidiana y los programas de prevención.
- ❖ Derecho a la Atención sobre la mercantilización y a que se efectúe una prestación solidaria.
- ❖ Derecho a ser tratado aplicando los adelantos de la medicina y la tecnología modernos, y no a ser utilizado como banco de prueba para las drogas modernas de investigación no probadas aun, sin real consentimiento previo.

- ❖ Derecho a que se utilicen los métodos de diagnóstico, completos sin restricciones arbitrarias, para evitar gastos, que no son tales, por que en salud no se gasta se invierte, con el solo hecho de prevenir complicaciones, los recursos correctamente invertidos.
- ❖ Derecho a la equidad sobre el pensamiento de la eficiencia. Se debe aumentar la eficiencia sin prescindir de la eficacia del tratamiento oportuno. En la atención para la salud pública no se puede basar todo en la premisa de contener costos y para acrecentar eficiencia, olvidando el interés superior y fundamental, de mejorar la salud.

Definiciones trascendentales en Política de Salud

Los gobernantes de los países como el nuestro, en vías de desarrollo que no han asumido aun la responsabilidad que les cabe en garantizar el derecho a la salud.

Se deberían cumplir con prestaciones básicas brindando un régimen de asistencia obligatoria monitoreando los progresos desde el Estado.

No se pueden aceptar políticas que conlleven las propuestas veremos que tienen como objetivo fragmentar la sociedad en grupos con distintas posibilidades de acceso al sistema de salud, teniendo como único elemento el respeto al valor adquisitivo y el poder económico. Se debe tener una planificación tendiente a lograr una cobertura universal.

Debe pergeñarse una política de salud sin iniquidades y sin exclusiones. Debe ser justa y equitativa y llegar a todos los rincones del país.

En su redacción no pueden quedar a fuera el aumento de la desocupación y subocupación,

La caída del poder adquisitivo no es solo de la clase media sino de todo el que trabaje. No se puede soslayar en la redacción de una ley de salud pública el Colapso provocado de las Obras Sociales y el PAMI, ya sea por corruptela o inoperancia.

También debe borrarse el concepto del individualismo, el bienestar de la sociedad no debe estar entra dentro del ámbito de lo privado, siendo el propio individuo el que debe satisfacer dicho bienestar. La denominada "igualdad de oportunidades" debe concebirse como además, igualdad de recursos individuales, deténganse a pensar que no es igual vivir en la Ciudad de Buenos Aires que en Tilcara. Por mas inteligente que un niño nacido en una localidad del interior sea, carece de igualdad ya para la educación, ya para la salud, ya para la salida laboral.

En los fundamentos de una ley de salud, no se deben contemplar posibilidades individuales, el pensamiento filosófico debe establecerse en base a practicar la mejor medicina posible, teniendo en cuenta la escasez de recursos a repartir. Pero de igual manera no seguir sosteniendo que ante la crisis lo que entra en crisis es un edificio llamado hospital, lo que entra en crisis es un ser humano llamado enfermo sin recursos para curar su sufrimiento.

Con las políticas aplicadas hasta ahora, lo que sí se consiguió es la desigualdad que lejos de actuar como estímulo para el progreso ha logrado que los que tienen más acrecienten sus ganancias y los que tienen menos acrecienten sus problemas.

Hoy estamos frente a la realidad del liberalismo económico, y una de las principales consecuencias es el aumento masivo de la población sin cobertura social con lo que el Hospital Público se ve desbordado por la demanda de ese mayoritario grupo poblacional.

Seguir en el rumbo de los últimos diez años, es desconocer el derecho a la salud, desistir de principios básicos de la solidaridad y la igualdad, si se sigue mercantilizando el área de la salud y se volverá al antiguo esquema del asistencialismo caritativo de épocas superadas a partir de la ley 18.610, es regresar a la época en donde la población pobre recibía cierta ayuda de parte de la población acomodada económicamente, sin que esto le signifique ningún derecho adquirido.

Con temor y preocupación observamos hoy que se ubica al ser enfermo como una mercancía someténdola a los vaivenes del mercado. Sabiendo que las leyes del mercado son de naturaleza netamente individualista en contra de lo que debe ser un sistema de salud solidario y equitativo. Es aplicar el fundamentalismo económico y la expresión ciudadano se transforma en usuario, consumidor, o comprador de servicios. Para los que defienden estos postulados la solidaridad cuenta poco. Como puede verse la necesidad de cambio es realmente impostergable hacia un modelo solidario, ético, equitativo y universal.

PERSPECTIVA ECONOMICA DE LA CRISIS EN SALUD

El país se encuentra inmerso desde hace más de diez años en medio de una depresión económica: entre el tercer trimestre de 1998 y el primero del año 2001 la caída en el PBI ha sido mayor al 11%. Por ello, diariamente nos tropezamos con que en alguna región del país cientos de personas pasan a aumentar la tasa de desocupación. Consideramos también que muchas empresas deciden obligadas por las circunstancias finalizar sus operaciones y pedir la quiebra o entrar en convocatoria de acreedores. Sin contar con las que deciden rebajas salariales de hasta un 25% del ingreso del trabajador, justificados o no.

Sumado a esto hemos apreciado el aumento de las protestas sociales, materializadas en cortes de rutas, huelgas, ocupación de lugares públicos, etc. Ante la mirada impávida, y la inoperancia de los gobernantes de turno.

La consultora Nueva Mayoría efectuó un estudio en el que muestra la evolución mensual de los cortes de rutas y vías públicas desde el año 1997, que vale la pena examinar dado que marcan un franco incremento a partir de 1998

| AÑOS | ANUAL | PROMEDIO MENSUAL |
|-------------------|-------|------------------|
| 1997 | 140 | 11 |
| 1998 | 51 | 4 |
| 1999 | 252 | 21 |
| 2000 | 514 | 42 |
| 2001 (hasta Mayo) | 323 | 64 |
| 1997-2001 | 1280 | 24 |

El otro indicador que debemos examinar para evaluar el estado del malestar social es la cantidad de paros generales producidos. Examinado los por gobierno tenemos que durante el período de Alfonsín se produjeron 13 paros, con un promedio de uno cada 3 meses, en el gobierno de Menem 8, que da un promedio de uno cada 15 meses, y durante el último gobierno frustró de Dela Rúa 6, promedio de uno cada 3 meses.

Otro hecho comprobable es que el primer paro general durante el gobierno de Alfonsín se produjo luego de 9 meses de gobierno, al gobierno justicialista de Menem se le produjo el conflicto después de 40 meses; y el gobierno de De la Rúa pudo manejar la situación por solo 3 meses, para soportar luego de ese lapso el primer paro general.

CORRELATO ENTRE DESOCUPACION Y POBREZA.

La difícil realidad económica en Argentina se manifiesta también en la persistente alza de la tasa de desocupación y en los niveles de pobreza e indigencia. Con una población activa de poco más de 14 millones de personas, aproximadamente 2 millones se encontraban desempleadas, a la fecha de esta evaluación. Vemos que este es un deterioro dinámico, ya que desde mayo de 1991 a octubre de 2000, la tasa de desempleo para todo el país creció un 113%, de 6,9% al 14,7%. Esto nos dice que más de 1,2 millones de personas han pasado a la categoría de desempleados en nueve años.

El nuevo escenario social profundizado por la desfinanciación del sistema de salud y el cambio del rol del Estado, que lleva a la fragmentación, exclusión social.

Lejos ha quedado el objetivo y el pensamiento de la rica historia de los procesos de protección social, desarrollado en la Argentina, conseguidos por luchas individuales y colectivas de las

agrupaciones de personas hasta el año 1944 con lo que se conseguía transformar la Asistencia Social en Previsión Social. Era la época donde la Justicia Social constituía el pilar fundacional del nuevo derecho, basado en la dignidad de la persona con el fin de satisfacer las necesidades básicas e indispensables del hombre más desposeído, y hasta ése momento solo "protegido" por la filantropía, la beneficencia y la caridad.

Se llegó entonces a la constitución de las OOS que tanto significaron en su acepción genérica como en su estructura orgánica o institucional. A resultas de todo esto se logra la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales cuya finalidad, objetivos y estructura fue fijada por la ley No 18.610. En su evolución fue reemplazada por la ley 22.269, que si bien controlaba en forma más estricta el desarrollo de sus actividades, tenía como hecho fundamental el permitir el manejo de los fondos inherentes al padrón de afiliados, sin una intervención directa del tesoro nacional, o de entidades ligadas a él que hacen de la recaudación una distribución arbitraria.

Con el Decreto Nº 446/2000 del 6/06/00 que modifica las leyes 23.660 y 23.661, y detrás de la cortina de la Desregulación de las Obras Sociales, se escondía el objetivo real de permitir la penetración de la doctrina liberal de privatización en el corazón del sistema, cumpliendo con las exigencias que siempre han venido sosteniendo ante un estado desarticulado y sin fuerzas económicas ni políticas, como lo fueron el gobierno del Dr. Raúl R. Alfonsín, en los últimos meses de su mandato, y el gobierno de Dr. Fernando De la Rúa, frente a los que el Fondo Monetario Internacional, por intermedio de las estrategias impulsadas por el Banco Mundial trató de imponer.

Al final del gobierno de Raúl Alfonsín, a solo tres meses de las elecciones, donde obtuvo el triunfo el Dr. Menem, el Banco Mundial aduciendo que no se habían cumplido las reformas pactadas lo abandonan en plena hiperinflación.

Libre Elección De Obras Sociales

Decreto Nº 446/2000 Del 6/06/00 (modifica las leyes 23.660 y 23.661)

Los principales puntos del nuevo sistema son:

- Se podrá elegir la cobertura médica entre obras sociales, prepagas y empresas formadas especialmente con ese objetivo.
- En ningún caso se podrá rechazar a ningún afiliado.
- No habrá plazos de espera ni exclusiones para la cobertura médica.
- No habrá pagos extras, excepto para coberturas superiores a la exigida por la ley.
- Se podrá cambiar solo una vez por año de empresa u obra social.
- En caso de despido la cobertura médica será obligatoria por tres meses subsiguientes.

Fuentes de financiación del sistema

El sistema tendrá dos vías de financiamiento:

- ❖ Con el aporte del 8 % de los sueldos como hasta ahora.
- ❖ Aumentando el Fondo de Redistribución Solidaria, que permitirá garantizar \$ 20 por beneficiario en lugar de \$ 40 por cada titular como hasta ahora para los planes básicos.

No deja de llamar la atención en la actualidad, el objetivo de lograr reformas estructurales en la prestaciones que realizan las Obras Sociales Estatales y Sindicales para lograr la libre determinación de sus afiliados para optar por una prestación distinta a la que detentan actualmente. (Decreto No 446/2000)

Se trata de conseguir que todos puedan integrarse, ya sea a otra obra social o a una empresa de medicina prepaga, que lo tomaría brindándole la Prestación Médica Obligatoria (PMO) que ya tenía en su anterior obra social y que ahora le sería dada por otra, con la salvedad de que si lo desea y aporta más dinero recibiría mejor atención al cambiar de plan de salud.

Es lo que se expresa en los considerandos del decreto 446/2000 cuando dice que esto obedece entre otras causas, a la "limitación de competencia que denota actualmente el sistema" y más adelante afirma que "ello hará posible la competencia entre los actores que brindan servicios de salud en el marco del Sistema Nacional de Seguro de Salud, procurando mejorar la calidad de las prestaciones"

¿Que es entonces lo que se cuestiona? La falta de inversión en salud proporcionalmente adecuada a las actuales obras sociales? La misma esta reglamentada por ley. El déficit financiero de algunas de ellas, que han debido solicitar ayuda extra para su desenvolvimiento? Existe un Ente Regulador que tiene la obligación de exigir con cierta regularidad, un estado contable fiable como forma de control. Se habla de "competencia" como una "ley del mercado de la salud", y se nos dice que existirá un PMO.

Siempre fueron las mismas exigencias, y también los argumentos, por que perpetuamente reclaman, que se fragmenten los sindicatos, por que había que debilitarlos para que las multinacionales no tengan adversarios ante las propuestas de reducciones salariales. Estas exigencias no se pudieron cumplir durante el gobierno de Alfonsín, en parte ante la oposición parlamentaria.

Es así que el Banco Mundial (BM) planea se debía transferir a manos privadas todo el capital social de la Nación. No se podía volver a fracasar, y para ello redactaron un pliego de condiciones firmado por el responsable para América Latina del Banco Mundial, Pieter Bottelier, en el que taxativamente se exigía, la atomización sindical, las reformas constitucionales para poder llevar a feliz termino las privatizaciones de la empresas publicas, y la baja drástica del gasto del estado, sea quien fuere el partido gobernante. Se quería una democracia controlada por los organismos internacionales y al servicio de las empresas multinacionales.

Por todo ello la orientación política que se plantea, está basada en la sacralización del mercado, que han ocasionando la destrucción de las estructuras colectivas, competentes y capaces de contrarrestar el avance de la lógica neoliberal, pretendiéndose construir un orden centrado en ese interés egoísta. La implementación de dicho modelo neoliberal ha producido el su mayor impacto a nivel social, afectando el cuadro de equidad distributiva, por que en nuestro país al mismo tiempo que se ha profundizado la exclusión, han ido desapareciendo las políticas que debían funcionar como redes de contención e integración social, al unísono con el vaciamiento de contenido de las leyes de seguridad social.

En la década del 90, bajo un contexto económico de sostenida estabilidad, se forjaron una serie de mutaciones muy importantes, como la progresiva disminución de las posibilidades de entrada al mercado de trabajo, la precarización laboral, el aumento de la desocupación, llegando a instalarse como un fenómeno estructural, con la profundización de la pobreza, la desigualdad en la distribución del ingreso, la polarización social, y la progresiva desaparición del Rol del Estado como actor de las políticas activas públicas. En definitiva, las desigualdades no sólo han crecido sino que han cambiado la naturaleza del problema a enfrentar, ya que hoy son estructurales.

INCENTIVO DE LA "LIBRE OPCIÓN"

Con esto se pretende instituir una "Cápita mensual solidaria". Con lo cual se terminaría con la afiliación obligatoria del empleado, por rama de actividad.

Pero entonces la financiación del sistema se haría desde rentas generales. (1) Desde un "financiamiento integral solidario" . Produciéndose otro hecho llamativo... *¿Pero el criterio no era*

¹ B.O.: 5/12/2000 Decreto Nro.: 1.140 / 00 Poder Ejecutivo Nacional - OBRAS SOCIALES Procedimiento Se modifica el Decreto Nro. 446/00 (P.E.N.), con el fin de dejar expresamente establecido que determinadas obras sociales, como así también el "Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados", quedan excluidas del Sistema Nacional del Seguro de Salud, creado por dicho Decreto. Se fijan, también, nuevos destinos para los recursos del "Fondo Solidario de Redistribución".

descentralizar, y que los fondos sean utilizados solo para salud?! La realidad explicitada no es aparentemente esa, nos permite sospechar que la cuestión radica en quedarse con todos los fondos sindicales.

Creación de Consorcios de Obras Sociales: Se vuelve a insistir en la concentración y la despersonalización sindical del sistema. Estableciendo en el modelo de estatuto, de consorcio diseñado por la S. S. Salud que la Obra Social que lo suscriba, deberá suspender su Número de Recaudación en beneficio del Consorcio, para que éste recaude y luego le transfiera los fondos a cada Obra Social firmante. Con esta maniobra además, el consorcio será "el agente natural del seguro de Salud" *no más* la Obra Social.

Obligándola como imposición inevitable, a cada una de las instituciones que ingresen en este diabólico consorcio, a permanecer no menos de cinco años dentro del mismo, y para salir del mismo, solo podrá hacerlo si "demuestra sumariamente ante la Superintendencia de Servidos de Salud, que se les perjudica o pone en riesgo su propio patrimonio".

En nuestro país enfrentamos en el año 2002, ⁽²⁾ una realidad, ella es que tenemos 14 millones de pobres (en el mes de Marzo llega a un 49% de la población) y el 22% de desocupación, patología que destruye el tejido social y la estabilidad Nacional.

Debiendo enfrentar este panorama desolador, con un presupuesto Nacional para el año en curso con \$ 3000 millones de déficit fiscal, acompañado de un estimado del 15% de inflación Recalculado recientemente en un 45%, no contemplado en el Presupuesto Nacional 2002), que seguramente será superior, escoltado de la caída del PBI del 5% o más (últimamente estimado en alrededor del 10%), con un unido dato que aparece como positivo si se puede cumplir, el del incremento en \$ 1265 millones para el área social, comparado con el presupuesto del 2001.

Vale la pena recordar la satisfacción del Banco Mundial ante el anuncio oficial de que las empresas de medicina prepaga podrían competir con las obras sociales en dos años. El anticipo había sido brindado por el titular de la cartera laboral, Antonio Erman González, quien le puso fecha a la principal pugna por el mercado de la salud, en enero de 1998. No conforme con ello, la representante del Banco Mundial para la Argentina, Chile y el Uruguay, Myrna Alexandre, manifestó "El Banco Mundial no quiere que el proceso de transformación dure mucho tiempo, pero es difícil decir si dos años es suficiente". *Además puntualizó, es "imprescindible" que la Argentina modernice cuanto antes su legislación laboral "para empujar la creación de empleo"*. Dado que para ella era prioritario que las autoridades locales definan una fecha, con el objetivo de que las obras sociales terminen su reconversión cuanto antes, para que comience la pelea por la adhesión de cada afiliado.

Pasados dos años ⁽³⁾ entre las noticias económicas podemos leer que las ganancias de las empresas de salud están creciendo mucho más rápidamente en América Latina que en los EE.UU., donde la salud es un sector controlado, con crecimiento lento y baja rentabilidad. El American International Group afirma que sus ganancias en la región hoy crecen a razón de un 20% anual promedio. Por su parte Chris James, vicepresidente de la sección de salud de Cigna International, manifiesta que la cantidad de clientes de las aseguradoras y las sumas que pueden gastar están creciendo en forma significativa.

" Aetna invirtió 510 millones en negocios de salud en América latina en los últimos cinco años. Cigna invirtió 475 millones en el extranjero desde 1997, la mayor parte en el negocio de la salud en el Brasil. El año pasado, Aetna y Cigna ganaron 800 millones o más en sus negocios latinoamericanos de salud.

Esto es el fruto por la diferencia que tenemos con el mercado estadounidense, y muchos de los países de América latina incluido la Argentina, donde el mercado asegurador privado no está fuertemente regulado.

Howard Kahn, vicepresidente del negocio internacional de salud en Atenía que forma parte de AMSA, prepaga de salud adquirida Aetna en 120 millones de dólares, y que hasta el momento han incluido pocas restricciones en la atención, pero la cosa funciona diferente que con una obra social

² Fuente: LA NACION | 11/02/2002 | Página 6 | Política

³ De los diarios "Clarín" de Buenos Aires y "New York Times" 20 de junio del 2000

histórica, dado que el empleador que contrata con la unidad de Aetna "Asistencia Médica Social Argentina" se hizo cargo de los costos no cubiertos por el seguro. *A pesar de que* William Hsiao, director de estudios de sistemas de salud en la Escuela de Salud Pública de Harvard, *reconoce que las sumas invertidas en el área de salud son verdaderamente significativas y a pesar de ello, la inversión tiene un perfil negativo para la salud pública, dado que en planes privados de salud (inversoras en salud) en esos países compiten para seleccionar los mejores riesgos*", es decir, afilian personas generalmente jóvenes y sanas y eludiendo a quienes podrían necesitar tratamientos costosos. Las aseguradoras se llevan la mejor afiliación, compuesta por empleados de bancos, de compañías de alta tecnología, de multinacionales importantes, y fundamentalmente no brindan ninguna cobertura en las zonas rurales, donde los servicios de salud son muy escasos, y altas las demandas.

Es a esta altura de los acontecimiento que nos volvemos a replantear las cosas y nos preguntamos nuevamente:

*¿Nuestros dirigentes, bajo que lógica encuadran a las obras sociales?
¿ La Lógica económica o lógica social?*

Nadie puede ser tan "simplista" al enfrentar un problema social de salud, y creer que una compañía dedicada a los negocios en general, que tiene que producir dividendos para sus accionistas, puede actuar y comprender el problema social, haciendo cobertura filantrópica de la seguridad social, por la contra prestación de una cuota porcentual de un sueldo devaluado, como la que aporta un trabajador y su empleador. La obra social esta obligada a solucionar el problema del enfermo afiliado obligada por su estatuto fundacional.

En Chile, el gobierno del general Pinochet, asesorado por libre mercaderes formados en Chicago, comenzó a privatizar en los años ochenta. Pero las aseguradoras privadas le cubren a menos del 5% de las personas mayores de 60 años y, como es usual, cobran más a las mujeres en edad fértil.

Además otra de las quejas escuchadas por estos mercaderes de la salud, es que el promedio de vida de los sudamericanos es alto, dado que en América Latina la expectativa de vida se eleva a los 71 años, solo cinco años menos que en los Estados Unidos, y que esto les resulta explosivo para sus arcas, que estos pacientes deben quedar bajo la cobertura del Estado Nacional.

¿Por ultimo alguien esta dispuesto a cargar con esta propuesta política ignominiosa del Banco Mundial, y destruir el sistema de seguridad social como lo han realizado con las fuentes de trabajo?

Medicina Prepaga

Desde el punto de vista conceptual, se entiende por medicina prepaga un sistema en el que, mediante el pago de un arancel periódico mensual, los que se afilian contratan un seguro de salud que involucra, con distintas variantes, la posibilidad de acceder a determinadas prestaciones médicas.

Modalidades del servicio :

- Planes Cerrados
- Planes Abiertos
- Planes Mixtos

- Planes Cerrados: En los planes cerrados la cobertura se restringe a la utilización de un grupo dado de profesionales y establecimientos de internación, que pueden o no pertenecer a la entidad. Es decir son contratados por la empresa.

- Planes Abiertos : Los beneficiarios eligen libremente los prestadores, el seguro consiste en un reintegro, que generalmente es parcial o con topes de gastos incurridos. Sólo en estos casos los planes adquieren las características de un seguro convencional por existir garantía de reembolso monetario ante la producción de un siniestro.
- Planes Mixtos: Dado que los planes totalmente cerrados y más aún los totalmente abiertos son excepcionales, los de carácter mixto, que admiten una combinación de ambas modalidades, son los de mayor difusión.

Dada la diversa gama de instituciones que podrían incluirse en esta categoría y, teniendo en cuenta que el espectro va desde la gran empresa comercial organizada y hasta multinacional, para la cual la prestación de salud es una más de sus tantas inversiones, diseñada exclusivamente para este fin, hasta entidades con pequeños establecimientos asistenciales especialmente en el interior del país, que por el pago de una cuota mensual brindan a sus asociados las prestaciones básicas que requieran en dicho centro.

A pesar de estas limitaciones, los integrantes del mercado coinciden en que es aproximadamente de 200 el número de empresas que constituyen la oferta del país. De las cuales 80 operarían en la Capital Federal y 50 en el Gran Buenos Aires. Éstas 200 firmas, estarían registradas en alguna de las dos cámaras (o en ambas) que representan al empresariado del sector .

Situación Actual del “Negocio de la Salud”

La salud, la medicina privada y el comercio son la base de la medicina prepaga. Primando fundamentalmente, el comercio de la salud, por que:

Las empresas de medicina prepaga organizan, primero el sistema económico financiero, antes que la prestación del servicio médico. Se han recibido quejas de abonados a servicios que ante la necesidad de su utilización, concurren al lugar y aun ni siquiera se han terminado de construir los consultorios; es decir, sin estar habilitados ya ofertan la atención a usuarios para que se suscriban y paguen.

Vemos que las prepagas en el mercado, captan el dinero público libremente y sin control, eximiéndose del cumplimiento de las normativas del Banco Central para con las entidades financieras. Podemos afirmar que el sistema se desarrolla en base a una prefinanciamiento de una futura prestación de servicios. Con abundante adhesión de consumidores de servicios para la salud y falta total del control estatal que origina la crisis del sistema privado argentino de salud. Se genera un cúmulo de contratos sin supervisión legal, sumado a la carencia de un seguro de caución para garantizar la continuidad de la prestación del servicio ante los reiterados casos de quiebra o vaciamiento de la empresa y la renovación necesaria del material e instrumental médico.

¿Cuál es la figura legal que sustentan a las prepagas? La jurisprudencia lo ha definido como un contrato de prestación de servicio médico asistencial. Al regular una prestación de servicios asistenciales médicos, conforma una relación de consumo entre un prestador y un consumidor final o usuario, porque adquiere esa prestación a título oneroso para beneficio propio. Este contrato esta comprendido en el ámbito de aplicación de la ley 24.240, cuyo objeto es la defensa de los consumidores o usuarios (conf. arts. 1º y 2º). *Dicho convenio es un contrato standard, predispuesto por condiciones generales a las que una de las partes tan solo adhiere sin negociar. El prestador agrega al servicio un valor que es una competencia específica de su área de conocimiento, razón por la cual –en doctrina se lo considera como “experto” (en relación a su contraparte: “profano”) en la materia.*

Mercado de afiliados a prepagas

| Operadores Prepaga | Afiliados En miles | M. S. | Facturación (millones) | Cuota Promedio Mensual |
|-----------------------|-----------------------|-------|---------------------------|---------------------------|
|-----------------------|-----------------------|-------|---------------------------|---------------------------|

| | | | | |
|------------------------------|-------|------|-------|-----|
| Swiss Medical | 250 | 10% | 250 | 83 |
| Docthos | 210 | 9% | 180 | 71 |
| AMSA | 210 | 9% | 110 | 44 |
| Medicus | 200 | 8% | 230 | 96 |
| SPM | 165 | 7% | 200 | 101 |
| Omint | 110 | 5% | 130 | 98 |
| Resto de las otras compañías | 1.255 | 52% | 1.100 | 73 |
| Total Afiliados | 2.400 | 100% | 2.200 | 76 |

Cobertura cubierta por obras sociales⁽⁴⁾

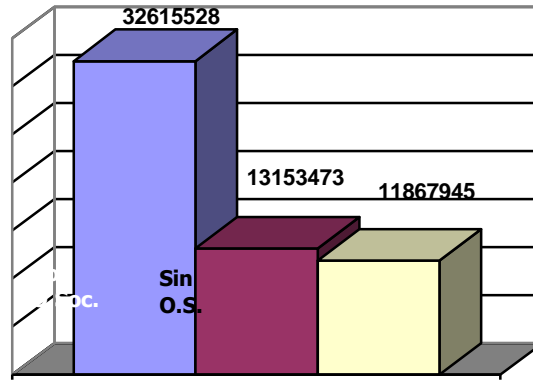
| Institución | Total de Población | M. S. | Total de Ingresos | Cuota Promedio Mensual |
|-------------|--------------------|--------|-------------------|------------------------|
| OSECAC | 1,401,235 | 8.9% | 466,106.94 | 27.7 |
| OSPRERA | 890,811 | 5.7% | 130,234.37 | 12.2 |
| OSDE | 831,869 | 5.3% | 848,518.99 | 85.0 |
| OSUOCRA | 601,938 | 3.8% | 117,892.53 | 16.3 |
| OSUOMRA | 514,355 | 3.3% | 117,208.14 | 19.0 |
| OSPLAD | 493,084 | 3.1% | 125,622.29 | 21.2 |
| OSBA | 368,573 | 2.3% | 221,078.46 | 50.0 |
| OSPSA | 334,222 | 2.1% | 92,092.95 | 23.0 |
| ASE | 288,373 | 1.8% | 213,917.57 | 61.8 |
| OSCTCP | 256,096 | 1.6% | 68,653.76 | 22.3 |
| OSSEG | 114,434 | 0.7% | 83,446.60 | 60.8 |
| OSDO | 107,241 | 0.7% | 63,236.84 | 49.1 |
| RESTO | 9.558.623 | 60.6% | 3.451.991.56 | 33.2 |
| TOTAL | 15.760.854 | 100.0% | 6.000.000.00 | |

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud año 2000

Población con Cobertura Social y Sin ella en 1991

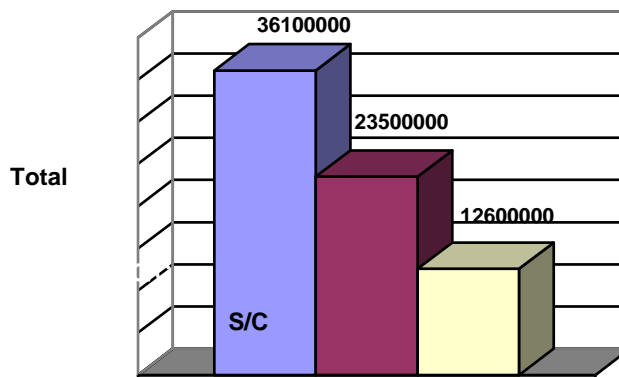
| | |
|------------------------|------------|
| Población Total | 32.615.528 |
| Solo Tiene Obra Social | 13.153.473 |
| No Tienen Obra Social | 11.867.945 |

⁴ Aclaración de las siglas OSECAC Empleados de Comercios y Act. Civiles; OSPRERA Personal Rural y Estibadores; OSDE Actividad económica o profesional; OSUOCRA Personal Industria de la Construcción; OSUOMRA Personal Industria Metalúrgica OSPLAD Personal de la actividad Docente; OSBA Entidades Bancarias y Financieras OSPSA Salud; ASE Personal de Dirección de Empresas; OSCTCP Autotransporte Colectivos y Subterráneos; OSSEG Seguros, Reaseguros, Cap- y Ahorro; OSDOD Personal de Duperial Orbea y vinculadas.



Población Total y con Cobertura Social Año 2000

| | |
|-----------------------|------------|
| Total de la Población | 36.100.000 |
| Población Cubierta | 23.500.000 |
| Sin Cobertura | 12.600.000 |



DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LA COBERTURA SOCIAL DE LA POBLACIÓN

| | | |
|-----------------------|-----|---------------|
| Clinicas y Sanatorios | 1% | 0.5 Millones |
| Prepagas | 7% | 2.4 Millones |
| Mutuales | 2% | 0.6 Millones |
| PAMI | 12% | 4.2 Millones |
| OBRAS SOCIALES | 43% | 15,8 Millones |
| Sin Cob / Atenc Hosp | 35% | 12,6 Millones |

Obras sociales sindicales

A nadie puede escapar que el desvío de fondos que se ha venido haciendo de las cajas de las obras sociales es muy importante, pero no solo a este hecho debemos culpar por el deterioro económico de las mismas, tenemos que considerar el porcentaje elevado de desocupados que existe en el país que es la causa fundamental de la enfermedad que las destruye, y que a la fecha no tiene solución; si existiera la voluntad política de la solución verdadera del problema, el planteo debería ser otro, y no la modificación de leyes y del ultimo decreto dado a conocer (446/2000).

Las leyes 23.660 y 23.661 son muy determinantes en todos los aspectos, qué podríamos preguntarnos en cuanto a la obtención de fondos, su administración y destino proporcional adecuado? Aparece como posible de corregir en dichas leyes algunos artículos del decreto reglamentario 576/93, que podrían modificarse para el mejor manejo de las Obras Sociales.

Reglamentación del Decreto 576/93 , Anexo 1. Art. 12 . - a) "No existirá incompatibilidad en el ejercicio de cargos electivos entre las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley y la correspondiente asociación sindical."

Sería lógico que dijera: "Existirá incompatibilidad en el ejercicio de cargos electivos entre las obras sociales comprendidas en el régimen de la presente ley y la correspondiente asociación sindical." g) Las asociaciones de obras sociales serán conducidas y administradas por cuerpos colegiados que no superen el número de siete (7) miembros elegidos por las obras sociales integrantes de la asociación.

Art.13.- Los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las obras sociales deberán ser mayores de edad, no tener inhabilidades e incompatibilidades civiles ni penales, su mandato no podrá superar el término de cuatro (4) años y podrán ser reelegidos. Serán personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de dichas entidades.

Aquí también pensamos que debería decir: su mandato no podrá superar el término de cuatro(4) años y no podrán ser reelectos de manera consecutiva, debiendo transcurrir dos (2) períodos para su nueva presentación. Serán personal y solidariamente responsables patrimonialmente por los actos y hechos en que pudieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de los recursos financieros de dichas entidades, siendo sometidos a la justicia Civil y Penal.

Creemos que las obras sociales pueden ser mejoradas en sus prestaciones, pero resulta peligroso que las mismas entren en los llamados "mercados competitivos de la salud" en donde el poderío de los capitales "convenzan" al estado de que una inversión en mejorar la salud debe ser para quien pueda pagarla y que a los otros se les brinde lo mínimo indispensable (PMO) para que sufra menos en su agonía. (Pacto de José de Costa Rica?)

En resumen para el mejoramiento del contralor de las obras sociales, se debería reflejaren la instrumentación legal que:

- La conducción de las Obras Sociales estará a cargo de un directorio compuesto por afiliados a la misma, y que se considerara incompatible para cubrir los cargos directivos, el hecho de ejercer algún cargo gremial en el Sindicato del Ramo, ya fuere electo o no.
- Los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las obras sociales, no podrán superar el término de cuatro (4) años en su ejercicio y no podrán ser reelectos en forma consecutiva, debiendo transcurrir dos (2) períodos para su nueva presentación.
- Que el directorio que asuma la conducción de la misma será solidariamente responsable en el manejo de los bienes.
- Que el directorio contará con una comisión formada por 7 miembros, tendrá una junta fiscalizadora que realizará el control de gestión, formada por tres miembros.
- Que siempre se asumirá con balance, y cada 60 días se emitirá un informe Económico Financiero , el que se hará público.
- Que todos los que asuman tendrán un sueldo prefijado, de acuerdo a función jerárquica.
- No tendrán gastos de representación.
- Deberán efectuar declaración patrimonial de bienes al ingreso y egreso.

Separación de Bienes entre el Sindicato y la Obra Social.

El presente persigue el hecho de evitar que los bienes muebles e inmuebles que posee el sindicato estén anotados en el inventario de la Obra Social, para que cada uno asuma los gastos en

que incurran de manera independiente, dado que esto duplica impuestos edilicios, teléfonos, luz, seguros, y también gastos de personal.

Separación de Padrones y de Carnets Identificatorios.

El empleador se vera obligado por ley a entregar los padrones correspondientes, para que la obra social pueda tener acceso a los morosos, y así comunicarlos previa inspección al cuerpo de aplicación, para reclamar las deudas. Esto es fundamental dado que las grandes empresas siempre lo niegan. El carné identificatorio de afiliación a la obra social es imprescindible. No se podrán atender los afiliados a la obra social en ningún servicio con el carné sindical.

Ahora bien, este apartado no quiere más que ser una muestra de la forma de solucionar rápidamente el problema de las obras sociales sindicales, sin que se las obligue a competir en un medio hostil que las va a llevar a la destrucción. Pagando los usuarios por la falta de prestación y el Hospital Público con los gastos por los pacientes que no reciben su atención en forma oportuna.

El sindicato que tiene bienes propios inmuebles, sea sanatorios, farmacias hoteles, etc. Los podrá seguir manteniendo, y seguirá brindando los servicios mediante convenios como lo hace cualquier prestados. Si la atención es deficiente y los afiliados sustentan sus quejas, se denunciará el convenio como con cualquier prestador privado, siendo un problema del sindicato como sustentar sus estructuras deficitarias.

Por otra parte si se llegó a la conclusión de la falta de dinero en el área de salud, *¿por qué no se aplica el mismo criterio de financiamiento que el dispuesto en el ultimo decreto (446/2000)?*, dado que el Gobierno Nacional ha reconocido la falta de fondos.

Si el planteado no es el mejor camino para solucionar el sistema de salud para las obras sociales sindicales deberá existir uno diferente; pero el recorrido que le hará seguir la desregulación a partir del 2001, no solo nos dejará sin atención médica, sino que el Gobierno va a tener que subsidiar al igual que con otras privatizaciones el sistema y a resultas de ello perderá no solo injerencia, sino que al mismo tiempo gastará del Tesoro Nacional dinero que NO tenemos.

Al conflicto social de la marginación de la población, por falta de trabajo y políticas sociales, el Gobierno Nacional da el último paso que llevaría a la destrucción de los sindicatos, lo cual no sería más que una entrega de la salud de los trabajadores. Debemos sospechar que esto no es mas que otra nueva concesión hacia las multinacionales.

Programa médico obligatorio (PMO)

Creado con la finalidad de lograr que toda la población tenga acceso a una cobertura sanitaria mínima, es de aplicación obligatoria en todas las Obras Sociales (OOSS), no existiendo a estos efectos carencias ni preexistencias.

Se abre tres niveles atencionales, el Nivel I, de Atención Primaria, en Nivel II de Atención Secundaria y el Nivel III, de Alta Complejidad.

La cobertura de medicamentos son en Internación y en medicamentos de baja incidencia y alto costo de un 100% (especifica cuáles comprende: Eritropoyetina, Interferón, Inmunoestimuladores, Calcitriol, L.Acetil Carnitina y D. Nasa) y en ambulatorios en general desde un 40%. Contempla asimismo la existencia de coseguros bajos, como son para consultas con Médicos Generalistas \$ 2, para especialistas \$3 y para consultas domiciliarias \$10.

Las prácticas de diagnóstico de baja complejidad (si son menos de tres determinaciones son sin coseguro) tienen un coseguro de \$5, por orden, y las de alta complejidad de \$10.

Describe el PMO un Plan Materno Infantil sin coseguros y un 100% de medicamentos, como así también la cobertura integral del recién nacido durante el primer año de vida y el reconocimiento de Leches medicamentosas en un 100% durante los tres primeros meses.

Se basa su esquema de atención en la existencia de Médicos Generalistas (pediatras, clínicos y tocoginecólogos), con una Historia Clínica Unificada.

Con respecto al área de Odontología brinda también una cobertura que no incluye los implantes ni las prótesis, pero sí la ortopedia funcional y ortodoncia, sin cargo hasta los 18 años, fijándose un coseguro de \$3 para los controles.

En el área de Salud Mental, en tratamiento ambulatorio, establece un coseguro de \$5 en psiquiatría y de \$2 en psicología, psicopedagogía, psicoanálisis y psicodiagnóstico.; y una cobertura de hasta 30 sesiones paciente / año. Referente a Internación, cubre en internaciones agudas hasta 30 días por paciente por año.

Con respecto a las Prótesis y Ortesis, cubre un 100% en las prótesis e implantes de colocación interna permanente y un 50% en aquellos elementos correctivos.

En el área de rehabilitación cubre un 100% en aquellas rehabilitaciones motrices y psicomotrices, como también en la sensorial y en la readaptación ortopédica. Cubre en esta área 25 sesiones de Kinesiología por paciente / año, variando el período de rehabilitación de los accidentes cerebrovasculares, los traumatizados o los grandes accidentados, estando los plazos con posibilidad de extensión de acuerdo a auditoría efectuada individualmente.

Finalmente, con respecto a la Hemodiálisis, estas son cubiertas en su totalidad, siempre que los pacientes sean inscriptos en el INCUCAI dentro de los 30 días de comenzado el tratamiento.

Cubre determinadas prácticas de Alta Complejidad, como son los trasplantes, como son los de miembros, con microcirugía, los de médula ósea (para patologías determinadas), renales, cardíacos, etc; la embolización selectiva de grandes vasos, la radiocirugía cerebral y el tratamiento de grandes quemados.

En la actualidad se está considerando las modificaciones del PMO, con la finalidad de corregir indefiniciones y omisiones, como así también tratar de formular un sistema de actualización, todo ello basado en la rápida evolución de la materia médica y de los elementos, sistemas y prácticas diagnósticas y de tratamiento (con la creación de una **Comisión Asesora**, de integración mixta)

Así, se definen una cantidad de prestaciones y modalidades no cubiertas anteriormente, jerarquizando su impacto sanitario y la relación costo / beneficio de los cuadros clínicos frecuentes. De esta manera se garantiza el acceso a la Salud de la población y se busca el mejor aprovechamiento de los recursos.

En el área de Atención Primaria incorporará los Programas Generales de Promoción y Prevención de la Salud, priorizando a la población en su conjunto y mejorando la calidad de vida. En esta área se crearán programas especiales para grupo de riesgo emergentes, para la realización de acciones de prevención específica. Asimismo se incluirán Programas de Prevención para Cáncer de Mama y de Cuello Uterino, Plan Materno Infantil y el *Examen de la Persona Sana, por Sexo y por edad (por décadas)*. *Se hará hincapié en Talleres* de prevención primaria y secundaria de varias patologías, siendo esto considerado indispensable en el adecuado manejo de grupos de riesgo.

En lo que respecta al ingreso al sistema, éste se hará a través de Médicos Generalistas, los que deberían ser *jerarquizados* a nivel de sus remuneraciones.

Con respecto a las consultas, éstas deberán tener coseguro o ser limitadas, en su número anual, tanto en ambulatorio como en días de internación en patologías agudas.

Como forma de colaborar en la actividad diaria del médico de cabecera o generalista se publicarán **Guías de Orientación para el Diagnóstico y tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud.**

En el área de Salud Mental, se incorporara el desarrollo de la prevención, para temas específicos, como ser adicciones y depresiones. Refiriéndose a estas consultas, las mismas se extenderían a las modalidades de consulta familiar, grupal, individual, etc.

Se extenderán los medios de diagnóstico cubiertos en el P.M.O., con incorporación de Medicina Nuclear, Inmunología, RMN, Centellogramas, etc.

Se abre un nuevo capítulo con el reconocimiento de la internación domiciliaria como una forma de internación, con las mismas coberturas que ésta. Asimismo consideraría especialmente el tratamiento de enfermos terminales, con la indicación a las OOSS para que desarrollen programas adecuados para estos pacientes, con la desinstitucionalización, o en caso que esto no sea posible, la internación de los mismos en lugares adecuados, en confort y atención, con una contención del enfermo y de su familia en forma armónica.

En referencia a los trasplantes, se cubrirían también los de baja incidencia y alto costo.

La política actual lleva a privilegiar la prevención, las estrategias de atención primaria y profundizar los criterios de equidad y racionalidad en la asignación de los recursos.

El análisis de las prestaciones incluidas se enmarcan en los siguientes conceptos indispensables para lograr la cobertura esperada:

- No existe exclusión de patologías.
- Las OO.SS. garantizan el acceso a la salud de sus afiliados, dentro de un marco de rigor científico.
- La Planificación Sanitaria se basa en el conocimiento epidemiológico de la población a la que está dirigida.

Muy recientemente, en Abril de 2002, se modifican las condiciones del PMO, debido a las condiciones económicas a las que ha llevado la incapacidad de gobernar de sucesivos políticos, que dejaron y/o aumentaron la miseria de la población argentina toda. Así, las modificaciones establecidas indican los siguientes cambios:

- ❖ se elimina, en el caso de cirugías programadas, el plazo máximo de espera de 30 días.
- ❖ se establece que la cobertura de medicamentos oncológicos será para aquellos que respondan a protocolos de tratamiento nacionales aprobados por Salud;
- ❖ se fija la vigencia de un listado de medicamentos por cubrir -en la mayoría de los casos en un 40%- , con precios de referencia para calcular esa cobertura, y la obligación para los prestadores de recetar genéricos.
- ❖ Se excluye lo que sea de venta libre; se reduce la obligación de proveer de audífonos y anteojos a los pacientes; en ambos casos se dará cobertura del 100% a los menores de 15 años.
- ❖ Hasta ahora, la normativa alcanzaba con una cobertura total a los menores de 18 años y con cobertura parcial a quienes superaran esa edad.
- ❖ No se prevé la renovación de anteojos por cambio de graduación; se unifican los montos para el pago de reaseguros; el pago será de \$ 4 para consultas ambulatorias y de \$ 5 para prácticas de baja o alta complejidad; se elimina la obligatoriedad de cubrir prácticas que, según se fundamenta en la resolución, "no tienen evidencia científica" que garantice que su aplicación genera una mejora para los pacientes.
- ❖ Es el caso del spect pulmonar, renal o cerebral, un estudio que, en este último caso, se utilizaba para reconfirmar un diagnóstico de mal de Alzheimer;

Para una serie de prácticas que hasta ahora no estaban normatizadas se establece que sólo serán de cobertura obligatoria en determinados casos. Por ejemplo, para financiar una mamografía a manera de prevención del cáncer de mama se pedirá ser mayor de 49 años o tener antecedentes familiares de la enfermedad; otras prácticas para las que se especifican condiciones son las cirugías láser oftalmológicas, algunos estudios biliares, las microcirugías por esterilidad, el ecocardiograma por stress físico, la densitometría ósea, las resonancias magnéticas y el holter electroencefalográfico; en el caso de internaciones, se obligará a dar cama al acompañante si el paciente es menor de 15 años.

CONCLUSIONES

Consideramos que:

- El estado de seguridad del individuo sin seguridad social es casi tan imposible como sin libertad personal. El hombre viviendo en una comunidad organizada necesita de ambas.
- La seguridad social significa estar cubierto en la urgencia otorgando así, libertad y seguridad de vida.
- Esta seguridad social debe realizarse a través de sistemas sociales eficientes. Esto es válido también para una conducta en las políticas sociales eficientes.
- Una buena política social es fundamento de la estabilidad económica a través de la paz social.

- ***Los ciudadanos deben tener una asistencia a su vejez y ofrecer cobertura en casos de riesgos como enfermedades, accidentes de trabajo, discapacidad, incapacidad profesional e incapacidad laboral, necesidad de cuidado así como en el caso de desocupación.***

- Es tarea del Estado crear el marco regulatorio y de eficiencia necesario para todos los involucrados.
- En las obras sociales rige el principio de solidaridad, pues:
- Los aportes que el asegurado debe abonar por la cobertura de su seguro de salud dependan de su capacidad económica con un porcentaje de la remuneración percibida por su trabajo.
- La edad, el sexo y el riesgo sanitario del asegurado no influyen en el monto de los aportes.
- El derecho a las prestaciones médicas integradas de las obras sociales es independiente del monto de los aportes abonados.
- Cada grupo familiar recibe salud de acuerdo a la medida de sus necesidades y paga según la medida de su fuerza productiva.

El sistema de obras sociales se creó sobre la base de un principio de equidad: todos los trabajadores reciben la misma atención médica al margen de su accesibilidad económica.

Este es un principio solidario, el cual es fundamental, todos deben recibir la misma atención médica.

Nadie discute que el actual sistema tiene falencias lo cual nos indica las necesidades de cambios gerenciales, teniendo como objetivo una "empresa social de salud", cuya finalidad es brindar salud integral de acuerdo a las necesidades de sus afiliados.

Por ahora la desregulación consagraría un gigantesco desfinanciamiento, con la ruptura del principio solidario; porque la atención médica que podrá ser brindada por un efector privado dependerá del valor del aporte de los trabajadores.

Todos sabemos que las empresas privadas, tienen un natural fin de rentabilidad económica, no social, buscarán captar a la gente de mayores ingresos a quienes le ofrecerán planes con más cobertura y atención médica para pudientes.

¿Quién determina que con 20 pesos por mes se puede brindar una salud integral? Por lo tanto creemos que los que menos ganan tendrán una salud de 20 pesos.

Los gremios pierden su poder económico. Los hospitales con su medicina solidaria, se transforman a ser dispositivos solamente de multitudinarios indigentes, donde se hacinaran sin esperanza enfermos (enfermos sociales principalmente), ancianos y mendigos.

Como resultado de esta políticas desaparecerán muchos gremios y el hospital público se dedicará a la atención solamente para pacientes sin cobertura médica. ¿No es acaso esta política homicida del hospital público?

Nuestro hospital público que levantó la bandera con su naturaleza vecinal como expresión de unión, participación e integración comunitaria, en plena descentralización y brindando solidaridad recíproca.

No es casual el fortalecimiento del subsector privado, en estas condiciones, dejando morir al subsector de seguridad social e indirectamente al hospital público, uno de los principales prestadores de salud de las obras sociales.

Los hospitales públicos dejaron de ser hospitales comunitarios para transformarse en hospitales de beneficencia, con una administración sanitaria central, y solamente serán financiados con los recursos exclusivos que aporta el estado, destinados en general a una población indiscriminada que ha perdido toda referencia comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- "Administración Nacional del Seguro de Salud" - Anuario Estadístico de la Rep. Arg. 1998 Vol.14
- "Imágenes de la Organización Gareth Morgan" - Editor AlfaOmega S.A. 1998
- Asociación de Entidades de Medicina Prepaga.
- Asociación de Entidades de Medicina Prepagas (ADMP) y Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina.
- Bartomeo, A. Políticas de Salud. Editado por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación Barceló. Buenos Aires, 1996
- Bartomeo, A. y col. Gerenciamiento Hospitalario. Editado por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación Barceló, Buenos Aires, 1999.
- Bartomeo A. y col. Conceptos de Organización Sanitaria. La Salud con Humanidad. . Editado por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación Barceló, Buenos Aires, 2001.
- Cenit. "Seguros de Salud".
- Diario Informe "Asegurador". 1998.
- El seguro de salud en la Argentina
- Fatone, H. "Metodología y práctica de la investigación científica".(UADE) – 1994
- Fundación Alberto J. Roemmers. "Asistencia de la Salud". Buenos aires. Editor responsable Manuel Martí. p 171. 1995.
- INOS "Las obras sociales en la Republica Argentina", Bs. As. Abril 1972.
- International Health Insurance Danmark a/s.
- Martinez O. Diario Clarín. p. 22. 4 de Junio de 2000.
- MEILIJ, G. R., Manual de Seguros.
- MSAS/INDEC "Modulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud Gasto Publico social", Volumen IV Sector Salud. PROGRAMA Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios en la Rep.Arg. " (1989).
- Samuelson, P. A. "Curso de Economía Moderna" -, (Premio Nobel de Economía) Editorial Aguilar - 1979
- Superintendencia de Seguros de la Nación.
- Superintendencia de Servicios de Salud
- Zöller Wolfgang. "Filosofía y organización de la asistencia médica y social en Alemania". Buenos Aires. Asistencia de la Salud. p 123-155. 1995.

Título: "DESREGULACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES"

Aportado por: Dr. Antonio Sirino - antoniosirino@yahoo.com.ar