

**POSGRADO DE
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIAMIENTO POR RESULTADOS Y CONTROL DE
GESTIÓN
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE PRESUPUESTO Y ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
PÚBLICA**

¿Los reclamos a las Obras Sociales por incumplimiento con el Programa Médico

Obliqatorio hacen suponer deficiencias del sistema?

**Análisis situacional y elementos de referencia para la implementación de un modelo de
Gestión por Resultados**

por

Mirta Sigrid Burgos

Contadora Pública Nacional

Lic. En Administración de Empresas

Cohorte 2.012

Tutor del Trabajo Final: M.S. Oscar Domenella

Lic. en Ciencias Políticas

ESTE TRABAJO HA SIDO APROBADO POR EL POSGRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIAMIENTO POR RESULTADOS Y CONTROL DE GESTIÓN

.....
TUTOR DE TESINA

.....
EVALUADOR

.....
EVALUADOR

INDICE

1.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1.	Objetivo General.....	1
1.2.	Objetivos Específicos	1
2.	JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
2.1.	Justificación.....	1
2.2.	Delimitación de la Investigación	1
3.	MARCO DE REFERENCIA	2
3.1.	Marco Teórico.....	2
3.2.	Marco Conceptual	3
4.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	5
5.	INTRODUCCIÓN	6
6.	LA GESTIÓN POR RESULTADOS COMO MARCO CONCEPTUAL PARA EL LOGRO DE VALOR PÚBLICO EN LA SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD.....	8
7.	EL DERECHO A LA SALUD COMO VALOR PÚBLICO AMPARADO POR LA LEY SUPREMA DE LA NACIÓN.....	12
8.	EL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA	14
8.1.	El subsistema público	14
8.2.	El subsistema de la seguridad social	14
8.3.	El subsistema privado.....	15
9.	DISCRIMINACIÓN DE LA POBLACIÓN CUBIERTA POR LOS DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD.....	16

10.	ATENCION DE LA SALUD GARANTIZADA POR EL ESTADO - EVOLUCIÓN NORMATIVA - PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (P.M.O.): “CANASTA BÁSICA DE PRESTACIONES”	18
11.	MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN- SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS – ANÁLISIS ESTRUCTURAL	22
11.1.	Misiones y objetivos básicos relacionados, correspondientes al Ministerio de Salud de la Nación y de la Superintendencia de Servicios de Salud.....	23
11.2.	Carta Compromiso con el Ciudadano - Defensoría del Usuario del Servicio de Salud – Medicina Prepaga.	26
12.	INGRESOS CON LOS QUE CUENTAN LAS OBRAS SOCIALES PARA HACER FRENTE A LAS PRESTACIONES – FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN - ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS A LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	29
13.	INCUMPLIMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES – MECANISMOS DE RECLAMOS	32
14.	SISTEMA DE PENALIDADES ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES	37
15.	RECLAMOS ANTE LA JUSTICIA	39
16.	ESTIMACIÓN DE MOTIVOS Y CONSECUENCIAS DE LOS RECLAMOS JUDICIALES	42
17.	EL FENÓMENO DE LA JUDICIALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA	44
18.	POSIBLES SOLUCIONES ALTERNATIVAS AL PROBLEMA DE LA JUDICIALIZACIÓN	49
18.1.	Mediación y Conciliación	50
18.2.	Compromisos de Resultados de Gestión	51
19.	CONCLUSIONES	53
20.	BIBLIOGRAFÍA DE BASE	54

21.	APÉNDICES	58
21.1.	CUADRO A: Cantidad de Obras Sociales y Beneficiarios según naturaleza institucional. Total del país. Año 2011.	58
21.2.	CUADRO B: Organización y Cobertura - Subsectores y Población Cubierta.....	59
21.3.	CUADRO C: Utilización de Servicios de Salud por Segmentos Sociodemográficos (en %). Argentina, 2010	60
21.4.	CUADRO D: Indicadores Básicos – Argentina 2.011 Población no Cubierta con Seguro.....	62
21.5.	CUADRO E: Decreto 2710/2012 Anexos I y II Estructura Organizativa de Primer Nivel Operativo de la Superintendencia de Servicios de Salud	63

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Objetivo General

Analizar la composición de los reclamos administrativos y judiciales para los años 2.010 y 2.011 por incumplimiento de las Obras Sociales con el Programa Médico Obligatorio. Realizar una estimación de los motivos y las consecuencias de la existencia de reclamos judiciales.

1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1.** Identificar cantidades de reclamos y motivos discriminando la vía administrativa y la judicial para los ejercicios 2.010 y 2.011.
- 1.2.2.** Establecer la existencia de penalidades previstas por la normativa vigente.
- 1.2.3.** Identificar los motivos y las consecuencias de utilizar vías judiciales de reclamos.
- 1.2.4.** Mostrar la importancia que el Estado ha dado a la existencia de reclamos judiciales creando mecanismos alternativos de control.
- 1.2.5.** Plantear alternativas que pueden ayudar a disminuir los planteamientos por la vía judicial.

2. JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Justificación

Dada la importancia del tema en cuestión el presente trabajo de análisis teórico, con una visión de gestión por resultados, tiende a lograr una repercusión práctica en los organismos de contralor de las obras sociales alcanzadas por la ley 23.660. Sería deseable que, eventualmente, se implementen mecanismos alternativos que logren impactar en el accionar de las Obras Sociales, en cuanto al cumplimiento total de las Prestaciones Médicas Obligatorias y también de los afiliados tal que, ante conflictos, sean utilizadas las vías administrativas de reclamo y sólo excepcionalmente la vía judicial.

2.2. Delimitación de la Investigación

El presente estudio se circunscribe a la Superintendencia de Seguros de la Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, la que controla cerca de 300 obras sociales que cubren la salud de un total de 15.000.000 argentinos, entre afiliados y familiares.

El período de investigación abarca desde el primero de enero de 2.010 al 31 de diciembre de 2.011.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Marco Teórico

Para fundamentar el presente trabajo se presentan las ideas predominantes al respecto:

En el Decreto N° 1547/2007, mediante el cual se crea el cargo del Defensor del Beneficiario, se indica en los considerandos “Que en los últimos años se ha desplegado en el Sistema Nacional del Seguro de Salud la llamada “judicialización de la prestación”, consistente en la proliferación de acciones judiciales promovidas por los beneficiarios del sistema contra los Agentes del Seguro de Salud, tendientes a obtener una decisión judicial en protección de una determinada prestación. Que las áreas técnicas de la Superintendencia de Servicios de Salud han podido determinar que, en algunos supuestos, tales acciones son promovidas por afiliados que previamente recurrieron a la instancia administrativa establecida por la normativa vigente, sin que la tramitación del expediente respectivo hubiera podido dar solución a la situación planteada. Que, por tales motivos, la solución del conflicto se traslada a la esfera judicial, en la mayoría de los casos o jerárquica administrativa en otros, lo que supone la necesidad —para el beneficiario afectado— de requerir de asistencia técnica y letrada.”

El Presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales y del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Antonio La Scaleia expresó que “El sistema de salud ha sido vulnerado por una nueva enfermedad: la judicialización de la salud, y cuando los médicos hablamos de enfermedad lo hacemos en términos de etiología, de síndrome y de tratamiento (...) dentro de la etiología se encuentra la conflictividad social, las demandas sin límites y la connivencia de profesionales de la salud y de la justicia. Un síndrome que no respeta la evidencia científica, se desentiende tanto de los consensos internacionales como de los nacionales y, en muchos casos, no respeta a los organismos reguladores”.¹

¹ Expresiones vertidas en la 8va. Conferencia de Salud “Quo Vadis 2011” (Ciudad Autónoma de Buenos Aires – 5 de octubre de 2011).

En la Iniciativa regional sobre Priorización, Equidad y Mandatos Constitucionales en Salud² se ha convenido que “En la última década se observa un rápido crecimiento en las demandas que buscan la protección del derecho fundamental a la salud. Esta judicialización ocurre en varios países de la región, a pesar de las diferencias en los sistemas judiciales y sanitarios, y pareciera ser el resultado de la progresiva confluencia de complejas placas tectónicas, cuya cabal comprensión precisa del análisis mancomunado entre diferentes actores y disciplinas”. Además, se indica que “De manera análoga, se puede argumentar que no son los jueces los profesionales idóneos para decidir qué medicamentos o procedimientos le resultan de mayor beneficio a un paciente en un caso particular. Dejar una decisión tan compleja a un solo juez o a un solo médico prescriptor es correr el riesgo de que el recurso de amparo se convierta en uno de los instrumentos más efectivos para mercadear nuevas tecnologías sanitarias por parte de quienes las producen o quienes las distribuyen”.

Por otra parte, ya Warren Burger en ocasión de una reunión de la American Bar Association (Asociación de Abogados de los Estados Unidos) realizada en Minnesota el 25 de agosto de 1985, siendo a la sazón Burger, presidente de la Suprema Corte de Justicia se expresa diciendo. “Algunas veces pienso que hay algún tipo de neurosis masiva que lleva a la gente a creer que los tribunales son los lugares ideales para resolver cierto tipo de controversias. Es hora de que el espíritu innovador e ingenioso de ciudadanos y abogados forjen nuevas herramientas para cubrir nuevas necesidades”³

3.2. Marco Conceptual

El presente trabajo se refiere en varias oportunidades a conceptos que hacen a su estructura y que merecen ser explicitados.

Se hace referencia a la judicialización de los reclamos de los beneficiarios de obras sociales por incumplimiento del Programa Médico Obligatorio, mediante Acciones de Amparo.

² Segundo Encuentro Regional sobre Derecho a la Salud y Sistemas de Salud. “Memorias”. Buenos Aires, Argentina - Diciembre 4-6, 2011. (II. Presentación. Pág. 6).

³ VARELA WOLFF, Alberto O y Fernando Oscar Varela. 1998. “Los Medios Alternativos para Solucionar los Litigios, Mediación y Conciliación”, XV Congreso Mexicano de Derecho Penal. Universidad Nacional Autónoma de Méjico.

Además, se pretende mostrar la importancia que el Estado le brinda al tema creando, por ejemplo, la figura del Defensor del Beneficiario a través del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano

En este contexto, se intenta visualizar la problemática plateada con una Gestión por Resultados que sume valor público al sistema de Seguridad Social.

Consecuentemente, se presentan los siguientes conceptos:

Judicialización: según el Diccionario de la Real Academia Española el término judicialización se define como la “acción y efecto de judicializar” y, en la definición del vocablo *judicializar* señala: “Llevar por vía judicial un asunto que podría conducirse por otra vía, generalmente política”.

Programa Médico Obligatorio: “El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión”. (Superintendencia de Servicios de Salud <http://www.sssalud.gov.ar>).

Acción de Amparo: Tutelado por la Constitución Nacional en su artículo 43. “Es un proceso judicial de carácter constitucional que tiene como finalidad proteger todos los derechos constitucionales de la persona -con excepción de los que protegen el Hábeas Corpus, la Acción de Hábeas Data y la Acción de Cumplimiento - ante violaciones o amenazas de violación provenientes de una autoridad o de un particular (el amparo protege derechos como, por ejemplo, el derecho de asociación, a la libertad de contratación, el derecho al debido proceso). Lo puede presentar el mismo afectado o cualquier otra persona en su nombre. Si el Juez comprueba, efectivamente, violaciones a derechos, ordena que los actos violatorios se suspendan inmediatamente”. Carlos García Carrera <http://derecho – normas - jurisprudencias.blogspot.com.ar>.

Defensor del Beneficiario: Creado por el Decreto 1547/2007 es la figura que tiene como responsabilidad primaria la de asistir a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud en aquellas cuestiones atinentes a sus reclamos, en el marco del procedimiento previsto por la normativa vigente y sus acciones con las de representar a los beneficiarios del Sistema de Salud, de manera individual o colectiva en sede administrativa o judicial una vez agotado el procedimiento previsto por la normativa vigente y ante una orden emitida por el Superintendente de Servicios de Salud por vía de un acto administrativo y coordinar los reclamos que formulen los beneficiarios de las obras sociales ante

el Defensor del Pueblo de la Nación o ante el defensor del pueblo de las jurisdicciones locales que prevean su existencia.

Programa Carta Compromiso con el Ciudadano: Creado por el Decreto 229/2000 es el programa mediante el cual se establece como su objeto la instrumentación de compromisos de servicio por parte de los organismos públicos prestadores directos, donde se transparenten las condiciones y modalidades operativas de las prestaciones así como los derechos que con relación al tema, asisten a los ciudadanos. Además, se indica como su finalidad lograr una mayor receptividad y mejor respuesta del Estado a las necesidades y prioridades de los ciudadanos en lo referente a la prestación de los servicios a su cargo, estableciendo los principios y criterios generales que propendan a la mejora de la calidad de los mismos y reafirmando los derechos de los que goza el ciudadano frente a la Administración Pública Nacional.

Gestión por resultados: “Es el modelo de administración de los recursos públicos centrado en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno para un determinado período de tiempo. Permite gestionar y evaluar el desempeño de las organizaciones del Estado en relación con políticas públicas definidas para atender las demandas de la sociedad” (C.P.N. Marcos Makón 2000).

Valor Público: “Valor creado por el Estado a través de servicios, leyes, regulaciones y otras acciones. En una democracia, este valor es definido en última instancia por el público mismo. El valor es determinado por las preferencias ciudadanas expresadas a través de una variedad de medios y reflejados a través de las decisiones de los políticos/as electos/as”. (Kelly y Muers 2003).

4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva, ya que busca mostrar la existencia de reclamos administrativos y, en especial, judiciales de los beneficiarios de las obras sociales alcanzadas por la ley 23.660. Asimismo, pretende dar un esbozo de sus posibles motivos y consecuencias y plantear acciones alternativas con el fin de lograr que futuros estudios modifiquen la cadena de valor y así obtener el impacto del cambio de conducta, tanto de las obras sociales como de los beneficiarios, que redunde en la eficiencia y calidad de las Prestaciones Médicas Obligatorias.

Se realizó un análisis de toda la documentación que pudo relevarse (libros, artículos, folletos, investigaciones periodísticas, etc.) con el objeto de establecer relaciones, diferencias, posturas y el estado actual del conocimiento sobre el tema.

Debido a la dificultad de conseguir datos estadísticos al respecto, se procuró realizar entrevistas con autoridades del organismo de control, tratando de obtener información adicional. Se efectuaron estudios de diferentes casos considerados relevantes para el universo en análisis.

El procesamiento de la información buscó encontrar un nuevo enfoque al tamizar el análisis con una visión de Gestión por Resultados. De esta forma, se pretende presentar información útil que sirva para mejorar las prestaciones médicas que recibe la sociedad que pueda ser reproducible, con suficientes argumentos para ser confirmado o refutado por futuras investigaciones que continúen y profundicen el tema planteado.

5. INTRODUCCIÓN

Según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁴: "La salud no es algo puramente negativo, como si la salud, en general, consistiere en la simple exclusión de la enfermedad corporal y de las tareas físicas, como si la salud mental, en particular, no significara otra cosa que la ausencia de toda alienación o anomalía. La salud comprende positivamente el bienestar espiritual y social de la humanidad y, por este título, es una de las condiciones de la paz mundial y de la seguridad común".

La salud de la población hace en su esencia, a la ética, a la calidad de vida, al grado de desarrollo y a la viabilidad de esa población. El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inevitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social.

Bajo estas premisas, el objetivo más importante de las distintas administraciones gubernamentales ha sido y es lograr la inclusión social al sistema de salud de todos los ciudadanos.

El Sistema de Salud de la República Argentina resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica

⁴ Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

peculiar, puesto que implica la coexistencia de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

En la actualidad, la población con recursos propios o ingresos laborales, tiene acceso a la protección y al cuidado de su salud a través de sistemas privados y sistemas de seguridad social, regulados por el Estado. Por lo tanto, el Estado centra su preocupación en el mejoramiento estructural del sistema público gratuito creando, además, planes y programas de salud que cubran al sector de la sociedad más desprotegido, concentrando allí sus recursos.

Dado que el Estado enfoca su accionar en el sistema público o en los sectores de la sociedad no incluidos en ningún sistema de salud y que el sistema de medicina privada se relaciona con los estratos medios y altos de la población con mayor capacidad adquisitiva, resulta de interés analizar el sistema de seguridad social, considerando además que el mismo concentra el mayor número de población.

Si bien existen mecanismos de reclamos ante el organismo de contralor de las obras sociales, cada día se generan actuaciones judiciales por reclamos de incumplimiento de estas entidades de los derechos de salud que por ley les corresponden a los beneficiarios. Pero también existen reclamos judiciales por “solicitudes de medicamentos por marca comercial, prácticas y medicamentos que no respetan la evidencia científica, exigencias de coberturas fuera de normativas, solicitudes de medicamentos o prácticas en etapa experimental o pedidos de coberturas en el extranjero cuando pueden resolverse en el país”.⁵

La utilización de la justicia para el cumplimiento de la normativa vigente o para obtener del sistema de seguridad social prestaciones que atentan contra el derecho colectivo, dan cuenta de alguna falencia del sistema.

Es útil para el presente planteo tener presente el cuento denominado “La mano de la princesa”⁶ en la cual la mano de una princesa es disputada por un gran número de pretendientes. Éstos deben convencerla empleando diferentes recursos, algunos más sencillos y otros verdaderamente magníficos. Uno tras otro pasan los pretendientes pero nadie logra conmover, siquiera un poco, a la princesa. En

⁵ LA SCALEIA, Antonio. 2012. “La Judicialización de la salud casi una nueva enfermedad” 24 de septiembre. Presidente del Consejo de Obras y Servicio Sociales de la República Argentina (COSSPRA) y del IOMA. *Diario Clarín*.

⁶ PAENZA, Adrián. 2005. Cuento narrado como introducción “Matemática... ¿estás ahí? Sobre números, personajes, problemas y curiosidades” (Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentino S.A.).

contraste con las maravillas ofrecidas por sus antecesores, el último de los pretendientes extrae con humildad de su capa un par de anteojos, que da a probar a la princesa: ésta se los pone, sonrío y brinda su mano. Con el paso de los pretendientes y por consiguiente, el agotamiento cada vez mayor de los artilugios de seducción, el espectador se enoja con esta princesa insaciable. ¿Qué cosa tan extraordinaria es la que está esperando? Hasta que, de pronto, aparece el dato desconocido: la princesa no se emocionaba ante las maravillas ofrecidas, pues no podía verlas. La idea era que la falla estaba en los pretendientes, que ofrecían, al parecer, demasiado poco. Lo que hace el último, ya enterado del fracaso de los otros, es cambiar el enfoque del asunto, mira el problema de otra manera.

La gestión tradicional no ha modificado la situación planteada, sería dable considerar el aporte que a este respecto puede hacer la Gestión por Resultados, ya que es un marco conceptual cuya función es la de facilitar a las organizaciones públicas la dirección efectiva e integrada de su proceso de creación de valor público, a fin de optimizarlo asegurando la máxima eficacia, eficiencia y efectividad de su desempeño, la consecución de los objetivos de gobierno y la mejora continua de sus instituciones.

“No podemos resolver problemas usando el mismo tipo de pensamiento que usamos cuando los creamos.”

Albert Einstein

6. LA GESTIÓN POR RESULTADOS COMO MARCO CONCEPTUAL PARA EL LOGRO DE VALOR PÚBLICO EN LA SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD

La Gestión por Resultados ha de ser considerada a lo largo del presente trabajo como una manera de entender cada uno de los conceptos analizados, tomando en cuenta sus dimensiones:

- Como marco conceptual de gestión organizativa en el que el factor resultado, aplicado a todo el proceso de gestión, se convierte en la referencia clave.
- Como marco de adquisición de responsabilidad de la gestión a través de la vinculación de los directivos al resultado obtenido.

- Como marco de referencia capaz de integrar los distintos componentes del proceso de gestión, ya que se propone interconectarlos para optimizar su funcionamiento.
- Finalmente, como una propuesta de cultura organizativa, directiva y de gestión, a través de la cual se pone énfasis en los resultados y no en los procesos y procedimientos.

Se considerará a la Gestión por Resultados en el presente análisis como la creación de valor que se articula a través de una dinámica cíclica y circular. Así, se tomará el modelo Planificar (establecer planes), Hacer (llevar a cabo los planes), Evaluar (Verificar si los resultados concuerdan con lo planeado) y Reconducir (actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar), formulado inicialmente por Walter Shewhart.

Para la creación de valor público, en el área de Seguridad Social de Salud, se considera la Gestión por Resultados con especial atención en el presente trabajo en los siguientes aspectos, ya sea en forma explícita o implícita:

- *La situación social inicial:* identificación y diagnóstico precisos de la situación social en estudio.
- *Los objetivos estratégicos:* Aspiraciones de cambio social.
- *Las unidades de acción estratégica:* Encargadas de la creación de valor, es decir, el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Seguros de Salud en particular.
- *Cartera de estrategias:* Relaciona el plan del gobierno con las unidades de acción estratégica y con el presupuesto. El mecanismo para construir la cartera de acciones estratégicas es la estructura de programas que se convierte, posteriormente, en el presupuesto por programas.
- *Cartera de productos:* Constituye el punto de contacto entre la institución pública y los ciudadanos. El valor público producido por el Estado en todos sus niveles cobra un carácter concreto y palpable en los bienes y servicios. Estos son los instrumentos capaces de producir el cambio social deseado. En este caso estamos en presencia del rol de control de Estado.
- *Objetivos productivos:* El volumen deseable (o posible) de producción para cada año fiscal es una decisión que debe revisarse en la asignación presupuestaria respectiva. La eficacia, la eficiencia, la productividad y la calidad del sistema se definen fundamentalmente en este componente.
- *Presupuesto y sistema contable:* El diseño presupuestario junto con la elaboración del plan de gobierno son las piezas clave del sistema público de creación de valor. En el presupuesto se definen los recursos con que las

unidades de acción contarán para la producción de bienes y servicios, y, por tanto, representa la concreción del plan de gobierno y la sanción definitiva de sus programas.

- *Producción de bienes y servicios:* En la medida en que gran parte de la producción del Estado desemboca en servicios que generalmente conllevan un bajo control sistémico y fuentes interacciones entre los proveedores y el público usuario, su gestión y la de sus variables clave (relación tiempo, costo, satisfacción) requieren de un esfuerzo importante.
- *Resultados estratégicos de la acción de gobierno e impacto:* Si el proceso de creación de valor se cumple siguiendo lo descrito en los componentes anteriores, los productos diseñados deberían impactar en la situación social y provocar los cambios esperados, alcanzándose así los objetivos del plan de gobierno. Sin embargo, la posibilidad de añadir a este proceso otros métodos de evaluación (análisis de políticas, evaluaciones intermedias y finales, evaluación de impacto) puede contribuir a mejorar la capacidad de reacción, rediseño, aprendizaje y adaptación necesaria para encarar un nuevo ciclo.
- *Esferas de la Gestión por Resultados:* Los componentes mencionados constituyen la estructura básica del proceso de creación de valor público y son aspectos clave de la Gestión por Resultados. Sin embargo, en un intento por acotar aún más este proceso de creación de valor en el campo propio de la administración pública, conviene identificar cuatro esferas en las que se encuentran estos componentes (aunque en realidad las fronteras entre unos y otros no están bien demarcadas):
 - Políticas y estrategias: involucran los procesos de planificación y programación de las estrategias y objetivos de la acción de gobierno. En esta esfera se encuentran los componentes: a) situación social inicial; b) objetivos estratégicos (plan de gobierno); c) unidades de acción estratégica; y d) cartera de estrategias.
 - Presupuesto: Implica la definición del escenario macroeconómico, fiscal y financiero, y la gestión del ciclo presupuestario.
 - Ejecución: Involucra la creación de los servicios, productos e intangibles generadores de valor público, como cartera de productos, objetivos productivos, procesos productivos, producción realizada y asignación y distribución realizadas.
 - Evaluación: Esta esfera se enlaza con el análisis de la relación con los objetivos de gobierno y evaluación de impactos y consistencia. Aquí

encontramos los componentes de procesos productivos y distribución, y resultados estratégicos de la acción de gobierno e impacto.

Hasta aquí se ha comentado la relevancia de cada uno de los componentes así como los retos y oportunidades que plantea la Gestión por Resultados. Cabe agregar que se consideran, además, las interacciones entre dichos componentes ya que son tan importantes como sus propias características.

a) *Consistencia*: Coherencia mutua y articulación de los componentes que van desde la formulación de los objetivos estratégicos (plan) hasta la formulación del presupuesto. El grado de consistencia del sistema de creación de valor vendría determinado por la coherencia interna que pudiera establecerse en la siguiente cadena de interacciones: Marco organizativo-Situación social valorada-Objetivos estratégicos-Unidades de acción-Cartera de estrategias-Cartera de productos-Objetivos de producción- Presupuesto.

b) *Eficacia*: Conseguir el objetivo sin reparar en los medios, requerimiento imprescindible pero insuficiente dada la importancia de la eficiencia, es decir la consideración del costo.

c) *Eficiencia*: Relación “bien producido/recursos consumidos”, es decir “producción realizada/presupuesto”. Hacer más con menos, aunque el costo unitario de producción es una de las mayores debilidades de la gestión pública.

d) *Productividad*: Uno de los pocos mecanismos que pueden permitir el crecimiento de la “producción” pública sin incrementar el consumo de recursos. Se genera en la relación entre la producción, la organización, los procesos y la cartera de productos. El desarrollo organizacional (mejora organizativa, capacitación, innovación tecnológica, inversión en capital, investigación y desarrollo de producto o de proceso) puede mejorar la capacidad productiva del sector público sin necesidad de acrecentar los recursos presupuestarios ni batallar solamente con los costos.

e) *Impacto*: Permite considerar en el análisis y diseño de las políticas públicas la relación causa-efecto entre la producción realizada y el cambio social provocado.

f) *Efectividad*: Complementa el análisis de impacto y permite establecer cierta categorización de productos con respecto al cambio social esperado. Se propone entender por efectividad la relación existente entre un producto y la variación provocada en la situación social (producto-resultado). Se califica como efectivo un servicio o acción de gobierno cuando su incidencia en la consecución del objetivo social establecido es alta. De hecho, sería la medida última de la política pública y de la acción de gobierno.

g) *Satisfacción*: El carácter colectivo del valor público, la existencia de limitaciones u obligaciones normativas y la separación de los roles entre usuario y beneficiario, no

permiten conceder el valor que se le otorga al concepto de satisfacción en el mercado privado. Naturalmente, ello no significa que no se aspire a que la acción del sector público genere altos niveles de satisfacción individualizada por parte de malos ciudadanos/usuarios.

7. EL DERECHO A LA SALUD COMO VALOR PÚBLICO AMPARADO POR LA LEY SUPREMA DE LA NACIÓN

Dentro del enfoque de Gestión por Resultados debe considerarse el grado de importancia como valor público que representa el derecho a la salud.

Para el Estado Argentino el derecho a la salud no es sólo un derecho individual e inherente al ser humano, es un derecho colectivo que debe ser amparado por la sociedad como base primordial de supervivencia y evolución y como tal, su valor debe ser amparado por la ley suprema de cada nación.

Hasta la mitad del siglo XX, la atención médica en la República Argentina se ha venido prestando básicamente a nivel estatal, a través de la asistencia en Hospitales Públicos y centros de salud.

La situación planteada cambió en nuestro país a mediados del siglo XX con la Constitución del año 49, que introdujo cláusulas económicas y sociales, y si bien se aplicó durante un lapso breve, indujo a la llegada del Art. 14 bis con la reforma de 1957. Es una creación, relativamente moderna, originada en el "Constitucionalismo Social", corriente que, a principios del siglo XX agregó a los tradicionales derechos "del hombre y del ciudadano" (vida, libertad) y económicos (propiedad, circulación, trabajar, ejercer industria lícita, etcétera), otros de naturaleza distributiva como "salario justo", "huelga, "vivienda digna" y "seguridad social". Por esta vía se instala el "Derecho a la Salud", comprendido como una de las especies del género de los derechos sociales.

Es dable resaltar que "del constitucionalismo clásico o moderno al constitucionalismo social media todo un cambio en la sociedad y se registra una doble transformación a nivel del Estado y a nivel de los derechos de las personas: a) del estado abstencionista se pasó al Estado intervencionista, y b) se complementaron los derechos individuales con la incorporación de derechos sociales y económicos."⁷

⁷ ZARINA Helio Juan. 2005. *Constitución Argentina Comentada y Concordada*, Comentario del Art. 14 bis

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

En la reforma de la Constitución de la Nación Argentina de 1994 el Derecho a la Salud se incorpora en forma explícita a la Primera Parte en el Capítulo Segundo con los Nuevos Derechos y Garantías, donde en su artículo 42 establece: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control”.

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

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

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

que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

8. EL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

Establecida la importancia del valor salud, cabe explicar cómo se ha implementado el sistema de Salud en la República Argentina.

El Sistema de Salud de la República Argentina resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado.

Dentro de los tres subsistemas también existen problemáticas que los diferencian. En el caso del subsector público existen, por el sistema federal, las distintas jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). En el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación.

8.1. El subsistema público

El sistema argentino de salud está asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. Este subsector, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud a toda la población. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores.

Dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud. Por este motivo, la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales. Los lineamientos del nivel nacional sólo tienen un valor indicativo, por lo que cobra especial relevancia la negociación de acuerdos entre la Nación y las provincias en el marco del Consejo Federal de Salud.

8.2. El subsistema de la seguridad social

Según lo indicado precedentemente el sistema argentino de salud está asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes

del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. Precisamente, los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares tienen una cobertura adicional provista por instituciones de la seguridad social denominadas “Obras Sociales”. De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias, que están asegurados en las “Obras Sociales Provinciales”.

Otro aspecto característico del sistema de Seguro Social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como “PAMI”.

Dentro del subsector correspondiente a la Seguridad Social se encuentran numerosas instituciones que muestran importantes diferencias entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios generando, como consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios.

La Seguridad Social está compuesta por aproximadamente 280 Obras Sociales Nacionales, otras Obras Sociales como las correspondientes al personal de las Fuerzas Armadas, de Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales y la de jubilados y pensionados. Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.⁸ Para el año 2.011 el sistema de Seguridad Social cubría un total de aproximadamente 15.000.000 de argentinos, entre titulares y familiares⁹.

8.3. El subsistema privado

Dentro del sector privado asegurador hay organizaciones y planes asistenciales de características muy diversas aunque, en términos generales y particularmente en las grandes ciudades, se orientan a la población de mayores ingresos. Las aseguradoras privadas o empresas de medicina prepaga pueden

⁸ Información del trabajo realizado como una iniciativa conjunta del PNUD Argentina, OPS y CEPAL “Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011 El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros”.

⁹ APÉNDICES. CUADRO A “Cantidad de Obras Sociales y Beneficiarios según naturaleza institucional. Total del país. Año 2011.”. Publicado por el Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud. Pág. 58.

ser sociedades comerciales, asociaciones civiles con o sin fin de lucro, fundaciones que actúan en la órbita de la Inspección General de Justicia y mutuales o cooperativas bajo la órbita del Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual.

El número total de empresas de medicina prepaga se desconoce ya que no existe un registro oficial, pero se estiman en alrededor de 300 entidades con una gran concentración en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Relacionado con el sector privado prestador, se registran aproximadamente 10.000 establecimientos, con y sin internación, que representan algo más del 60% sobre el total sectorial.¹⁰

Existe diferenciación en la agrupación empresarial de medicina privada. Los establecimientos sin fines de lucro representados por grandes hospitales privados de comunidades extranjeras se encuentran agrupados en la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas, mientras que las principales clínicas y sanatorios con fines de lucro, de las grandes ciudades, se asocian en Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (800 establecimientos), y la mayoría de los centros medianos y pequeños de todo el país lo hacen en la Cámara Argentina de Empresas de Salud – Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina (aproximadamente 1.200 establecimientos con fines de lucro, 30 camas como promedio por establecimiento y formas societarias diferentes en su aspecto jurídico). En la actualidad, cada prestador contrata libremente con los financiadores y, generalmente, tanto la modalidad de contratación como los valores, son negociados entre las partes.¹¹

9. DISCRIMINACIÓN DE LA POBLACIÓN CUBIERTA POR LOS DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD.

A efectos de dimensionar la importancia del Sistema de Seguridad Social en la República Argentina, es importante considerar algunos datos estadísticos de población amparada por los distintos sistemas de salud y su composición.

Para el año 2011 de un total de población de 40.091.000 se encuentran cubiertos por el sistema de Obras Sociales 15.536.000 (38,80%) en forma obligatoria

¹⁰ *Op. Cita "8"* Pág. 15.

¹¹ *Ibidem.*

(trabajadores formales y familiares a cargo) y en forma voluntaria (adherentes y jubilados); Por el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI) están cubiertos 3.334.600 (8,30%) jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos y otros; por las Obras Sociales Provinciales 5.500.000 (13,70%) empleados públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales adherentes y por Seguros Voluntarios 3.600.000 (9,00%) asociados. Los totales y los porcentajes indicados no pueden ser sumados ya que existe superposición entre la población correspondiente a cada uno de los diferentes segmentos, originada en la múltiple cobertura de la población.¹²

De los primeros resultados referidos a utilización y gasto en servicios de salud de la Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Argentina 2010¹³, surge que de los dos tercios de los encuestados (66,6%) están afiliados a algún sistema de protección de la salud. De cada 10 personas de la población, casi 6 están afiliados a una obra social, menos de 1 a empresas de medicina prepaga (de forma directa o vía obra social) y 3 no están afiliados a ningún sistema. Entre los afiliados, 9 de cada 10 corresponden a una obra social.

El porcentaje de afiliación baja al pasar del grupo de hasta 14 años al de 15 a 29, probablemente a causa de la desaparición de la protección automática cuando los jóvenes alcanzan la mayoría de edad. De allí en adelante la afiliación crece, para llegar a un notorio 92% entre las personas de 60 años y más (probablemente debido a la cobertura del PAMI).

La afiliación es mayor entre quienes tienen estudios superiores mientras que, al considerar los quintiles¹⁴ de ingreso familiar, el sector de más altos ingresos casi duplica en afiliación al de más bajos ingresos. Por clase social, los gerentes y profesionales muestran sensiblemente mayor afiliación que los trabajadores manuales no calificados (93% en comparación con 52%, es decir, los primeros

¹² *Op. Cita. "8"* Pág. 15. APÉNDICES. CUADRO B. "Organización y Cobertura - Subsectores y Población Cubierta" Pág. 59.

¹³ Encuesta realizada a partir de un convenio entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (en esta oportunidad, el financiamiento del estudio fue gestionado por el Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados en Salud Pública). APÉNDICES. CUADRO C: "Utilización de Servicios de Salud por Segmentos Sociodemográficos (en %). Argentina, 2010". Págs. 60 y 61.

¹⁴ El quintil de ingreso, se calcula ordenando la población desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos; con esto se obtienen 5 quintiles ordenados por sus ingresos, donde el primer quintil representa la porción de la población más pobre; el segundo quintil, el siguiente nivel y así sucesivamente hasta el quinto quintil, representante de la población más rica.

superan en un 79% a los últimos). En este mismo sentido, la afiliación crece al pasar de la autopercepción de clase más baja (52,8%) a la más alta (75%).

Por tamaño de localidades, las ciudades intermedias muestran el mayor porcentaje de afiliación (73%) y los pueblos, el menor (59%). Al considerar regiones, es mayor el porcentaje de afiliación en la Patagonia (79%), mientras el menor valor se observa en Cuyo (52%).

Además, en cuanto a la utilización de servicios de salud: variaciones entre 2005 y 2010 - los porcentajes se mantienen estables o tienden a crecer. Se registró un crecimiento del 6,2 % en la afiliación: Personas Afiliadas año 2.005 (62,7%) - Personas Afiliada año 2.010 (66,6 %).

Por otra parte, los Indicadores Básicos – Argentina 2.011 publicados por el Ministerio de Salud¹⁵ informan que la población no cubierta con obra social o plan médico, desde el año 2006 hasta el año 2011 es un total del 48,10 % para todo el país, con valores máximos en las provincias de Chaco (65,50%) y Formosa (65,80%) y mínimos para Santa Cruz (29,20%) y CABA (26,20%).

10. ATENCION DE LA SALUD GARANTIZADA POR EL ESTADO - EVOLUCIÓN NORMATIVA - PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (P.M.O.): “CANASTA BÁSICA DE PRESTACIONES”

Para tener una visión de Gestión por Resultados es imprescindible establecer el marco normativo que regula, sustenta y delimita el llamado Sistema de Seguridad Social.

La visión del marco normativo que rige en materia de gestión en las organizaciones públicas, no es sólo la de considerar la integración de un conjunto de normas destinadas a tal fin.

El Derecho, en lo que se vincula al marco normativo que rige la gestión en las organizaciones públicas, no es sino una ciencia de problemas concretos. Conocer el Derecho supone algo más que conocer el texto de una ley o un decreto o resolución. Es necesario, además, saber cómo se origina la normativa, qué producto crea, qué valor público protege, ver qué se logra hacer cumplir de las normas y por qué sucede eso.

¹⁵ APÉNDICES. CUADRO D: “Indicadores Básicos – Argentina 2.011 Población no Cubierta con Seguro”. Trabajo conjunto con la Organización Panamericana de la Salud. Elaboración sobre la base de datos del INDEC. Pág. 62.

El Derecho no se encuentra enmarcado en una neutralidad que no tiene. Muy por el contrario, las normas plasman el conjunto de necesidades objetivas y subjetivas de la sociedad que evoluciona y se modifica constantemente.

En suma, para hablar de un sistema de reglas que se apliquen a la gestión en las organizaciones públicas debe verificarse la concurrencia, en general, de un conjunto de propiedades mínimas de las normas que lo componen y entre ellas su acatabilidad y su coherencia institucional (es decir la congruencia entre la acción oficial y la ley declarada). El contexto social, político, institucional y económico influye de modo cada vez más profundo y decisivo en el aludido sistema jurídico. Por otra parte, la incidencia de la actividad gubernamental en la vida ciudadana ha alcanzado una especial trascendencia, ya sea que esto se analice desde un aspecto cualitativo como cuantitativo.¹⁶

Con esta visión se establece que la Ley 23.660, promulgada el 5 de enero de 1989, crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, colocando como principales agentes del mismo a las Obras Sociales y a las Asociaciones de Obras Sociales, bajo la supervisión de la Administradora Nacional de Servicios de Salud (ANSSAL) que más tarde sería remplazada por la Superintendencia de Servicios de Salud, creada por el decreto 1615/96.

Asimismo se promulga, en igual fecha, la Ley 23.661 donde se crea el Régimen de Obras Sociales, con los alcances de un Seguro Social. En su artículo 28 se establece que los Agentes del Seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL (hoy la Superintendencia de Servicios de Salud) establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo con lo normado por la Secretaría de Salud, las prestaciones que deberán brindarse obligatoriamente.

En el año 1995 se dicta el Decreto N° 492 donde su artículo 1° expresa que los beneficiarios comprendidos en la Ley 23.660 (Obras Sociales – Seguridad Social) tendrán derecho a recibir las prestaciones médico asistenciales que se establezcan en un programa que se denominará Programa Médico Obligatorio (PMO) y que será obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Mediante su artículo 2° se crea una Comisión Técnica, con participación de la ANSSAL (hoy la Superintendencia de Servicios de Salud) y la Confederación General del Trabajo. Esta Comisión tenía a su cargo formular el Programa y dictar

¹⁶ REJTMAN FARAH, Mario. 2012. Programa de la materia “Marco Normativo para la Gestión en las Organizaciones Públicas” de la Carrera de Especialización en Gerenciamiento por Resultados y Control de Gestión.

las normas reglamentarias para su ejecución, las que debían ser sometidas a la aprobación del entonces Ministerio de Salud y Acción Social.

En fecha 17 de mayo de 1996 el proyecto presentado por la comisión redactora del Programa de Salud es aprobado por el Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la Resolución N° 247, que describe las prestaciones mínimas y obligatorias para los Agentes del Seguro de Salud, que entrarían en vigencia a los 180 días de su publicación en el Boletín Oficial. Esta resolución es la clave del mínimo contenido prestacional de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga.

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

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

En Marzo del 2002 se dicta el Decreto N° 486 que declara la emergencia sanitaria nacional en virtud de la situación económico-financiera, y por ende social, que atravesaba nuestro país. Dice el Decreto en su art. 18: “Facúltase al Ministerio de Salud para definir, dentro de los treinta (30) días de la vigencia del presente, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución del citado Ministerio N° 939 del 24 de octubre de 2000 y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria. A esos fines se considerarán prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades, las que deben garantizar como prioridad el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia”.

A raíz de este Decreto, el Ministerio de Salud firmó la Resolución N° 201 en el mes de Abril del mismo año que establece el Programa Médico Obligatorio de

Emergencia (PMOE), integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley N° 23.660.

En el año 2005 el Ministerio de Salud de la Nación dicta la Resolución N° 1991 donde incorpora a los Anexos II y IV de la Resolución N° 201/02 nuevas prestaciones y productos medicinales, estableciendo que el nuevo PMO, así conformado, comenzaría a regir a partir del 1º de enero de 2006.

Además, en el año 2007 el Ministerio consideró necesario ratificar que el PMO era el aprobado por Resolución N° 1991/05 y que estaba vigente desde el 1º de enero de 2006, dictando así la Resolución N° 1714.

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

El Programa Médico Obligatorio es un Programa de Salud que se refiere al conjunto de prestaciones esenciales que deben garantizar los responsables de la cobertura de salud a su población beneficiaria (en el sector de la Seguridad Social) y a sus usuarios (en el sector privado). La Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación es la que, con sus modificaciones, ampliaciones e incorporaciones establece el Programa Médico Obligatorio, siendo el Estado Nacional a través de la Superintendencia de Servicios de Salud el encargado de fiscalizar y controlar a las entidades responsables de garantizar su cobertura.

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

Entre sus objetivos están:

- Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud.
- Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de

los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud, la recuperación de la misma y la rehabilitación.

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

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

11. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN- SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS – ANÁLISIS ESTRUCTURAL

Planteado el plexo normativo que nos ocupa, es dable analizar la estructura organizativa mediante la cual el Estado evalúa y controla el efectivo cumplimiento de las normas y procedimientos. No obstante, es importante señalar que estos mecanismos de evaluación y control normativa se agotan en sí mismos, por lo que las estructuras organizativas deben ser los andamios que sustentan la gestión de las políticas públicas dirigidas hacia resultados.

Así, “Gestionar es gestar, es lograr objetivos transformando la realidad preexistente, agregar valor, justificar una presencia legítima en función de las expectativas generadas por esa gestión y el uso dado a los medios puestos a disposición. Gestionar, en suma, es lograr resultados pero no cualquier resultado, sino el esperado, el consensuado, el contratado.”¹⁷

“En las organizaciones modernas se incorpora a la dimensión normativa el concepto de resultado. Al referirnos a modelos de gestión por resultados, estamos

¹⁷ OSZLAK, Oscar y la colaboración de los Lic. Guillermo Malvicino, Jorge Hintze y Ricardo Graziano “Nuevos Modelos Institucionales para la Gestión Pública: Experiencias Comparadas y Aplicaciones Potenciales al Caso Argentino”.

concibiendo organizaciones públicas en las cuales el eje del control y la evaluación está centrado, además del cumplimiento de las normas, en el logro de resultados entre aquellos que formulan y diseñan las políticas y aquellos encargados de ejecutarlas. De esta manera se incorpora un alto grado de racionalidad en el manejo de los recursos públicos en la medida en que es posible determinar lo realizado con el esfuerzo de la sociedad en su conjunto”.¹⁸

El concepto de las organizaciones públicas forma parte de un sistema integrado e interrelacionado, conformado por los cuatro ejes fundamentales de la gestión estratégica de gobierno, en cuanto a la planificación estratégica gubernamental, el manejo administrativo financiero de los recursos, el desarrollo de organizaciones eficaces y los mecanismos de evaluación y control.

Asimismo, la perspectiva organizacional no sólo es considerada desde su dimensión morfológica, sino que también se toma en cuenta, en la medida de lo posible, su dimensión fisiológica, es decir el análisis de los aspectos relacionas a los procesos de gestión y a los recursos humanos.

11.1. Misiones y objetivos básicos relacionados, correspondientes al Ministerio de Salud de la Nación y de la Superintendencia de Servicios de Salud.

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

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

¹⁸ DOMENELLA, Oscar. “Sistema para una Gestión de Gobierno Integrada: Una Perspectiva desde las Organizaciones Públicas”.

Así, en el marco rector y de fiscalización se encuentra la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo descentralizado en la órbita del Ministerio de Salud, ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Su misión es supervisar, fiscalizar y controlar a las Obras Sociales y a otros Agentes del Sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación.

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

Pero los objetivos descritos en el párrafo anterior deben realizarse dentro de la ejecución de un Plan Estratégico y planes operativos anuales, los que deben ser verificados en cuanto a su eficiencia y eficacia desarrollando, además, las medidas correctivas para optimizar los resultados esperados. Dentro de su estructura organizativa¹⁹, la Gerencia General entre otra de sus acciones tiene la de diseñar el sistema de seguimiento de los resultados de la gestión de las Gerencias y ejecutar el monitoreo.

Así también, la Gerencia de Control Prestacional debe aprobar y controlar la correcta gestión de los programas prestacionales de las entidades del Sistema de Salud que se ejecuten a través de efectores propios o contratados, como así

¹⁹ APÉNDICES. CUADRO E: “Decreto 2710/2012 Anexos I y II Estructura Organizativa de Primer Nivel Operativo de la Superintendencia de Servicios de Salud”. Pág. 63 a 66.

también, controlar la fiscalización que realizan las entidades del Sistema de Salud sobre las prestaciones en relación a los programas asistenciales y garantía de calidad de la atención.

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

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

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

Además, dentro de sus acciones se encuentra la de promover en los usuarios, beneficiarios y/o afiliados el ejercicio de un adecuado nivel de exigencia sobre los servicios que reciben por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud y prestadores.

Esta conformación responde al modelo tradicional jerárquico – burocrático, con las consecuentes falencias producidas por el comportamiento de los distintos compartimentos que tienden a cerrarse sobre sí mismos y no pueden incluir el proceso de producción en su totalidad. De esta forma, el modelo tradicional jerárquico – burocrático tiende a dificultar los enfoques orientados al usuario, a los productos y servicios ofrecidos a los usuarios, dejando de lado los flujos de procesos por medio de los cuales se producen y asignan los correspondientes bienes y servicios generando una perspectiva parcializada.

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

11.2. Carta Compromiso con el Ciudadano - Defensoría del Usuario del Servicio de Salud – Medicina Prepaga.

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

Institucionalizado mediante el Decreto 229/2000, el Programa funciona en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros y se implementa desde la Secretaría de Gabinete, organismo que se ocupa del diseño, implementación y monitoreo de programas que propendan a la mejora de los servicios que se brindan al ciudadano, como así también de aquellos que fomenten la transparencia y accesibilidad con la gestión de gobierno. Esto constituyó, desde

el inicio, un elemento facilitador de las actividades derivadas del Programa, debido a que, tanto su rol central estratégico en la estructura del Estado nacional, como su valoración positiva por parte de los organismos, funcionan como un aval significativo que favorece la realización de las tareas inherentes al mismo.

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

Así y en respuesta a la responsabilidad asumida en la cuarta Carta Compromiso, respecto a mejoras en la atención al público no obstante encontrarse todos los mecanismos de penalidades previstos en las normativas vigentes por el incumplimiento de las obras sociales con los beneficiarios, con fecha 6 de noviembre de 2007 se dicta el Decreto N° 1547, mediante el cual se modifica la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud y se crea el cargo de Defensor del Beneficiario. Con posterioridad, se modificando su denominación, responsabilidad primaria y acciones por Decreto N° 2710 del 28 de diciembre de 2012 como consecuencia de haberse dispuesto la absorción de la Administración de Programas Especiales dentro de la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud a efectos de asegurar un contexto de mayor control y cumplimiento de las funciones esenciales del Estado.

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

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

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

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

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

- Representar a los beneficiarios del Sistema de Salud en sede administrativa o judicial una vez agotado el procedimiento previsto por la normativa vigente y ante una orden emitida por el Superintendente de Servicios de Salud por vía de un acto administrativo.
- Representar a los beneficiarios de manera individual o colectiva.
- Coordinar los reclamos que formulen los beneficiarios de las Obras Sociales ante el Defensor del Pueblo de la Nación o ante el Defensor del Pueblo de las jurisdicciones locales que prevean su existencia.
- Atender la presentación de reclamos y recursos en Sede Administrativa por parte de los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud.

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

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

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

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

Por lo tanto, actualmente se ha consolidado en un mismo organismo estatal la función de contralor y fiscalización de ambos subsectores, garantizando a la población beneficiaria y/o usuaria de los mismos la posibilidad de “reclamar” ante quien, no sólo detenta el poder sancionatorio respecto de las entidades prestatarias involucradas, sino además actúa como “rector” de ambos sistemas con el conocimiento de los alcances de las obligaciones legales a las que se encuentran sujetos.

12. INGRESOS CON LOS QUE CUENTAN LAS OBRAS SOCIALES PARA HACER FRENTE A LAS PRESTACIONES – FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN -

ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS A LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

La ley 23.660 indica en su artículo N°16 los ingresos con que cuentan las Obras Sociales para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar, los que fundamentalmente están integrados por:

- a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al cinco por ciento (5 %) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia;
- y
- b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3%) de su remuneración. Asimismo, por otros beneficiarios, aporta el uno y medio por ciento (1.5%) de su remuneración;

Asimismo, la Ley en su artículo N° 19 indica que conforme con los niveles remunerativos el 10%, 15% ó 20% de los aportes y contribuciones mencionados se destinan al Fondo Solidario de Redistribución.

Según lo establecen la Ley 23.660 en su artículo N° 5 y la Ley 23.661 en su artículo N° 21, las Obras Sociales destinan como mínimo el ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, a la cobertura de prestaciones que tienen que dar a sus beneficiarios.

Asimismo, la Ley 23.661 en su artículo N° 22 especifica la integración del Fondo Solidario de Redistribución creado en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud y bajo su administración. Fundamentalmente, se encuentra conformado con el diez por ciento (10%) de la suma de las contribuciones y aportes que prevé la Ley de Obras Sociales para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar [Para las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios el porcentaje es del quince por ciento (15%)].

La Ley 23.661 en su artículo N° 24 establece el destino de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, deduciendo un 5 % ó 6%, según corresponda, conforme con lo siguiente:

1 - Para su distribución automática entre los agentes en un porcentaje no menor al setenta por ciento (70%), deducidos los recursos correspondientes a los gastos administrativos y de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, con el fin de subsidiar a aquéllos que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria, según la reglamentación que establezca la Superintendencia de Servicios de Salud.

2- Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, de conformidad con las normas que la ANSSAL dicte al efecto.

3 - Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro.

4 - Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio se distribuyen entre los agentes del seguro, en proporción a los montos con que hubieran contribuido durante el mismo período, en las condiciones que dicte la Superintendencia de Seguros de Salud y exclusivamente para ser aplicados al presupuesto de prestaciones de salud.

Es importante considerar lo normado por el Decreto 1609 del 5 de septiembre de 2012, mediante el cual se instituye el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) correspondiente a la distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución, conforme con lo siguiente:

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

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

c) Los Agentes de menos de cinco mil (5.000) afiliados, cuyo ingreso mensual promedio por afiliado resulta inferior al ingreso mensual promedio por afiliado de todo el sistema, calculado luego de la aplicación de los componentes anteriores, recibe, además, una compensación económica mensual que le permite alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema.

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

En cuanto al análisis presupuestario del Ministerio de Salud de la Nación para ejercicio 2012, se advierte que se le ha asignado un total de \$ 8.696.497.548. Además, la asignación presupuestaria para dicho período a los Organismos Descentralizado, dentro del ámbito del Ministerio de Salud, suman \$ 3.989.356.912, obteniendo un total de \$ 12.685.854.460 para el sector de Salud. De este importe total, analizando la Composición del Gasto por Jurisdicción, Entidad, Finalidad y Gastos Figurativos se advierte que sólo se ha destinado para la Superintendencia de Seguros de la Salud \$ 1.278.584.290 (es decir un 10% del total del presupuesto de salud) y \$ 1.157.556.290, (es decir un 9 % del total del presupuesto de salud) a la Administración de Programas Especiales (el objetivo del organismo radica en satisfacer, en tiempo y forma, los pedidos de los Agentes del Seguro de Salud, a fin

de financiar la cobertura de prestaciones de alto impacto económico originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia y/o de carácter crónico. Asimismo, complementa su objetivo con el desarrollo e implementación de programas de detección y/o prevención de patologías de alto impacto económico y aquellas que, por sus características, demanden una atención prolongada en el tiempo).

Conforme con las misiones del Ministerio de Salud de la Nación y al presupuesto asignado al mismo, surge claramente que existen grandes esfuerzos para brindar cobertura sanitaria a los sectores excluidos de los sistemas de salud, Como contrapartida, es menor la preocupación por la función rectora y de contralor que ejerce el Ministerio de Salud, en cuanto a las prestaciones que se brindan a los sectores incluidos en el sistema de salud.

13. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES – MECANISMOS DE RECLAMOS

Existen diversos casos en los que las Obras Sociales resisten el cumplimiento de obligaciones legales respecto de la atención de ciertas enfermedades o la cobertura de otras prestaciones de índole médico asistencial, conducta que da origen al respectivo reclamo de los beneficiarios. Es así que directamente se niega el suministro de cierta medicación, provisión de prótesis o la cobertura de determinados tratamientos.

Para estos supuestos, el 23 de julio de 1998 se publica en el Boletín Oficial la Resolución N° 75 de la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante la cual se aprueba un procedimiento administrativo de reclamos, frente a hechos o actos de los agentes del Seguro de Salud, que afecten o puedan afectar la normal prestación médico asistencial

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

Se instaura un procedimiento sumarisimo de formulación y solución de reclamos que se ajusta a los principios de legalidad, informalidad, celeridad e inmediatez.

La presentación del reclamo puede hacerse ante el mismo agente del seguro de salud o ante la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante formularios predeterminados que deben estar a disposición del público. Se debe certificar la

recepción del formulario y entregar la correspondiente copia debidamente sellada, firmada por persona autorizada y haciéndose constar el número de expediente en el que tramitará el reclamo.

Transitada la etapa de estudio del reclamo, el agente del seguro debe emitir un informe de solución. Dicha respuesta debe ser entregada, en forma personal, al reclamante o a quien lo represente, o remitida por Carta Documento, informando al reclamante que siempre tiene la posibilidad de insistir con su reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

A partir de la presentación del reclamo, el agente del seguro tiene un plazo de quince (15) días para resolverlo.

Para los supuestos de urgencia médica en los que la normal tramitación del procedimiento pudiera poner en peligro la vida y/o la salud del reclamante, la solución debe ser brindada de inmediato por la Obra Social. En estos casos, de corresponder, se intima al Agente del Seguro de Salud a brindar cobertura médico asistencial, indicando para el supuesto de negativa la derivación a su cargo al Hospital Público de Autogestión o a otra Obra Social del Sistema.

No es mucha la información publicada ni suministrada por la Superintendencia de Servicios de Salud, pero en el organismo indican que diariamente reciben cientos de reclamos por incumplimiento de la Obras Sociales por prestaciones a sus beneficiarios. Estos reclamos son solucionados con la intervención de la Superintendencia mediando entre las partes implicadas. De esta forma, durante el año 2010 existieron aproximadamente 130.000 casos de reclamos, por distintas vías, de los cuales se formalizaron 9.300, resolviendo en la instancia administrativa el 85 % de los mismos.

Para los años 2010 y 2011 de un total de 16.674 reclamos formales, tuvieron una resolución inmediata el 75% (12.505) y el 25% (4.169) ingresaron en una gestión administrativa. Asimismo, de un total de 408.733 de consultas recepcionadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, 396.471 recibieron una respuesta inmediata y 12.262 una respuesta diferida.²⁰

Para este mismo período, el entonces Defensor del Beneficiario, Fernando Finvarb, expresó que se efectuó el seguimiento telefónico de las resoluciones emanadas de la Superintendencia de Servicios de Salud, en la mayoría de los casos, con los propios beneficiarios, para saber si el reclamo había sido subsanado y de haber respuesta en contrario, insistir ante la Obra Social para que realice la

²⁰ “La Salud en la Seguridad Social – La Revista de la Superintendencia – Edición Especial dos años de Gestión” 2.011. Año 2 N° 7 Agosto – Septiembre- Octubre ISSN 1853 – 2314.

prestación. Informó además que se hicieron 534 intervenciones ante 89 obras sociales, con un 63% de casos solucionados satisfactoriamente, 24% incumplidos, 12% desestimados o abstractos y 1% en los que no se pudo continuar por haberse judicializado.²¹

Durante el año 2011 existieron 7.229 presentaciones de reclamos formales que llegaron a la Gerencia de Asuntos Jurídicos y respondieron a las siguientes motivaciones:

Afiliación: Existieron 3.947 casos que representan el 54,60% del total de reclamos. Los reclamos se concentraron en la negativa por parte de las Obras Sociales a realizar afiliaciones, en la mayoría de los casos respondieron a errores o retraso de información tanto de los beneficiarios, como así también de la Obras Sociales. Respondían a solicitudes de afiliación por opción de cambio, familiares a cargo y deudas por aportes.

Problemática Prestacional: Existieron 1.613 casos que representan el 22,30% del total. Los reclamos respondieron fundamentalmente a incumplimientos del Plan Médico Obligatorio, falta de cobertura por tratamientos de droga dependencia, tratamientos de alta complejidad, corte de cobertura por finalización de relación laboral, incumplimiento de Programa Materno Infantil y solicitud de prestaciones no incluidas en las distintas coberturas sociales.

Discapacidad: Existieron 1.247 casos que representan el 17,20 % del total. Los reclamos en este tema son variados y responden a la falta de prestación de asistencia domiciliaria, acompañantes en hogares, transportes, rehabilitación, prestaciones educativas, prestaciones terapéuticas, ayudas técnicas, falta de cobertura prótesis y atención integral.

Medicamentos: Existieron 422 casos que representan el 5,80 % del total. Los reclamos en este tema se relacionan con medicamentos no tradicionales y de alto costo por medicación oncológica, inmunodepresores, diabetes y Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

²¹ Op. Cita "20". Pág. 33.

Descripción	Cantidad	%
Afiliación	3.947	54,60
Problemática Prestacional	1.613	22,30
Discapacidad	1.247	17,20
Medicamentos	422	5,80
Total	7.229	100



Al 31 de diciembre de 2.011 los distintos reclamos formales se encontraban en las siguientes etapas de resolución:

Concepto	Cantidad	Porcentaje
Primera Instancia Iniciada	76	1,10
Expediente Iniciado	2.217	30,70
Finalizado/Archivado	<u>4.936</u>	<u>68,30</u>
Totales	7.229	100,00

Como dato adicional, es interesante conocer el comportamiento de las obras sociales sindicadas en cuanto a la disponibilidad de la información requerida:

Para el año 2009/2010 sobre un total de 282 Obras Sociales Sindicada:

Concepto	Cantidad	Porcentaje
Obras Sociales que la suministraron	228	80,85
Obras Sociales que lo hicieron parcialmente	53	18,79
Obras Sociales que no la suministraron	<u>1</u>	<u>0,35</u>
Totales	282	100,00

Para el año 2.011 sobre un total de 205 Obras Sociales Sindicada:

Concepto	Cantidad	Porcentaje
Obras Sociales que la suministraron	194	94,63
Obras Sociales que lo hicieron parcialmente	10	4,88
Obras Sociales que no la suministraron	<u>1</u>	<u>0,49</u>
Totales	205	100,00

De la información recolectada, si bien no pueden obtenerse indicadores, puede inferirse que la cantidad de reclamos y consultas es importante y las mismas no merman en los años en estudio. Más allá de la legitimidad de los reclamos, las Obras Sociales no están dando respuestas suficientes a los beneficiarios ya que los mismos se ven obligados a dirigirse al organismo de contralor para satisfacer sus consultas.

Por otra parte, la mayoría de las consultas son solucionadas rápidamente, formalizándose menos de 10.000 reclamos por año.

Durante el año 2.011, en su gran mayoría los reclamos responden a la problemática relacionada con la negativa a la afiliación (55%), un porcentaje menor pero importante se relaciona con problemas para brindar determinadas prestaciones (22%), también es considerable el porcentaje que responde a la problemática de los discapacitados (17%).

Los reclamos formales siguen la vía establecida por la normativa llegándose a una resolución, en la gran mayoría de los casos. No obstante y conforme con el seguimiento realizado por el entonces Defensor del Beneficiario, durante los años 2.010 y 2.011, un 25% de las resoluciones verificadas no fueron cumplidas por las Obras Sociales, dentro de las cuales un 1% pasó a instancia judicial.

Como información adicional es interesante considerar que la respuesta de las Obras Sociales ante inspecciones realizadas por la Superintendencia de Seguros de Salud, ha mejorado en los períodos en estudio, siendo durante el año 2010 más del 19% las Obras Sociales que no respondían en forma completa a los requerimientos de información, porcentaje que en el año 2011 supera levemente el 5%.

Cabe agregar que en el mes de diciembre de 2011 y luego de que la Superintendencia de Servicios de Salud se convirtiera en el ente de fiscalización y control de las entidades de medicina prepaga, a través de la Resolución N° 1319 dispuso que: “El procedimiento administrativo de reclamos establecido en la Resolución N° 075/98-SSSalud y sus modificatorias, resulta aplicable también a los sujetos comprendidos en el art. 1 de la Ley 26.682 y podrá ser ejercido por los beneficiarios-usuarios de los servicios”.

14. SISTEMA DE PENALIDADES ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES

Ante los posibles incumplimientos, por parte de las Obras Sociales, de lo resuelto por la Superintendencia de Servicios de Salud, la Ley 23.660 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, indica en su artículo 28:

“Las violaciones a las disposiciones legales y reglamentarias o las que establezca el órgano de aplicación harán pasibles a las obras sociales de las siguientes sanciones, sin perjuicio de las que pudieren corresponder por otras leyes:

a) Apercibimiento;

b) Multa desde una (1) vez el monto del haber mínimo de jubilación ordinaria del régimen nacional de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia, hasta cien (100) veces el monto del haber mínimo de dicha jubilación vigente al momento de hacerse efectiva la multa;

c) Intervención.

El órgano de aplicación dispondrá las sanciones establecidas en los incisos a) y b), graduándolas conforme a la gravedad y reiteración de las infracciones y la prevista en el inciso c) será dispuesta por el Poder Ejecutivo Nacional.

La intervención de la obra social implicará la facultad del interventor de disponer de todos los fondos que le correspondan en virtud de esta ley y se limitará al ámbito de la misma.”

Además la Ley 23.661 de creación del Régimen de Obras Sociales establece en su Capítulo VII las infracciones y penalidades que puede aplicar:

“ART. 40.- *A instancia de la ANSSAL, previo traslado por diez (10) días hábiles al agente del seguro cuestionado, la Secretaría de Salud de la nación podrá requerir al Poder Ejecutivo Nacional la intervención de la entidad cuando se produzcan en ella acciones u omisiones que por su carácter o magnitud impidan o alteren su funcionamiento en cuanto a las prescripciones de la presente ley. Al mismo tiempo la*

ANSSAL deberá disponer los mecanismos sumarios que permitan la continuidad y normalización de las prestaciones de salud.”

“ART. 42.- *Se considera infracción:*

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

“ART. 43.- *Las infracciones previstas en el artículo anterior acarrearán las siguientes sanciones:*

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

La multa se aplicará por cada incumplimiento comprobado a los agentes del seguro;

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

Para la aplicación de cada una de las sanciones y su graduación se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones.

ART. 44.- *El juzgamiento de las infracciones previstas en el artículo anterior se hará conforme al procedimiento que establezca la ANSSAL que deberá asegurar el derecho de defensa y el debido proceso.*

La suspensión o cancelación de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores que se menciona en el artículo anterior tendrá efecto para todos los agentes del seguro.”

Por otra parte, según lo previsto en su artículo 13 de la ley 23.661, los miembros de los cuerpos colegiados de conducción de las obras sociales son personal y solidariamente responsables por los actos y hechos ilícitos en que

podieran incurrir con motivo y en ocasión del ejercicio de las funciones de conducción y administración de dichas entidades.

15. RECLAMOS ANTE LA JUSTICIA

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

El reclamo judicial se realiza mediante la acción de amparo incorporada en forma explícita por la reforma de la Constitución Nacional en el año 1994:

“Artículo 43.- Toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva.”

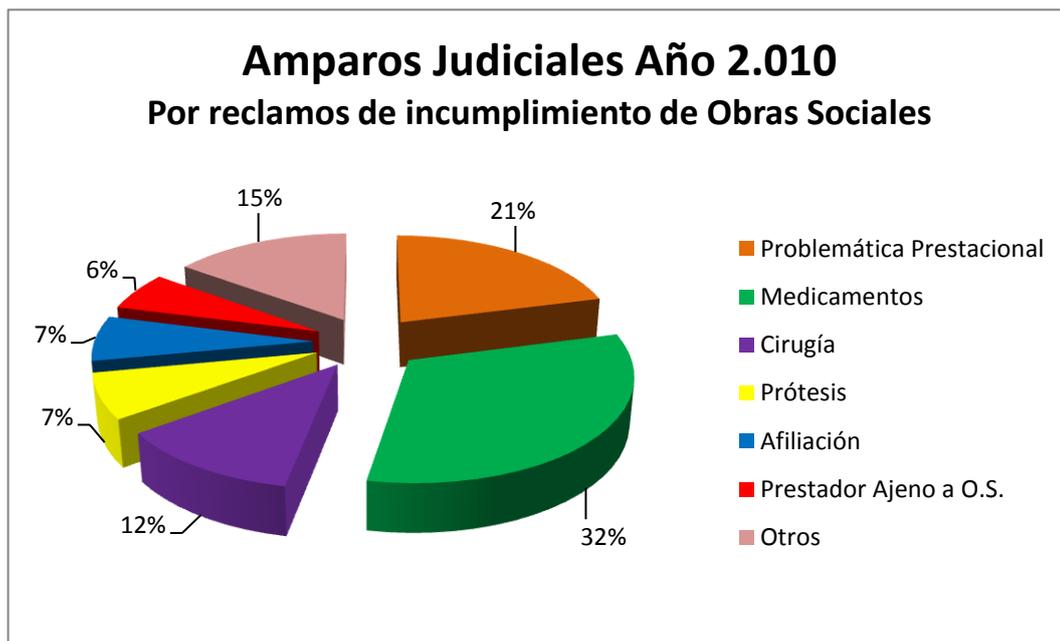
Es importante considerar que el denominado Recurso de Amparo es un proceso que indefectiblemente conlleva un tiempo de tramitación, que a veces hace que lo que en él se solicita, por transcurso del tiempo, carezca de eficacia. Consecuentemente, en la gran mayoría de los casos al interponer este recurso judicial se solicita simultáneamente una medida cautelar, la cual tiende a impedir que la pretensión principal, por efecto del transcurso del tiempo, carezca de eficacia al momento de dictarse un pronunciamiento definitivo de la causa.

Conforme relevamientos efectuados por la Sindicatura Jurídica de la Superintendencia de Servicios de Salud, para los años 2.010 y 2.011 se ha podido obtener la siguiente información:

Año 2.010: Sobre un total de 301 Obras Sociales se sindicaron por la Superintendencia de Servicios de Salud 175 Obras Sociales, de las cuales 100 Obras Sociales tienen iniciados en su contra acciones de amparos, siendo el número total de acciones de amparos iniciadas contra las Obras Sociales 1.577. Los motivos objeto de reclamo responden al detalle que se consigna en el siguiente cuadro:

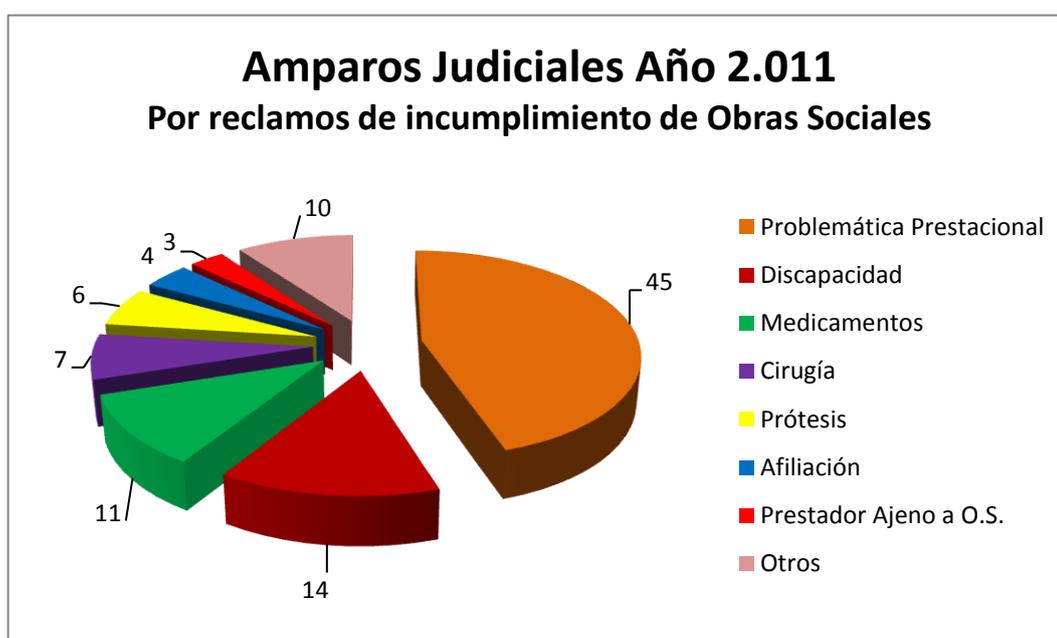
Descripción	Cantidad	%
Problemática Prestacional	328	20,80
Discapacidad (1)	N/C	N/C
Medicamentos	507	32,15
Cirugía	186	11,79
Prótesis	122	7,74
Afiliación	103	6,53
Prestador Ajeno a O.S.	96	6,09
Otros	235	14,90
Totales	1.577	100

(1) Para este período no se consideró por separado la discapacidad



Año 2.011: Sobre un total de 293 Obras Sociales, se sindicaron por la Superintendencia de Servicios de Salud 205 Obras Sociales, de las cuales 81 Obras Sociales tienen iniciados en su contra acciones de amparos, siendo el número total de acciones de amparos iniciadas contra Obras Sociales 1.798. Los motivos objeto de reclamo responden al detalle que se consigna en el siguiente gráfico:

Descripción	Cantidad	%
Problemática Prestacional	809	44,99
Discapacidad	260	14,46
Medicamentos	201	11,18
Cirugía	115	6,40
Prótesis	108	6,01
Afiliación	78	4,34
Prestador Ajeno a O.S.	56	3,11
Otros	171	9,51
Totales	1.798	100



De la información obtenida surge que la Superintendencia de Servicios de Salud ha aumentado considerablemente las Obras Sociales sindicadas, representando en el año 2.010 el 58% del total de Obras Sociales y en el año 2.011 un 70 %. Asimismo, ha disminuido la cantidad de Obras Sociales que mantienen Acciones de Amparo en su contra, siendo para el año 2.010 un 33% del total de Obras Sociales y para el 2.011 un 28%. No obstante, han aumentado la cantidad de Acciones de Amparos tomados en números absolutos, siendo para el año 2.010

1.577 y para el año 2.011 1.798. Consecuentemente, si bien se observa un aumento en las acciones de control, las mismas no logran como impacto disminuir la cantidad de reclamos que se efectúan ante la Justicia.

Si bien para el año 2.010 no se ha considerado en forma separada la discapacidad, lo cual distorsiona la comparación de datos con respecto al año 2.011, puede observarse que el motivo preponderante de las Acciones de Amparo responde a problemas prestacionales, siendo del 32% del total de Acciones de Amparo para año 2.010 y del 28 % para el año 2.011. El reclamo por medicamentos sigue en importancia representando el 32% del total de Acciones de Amparo para el año 2.010 y del 17% para el año 2.010. Es de destacar la disminución en importancia de los temas de afiliación en las Acciones de Amparo, en relación con los reclamos ante la Superintendencia de Servicios de Salud, lo cual podría responder a un correcto accionar del organismo de contralor.

16. ESTIMACIÓN DE MOTIVOS Y CONSECUENCIAS DE LOS RECLAMOS JUDICIALES

Según surge de la bibliografía en estudio, en la última década se ha potenciado la judicialización de los conflictos de atención de la salud en Argentina. Los motivos son diversos y pueden responder a las siguientes causas:

- Reticencia de las entidades obligadas a brindar cobertura asistencial.
- Inconvenientes económicos para la financiación de prestaciones (prácticas y/o medicación) de alto costo.
- Demandas prestacionales arbitrarias y/o excesivas.
- Inadecuada información obtenida de medios no avalados por estudios profesionales.
- Falta de responsabilidad profesional sobre la solidaridad del Sistema de Salud.
- La llamada “industria del juicio” promovida por profesionales inescrupulosos.
- El intento de ampliar el Programa Médico Obligatorio (PMO) sin acudir a los mecanismos de evaluación y actualización de tecnologías sustentado en la medicina basada en la evidencia.
- Falta de resolución de los conflictos, en tiempo oportuno, en sede administrativa.

No obstante, la intervención de la justicia ante una falla de la Obra Social en el servicio no admite discusión alguna y es la forma de resguardar el derecho a la salud que tiene un afiliado.

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

Por otra parte, la intervención judicial tiene muchas veces un impacto negativo en el Sistema de Seguridad Social.

Se presentan Recursos de Amparos por medicamentos y prácticas en fase de experimentación en los que medidas cautelares obligaron a las Obras Sociales a abonar importantes sumas de dinero. En instancias superiores estos recursos no prosperan, al meritarse tratamientos o medicamentos no autorizados, o porque carecen de fundamentos científicos o no cuentan con los protocolos ni con los estudios que demuestran su utilidad en seres humanos²².

De esta forma, muchas veces a través de la justicia se realizan solicitudes de cobertura de tratamientos donde no se considera la evidencia científica, no se tienen en cuenta los consensos internacionales ni nacionales, no se respetan las normas y protocolos de probada eficacia y se omiten las regulaciones de organismos como el ANMAT (Administración Nacional de Medicamento, Alimentos y Tecnología Médica) o el FDA (Food and Drug Administration U.S. Department of Health & Human Services).

Así, cuando se fuerza una cobertura innecesaria por la sola garantía de un derecho individual que no respeta la evidencia científica, los protocolos y no se usan las alternativas terapéuticas eficazmente comprobadas, se provoca un daño grave sobre el derecho colectivo, el principio de equidad y solidaridad del sistema, y el financiamiento de la salud.

El problema se suscita frente a pronunciamientos que concluyen con la resolución de medidas autosatisfactivas que favorecen requerimientos arbitrarios,

²² LA SCALEIA, Antonio. 2011. “Advierten que por Amparos pueden Desfinanciarse Obras Sociales”. *Bureau de Salud en Seguridad Social*. 2 de junio.

muchos de ellos impetrados por beneficiarios y usuarios influenciados por distintos profesionales quienes en su propio beneficio impulsan procesos judiciales con reclamos de asistencia sanitaria improcedentes. Así, se ha tomado conocimiento de decisiones judiciales donde se obliga a Obras Sociales a otorgar por vía de Amparo Judicial la entrega de medicamentos no autorizados por la ANMAT (la cual tiene entre otros objetivos el de “Autorizar y registrar la elaboración y comercialización de especialidades medicinales, productos para diagnóstico y cosméticos, así como su actualización y modificaciones”), fabricados en el exterior o prácticas médicas en estado de experimentación y sin evidencia científica ni homologación clínica.

Es interesante considerar que en algunos casos quien debería haber tomado las decisiones no lo hizo y quien las toma lo hace con información y recursos limitados. Consecuentemente, en estos casos los jueces pueden realizar mala praxis médica o pueden hacer ejercicio ilegal de la medicina. De esta forma se acaba reemplazando la promoción de la salud por la promoción de la litigiosidad, dado que el resultado no es el progreso del conocimiento de la medicina basada en la evidencia sino que se deja lugar a la medicina basada en la sentencia.

En algunos casos los jueces desconocen los alcances del plan de salud de las Obras Sociales y ponen en riesgo la administración de los recursos, la financiación y la equidad del Sistema Solidario de las mismas.

En otro orden de ideas y según la teoría del “public choice”, la población está dispuesta a financiar de forma generosa todo tipo de servicios al momento en que le consultan, el problema es que luego cuando tiene que pagar los impuestos para sostener esas mismas prestaciones que le parecen justas y adecuadas, tiene serios problemas para aceptarlo.

La judicialización atenta contra la justicia distributiva, porque las sentencias judiciales resuelven casos específicos, tendiendo en consecuencia a concentrar los recursos asistenciales en pocos pacientes, que son aquellos que tienen mayor acceso a las instancias judiciales. Así, la judicialización no promueve la eficiencia puesto que solo procede a apagar incendios, ya que las sentencias son acciones paliativas, no produciendo acciones de promoción y prevención.

17. EL FENÓMENO DE LA JUDICIALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA

Para tener conocimiento de las distintas situaciones que se plantean en América Latina, en cuanto a la judicialización de los reclamos por prestaciones de salud, se considera el Segundo Encuentro Regional sobre Derecho a la Salud y Sistemas de Salud realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 4 al 6 de

diciembre de 2011. Esta Iniciativa Regional es auspiciada por el Tribunal Constitucional del Perú, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Instituto del Banco Mundial, el Centro de Estudios de Justicia de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud. A la misma concurren ochenta y cinco mujeres y hombres, ministros y viceministros de salud, jueces de cortes superiores, legisladores, profesores universitarios, investigadores, defensores del pueblo y funcionarios de organismos internacionales provenientes de siete países de la Latinoamérica con el fin de intercambiar, reflexionar y aprender sobre el fenómeno de la judicialización de la salud.

El Coordinador del encuentro Leonardo Cubillos Turriago expresó que en la última década se observa un rápido crecimiento en las demandas que buscan la protección del derecho fundamental a la salud. Esta judicialización ocurre en varios países de la región, a pesar de las diferencias en los sistemas judiciales y sanitarios, y pareciera ser el resultado de la progresiva confluencia de complejas placas tectónicas, cuya cabal comprensión precisa del análisis mancomunado entre diferentes actores y disciplinas.

Así, el derecho a la salud no es absoluto y en cuanto está sujeto a límites, los Estados tienen la obligación de avanzar progresivamente en la realización de este derecho, es decir, en la extensión de estos límites.

Como suele ocurrir en estos casos no todos son luces, ni todos son sombras. De manera positiva, a través de la judicialización de la canasta de servicios la ciudadanía está accediendo a servicios de salud que estando priorizados (prometidos por el sistema de salud) no estaban disponibles o accesibles a la población. Esto ha permitido identificar errores o dificultades en la implementación de las decisiones de política. También, la judicialización de la canasta de servicios está obligando a rediseñar y a repensar los métodos y procesos usados en la construcción de las canastas de servicios no solo con el fin de que sean más eficientes sino también para que sean más justas y equitativas.

De manera opuesta, la judicialización de la canasta de servicios puede tener algunas limitaciones e impactos negativos. Estudios recientes muestran que la judicialización por servicios no priorizados (particularmente en Recursos de Amparo, con efectos inter partes) puede tener efectos regresivos – inequitativos – en la asignación de recursos. Así, aquellos grupos que tienen menor condición de vulnerabilidad, acceden más fácilmente a las cortes y obtienen más beneficios.

A continuación se hace una breve reseña de lo expresado por los representantes de los distintos países:

Brasil: *Denizar Vianna. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Interna de la Universidad del Estado de Río de Janeiro e investigador del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología para la Evaluación de Tecnologías en Salud IATS*

Expresa que en la última década, el derecho a la salud ha sido la base de un creciente número de demandas en los tribunales brasileños, a nivel federal, estatal y municipal. Más de 60 mil brasileños se vieron obligados a acudir a la justicia para garantizar el acceso a diferentes medicamentos, en general, de alto costo.³ Estas órdenes judiciales son de aplicación inmediata y requieren recursos considerables. La demanda por la compra de medicamentos y costos de corte fue de alrededor de \$ 140 millones a nivel federal en 2010.⁴ Los datos muestran un incremento de 46% (R \$ 96 millones), y de 5.269% por concepto de la judicialización frente a 2005 (R \$ 2,6 millones).

Asimismo entiende que las tasas de éxito de los litigios son extramente altas. Los jueces responden por una proporción creciente de las demandas que afectan la asignación del presupuesto sanitario público. Hay diversos problemas: Injusticia social, solamente una minoría informada y conectada con las fuentes de información (generalmente los más ricos) se apropia del presupuesto sanitario público. Ineficiencia porque las cortes generalmente no tienen capacitación médica. Conflicto en las atribuciones porque la responsabilidad en cuanto a los servicios sanitarios es del área ejecutiva y no de la judiciaria.

Chile: *Tomas Jordán. Director del Centro de Derecho y Justicia (CDJ) de la Escuela de Derecho de la Universidad Católica Silva Henríquez*

Expone que la tutela jurisprudencial a nivel constitucional en el sub-sistema público no se ha instituido como un problema de judicialización, sino de «tutela por excepción». Las acciones en pro del amparo del derecho a la protección de la salud, principalmente en los Tribunales Superiores de Justicia, se han dado en un marco de casos muy puntuales y concretos, que, frente a determinadas acciones u omisiones vulneradoras del derecho de las entidades estatales, se han impetrado solicitudes de protección. Los casos de justicia constitucional con relación al sistema público han estado radicados en los Tribunales Superiores de Justicia, no habiéndose recurrido, aún, ante el Tribunal Constitucional. El sub-sistema privado ha sido objeto de una judicialización en los últimos 5 o 7 años. ISAPRE se ha enfrentado a la radicación en sede judicial de los reajustes de los planes. La judicialización de la salud privada se ha dado en el reajuste anual y en lo relacionado con el alza por la tabla de factores.

Indica que en el sub-sistema público, las sentencias nos revelan una germinación de una posición pro tutela de las Cortes de Apelaciones, y en algunos casos, de la propia Corte Suprema, la cual ha obligado a la autoridad sanitaria

acceder a determinados medicamentos, lo cual nos permite afirmar que no existen razones de orden constitucional o de diseño institucional para negar a priori una posibilidad futura de judicialización en el sub-sistema público. En el sub-sistema privado sí estamos ante un proceso de judicialización. Ésta se ha dado en dos de éstos campos: en el reajuste anual de los planes de salud y en lo relacionado por el alza del plan debido a la aplicación de tablas de factores por riesgo (sexo y edad principalmente). A diferencia de lo que ocurre en el sub-sistema público de salud, las causas del sub-sistema privado han sido conocidas tanto por los Tribunales Superiores de justicia, como por el Tribunal Constitucional.

Colombia: **Alejandro Gaviria.** *Decano de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes.*

Entiende que la dimensión de la tutela judicial es la mayor de América Latina. En 2008, las tutelas en salud alcanzaron un pico histórico de 150 mil. Recientemente han caído por debajo de 100 mil, pero siguen representando casi una cuarta parte del total de tutelas presentadas. Las tutelas más comunes son por medicamentos (oncología y neurología) y prótesis.

En esta línea de razonamiento los beneficios tienen que ver con el mayor y más rápido acceso de los ciudadanos a la salud. Actualmente la cobertura en Colombia es casi universal y el cubrimiento es bastante amplio. Los costos tienen que ver con la sostenibilidad del sistema. En 2009, el gobierno se vio obligado a declarar una emergencia económica y social por cuenta del equilibrio financiero. Hoy en día la sostenibilidad no está asegurada, y la falta de definición del derecho a la salud es la causa fundamental del problema.

Costa Rica: **Carlos Mesía.** *Presidente del Tribunal Constitucional del Perú*

Aquí corresponde a una jurisdicción constitucional concentrada y especializada la protección del derecho fundamental a la salud, especialmente mediante la vía del Recurso de Amparo. Muchas veces se protege este derecho mediante el Habeas Corpus e incluso, aunque de forma indirecta, mediante la Acción de inconstitucionalidad. La Sala Constitucional resuelve más de 19 mil casos anuales, 19.600 en el 2010. 92% de esos casos, corresponde a Recursos de Amparo. De ese total, solo de 5 al 7% son reclamos relacionados con salud, y del total de salud, 90% guardan relación con prestaciones médicas, distribuidas en 39.5% por retardo en la atención; 37.5% por reclamo de medicamentos, en especial los que no están en la lista oficial de medicamentos y cuya solicitud ha sido rechazada por la CCSS, generalmente con base en criterios técnicos; 22% relacionados con procedimientos de cirugía. En la mayoría de los casos, la Sala Constitucional ha acogido las pretensiones de los recurrentes, condenado a la CCSS a comprar y suministrar a los pacientes los medicamentos, sin importar el costo o si

están o no en la Lista Oficial de Medicamentos, incluso en los supuestos en que existe otro criterio técnico diferente al del médico tratante. El impacto de la jurisprudencia constitucional en la partida presupuestaria específica para medicamentos asciende a 10% anual.

Se ha estimado que los plazos de espera violan los principios jurídicos de proporcionalidad y razonabilidad y constituyen una flagrante violación del derecho fundamental a la salud. El balance del proceso de judicialización constitucional de la salud en Costa Rica es positivo, ha contribuido a repensar el sistema de salud desde la óptica de los derechos humanos, específicamente desde el derecho a la salud y tutelado el derecho a grupos de la población que el sistema había desprotegido; y ha creado en los pacientes y usuarios de los sistemas de salud una conciencia de derechos. Queda pendiente, en Costa Rica, profundizar en los costos directos e indirectos de este proceso y en el impacto social, jurídico y político (más allá de lo económico), así como en sus causas, debilidades, fortalezas y consecuencias negativas, a fin de introducir mejoras a futuro.

Perú: **Carlos Mesía.** *Presidente del Tribunal Constitucional del Perú*

Relata que en el Perú, la litigiosidad del contenido del derecho a la salud es reducida, por lo que no existen montos estimados sobre su judicialización. El Tribunal Constitucional ha conocido un promedio de 30 casos relacionados directa o indirectamente con el contenido del derecho a la salud o del derecho a la salud mental. Sin embargo, esto no ha sido óbice para que su tutela sea mínima; por el contrario, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha concretizado su naturaleza, contenido, obligaciones y límites, así como el test que debe emplearse para resolver un eventual conflicto con otros derechos, principios o bienes constitucionales. Los casos más frecuentes son: Continuación de tratamiento médico en el caso de pacientes con VIH/sida. Continuación de tratamiento médico intramural en el caso de pacientes con enfermedades mentales que son dados de alta. Condiciones de tratamiento médico en el caso de pacientes internados. Acceso a prestaciones médicas suspendidas por entidades privadas. Acceso a determinado medicamento.

Entiende que como conquista, puede destacarse que la jurisprudencia constitucional ha sido enfática al precisar que la exigibilidad del derecho a salud puede judicializarse y que su realización o ejercicio debe ser eficaz, a pesar de que se argumenta que es un derecho social, y por ende, programático. Un posible riesgo es el incremento de la judicialización del derecho a la salud, por los posibles criterios discordantes a nivel de las instancias del Poder Judicial, que finalmente terminarían siendo corregidos por el Tribunal Constitucional.

Uruguay: Santiago Pereira. *Profesor e investigador de la Facultad de Derecho de Universidad de Montevideo y del Centro de Estudios Judiciales del Uruguay del Poder Judicial. Miembro del Instituto Iberoamericano de Derecho Procesal y de la Asociación Internacional de Derecho Procesal.*

Relata que la reclamación judicial de medicamentos y otras prestaciones médicas comienza a desarrollarse en Uruguay a comienzos de la década del 2000, siendo aún pocos los casos planteados. Ello se debe, entre otras razones, al alcance relativamente amplio de los medicamentos y prestaciones priorizadas, a las limitaciones que impone nuestra legislación procesal sobre amparo y al criterio generalmente ponderado de nuestros jueces. La mayoría de las acciones entabladas reclaman el suministro de fármacos de alto costo para el tratamiento de la esclerosis múltiple o enfermedades oncológicas. Se detecta en los últimos años, un crecimiento de la cantidad de demandas planteadas y una mayor flexibilidad judicial en la valoración de los requisitos legales del proceso de amparo y si bien el tema ha cobrado una significativa trascendencia a nivel de medios de comunicación, se estima que los casos en que han planteado acciones con dicho propósito y que han culminado en sentencias, no superarían la centena, la mayor parte de los cuales se han dado en los últimos tres años.

Concluye que como principal beneficio del proceso de judicialización del Derecho a la Salud en Uruguay podría señalarse que constituye un medio de efectivización del mismo. Puede pronosticarse que, de mantenerse los actuales criterios jurisprudenciales, se producirá un incremento paulatino de las demandas de medicamentos y otras prestaciones médicas no priorizadas. Es de esperar que disminuya el número de demandas contra las instituciones médicas y aumente el número de demandas contra el Estado y, en menor medida, el FNR. Si bien actualmente los reclamos se centran en medicamentos de alto costo, es de esperar que gradualmente también se planteen reclamos a nivel de otras prestaciones médicas.

18. POSIBLES SOLUCIONES ALTERNATIVAS AL PROBLEMA DE LA JUDICIALIZACIÓN

Cuando lo judicial pasa a tener un papel tan creciente y central que los temas de la sociedad son llevados al ámbito tribunalicio, no siempre agotando instancias previas de mediación o resolución de controversias, puede hablarse de judicialización.

Se han presentado ya las posibles causas que originan la judicialización tanto en Argentina como en América Latina. Además, se ha plasmado la importancia que

los distintos Estados le otorgan al problema. En especial en la República Argentina, a través de “Carta Compromiso con el Ciudadano” se ha creado la figura de “La Defensoría del Usuario del Servicio de Salud”, cuyas posibles duplicidad de funciones en relación a las asignadas a la estructura centralizada de la Superintendencia de Servicios de Salud se ha analizado en el presente trabajo.

Sería interesante considerar algunas soluciones alternativas a la problemática planteada, conforme con lo siguiente:

18.1. Mediación y Conciliación

La implementación del proyecto de Ley de mediación de litigios se encuentra impulsado desde la Superintendencia de Servicios de Salud como un servicio a todos los involucrados en los Sistemas: Beneficiarios, Usuarios, Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga, que funcione dentro del ámbito del Organismo y bajo su supervisión, con Mediadores/Conciliadores asistidos por Consultores (Profesionales y Auxiliares) y por el Área de Evaluación de Tecnologías del Organismo.

La mediación es un método que permite la resolución de conflictos de manera pacífica, a través del diálogo entre las partes, donde el mediador como tercero neutral las acompaña para que ellas mismas, como protagonistas, encuentren las soluciones más beneficiosas²³. También se la define como el proceso voluntario por el cual un tercero neutral “Mediador”, facilita la comunicación entre dos o más personas para que logren llevar adelante una negociación colaborativa con el objeto de zanjar el conflicto que los enfrenta (con el menor costo de tiempo y desgaste emocional) y llegar a un acuerdo satisfactorio para todos los participantes.²⁴

La Superintendencia de Servicios de Salud intenta cumplir con la misión institucional de generar mecanismos idóneos para promover el permanente mejoramiento mediante regulaciones y acciones que optimicen los resultados del comportamiento del Sistema de Salud. Este proyecto, no pretende limitar ni entorpecer el acceso a la justicia de la comunidad, sino que intenta poner a disposición otros instrumentos de suma utilidad. Consecuentemente, a fin de evitar el enfrentamiento y disputa de las partes que actúan, sería interesante

²³ Según definición del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina

²⁴ Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Servicios Profesionales Sociales S.A. 2006. “Manual de formación básica de mediadores sociales”. Diciembre.

trabajar en el proyecto de ley que establezca el procedimiento de mediación como instrumento de solución de controversias, ya que la presencia de un tercero puede ayudar a desbloquear una situación sin salida. El mediador es una persona imparcial, aceptada por ambas partes, que no tiene autoridad ni poder alguno para controlar el resultado.²⁵

18.2. Compromisos de Resultados de Gestión

Asimismo, y con el fin de consolidar una gestión por resultados se destaca como instrumento el Compromiso de Resultados de Gestión (CRG), este instrumento se considera imprescindible para ordenar y evaluar los resultados de la gestión, al interior de los organismos, definiendo compromisos recíprocos en la cadena de responsabilidad de las organizaciones públicas. En organizaciones públicas caracterizadas por la ausencia de un régimen de rendición de cuentas por resultados, este instrumento permite establecer en la cadena de la organización, Alta Dirección – Gerencias, Gerencias – Departamentos, Departamentos – Divisiones, una clara definición de resultados, plazos, y medios de verificación de cumplimiento como contracara de la asignación de recursos y un proceso de descentralización creciente de decisiones al interior de cada organización. Este instrumento se convierte en un soporte efectivo al proceso de instalación de los Acuerdos Programa. Asimismo, en el nivel superior de la administración descentralizada se introduce la figura del gerente de programa, que combina atributos político-técnicos con capacidad de gestión. Esta es una figura nueva en la tradición administrativa del país, aunque su presencia es creciente en las administraciones públicas de otras naciones.²⁶

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

²⁵ *Op. Cita "20"*. Pág. 33.

²⁶ *Op. Cita "18"*. Pág. 23

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

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

La implementación de un sistema de Compromisos de Resultados de Gestión conlleva una forma de accionar sistemática y cotidiana que modifica los estamentos culturales de las organizaciones en la toma de decisiones. Así, se priorizan respuestas orientadas a la obtención de resultados relacionados con la planificación, buscando la eficiencia de la utilización de recursos, seleccionando los mejores medios para la obtención de los fines planteados, conforme con el futuro deseado y selecciona la direccionalidad de las operaciones construyendo el mejor itinerario posible hacia la situación objetivo.

Considerando el tema que nos ocupa, habría que tomar en cuenta que en muchos casos, a la obra social se la ve como una estructura similar al Ministerio de Salud o de Desarrollo Humano, exigiéndosele responsabilidades que no le competen y exigiéndole prestaciones por medio de Acciones de Amparos que pueden generar un desfinanciamiento. Por este motivo, es interesante considerar la inclusión de las Obras Sociales dentro de la cadena de Compromisos de Resultados de Gestión.

19. CONCLUSIONES

A través del desarrollo del presente trabajo se ha podido constatar la existencia de reclamos de beneficiarios ante la Superintendencia de Servicios de Salud, en su gran mayoría consistentes en problemas de afiliación y como segundo motivo en cantidad de reclamos, deficiencias prestacionales.

Además, se han verificado reclamos ante la justicia, a través de Acciones de Amparo, donde los motivos más importantes consisten en problemas prestacionales y luego los reclamos se relacionan con la solicitud de medicamentos.

Consecuentemente, surgiría en principio un accionar eficiente por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud en cuanto a la solución de problemas relacionados con la afiliación. No obstante, se deduce del análisis de la bibliografía existente en la materia, de los datos estadísticos y del estudio de casos particulares que los reclamos realizados muestran una deficiencia del sistema de Seguro de Salud.

El desarrollo y análisis de la evolución de la normativa en la materia hace suponer que la misma cubre las necesidades del sistema y tiene una apertura suficiente para considerar que se caracteriza por la flexibilidad necesaria para la incorporación de las actualizaciones y avances científicos. Asimismo, prevé los mecanismos de reclamos administrativos, como así también, un completo sistema de penalidad a aplicar.

En cuanto a la estructura organizativa es mediante la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo rector descentralizado en la órbita del Ministerio de Salud, que el Estado evalúa y controla el efectivo cumplimiento de las normas y procedimientos y gestiona las políticas del Sistema de Seguridad Social, teniendo definida en sus funciones todas aquellas que hacen a la atención de los beneficiarios.

No obstante lo señalado anteriormente, El Estado ha creado la figura de “La Defensoría del Usuario del Servicio de Salud” en el marco de “Carta Compromiso con el Ciudadano” con el objeto de facilitar la presentación de reclamos y sugerencias, duplicando en algunos casos las funciones de las áreas ya existentes.

A pesar de los esfuerzos realizados desde el Estado, según surge de la bibliografía en estudio, en la última década se ha potenciado la judicialización de los conflictos de atención de la salud en Argentina por diversos motivos, como a reticencia de las entidades obligadas a brindar cobertura asistencial, inconvenientes económicos para la financiación de prestaciones (prácticas y/o medicación) de alto costo, demandas prestacionales arbitrarias y/o excesivas, Inadecuada información obtenida de medios no avalados por estudios profesionales, falta de responsabilidad

profesional sobre la solidaridad del sistema de salud, la llamada “industria del juicio” promovida por profesionales inescrupulosos, el intento de ampliar el Programa Médico Obligatorio (PMO) sin acudir a los mecanismos de evaluación y actualización de tecnologías sustentado en la medicina basada en la evidencia y la falta de resolución de los conflictos, en tiempo oportuno, en sede administrativa.

Es de tener en cuenta que el problema de la judicialización trasciende las fronteras de la nación siendo un problema regional.

El Sistema de Salud tiene un límite en el alcance de las prestaciones dado por el equilibrio económico. Si bien la judicialización no ha quebrado el sistema, si ha significado un proceso de reasignación de los recursos de los aseguradores, discriminando en forma negativa la prevención y promoción de la salud a favor de prácticas complejas o de medicaciones de dudosa efectividad.

Podrían considerarse el desarrollo de soluciones alternativas como la implementación de la Mediación o de Compromisos de Resultados de Gestión, donde se incorpore a las Obras Sociales en la cadena contractual.

No obstante, la educación de los integrantes del sistema de salud y en especial de los beneficiarios es un paso fundamental para el eficiente accionar del sistema.

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

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

20. BIBLIOGRAFÍA DE BASE

- ACUÑA, Carlos H. y Mariana Chudnovsky. 2002. “El Sistema de Salud en Argentina”. Marzo. *Documento N° 60 Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.*

- AMESTOY, Carlos Aníbal. 2012. “El Amparo Judicial como Instrumento de Ampliación del PMO”. *Gestión en Salud- Revista para la Seguridad Social Argentina*. Año 1 N° 1- Marzo/Abril - Pág. 21.
- BADENI, Gregorio. 2004. *Tratado de Derecho Constitucional. Tomo I y II*. (Buenos Aires: La Ley).
- BELLAGIO, Ricardo. 2011. *Revista La Salud en la Seguridad Social, la revista de la Superintendencia*. Año 2 N° 7. Agosto, Septiembre, Octubre.
- BIDART CAMPOS, Germán J. 1995. *Lo Explícito y lo Implícito en la Salud como Derecho y como Bien Jurídico Constitucional. Salud, Derecho y Equidad*. (Buenos Aires: Ad-hoc).
- BIDART CAMPOS, Germán J. 1996. *Manual de la Constitución Reformada. Tomos I, II y III*. (Buenos Aires: Ediar).
- BÜRGIN DRAGO, María Teresa. 2013. *El Amparo Judicial como Instrumento de Ampliación del PMO. El Estado Nacional como Garante de Salud*. (Buenos Aires: Latingráfica).
- CARNOTA, Walter Fernando. 2002. *La Salud como Bien Constitucionalmente Protegido*. (Buenos Aires: La ley Argentina).
- CAYUSO, Susana Graciela. 2001. *El Derecho a la Salud. un Derecho de Protección y de Prestación. Salud, Derecho y equidad*. (Buenos Aires: Editorial Ad-hoc).
- FORO SOCIAL DE SALUD Y AMBIENTE ARGENTINA. 2012. “Sombras sobre la Salud”. *Informe Colectivo. Examen periódico universal - Argentina*.
- GALINDO VÁCHA, Juan Carlos. 2012. *Amparos y Coberturas de la Salud. Seguridad Social, Medicina Prepagada y Seguros Privados*. Diciembre. (Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Jurídicas. Grupo Editorial Ibáñez).
- GARAY, Oscar E. 2003. *Derechos Fundamentales de los Pacientes*. (Buenos Aires: Ad-hoc).
- GIMÉNEZ, Rafael Álvarez. 2010. “Cobertura de Salud en Argentina. Propuesta para una Atención Farmacéutica”. *Las Tesinas en Belgrano, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales Carrera de Farmacia*. Octubre.
- GORDILLO, Agustín A., Guillermo Gordo, Adelina Loiano, Guillermo Flax, Marcelo López Alfonsín, Carlos E. Tambussi, Marcelo Ferreira, María F. Pérez Solla. 2007. *Derechos Humanos*. (Buenos Aires: Astrea, Edición 6).
- HINTZE, Jorge. 2005. “Evaluación de Resultados, Efectos e Impactos de Valor Público en el Aparato Estatal”. *Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 de octubre*.

- HINTZE, Jorge. 2003. "Gestión por Procesos y por Resultados". Ponencia presentada en el Segundo Congreso Argentino de Administración Pública - Sociedad, Gobierno y Administración Pública *Reconstruyendo la estatalidad: Transición, instituciones y gobernabilidad*. Córdoba, 27, 28 y 29 de noviembre, República Argentina.
- INSÚA, J.2008. "Las Nuevas Demandas Sociales y la Calidad de la Atención Médica". *Revista Medicina y Sociedad*. Diciembre 28 (4), 56-67.
- KATZ, J. y colaboradores. 1993. *El Sector Salud en la República Argentina: Su Estructura y Comportamiento*. (Buenos Aires: Fondo de cultura económica).
- KORN, F. 1969 *Conceptos y Variables en la Investigación Social*. (Buenos Aires: Nueva Visión).
- LAMATA, F. 1998. *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. (Madrid: Díaz de Santos).
- LEMUS, Jorge D. 2007. *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. (Buenos Aires: Corpus).
- MAKÓN, Marcos Pedro. 2007. "La Gestión por Resultados es Sinónimo del Presupuesto por Resultados". *Presentado ante el XII Congreso Internacional del CLAD – Santo Domingo - 30 Octubre a 2 Noviembre*.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA – Presupuesto 2.012.
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.
- MINZBERG, Henry y Jan Jorgensen. 1995. "Una Estrategia Emergente para la Política Pública" *.En Gestión y Política Pública Vol. IV, Núm. 1; CIDE; Pp. 25-46*.
- NORMAS Y DIRECTRICES PARA LA AUDITORÍA DEL RENDIMIENTO BASADAS EN LA NORMAS DE AUDITORÍA Y LA EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA INTOSAI.ISSAI 300. 2012.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, CEPAL, PNUD. 2011. "El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros". *Aportes para el Derecho Humano en la Argentina*.
- PEYRANO, Guillermo F., Omar U. Barbero, Catalina E. Arias de Ronchietto. 2007. *Derecho a la Salud*. (Buenos Aires: Astrea. Edición: 1).
- ROSENBERG, Hernán y Bernt Andersson. 2000. "Repensar la Protección Social en Salud en América Latina y El Caribe". *Revista Panamericana de la Salud*. Julio, Agosto Vol. 8 N° 1-2 Washington.

- SERRA, Albert y colaboradores. 2007. "Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público". Banco Interamericano de Desarrollo - Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo. Julio.
- SOTELO MACIEL, Aníbal Jorge. 2008. "La Relación Planificación / Presupuesto en el Marco de la Gestión Orientada a Resultados". *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 40. Febrero. Caracas.
- SOTELO MACIEL, Aníbal Jorge. 2012. "La Cadena de Valor Público: Un Principio Ordenador que Previene la Colisión Metodológica". *Revista Internacional de Presupuesto Público*. N° 80 Noviembre/Diciembre.
- TAFANI, R. 1995. "Desfinanciamiento y Sobreoferta en Salud". *Revista de Economía y Estadística*. Enero (76), 225-244.

Páginas web consultadas

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

21. APÉNDICES

21.1. CUADRO A: Cantidad de Obras Sociales y Beneficiarios según naturaleza institucional. Total del país. Año 2011.

Publicado por el Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud.

Beneficiarios de obras sociales por naturaleza institucional. Total del país. Años 2007- 2011

Naturaleza de la obra social	2011			
	Obras sociales	Beneficiarios		
		Total	Titulares	Familiares
Total (1)	290	19.080.396	12.523.388	6.557.008
Sindicales	207	12.492.011	6.928.726	5.563.285
Personal de dirección	27	997.936	635.774	362.162
Administración mixta (2)	1	4.306.591	4.179.775	126.816
Resto	55	1.283.858	779.113	504.745

Beneficiarios de obras sociales por naturaleza institucional del país. Años 2007- 2011

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales				
	2007	2008	2009	2010	2011
Total (1)	15.943.256	18.231.181	18.038.092	18.685.052	19.080.396
Sindicales	10.074.014	12.459.359	12.498.013	12.280.785	12.492.011
Estatales	16.438	16.830	14.437	11.460	11.582
Por convenio	42.729	18.814	18.663	19.927	19.769
Personal de dirección	952.103	1.038.416	1.038.651	1.000.902	997.936
Administración mixta (2)	3.789.726	3.503.292	3.270.739	4.133.283	4.306.591
Por adhesión (3)	28.750	29.089	29.896	30.329	24.524
Ley Nº 21.476 (4)	15.341	22.495	21.887	23.873	22.782
De empresas (5)	11.049	15.814	15.643	15.558	18.740
De otra naturaleza	1.013.106	1.127.072	1.130.163	1.168.935	1.186.461

(1) En estos totales no están incluidos los ADOS – Asociaciones de Obras Sociales – que totalizan cerca de 30.000 beneficiarios.

(2) Creadas por Ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas de Estado. Beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

(3) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

(4) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misiones, et.)

(5) Corresponde a una sola empresa

21.2. CUADRO B: Organización y Cobertura - Subsectores y Población Cubierta

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

	Subsector Gobierno	Obras Sociales Nacionales y otras	IISSPyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales	Seguros Voluntarios
Población de referencia	Total de la Población	Obligatorios: Trabajadores formales y familiares a cargo voluntarios: Adherentes y Jubilados	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos, otros.	Empleados Públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales. Adherentes	Asociados voluntarios
Población con cobertura	40.091.359	15.535.999	3.334.599	5.500.000	3.600.000
Porcentaje de población cubierta por cada subsector	100	38,8	8,3	13,7	9

21.3. CUADRO C: Utilización de Servicios de Salud por Segmentos Sociodemográficos (en %). Argentina, 2010

**Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud
Argentina - año 2010 - Primeros Resultados**

Segmentos Sociodemográficos	Afiliación	Población
TOTAL	66,6	36.260.130
SEXO		
Varones	66,0	18.268.780
Mujeres	67,2	17.991.350
GRUPO DE EDAD		
0 A 14 Años	61,0	8.163.081
15 a 29 años	52,0	7.254.289
30 a 44 años	62,7	7.352.525
45 a 59 años	68,1	6.751.617
60 años y más	91,7	6.738.618
NIVEL EDUCACIÓN		
Hasta Prim.comp	60,5	12.140.812
Est. Secundarios	62,2	15.655.718
Est. Superiores	83,4	8.463.600
QUINTILES INGRESO		
Quintil 1	43,4	5.336.920
Quintil 2	60,7	6.113.194
Quintil 3	61,8	6.426.346
Quintil 4	78,9	5.704.737
Quintil 5	83,3	4.993.865
CLASE SOCIAL		
Clase de servicios	92,7	4.810.630
Segmentos Sociodemográficos	Afiliación	Población
No manuales rutinarios	76,5	7.508.555
Cuenta Propia y Comerc.	62,2	7.508.555
Man. Calific. Y semicalif.	61,7	8.951.906

Manuales no calific.	52,3	8.914.116
CLASE SUBJETIVA		
Clase baja y obrera	52,8	11.666.672
Clase media-baja	69,1	6.770.638
Media, media-alta y alta	75,0	17.206.672
TAMAÑO LOCALIDADES		
Ciudades grandes	66,4	17.843.125
Ciudades medias	72,9	7.492.930
Pequeñas ciudades	64,7	6.637.179
Pueblos o áreas rurales	59,0	4.286.895
REGIONES		
AMBA	66,3	12.046.799
PAMPEANA	69,6	12.081.485
CUYO	52,0	2.467.607
NOA	64,7	4.458.470
NEA	63,8	3.367.518
PATAGONIA	78,8	1.738.251
AFILIACIÓN		
Afiliados		24.136.469
No afiliados		12.123.661

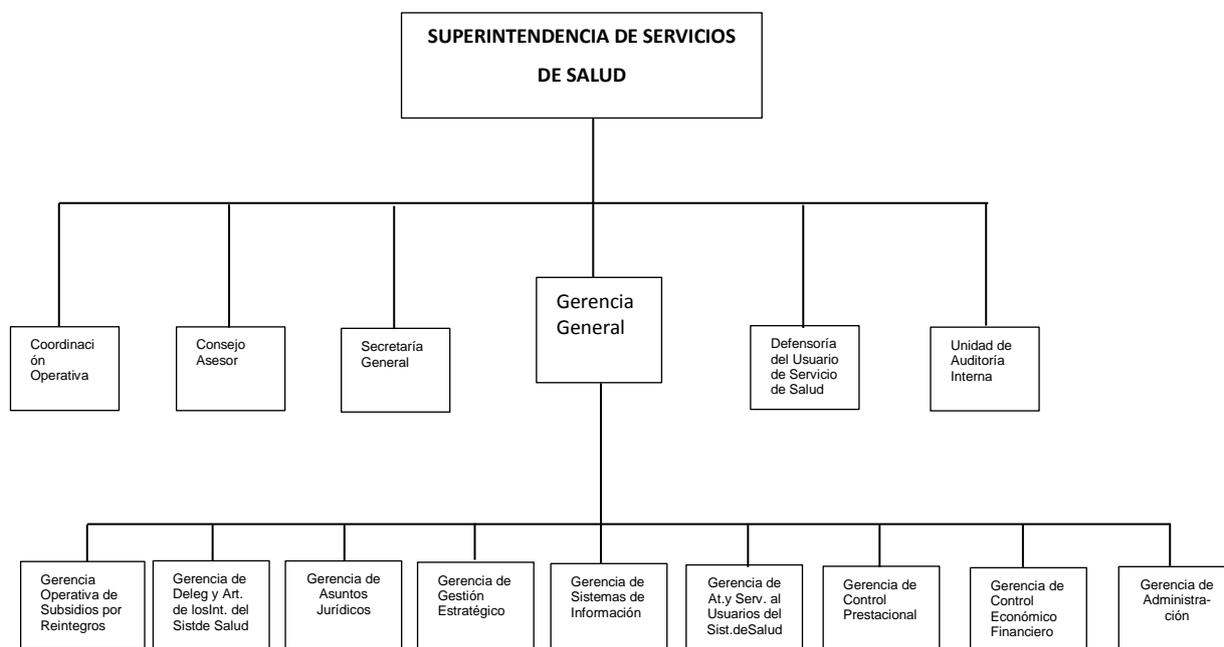
21.4. CUADRO D: Indicadores Básicos – Argentina 2.011 Población no Cubierta con Seguro

Publicados por el Ministerio de Salud en un Trabajo Conjunto con la Organización Panamericana de la Salud. Elaboración sobre la base de datos del INDEC

Provincia	Población Censo 2010	% de población no cubierta con seguro
CABA	3.050.728	26.2
Buenos Aires	15.185.336	48.8
Catamarca	396.303	45.0
Córdoba	3.368.609	45.8
Corrientes	1.024.575	62.1
Chaco	1.061.638	65.5
Chubut	465.75	39.5
Entre Ríos	1.268.979	48.7
Formosa	547.726	65.8
Jujuy	689.231	54.2
La Pampa	337.521	45.5
La Rioja	348.251	40.8
Mendoza	1.747.801	50.6
Misiones	1.94.636	57.8
Neuquén	556.528	48.7
Río Negro	600.688	49.9
Salta	1.245.573	60.4
San Juan	705.378	53.0
San Luis	447.138	51.6
Santa Cruz	230.005	29.2
Santa Fe	3.264.095	42.0
Santiago del Estero	874.519	63.7
Tierra del Fuego	129.929	30.1
Tucumán	1.493.488	48.2
Total	40.134.515	48.1

21.5. CUADRO E: Decreto 2710/2012 Anexos I y II Estructura Organizativa de Primer Nivel Operativo de la Superintendencia de Servicios de Salud

ANEXO I



ANEXO II (Parte Pertinente)

MINISTERIO DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVOS

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

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

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

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

ACCIONES:

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

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA GENERAL**

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

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

ACCIONES:

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

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE CONTROL PRESTACIONAL**

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

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

ACCIONES:

1. Proponer normas para estandarizar contratos modelos entre las referidas entidades del sistema de salud y los prestadores, que comprendan el Programa Médico Obligatorio considerando la definición de los aspectos incluidos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y promover su observancia.
2. Registrar los contratos efectuados entre las mismas entidades del sistema de salud y los prestadores, verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos, proponer las acciones correctivas y eventualmente las sanciones que correspondan

cuando se infrinjan las normas que regulan su contenido.

3. Proponer a la GERENCIA GENERAL el diseño y actualización de las normas sobre información a ser reclamada a los actores del sistema para su incorporación al Sistema de Información Sanitaria y Asistencial.

4. Aprobar y controlar la correcta gestión de los programas prestacionales de las entidades del Sistema de Salud que se ejecuten a través de efectores propios o contratados.

5. Proponer normas sobre la verificación y evaluación de la producción y remisión de la información relativa al perfil prestacional, los coseguros, las coberturas adicionales al Programa Médico Obligatorio, la utilización de los rubros del Programa Médico Obligatorio y los listados de efectores propios y contratados, a ser provistos por las entidades del Sistema de Salud y prestadores.

6. Controlar la fiscalización que realizan las entidades del Sistema de Salud sobre las prestaciones en relación a los programas asistenciales y garantía de calidad de la atención.

7. Brindar asistencia técnica y capacitación tanto a las entidades del sistema de salud como a los prestadores, con respecto a la celebración de contratos, en términos de accesibilidad, cobertura, integralidad, solidaridad y calidad.

8. Fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales, Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, asociaciones civiles y fundaciones del sistema de salud respecto de los pagos por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, procediendo de igual forma respecto a las asociaciones de obras sociales y otros agentes que posean efectores propios.

9. Integrar la coordinación del Comité de Sindicatura en los aspectos atinentes a su competencia.

10. Proponer normas relativas al mejoramiento del control prestacional de los registros y del Hospital Público de Gestión Descentralizada.

11. Orientar los aspectos de su competencia que se ejecutan a través de las Delegaciones de la SUPERINTENDENCIA DE

SERVICIOS DE SALUD en el interior de país.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

GERENCIA DE ATENCION Y SERVICIOS AL USUARIO DEL SISTEMA DE SALUD

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

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

ACCIONES:

1. Promover y administrar el acceso de los usuarios a la información producida por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD sobre los derechos de los usuarios y las obligaciones que tienen para con ellos, los Agentes del Seguro de Salud y las entidades de la medicina prepaga.

2. Supervisar el ejercicio efectivo de la libertad de elección de Obra Social por parte de los afiliados.

3. Prevenir e informar a la GERENCIA GENERAL sobre la existencia de competencia desleal entre las referidas entidades del sistema de salud y prestadores, así como la detección de conductas que afecten al libre ejercicio del derecho de opción por parte de los beneficiarios y/o afiliados.

4. Evaluar niveles de satisfacción del beneficiario y/o afiliado respecto de los servicios provistos por los prestadores a efectos de propiciar un mejoramiento permanente de los estándares de atención, a través de los estudios realizados por los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud, prestadores o por la propia SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, por sí o por terceros, integrándolos y complementándolos con estudios de carácter general, sectorial, grupal y/o jurisdiccional.

5. Ordenar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema de Salud a través de un centro de atención personalizada y telefónica.

6. Gestionar las presentaciones de los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, efectuar el seguimiento de las actuaciones hasta su conclusión y notificación de los resultados de las mismas a los usuarios peticionantes, procurando la satisfacción de las demandas presentadas.

7. Promover en los usuarios, beneficiarios y/o afiliados el ejercicio de un adecuado nivel de exigencia sobre los servicios que reciben por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud y prestadores.

8. Promover la transparencia del Sistema mediante la propuesta de normas y el control sobre la publicidad y/o comercialización de los servicios por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud.

9. Proponer y organizar actividades de extensión, divulgación y de capacitación técnica para los usuarios y para los diferentes actores del sistema.

10. Orientar y coordinar los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud que se ejecutan a través de las Delegaciones de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el interior del país.

GERENCIA DE GESTION ESTRATEGICA

RESPONSABILIDAD PRIMARIA

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

ACCIONES:

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